

Julho 2024

MESTRADO EM ENSINO DO 1.º CICLO DO ENSINO BÁSICO E DE MATEMÁTICA E DE CIÊNCIAS NATURAIS NO 2.º CICLO DO ENSINO BÁSICO

Educação para a Saúde: perspetivas e práticas nos docentes do 1ºCEB

RELATÓRIO DE ESTÁGIO APRESENTADO À

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE PAULA FRASSINETTI PARA A OBTENÇÃO DE

GRAU DE MESTRE EM ENSINO DO 1.º CICLO DO ENSINO BÁSICO E DE MATEMÁTICA E DE CIÊNCIAS NATURAIS NO

2.º CICLO DO ENSINO BÁSICO

DE

Sara Dias Alves

ORIENTAÇÃO

Doutora Paula Cristina Pacheco Medeiros



PAULA
FRASSINETTI

Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti

Mestrado em Ensino do 1.º Ciclo do Ensino Básico e de Matemática
e de Ciências Naturais no 2.º Ciclo do Ensino Básico

Educação para a Saúde: perspetivas e práticas nos docentes do 1ºCEB

Mestranda: Sara Alves_2020002

Orientadora: Paula Cristina Pacheco Medeiros

Porto 2024

Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti

Mestrado em Ensino do 1.º Ciclo do Ensino Básico e de Matemática
e de Ciências Naturais no 2.º Ciclo do Ensino Básico

Educação para a Saúde: perspetivas e práticas nos docentes do 1ºCEB

Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Educação
de Paula Frassinetti para a obtenção do grau de Mestre em Ensino
do 1.º Ciclo do Ensino Básico e de Matemática e de Ciências
Naturais no 2.º Ciclo do Ensino Básico

Mestranda: Sara Alves_2020002

Orientadora: Paula Cristina Pacheco Medeiros

Porto 2024

“Levar o aluno a descobrir o seu próprio corpo e a sua relação com o mundo é um passo fundamental para a formação da sua identidade (...) Será, portanto, através da observação, da análise, da reflexão e da manipulação dos novos conceitos de vida/saúde/doença que o jovem irá incorporando hábitos e conhecimentos indispensáveis para manter ou adquirir saúde e conquistar melhor qualidade de vida”

(Darcy Ribeiro, 1985).

Agradecimentos

Por se tratar do fim e o início de uma etapa essencial da minha formação, enquanto pessoa e futuro profissional, gostaria de agradecer a quem, nos diversos momentos do meu percurso, colaboraram e contribuíram para aquilo que eu sou e serei...

À minha professora Paula Cristina Pacheco Medeiros, por todas as suas palavras sensatas, pelos conselhos. Estou-lhe inteiramente agradecida por toda a compreensão, incentivo e por todos os conhecimentos que me proporcionou e contribuíram para o meu crescimento, tanto pessoal como profissional. Muito obrigada!

À minha diretora de curso professora Isabel Cláudia Nogueira que foi um modelo de coragem, que esteve lá no momento certo, com a mão amiga, que não me permitiu desistir e por isso me tornou mais resiliente...

Aos Professores do Mestrado pela partilha de tantos saberes.

Ao meu marido, a quem dedico este trabalho, agradeço todo o apoio que me deu, todo o amor, a compreensão, a paciência, o respeito, o carinho, a confiança nas minhas tomadas de decisão. Obrigada por acreditares em mim e no meu esforço para encarar a vida. Obrigada!

À minha filha Sara Martinho, pelas risadas que me encorajaram a seguir em frente.

Aos meus familiares que acreditaram no meu trabalho e me deram carinho, apoio, conforto e palavras de consolação e de incentivo.

À minha madrinha “Inha”, que mesmo não estando presente fisicamente, sei que está orgulhosa da sua afilhada!

E a todos os docentes que participaram para a concretização deste meu trabalho.

Muito obrigada!

Resumo

A saúde é um conceito positivo, um recurso quotidiano que implica “um estado completo de bem-estar físico, social e mental e não apenas a ausência de doença e/ou enfermidade” (WHO, 1948). Dentro desta perspetiva, a Educação para a Saúde (EpS) deve ter como finalidade a preservação da saúde individual e coletiva. Em contexto escolar, educar para a saúde consiste em dotar as crianças e os jovens de conhecimentos, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas à sua saúde e ao tal bem-estar físico, social e mental (DGE, 2012).

Neste relatório de estágio pretende-se conhecer a relevância que os professores do 1º Ciclo do Ensino Básico (CEB) atribuem à educação para a saúde na formação dos seus alunos. Para alcançar este objetivo optou-se pela metodologia de carácter quantitativo procedendo à aplicação *online* dos inquéritos por questionário aos docentes do 1º CEB que se encontram ou que já estiveram a exercer as suas funções profissionais em diversas instituições escolares públicas e privadas de Portugal continental e das ilhas da Madeira e dos Açores. Nesta investigação participaram 60 docentes, dos quais 57 lecionam o 1º CEB e 3 lecionam outros ciclos (1 leciona o 2º CEB, 1 leciona o 3º CEB e 1 leciona Educação Especial).

Os resultados demonstram que, apesar de haver uma necessidade de maior clarificação sobre as finalidades específicas da EpS no contexto, aparentemente, os professores do 1º CEB têm uma perceção positiva da EpS, dado que reconhecem a sua importância e os seus objetivos principais. Observou-se que, embora haja um reconhecimento da importância da EpS, a sua integração no currículo escolar ainda é limitada a poucas áreas específicas. Esta limitação na aplicação da EpS reflete uma dificuldade em implementar a interdisciplinaridade, possivelmente devido às dificuldades que os professores do 1º CEB sentem no processo de ensino e aprendizagem da Educação para a Saúde nas suas aulas. Entre essas dificuldades, destacam-se a extensão do currículo escolar que pode limitar o tempo disponível para a implementação de projetos de Educação para a Saúde, a falta de recursos didáticos e a insuficiente formação inicial e contínua.

Palavras-chave: Saúde, Educação para a Saúde, escola, professores do 1ºCEB.

Abstract

Health is a positive concept, an everyday resource that implies “a complete state of physical, social and mental well-being and not merely the absence of disease and/or infirmity” (WHO, 1948). Within this perspective, Health Education (HPE) must aim to preserve individual and collective health. In a school context, educating for health consists of providing children and young people with knowledge, attitudes and values that help them make choices and decisions appropriate to their health and physical, social and mental well-being (DGE, 2012).

This internship report aims to understand the importance that teachers in the 1st Cycle of Basic Education (CEB) attribute to health education in the training of their students. To achieve this objective, we opted for a quantitative methodology, disseminating online questionnaire surveys to teachers of the 1st CEB who are currently or have already been exercising their professional functions belonging to various public and private school institutions in Portugal, mainland and the islands of Madeira and the Azores. 60 teachers participated in this investigation, of which 57 teach the 1st CEB and 3 teach other cycles (1 teaches the 2nd CEB, 1 teaches the 3rd CEB and 1 teaches Special Education).

The results demonstrate that, despite there being a need for greater clarification about the specific purposes of EpS in the context, apparently, 1st CEB teachers have a positive perception of EpS, as they recognize its importance and main objectives. It was observed that, although there is recognition of the importance of EpS, its integration into the school curriculum is still limited to a few specific areas. This limitation in the application of EpS reflects a difficulty in implementing interdisciplinarity, possibly due to the difficulties that 1st CEB teachers experience in the process of teaching and learning Health Education in their classes. Highlights include the extension of the school curriculum, which can limit the time available for implementing Health Education projects, the lack of teaching resources and insufficient initial and continuing training.

Keywords: Health, Health Education, school, 1st CEB teachers.

Lista de acrónimos e siglas

ASAÚDE- Instituto de administração de Saúde

CDSS- Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde

DGE- Direção Geral da Educação

EE- Estudo do meio

EpS- Educação para a Saúde

EPS- Escola Promotora de Saúde

ENEC- Estratégia Nacional de Educação para a Cidadania

ME- Ministério da Educação

MS- Ministério da Saúde

OMS- Organização Mundial de Saúde

PAPES - Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde

PrS- Promoção da Saúde

REEPS- Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde

RNEPS- Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde

SP- Saúde Pública

UIPES- União Internacional de Promoção da Saúde e de Educação para a Saúde

UNESCO- Organização das Nações Unidas para a Educação a Ciência e a Cultura

UNICEF- Fundo das Nações Unidas para as Crianças

WHO- World Health Organizations

Índice

Introdução	1
Parte I- Enquadramento Teórico	3
1- A Educação para a Saúde	3
1.1- Saúde	3
1.2- Da Saúde Pública à Promoção da Saúde	6
1.3- Educação para a Saúde: uma estratégia na promoção da saúde	11
2- A implementação da Educação para a Saúde em contexto escolar	14
2.1- A Educação para a Saúde em contexto escolar	15
2.2- A Escola Promotora de Saúde	19
2.3- A transversalidade da Educação para a Saúde no Sistema Educativo Português	24
2.4- Dificuldades no processo de ensino e de aprendizagem na Educação para a Saúde no 1ºCEB	27
2.5- Materiais de apoio e recursos didáticos na Educação para a Saúde no 1º CEB..	30
Parte II- Estudo empírico	34
3- Enquadramento metodológico.....	34
3.1- Definição do problema	34
3.2- Definição de objetivos	35
3.3- Formulação de hipóteses	35
4- Metodologia de investigação.....	36
4.1- Opções metodológicas e procedimentos de investigação	36
4.2- Participantes do estudo.....	37
4.3- Caracterização dos instrumentos de recolha de informação_	37
4.3.1- Inquérito por questionário	38
4.4- Descrição e análise dos resultados da investigação	39
Considerações finais	64
Referências bibliográficas	69
Anexos	72

Índice de gráficos

Gráfico 1. Distribuição dos inquiridos de acordo com o género	40
Gráfico 2. Distribuição dos inquiridos segundo a idade (em anos)	40
Gráfico 3. Distribuição geográfica do local de trabalho.....	41
Gráfico 4. Distribuição dos inquiridos segundo as habilitações literárias	41
Gráfico 5. Distribuição dos inquiridos com pós-graduação	41
Gráfico 6. Distribuição dos inquiridos segundo a profissão atual	42
Gráfico 7. Distribuição dos inquiridos segundo tempo de serviço.....	42
Gráfico 8. Tipo de instituição que os inquiridos lecionam ou última em que lecionaram	42
Gráfico 9. Áreas disciplinares com maior relevo na prática educativa dos inquiridos ..	44
Gráfico 10. Motivo para valorização de uma das áreas na prática educativa dos inquiridos	44
Gráfico 11. Definição de “saúde” dos inquiridos	45
Gráfico 12. Definição de “Educação para a saúde” dos inquiridos	45
Gráfico 13. Principal objetivo da EpS pelos inquiridos	46
Gráfico 14. Principal finalidade de EpS pelos inquiridos	47
Gráfico 15. Áreas disciplinares com maior relevo à prática de EpS dos inquiridos	48
Gráfico 16. Tema mais relevante segundo os inquiridos	49
Gráfico 17. Motivo da escolha de um dos temas pelos inquiridos	50
Gráfico 18. Maior dificuldade que poderá ser sentida na implementação de atividades de Educação para a Saúde	50
Gráfico 19. Indivíduos que deveriam lecionar Educação para a Saúde	51
Gráfico 20. Tipo de formação inicial na Educação para a Saúde.....	51
Gráfico 21. Formação continua na Educação para a Saúde	52
Gráfico 22. Importância atribuída à escola no âmbito da EpS por parte dos inquiridos	52
Gráfico 23. Planeamento de atividades relacionadas com EpS em sala de aula pelos inquiridos.....	53
Gráfico 24. Principal motivo que leva os docentes a não realizarem atividades relacionadas com EpS segundo os inquiridos	53
Gráfico 25.Frequência com que são realizadas atividades relacionadas com EpS pelos inquiridos	54
Gráfico 26. Tipo de atividades realizadas relacionadas com EpS pelos inquiridos	54
Gráfico 27. Áreas articuladas na realização de atividades no âmbito da EpS	55
Gráfico 28. Existência de materiais e recursos alusivos à EpS na escola pelos inquiridos	56
Gráfico 29. Materiais de referência utilizados para promover EpS dos inquiridos	56

Gráfico 30. Existência de rigor científico na abordagem na área pelos inquiridos	57
Gráfico 31. Concordância/discordância face à afirmação 1	58
Gráfico 32. Concordância/discordância face à afirmação 2	59
Gráfico 33. Concordância/discordância face à afirmação 3	59
Gráfico 34. Concordância/discordância face à afirmação 4	60
Gráfico 35. Concordância/discordância face à afirmação 5	61
Gráfico 36. Concordância/discordância face à afirmação 6	61
Gráfico 37. Concordância/discordância face à afirmação 7	61
Gráfico 38. Dificuldades referenciadas pelos inquiridos na abordagem EpS	62

Introdução

O contributo das escolas para a saúde e bem-estar dos alunos tem vindo a ser largamente reconhecido por diversas organizações mundiais e internacionais, nomeadamente a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para as Crianças (UNICEF), a Organização das Nações Unidas para a Educação a Ciência e a Cultura (UNESCO), a União Internacional de Promoção da Saúde e de Educação para a Saúde (UIPES), entre muitas outras (Jourdan, 2011).

Estas organizações recomendam que as questões da saúde se devem explorar e aprender na escola do mesmo modo que os conhecimentos, atitudes e hábitos de outras áreas científicas por, na sua globalidade, constituírem aspetos relevantes para a vida em sociedade (Jourdan, 2011).

Esta realidade responsabiliza o Sistema Educativo por novos desafios, nomeadamente, educar para a diversidade de valores, promover a saúde, a formação e a participação cívica dos alunos, num processo de aquisição de competências que suportem as aprendizagens ao longo da vida e que promovam a autonomia (CDSS, 2010).

A OMS, no contexto europeu, em *Health for all* determinou metas de saúde onde a promoção da saúde e os estilos de vida saudáveis teriam uma abordagem privilegiada no ambiente escolar e os serviços de saúde um papel fundamental na promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento, relativamente à saúde das crianças e à escolarização (CDSS, 2010).

Em consequência de toda esta conjuntura política, a Direção Geral da Educação (DGE) apresentou o novo Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde (PAPES), que foi homologado no dia 3 de setembro de 2014, com as seguintes áreas de intervenção: Saúde Mental e Prevenção da Violência, Educação Alimentar e Atividade Física, Comportamentos Aditivos e Dependências e Afetos e Educação para a Sexualidade (DGE, 2014).

Deste modo, a educação para a saúde em contexto escolar tem tido uma atenção crescente nas políticas públicas de educação e é reconhecida como uma área complexa e fundamental para o desenvolvimento de competências promotoras de saúde nas crianças e jovens. São diversos os autores que defendem que uma boa educação melhora os resultados em saúde e favorece a promoção ativa da saúde na escola, permitindo melhorar os resultados académicos dos alunos (St Leger et al, 2010).

Pelo que foi aludido, esta área tem-se revelado num grande desafio para os profissionais, tanto da área da educação como da saúde.

Assim, enquanto enfermeira e futura docente, desde logo, despertou-se em mim o interesse na educação para a saúde em contexto escolar por acreditar que esta é uma área de uma importância primordial. Se por um lado será através dela que se poderá promover hábitos saudáveis e, conseqüentemente, uma prevenção da doença, por outro, considera-se que as crianças e os jovens em idade escolar poderão criar e enraizar hábitos de saúde que permanecerão para toda a vida.

Para além do referido, durante a prática de estágio supervisionado I, fui confrontada com alguns sinais que indiciam a dificuldade por parte dos professores em abordar esta temática.

Face ao exposto, emerge a seguinte inquietação:

Qual a relevância que os professores do 1º Ciclo do Ensino Básico atribuem à Educação para a Saúde na formação dos seus alunos?

Estruturalmente o presente trabalho encontra-se dividido em quatro partes.

Na primeira parte é apresentado o quadro teórico de referência à investigação, após a realização de uma revisão de literatura sobre o . Nele, aborda-se a área da saúde, destacando-se a sua promoção e interligando-a à área da educação, fomentando a necessidade de tal relação como estratégia na educação para a saúde. É também realizado o enquadramento da educação para a saúde no contexto escolar, a sua importância, e as adaptações que foram sendo necessárias realizar para desenvolver estas temáticas em ambiente escolar. Para finalizar esta parte, configura-se a transversalidade que a educação para a saúde assume e que lhe é característica, as dificuldades sentidas pelos docentes? bem como os materiais de apoio e recursos didáticos utilizados no processo de ensino e de aprendizagem desta temática.

A segunda parte é o resultado do estudo empírico que aborda a problemática da investigação bem como as hipóteses, os objetivos, a metodologia de investigação e o cronograma com enfoque nas tarefas que se realizaram durante este trabalho.

Numa terceira parte, apresentam-se a análise e o tratamento de dados à luz do enquadramento teórico descrito na primeira parte.

Finalmente, apresenta-se um balanço final deste trabalho com as considerações finais.

Parte I- Enquadramento teórico

1. A Educação para a Saúde

Neste capítulo, antes de definirmos conceptualmente o que é a Educação para a Saúde (EpS), convém definirmos alguns conceitos que lhe estão estreitamente associados, concretamente, Saúde, Saúde Pública e Promoção da Saúde.

1.1. Saúde

Tendo sido objeto de várias abordagens e investigações, o conceito de saúde sofreu mudanças significativas no último século, fruto das transformações por que passou a Humanidade em termos políticos, económicos e sociais, abandonando-se o conceito negativo, de “ausência de doença”, para ser considerado positivamente como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”, segundo a OMS, no seu documento constituinte (WHO, 1948). Neste sentido, “A saúde surge, assim, como a resultante de um equilíbrio perfeito entre três factores – físico, mental e social – que se apresentam estritamente interdependentes” (Costa, 1995, p.5).

Contudo, esta definição foi alvo de inúmeras críticas, pois definir a saúde como um estado de completo bem-estar faz com que a saúde seja algo ideal, mas inatingível.

Deste modo, em 1975, Terris analisou a definição supracitada, e, numa perspetiva de epidemiologista, classifica-a de “vaga e imprecisa com uma aura utópica” (citado por Lancaster & Stanhope, 1999, p. 289). Por este motivo, definiu-a como “um estado de bem-estar físico, mental e social, com capacidade de funcionamento e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (Terris, 1975, citado por Carvalho & Carvalho, 2006, p. 8). A intenção do autor, ao introduzir a terminologia “capacidade para funcionar” e excluir o “completo”, foi a de tornar a definição numa abordagem mais realista, abrangente e operativa, promovendo uma estrutura adequada e útil para a promoção e educação para a saúde. Esta visão justifica-se, uma vez que, para algumas pessoas, ter saúde é ser capaz de realizar as suas atividades da vida diárias, mesmo tendo alguma doença ou limitação; é ser capaz de se adaptar ao meio de forma funcional, mesmo com alguma deficiência ou incapacidade.

Neste sentido, a OMS (1946), que pretende “a realização para todas as pessoas do mais

alto nível possível de saúde” (p.1), lança, na Assembleia Mundial de Saúde, em 1977, o movimento “Saúde para todos no ano 2000”, ponto de partida para as grandes transformações subsequentes. Desta forma, é assumido como meta que o objetivo principal dos governos e da OMS seria que toda a população do planeta deveria alcançar, no ano 2000, um nível de saúde que conduziria a uma vida social e economicamente produtiva (OMS, 1978). A partir daqui numerosas iniciativas foram sendo implementadas, produzindo avanços significativos de modo a ampliar as ações em saúde e a atingir a saúde para todos.

A *Declaração de Alma-Ata*, produzida numa conferência internacional focada nos cuidados de saúde primários foi um dos marcos que contribuiu para este progresso e que permitiu afirmar que se entrava numa nova era, quer na forma de conceber a saúde e a doença, quer na forma de intervir. Este documento definiu uma política de valorização do conceito saúde, afirmando-a “como um direito humano fundamental”, considerando-a intimamente relacionada com o desenvolvimento económico-social e com a qualidade de vida da sociedade, que exige vontade política, participação organizada da população, responsabilidade e autodeterminação das pessoas (Silva, 2002, p. 11).

Mais tarde, na *Carta de Ottawa*, em 1986 OMS (1986), a Saúde é definida como “um conceito positivo, que acentua os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas”. A saúde resulta dos cuidados que cada pessoa é capaz de prestar a si própria e aos outros; ser capaz de tomar decisões e de assumir o controlo sobre a sua vida; assegurar que a sociedade em que vive cria condições para que todos os seus membros possam gozar de boa saúde. Este documento aponta que a casa, as escolas, o local de trabalho, a comunidade, ou seja, os “contextos onde as pessoas viviam, consoante a sua idade, a sua cultura, a sua atividade, os seus interesses” são pré-requisitos para a saúde (Ribeiro, 2015).

Déjourné, em 1993, citado por Carvalho & Carvalho (2006) apresenta uma definição dinâmica do conceito saúde. Assim, para o autor, a saúde é “a capacidade de cada homem, mulher ou criança criar e lutar pelo seu projecto de vida, pessoal e original, em direcção ao bem-estar” (p. 9). Esta definição assume a existência de percepções diferentes de saúde consoante o género ou a faixa etária, bem como o indivíduo ser orientado por objetivos para a construção do seu percurso, tendo em vista a sua realização pessoal. Ter saúde, significa ter a oportunidade de uma vida social e economicamente produtiva. Daí a menção não apenas à componente de bem-estar físico e mental, mas também à inclusão da componente de interação e bem-estar social (Barros, 2009).

Para a maioria das pessoas estar de boa saúde é ter capacidade de desenvolver as suas atividades de vida diárias. É possível a presença simultânea de saúde e de certas doenças, numa fase precoce, ainda sem sintomatologia, nem limitação funcional.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) define a saúde como uma representação mental da condição individual e do bem-estar, que é variável ao longo do tempo: “A saúde é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo; toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural” (OE, 2002, p. 7).

Numa perspetiva ecológica, a saúde é considerada um elemento fundamental na evolução das espécies vivas. Para ter saúde não é suficiente estar vivo, é essencial que haja energia e vigor para atuar, que haja relaxamento e calma para refletir num estado de vigilância ativa, mesmo na ausência de ação, que haja expectativas de futuro, que haja equilíbrio entre eles e o ambiente onde tudo ocorre (Oliveira, 2009).

Considerando que a saúde é o aspeto mais crucial e prioritário na vida humana, Aggleton & Homans (1987) e, seguidamente, Ewles & Simnett (1999) (citados por Gaspar, 2013) identificaram dimensões do conceito de saúde classificando-as como dimensões física, mental, emocional, social e espiritual. Segundo Ribeiro (1998), conforme mencionado por Gaspar (2013), cada dimensão abrange uma série de categorias que podem existir em harmonia umas com as outras, incluindo:

- Dimensão física: abrange a condição física, a alimentação, os cuidados médicos e o controlo do abuso de substâncias;
- Dimensão emocional: inclui a gestão do stress, e os cuidados com as crises emocionais;
- Dimensão social: abrange relações com amigos, família e comunidade;
- Dimensão intelectual: abrange a educação, o desenvolvimento da carreira e a realização intelectual;
- Dimensão espiritual: abrange aspetos como o amor, a esperança, a caridade e os objetivos de vida (p.7).

Deste modo, ao pensar no conceito de saúde, “de acordo com a dimensão mais valorizada pelas pessoas, profissionais ou não de saúde, podem obter-se significados distintos do conceito” (Fernandes, 2010, p.25).

A saúde, depende de múltiplas variantes ou fatores que, de diversas formas, atuam positiva ou negativamente, no estado do indivíduo (Melo, 2020). É, portanto, condicionada por determinantes da saúde definidas pela OMS em 1998 como “o conjunto de factores pessoais, sociais, económicos e ambientais que determinam o estado de saúde de indivíduos ou populações” (Fernandes, 2010, p.26). Os determinantes que se destacam são o ambiente, envolvem o *habitat*, qualidade de ar, qualidade da água; o estilo de vida,

manifestando igualmente uma ampla relevância, onde englobam a alimentação, a atividade física, o consumo de substâncias, os comportamentos sexuais e, mais recentemente, os comportamentos compulsivos associados às dependências sem substância, como a internet ou os jogos. Importa ainda mencionar, neste âmbito de determinantes, a dimensão biológica de cada indivíduo, que está relacionada com os processos não intencionais das pessoas, como a idade e a genética; os determinantes sociais e económicos que incluem a pobreza, emprego, e exclusão social e, ainda, os determinantes de acessibilidade, como a educação, saúde, serviços sociais, transportes, os quais interferem amplamente na saúde direta dos indivíduos (Melo, 2020).

Em suma, o estudo da saúde é um desafio, sendo um conceito dinâmico e difícil de definir (Albuquerque & Matos, 2006). Voltando à definição inicial de saúde da OMS como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”, muitos argumentam que uma pessoa pode não estar num estado de completo bem-estar sem estar doente (Néné & Sequeira, 2020). Por exemplo, alguém que dorme pouco durante duas noites seguidas pode não estar “num estado de completo bem-estar físico mental e/ ou social”, embora não esteja doente no sentido comum da palavra (Néné & Sequeira, 2020, p.3). Apesar da controvérsia, importa referir que, a definição original da OMS permanece inalterada desde o ano em que foi definido (Néné & Sequeira, 2020).

1.2. Da Saúde Pública à Promoção de Saúde

Observado a evolução do conceito de saúde e a forma como esta tem sido diferentemente encarada ao longo do tempo, deparamo-nos inevitavelmente com os conceitos de Saúde Pública (SP) e de Promoção da Saúde (PrS) que parece ser nos dias de hoje, cada vez mais imprescindível.

O conceito de Saúde Pública modificou-se ao longo dos anos e foi acompanhando a evolução da sociedade, do conhecimento e meios técnicos, que sofreram grandes transformações na segunda metade do século XX.

Etimologicamente a expressão «Saúde Pública» significa saúde do povo, das comunidades ou de grupos de populações humanas no meio ambiente em que vivem, em complementaridade à «Saúde Individual» ou de cada indivíduo (Ferreira, 1990).

Pode dizer-se que a SP terá começado quando o Homem se começou a aperceber de que, da vida em comunidade, resultavam problemas para a saúde dos indivíduos que a

constituíam e foi descobrindo estratégias para diminuir ou evitar esses problemas. Os resultados obtidos através da aplicação dessas estratégias, conduziu ao estabelecimento de medidas e criação de hábitos. Estes, sob a forma de regras, leis ou práticas individuais e comunitárias, constituíram um esboço de uma atuação coletiva e coordenada, visando a obtenção de bem-estar e a preservação da saúde (Ferreira, 1990).

O movimento de SP intensificou-se em todos os países desenvolvidos e estendeu-se aos países e regiões subdesenvolvidas, impulsionado, essencialmente, por três fatores (Ferreira, 1990):

- A criação da OMS, através da carta das Nações Unidas (1945), que entrou em funcionamento em 1948, como agência oficial de coordenação no campo da saúde a nível internacional, com o objetivo de ajudar os países membros a organizarem os seus próprios serviços de saúde e a lutar contra as grandes doenças;
- A pressão social e política sobre os governos no sentido do aperfeiçoamento das políticas de saúde;
- O progresso da medicina (p.7).

De acordo com a OMS, a SP é definida como “a arte e a ciência de prevenir a doença, prolongar a vida e promover a saúde através de esforços organizados da sociedade” (OMS, 1988). Esta definição combina o rigor da ciência com a criatividade da arte, visando promover, prevenir e aumentar a esperança de vida, como missão de toda a sociedade. As atividades de SP têm como meta fortalecer o sistema de cuidados e aprimorar os serviços de saúde para garantir a saúde e o bem-estar dos cidadãos, evitando que sua saúde se deteriore. Ou seja, o seu foco está na abordagem abrangente da saúde e do bem-estar como um todo, e não apenas na eliminação de doenças específicas.

Segundo a opinião do médico de Saúde Pública, Rui Portugal (2019), nos últimos anos, foram identificados novos desafios de SP para os tempos mais próximos:

1. Alterações climáticas com efeitos na saúde dos cidadãos;
2. Epidemias descontroladas de doenças crónicas;
3. Resistência crescente dos agentes microbiológicos patogénicos aos antimicrobianos;
4. Progressão de desigualdades, iniquidades e desequilíbrios acentuados entre comunidades.

A estes quatro desafios pondera-se acrescentar outros, como o potencial impacto de utilização generalizada de tratamentos não convencionais ou a descrença na proteção das vacinas (Portugal, 2019). Neste sentido, a saúde não pode ser responsabilidade exclusiva do Estado ou dos serviços de saúde. Ou seja, é necessário um esforço conjunto e

coordenado, envolvendo as autarquias, as empresas, as organizações sociais e não-governamentais e os próprios cidadãos (Portugal, 2019).

Assim, num mundo em mudança, a SP enfrenta o desafio das doenças transmissíveis, baseadas em patologias infecciosas, tal como a Covid-19, que originou a última pandemia e afetou milhões de pessoas, enquanto o aumento das doenças não transmissíveis é alarmante. Atualmente, as doenças não transmissíveis, como patologias cardiovasculares, patologias respiratórias crónicas, neoplasias, diabetes *mellitus*, patologias osteoarticulares e perturbações da saúde mental, compõem a maior causa de morbilidade e mortalidade nas sociedades desenvolvidas. Em Portugal, as doenças cérebro-cardiovasculares e o cancro encontram-se entre as principais causas de mortalidade, constituindo-se um importante problema de saúde pública (SNS, 2018). Estas patologias crónicas têm como etiologia comum um conjunto de fatores relacionados com os estilos de vida individuais, correspondentes às áreas da nutrição, exercício físico, consumo excessivo de substâncias etílicas, tabagismo e má gestão do stress (SNS, 2018). Intervir nestes determinantes surge como uma estratégia de saúde essencial que permitirá obter, a médio prazo, vantagens consideráveis em termos de redução do predomínio de doenças crónicas e dos custos económicos e sociais que lhe estão associados (SNS, 2018).

Estes desafios complexos, tanto das doenças transmissíveis como não transmissíveis, requerem uma abordagem coordenada, abrangente e unificada, que englobe mudanças em diversos níveis, desde o indivíduo até a sociedade como um todo, visando alcançar melhorias significativas na saúde. A PrS é uma das chaves destes grandes desafios.

Pensa-se que a primeira abordagem à PrS possa ter surgido em meados do século XX, pelo médico Sigerist, em 1946. Nos seus apontamentos, este autor, aborda a medicina através de quatro grandes componentes: a promoção da saúde, a prevenção da doença, a recuperação do doente e a reabilitação (Ribeiro, 1994).

No entanto, o seu reconhecimento advém de meados de 1974, na sequência da publicação da obra de referência *A new perspective on Health of Canadians* (Novas perspetivas sobre a Saúde dos Canadianes), no Canadá, onde foi salientada a importância de intervenções para prevenir a doença e promover o bem-estar (Oliveira, 2005). Este relatório realçou a responsabilidade de cada indivíduo sobre a sua saúde, identificou desigualdades sanitárias que são determinantes na saúde das populações e verificou-se que o nível de saúde de uma comunidade resulta da interação dos determinantes de saúde (Lalonde, 1974 citado por Laverack, 2008). Segundo Precioso (1992) (citado por Carvalho & Carvalho, 2006, p. 13), nessa altura, as determinantes em saúde eram:

- A Biologia Humana (genética, envelhecimento);
- O Meio Ambiente (contaminação física, química, biológica e sociocultural);
- O estilo de vida (comportamentos ligados a saúde);
- O Sistema de Saúde (cobertura e acessibilidade).

A estratégia de trabalho, apresentada por Lalonde (1974), preconizava que a combinação de melhorias ambientais com mudanças de comportamento, reduziria a morbidade e as mortes prematuras (Oliveira, 2005).

Após o surgimento deste modelo, a evolução deste conceito foi evidente devido aos ciclos de conferências promovidos pela OMS desde então, para darem resposta a novos desafios na área da saúde.

A Primeira Conferência Internacional de PrS foi realizada em Ottawa na qual resultou a Carta de Ottawa para a PrS. Aqui a PrS é definida como um “processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar” (OMS, 1986, p.1). Pode ler-se também que “para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio” (OMS, 1986, p.1). No entanto, reforça o documento, “a promoção da saúde não é uma responsabilidade exclusiva do setor da saúde, pois exige estilos de vida saudáveis para atingir o bem-estar” (OMS, 1986, p.1) e, além disso, a saúde não depende apenas dos comportamentos saudáveis, adotados individualmente por cada pessoa, também é necessário que as comunidades reúnam as condições para o desenvolvimento das potencialidades individuais e coletivas. Torna-se por isso fundamental melhorar a informação e a educação para a saúde, de modo a apoiar e capacitar as comunidades para se manterem saudáveis.

De acordo com OMS (1986), é prioritário o desenvolvimento de competências individuais bem como o reforço da ação comunitária, através da reorientação dos serviços de saúde no sentido da promoção da saúde, partilhando o poder com outros setores e com as próprias populações. Para isso, recomenda a capacitação das pessoas para aprenderem durante toda a vida, preparando-as para as suas diferentes etapas e para enfrentarem as doenças crónicas e as incapacidades.

Em suma, são cinco as estratégias de promoção da saúde de acordo com a Carta de Ottawa para a PrS: (i) construir políticas saudáveis; (ii) criar ambientes favoráveis; (iii) reforçar a ação comunitária; (iv) desenvolver competências pessoais; (v) reorientar os serviços de saúde (OMS, 1986).

Na sequência deste importante momento, surgiram outras conferências. Em 1988, ocorreu, na Austrália, a *Conferência de Adelaide* destinada à definição de Políticas Públicas Saudáveis. Posteriormente, na Suécia, em 1991, decorreu a *Conferência de Söndsvall* subordinada à criação de Ambientes Favoráveis à Saúde. Com a pretensão de responder aos desafios da Promoção da Saúde no Século XXI, surge a *Declaração de Jacarta* sobre a Promoção da Saúde, em 1997. Em 2000, ocorre, na Cidade do México, a 5ª Conferência Global sobre a Promoção da Saúde com a temática, “Rumo a uma Maior Equidade” que resultou na Declaração Ministerial do México para a Promoção da Saúde. Em 2005, na cidade de Banguetoko na Tailândia, decorreu a 6.ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde: “Promoção da Saúde num Mundo Globalizado”. Em 2009, realizou-se na cidade de Nairobi no Quênia, a 7.ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde: “Chamada para a Ação”. Em 2013, na cidade de Helsinque na Finlândia, decorreu a 8.ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde de onde resultou a *Declaração de Helsinque sobre Saúde em Todas as Políticas* (Akerman, 2013). A 9ª Conferência Global de Promoção da Saúde, promovida pela OMS, foi realizada em Xangai, na China, nos dias 20 e 24 de novembro do ano de 2016 e o tema aglutinador foi a “Promoção da Saúde no Desenvolvimento Sustentável”. Por último, em 2021, organizou-se a 10ª Conferência Global de Promoção da Saúde, com o apoio da Finlândia e dos Emirados Árabes Unidos. Esta foi realizada virtualmente devido aos contingentes da pandemia de SARS-COV-2 e teve como tema central: bem-estar, equidade e desenvolvimento sustentável. A Conferência abordou o modo como a promoção da saúde pode promover o bem-estar. Foi a primeira vez que a OMS abordou o bem-estar como tema de uma grande conferência. Segundo a Coordenadora de Promoção da Saúde da VPAAPS/Fiocruz, Adriana Castro, que acompanhou a 10ª Conferência, “é importante enfatizar que os debates e reflexões produzidos remetem ao discurso de Sérgio Arouca na 8ª Conferência Nacional de Saúde, reafirmando que é impossível pensar em saúde e bem-estar sem que exista alimentação, moradia, educação, trabalho, renda, lazer e democracia. Ao mesmo tempo, é central compreender – como lembrou Profª Ilona Kickbusch, que empoderamento é sobre protagonismo político para lutar pela garantia de saúde, equidade e bem-estar, de modo que precisamos reforçar o trabalho com territórios e suas comunidades na produção de soluções” (OMS, 2021).

Em cada uma destas conferências foi atualizada o conceito de PrS e o que lhe está associado em termos de educação para a saúde e que vieram, entre recomendações e cartas, apoiar e complementar a Carta de Ottawa, partilhando e desenvolvendo valores,

princípios e estratégias da ação da promoção da saúde (Dias , 2006).

Na atualidade, de acordo com Laverack (2008), a promoção da saúde pode ser descrita como uma relação entre o Estado (regulador das oportunidades de saúde), as economias de mercado (criadoras das oportunidades e dos riscos da saúde) e os grupos comunitários (que através de propósitos individuais ou coletivos, influenciam o Estado e as economias de mercado, assim como a sua própria saúde). A OMS define promoção de saúde como “um processo que visa tornar a pessoa apta a assumir o controlo e a responsabilidade da sua saúde”, ou seja, promover a saúde é aumentar o controlo que as pessoas têm sobre a sua saúde (Laverack , 2008, p.12).

Face ao referido, é, portanto, perçível que a PrS requer a participação do indivíduo e da comunidade na definição dos problemas, na tomada de decisões e nas medidas necessárias para modificar e melhorar os determinantes da saúde (Carvalho, 2002 citado por Faria & Graça, 2004).

Na sessão de encerramento do *IV Congresso Nacional de Saúde Pública*, em Viseu, presidida pela Secretária de Estado da Promoção da Saúde, Margarida Tavares, ficou bem claro que, para que Portugal tenha uma população mais saudável, é essencial investir fortemente na prevenção de doenças e na promoção da saúde, combater as desigualdades e capacitar os cidadãos e as comunidades. Conclui-se que “A promoção da saúde e a saúde pública devem ter um papel mais relevante na definição das políticas públicas de todas as áreas do nosso país” (Tavares, 2023).

1.3. Educação para a Saúde: uma estratégia na promoção da saúde

Atualmente, a saúde é mais do que um objetivo a alcançar, é um recurso essencial para o dia a dia. Por isso, é crucial garantir que todos tenham o direito de aprender como manter e melhorar a sua qualidade de vida.

Surge assim a Educação para a Saúde (EpS) que, de uma forma simplista, pode ser descrita como uma estratégia de Promoção da Saúde.

À primeira vista, a educação e a saúde parecem ser áreas separadas, mas ambas são de extrema relevância para o bem-estar humano. No entanto, ao examinarmos mais de perto cada conceito, percebemos a inter-relação entre eles, levando à questão de se estamos no âmbito da saúde ou da educação (Oliveira & Fonte, 2008).

Sabendo que o processo da própria educação implica, ao longo da vida, um processo com o objetivo de ser mais verdadeiro, justo e feliz, este interliga-se automaticamente com a

procura de bem-estar de todo o ser humano, levando-nos naturalmente à noção de saúde (Carvalho & Carvalho, 2006).

A educação, ao promover o desenvolvimento das habilidades humanas, é vista como uma das formas mais eficazes de elevar tanto a qualidade de vida quanto o nível de saúde das pessoas (González, 1998, citado por Carvalho & Carvalho, 2006).

Ao reunirem-se os dois termos numa mesma expressão – Educação para a Saúde – estamos perante um processo que incorpora diversas estratégias para capacitar tanto os indivíduos quanto a comunidade a adotar ou a modificar comportamentos que contribuam para um nível de saúde mais elevado, quer dizer, um melhor nível de saúde (Carvalho & Carvalho, 2006). Alcançamos, desta forma, uma definição que se corporiza nas palavras de Tones & Tilford (1994) citado por Carvalho & Carvalho (2006)

Educação para a Saúde é toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença (...), produzindo mudanças no conhecimento e compreensão nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamento e de estilos de vida (p. 21).

Assim, o conhecimento é essencial, mas a educação para a saúde não é apenas a transmissão de conteúdos, ideias ou informações (Calvinho & Amorim, 2015). É necessário compreender para que depois se possa agir, daí o equilíbrio entre a teoria e a prática.

A educação para a saúde assume-se como um processo de capacitação, participação e responsabilização dos indivíduos que os leve a sentir-se competentes, felizes e valorizados, ao adotar e manter estilos de vida saudáveis. A educação para a saúde não se pode limitar a adotar uma abordagem específica da doença, nem privilegiar apenas a sua informação ou as suas características instrumentais. Implica além disso uma resposta organizada do sistema no sentido de permitir que esta educação para a saúde tenha repercussão na vida dos jovens, no seu quotidiano, nomeadamente tornando acessíveis cenários e contextos promotores de saúde (Matos, 2006, p. 28).

De acordo com Green et al (1988) citado por Mandim (2007), a EpS é entendida como, qualquer combinação de experiências de aprendizagens planificadas, destinadas a promover as mudanças voluntárias de comportamentos saudáveis. Devido à natureza planificada, essas experiências requerem um conhecimento aprofundado da pessoa ou da comunidade, bem como uma reflexão sistemática.

Educar os indivíduos para a saúde é criar condições para eles se transformarem e saberem o porquê das coisas. Ou seja, a EpS não se limita apenas a aumentar e a organizar os conhecimentos, mas, em mudar a forma de entender, expressar e viver a vida. Assim, é

necessário que ocorram mudanças em direção a comportamentos mais saudáveis. Trata-se de um conceito positivo que valoriza os recursos sociais e individuais, assim como as capacidades físicas, tendo como objetivo o bem-estar total. Tem em consideração as necessidades, as percepções, valores, cultura e opções de vida de cada indivíduo, “contribuindo para o empoderamento individual e da comunidade” (Calvinho & Amorim, 2015).

Nas palavras de Amorim (1999), citado por Araújo (2004, p.26), a EpS, sendo um processo educativo, é encarado como um “contínuo e gradual de educação e aprendizagem que demora vários anos. Começa na primeira infância e desenvolve-se ao longo da vida...” Hjort (1987), citado por (Araújo, 2004), compara este processo a uma escada pela qual:

(...) cada indivíduo deve subir. Cada degrau representa uma fase: inicia com a comunicação, segue-se a compreensão dos factos, acredita-se que é importante e necessário mudar algo e actua-se em conformidade. Após se terem interiorizado algumas atitudes e habilidades ligadas a crenças e valores, surge a adopção de um comportamento mais adequado (p.26).

Para o mesmo autor, este processo educativo deverá começar na família, percorrendo um ciclo de formação, numa interação entre um educador e um educando, com o objetivo de promover nas pessoas competências de ação.

A família é a primeira “escola” da criança e deve ter como objetivo o bem-estar físico, psicológico, social, afetivo e moral, deve igualmente ter um papel crucial no ultrapassar de fragilidades inerentes à doença, mais concretamente à doença crónica (Gomes de Sá, 2019).

Também Rodrigues (2005) enaltece o papel da família neste processo, “além dos profissionais de saúde e dos professores, sobretudo os pais e as famílias desempenham um papel determinante na promoção e educação para a saúde” (p.55).

Figueira, et al. (2018) concluiu que a realização de atividades de EpS na família propicia a aquisição de conhecimentos relevantes, contribuindo para a mudança nos indivíduos, ao fornecer-lhes ferramentas que os capacitam para promoverem autonomamente a sua saúde. Na visão do mesmo autor, a EpS, para além de promover a saúde, capacitar a pessoa, a família e a comunidade para melhorar a própria saúde, também irá promover a amplificação do conhecimento sobre fatores e condições de risco e aumentar a capacidade de aceder e usar informação de saúde. Estes factos serão determinantes para a tomada de decisão em saúde e manutenção da saúde ao longo da vida. Tal entendimento é reforçado por (Leite, et al., 2015) quando afirmam que “...a informação é libertadora e ao levá-la à

população está-se a participar no nascimento de uma nova geração, participativa e informada...” (p.1577).

Em suma, a Educação para a Saúde é

uma acção exercida sobre os indivíduos no sentido de modificar os seus comportamentos, a fim de adquirirem e conservarem hábitos de saúde saudáveis, aprenderem a usar os serviços de saúde que têm à sua disposição e estarem capacitados para tomar, individual ou colectivamente, as decisões que implicam a melhoria do seu estado de saúde e o saneamento do meio em que vivem (OMS, 1969, citado por Queirós, 2011)

É um processo que tem como objetivo a promoção, manutenção e restauração da saúde e com a qual se pretende obter mudanças nas atitudes e nos comportamentos de forma consciente voluntária e efetiva (Hamido et al, 2006). A Educação para a Saúde assume-se como uma das vias mais promissoras para promover a adoção de comportamentos saudáveis e a modificação de condutas prejudiciais à saúde. Deve ser um direito de todos os cidadãos, em qualquer fase da sua vida, começando na família, prolongar-se por todas as etapas do sistema educativo e continuar no local de trabalho, na comunidade, nos meios de comunicação, entre outros. Mas devemos ter em conta que não basta fazer chegar a informação aos jovens, é necessário que haja boas práticas que sejam assimiladas por eles e que realmente os façam mudar de atitudes.

2. A implementação da Educação para a Saúde em contexto escolar

A evidência científica tem demonstrado que as sociedades com maiores índices de doença não são necessariamente as mais pobres, mas as que possuem menores níveis de educação (Figuerola, et al, 2011), por isso, a educação é considerada como um fator determinante na saúde. Os autores acabados de referenciar acrescentam que a alfabetização e os programas de educação não formal podem conduzir, de forma significativa, à melhoria da saúde e do bem-estar, centrando-se cada vez mais o conceito de EpS na aprendizagem e no fortalecimento da autonomia.

Assim, neste capítulo, abordámos a conceptualização do conceito Educação para a Saúde, especificamente em contexto escolar. Segue-se a leitura diacrónica das Escolas Promotoras de Saúde (EPS) e a transversalidade da Educação para a Saúde no Sistema Educativo Português. O capítulo termina com as dificuldades que são esperadas dos profissionais de Educação no processo de ensino e de aprendizagem na Educação para a Saúde e os materiais de apoio e recursos didáticos utilizados na sua operacionalização no 1º Ciclo do Ensino Básico.

2.1. A Educação para a Saúde em contexto escolar

Segundo Precioso (2004) a maior parte dos problemas de saúde causadores de mortalidade e morbilidade “estão relacionados com o estilo de vida, no qual se incluem os comportamentos de saúde” (Precioso, 2004, p.18). Todavia, face à complexidade do comportamento, alterá-lo e atingir um modo de vida adequado interfere com muitos aspetos da vida do ser humano. Tal direciona-nos para a “necessidade de actuar globalmente em todas as esferas, sistemas e sub-sistemas da vida humana para se obterem mudanças de comportamento efectivas, sustentáveis e duradoiras” (Precioso, 2004, p. 19). Perante esta realidade, terão de existir atuações ou intervenções em toda a comunidade (Carvalho & Carvalho, 2006).

Qualquer pessoa, seja qual for a sua idade, sexo e condição económica, deve beneficiar da EpS. No entanto, é primordialmente junto das crianças e jovens que esta ação se deve fazer sentir.

A Carta de Ottawa, que advoga em favor da saúde em todos os contextos, uma vez que a EpS não é da responsabilidade exclusiva dos serviços de saúde, reforça que todos os setores, nomeadamente o da educação, são responsáveis pela construção do bem-estar global. Ou seja, podemos afirmar que as escolas estão num lugar de destaque para levar a (in)formação a um grande número de pessoas e começar o mais cedo possível a incutir um espírito de preocupação com os aspetos relacionados com o tema da saúde, com a promoção e a prevenção. Considera-se a escola como um ambiente onde toda a comunidade educativa trabalha em conjunto para oferecer aos alunos experiências e estruturas que promovam e protejam sua saúde (WHO, 1996).

De acordo com o manual “SHE, manual para as escolas 2.0” (Vilaça, et al, 2019):

- As crianças saudáveis têm uma maior capacidade de aprendizagem e maior frequência escolar;
- As crianças que frequentam a escola têm mais probabilidades de serem saudáveis;
- Os alunos que têm uma ligação positiva com a escola e com os adultos significativos têm uma menor probabilidade de ter comportamentos de risco e têm maior probabilidade de alcançar resultados de aprendizagem positivos;
- O nível de instrução está positivamente ligado à prosperidade económica e a resultados de saúde, a longo prazo; (p.12).

Ainda na ótica de Precioso (2004), a escola é considerada um local de eleição para fazer EpS. Este autor apresenta diversos motivos que explicam claramente esta ideia: primeiramente, o facto de todas as crianças, mais cedo ou mais tarde, frequentarem o sistema de ensino, possibilita que a EpS atinja um elevado número de crianças (Sanmarti,

1988; Pardal, 1990; Nebot, 1999, citado por Precioso 2004); depois são vários os estudos que comprovam que as raízes do comportamento humano se situam na infância e adolescência (Sanmarti, 1988; Lima, 1995, citado por Precioso, 2004), altura em que as crianças e jovens estão mais receptivos a adquirir conhecimentos e hábitos saudáveis; de seguida, a EpS nas escolas parece facilitada pela participação de profissionais preparados para educar (Nebot, 1999 citado por Precioso, 2004); por último, ao “abrangermos indivíduos em fase de formação física, mental e social que, normalmente, ainda não possuem hábitos insanos, torna mais fácil a aprendizagem e aquisição de conhecimentos” (Precioso, 2004, p. 17).

Como reforçam Rocha et al. (2013, p.195),

A evidência científica demonstra que grande parte das doenças são consequência de comportamentos de risco. Neste sentido, a escola é um dos locais de excelência para a promoção da educação para a saúde, não só direccionada para o aluno, mas também para toda a comunidade educativa.

De facto, a escola é vista como um dos ambientes prioritários, especialmente porque a maior parte da vida dos jovens é passada nesse espaço. Reconhece-se o papel crucial da escola na promoção de estilos de vida saudáveis e na prevenção de comportamentos prejudiciais. Além disso, os conhecimentos, comportamentos e crenças formados nos primeiros anos tendem a permanecer na vida adulta, moldando a personalidade e os hábitos de vida ao longo do tempo (DGE, 2014).

Em contexto escolar, educar para a saúde significa dotar as crianças e os jovens de conhecimentos, atitudes e valores que os ajudem a fazer escolhas e a tomar decisões que beneficiem a sua saúde e bem-estar físico, social e mental, bem como os de quem os rodeia, dando-lhes assim um papel ativo na promoção da saúde (DGE, 2014). A EpS tem, assim, como finalidades promover a aquisição de conhecimentos, desenvolver atitudes e hábitos saudáveis nos alunos, para potenciar o seu crescimento, desenvolvimento, bem-estar e prevenir doenças que possam ser evitáveis na sua idade (Precioso, 2004).

De acordo com Turner (citado por Mandim, 2007), a escola deve procurar incutir nos alunos:

- Atitudes, crenças e ideias que fomentem neles a observação voluntária das normas de higiene; o desejo de gozar da melhor saúde possível; a convicção de que a saúde é um meio de gozar a vida em plenitude e que as práticas higiénicas mantêm e melhoram a saúde.
- Bons hábitos nos seguintes aspectos: regime de vida geral, equilíbrio afectivo, nutrição, actividade física saudável e recreativa, utilização racional dos serviços médicos e paramédicos, meios para evitar doenças e infecções, participação nas actividades destinadas a conservar e melhorar a saúde da comunidade.
- Os conhecimentos básicos requeridos sobre as funções corporais, a higiene mental, os principais perigos que ameaçam a saúde, a conservação da saúde nas pessoas, família e comunidade, as características dos serviços de saúde pública (p.69).

Sumariamente, a EpS deve incutir nos alunos atitudes, conhecimentos e valores que lhes permitam fazer opções e tomar decisões adequadas à sua saúde e bem-estar. A EpS visa desenvolver o sentido de responsabilidade em relação à saúde individual e comunitária, promover hábitos de vida saudáveis, sugerir escolhas realistas e promover as capacidades dos alunos, especialmente a autoestima e a autoconfiança (Mandim, 2007).

Ademais, deve também responsabilizar os alunos pela sua própria saúde e prepará-los para adotar um estilo de vida saudável ao saírem da escola e se integrarem na comunidade, capacitando-os para promover a saúde dos outros (Precioso, 2004). Souza (2018) “destaca o seio familiar, como um local primordial, além do escolar, para se refletir, promover um entendimento e manter um diálogo permanente com a finalidade de se perceber a importância da saúde” (p.21). No contexto da educação, tanto a escola quanto os pais desempenham papéis cruciais no desenvolvimento e sucesso dos alunos. A colaboração entre essas duas partes pode resultar em estratégias eficazes para aprimorar as metodologias de ensino (Souza, 2018). Os pais, como os "cabeças" ou "diretores" dessa primeira escola chamada família, e a escola têm a responsabilidade de promover o diálogo entre todos, visando objetivos comuns Souza (2018, p.21). É fundamental fomentar um entendimento mútuo sobre saúde, onde se deve aprender a discernir entre as muitas informações prejudiciais (Souza, 2018) .

Para implementar a educação para a saúde na escola, é essencial que alguns membros da comunidade educativa adquiram conhecimento e sensibilizem toda a comunidade escolar para atuar nessa área. A educação para a saúde deve fomentar uma relação de confiança, cooperação e apoio mútuo entre todos os participantes (Mandim, 2007).

Rodrigues et al, (2005) definem o educador de saúde como:

um especialista da equipa de saúde que diagnostica as questões de saúde numa perspectiva pedagógica, seguindo por esta via estratégias de intervenção educativa através de uma metodologia programada e cientificamente avaliada (p. 55).

Os professores são profissionais preparados para educar e com facilidade podem aproveitar as contínuas oportunidades que a escolarização oferece para fomentar um estilo de vida saudável (Precioso, 2004). O papel do professor será, fundamentalmente, o de fomentar o desenvolvimento de estratégias pedagógicas e didáticas, de modo que, os alunos se tornem mais, “conscientes, autónomos, criativos, confiantes, responsáveis, cooperantes, comunicativos, intervenientes, críticos, aptos e competentes” (Rocha, et al., 2011, p. 103). O professor tem um papel decisivo na definição do trabalho a realizar, na organização, controlo e avaliação (Abrantes, 2003). De acordo com Rocha, et al., (2011),

citando John Dewey “o papel do professor consiste em ajudar os alunos a converter os seus interesses e desejos em projetos, no sentido de ações refletidas e planeadas” (p. 103).

Para a operacionalização deste conceito,

o essencial é que a conceção do projeto seja um processo negociado que venha a interessar realmente os alunos, onde o professor desempenha um papel fundamental, sobretudo no estabelecimento de um ambiente adequado, no qual a responsabilidade e autonomia são elementos cruciais (Rocha, et al., 2011, p. 103).

Quando se fala da metodologia de projeto, há que ter em mente que a aprendizagem por projetos requer tempo, o que por vezes pode tornar-se um entrave à implementação desta metodologia devido à necessidade de cumprir os programas das várias áreas curriculares. Outra das condicionantes à execução da metodologia de trabalho de projeto é a certeza de que as aulas se tornam mais barulhentas, como se pode constatar através da afirmação de um professor citado por Ferreira (2013) “demora muito tempo, mais trabalhoso e mais barulhento” (p. 324). Ferreira (2013) acrescenta ainda o facto de os alunos não estarem habituados a trabalhar em pequenos grupos, como se pode comprovar na seguinte afirmação de um professor “esta metodologia só acarreta uma desvantagem, que é o trabalho de grupo, que, por vezes, quando as crianças não estão habituadas, não é fácil” (p. 323). É essencial ter em consideração que “o ensino e a aprendizagem por projetos é um processo complexo, de negociação e de consensos, marcado por imprevistos aos quais se tem que dar resposta, exigindo, por isso, um tempo relativamente longo” (Abrantes, 2002, citado por Ferreira, 2013, p. 324).

Para melhorar a ação da EpS, Souza (2018) refere que deve evitar-se a abordagem pontual de um assunto. É preferível abordá-lo de forma sistemática, ao longo do ano e em todo o currículo escolar, abrangendo diversos níveis de ensino. Esta intenção deve estar claramente indicada no currículo. As abordagens sucessivas devem seguir o princípio do currículo em espiral, onde os mesmos temas são aprofundados várias vezes, permitindo uma revisão dos conteúdos e a utilização de estratégias e recursos variados.

A escola apresenta um papel fundamental na aquisição de atitudes e conhecimentos relacionados com a EpS e, conseqüentemente, na prevenção da doença (Rocha, et al., 2011). Após a influência inicial da família, a escola tem sido considerada um local de eleição para o estabelecimento de hábitos de vida saudáveis e, conseqüentemente, um dos locais privilegiados para realizar a EpS (Rocha, et al., 2011).

A OMS e outras instituições, como a UNESCO, enfatizam que a saúde deve ser parte integrante do currículo escolar, assim como outras ciências sociais. Tal como o aluno aprende na escola os conhecimentos científicos e os hábitos sociais que os capacitam a

lidar com os desafios da vida em sociedade, também deve aprender e incorporar conhecimentos e hábitos saudáveis que lhe permita alcançar o máximo bem-estar físico, mental e social possível (Sanmarti,1988, citado por Precioso, 2004).

Em suma, a EpS é uma forma básica da promoção para a saúde, muitas vezes usada no mesmo sentido. Uma escola, que se proponha a implementar a EpS, deve mobilizar a participação direta da comunidade, desde as decisões sobre o projeto, ao envolvimento da própria escola, dos serviços de saúde, da comunidade de pais, dos voluntários, das empresas, dos parceiros diversos, até à sua execução e avaliação (Gomes de Sá, 2019).

2.2. A Escola Promotora de Saúde

Da necessidade imperiosa em abordar temas relacionados com a Saúde nas escolas, surgiu o conceito de Escola Promotora de Saúde (EPS).

O conceito EPS foi debatido no princípio dos anos 80 e é hoje aceite como uma abordagem à PrS, na medida em que a escola é uma via ideal à concretização dos princípios da PrS (DGS, 2001).

Em 2009, a OMS, citado por DGE (2014), definiu-a como

uma escola que fortalece sistematicamente a sua capacidade de criar um ambiente saudável para a aprendizagem. A EPS é, assim, um espaço em que todos os membros da comunidade escolar trabalham, em conjunto, para proporcionar aos alunos, professores e funcionários, experiências e estruturas integradas e positivas que promovam e protejam a saúde (p.4).

A principal finalidade da EPS é contribuir para o desenvolvimento da saúde e da educação para a saúde de seus alunos e da comunidade onde está inserida (Precioso, 2004). O mesmo autor refere que uma EPS, deve:

esforçar-se por melhorar a saúde dos alunos, do pessoal da escola, das famílias e dos membros da comunidade; promover a saúde e a aprendizagem com todos os meios de que dispõe; convidar especialistas da saúde e da educação, professores, associações de professores, alunos, pais, profissionais de saúde e líderes da comunidade a juntar os esforços para fazer da escola um local saudável; fornecer um ambiente saudável, uma educação para a saúde, serviços de saúde escolares e ao mesmo tempo elaborar projectos escola/comunidade, programas de promoção de saúde para os dirigentes da escola, assim como programas de nutrição e alimentação saudáveis, oportunidades para educação física e recreio, e programas de apoio social e de saúde mental; implementar políticas e práticas que respeitam o bem-estar do indivíduo e a sua dignidade (p.21).

Em 1992, foi criada a iniciativa das EPS, através da Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde (REEPS). A REEPS surgiu da iniciativa conjunta da OMS, juntamente com a Comissão das Comunidades Europeias e o Conselho da Europa, à qual puderam associar-

se os países europeus que cumpriram os requisitos políticos e administrativos necessários para o efeito (Faria & Carvalho, 2003, p. 80).

A REEPS, na primeira conferência europeia decorrida na Grécia em 1997, definiu os 10 princípios de uma EPS: Democracia, Equidade, *Empowerment* (capacitação) e Competência de Ação, Ambiente Escolar, Currículo, Formação de Professores, Avaliação do Sucesso, Colaboração, Comunidades e Sustentabilidade (ME, 1999). Baseada nestes princípios, a REEPS é um investimento em educação, saúde e democracia e tem por base a ideia de que a escola é um setor importante para as crianças, onde elas podem aprender e desenvolver competências para melhorar a sua saúde (DGE, 2014). Na terceira Conferência com o título “Melhores escolas, escolas mais saudáveis” realizada em Vilnius na Lituânia, em 2009, é proposto avançar na promoção da saúde na escola, em toda a Europa, através de ações combinadas além das fronteiras (Declaração de Vilnius, 2009). Diversas articulações entre os Ministérios da Saúde e da Educação foram potencializadas através da criação de espaços institucionais com o objetivo de elaborar propostas de ações em saúde no espaço escolar. É uma constatação universal, no campo da promoção da saúde, a necessidade de se estabelecer parcerias e de se adotar uma abordagem de colaboração entre o setor da educação e o da saúde (Declaração de Vilnius, 2009).

Em Portugal, o sector da educação, através do “Programa de Promoção e Educação para a Saúde” e o sector da saúde através da Direção Geral da Saúde, acordaram os objetivos e estratégias para a implementação de EPS no país. Deste modo, em 1994, Portugal conseguiu aderir à REEPS, numa parceria entre a Saúde e a Educação, que permitiu implementar a promoção e educação para a saúde em contexto escolar. Este facto levou à criação de legislação e estruturas de apoio, para que os profissionais de saúde e educação pudessem assumir a promoção da saúde na escola como investimento capaz de traduzir ganhos em saúde (Faria & Carvalho, 2004, citado por Rocha, et al., 2013). Segundo a REEPS, para que possa haver na prática, de forma integrada, com economia de meios e adequada orientação de esforços, a construção de uma verdadeira EPS, deve assentar em quatro áreas concorrenciais (DGS, 2001).

A EPS, que se fundamenta nos princípios da Carta de Ottawa para a promoção da saúde da OMS, é a que contempla a educação para a saúde no currículo e possui atividades de saúde escolar. Assenta em três vertentes – currículo, ambiente e interação escola/família/meio – e orienta-se por princípios, organizados em cinco dimensões designadamente curricular, psicossocial, ecológica, comunitária e organizacional (DGS,

2001).

- A Dimensão Organizacional: deve colocar em evidência “em que medida o projeto teve a participação da comunidade educativa, contribuiu para a mudança das políticas da escola e teve controlo de custos”.
- Na dimensão comunitária: deverá “considerar em que medida o projeto estabeleceu uma boa articulação com a comunidade extra-escolar”.
- Na dimensão psicossocial: deverá considerar “em que medida melhorou o relacionamento intra e interpessoal na escola”.
- Na dimensão ecológica: deverá considerar relativamente ao projeto de EpS “em que medida tornou o ambiente escolar mais seguro e saudável”.
- Na dimensão curricular: que pretende reconhecer relativamente à ação do projeto de EpS “em que medida o projeto desenvolveu uma abordagem holística do tema e melhorou as práticas da escola” (Dias, 2013, p.37)

Em 1998 foi publicado o Despacho n.º 271/98, onde se estipulam as responsabilidades de cada ministério no âmbito do apoio à Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde (RNEPS), ao nível de PrS, e os encargos financeiros decorrentes (República, 1998). A parceria para desenvolver um trabalho conjunto de forma a melhorar a saúde entre todos os envolvidos na vida da escola, constituiu o ponto fulcral da EPS (DGS, 2001).

Em 1999 foi criada, a comissão de coordenação da PrS e EpS, com a pretensão de coordenar a intervenção para a PrS em contexto escolar, no seguimento das áreas de intervenção prioritárias, alimentação, saúde oral, sexualidade, segurança, vacinação (hepatite B), uso e abuso de substâncias lícitas e ilícitas e SIDA (DGE, 2014).

Após alguns anos em que a PrS e EpS dependiam da adesão, por parte das escolas, à RNEPS, a partir de 2005 o projeto educativo de escola tem de incluir a área da EpS. Desde 2012, compete à DGE, através da direção de serviços de educação especial e apoios socioeducativos, conceber orientações e instrumentos de suporte às escolas no âmbito da implementação e acompanhamento de respostas na área de educação saúde entre outros (DGE, 2014). Em Portugal, a colaboração e articulação intersetorial da educação e da saúde têm sido fundamentais na conceção de documentos orientadores para as escolas em matéria de EpS e de saúde escolar (DGE, 2014).

Em 2006, os Ministros da Educação e da Saúde, reafirmaram o seu compromisso de fortalecer as parcerias para a implementação dos princípios EPS ao assinarem um protocolo conjunto (DGS, 2006).

A escola e a saúde trabalham em parceria, com o apoio da comunidade, para promover a literacia em saúde, garantir equidade na educação e na saúde e melhorar os indicadores de saúde. O que se pretende é que as escolas integrem e assumam essas práticas nas suas atividades diárias de forma progressiva (DGE, 2014).

Para apoiar as escolas na adoção do conceito de EPS, a DGE lança o Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde (PAPES) que foi homologado por despacho do Senhor Secretário de Estado do Ensino Básico e Secundário em 3 de setembro de 2014, dando enfoque nas seguintes áreas temáticas (DGE, 2017):

- Saúde Mental e Prevenção da Violência;
- Educação Alimentar e Atividade Física;
- Comportamentos Aditivos e Dependências;
- Afetos e Educação para a Sexualidade;

Naturalmente que estas grandes áreas temáticas incluem múltiplos assuntos, outros tantos subtemas com objetivos de reflexão e discussão, onde se elencam, entre outros:

- Ambiente e saúde;
- Promoção da segurança e prevenção de acidentes;
- Educação para o consumo;
- Saúde oral;
- Saúde mental.

Este programa pretende:

- Promover a literacia em saúde;
- Promover atitudes e valores que suportem comportamentos saudáveis;
- Valorizar comportamentos que conduzam a estilos de vida saudáveis;
- Criar condições ambientais para uma EPS;
- Universalizar o acesso à EpS em meio escolar;
- Qualificar a oferta da EpS em meio escolar;
- Consolidar o apoio aos projetos em meio escolar.

De modo a motivar as escolas a tornarem-se EPS e a publicitar as boas práticas desenvolvidas de modo a recompensar o esforço exercido pelas escolas, surgiu, no âmbito do PAPES, o Selo Escola Saudável. Este Selo destina-se a premiar as escolas que privilegiem, no seu quotidiano, a promoção da saúde e do bem-estar da comunidade educativa. Reconhecerá o mérito dos agrupamentos de escolas/escolas que, através das suas práticas, têm vindo a contribuir para a promoção de relações interpessoais saudáveis,

envolvendo toda a comunidade educativa e criando uma imagem positiva da escola. Referenciará as escolas potenciadoras do crescimento e desenvolvimento de crianças, jovens e adultos saudáveis (DGE, 2014). Outro dos contributos para o incentivo à promoção da saúde nas escolas foi a criação da *Schools for Health in Europe* (SHE), um organismo cuja finalidade é melhorar a saúde das crianças e jovens na Europa, incluindo a redução das desigualdades na saúde, através de um enfoque específico nas escolas. A partir de uma plataforma europeia, este organismo pretende desenvolver e apoiar a promoção da saúde na escola através da partilha de boas práticas, conhecimentos e habilidades, do apoio à pesquisa em promoção da saúde escolar, proporcionando apoio técnico contínuo, criando, mantendo e assegurando uma colaboração ativa entre o sector da saúde, o sector da educação e o sector social e tornar, assim, as escolas promotoras de saúde uma realidade em toda a Europa (Vilaça, 2019). Neste sentido, uma das estratégias implementadas foi a criação de um manual “SHE”, de orientação para o desenvolvimento de escolas promotoras de saúde, dirigido a profissionais da escola, que também pode ser utilizado com o apoio de técnicos de saúde. Este manual considera a promoção da saúde como qualquer atividade realizada para melhorar e/ou proteger a saúde de todos/as na comunidade escolar (Vilaça et al., 2019), incluindo a educação para a saúde que se trabalha em contexto de sala de aula.

Em 2015, a DGS publica um novo Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) que serve como principal guia para as políticas nacionais de promoção de saúde nas escolas. Surge com a finalidade de melhorar tanto o nível educacional, como o da saúde dos alunos. O PNSE foi desenvolvido tendo em conta a reestruturação dos cuidados de saúde primários, os objetivos e estratégias do Plano Nacional de Saúde e os princípios orientadores da OMS. Este determina que a Educação para a Saúde deve ser considerada obrigatória em todos os estabelecimentos de ensino e integrar o Projeto Educativo da Escola. Com esta atualização do PNSE, a promoção da saúde em meio escolar é implementada utilizando a metodologia de trabalho de projeto, tendo em consideração os determinantes de saúde da área geodemográfica de cada Agrupamento de Centros de Saúde/Unidade Local de Saúde, ou seja, respondendo às necessidades específicas da comunidade educativa (Martins & Borges, 2023). A equipa de saúde escolar é constituída por profissionais de saúde multidisciplinares do Agrupamento de Centros de Saúde/Unidade Local de Saúde, assumindo os enfermeiros, na maioria dos casos, o papel de interlocutores da saúde nas escolas, desempenhando um papel de promotores privilegiados de saúde. Os enfermeiros enquanto profissionais de saúde possuem

conhecimentos e competências para intervir na PrS na escola, otimizando capacidades de comunicação e cooperação, pelo que têm um papel determinante na operacionalização do PNSE (OE Sul, 2013).

O PNSE desempenha um papel crucial na gestão dos determinantes que influenciam a saúde de toda a comunidade educativa, resultando em benefícios para a saúde a médio e longo prazo (OE, 2013).

Assim, os Ministérios da Saúde e da Educação, durante anos, têm colaborado estreitamente, permitindo que as equipas de saúde escolar tenham acesso direto às escolas e aos alunos através da coordenação de um professor responsável pelo programa de educação para a saúde em cada agrupamento escolar. A eficácia desta parceria é evidente pelo elevado nível de sensibilização e iliteracia em saúde manifestada pelos alunos, professores e encarregados de educação (Martins & Borges, 2023). A educação e a saúde estão interligadas e a EpS surge da junção desses dois pilares essenciais. Embora a EpS não substitua as mudanças estruturais necessárias para garantir qualidade de vida e saúde, ela pode contribuir significativamente para sua concretização. Apesar de ser uma responsabilidade partilhada por várias instituições, a escola pode ser entendida como o local que mais se pode transformar num espaço genuíno de promoção da saúde.

2.3. A transversalidade da Educação para a Saúde no Sistema Educativo Português

O decreto-lei 6/2001 de 18 de janeiro, bem como o decreto-lei 74/2004 de 26 de março, reconhece a escola como um local privilegiado de educação para a cidadania e capaz de integrar e articular experiências de aprendizagem diversas. A este nível, refere-se a importância da integração da Educação para a Cidadania “com carácter transversal (...) em todas as áreas curriculares” (Decreto-Lei nº6/2001, artigo 3º, alínea c) e a “transversalidade da educação para a cidadania (...) em todas as componentes curriculares” (Decreto-Lei nº74/2004, artigo 4º, alínea e) o que induz para abordagens transversais do currículo e também da EpS (Precioso, 2004).

Neste contexto, a criação da área de Educação para a Cidadania veio contribuir para apoiar e incentivar a promoção e educação para a saúde na escola, enquanto uma das suas dimensões. Esta área reveste-se de particular importância para o sistema educativo, uma vez que constitui uma área de conteúdo presente em todos os níveis de educação e ensino, em diferentes disciplinas (DGE, 2012).

Nas suas diretrizes sugere-se a integração desses temas de forma transversal no currículo em áreas disciplinares, disciplinas ou em atividades e projetos, desde a educação pré-escolar até ao ensino secundário (DGE, 2012).

Reforça-se, também, a relevância de se estabelecerem parcerias com a comunidade educativa e outros grupos envolvidos nesse contexto, sendo essencial que essas parcerias sejam construídas com base nas necessidades e desafios específicos da comunidade escolar, integrando-se no projeto educativo da escola (DGE, 2012). No quadro de promoção da autonomia e flexibilidade curricular para a área da educação, com a criação da Estratégia Nacional de Educação para a Cidadania, a saúde é reconhecida como um dos domínios essenciais a serem abordados em todos os níveis de ensino, através do desenvolvimento de competências que incentivem a igualdade nas interações sociais, a integração da diferença, o respeito pelos Direitos Humanos e que reforcem os valores e princípios de cidadania (DGE, 2012).

A transversalidade da EpS é, atualmente, um dos modelos mais defendidos para implementar conteúdos relacionados com a Saúde. A abordagem transversal da EpS acontece quando “todas ou grande parte das áreas de conhecimento contribuem, ainda que em diferentes medidas, para o desenvolvimento dos conteúdos relacionados com a saúde” (Precioso, 2004, p.20). Para a sua implementação é necessário a colaboração de toda ou parte da equipa docente (Gavídea & Rodes, 1996, citados por Precioso, 2004).

Neste sentido, de acordo com os autores anteriores, verifica-se que a transversalidade exige:

- O envolvimento de professores de todos (ou quase todos) os grupos disciplinares e uma coordenação entre as diferentes áreas.
- A definição dos conteúdos (atitudes, habilidades, procedimentos, valores, comportamentos, conceitos, factos, normas) de saúde que se consideram relevantes para a sua população escolar.
- A reflexão e formação sobre o que significa ensinar saúde.
- Relacionar o que se ensina com os problemas da vida diária.
- Incorporar os conteúdos referidos a valores atitudes e hábitos (p.20).

A transversalidade requer a participação de todos os professores de todas as unidades curriculares, a coordenação entre as diferentes áreas do saber e o despertar para a necessidade de a escola refletir e atuar conscientemente na educação de valores e atitudes em todas as áreas (Gavídea e Rodes, 1996, citados por Precioso, 2004). A estes acrescem a definição dos conteúdos, atitudes, habilidades, procedimentos, valores, comportamentos, conceitos, factos e normas relacionados com a saúde considerados pertinentes para a população escolar.

Ao longo da aprendizagem, os conceitos adquirem uma importância cada vez maior, capacitando os alunos para a crítica dos desafios que lhes são colocados de forma crescente, quer nas suas interações sociais, quer com o meio ambiente. As habilidades e competências que desejamos que as crianças e jovens desenvolvam em contexto escolar podem ser importantes e comuns a todos os temas (DGE, 2017). Por exemplo, a capacidade de se ser assertivo ou de fazer uma reflexão crítica sobre o seu papel como cidadãos de uma sociedade é transversal a diferentes temáticas. Este facto implica a necessidade de um trabalho dinâmico, sistemático e contínuo no decorrer de toda a escolaridade, o que possibilitará um tratamento cada vez mais aprofundado das questões abordadas (DGE, 2017).

A configuração da transversalidade da EpS requer que todas ou grande parte das áreas de conteúdo participem no seu desenvolvimento. A estrutura disciplinar mantém-se, mas as áreas integram a saúde nos seus objetivos e conteúdos. Isto significa uma mudança metodológica na didática da saúde, na qual se conjuga o saber escolar com o saber do dia a dia necessário para fazer enfrentar os problemas de saúde na vida diária.

Com a transversalidade obtém-se uma abordagem pormenorizada dos temas (uma vez que estes são dados por professores especializados naquele conteúdo), maior continuidade e contacto com maior número de referências para o aluno (professores de diferentes disciplinas) (Precioso, 2004).

As dificuldades da sua operacionalização são devido ao facto de não haver um currículo transversal de saúde, à organização curricular vertical, a falta de formação e sensibilização dos professores, o sistema de avaliação dos alunos e a extensão dos currículos (Precioso, 2004).

No entanto, começa-se a emergir a nível europeu e em Portugal o tratamento da EpS em disciplinas específicas (Precioso, 2004). A flexibilidade curricular prevista na reforma do sistema educativo tem permitido que algumas escolas criem disciplinas de saúde e inclusivamente disciplinas com o nome de Educação para a Saúde. Para Precioso (2004) a criação de uma disciplina de Educação para a Saúde seria vantajosa por garantir que todos os alunos abordariam temas relacionados com a saúde. O autor acrescenta que a sua inclusão no currículo responde a uma necessidade social, favorece a consciência do direito à saúde e capacita para a intervenção individual e coletiva sobre os determinantes do processo saúde-doença. Souza (2018) não é da mesma opinião, ao refutar que a educação para a saúde não deve ser definida como uma disciplina ou matéria a lecionar, mas antes uma forma de focalizar os programas do ponto de vista da saúde. A EpS na

escola deve basear-se numa orientação programática que tenha impacto na interdisciplinaridade e na adoção de metodologias de ensino-aprendizagem, como a metodologia de projeto, por exemplo, permitindo-lhes, deste modo, articular saberes de diversas áreas curriculares em torno de problemas ou temas de pesquisa ou de intervenção.

Na opinião de Pestana (1995) citada por (Mandim, 2007), podemos inferir que, na integração da educação para a saúde em contexto escolar, devemos recorrer a três linhas estratégicas:

- Introduzir a educação para a saúde nos currículos escolares, o que não significa criar uma disciplina de educação para a saúde, mas sim criar oportunidades formais e informais que levem os alunos a praticar hábitos de saúde saudáveis;
- Investir na formação inicial e contínua de professores, tendo aqui também um papel importante, o dos formadores;
- Dinamizar programas/projetos especiais de educação para a saúde (p.68).

Pelo que foi aludido, é de ressaltar a importância e a necessidade de uma melhor formação dos professores que lecionam nas áreas ligadas à EpS, para que possam explorar as potencialidades de todas as áreas a ela associadas.

2.4. Dificuldades no processo de ensino e de aprendizagem na Educação para a Saúde no 1ºCEB

A criação de uma Escola Promotora de Saúde (EPS) não é um processo fácil e existem vários fatores limitativos ao sucesso da sua implementação: a fraca participação do sector da saúde; a ausência de cursos de formação para professores na área de saúde; a falta de tempo dos professores para se dedicarem à implementação de projetos de Educação para a Saúde; o pouco envolvimento dos pais nas tomadas de decisão da escola (Precioso, 2004). Souza (2018) enfatiza que algumas das maiores dificuldades estão relacionadas com os conteúdos a serem ministrados na EpS, o tempo de que dispõem para enfatizarem os conteúdos previstos nos currículos de ensino e a carga horária das componentes letivas que constitui uma exigência a cumprir e não conciliável com a da transversalidade proposta para a EpS.

Para além das dificuldades referidas, a falta de formação em Educação para a Saúde nos professores, é outro entrave. Essa formação tem sido defendida em várias conferências, por vários organismos e autores. Na conferência de Vitterbo emergiu a seguinte recomendação: “A Educação para a Saúde deve ser incluída como parte obrigatória na formação inicial de todos os professores” (Precioso, 2004, p.22). Nas conclusões da

Conferência de Dublin refere que:

A Educação para a Saúde só pode ser eficaz se os professores estiverem convencidos da sua necessidade fundamental. A sensibilização, a formação e a informação do corpo docente tem, portanto, uma importância preponderante. A Europa tem necessidade de um grupo de professores motivados conhecendo bem as Bases da Educação para a Saúde e sabendo ensiná-las. Enquanto este problema não for resolvido será impossível progredir (Precioso, 2004, p.22).

Em todas as comunidades, a formação de professores deve ser a grande prioridade porque os professores fornecem a informação e servem como modelos para os seus alunos (WHO, 1999, citado por Precioso, 2004).

Um estudo realizado por Precioso (2004) revela que, a maioria dos futuros licenciados em ensino das várias disciplinas, considera ser da sua responsabilidade a abordagem de vários temas de saúde, mas que não receberam na universidade formação adequada para o efeito. As escolas superiores de educação e as universidades devem ter um papel importante na formação dos professores. Estas instituições desempenham um papel cultural insubstituível. Para além da sua função utilitária, é um local que deve ser de construção de valores, de promoção do debate, do desenvolvimento do espírito crítico e participativo. Por isso, o ensino superior é o local privilegiado para uma formação concertada que fortaleça os princípios éticos e estratégicos da Promoção da Saúde, como a corresponsabilização social pela saúde e desenvolvimento humano (Figueiredo, 2002). Nos últimos anos têm sido realizadas ações para fazer frente a estas limitações, como uma maior colaboração dos profissionais de saúde (que pode estar limitada à falta de tempo para colaborarem nesta área), a criação de cursos para professores na área da EpS e um esforço para envolver mais os pais nas decisões da escola (Precioso, 2004). Na perspetiva de Precioso (2004), espera-se que a universidade comece a oferecer aos alunos em geral, e especialmente aos que estão nos cursos de formação de professores, formação em EpS utilizando os métodos mais amplamente aceites atualmente, tais como: integrando temas de saúde em todas as disciplinas; através de uma disciplina de EpS, como opção; incorporando temas de saúde em disciplinas científicas, como a biologia; promovendo atividades extracurriculares; e criando um ambiente escolar mais saudável.

Na opinião Sampaio (2010), é essencial que os professores coordenadores de Educação para a Saúde recebam “uma oferta formativa, considerada prioritária”, que posteriormente possa ser continuada por meio de um sistema de ensino baseado e numa plataforma eletrónica ou por correio eletrónico (p.37). Para o mesmo autor, é crucial “que os professores que estão no terreno tenham interlocutores” (p.37), a quem possam recorrer

quando enfrentam dificuldades na escola. Muitas vezes, os docentes não sabem como prosseguir com o seu projeto ou têm dúvidas em questões que surgem. Os professores, muitas vezes, sentem-se inseguros porque estão isolados (Sampaio, 2010).

Para uma EPS, o ideal provavelmente será a adoção de uma combinação de todas estas estratégias (Precioso, 2004).

Continuando com as dificuldades que os professores do 1ºCEB no processo de ensino e de aprendizagem na EpS evidenciam, em 2015, Freitas et al., (2015) realizaram um estudo que pretendeu avaliar se os candidatos a professores e professores em exercício sentiam necessidade de recursos para lecionar as aulas de Cidadania no 1º ciclo do Ensino Básico e qual o conhecimento que evidenciavam sobre o documento Referencial que contém os princípios orientadores desta área. A amostra foi de 119 participantes, 29 professores do 1º ciclo e 90 alunos de licenciatura e mestrado da área de Educação Básica. Os resultados revelaram que os inquiridos apresentavam “em geral, carência de materiais pedagógicos para trabalhar os diversos conteúdos das aulas de Cidadania e falta de conhecimento por parte dos futuros professores sobre o Referencial de Cidadania” (p.1). Dos participantes, concluiu-se que 64.2% não possui conhecimento acerca do Referencial e que apenas 35.8% afirma ter conhecimento do mesmo. No grupo específico dos professores, a grande maioria (96.6%) possui dificuldades em encontrar material de apoio ao desenvolvimento de atividades em Cidadania, mais de metade (58.6%) tem dificuldade em encontrar atividades adequadas sobre as áreas temáticas do Referencial, 37.9% tem pouco tempo letivo dedicado a esta área. 20.7% afirmou ter dificuldade em articular os conteúdos de Cidadania com outras áreas curriculares, 13.8% referiu ter dificuldades em avaliar as atividades implementadas e 6.9% assinalou ter dificuldade em lecionar as áreas temáticas do respetivo Referencial (Freitas, et al., 2015). Quanto ao domínio da EpS, mais de metade dos professores inquiridos (51.7%), manifestaram dificuldades relativamente ao material específico de apoio para lecionar os temas relativos a esta área.

Um outro estudo publicado na revista “Ciências & Ideias”, por Ollano et al., (2023), cujo objetivo foi analisar as barreiras e as dificuldades sentidas pelos professores na abordagem da temática saúde no contexto escolar, relatou dificuldades em abordar temas relacionados com a saúde no ambiente escolar, particularmente sobre a sexualidade e alimentação saudável, bem como a falta de formação dos professores. Além dos aspetos relacionados com a formação, os professores proferiram uma insuficiência de materiais científicos nas salas de aulas que auxiliem a prática de uma EpS, a resistência da família sobre algumas temáticas, como a sexualidade. A este propósito, Souza (2018) sugere a

colaboração entre pais, familiares e a escola na implementação dos conteúdos do projeto de Educação para a Saúde, uma vez que alguns pais podem não concordar com determinados temas, como a educação sexual, devido a suas crenças culturais. Refere ainda que estas discordâncias podem levar os pais a se afastarem do acompanhamento do desenvolvimento escolar dos filhos em todas as etapas da educação. O estudo anterior alude também à falta de articulação de saberes entre o que é trabalhado em sala de aula e o que é praticado em casa, no âmbito familiar, como, por exemplo, os temas relacionados com a alimentação saudável.

Apesar da inegável importância do trabalho de saúde no contexto escolar, ainda há fragilidades e barreiras significativas, que impedem que esse trabalho seja eficaz nas escolas. De facto, é na escola que se molda a sociedade que desejamos para o futuro, por isso, a temática “saúde” deve ser mais valorizada politicamente e pela sociedade em geral, para que possamos desenvolver políticas públicas que capacitem melhor os educadores. É essencial promover um trabalho multidisciplinar entre os órgãos de saúde e as escolas, tal como aumentar o envolvimento das famílias. Esse esforço coletivo fortalecerá o conhecimento e contribuirá para uma sociedade mais saudável. O trabalho realizado em equipa, e tendo por base uma orientação interdisciplinar, será mesmo a chave para o sucesso da promoção em saúde escolar, de modo a haver uma complementaridade e partilha de saberes e competências (Pombo et al., 1994).

Pelo suprarreferido, podemos perceber a importância que as Escolas Promotoras de Saúde têm na formação das gerações mais jovens e na construção de uma sociedade mais saudável. Não poderemos esquecer a escola como lugar ideal para o desenvolvimento destes objetivos, tendo também a formação de professores, quer inicial quer contínua, um papel importante em todo neste processo.

2.5. Materiais de apoio e recursos didáticos na Educação para a Saúde no 1ºCEB

Os materiais de referência para os professores do 1º CEB para a prática e implementação de atividades alusivas à Educação para a Saúde encontram-se nos documentos orientadores para o 1º CEB, utilizados também noutras áreas educativas. São eles o Programa de Estudo do Meio do Ensino Básico para o 1º Ciclo (2012) - organização curricular e programas do 1º ciclo- e as Aprendizagens Essenciais (2018), concretamente, o domínio da Natureza publicados pelo ME e pela DGE. De acordo com este último documento, para o sucesso do processo de ensino e de aprendizagens salienta-se um

conjunto de estratégias, a saber:

- a) Centrar os processos de ensino nos alunos, enquanto agentes ativos na construção do seu próprio conhecimento;
- b) Tomar como referência o conhecimento prévio dos alunos, os seus interesses e necessidades, valorizando situações do dia a dia e questões de âmbito local, enquanto instrumentos facilitadores da aprendizagem;
- c) Privilegiar atividades práticas como parte integrante e fundamental do processo de aprendizagem;
- d) Promover uma abordagem integradora dos conhecimentos, valorizando a compreensão e a interpretação dos processos naturais, sociais e tecnológicos, numa perspetiva Ciência-Tecnologia-Sociedade-Ambiente (CTSA);
- e) Valorizar a natureza da Ciência, dando continuidade ao desenvolvimento da metodologia científica nas suas diferentes etapas. A gestão deste documento deve promover uma abordagem interdisciplinar, respeitando os temas e o respetivo desenvolvimento e ter em conta a atualidade dos assuntos, os interesses e as características dos alunos, ou ainda questões de âmbito local (Aprendizagens Essenciais, 2018, p.)

Para apoiar as escolas na adoção do conceito de EpS, a DGE lançou, no ano letivo de 2014-15, o PAPES, disponibilizando materiais de apoio, de acordo com as áreas de intervenção (DGE, 2014):

Saúde Mental e Prevenção da Violência- documento “Violência em contexto escolar” (Matos et al, 2010) é um referencial de apoio aos professores e às escolas de informação e/ou divulgação na compreensão do fenómeno e na identificação de estratégias de prevenção desenvolvidas em contexto escolar.

Educação Alimentar e Atividade Física- documento “Educação Alimentar em Meio Escolar” **Fonte especificada inválida.** é um referencial para uma oferta alimentar saudável, que recomenda e orienta as práticas alimentares em meio escolar; devido ao número crescente de crianças e jovens com alergias e intolerâncias alimentares a DGE, em parceria com a DGS e em colaboração com Faculdades, Instituições e Sociedades Científicas na área da saúde, da nutrição e da alergologia, elaborou o referencial “Alergias alimentares” (Barros et al., 2012), que pretende apoiar as escolas na resposta às necessidades específicas de alguns alunos, minimizando os riscos de reação alérgica.

O projeto “Segurança alimentar para os mais novos: materiais de apoio para professores do ensino básico” desenvolvido em parceria entre a Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, a Associação para a Escola Superior de Biotecnologia da Universidade Católica e outros parceiros internacionais, com financiamento do programa da Comissão Europeia Leonardo Da Vinci, destina-se a apoiar professores e alunos dos 1º e 2º ciclos.

Para além destes recursos, recomenda-se a consulta no sítio da Direção Geral da Saúde destinada aos cidadãos, médicos, enfermeiros, farmacêuticos e outros especialistas em saúde onde encontrarão uma fonte credível de informativa de modo a contribuir para um

futuro mais saudável de toda a população.

Comportamentos Aditivos e Dependências- documento “Consumo de Substâncias Psicoativas e Prevenção em Meio Escolar”, (Pinto et al., 2007) que informa sobre o consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas e recomenda e orienta as práticas preventivas em meio escolar.

Projeto juvenil no sítio “ Tu, alinhas?”, sítio interativo com conteúdos ligados à temática da prevenção do consumo de substâncias psicoativas (DGE, 2014).

Projeto “Eu e os Outros” que tem como objetivo genérico promover a reflexão em grupo sobre temas do desenvolvimento ligados à adolescência, criando uma dinâmica de grupo geradora de crescimento pessoal e social (DGE, 2014).

Afetos e Educação para a Sexualidade: no sítio da Educação para a Cidadania (DGE,2024) inclui um conjunto de recursos de suportes diversificados: para além dos textos, documentos ou legislação, também se encontram vídeos, *webinars* e conjuntos pedagógicos.

No âmbito da plataforma europeia “SHE” foi criado um manual online SHE (2013), na versão traduzida e adaptada para Portugal, com o financiamento e supervisão da Rede Europeia. Este manual orienta para o desenvolvimento de escolas promotoras de saúde dirigido a profissionais da escola, que também pode ser utilizado com o apoio de técnicos de saúde. A primeira edição, “Construindo Escolas Promotoras de saúde: diretrizes para promover a Saúde em meio escolar” (DGE, s.d.). enuncia os princípios e os elementos de base da promoção da saúde em meio escolar.

A segunda edição, atualizada em 2020, intitula-se “She Manual para Escolas 2.0- um Guia Metodológico para Escolas Promotoras de Saúde” (Vilaça et al., 2019) surgiu dos atuais desafios sociais que os países enfrentam, como a diversidade cultural e religiosa, a crise política e económica, as alterações climáticas, as questões relacionadas com o género e as doenças não transmissíveis, entre outras, sublinhadas na 5ª Conferência Europeia sobre Escolas Promotoras de Saúde.

Mais tarde, em 2017, os ministérios da Educação e Saúde criaram documentos em parceria, como o Referencial de Educação para a Saúde (2017), que teve como propósito orientar a promoção e educação para a saúde em meio escolar, destacando a Saúde Mental e Prevenção da Violência, a Educação Alimentar e Atividade Física, os Comportamentos Aditivos e Dependências e os Afetos e Educação para a Sexualidade como áreas prioritárias de intervenção. Este estabelece um entendimento e linguagem comuns sobre os temas, objetivos e conteúdos a abordar nas iniciativas de promoção e educação para a

saúde dirigidas a crianças e jovens, bem como nos materiais, recursos e plataformas comunicacionais que lhe servem de suporte. Aliado a alguns temas e objetivos deste referencial, o ministério da saúde disponibiliza o “Manual para a Promoção de Competências Socio emocionais em Meio Escolar” (Carvalho & Pereira, 2016)”. O principal objetivo deste manual é constituir-se como um recurso pedagógico para facilitar a formação e a implementação de um projeto promotor da Saúde Mental na Escola, orientado pela tipologia de programas de Aprendizagem SEL (*Social and Emotional Learning*). O Manual destina-se a docentes e equipas de saúde escolar envolvidos em projetos de promoção de competências socioemocionais dirigidos a crianças da educação pré-escolar e a alunos/ as dos ensinos básico e secundário.

Em síntese, segundo a nova conceção de EpS, não basta transmitir aos jovens informação sobre vários assuntos. É igualmente necessário utilizar técnicas apropriadas e simultaneamente criar ambiente humano e material de apoio ao que é ensinado e partilhado. Neste capítulo foram apresentados exemplos de recursos materiais de apoio dirigidos aos profissionais de educação para abordar os vários domínios da EpS e, a sua maioria também pode ser utilizada diretamente pelos alunos. Não esquecer que os programas de Educação para a Saúde Escolar devem preparar a criança e o jovem para que, ao deixar a escola, sejam capazes de cuidar da sua própria saúde e da dos seus semelhantes, adotando estilos de vida que permitam o desenvolvimento global das suas capacidades

Parte II- Estudo empírico

3. Enquadramento metodológico

Neste capítulo, apresentamos a metodologia do estudo empírico, que se inicia com a apresentação do problema de pesquisa, a partir da qual toda a investigação decorreu com o intuito de lhe dar resposta. Equacionam-se as hipóteses que orientaram a recolha e análise de dados. Seguem-se os objetivos que ajudaram a orientar o percurso desta pesquisa, os critérios de seleção da amostra e os procedimentos metodológicos que permitem uma vigilância crítica de todas as fases da investigação. Finalizada a apresentação dos resultados procederemos à discussão dos mesmos. Neste ponto, também serão englobados aspetos considerados importantes e que estão relacionados com conteúdos referidos no enquadramento teórico. Desta forma, será possível refletirmos de um modo informado sobre o interesse, opinião e prática dos docentes inquiridos.

3.1. Definição do problema

A fundamentação teórica, permitiu-nos obter um conhecimento mais profundo e alargado acerca da Educação para a Saúde em contexto escolar. Deste modo, foi esclarecedor que a escola, enquanto instituição que tem como missão política e social a educação formal, assume um local privilegiado no desenvolvimento da educação para a saúde. Nesta linha de pensamento, é da responsabilidade do Sistema Educativo a educação para a promoção da saúde nas crianças e jovens, de modo a promover mudanças de comportamento e ganhos de saúde a longo prazo (MS, 2006).

De acordo com Garcia (2004) promover na escola conhecimentos e hábitos que beneficiam a saúde das crianças e jovens não só favorece um desenvolvimento e crescimento normal como previne doenças que possam surgir nestas idades. Mas, para que as escolas desenvolvam um trabalho potencialmente desencadeador de situações de educação e de promoção para a saúde, desde cedo, é necessário saber como é que os professores do 1º CEB se posicionam quando falamos de educação para a saúde em contexto escolar.

Assim, em consonância com o que acabamos de referir, surgiu a inquietação de conhecer a relevância que os professores do 1º CEB atribuem à educação para a saúde na formação

dos seus alunos.

A investigação é entendida por Minayo citado por (Vilelas, 2009) como uma atividade básica da ciência procurando questionar e analisar a realidade. Como tal, as questões de investigação devem ser relacionadas com interesses e circunstâncias socialmente condicionadas (Vilelas, 2009). Perante a relevância do tema, surgem as seguintes questões condutoras de investigação deste trabalho:

Questão 1- Quais são as percepções dos professores do 1º CEB em relação à Educação para a Saúde?

Questão 2- Que tipo de atividades ou estratégias são implementadas pelos professores do 1º CEB ao longo das suas práticas educativas na Educação para a Saúde?

Questão 3- Quais são os materiais de apoio e recursos didáticos utilizados pelos professores do 1º CEB na prática da Educação para a Saúde?

Questão 4- Quais as principais dificuldades associadas à prática da Educação para a Saúde no 1º CEB?

3.2. Definição de objetivos

Pretende-se relacionar os conceitos de professores do 1º CEB e Educação para a Saúde. Sendo assim, e partindo das questões acima referidas, delineei como objetivo geral:

Averiguar a relevância que os professores do 1º Ciclo do Ensino Básico atribuem à Educação para a Saúde na formação dos seus alunos.

Adicionalmente, surgem como objetivos específicos:

Objetivo 1- Conhecer as percepções dos professores do 1º CEB relativamente à Educação para a Saúde;

Objetivo 2- Caracterizar as atividades realizadas no âmbito da educação para a saúde no 1ºCEB e a sua frequência.

Objetivo 3- Identificar os recursos didáticos de apoio à prática da Educação para a Saúde.

Objetivo 4- Averiguar as principais dificuldades sentidas pelos professores do 1º CEB na implementação de atividades no âmbito da Educação para Saúde.

3.3. Formulação de hipóteses

Para realizarmos uma investigação, segundo uma abordagem quantitativa, parece-nos importante organizá-la em torno de hipóteses, que irão fornecer “à investigação um fio

condutor particularmente eficaz (...)” (Quivy & Campenhoudt, 1998, p. 119).

Para a problemática em estudo, torna-se indispensável alicerçar a nossa pesquisa nas seguintes hipóteses:

Hipótese 1- As perspetivas dos professores para a Educação para a Saúde estão relacionadas com a importância que eles atribuem a estes conteúdos na sua prática letiva.

Hipótese 2- Na perspetiva dos professores, a Educação para a Saúde nas escolas é condicionada pelos recursos materiais disponíveis para desenvolver esta prática.

Hipótese 3- As práticas educativas da Educação para a Saúde estão relacionadas com a necessidade que os professores sentem em aprofundar saberes noutras áreas que não as da sua formação base.

4. Metodologia de investigação

Neste ponto, iremos abordar a metodologia que seguimos e os procedimentos de investigação utilizados para recolha e análise de dados em cada uma das fases da investigação.

4.1. Opções metodológicas e procedimentos de investigação

Escolher a metodologia de investigação a aplicar num trabalho de investigação é extremamente importante, uma vez que há diferentes formas de investigação. Concordamos com Maxwell (1996) citado por (Veiga, 2005) que nos diz: “Não acredito que haja um único design para a metodologia de uma investigação ... [uma] boa metodologia para um estudo, tal como um bom design para um barco, deve ajudá-lo a atingir o destino de modo seguro e eficiente”.

A metodologia adotada para este estudo, foi a investigação de carácter quantitativo, que caracteriza-se “pela utilização de técnicas rigorosas de recolha de dados, muitas delas estandardizadas, que permitam assegurar a validade e a fidelidade dos dados recolhidos” (Deshaies, 1992, p. 16).

Para tal, foi elaborado um inquérito por questionário, realizado pela investigadora, de acordo com as questões que se pretendiam averiguar e aprofundar acerca da relevância atribuída à educação para a saúde na formação dos seus alunos.

Tratando-se de um instrumento de fácil divulgação e simples preenchimento, permitiu a recolha da informação pretendida, de forma prática e rápida. Os nossos conhecimentos

peçoais e profissionais de docentes na área pretendida, também foi um elemento facilitador, tanto na distribuição, como na recolha dos mesmos.

Relativamente ao tratamento de dados, estes foram tratados e analisados através do *software* Microsoft Excel.

4.2. Participantes do estudo

Relativamente aos participantes do estudo, a questão da exequibilidade em tempo útil e o facto de não se conhecer com exatidão o universo, levou-nos a optar por uma amostra não probabilística por conveniência. Este tipo de amostra ocorre quando a participação é voluntária ou os elementos da amostra são escolhidos por uma questão de conveniência (pessoas próximas e conhecidas).

Neste caso específico, a população-alvo são professores do 1ºCEB que se encontram ou que já estiveram a exercer as suas funções profissionais em diversas instituições escolares públicas e privadas de Portugal continental e das ilhas da Madeira e dos Açores.

Tendo em conta os docentes que lecionam ou já lecionaram nestes diferentes estabelecimentos, há que referir que participaram neste estudo uma amostra de 60 docentes do 1º CEB, que estavam ou já tinham estado, em atividade profissional. Parece-nos que desta forma obtivemos uma amostra significativa. Bell (1997) refere que a maioria dos investigadores defende um mínimo de “30 sujeitos para a amostra”, a fim de se poder efetuar qualquer análise quantitativa dos dados (p.73).

A caracterização dos participantes foi feita através das variáveis que constituem a primeira parte do questionário, sob a designação de “dados pessoais e profissionais”.

4.3. Caracterização dos instrumentos de recolha de informação

Com a pretensão de responder aos objetivos já definidos, optamos por usar um dos instrumentos mais utilizados em pesquisa, o inquérito por questionário, *online*. A nosso ver, a aplicação do questionário *online* apresenta diversas vantagens, como recolher um maior número de informações num curto espaço de tempo em diferentes áreas geográficas e o facto de não obrigar a uma interação direta com os sujeitos que respondem, ao serem os próprios a preencher, permite que permaneçam anónimos.

O anonimato dos inquiridos é um facto que será “positivo para a credibilidade dos dados obtidos, uma vez que o sujeito poderá sentir-se mais à vontade...” (Deshaies, 1992, p.

80).

Para Quivy & Campenhoudt (1998), um inquérito por questionário

Consiste em colocar a um conjunto de inqueridos, geralmente representativo de uma população, uma série de perguntas relativas à sua situação social, profissional ou familiar, às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou a questões humanas e sociais, às expectativas, ao seu nível de conhecimento ou de consciência de um acontecimento ou de um problema, ou ainda sobre qualquer outro ponto que interesse os investigadores. (Quivy & Campenhoudt, 1998, p. 188)

Deste modo, foi elaborado um inquérito por questionário, realizado pela investigadora, de acordo com as questões que se pretendem averiguar e aprofundar acerca da relevância atribuída pelos professores do 1º CEB à educação para a saúde na formação dos seus alunos. Este, foi precedido por um pré-teste que foi realizado junto de 3 professores do 1º CEB para verificar a percetibilidade do questionário. O preenchimento do pré-teste não suscitou dúvidas pelo que, não foram feitas nenhuma alterações e o questionário final ficou constituído por 21 itens.

Posto isto, os questionários foram obtidos pelo investigador através de grupos do *Facebook* cujos membros são professores do 1º CEB ou então respondidos por pessoas conhecidas que se encontravam a exercer a profissão. Esta recolha decorreu durante cinco meses, entre fevereiro de 2024 e junho de 2024. O facto de ter sido utilizado a aplicação, *Formulários do Google*, facilitou a aquisição e preenchimento de questionários por parte dos docentes de todo o país uma vez que, qualquer pessoa que tivesse acesso à hiperligação do questionário poderia preenchê-lo facilmente online. No entanto, a maioria das respostas procede no norte do país, por serem daí provenientes a maior parte dos conhecidos do investigador.

4.3.1. Inquérito por questionário

Após a revisão bibliográfica, elaboramos um inquérito por questionário online (anexo 1) na plataforma, no *Google Forms*. No cabeçalho do inquérito consta uma pequena informação para os inquiridos sobre o estudo: uma breve apresentação acerca do percurso académico do investigador, o seu objetivo geral, o destino dos dados recolhidos, o público-alvo, a garantia do anonimato dos inquiridos e um agradecimento pela participação no estudo. O inquérito por questionário é formado por quatro partes:

I- Denominada “Dados pessoais e profissionais”, contém questões sociodemográficas: género, idade, local de trabalho, habilitações literárias e pós-graduação, profissão atual,

tempo de serviço e o tipo de instituição em que os inquiridos lecionam ou última em que lecionaram, com resposta fechada.

II- Denominada “Perspetivas e práticas sobre a Educação para a Saúde” tem questões com respostas dicotómicas (“sim” e “não”) e questões com resposta de escolha múltipla (com mais de uma opção de resposta).

III- Denominada “Dados de opinião”, possui questões na afirmativa e na negativa, em que a medida utilizada para as respostas será a escala de atitudes, do tipo Likert, de três posicionamentos (Discordo; Não concordo, Nem discordo; Concordo).

IV- Integramos uma “Pergunta aberta”. Achámos relevante terminar o nosso inquérito por questionário com uma pergunta de resposta aberta, proporcionando aos docentes da nossa amostra a possibilidade de referirem as maiores dificuldades no processo de ensino e de aprendizagem na área da educação para a saúde.

4.4. Descrição e análise dos resultados da investigação

Nesta etapa do trabalho, dedicamo-nos à análise dos resultados obtidos na fase da investigação e expomos o tratamento de dados. Assim, através da análise dos dados coletados, das técnicas e instrumentos aplicados, pretende-se observar se os resultados obtidos correspondem aos resultados esperados, ou se, por sua vez, levantam outras questões inesperadas que levem a novas linhas de pesquisa emergentes.

A organização e a sequência dos assuntos apresentados tiveram em conta a ordem pela qual foi construído o instrumento de recolha de dados, os objetivos propostos para o estudo e ainda o referencial teórico de suporte.

Para o tratamento dos dados foram utilizados como métodos a análise descritiva e a análise de conteúdo, conforme o tipo de questões. Desta forma, os dados recolhidos, através dos inquéritos por questionário, foram tratados com base numa análise descritiva, excetuando-se a questão aberta que foi tratada através da análise de conteúdo.

Nesta apresentação demos primazia à utilização de gráficos circulares, que são de fácil interpretação, uma vez que tem cores diferentes para cada grupo de resposta, permitindo uma leitura mais clara e objetiva. No entanto, para algumas questões com resposta de escolha múltipla e com resposta aberta, privilegiámos o gráfico de colunas para ilustrar comparações dos nossos inquiridos.

Imediatamente após cada gráfico, realizou-se uma síntese que proporciona uma versão integrada da informação recolhida mais relevante.

Descrição dos dados obtidos

I - Dados Pessoais e Profissionais

Com o intuito de caracterizar a amostra do estudo, foram recolhidos os dados pessoais e profissionais que descreveremos de seguida.

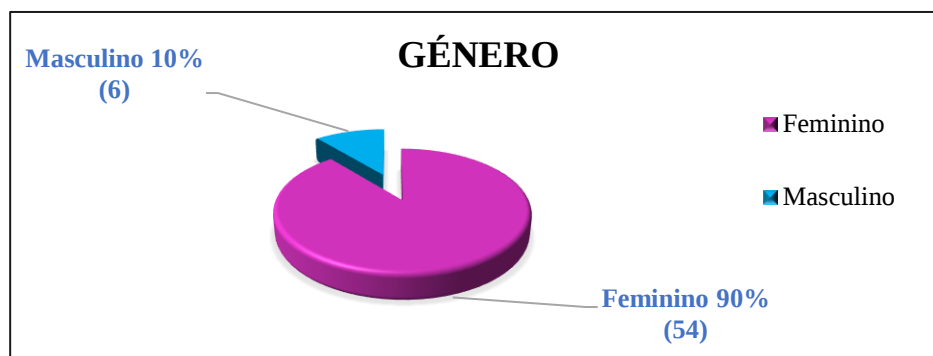


Gráfico 1-Distribuição dos inquiridos de acordo com o Género

Pela observação do gráfico 1, podemos verificar que a amostra é constituída por 90% de docentes do género feminino e 10% do género masculino.

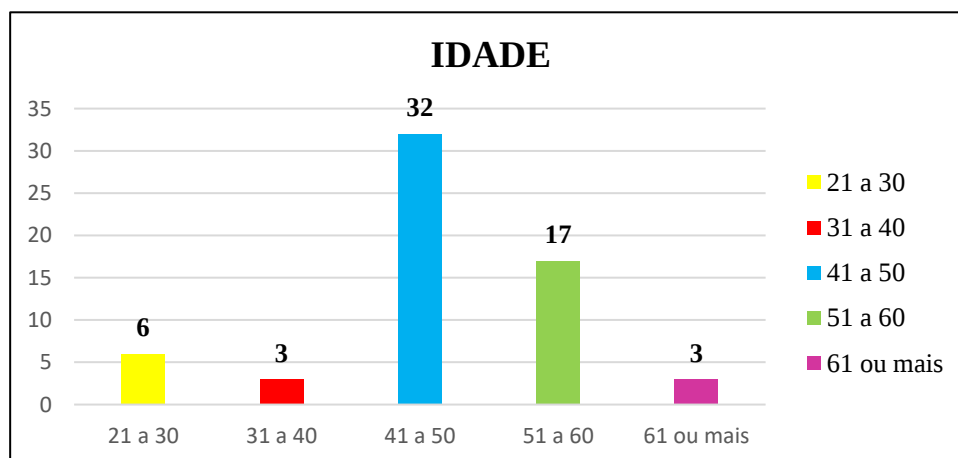


Gráfico 2- Distribuição dos inquiridos segundo a idade (em anos)

A média da idade dos docentes é 47 anos. Em relação à idade dos docentes, verificamos no gráfico 2 que varia entre 21 e os 63 anos, situando-se mais de metade (53%) entre os 41 e 50 anos, 27 % entre 51 e 60 anos, 10% entre os 21 e os 30 anos, 5% entre os 31 e 40 anos e apenas 5% (3) tem mais de 60 anos de idade.

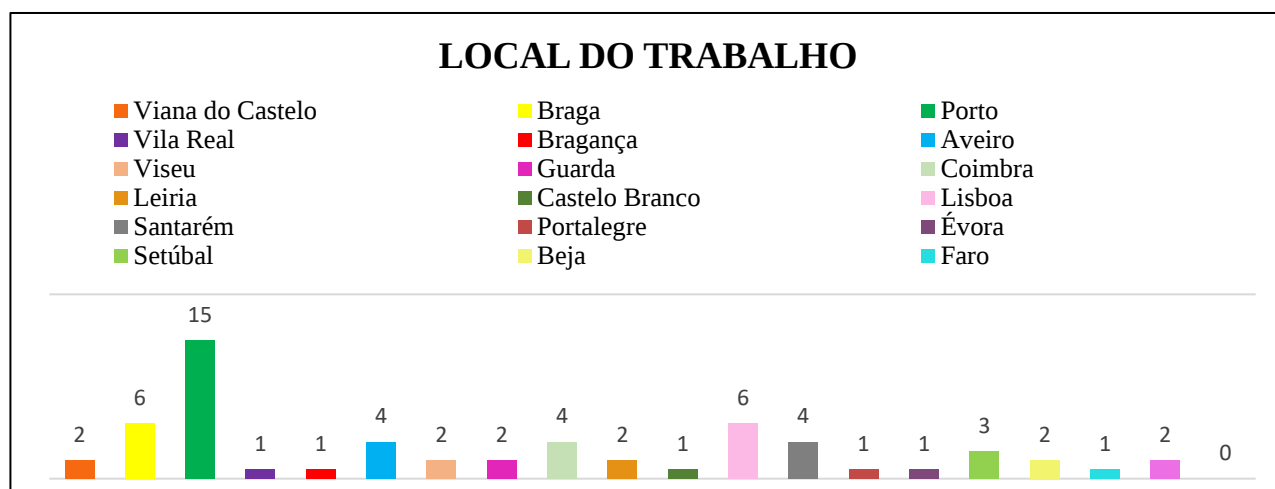


Gráfico 3- Distribuição geográfica do local de trabalho

De acordo com o gráfico 3, os docentes inquiridos estão distribuídos por todos os distritos de Portugal continental e pela região Autónoma da Madeira, concentrando-se 15 no distrito do Porto, 6 nos distritos de Lisboa e Braga, 4 nos distritos de Aveiro, Coimbra e Santarém, 3 no distrito de Setúbal, 2 nos distritos de Viana do Castelo, Viseu, Guarda, Leiria, Beja e região autónoma da Madeira e 1 nos restantes distritos de Portugal continental.

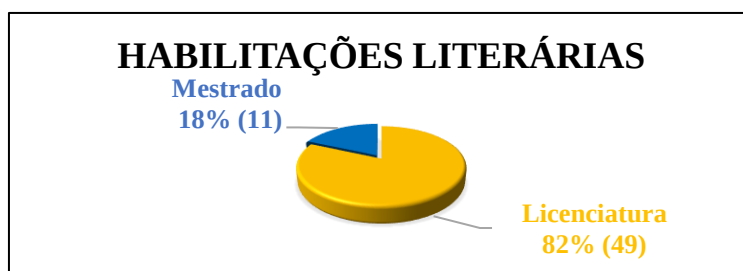


Gráfico 4- Distribuição dos inquiridos segundo as habilitações literárias

Partindo dos dados apresentados no gráfico 4, constatamos que a maioria dos docentes inquiridos (82%) são licenciados e 18% possuem mestrado.

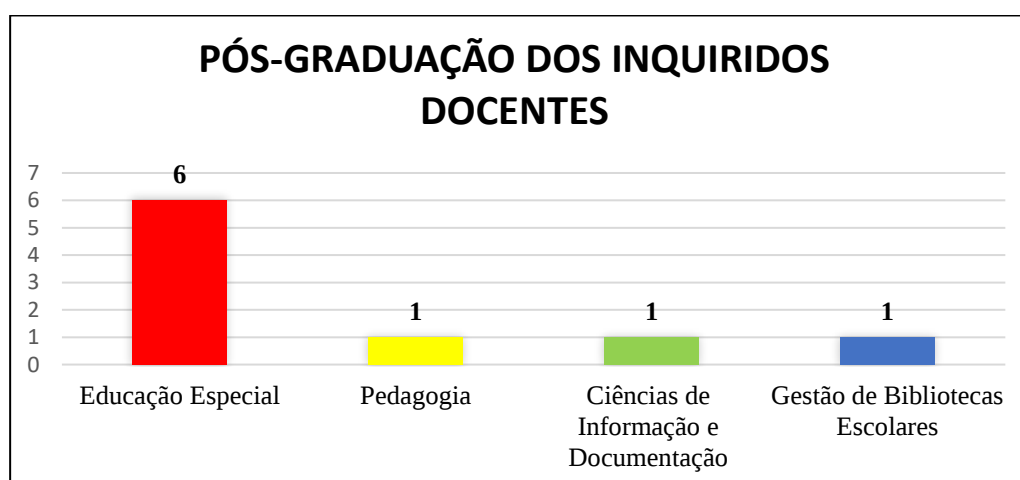


Gráfico 5- Distribuição dos inquiridos com pós-graduação

Do total dos inquiridos com pós-graduação, ou seja, 9 docentes, 6 possuem-na em Educação especial, 1 em Pedagogia, 1 em Ciências de Informação e Documentação e 1 em Gestão de Bibliotecas Escolares.



Gráfico 6- Distribuição dos inquiridos segundo a profissão atual

Como se pode verificar, do total de 60 docentes, 57 lecionam o 1º CEB, 1 leciona o 2º CEB, 1 leciona o 3º CEB e 1 leciona Educação Especial.



Gráfico 7- Distribuição dos inquiridos segundo tempo de serviço

A média do tempo de serviço é 20 anos. Conferimos que grande parte dos docentes, ou seja, cerca de 42% (25) têm mais de 20 anos de experiência e menos de 31, de seguida, 25% (15) têm até 10 anos de experiência, 18% (11) têm pelo menos mais de 10 anos e menos de 21 anos de experiência e existem 9 docentes, ou seja, 15 % com mais de 30 anos de experiência na docência.

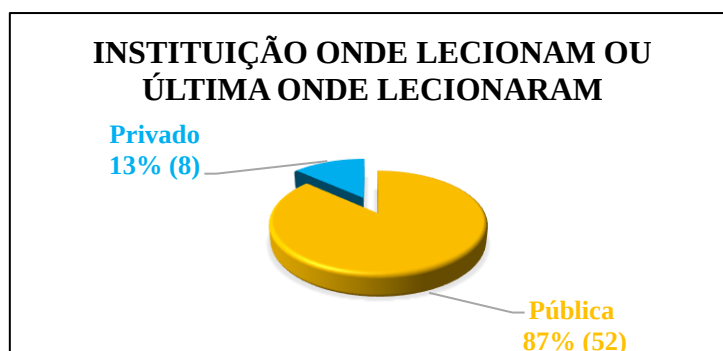


Gráfico 8- Tipo de instituição que os inquiridos lecionam ou última em que lecionaram

Com uma grande expressividade, 87% dos docentes encontram-se a trabalhar ou trabalharam pela última vez numa instituição pública e os restantes 13% numa instituição privada.

Resumidamente, a amostra deste estudo é constituída por 60 docentes, dos quais 57 lecionam o 1º CEB e 3 lecionam outros ciclos (1 leciona o 2º CEB, 1 leciona o 3º CEB e 1 leciona Educação Especial). A esmagadora maioria é do género feminino (90%), o que não contraria a tendência nacional de, como já referiam Benavente & Correia (1980), a docência do 1ºCEB ser uma profissão no feminino.

A média de idades dos inquiridos é 47 anos. Observamos que a idade varia entre os 21 e os 63 anos, situando-se cerca de 53% dos docentes entre os 41 e os 50 anos. Os docentes inquiridos estão distribuídos por todos os distritos de Portugal continental e pela região Autónoma da Madeira, concentrando-se 25% no distrito do Porto. A maioria dos participantes (cerca de 82%) possui como habilitação literária a Licenciatura e não possui pós-graduação (85%). Quase todos os docentes inquiridos lecionam ou lecionaram pela última vez numa instituição pública (87%) e exercem a sua atividade profissional há mais de 10 anos (83%), o que pressupõe uma certa experiência pedagógica.

Em suma, a maioria dos inquiridos neste estudo são licenciados em 1ºCEB, com média de idade de 47 anos, lecionam no distrito do Porto e exercem a profissão docente há mais de um decénio numa instituição pública.

II- Perspetivas e práticas sobre a Educação para a Saúde

Após termos apresentado o perfil dos nossos docentes inquiridos, vamos discutir os dados relativos ao tema central do questionário, perspetivas e práticas sobre a Educação para a Saúde. Com esta análise procuramos saber como é que os docentes se “posicionam” face ao conceito, objetivos e finalidades da Educação para a Saúde, quais as áreas que a ela se encontram mais associadas, e por que razão o estão, e qual o tema mais relevante na área da saúde e por que motivo o é. Ainda neste ponto, vai ser analisada a visão dos docentes face à influência da sua formação, dos materiais relativos à área da saúde disponíveis na instituição onde exercem a docência e sobre as principais dificuldades para implementar a EpS.

1- A que área disciplinar atribui maior relevância na sua prática educativa?

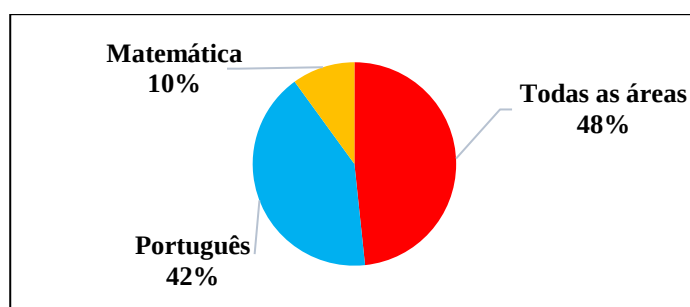


Gráfico 9– Áreas disciplinares com maior relevo na prática educativa dos inquiridos

No que toca às áreas disciplinares que os docentes atribuem maior relevância nas suas práticas, quase metade dos inquiridos, ou seja, 48% optam por “todas as áreas”, 42% por “português” e 10% pela área da “matemática”. Os inquiridos que privilegiam a área do “português” e da “matemática”, justificam a sua escolha: 77% porque “proporciona(m) formação essencial para os ciclos educativos seguintes”, 10 % referem que “é uma opção minha”, para 7% estas áreas “oferecem maior diversidade de materiais de apoio” e para 3 % dos docentes inquiridos, “pode ser articulada com outras áreas” e é a “área que se relaciona com a formação inicial” do inquirido (ver gráfico 10).

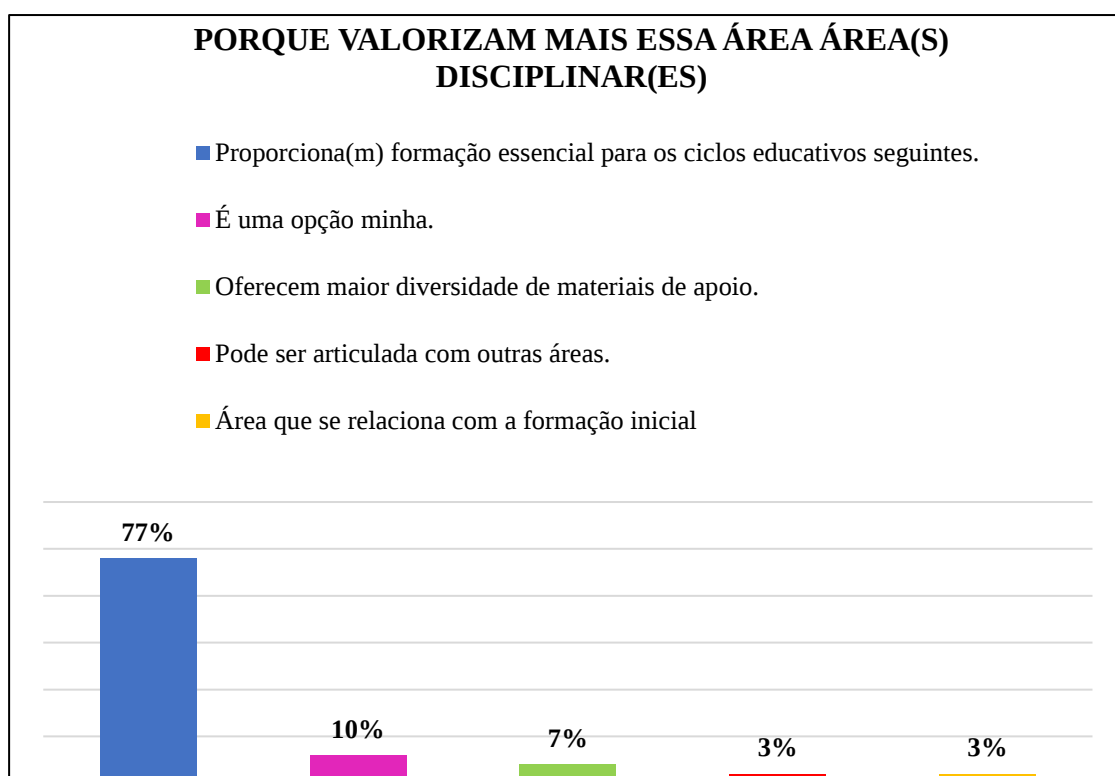


Gráfico 10– Motivo para valorização de uma das áreas na prática educativa dos inquiridos

2-Tendo em conta o seu conceito de saúde, qual das seguintes afirmações considera mais importante para definir “saúde”?

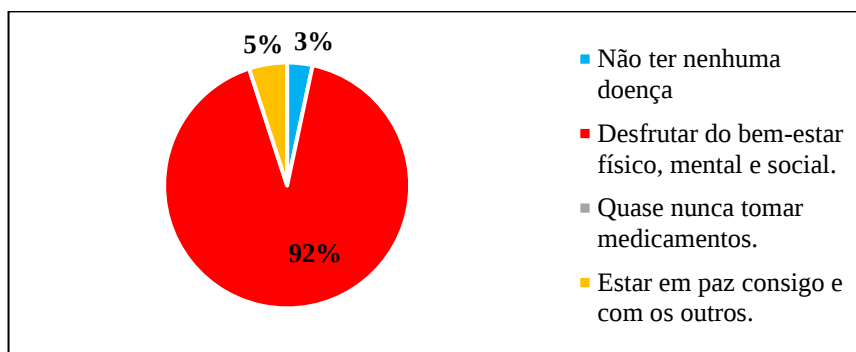


Gráfico 11– Definição de “saúde” dos inquiridos

De acordo com os dados representados no gráfico 11, a afirmação que a esmagadora maioria dos docentes inquiridos considerara mais importante para definir “saúde” é “desfrutar do bem-estar físico, mental e social” com 92%. Apenas 5% consideraram a opção “estar em paz consigo e com os outros” e 3% “não ter nenhuma doença”. Deste modo, podemos afirmar que o conhecimento dos docentes a este respeito parece bem definido, isto porque, apesar de este ser um conceito dinâmico e de difícil definição (Albuquerque & Matos, 2006), é a definição original da OMS que permanece inalterada desde o ano em que surgiu. Assim, como se pode inferir, a maioria dos docentes representa a saúde como “é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 1948).

3- Qual das seguintes opções, na sua opinião, melhor define Educação para a Saúde?

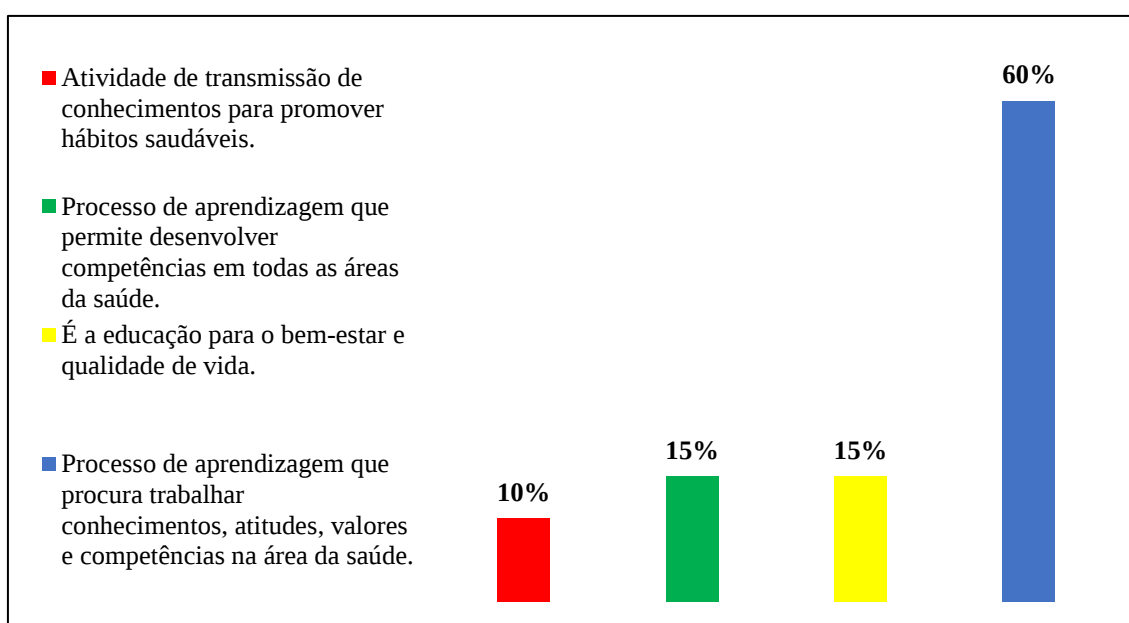


Gráfico 12– Definição de “Educação para a saúde” dos inquiridos

Relativamente à opinião dos docentes quanto à melhor definição do conceito “Educação para a Saúde” percebe-se, observando o gráfico 12, que mais de metade dos participantes (60%) é de opinião que é um “processo de aprendizagem que procura trabalhar conhecimentos, atitudes, valores e competências na área da saúde”, 15% dos docentes consideram que “é a educação para o bem-estar e qualidade de vida” e , também , 15% dos docentes defende que a Educação para a Saúde é um “processo de aprendizagem que permite desenvolver competências em todas as áreas da saúde”. Apenas para 10% da amostra define Educação para a Saúde como uma “atividade de transmissão de conhecimentos para promover hábitos saudáveis”.

Com efeito, A EpS “é toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença (...), produzindo mudanças no conhecimento e compreensão nas formas de pensar” (Tones & Tilford (1994) citado por Carvalho & Carvalho, 2006). Corresponde, tal como responderam 60% dos docentes inquiridos a um “processo de aprendizagem que procura trabalhar conhecimentos, atitudes, valores e competências na área da saúde” (p.61). O conhecimento é essencial, mas a educação para a saúde não é apenas a transmissão de conteúdos, ideias ou informações (Calvinho & Amorim, 2015). Globalmente, os nossos inquiridos também defendem esta ideia, visto que apenas 10% da amostra define EpS como uma “atividade de transmissão de conhecimentos para promover hábitos saudáveis”.

4- Na sua perspetiva, em Educação para a Saúde, o principal objetivo é...

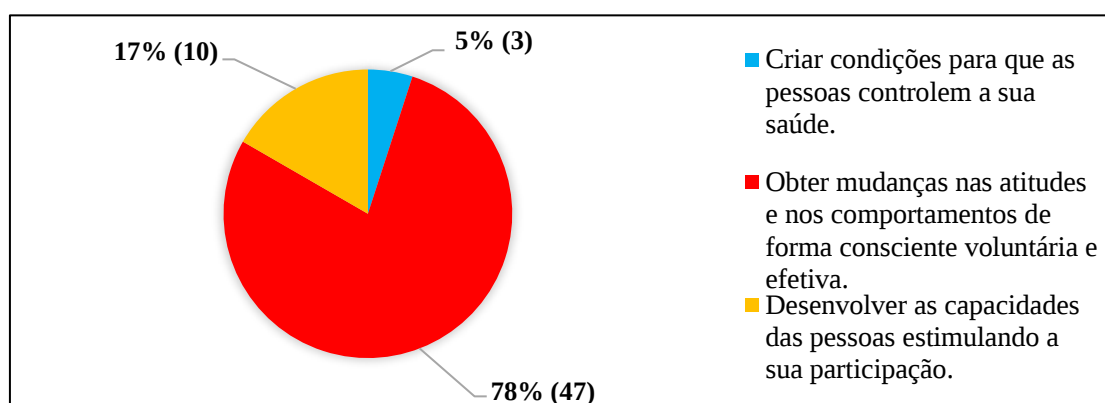


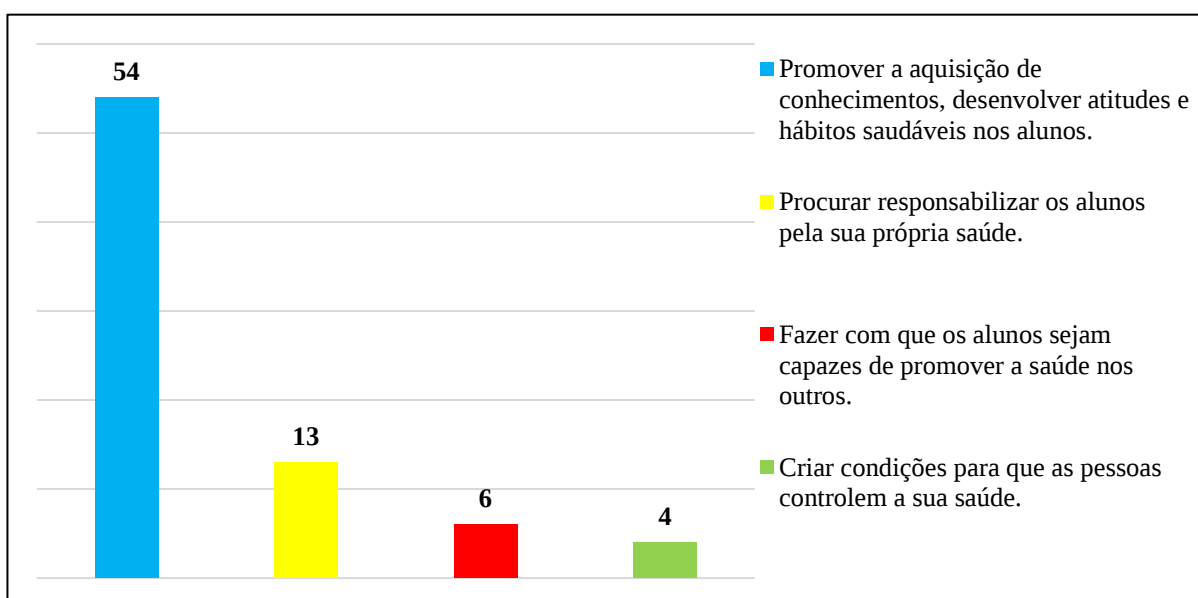
Gráfico 13– Principal objetivo da EpS pelos inquiridos

No que concerne ao principal objetivo da Educação para a Saúde, 78% da nossa amostra selecionou a opção “obter mudanças nas atitudes e nos comportamentos de forma consciente voluntária e efetiva”, 17% “desenvolver as capacidades das pessoas estimulando a sua participação” e 5% “criar condições para que as pessoas controlem a

sua saúde”.

Como se referiu anteriormente, o principal objetivo da EpS é promover mudanças nas atitudes e comportamentos dos indivíduos de modo que estejam completamente cientes dessas mudanças, escolham fazê-las por vontade própria e alcancem resultados significativos (Hamido et al, 2006). Isso implica que as pessoas não mudam somente porque foram obrigadas a fazê-lo, mas porque entendem e acreditam nos benefícios dessas mudanças, tomando decisões informadas e motivadas que levam a melhorias importantes e duradouras nas suas vidas. Dos 78% dos docentes inquiridos, ao referirem que a EpS visa “obter mudanças nas atitudes e nos comportamentos de forma consciente voluntária e efetiva”, parece evidente que esses docentes estão bem informados sobre o tema.

5- Na sua opinião, qual a principal finalidade da Educação para a Saúde na escola?



n= nº total de inquiridos, 60

Gráfico 14 - Principal finalidade de EpS pelos inquiridos

Observando o gráfico 14, percebe-se que quase todos os inquiridos (54) consideram a finalidade da EpS de “Promover a aquisição de conhecimentos, desenvolver atitudes e hábitos saudáveis nos alunos” como a principal, 13 docentes optaram pela resposta “Procurar responsabilizar os alunos pela sua própria saúde”, 6 docentes responderam a opção “fazer com que os alunos sejam capazes de promover a saúde nos outros” e, apenas 4 docentes consideraram a opção “criar condições para que as pessoas controlem a sua saúde”.

Embora os inquiridos revelem conhecimentos sobre o conceito e os objetivos da EpS,

parece-nos que não reconhecem todas as suas finalidades em contexto escolar. Todas as hipóteses nesta questão poderiam ser vistas como adequadas, mas apenas um docente as considerou como tal. Contudo, verifica-se uma propensão para uma das opções por parte dos inquiridos, a de “promover a aquisição de conhecimentos, desenvolver atitudes e hábitos saudáveis nos alunos”. Esta tendência pode ser explicada por se aproximar a da linguagem e dos conceitos que os inquiridos poderão conhecer como fazendo parte da definição oficial de EpS no contexto escolar e que é mencionada pela DGE, em 2014. Segundo a DGE (2014), em contexto escolar, educar para a saúde significa dotar as crianças e os jovens de conhecimentos, atitudes e valores que os ajudem a fazer escolhas e a tomar decisões que beneficiem sua saúde e bem-estar físico, social e mental, bem como o de quem os rodeia, dando-lhes assim um papel ativo na promoção da saúde.

6- Que área(s) disciplinar(es) se encontra(m), na sua opinião, mais propícia à implementação de atividades ou projetos ligados à Educação para a Saúde?

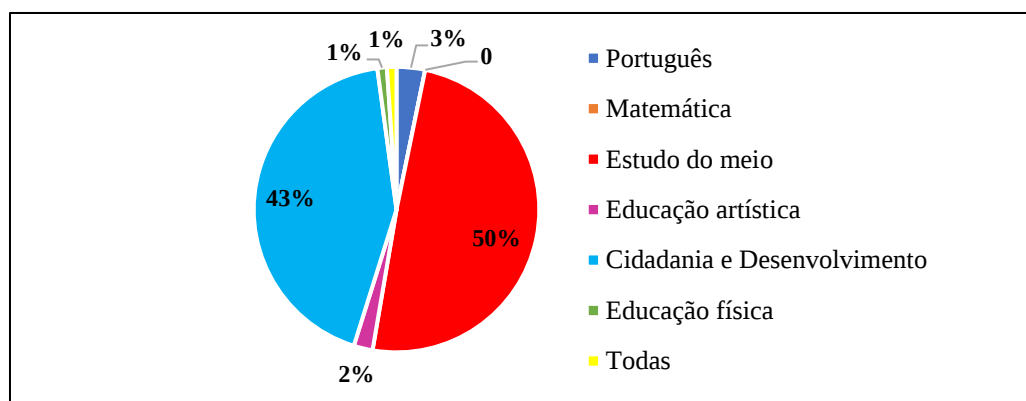


Gráfico 15– Áreas disciplinares com maior relevo à prática de EpS dos inquiridos

Ao serem questionados sobre quais seriam as áreas disciplinares mais adequadas para a implementação de atividades ou projetos relacionados com a EpS, a maioria respondeu, “o estudo do meio” e “cidadania e desenvolvimento” (gráfico 15). Desta forma, constatarem-se as suposições feitas no quadro de referência teórico onde se verificou que as áreas mais relacionadas com a EpS no 1ºCEB seriam o estudo do meio e a de educação para a cidadania. Contudo, convém mencionar que vários autores, citados em pontos anteriores, relembram a importância da transversalidade necessária à EpS, ou tal como refere Souza (2018), uma orientação programática que tenha impacto na interdisciplinaridade. Este facto é pouco conhecido pelos participantes deste estudo, dado que apenas um inquirido considerou todas as áreas propícias à implementação de atividades ou projetos ligados à Educação para a Saúde.

7- Dos seguintes temas relacionados com a Educação para a Saúde qual considera mais importante trabalhar com os seus alunos?

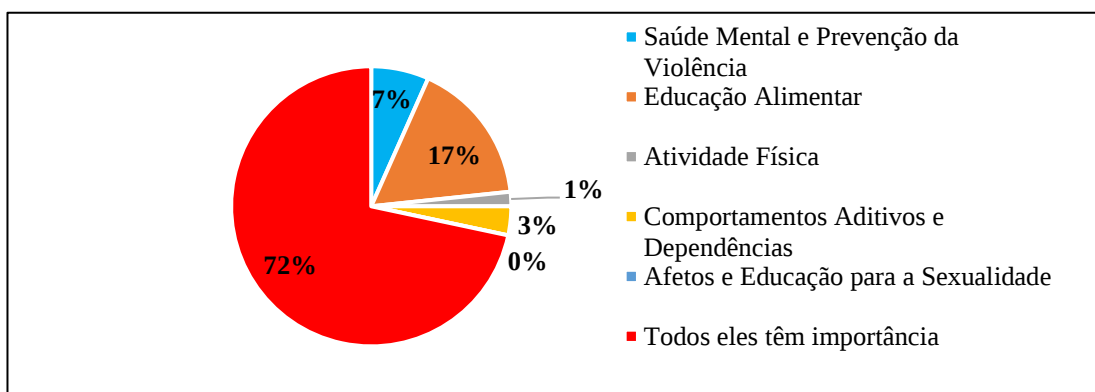


Gráfico 16– Tema mais relevante segundo os inquiridos

No que diz respeito ao tema mais relevante na prática de Educação para a Saúde, a maioria dos docentes (72%) respondeu que “todos eles têm importância”. Aqueles que consideraram os temas “educação alimentar” com 17%, “saúde mental e prevenção da violência” com 7% e “atividade física e comportamentos aditivos e dependências” com 3%, justificaram a sua escolha com a opção “pela importância que lhe atribuo” com 41% das respostas e “pelos fatores de risco que estão associados às principais causas de mortalidade no país”, igualmente com a percentagem 41%. Para além destes motivos, 1 inquirido considera que é “pela diversidade de recursos disponíveis para a sua abordagem” e, outro, “pela dinamização de atividades que podem ser realizadas” (gráfico 17). Surpreendentemente, nesta pergunta, que consistia na justificação da predileção de um dos temas apresentados, os poucos indivíduos que destacaram apenas um dos temas nessa pergunta justificaram a sua opção tendo em conta a importância que os próprios atribuem a esse tema e não propriamente o interesse que ele pode suscitar no grupo, tal como era por nós esperado. Efetivamente, o ministério da educação, nos normativos das aprendizagens essenciais (2018), alude que o processo de ensino e de aprendizagem deve ser centrado no aluno e ter como referência os interesses dos próprios alunos. No entanto esta perspetiva não parece convergir com as respostas dadas dos docentes inquiridos.

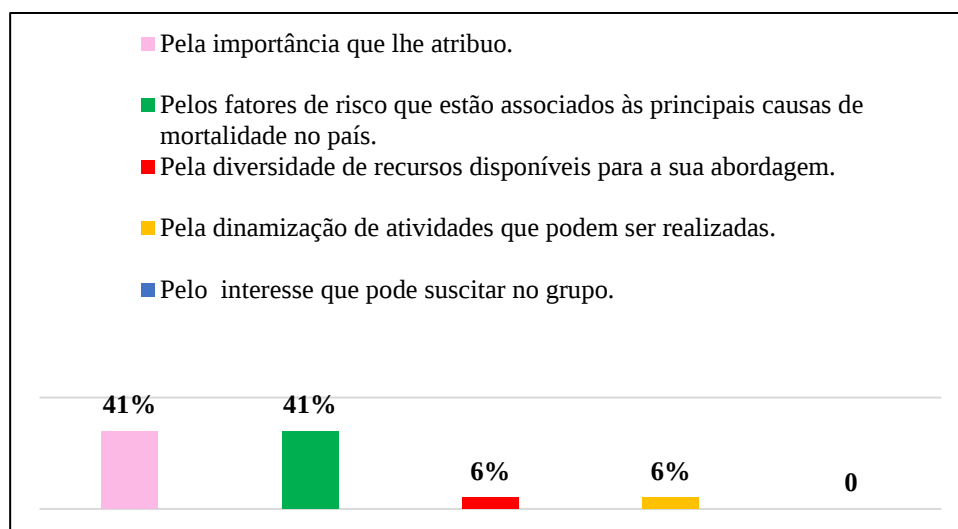


Gráfico 17– Motivo da escolha de um dos temas pelos inquiridos

8- Assinale a maior dificuldade que poderá ser sentida na implementação de atividades ou projetos alusivos à Educação para a Saúde.

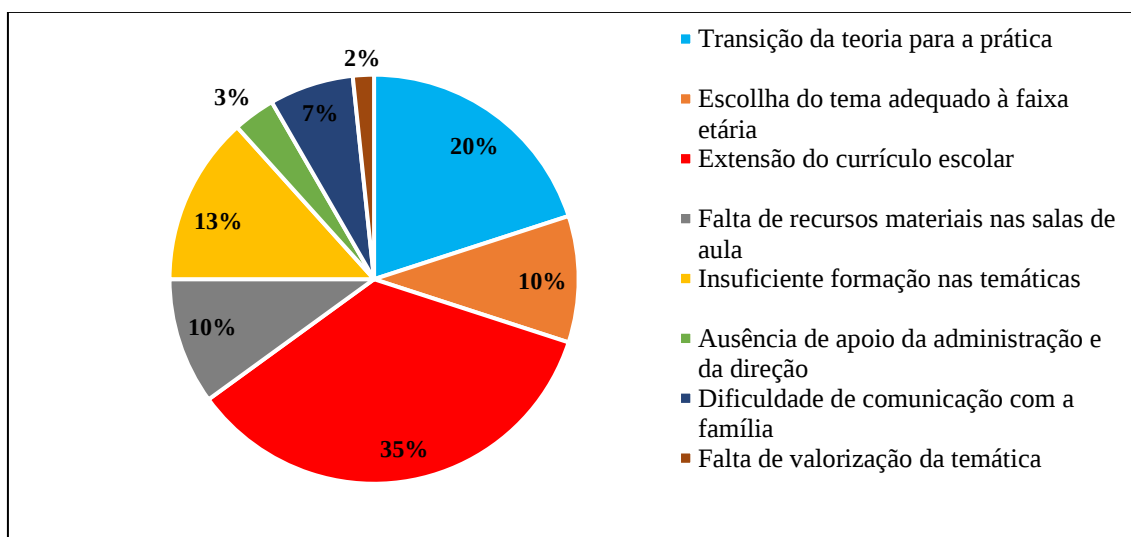


Gráfico 18- Maior dificuldade que poderá ser sentida na implementação de atividades de Educação para a Saúde.

Pela leitura do gráfico 18, constatamos que a maior dificuldade que poderá ser sentida na implementação de atividades ou projetos alusivos à temática EpS pelos docentes é a “extensão do currículo escolar” com 35% das respostas, seguida de “transição da teoria para a prática” com 20%. As dificuldades “escolha do tema adequado à faixa etária” e “falta de recursos materiais nas salas de aula” foram apontadas por 10% dos inquiridos. A dificuldade “insuficiente formação nas temáticas” é apontada por 8% dos docentes. Todavia, a questão da formação, ou da sua ausência, é referida por vários autores como Oliano et al, (2023) e Precioso (2004), como a dificuldade mais sentida. Para 4 docentes a maior dificuldade é a “comunicação com a família”, para 2 docentes a “ausência de apoio da administração falta de valorização da temática” e um docente mencionou ainda

a “falta de valorização da temática”.

9-Na sua perspectiva quem deveria lecionar Educação para a Saúde?

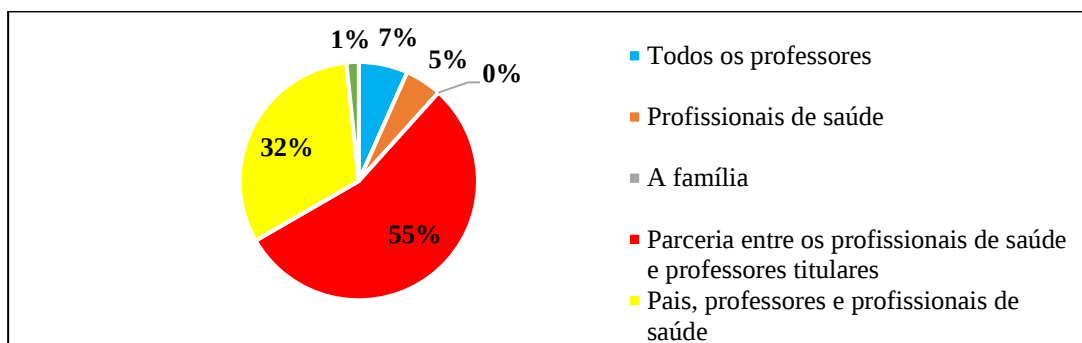


Gráfico 19- Indivíduos que deveriam lecionar Educação para a Saúde

Para mais de metade dos docentes inquiridos (55%), para lecionar Educação para a Saúde deveria existir uma “parceria entre os profissionais de saúde e professores titulares”. Esta percepção mostra-se compreensível na medida em que, com a parceria entre os ministérios da educação e da saúde, na maior parte das situações, para além dos professores, os enfermeiros desempenham um papel crucial como interlocutores da saúde nas escolas. Eles atuam como promotores privilegiados de saúde, sendo responsáveis por implementar e coordenar atividades que visam melhorar o bem-estar físico, mental e social dos estudantes (OE Sul, 2013).

De notar ainda que para 32% dos docentes os “pais, professores e profissionais de saúde” e “todos os professores” com 7% são considerados como sujeitos privilegiados na leção da EpS. Apenas 3 docentes inquiridos consideraram que deveriam ser apenas os profissionais de saúde e 1 docente acrescentou a opção “professores de ciências ou de biologia” a lecionar EpS (gráfico 19

10- Durante a sua formação inicial de professores teve formação na área da Educação para a Saúde?

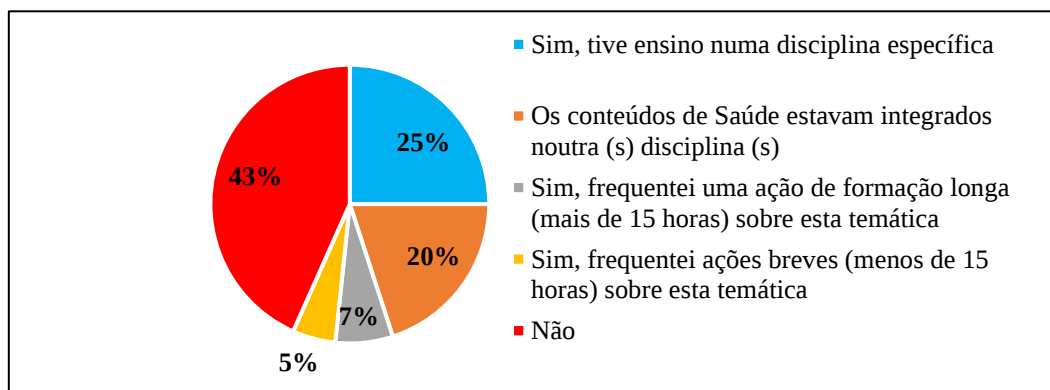


Gráfico 20- Tipo de formação inicial na Educação para a Saúde

Tendo em conta a formação recebida na formação inicial de professores na área da saúde, e pela observação do gráfico 20, podemos dizer que 25% dos docentes tiveram ensino numa disciplina específica” da área da saúde, 20% dos docentes tiveram formação na área da saúde integrados numa outra disciplina, cerca de 7% teve formação nos conteúdos da área da saúde em ações de formação longas e 5% em formações de curta duração. No entanto, 43% afirmou não ter tido qualquer tipo de formação na área da saúde ao longo da formação inicial. Esta falta de formação tem sido reconhecida em diversas conferências por várias organizações, como na de Vitterbo que defendem: “A Educação para a Saúde deve ser incluída como parte obrigatória na formação inicial de todos os professores” (Precioso, 2004, p.22). Na mesma linha, Figueiredo (2002) considera que a universidade é o local ideal para proporcionar uma vasta formação que reforce os princípios éticos e estratégicos da Promoção da Saúde.

11- Durante a sua formação contínua, considera que teve a formação necessária/adequada para promover uma Educação para a Saúde nos seus alunos?

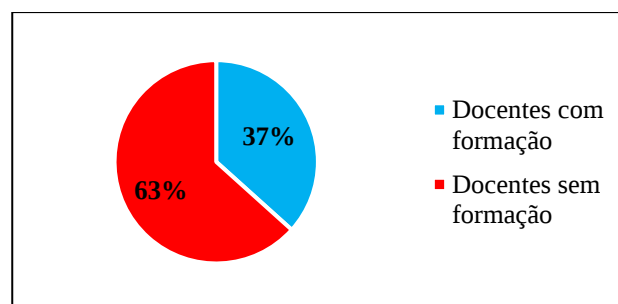


Gráfico 21- Formação contínua na Educação para a Saúde

Como se pode observar no gráfico 21, a grande maioria dos docentes (63%) refere que não teve formação necessária para promover Educação para a saúde junto dos seus alunos e, apenas, 37% considera que teve.

12- Considera que a escola é um lugar adequado para a sensibilização das crianças no âmbito da Educação para a Saúde?

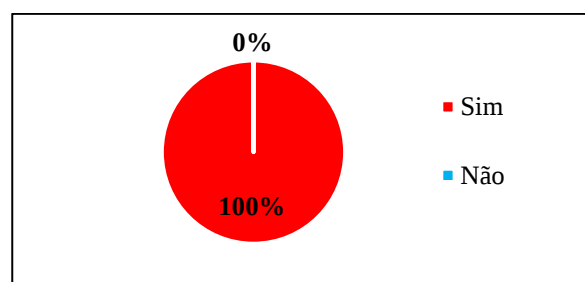


Gráfico 22- Importância atribuída à escola no âmbito da EpS por parte dos inquiridos

Em relação à escola ser considerada como um lugar para a sensibilização das crianças no âmbito da EpS, todos os inquiridos foram unânimes em concordar que esta representa um lugar para essa sensibilização, como se pode ver no gráfico 22. Esta ideia é reforçada por Rocha et al. (2013, p.195) que vão mais além ao referir que “a escola é um dos locais de excelência para a promoção da educação para a saúde, não só direcionada para o aluno, mas também para toda a comunidade educativa”.

13-Tem por hábito planificar atividades relacionadas com a Educação para a Saúde?

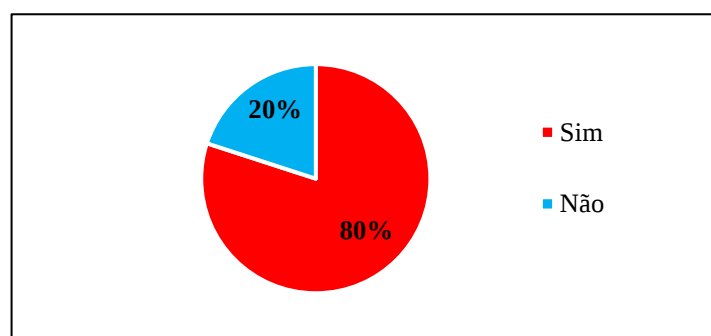


Gráfico 23- Planeamento de atividades relacionadas com EpS em sala de aula pelos inquiridos

A maior parte dos inquiridos (80%) assume-se como praticantes de Educação para a Saúde ao afirmar que tem por hábito planificar atividades a este nível. A restante amostra, (20%)9justifica a sua posição pela “falta de tempo”, equivalendo a 6 docentes, seguida da falta de formação na temática” por 3 docentes (gráfico 24). Foram ainda nomeados outros motivos como a “Falta de materiais de apoio e recursos didáticos” por 2 docentes e o desinteresse pela temática por 1 docente. Nesta questão os docentes inquiridos assumem, tal como vários autores já referidos na parte teórica, a falta de formação.

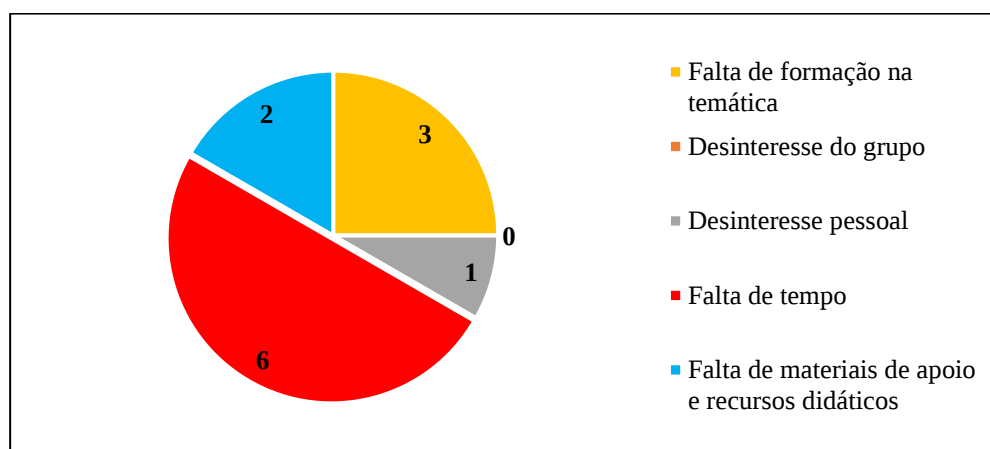


Gráfico 24- Principal motivo que leva os docentes a não realizarem atividades relacionadas com EpS segundo os inquiridos

14- Com que frequência realiza atividades de Educação para a Saúde?

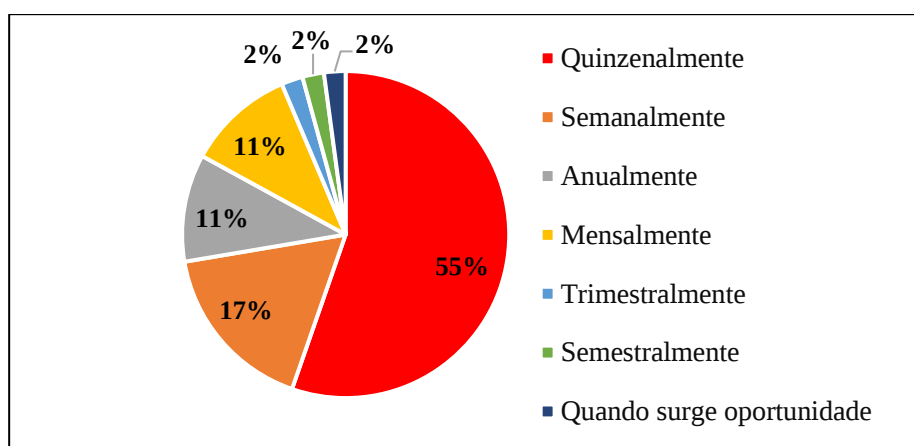


Gráfico 25- Frequência com que são realizadas atividades relacionadas com EpS pelos inquiridos

Os inquiridos praticantes de uma EpS têm por hábito realizar atividades relacionadas com a EpS nas suas salas “quinzenalmente” representando 55% das respostas, “Semanalmente” equivalendo 17% da amostra, “anualmente” e “mensalmente” correspondendo a 11%. “Trimestralmente”, “semestralmente” e “quando surge oportunidade” foi registado, para cada momento, 1 docente (gráfico 25).

15- Que tipo de atividades já implementou ao longo das suas práticas educativas na Educação para a Saúde?

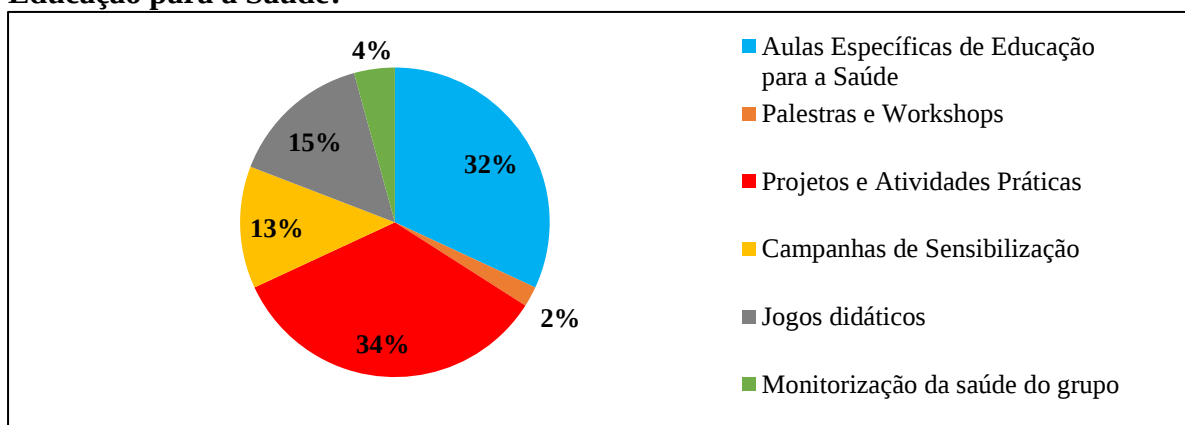
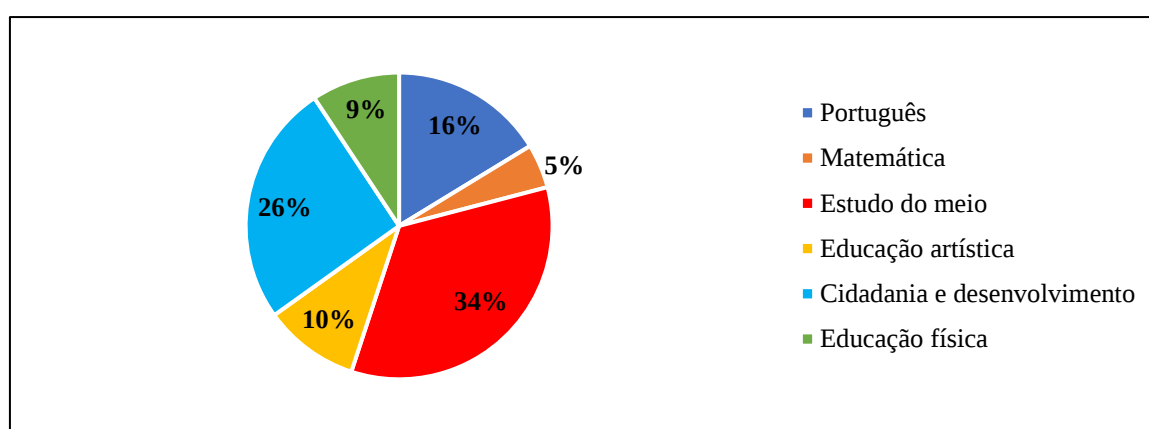


Gráfico 26- Tipo de atividades realizadas relacionadas com EpS pelos inquiridos

No que se refere ao tipo de atividades implementadas pelos docentes ao longo das suas práticas, os “projetos e atividades práticas” foram as atividades mais comuns (34% das repostas) seguidas de 32% com “aulas específicas de educação para a saúde. Tal como é preconizado por Martins & Borges (2023) a inclusão da metodologia de trabalho de projeto é uma forma de implementar a EpS. No entanto, é importante ter conhecimento que o trabalho projeto, como refere Ferreira (2013) requer tempo e é “mais trabalhoso” (p.324). Para completar esta ideia, Abrantes (2002) citado por Ferreira, (2013) menciona

que “o ensino e a aprendizagem por projetos é um processo complexo, de negociação e de consensos, marcado por imprevistos aos quais se tem que dar resposta, exigindo, por isso, um tempo relativamente longo” (p. 324). Portanto, este processo exige um tempo relativamente longo para ser bem-sucedido o que pode ser um desafio quando se tenta implementar novas atividades a cada duas semanas, como foi observado no gráfico anterior (gráfico 25). Assim, esta prática frequente levanta algumas questões, considerando o tipo de atividades que os docentes mais implementaram nas suas aulas.

16- Quando realiza atividades no âmbito da Educação para a Saúde que área(s) articula habitualmente?



n= nº total de inquiridos, 60

Gráfico 27- Áreas articuladas na realização de atividades no âmbito da EpS

Relativamente a este item, observa-se no gráfico 27 que 34% dos docentes inquiridos diz que quando realizam atividades no âmbito de EpS as articulam com estudo do meio, seguida da área de cidadania e desenvolvimento com 26%. A área de português surge em terceiro lugar com 16%, a de educação artística é a escolhida por 10% dos inquiridos, a de educação física por 9% e, por fim, surge a área da matemática com 5%. De notar que só 4 docentes inquiridos afirmaram que tentavam articular todas as áreas. Apenas 4 docentes inquiridos garantem que articulam todas as áreas disciplinares quando realizam atividades no âmbito da EpS e metade admitem utilizar apenas uma ou duas áreas existentes no currículo. A ausência de articulação entre as diversas áreas do currículo parece-nos não favorecer o processo de ensino e de aprendizagem nem os alunos. Isto significa que algo terá de ser feito para combater esta não articulação das áreas pelos docentes, seja qual for o valor da percentagem representativa, começando por exemplo por colmatar algumas das dificuldades que obstruem esta articulação (Precioso, 2004).

17- Considera que os materiais e recursos bibliográficos existentes no domínio da Educação para a Saúde são:

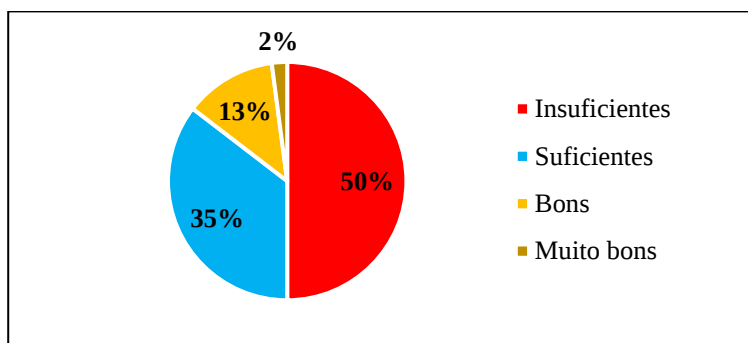


Gráfico 28- Existência de materiais e recursos alusivos à EpS na escola pelos inquiridos

Em relação à opinião dos docentes sobre os materiais bibliográficos alusivos à EpS nas suas salas de aula, 50% os docentes admitiram que são “insuficientes”, 35% consideram-nos suficientes, 13% “bons” e, somente 2% classifica-os como “muito bons” (gráfico 28). Este foi um dos entraves manifestado por Oliano et al., (2023) ao mencionarem a falta de materiais científicos nas salas de aula que auxiliem a prática de uma EpS.

18- Qual dos materiais já recorreu para promover a Educação para a Saúde?

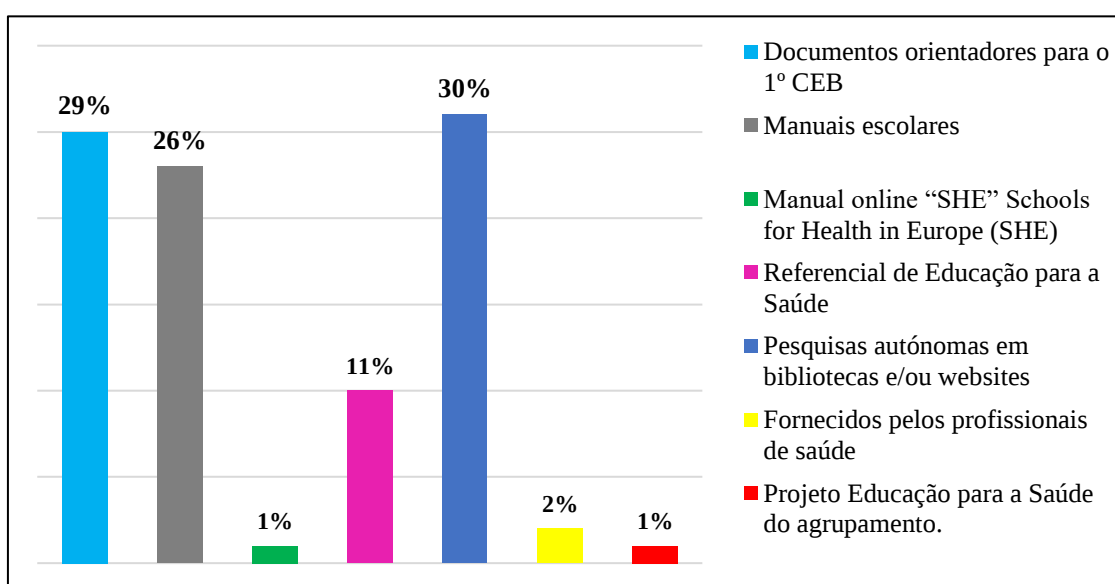


Gráfico 29- Materiais de referência utilizados para promover EpS dos inquiridos

Os principais materiais bibliográficos de referência que os docentes revelaram que já utilizaram foram as “pesquisas autónomas em bibliotecas e/ou *websites*”, os “documentos orientadores para o 1º CEB” e os “manuais escolares” (gráfico 29). Os resultados obtidos nesta questão vieram a confirmar o esperado, a falta de bibliografia ou material de referência que suporte a prática educativa relativa a atividades e projetos ligados à EpS para os docentes. Num estudo conduzido por Freitas et al. (2015), que teve como objetivo

avaliar se candidatos a professores e professores em atividade sentiam necessidade de recursos para ministrar as aulas de Cidadania no 1º CEB, os resultados indicaram que os participantes, de modo geral, relataram uma falta de materiais pedagógicos para abordar os diversos conteúdos das mesmas (Freitas et al., 2015. Talvez seja devido a esta carência que uma grande percentagem de professores recorre a “pesquisas autónomas em bibliotecas e/ou *websites*” para encontrar informações e recursos necessários para suas práticas educativas. Essa situação pode ocorrer porque existe falta de material didático que possa auxiliar os docentes e servir como guias orientadores no âmbito da EpS.

De notar que dois docentes acrescentaram a opção materiais “fornecidos pelos profissionais de saúde”. Uma explicação para este facto pode estar relacionada com o protocolo que, em 2006, se estabeleceu entre os ministros da educação e da saúde. Neste protocolo reafirmou-se o compromisso de fortalecer as parcerias para implementar a promoção e educação para a saúde em contexto escolar (DGS, 2006). A articulação destes sectores tem desempenhado um papel crucial na elaboração de documentos orientadores para as escolas em relação à EpS (DGE, 2014).

19- Considera que os seus conhecimentos na área ou a sua formação permitem abordar esta temática com rigor científico?

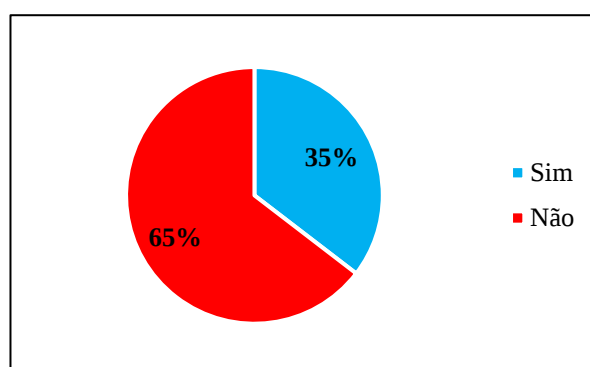


Gráfico 30- Existência de rigor científico na abordagem na área pelos inquiridos

No que diz respeito à formação na área da EpS dos inquiridos que poderia influenciar a predisposição dos mesmos e ser considerada um “travão” ou dificuldade na prática da EpS, os docentes afirmaram, na sua maioria (65%) que os seus conhecimentos na área ou as suas formações não permitem abordar esta temática sem a perda de rigor científico., A percentagem de docentes que revelaram que os seus conhecimentos na área, ou que as suas formações, permitiam abordar esta temática sem perder o rigor científico foi de 35%, sendo este valor um pouco questionável, dado que, como referido anteriormente, a insuficiente formação na área é uma dificuldade e entrave aquando da tentativa de

implementação de um projeto por parte dos docentes, mencionada por vários autores (Precioso 2004; , Freitas, et al., 2015).

IV-Dados de opinião

Com o propósito de avaliar a opinião dos docentes do 1º CEB, relativamente aos agentes sensibilizadores desta prática e a necessidade de formação dos profissionais de educação nesta área, foram apresentadas uma série de afirmações, onde os inquiridos assinalaram um dos três posicionamentos (Discordo, Não concordo Nem discordo, Concordo) correspondente à escala de atitudes, do tipo *Likert*.

1- A Educação para a Saúde, em contexto escolar, deve responsabilizar os alunos pela sua própria saúde.

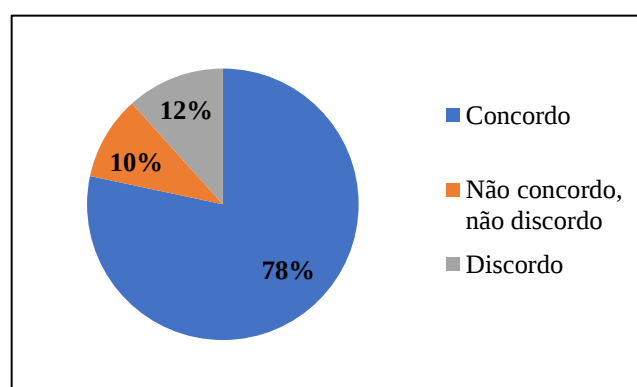


Gráfico 31- Concordância/discordância face à afirmação 1

Observa-se no gráfico acima que 78% concordam com a afirmação de que “a Educação para a Saúde, em contexto escolar, deve responsabilizar os alunos pela sua própria saúde”, 12% discordam com esta afirmação e 10% não concordam nem discordam com a afirmação. No entanto, como se percebeu na questão número 5, quando questionados sobre a principal finalidade da Educação para a Saúde na escola, a opção “procurar responsabilizar os alunos pela sua própria saúde” foi escolhida somente por 13 participantes (gráfico 14). Ou seja, por um lado verifica-se pouco reconhecimento da importância de cada aluno em cuidar da sua própria saúde, por outro reconhecem essa responsabilidade como importante. Este paradoxo nas respostas pode levar a pensarmos que a resposta à questão anterior fosse gerada por uma leitura indevida do enunciado, ou ter sido motivada pela necessidade de assumir uma posição que é entendida como a socialmente desejada.

2- A Educação para a Saúde, em contexto escolar, prepara os alunos para que sejam capazes de promover a saúde dos outros.

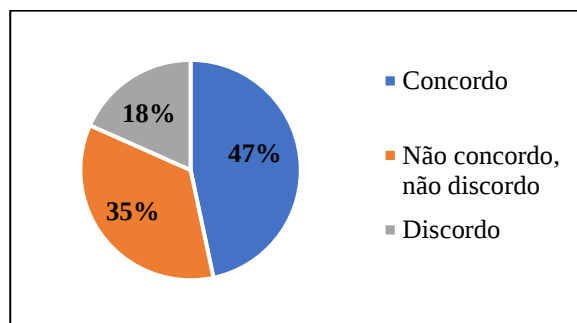


Gráfico 32- Concordância/discordância face à afirmação 2

Como se pode ver, 47% dos docentes concordam que “a Educação para a Saúde, em contexto escolar, prepara os alunos para que sejam capazes de promover a saúde dos outros”, 21% não concordam nem discordam com a afirmação e 11% discordam. Tal como na afirmação anterior, como se percebeu na questão número 5, quando questionados os inquiridos sobre a principal finalidade da Educação para a Saúde na escola, a opção “fazer com que os alunos sejam capazes de promover a saúde nos outros” (gráfico 14) foi pouco considerada. Damos conta, mais uma vez, de uma certa incoerência nas respostas a este inquérito o que nos faz pensar que esta ideia poderia ser mais bem explorada a partir da articulação com outras técnicas de pesquisa, designadamente, com a realização de entrevistas semi-estruturadas sobre o tema aos docentes. Seja como for, esta ideia poderia suscitar uma nova pesquisa centrada no tema sobre o modo como os docentes entendem a participação dos alunos na EpS.

3- A família é considerada um local de eleição para a implementação da Educação para a Saúde.

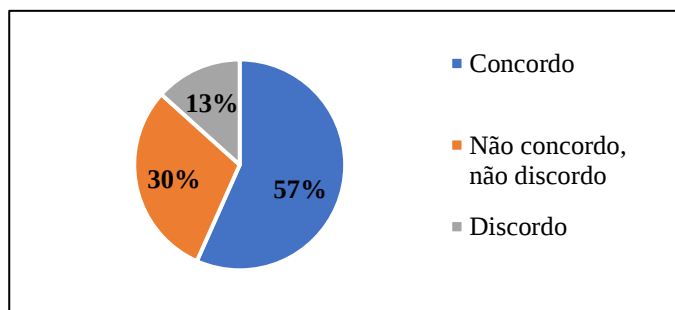


Gráfico 33- Concordância/discordância face à afirmação 3

Podemos verificar no gráfico 33 que, mais de metade dos inquiridos, ou seja, 57% concordam, 30 % não concordam nem discordam e 13% discordam que “a família é considerada um local de eleição para a implementação da Educação para a Saúde”.

Um estudo realizado por Souza (2018) destaca também o contexto familiar como essencial, ao lado do escolar, para promover a EpS. Rodrigues (2005) enaltece o papel da família neste processo ao citar que, “além dos profissionais de saúde e dos professores, sobretudo os pais e as famílias desempenham um papel determinante na promoção e educação para a saúde” (p.55). No entanto, para assegurar esta articulação, Souza (2018) recomenda a colaboração entre pais, familiares e a escola na implementação dos conteúdos do projeto de EpS, reconhecendo que alguns pais podem ter objeções a certos temas, como a educação sexual, devido às suas crenças culturais

4- O contexto escolar é considerado um local de eleição para a implementação da Educação para a Saúde.

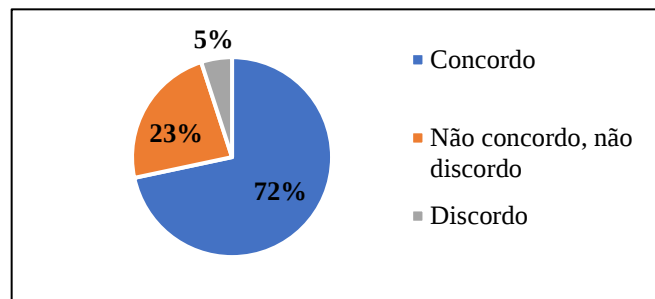


Gráfico 34- Concordância/discordância face à afirmação 4

Do total dos inquiridos, 72% concordam que “o contexto escolar é considerado um local de eleição para a implementação da Educação para a Saúde”, enquanto 23% não concordam nem discordam e 5% discordam com esta afirmação. É inegável que a escola é um dos meios que mais contribui para a sensibilização das crianças no âmbito da EpS. O Referencial de Educação para a Saúde (2017) disponibilizado pelo Ministério da Educação, órgão máximo do governo, confirma-o:

A Escola, enquanto organização empenhada em desenvolver a aquisição de competências pessoais, cognitivas e socio emocionais é o espaço por excelência onde, individualmente e em grupo, as crianças e jovens aprendem a gerir eficazmente a sua saúde e a agir sobre fatores que a influenciam (p.6).

5- Os professores são profissionais preparados para educar para a saúde.

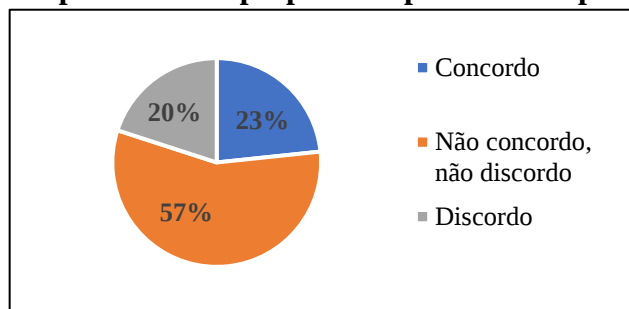


Gráfico 35- Concordância/discordância face à afirmação 5

A parceria entre os ministérios da educação e da saúde, referida anteriormente, enfatiza o papel fundamental dos enfermeiros como interlocutores da saúde nas escolas. Talvez também seja por isso que só 23% dos docentes inquiridos concordem com a afirmação “os professores são profissionais preparados para educar para a saúde” (gráfico 35).

6- A falta de formação inicial dos professores é o principal entrave na realização de atividades de Educação para a Saúde.

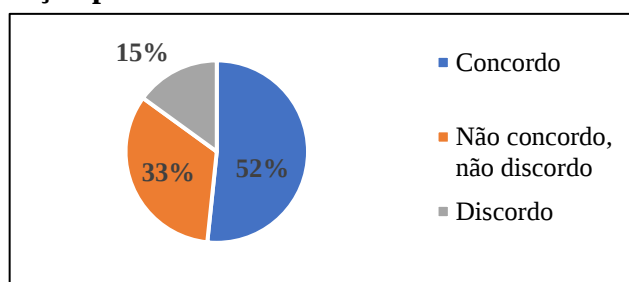


Gráfico 36- Concordância/discordância face à afirmação 6

No que concerne à afirmação “a falta de formação inicial dos professores é o principal entrave na realização de atividades de Educação para a Saúde”, mais de metade dos inquiridos (52%) concordam com esta afirmação, 33% dos inquiridos não concordam nem discordam e somente 15% dos inquiridos discordam desta afirmação.

7- Os professores necessitam de formação continua para realizarem atividades de Educação para a Saúde.

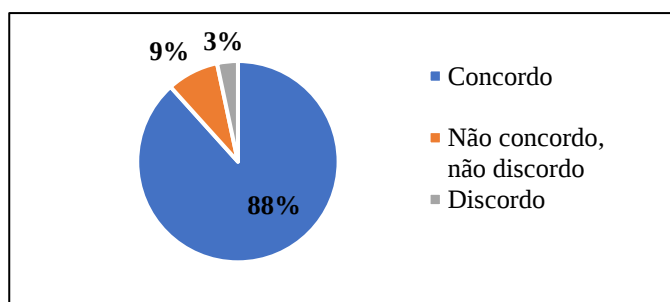


Gráfico 37- Concordância/discordância face à afirmação 7

Do total dos docentes inquiridos, a maior parte dos docentes inquiridos (88%) concordam que “os professores necessitam de formação continua para realizarem atividades de Educação para a Saúde”, enquanto 9% não concordam nem discordam e 3% discordam desta afirmação. Esta falta de formação pode significar um menor interesse por esta temática possivelmente por sentirem que não possuem conhecimento necessário para abordá-la adequadamente, uma vez que a falta de conhecimentos foi uma dificuldade relatada pelos docentes para abordar a área da saúde na atividade letiva (gráfico 38).

Para a última parte do questionário, construiu-se uma pergunta aberta no sentido de apurar as maiores dificuldades que os docentes inquiridos sentem no processo de ensino e de aprendizagem na área da educação para a saúde.

21- Sente alguma dificuldade na abordagem da Educação para a Saúde na sua atividade letiva? Se sim, diga qual.

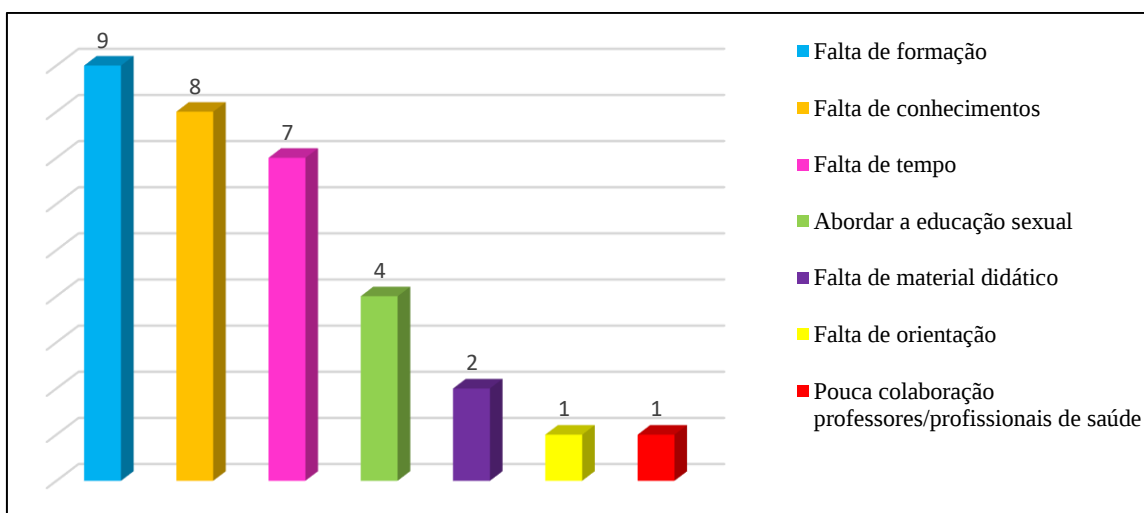


Gráfico 38 - Dificuldades referenciadas pelos inquiridos na abordagem EpS

A implementação de atividades ou projetos relacionados com a temática EpS enfrenta diversas dificuldades conforme as respostas dos participantes da nossa amostra. Dos docentes inquiridos, 61% (37) responderam a esta questão. No entanto, 10 respostas não serão contabilizadas neste gráfico, uma vez que responderam “não”. Ou seja, estes docentes não sentem nenhuma dificuldade na abordagem à EpS.

Pela observação do gráfico 38 podemos dar conta que 9 inquiridos responderam “falta de formação”, 8 “falta de conhecimentos”, 7 a “falta de tempo” e 4 “abordar a educação sexual”. Souza (2018) reforça estes resultados ao destacar que algumas das maiores dificuldades estão diretamente relacionadas com o tempo disponível para abordar os

conteúdos previstos nos currículos de ensino, devido à extensão do programa; com os conteúdos a serem lecionados, visto que a seleção e adequação dos conteúdos para a EpS podem ser complexas, considerando a necessidade de abordar temas muitas vezes sensíveis e que requerem um conhecimento teórico profundo para aplicá-los na prática; e a carga horária das componentes letivas.

Para finalizar, curiosamente, 1 inquirido mencionou a falta de orientação como dificuldade sentida na abordagem à EpS no contexto educativo, o que vai ao encontro de Sampaio (2010) que observa ser fundamental que os professores tenham a quem recorrer quando surjam dúvidas nos seus projetos.

Considerações finais

Neste capítulo, pretendemos apresentar as principais conclusões resultantes desta investigação, bem como, as limitações e sugestões para possíveis investigações a implementar futuramente.

Com o presente trabalho, foi nosso objetivo ***averiguar a relevância que os professores do 1º Ciclo do Ensino Básico atribuem à Educação para a Saúde na formação dos seus alunos.***

Perante os resultados obtidos dos inquiridos por questionário, entende-se que, aparentemente, os professores do 1º CEB têm uma perceção positiva da EpS, dado que reconhecem a sua importância e os objetivos principais. No entanto, há uma necessidade de maior clarificação sobre as finalidades específicas da EpS no contexto escolar. Todos os inquiridos consideram que a escola é um lugar adequado para a sensibilização em EpS e uma minoria discorda que esta seja o local de eleição para a realização de atividades na área da saúde. Concomitante, mais de metade dos inquiridos, admitem que a família é considerada um local de eleição para a realização da EpS. Assim, pode inferir-se que, na perspetiva dos docentes inquiridos, tanto a escola quanto a família constituem locais propícios para a EpS. Estas perspetivas enquadram-se na linha defendida por Souza (2018) que “destaca o seio familiar, como um local primordial, além do escolar, para se refletir, promover um entendimento e manter um diálogo permanente com a finalidade de se perceber a importância da saúde” (p.21). A maioria dos inquiridos são praticantes de Educação para a Saúde. Pelo exposto, podemos apoiar parcialmente a hipótese 1- As perspetivas dos professores para a Educação para a Saúde estão relacionadas com a importância que eles atribuem a estes conteúdos na sua prática letiva.

Uma parte significativa dos inquiridos que praticam EpS asseguram que dão importância a todos os temas preconizados pelo ME, embora apenas uma pequena parte admita privilegiar outros temas que consideram mais relevantes devido à sua própria perceção de importância e ao facto de que os fatores de risco associados a esses temas estão relacionados com as principais causas de mortalidade no país. Os docentes admitem ter uma predisposição para desenvolver a EpS em certas áreas disciplinares como o estudo do meio e cidadania e desenvolvimento e, metade dos docentes inquiridos que realizam EpS nas suas aulas, admitem utilizar apenas uma ou duas áreas existentes no currículo. Embora haja um reconhecimento da importância da EpS, a sua integração no currículo

escolar, esta ainda é limitada a poucas áreas específicas. A interdisciplinaridade, encarada por Souza (2018) como uma metodologia de desenvolver a EpS, parece ser difícil de colocar em prática, tendo em conta os dados recolhidos. As dificuldades em integrar diversas áreas do conhecimento podem estar relacionadas com as dificuldades/inseguranças que os professores do 1º CEB sentem no processo de ensino e aprendizagem da EpS, nas suas aulas.

No que diz respeito às atividades que são implementadas pelos docentes nas suas práticas educativas no âmbito da EpS, destacam-se os projetos e atividades práticas e as aulas específicas de educação para a saúde. Estes estão em conformidade com as diretrizes emanadas pela DGE (2012), que sugerem a integração dos temas da EpS de forma transversal no currículo em áreas disciplinares, disciplinas ou em atividades e projetos, desde a educação pré-escolar até ao ensino secundário. Metade dos inquiridos, que praticam EpS nas salas de aula, considera os materiais bibliográficos alusivos à temática insuficientes e, a sua maioria, rege-se pelas pesquisas autónomas em bibliotecas e/ou *websites*, bem como pelos documentos orientadores para o 1º CEB e manuais escolares. As pesquisas autónomas, sem a orientação de um especialista podem não ser suficientes para garantir uma compreensão aprofundada dos temas de Educação para a Saúde. O acesso a bibliotecas bem equipadas e à internet de qualidade pode não ser uniforme entre todas as escolas, exacerbando as desigualdades no ensino. Para além disso, a necessidade de pesquisar e validar informações de forma autónoma pode sobrecarregar os docentes que já enfrentam um currículo extenso e outras responsabilidades.

Quanto aos documentos orientadores, são utilizados para toda a prática educativa, ou seja, são um pouco abrangentes e pouco abordam a prática de uma EpS. O recurso aos manuais, concretamente o do estudo do meio, (foi a área que os inquiridos revelaram mais propícias à realização de EpS), num estudo realizado por Afonso (2008) citado em (Silva, 2009) realizado a vários manuais de estudo do meio, averiguou-se que durante as atividades científicas várias competências essenciais aos alunos não são promovidas ou então são promovidas de forma bastante deficitária, tais como o conhecimento processual, epistemológico e o raciocínio. Assim, embora estes recursos materiais sejam fontes válidas, pelo que foi aludido, podem não abranger todos os conhecimentos necessários. Deste modo, ao considerarmos a importância dos recursos materiais como um fator determinante na capacidade das escolas de implementar programas eficazes de EpS apoiando parcialmente a hipótese que relaciona a perspetiva dos professores, a Educação para a Saúde nas escolas com a disponibilidade dos recursos materiais para desenvolver

esta prática, ou seja, a falta de recursos materiais adequados pode ser um obstáculo significativo para a realização de práticas de EpS nas escolas.

Talvez a criação e distribuição de materiais didáticos de qualidade, adaptados às necessidades do 1º CEB, que possam ser facilmente utilizados no processo de ensino e aprendizagem, facilitem a prática de EpS.

Quanto às principais dificuldades associadas à prática de uma EpS, os participantes no estudo mencionam a extensão do currículo escolar que pode limitar o tempo disponível para a prática de EpS, dificultando a implementação de projetos educativos focados na área da saúde. Esta ideia assemelha-se à de Souza (2018) ao referir que algumas das maiores dificuldades na realização de atividades de EpS estão diretamente relacionadas com o tempo disponível para abordar os conteúdos previstos nos currículos de ensino, devido à extensão do programa. Pelos resultados obtidos, ficou clara a necessidade de se apostar na formação dos professores na EpS. Nas conclusões da Conferência de Dublin referem que: “A Educação para a Saúde só pode ser eficaz se os professores estiverem convencidos da sua necessidade fundamental. A sensibilização, a formação e a informação do corpo docente tem, portanto, uma importância preponderante” (Precioso, 2004, p.22). Na opinião de Precioso (2004), a formação deve iniciar-se nas universidades através de por exemplo, incluir a introdução dos temas de saúde em todas as disciplinas e proporcionar uma disciplina opcional dedicada à EpS. É importante incluir conteúdos de saúde nas disciplinas científicas, como biologia, promover atividades extracurriculares que estejam relacionadas com a saúde, para além de ser essencial criar um ambiente escolar que incentive a hábitos de vida saudáveis.

A formação inicial dos professores nas universidades é fundamental, mas não é suficiente. Nas palavras de Pestana (1995) citadas por Mandim (2007), precisa-se de “Investir na formação inicial e contínua de professores” (p.68). Ou seja, é essencial que os professores também tenham formação contínua ao longo da sua atividade profissional sobre temas relacionados com a saúde. Neste sentido, podemos apoiar em parte a Hipótese 3- As práticas educativas da Educação para a Saúde estão relacionadas com a necessidade que os professores sentem em aprofundar saberes noutras áreas que não as da sua formação base. Esta hipótese reconhece a que a formação inicial dos professores pode não ser suficiente para colmatar todas as necessidades dos docentes para implementar a EpS de modo eficaz.

Perguntamo-nos se a introdução/criação de cursos de saúde para os profissionais de educação poderá representar um contributo importante na EpS. Precioso, em 2004, já

tinha sugerido a criação de cursos para professores na área da EpS como uma solução para os desafios enfrentados pelos docentes eles para abordarem os temas da área da saúde em sala de aula. Contudo, a sua viabilidade não parece ser facilmente alcançada. A oferta de formação em educação para a saúde encontra-se na interseção de duas áreas distintas: saúde e educação. Na educação, há uma escassez de profissionais especializados em saúde, enquanto na área da saúde, frequentemente falta a estes profissionais a componente pedagógica. Ou seja, quem possui conhecimentos em saúde, geralmente, não tem formação em educação, e vice-versa. A confluência destas duas formações, é rara em Portugal. Talvez uma abordagem transdisciplinar, grau máximo de coordenação entre todas as disciplinas e áreas interdisciplinares no sistema de ensino, possa ser uma solução inovadora.

Abordar a educação sexual no 1º CEB foi outra das dificuldades referidas pelos docentes inquiridos. O facto de o tema ser complexo constitui um desafio dada a sensibilidade e o peso cultural que envolvem essas questões. No entanto, considerando que a maioria dos professores do 1º CEB são do género feminino, poderia esperar-se uma maior facilidade na abordagem destes temas, o que não se observa. Assim, apesar desta perspetiva, a educação para a sexualidade continua a ser desafiadora talvez devido às necessidades de formação específica, à sensibilidade das crianças envolvidas e às expectativas da comunidade escolar.

Como qualquer estudo, este não é exceção à regra e, como tal, apresenta uma série de limitações. Uma das limitações é a representatividade da amostra e a sua distribuição relativamente ao local de trabalho. Esta limitação tem consequências no aprofundamento da análise, uma vez que existe um reduzido número de participantes por região. Para que, de facto, se pudesse averiguar a influência que a o local de trabalho assume na predisposição para a prática de EpS por parte de docentes deveria ser feita uma delimitação a determinadas regiões, designadamente no litoral e interior, tendo em consideração algumas das diferenças socioculturais que são reconhecidas no país. Só assim, se poderia averiguar as diferenças entre os valores de uma área no litoral comparativamente a uma área do interior, consequentemente mais rural que a primeira. Outra limitação pode estar relacionada com o conteúdo do questionário que, pela sua natureza, pode ter influenciado os participantes a responderem de maneira socialmente desejável, ou seja, pode ter havido uma tendência para os docentes terem respondido da forma considerada mais aceitável em termos sociais, acerca da introdução da EpS na sua prática letiva.

Por fim, outra limitação foi a própria abrangência de temas relacionados à EpS. São muitos os temas associados à EpS, por isso, torna-se impossível englobá-los todos num só estudo o que dificultou o alcance completo dos objetivos estabelecidos. Para que tal acontecesse, teriam de ser acrescentadas mais algumas perguntas ao questionário, o que acabaria por levar a que este ficasse mais extenso, demorado e, conseqüentemente, menos atrativo para os participantes na hora de respondê-lo.

Tendo em conta as ideias a que chegamos neste estudo, fica patente a necessidade de outros estudos na área da EpS. Seria interessante auscultar a opinião dos alunos relativamente às áreas de interesse no âmbito da EpS, bem como as perspetivas dos seus familiares.

Para concluir, interessa ainda referir que, sendo este tema tão importante e relevante para todos nós, assume também uma elevada importância para a investigadora. Vivemos um tempo de desafios, onde a articulação entre diferentes áreas do conhecimento se torna cada vez mais essencial para o desenvolvimento de uma sociedade saudável e consciente. Nesse contexto, é urgente apelar para que professores e profissionais de saúde se unam em prol de uma causa comum: a Educação para a Saúde. A saúde é um dos pilares fundamentais para a qualidade de vida e o bem-estar de qualquer comunidade. Porém, muitos dos problemas de saúde enfrentados pela população são decorrentes da falta de informação adequada e de práticas preventivas que poderiam ser instruídas desde cedo. A ausência de formação específica em saúde para os professores, aliada ao tempo limitado disponível para abordar os conteúdos previstos nos currículos de ensino devido à extensão do programa, representa um grande desafio para a implementação eficaz da educação para a saúde nas escolas. Assim, superar estes desafios pode resultar em melhorias significativas na saúde e bem-estar dos alunos. Preconizamos, por fim, a construção de uma comunidade escolar mais saudável e informada, onde a educação para a saúde se torne uma prática diária e constante.

Referências bibliográficas

- Akerman, M. (2013). *8ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde*. Obtido de <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/127>
- Abrantes, P. (2003). *Finalidades e natureza das novas áreas curriculares*. Lisboa: Coleção Teses.
- Albuquerque, C., & Matos, A. (2006). Educação, ciência e tecnologia . *Estilo de vida, percepção e estado de saúde em Estudantes do instituto politécnico de Viseu: Influência da área de formação*, pp. 184-200. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.19/605>
- Araújo, I. (2004). *Aprendem doença, educam para a saúde*. Dissertação de Mestrado em educação, área de especialização em educação, Instituto de educação e psicologia, Universidade do Minho, Braga. Obtido em 21 de fevereiro de 2022, de <https://hdl.handle.net/1822/2669>
- Calvinho, M., & Amorim, C. (2015). (Re)pensar a educação para a saúde: Educação para a Saúde ou para a vida? Em L. Santos , C. Parente, J. Ribeiro, & Â. Pontes, *Promoção da Saúde: Da Investigação à Prática* (pp. 15-17). Lisboa: SPPS, Editora, LD.
- Carvalho, A., & Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Lusociência.
- Carvalho, Á., & Pereira, F. (2016). *Manual para a Promoção de Competências Socioemocionais em meio escolar*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Obtido de <https://cidadania.dge.mec.pt/sites/default/files/pdfs/manual-para-promocao-de-competencias-socioemocionais-em-meio-escolar.pdf>
- CDSS. (2010). *Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde* (Edição portuguesa ed.). Portugal, OMS. Obtido de https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43943/9789248563706_por.pdf?sequence=7&isAllowed=y
- Declaração de Vilnius. (2009). *3ª Conferência Europeia de Escolas Promotoras de Saúde: Melhores escolas, escolas mais saudáveis*. Obtido de <https://www.schoolsforhealth.org/sites/default/files/editor/conference%20statements/Vilnius%20resolution/portuguese-vilnius-resolution.pdf>
- Deshaies, B. (1992). *Metodologia da investigação em ciências sociais e humanas*. . Lisboa: Instituto Piaget.
- Dias, M. (2013). *Escola, saúde e sociedade: estudos de avaliação de projetos de educação para a saúde*. Universidade de Aveiro. Aveiro.
- Dias, S. (2006). *Educação pelos Pares: Uma Estratégia na Promoção da Saúde*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- Faria, H., & Carvalho, G. (julho/dezembro de 2003). Escolas promotoras de saúde: factores críticos para o sucesso da parceria escola-centro de saúde. pp. 79-89.
- Ferreira, F. (1990). *Moderna saúde pública*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Figueiredo, A. (2002). Redes de educação: a surpreendente riqueza de um conceito. In CNE (2002) - Redes de aprendizagem, redes de conhecimento. . A *surpreendente riqueza de um conceito redes e educação*, pp. 39-55.
- Freitas, M., Soares, S., Sousa, M., Fernandes, H., Amaral, S., Correia, M., . . . Carvalho, C. (2015). Materiais Psicopedagógicos: Os desafios da sua construção na Educação para a Saúde. *Revista de estudios e investigación, extra 6*, 17-21.

- Garcia, M. (2004). *Fundamentos da Educação para a Saúde e Atenção Primária*. Madrid: Editorial Grupo Alcala.
- Gomes de Sá, C. (outubro de 2019). *Agrupamento Aver-o Mar*. Obtido de <https://aeaveromar.pt/unidade-cuidados-na-comunidade-povoa-varzim-saude-na-escola/>
- Jourdan, D. (2011). *Educação em saúde nas escolas: o desafio da formação de professores*. França, Saint-Denis.: Inpes, col. Santé en action,.
- Leite, A., Sousa, J., Vieira, A., Quental, O., Assis, O., & Feitosa, A. (dezembro de 2015). Práticas de educação em saúde na estratégia de Saúde da Família - Revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 9 (Supl. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, Supl. 10(9), 1572-1579.
- Mandim, J. F. (2007). *As dinâmicas para a Promoção da Saúde numa*. Porto: Universidade Aberta-Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais. Obtido de <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/642/1/LC324.pdf>
- Martins, T., & Borges, E. (2023). *Saúde Escolar: intervenções de promoção de saúde*. Lisboa: Lidel.
- Melo, P. (2020). *Enfermagem na Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Lidel
- Néné, C., & Sequeira, C. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental*. Lisboa: Lidel.
- OE Sul. (16 de setembro de 2013). *O papel da Enfermagem no Programa Nacional de Saúde Escolar*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/sul/noticias/conteudos/regresso-%C3%A0s-aulas-o-papel-da-enfermagem-no-programa-nacional-de-sa%C3%BAde-escolar/>
- Oliveira, C., & Fonte, R. (2008). Parar para Pensar... Que significa Educar para a Saúde? II Congresso Nacional de Educação para a Saúde – Educação para a Saúde no Século XXI: Teorias, Modelos e Práticas. Obtido em 1 de julho de 2021, de https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10611/1/DEF_parar_para_pensar_IIcong_EPSaude.pdf
- OMS. (1978). *Declaração de Alma -Ata*. Obtido em 3 de dezembro de 2020, de Constituição da Organização Mundial de Saúde: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata>
- Portugal, R. (outubro de 2019). Saúde Pública: Mais de 40 anos de ação e melhoria da Saúde dos Portugueses. *Jornal Médico*. Obtido em 1 de julho de 2021, de <https://www.jornalmedico.pt/opiniao/37867-saude-publica-mais-de-40-anos-de-acao-e-melhoria-da-saude-dos-portugueses.html>
- Precioso, J. (2004). *Educação para a saúde na escola : um direito dos alunos que urge satisfazer*. Obtido em 12 de janeiro de 2021, de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/3980>
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- República, D. d. (1998). Norma n.º 88/1998, Série II de 1998-04-15. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/diario-republica/88-1998-753787>
- Rocha, A., Correia, C., Pestana, L., Bento, M., Preto, O., & Lobão, S. (julho/dezembro de 2011). *Saúde Escolar em Construção: Que Projetos?*, pp. 89-113.
- Rocha, A., Marques, A., Figueiredo, C., Almeida, Batista, I., & Almeida, J. (julho/dezembro de 2011). *Evolução da Saúde Escolar em Portugal: Revisão Legislativa no Âmbito da Educação*, pp. 69-87.

- Sampaio, D. (junho de 2010). Dossier , Educação para a Saúde. *noesis*, 24-42. Obtido de <https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/CDIE/RNoesis/noesis81.pdf>
- Silva, M. (2009). *Materiais Curriculares e Práticas Pedagógicas no 1.º Ciclo do Ensino Básico - Estudo de Processos de Recontextualização e suas Implicações na Aprendizagem Científica*. Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa - Instituto de Educação., Lisboa.
- SNS. (2018). *Retrato da Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde. Obtido de <https://www.sns.gov.pt/retrato-da-saude-2018/>
- Souza, R. B. (2018). *Educação para a Saúde escolas do Alentejo-Contributos para a Avaliação da sua Eficácia*. Évora: Universidade de Évora.
- Tavares, M. (2023). Reforço da Saúde Pública. *IV Congresso Nacional de Saúde Pública*. Viseu. Obtido de <https://www.sns.gov.pt/noticias/2023/10/30/reforco-da-saude-publica/>
- Tuckman, B. (2000). *Manual de Investigação em Educação*. Lisboa: Fundação Caloust Gulbenkian.
- Veiga, M. (2005). *Um perfil ético para educadores*. Braga: Palimage Editores.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação- O Processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Silabo.
- WHO. (1948). World Health Organizations-Officials Records of the World Health Organization. *United Nations, World Health Organization, Interim Comission. Geneve, CH: World Health Organization*.(2), p. 100.

Legislação consultada

- Decreto-lei 6/2001 de 18 de janeiro. Diário da República nº 15/2001, Série I-A de 2001-01-18. Ministério da Educação e Ciência.
- Decreto-lei 74/2004 de 26 de março. Diário da República n.º 73/2004, Série I-A de 2004-03-26. Ministério da Educação e Ciência.

Anexos

Anexo 1. Questionário

A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NO 1º CEB

O presente inquérito por questionário contribui para a elaboração do Relatório de Estágio no âmbito do Mestrado em Ensino do 1º Ciclo do Ensino Básico e de Matemática e Ciências Naturais no 2º Ciclo do Ensino Básico, da Escola Superior de Educação Paula Frassinetti. Tem como finalidade recolher dados que possibilitam investigar a relevância que os professores do 1º Ciclo do Ensino Básico atribuem à Educação para a Saúde na formação dos seus alunos.

Este questionário dirige-se a Professores do 1º Ciclo do Ensino Básico, que estejam ou já tenham estado, em atividade profissional, de modo a tornar o mesmo credível e um instrumento de estudo relevante.

Este questionário é anónimo e confidencial e demorará cerca de 15 minutos a responder. Ao participar neste inquérito concorda que as suas respostas possam ser usadas e partilhadas para fins de investigação científica.

- Por favor, não deixe nenhuma questão por responder, pois deixará de ter interesse para o estudo;
- Tenha em atenção o **número de respostas** que poderá/deverá dar nas perguntas de escolha múltipla;
- Lembro que não há respostas certas, nem erradas, a sua própria opinião é que é importante;

Desde já agradeço a sua disponibilidade e colaboração sem as quais o estudo seria inviável!

Obrigada pela sua colaboração!

* Indica uma pergunta obrigatória

I- Dados pessoais e profissionais

Selecione a opção que corresponde à sua condição.

A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NO 1º CEB

1. Género *

Marcar apenas uma oval.

☐ Masculino

☐ Feminino

☐ Outra:

2. Qual é a sua idade? *

3. **Local de trabalho ***

Marcar apenas uma oval.

☐ Viana do Castelo

☐ Braga

☐ Porto

☐ Vila Real

☐ Bragança

☐ Aveiro

☐ Viseu

☐ Guarda

☐ Coimbra

☐ Leiria

☐ Castelo Branco

☐ Lisboa

☐ Santarém

☐ Portalegre

☐ Évora

☐ Setúbal

☐ Beja

☐ Faro

☐ Região Autónoma dos Açores

☐ Região Autónoma da Madeira

4. Habilitações literárias *

Marcar apenas uma oval.

☐ Bacharelato

☐ Licenciatura

☐ Mestrado

☐ Doutorado

☐ Outra:

5. Tem alguma pós-graduação? *

Se sim, indique qual na opção "outra".

Marcar tudo o que for aplicável.

☐ Sim

☐ Não

☐ Outra:

6. Profissão atual *

Marcar apenas uma oval.

☐ Professor(a) do 1º CEB

☐ Desempregado(a) - desempenhei funções como professor(a) no 1º CEB

☐ Reformado(a) - desempenhei funções como professor(a) no 1º CEB

☐ Outra:

7. Quantos anos tem de serviço? *

8. Instituição onde leciona/ última onde lecionou *

Marcar apenas uma oval.

☐ Pública

☐ Privada

Perspetivas sobre a Educação para a Saúde.

9. 1- A que área disciplinar atribui maior relevância na sua prática educativa? Assinale a opção com que mais se identifica.

Marcar apenas uma oval.

☐ Português Avançar para a pergunta 10

☐ Matemática Avançar para a pergunta 10

☐ Estudo do meio Avançar para a pergunta 10

☐ Educação artística Avançar para a pergunta 10

☐ Cidadania e desenvolvimento Avançar para a pergunta 10

☐ Educação física Avançar para a pergunta 10

☐ Todas as áreas Avançar para a pergunta 11

☐ Outra: _____

10. 1.1. Porque motivo valoriza mais essa(s) área(s) disciplinar(es)? Assinale a opção com que mais se identifica.

Marcar apenas uma oval.

☐ Proporciona(m) formação essencial para os ciclos educativos seguintes.

☐ Oferecem maior diversidade de materiais de apoio.

☐ Existe uma grande oferta de atividades nessa área.

☐ Os encarregados de educação sugerem que se dê maior ênfase nessa área.

☐ É uma opção minha.

☐ Outra: _____

Perspetivas sobre a Educação para a Saúde.

11. 2. Tendo em conta o seu conceito de saúde, qual das seguintes afirmações considera mais importante para definir "saúde"? Assinale a opção com que mais se identifica. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não ter nenhuma doença.
- ☐ Desfrutar do bem-estar físico, mental e social.
- ☐ Quase nunca tomar medicamentos.
- ☐ Estar em paz consigo e com os outros.

12. 3- Qual das seguintes opções, na sua opinião, melhor define Educação para a Saúde? Assinale a opção com que mais se identifica. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Atividade de transmissão de conhecimentos para promover hábitos saudáveis.
- ☐ Processo de aprendizagem que permite desenvolver competências em todas as áreas da saúde.
- ☐ É a educação para o bem-estar e qualidade de vida.
- ☐ Processo de aprendizagem que procura trabalhar conhecimentos, atitudes, valores e competências na área da saúde.

13. 4- Na sua perspetiva, em Educação para a Saúde, o principal objetivo é... (assinale a opção com que mais se identifica) *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Criar condições para que as pessoas controlem a sua saúde.
- ☐ Obter mudanças nas atitudes e nos comportamentos de forma consciente voluntária e efetiva.
- ☐ Desenvolver as capacidades das pessoas estimulando a sua participação.

14. 5- Na sua opinião, qual a principal finalidade da Educação para a Saúde na escola? Assinale a(s) opção(ões) com que mais se identifica. *

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Promover a aquisição de conhecimentos, desenvolver atitudes e hábitos saudáveis nos alunos.
- ☐ Procurar responsabilizar os alunos pela sua própria saúde.
- ☐ Fazer com que os alunos sejam capazes de promover a saúde nos outros.
- ☐ Criar condições para que as pessoas controlem a sua saúde.

15. 6- Que área(s) disciplinar(es) se encontra(m), na sua opinião, mais propícia à ^{*} implementação de atividades ou projetos ligados à Educação para a Saúde? Escolha no máximo duas opções.

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Português
☐ Matemática
☐ Estudo do meio
☐ Educação artística
☐ Cidadania e Desenvolvimento
☐ Educação física
☐ Outra: _____

A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NO 1º CEB

16. 7- Dos seguintes temas relacionados com a Educação para a Saúde qual ^{*} considera mais importante trabalhar com os seus alunos? Assinale a opção com que mais se identifica.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Saúde Mental e Prevenção da Violência *Avançar para a pergunta 17*
☐ Educação Alimentar *Avançar para a pergunta 17*
☐ Atividade Física *Avançar para a pergunta 17*
☐ Comportamentos Aditivos e Dependências *Avançar para a pergunta 17*
☐ Afetos e Educação para a Sexualidade *Avançar para a pergunta 17*
☐ Todos eles têm importância *Avançar para a pergunta 18*

Perspetivas sobre a Educação para a Saúde.

17. 7.1- Porque que motivo considera que o tema escolhido tem mais relevância comparativamente com os demais? Assinale a opção com que mais se identifica.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Pelos fatores de risco que estão associados às principais causas de mortalidade no país.
☐ Pela importância que lhe atribuo.
☐ Pelo interesse que pode suscitar no grupo.
☐ Pela diversidade de recursos disponíveis para a sua abordagem.
☐ Pela dinamização de atividades que podem ser realizadas.
☐ Outra:

Dificuldades sentidas nas práticas educativas para a Educação para a Saúde.

<https://docs.google.com/forms/d/17mtoU0u6vJnluMklrEPQyZrsldENEumATAVVseJlks/edit#settings>

8/15

A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NO 1º CEB

18. **8- Assinale a maior dificuldade que poderá ser sentida na implementação de atividades ou projetos alusivos à Educação para a Saúde.**

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Transição da teoria para a prática
- ☐ Escolha do tema adequado à faixa etária
- ☐ Extensão do currículo escolar
- ☐ Falta de recursos materiais nas salas de aula
- ☐ Insuficiente formação nas temáticas
- ☐ Ausência de apoio da administração e da direção
- ☐ Dificuldade de comunicação com a família
- ☐ Outra: _____

19. **9- Na sua perspectiva quem deveria lecionar Educação para a Saúde? Assinale a opção com que mais se identifica.**

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Todos os professores
- ☐ Profissionais de saúde
- ☐ A família
- ☐ Parceria entre os profissionais de saúde e professores titulares
- ☐ Pais, professores e profissionais de saúde
- ☐ Outra: _____

20. **10- Durante a sua formação inicial de professores teve formação na área da Educação para a Saúde? Assinale a opção com que mais se identifica.**

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim, tive ensino numa disciplina específica
- ☐ Os conteúdos de Saúde estavam integrados noutra (s) disciplina (s)
- ☐ Sim, frequentei uma ação de formação longa (mais de 15 horas) sobre esta temática
- ☐ Sim, frequentei ações breves (menos de 15 horas) sobre esta temática
- ☐ Não

21. **11- Durante a sua formação contínua, considera que teve a formação necessária/adequada para promover uma Educação para a Saúde nos seus alunos?**

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

22. **12- Considera que a escola é um lugar adequado para a sensibilização das crianças no âmbito da Educação para a Saúde?**

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

23. 13-Tem por hábito planificar atividades relacionadas com a Educação para a Saúde? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim Avançar para a pergunta 25
☐ Não Avançar para a pergunta 24

<https://docs.google.com/forms/d/17mt0U0u6vJnluMkIrEPQyZrsIdENEmATAVvseJks/edit#settings>

10/15

A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NO 1º CEB

Dificuldades sentidas nas práticas educativas para a Educação para a Saúde.

24. 13.1- Qual o principal motivo que o leva a não realizar atividades relacionadas com a Educação para a Saúde? Assinale a opção com que mais se identifica.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Falta de formação na temática Avançar para a pergunta 31
☐ Desinteresse do grupo Avançar para a pergunta 31
☐ Desinteresse pessoal Avançar para a pergunta 31
☐ Falta de tempo Avançar para a pergunta 31
☐ Falta de materiais de apoio e recursos didáticos Avançar para a pergunta 31
☐ Outra: _____

25. 14- Com que frequência realiza atividades de Educação para a Saúde? Assinale a opção com que mais se identifica.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Semanalmente
☐ Quinzenalmente
☐ Anualmente
☐ Não realizo
☐ Outra: _____

26. 15- Que tipo de atividades já implementou ao longo das suas práticas educativas na Educação para a Saúde? Assinale a opção com que mais se identifica. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Aulas Específicas de Educação para a Saúde
☐ Palestras e Workshops
☐ Projetos e Atividades Práticas
☐ Campanhas de Sensibilização
☐ Jogos didáticos
☐ Monitorização da saúde do grupo
☐ Outra: _____

27. **16- Quando realiza atividades no âmbito da Educação para a Saúde que área(s) articula habitualmente? Assinale a ou as áreas que articula.**

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Português
- ☐ Matemática
- ☐ Estudo do meio
- ☐ Educação artística
- ☐ Cidadania e Desenvolvimento
- ☐ Educação física

28. **17- Considera que os materiais e recursos bibliográficos existentes no domínio da Educação para a Saúde são:**

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Insuficientes
- ☐ Suficientes
- ☐ Bons
- ☐ Muito bons

29. **18- Qual dos materiais já recorreu para promover a Educação para a Saúde? (Identifique apenas as 2 opções que considere mais relevante)**

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Documentos orientadores para o 1º CEB
- ☐ Manuais escolares
- ☐ Manual online "SHE" Schools for Health in Europe (SHE)
- ☐ Referencial de Educação para a Saúde
- ☐ Pesquisas autónomas em bibliotecas e/ou websites
- ☐ Outra: _____

30. **19- Considera que os seus conhecimentos na área ou a sua formação permitem abordar esta temática com rigor científico?**

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

DADOS DE OPINIÃO

31. 20- Para cada frase que se segue, assinale a opção que melhor define a sua resposta. *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Concordo	Não concordo, nem discordo	Discordo
A Educação para a Saúde, em contexto escolar, deve responsabilizar os alunos pela sua própria saúde.	☐	☐	☐
A Educação para a Saúde, em contexto escolar, preparar os alunos para que sejam capazes de promover a saúde dos outros.	☐	☐	☐
A família é considerada um local de eleição para a implementação da Educação para a Saúde.	☐	☐	☐

O contexto escolar é considerado um local de eleição para a implementação da Educação para a Saúde.

☐☐☐

<https://docs.google.com/forms/d/17mtU0u8vnhluMkrEPQyZnldENEumATAVvsa/ia/edit#settings>

14/15

A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NO 1º CEB

Os professores são profissionais preparados para educar para a saúde.

☐☐☐

A falta de formação inicial dos professores é a principal entrave na realização de atividades de Educação para a Saúde.

☐☐☐

Os professores necessitam de formação contínua para realizarem atividades de Educação para a Saúde.

☐☐☐

IV- Pergunta aberta

32. 21- Sente alguma dificuldade na abordagem da Educação para a Saúde na sua atividade letiva? Se sim, diga qual.