

## PERCEPÇÃO DE PROFESSORES DE 15 PAÍSES SOBRE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E PARA A SEXUALIDADE

Graça S. Carvalho<sup>1</sup>  
Rosa Branca Tracana<sup>2</sup>  
Elaine S.N.N. Araújo<sup>3</sup>  
Ana M.A. Caldeira<sup>3</sup>  
Dominique Berger<sup>4</sup>

### 1. INTRODUÇÃO: A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E PARA A SEXUALIDADE EM MEIO ESCOLAR

Há já algumas décadas que os dados provenientes da Saúde Pública evidenciam a necessidade da luta pelo desenvolvimento da prevenção de riscos em saúde e pela educação para a saúde (Bury, 1988; Jourdan, 2008; WHO, 1997, 1999). Com efeito, se a saúde é um elemento determinante para o desenvolvimento pessoal e bem-estar dos indivíduos, providenciar cada vez maiores recursos materiais e humanos para o atendimento e tratamento das pessoas torna-se claramente insuficiente para se conseguir melhorar a saúde das populações (HCSP, 1997). A implementação de acções educativas precoces (tais como, comportamentos alimentares, suicídio, consumo de substâncias psicoactivas, infeções sexualmente transmitidas) respondem a uma forte necessidade social, traduzida à escala política dos diversos países, como por exemplo em Portugal (ME-DGIDC, 2010; MS, 2010) ou em França (MEN, 2003; MS, 2001). Ora, a eficácia das políticas de prevenção dependem grandemente da adesão dos cidadãos e, por consequência, da sua educação e literacia para a saúde (Carvalho 2003).

A bibliografia mostra que algumas práticas pedagógicas produzem impacto positivo nas aprendizagens no domínio da saúde, mas que outras são ineficazes ou mesmo contra-produtivas (Leger & Nutbeam, 1999; Berger *et al.*, 2009; Pizon *et al.*, 2010). Assim, identificar a natureza do impacto das práticas dos professores é um objectivo de investigação de grande relevo, o que implica estudar a incidência do contexto em que os professores actuam, identificar os elementos que interferem nas aprendizagens no domínio da saúde e da sexualidade, a fim de criar modelos de fenómenos intervenientes no processo de educação para a saúde.

O presente trabalho insere-se no quadro do projecto Biohead-Citizen “Biology, Health and Environmental Education for better Citizenship” (FP6, CIT2-CT2004-506015, Carvalho, 2004; Carvalho & Clément, 2007), apresentando aqui os resultados provenientes de professores e futuros professores de 15 países sobre educação para a saúde e para a sexualidade. Estes países diferem geográfica e socio-culturalmente, sendo 3 do norte da Europa (Finlândia, Estónia e Hungria), 5 do Sul (Portugal, França, Itália, Roménia e Chipre), 3 do Norte de África (Marrocos, Argélia e Tunísia), 2 de África Subsariana (Senegal e Burkina-Faso), 1 do Próximo Oriente (Líbano) e um da América do Sul (Brasil). O objectivo do trabalho é identificar em que é que as concepções individuais dos respondentes variam, não só entre países, mas também,

<sup>1</sup> CIFPEC, Instituto de Educação, Universidade do Minho, Braga, Portugal, [graca@ie.uminho.pt](mailto:graca@ie.uminho.pt)

<sup>2</sup> Escola Superior de Educação, Comunicação e Desporto, Instituto Politécnico da Guarda, Guarda, Portugal, [rtracana@ipg.pt](mailto:rtracana@ipg.pt)

<sup>3</sup> Faculdade de Ciências, UNESP, S. Paulo, Brasil, [centro@fc.unesp.br](mailto:centro@fc.unesp.br)

<sup>4</sup> Université Claude Bernard, Lyon I-IUFM, Laboratoire PAEDI, EA n°4281, França, [dominique.berger@univ-lyon1.fr](mailto:dominique.berger@univ-lyon1.fr)

em cada país. Levantam-se diversas questões como: a que estarão associadas as concepções dos professores (às crenças religiosas, ao sexo, às opções filosóficas e políticas)? As concepções estarão associadas aos conhecimentos no domínio da saúde e da sexualidade? Ou estarão elas também associadas às representações sociais e aos valores dominantes de cada país?

Trata-se pois de conhecer melhor as concepções dos professores para se vir a promover uma formação mais adequada, favorecendo as interações entre os conhecimentos (aqueles que os professores dominam, aqueles que eles se empenham em ensinar ou que aceitam ensinar), as representações sociais de referência (que frequentemente os impedem de assumir o ensino de temas de saúde e de sexualidade) e as práticas pedagógicas neste domínio da saúde e da sexualidade.

## 2. ENQUADRAMENTO TEORICO

A noção actual de educação para a saúde está no âmago da educação da pessoa e do cidadão (WHO, 1997, 1999; MEN, 1998, 2003; ME-DGIDC, 2010; MS, 2010), numa perspectiva da aprendizagem da liberdade individual e de respeito interpessoal, mais do que a aceitação de preceitos normativos. Esta concepção holística integra um conjunto de dimensões da saúde numa perspectiva sistémica, com interações permanentes da saúde física, psicológica, mental, espiritual, emocional, sexual e social (Tones & Tilford, 1996; Naidoo & Willis, 1998; Ewles & Simnett, 1999; Carvalho, 2006; Carvalho & Carvalho, 2008). Tendo em conta todas estas dimensões, a educação para a saúde deve promover a capacitação (“*empowerment*”) dos jovens para se incluírem de uma forma saudável na rede de relações sociais, incluindo a saúde sexual e a capacidade de reconhecerem e de aceitarem a sua identidade sexual bem como de reconhecerem os seus próprios estados emocionais e de reagir adequadamente. O desenvolvimento destas competências psico-sociais implica essencialmente não só a dimensão psicológica, afectiva e relacional associadas à construção do psíquico de cada indivíduo, mas também a dimensão social relacionada com a influência cultural e religiosa, as normas e regras dos grupos sociais e os aspectos políticos e jurídicos.

Neste sentido, a educação para a saúde e a educação para a sexualidade consistem pois, numa questão particular, assente no âmago de um conflito de interesses, os da própria pessoa e os da sociedade, ou seja, os interesses do foro íntimo e os interesses provenientes da saúde pública. Por outro lado, a educação para a saúde e para a sexualidade estão também no cruzamento dos saberes científicos, pois por um lado enquadram-se nas ciências humanas e por outro na biologia e na medicina, com epistemologias diferentes e por vezes bem afastadas (Lange & Victor, 2006). Esta natureza híbrida da educação para a saúde e para a sexualidade condu-las a desenvolver, tanto nos professores como nos alunos, uma postura original e crítica constituindo questões socialmente vivas (Albe & Simonneaux, 2002; Carvalho, 2010) e torna-se particularmente sensível quando tratado em meio escolar.

Formulamos a hipótese de que as representações sociais e as concepções das pessoas questionadas dos 15 países influenciam as suas práticas declaradas sobre educação para a saúde e educação para a sexualidade. Estas concepções podem estar associadas às

questões ligadas ao ensino como seja a disciplina de ensino (ensino primário, biologia ou língua nacional), o nível de ensino (primário ou secundário), a prática efectiva de ensino (professores em exercício ou alunos em formação inicial para serem futuros professores), mas também às variáveis associadas ao país, à religião e ao género.

### 3. METODOLOGIA

#### 1.1 AMOSTRA

Quinze países participaram neste trabalho, sendo provenientes de contextos socioeconómicos e culturais contrastantes. Sete países são externos à Europa, sendo um do continente americano (Brasil) e os restantes perto da Europa, mas maioritariamente de cultura muçulmana: Argélia, Tunísia, Marrocos, Senegal, Líbano e Burkina-Faso. Os outros oito países são europeus (Portugal, França, Itália, Finlândia, Chipre, Estónia, Hungria e Roménia), mas que diferem geograficamente: Oeste – Este, Norte – Sul, antigos e novos na União Europeia.

Em cada país interrogaram-se professores em exercício (In) e futuros professores (Pre), do 1º ciclo do ensino básico ou ensino primário (P), do ensino secundário de Biologia (B) e de Língua Nacional (L), constituindo sub-amostras de dimensão equilibrada em cada país. A amostra total consiste de 6001 respondentes, com a seguinte composição: Argélia (217), Burkina-Faso (296), Brasil (322), Chipre (322), Estónia (183), Finlândia (306), França (732), Hungria (334), Itália (559), Líbano (722), Marrocos (330), Portugal (351), Roménia (273), Senegal (324), Tunísia (753).

#### 1.2 ANÁLISE DAS RESPOSTAS

Para trabalhar o conjunto dos questionários dos diversos países procedemos a uma abordagem quantitativa descritiva original nas ciências da educação, susceptível de pôr em evidência as relações entre as variáveis e as suas incidências. A análise de componentes principais (ACP; Lebart *et al.*, 2000) é útil para pôr em evidência as afinidades e as oposições entre variáveis e também a encontrar as variáveis que mais se correlacionam entre elas. Na representação bidimensional, quanto mais uma variável se afastar da abcissa ou da ordenada, mais forte é a sua influência na distribuição geral. Por sua vez, duas variáveis fortes e próximas uma da outra correlacionam-se positivamente, enquanto que duas que se opõem correlacionam-se negativamente. Duas variáveis com representação ortogonal traduzem a ausência de correlação linear entre elas.

A aplicação da ACP ao conjunto das variáveis de educação para a saúde e para a sexualidade da nossa amostra permite mostrar a organização das concepções e as relações entre elas, podendo pôr em evidência as representações sociais que as sustentam.

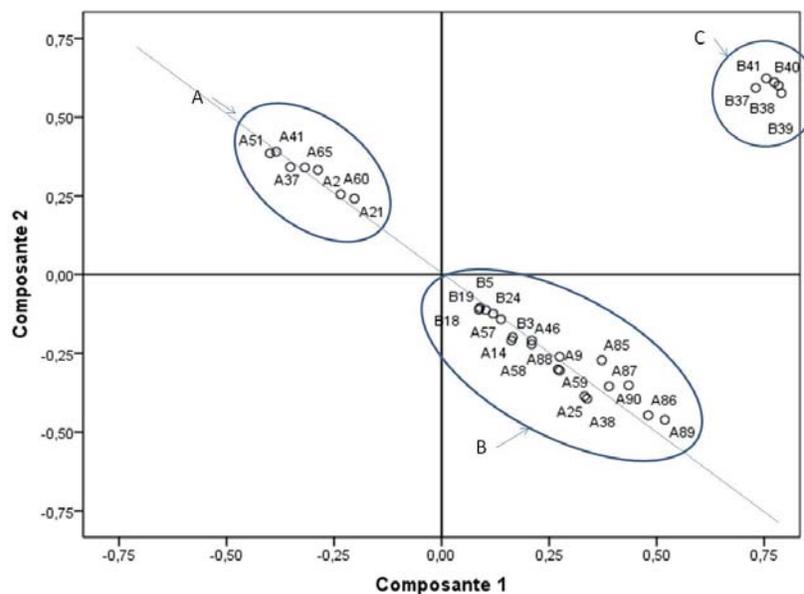
Procedeu-se depois à análise discriminante (Dolédec & Chessel 1987, Lebart *et al.* 2000) para identificar as diferenças de concepções entre grupos de indivíduos que constituímos em função das nossas hipóteses de trabalho. A análise discriminante é próxima da análise factorial uma vez que propõe uma representação gráfica bidimensional com base nas componentes principais. Desta forma, analisamos a diferenciação de respostas às questões em função das variáveis país, sexo, religião, nível de crença religiosa, tipo de actividade (professores em serviço ou ainda em formação

inicial), tipo de formação inicial (ensino primário, biologia, língua nacional) para determinar eventuais variações de respostas entre grupos de indivíduos.

#### 4. RESULTADOS

##### 4.1. CONJUNTO DAS VARIÁVEIS (EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E PARA A SEXUALIDADE)

A análise de componentes principais (ACP) põe em evidência duas componentes, C1 e C2 (que são as mais significativas, permitindo explicar 32% da variância das respostas), e exprimem duas tendências independentes de três reagrupamentos da maneira como os inquiridos responderam (Figura 1).



**Figura 1 :** Análise de componentes principais (ACP).

As variáveis com mais força sobre o primeiro eixo (C1, abcissa) referem-se à educação para a sexualidade, estando no quadrante inferior direito da Figura 1 as variáveis da A85 à A90 e da B37 à B41 (Grupo B) referentes às práticas dos professores associadas à idade a partir da qual diversos assuntos de sexualidade devem ser abordados pelos professores ou por elementos externos à escola. No pólo oposto, i.e. no quadrante superior esquerdo (Grupo A), as variáveis relacionadas com o foro íntimo sobre homossexualidade (A41), aborto (A65) e propagação da SIDA (A60), e questões sociopolíticas (A51, A37, A2, A 30 e A21).

O Grupo B (variáveis de A85 à A90 e de B37 à B41) mostra que os indivíduos questionados têm tendência a evitar abordar certos temas relativos à educação à sexualidade (“nunca em meio escolar”) ou só tardiamente (“mais de 15 anos”). As

variáveis mais discriminantes são as que têm a ver com a idade a que se devem abordar certos assuntos de sexualidade em meio escolar: relações sexuais, homossexualidade, violência sexual, prazer sexual e contraceção.

No quadrante oposto, no Grupo A, encontram-se as variáveis em que os respondentes tendem a considerar que os casais homossexuais deveriam ter os mesmos direitos que os heterossexuais (A41), que o aborto é aceitável (A65), que o sexo seguro é a melhor forma de evitar a propagação da SIDA (A60), que a política e a religião devem ser separadas (A51 e A37), que é importante haver tantas mulheres no Parlamento como homens (A30) e que as mulheres e os homens devem ter iguais direitos (A2 e A21).

Sobre o segundo eixo (C2, ordenada), no quadrante superior direito (Grupo C) as variáveis que exprimem maior diferenciação entre os indivíduos referem-se às desigualdades entre homens e mulheres por questões genéticas (A38, A49 e A46). Estes respondentes estão também de acordo que os pobres não tenham o mesmo acesso que os ricos aos cuidados de saúde (A52) e são favoráveis a que a educação para a saúde e para a sexualidade é da responsabilidade das famílias (B27). No que diz respeito às práticas dos professores, os inquiridos preferem que a educação para a saúde e para a sexualidade seja feita por profissionais de saúde (B15) ou outros intervenientes exteriores à escola (B24), acham que a educação para a saúde e para a sexualidade é do foro privado (B18) e estão fortemente em oposição ao aborto, qualquer que seja o motivo (A58 e A59).

As concepções dos inquiridos da nossa amostra articulam-se entre estes três grupos. O Grupo A reúne um conjunto de concepções muito próximas das aceções actuais da educação para a saúde e para a sexualidade organizadas em torno da gestão dos riscos de saúde, da igualdade de direitos, da dimensão social da saúde e, por consequência, declara-se favorável a ensinar o mais cedo possível, no percurso escolar, todos os aspectos da sexualidade (relações sexuais, homossexualidade, violência sexual, prazer sexual e contraceção). Diametralmente em oposição ao Grupo A, o Grupo B apresenta as posições mais conservadoras, quer em termos das práticas dos professores (sobretudo oposto a ensinar cedo a sexualidade) quer em termos de concepções sobre a dimensão social da educação para a saúde e para a sexualidade, deixando-a para a responsabilidade das famílias. Por sua vez, o Grupo C aproxima-se muito do Grupo B, até porque é também fortemente estruturado como este pela Componente 1 (abscissa), tanto no que diz respeito às práticas dos professores como na dimensão social da educação para a saúde e para a sexualidade.

Desta forma pudemos traçar um mapa das concepções individuais dando uma visão geral das representações sociais, pondo-as em associação e dando-lhes consistência.

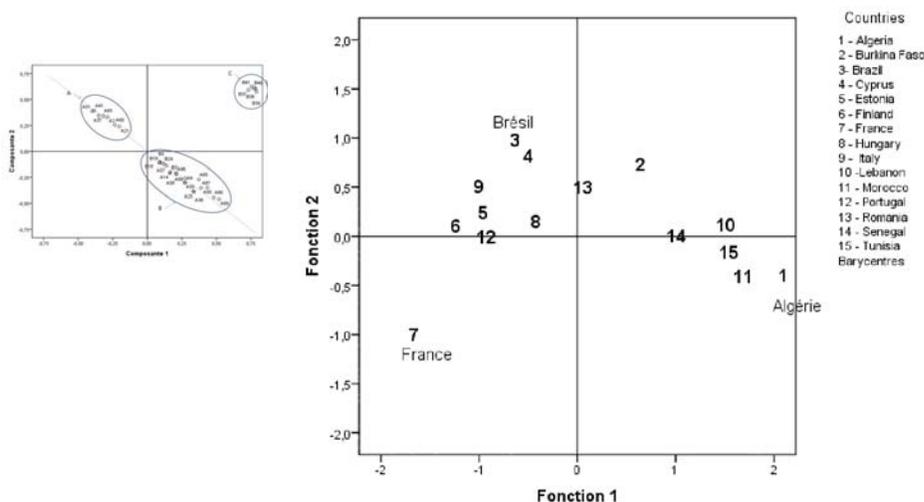
## 4.2. ANÁLISES DISCRIMINANTES

Com base na ACP, as análises discriminantes (Dolédec & Chessel 1987, Lebart *et al.* 2000) permitem investigar de forma sintética o que mais diferencia nas respostas de grupos em função das diferentes variáveis.

### 4.2.1. INFLUÊNCIA DO “PAÍS”

As diferenças entre países exprimem diferentes representações sociais, traduzindo concepções diferentes e correspondentes práticas que lhe estão associadas (62,5% da variância). As questões que surgem mais fortes são as que se referem à idade em que a educação para a sexualidade deve ser abordada, sobre a igualdade homem/mulher, igualdade de direitos de casais homossexuais e a separação entre a religião e a política.

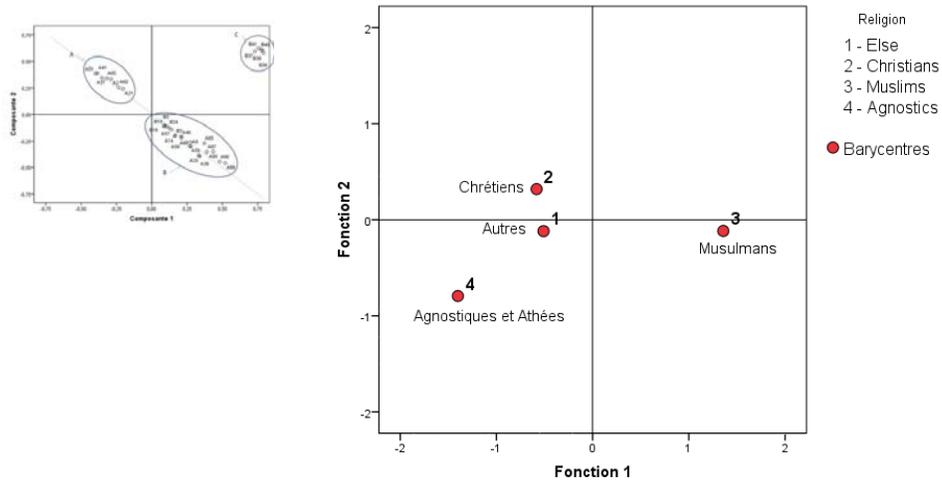
Sobre os quadrantes direitos, superior e inferior, encontram-se os países não europeus do Norte de África e do Próximo Oriente (Figura 2), próximos dos Grupos B e C identificados pela ACP (Figura 1). Pelo contrário, os países Europeus e o Brasil (Figura 2) encontram-se nos quadrantes esquerdos, na sua maioria no superior, próximo do Grupo A obtido pela ACP (Figura 1). A posição afastada dos respondentes franceses está no extremo oposto ao Grupo C da ACP, mostrando serem fortemente contra as concepções daquele Grupo C.



**Figura 2 :** Análise discriminante: variável “País”

**4.2.2. INFLUÊNCIA DA RELIGIÃO**

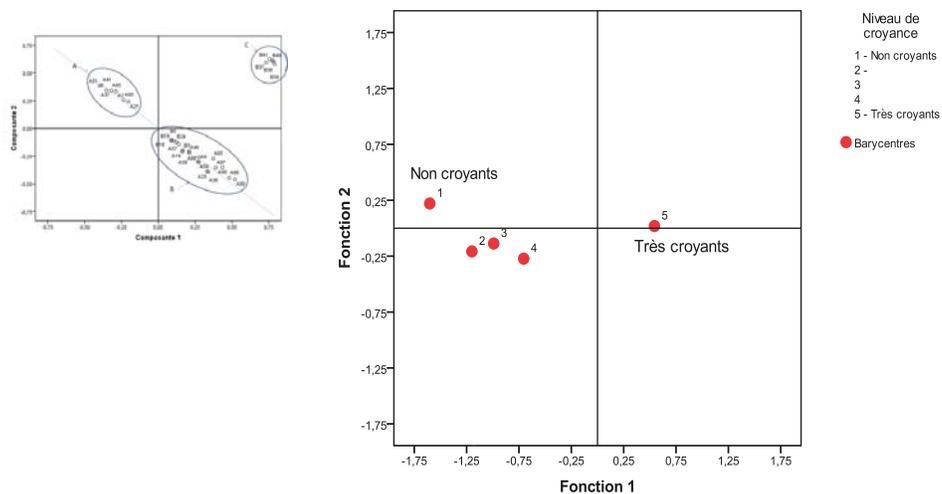
A variável “Religião” revelou-se muito significativa (88,6% da variância), mas devemos ter prudência neste aspecto, uma vez que a religião está fortemente ligada à variável país e cultura local. A Figura 3 mostra haver grande sobreposição entre os indivíduos Muçulmanos (Figura 3) e os dos países Africanos e do Próximo Oriente (Figura 2), dos Cristão e Outros (Figura 3) e a maioria dos indivíduos dos países Europeus e do Brasil (Figura 2) e ainda dos Agnósticos e Ateus (Figura 3) e os da França (Figura 2)



**Figura 3 :** Análise discriminante: variável “Religião”

#### 4.2.3. INFLUÊNCIA DO NÍVEL DE CRENÇA RELIGIOSA

A variável “Nível de crença em Deus” surge como central na distribuição das concepções e estrutura profundamente as respostas (96,8% da variância), qualquer que seja a Religião evocada. Na verdade a Figura 4 mostra bem a forte distribuição ao longo do eixo 1 (abscissa) do nível de crença religiosa.



**Figura 4 :** Análise discriminante: variável “Nível de Crença Religiosa”

Quanto mais crentes são os inquiridos (nº 5, Figura 4), mais se aproximam dos Grupos B e C definidos pela ACP (Figura 1) e por conseguinte opõem-se ao ensino de assuntos relativos à educação para a sexualidade, opõem-se ao aborto, à igualdade entre homens e mulheres e aos casais homossexuais e à separação entre a religião e a política. Pelo contrário, quanto mais se afastam, mais se aproximam do Grupo A da ACP que têm uma visão oposta.

A posição dos Não crentes (nº 1, Figura 4) menos afastada do eixo das ordenadas que os Agnósticos e Ateus (nº4, Figura 3) deve-se ao facto de muitos Muçulmanos, Cristãos e de outras religiões que se identificaram como tal, respondem nesta pergunta mais específica, que embora tenham essa religião não são crentes.

#### 4.2.4. INFLUÊNCIA DO TIPO DE FORMAÇÃO/LECCIONAÇÃO

Os respondentes repartem-se em dois grandes grupos “em serviço” (In) e “em formação inicial” (Pre). Cada grupo é constituído por três sub-grupos de ensino primário (1º Ciclo do Ensino Básico) (P), de Biologia (B) e de Língua nacional (L) (Quadro 1).

**Quadro 1:** Codificação dos grupos de inquiridos em função da formação/leccionação

Em serviço	Em formação
InB = Biologia (n=924)	PreB = Futuros professores de Biologia (n=960)
InL = Língua Nacional (n=983)	PreL = Futuros professores de Língua Nacional (n=838)
InP = Ensino Primário (n=1082)	PreP = Futuros professores do Ensino Primário (n=1127)

Devemos ter em conta que a variável professores em exercício e professores em formação está fortemente associada ao efeito geracional. Assim, os professores em formação (nºs 1,3 e 5, Figura 5), mais jovens, têm uma concepção mais aberta no sentido que a educação para a saúde e para a sexualidade deve ser abordada desde cedo na escola (ver Grupo A da ACP, Figura 1) enquanto que os professores em exercício (com excepção dos de Biologia, nº 4, Figura 5), mais velhos, tendem a achar que a educação para a sexualidade deve estar mais confinada à família (ver Grupo B da ACP, Figura 1)

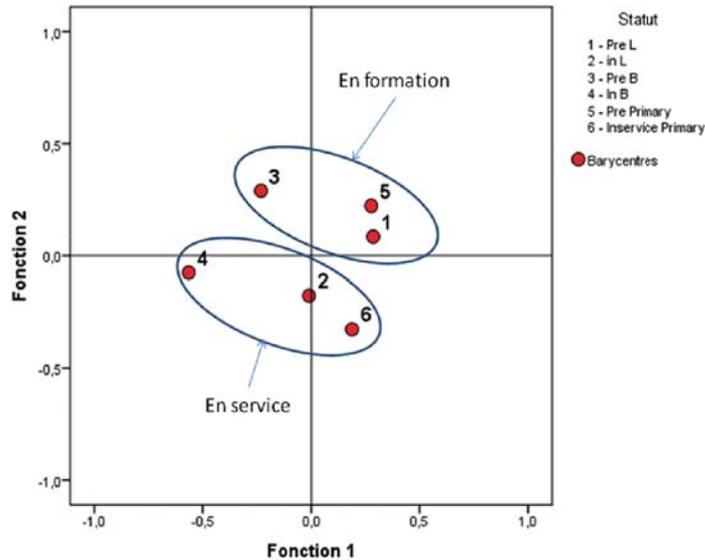
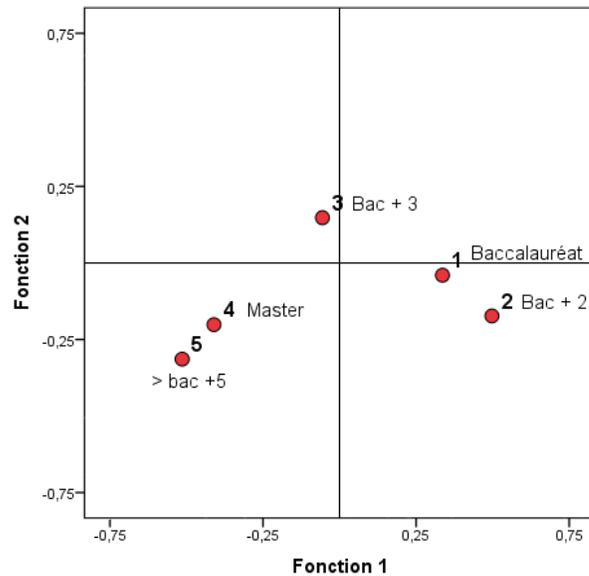


Figure 5: Análise discriminante: variável “Tipo de formação/leccionação”

#### 4.2.5. INFLUÊNCIA DO NÍVEL DE FORMAÇÃO ACADÊMICA

A variável “Nível de formação” é bastante forte (62,5% da variância) e mostra que quanto mais elevada é a formação académica (nº 4 e 5, Figura 6) mais concordam com o ensino de assuntos relativos à educação para a sexualidade em meio escolar, são favoráveis ao aborto, à igualdade entre homens e mulheres e aos casais homossexuais e à separação entre a religião e a política.



**Figure 6:** Análise discriminante: variável “Tipo de formação/leccionação”

Baccalauréat: Ensino secundário; Bac+2: 2 anos de ensino superior;

Bac+3: 3 anos de ensino superior; Bac+4: 4 anos de ensino superior;

Bac+5: 5 anos de ensino superior.

## 5. DISCUSSÃO

Esta análise, conduzida ao nível internacional, apresenta algumas limitações. A principal deve-se ao facto de ser infinitamente difícil de tratar as diferentes culturas numa abordagem quantitativa. Uma abordagem complementar qualitativa, com entrevistas e análise de documentos, permitiria compreender e evidenciar algumas nuances. Mas essa seria matéria de um outro e mais longo artigo.

Dentro da questão global da educação para a saúde, são as concepções individuais e as representações relativas à sexualidade que mais diferenciam os países, com posições mais tradicionais nos países Africanos (Argélia, Burkina-Faso, Marrocos, Senegal, Tunísia) e do Próximo Oriente (Líbano) opostas à introdução de temas importantes da sexualidade, tal como relações sexuais, homossexualidade, violência sexual, prazer sexual e contraceção. Os países Europeus e o Brasil apresentam uma perspectiva mais aberta da educação para a sexualidade, mais consonante com as directrizes da Organização das Nações Unidas (WHO, 1997; WHO, 1999).

O aspecto mais notável desta investigação é a demonstração do impacto do nível de

crença religiosa (Muito crente a não crente), que actua fortemente sobre as concepções individuais, as organiza e estrutura especialmente em relação às questões sobre a sexualidade, independentemente do tipo de religião (Cristão, Muçulmano, Outra ou Agnóstico/Ateu).

O nível de formação académica tem especial influência no que diz respeito aos conhecimentos científicos (questões relativas ao tamanho do cérebro do homem e da mulher, determinismo biológico para as tarefas domésticas e desigualdades homem/mulher), sendo que os com formação superior a 3 anos de ensino superior destacam-se dos outros.

Compreender estas concepções e as suas origens parece ser uma condição indispensável para se poder desenhar uma formação de professores que possa fazer evoluir as suas concepções, isto é, promover uma interligação dos seus conhecimentos (que eles próprios dominam e que aceitam ensinar) e as representações e práticas sociais (que por vezes impedem a implementação da educação para a saúde e a educação para a sexualidade). Estes dados são tão importantes como os provenientes da literatura científica (Deschamps, 1984; Bury, 1988; Tones & Tilford, 1996; Leger & Nutbeam, 1999; Lange & Victor, 2006; Carvalho & Carvalho, 2008; Jourdan *et al.*, 2008; Berger, 2008, 2009; Carvalho, 2010; Pizon *et al.*, 2010) ou das linhas orientadoras internacionais (WHO, 1997; WHO, 1999) e governamentais (HCSP, 1997; MEN, 1998, 2003; ME-DGIDC, 2010; MS, 2010) enfatizando a importância da implementação de programas educacionais para a saúde e sexualidade nas escolas, especialmente na luta contra as desigualdades em saúde.

Elevar o nível de formação dos professores, em particular na formação inicial, constitui uma forma de luta contra todas as concepções de cariz altamente ideológico (que se tornam fortes obstáculos para a promoção da saúde em meio escolar e para uma melhor cidadania), contribuindo ainda para uma mais eficaz prevenção de riscos de saúde e para a redução das desigualdades em saúde.

## AGRADECIMENTOS

Os autores estão gratos a todos os quantos procederam ou coordenaram o processo de aplicação do questionário nos respectivos países.

Este trabalho teve o apoio financeiro do Projecto Europeu FP6, STREP “BIOHEAD-CITIZEN” (CIT2-CT-2004-506015) e do centro de investigação CIFPEC (unidade 664 da FCT).

## REFERENCIAS

Albe, V. & Simonneaux, L. (2002) L'enseignement des questions scientifiques socialement vives dans l'enseignement agricole: quelles sont les intentions des enseignants? *Aster*, v. 34, p. 131-156.

Berger D. & Jourdan, D. (2008) Education à la santé et prévention des conduites addictives. Quelles formations en IUFM ? Toulouse: Presses universitaires du Sud.

Berger, D., Pizon, F., Bencherif L. & Jourdan, D. (2009) Education à la santé, promotion de la santé dans les écoles élémentaires... Étude des pratiques enseignantes à partir des traces manifestes en classe en éducation à la santé. *Didaskalia*. France.

Bury, J. (1988) Éducation pour la santé : concepts, enjeux, planifications. Bruxelles: De Boeck.

Carvalho, A. S. & Carvalho, G.S. (2008) Dimensões do conceito “Educação para a Saúde” de estudantes de sete cursos do ensino superior: Efeitos da formação. In: J. Bonito (Coord.) Educação para a Saúde no Século XX – Teorias, Modelos e Práticas. Évora: Centro de Investigação em Educação e Psicologia, pp. 452-460.

Carvalho, G. S. (2003) Literacia Para a Saúde: Um Contributo Para a Redução das Desigualdades Em Saúde. In: M. Lendro *et al.* (org.) *Saúde. As teias da discriminação social*. Braga: Instituto de Ciências Sociais, Universidade do Minho.

Carvalho G.S. (2004) *Biology, Health and Environmental Education for better Citizenship*. STREP CIT2-CT-2004-506015, European Commission, Brussels, FP6.

<http://projectos.iec.uminho.pt/projeuropa/> (retrieved on 22/09/2010).

Carvalho, G.S. (2006) “Criação de ambientes favoráveis para a promoção de estilos de vida saudáveis” In: *Actividade Física, Saúde e Lazer: A Infância e Estilos de Vida Saudáveis* (Beatriz Pereira e Graça S. Carvalho, Coord.). Lisboa: Lidel, pp.19-37.

Carvalho, G.S. (2010) Transposição para o ensino de “questões vivas” de saúde: O exemplo da abordagem de drogas psico-activas em manuais escolares. In: Actas do Seminário Internacional de Educação Física, Lazer e Saúde. Curitiba, Brasil, 3 a 6 de Novembro de 2010.

Carvalho, G.S. & Clément, P. (2007) Projecto ‘Educação em Biologia, educação para a saúde e Educação ambiental para uma melhor cidadania’: análise de manuais escolares e concepções de professores de 19 países (europeus, africanos e do próximo oriente). *Revista Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciências*, v. 7, p. 1-21.

Deschamps, J.P. (1984) Porter un regard nouveau sur l'éducation pour la santé. *La revue du praticien*, 34, (11), 485-497.

Dolédec S. & Chessel D. (1987) Rythmes saisonniers et composantes stationnelles en milieu aquatique I- Description d'un plan d'observations complet par projection de variables. In *Acta Oecologica, Oecologia Generalis*, 8 :3, 403-426.

Ewles, L. & Simnett, I. (1999) Promoting health - A practical guide. London: Baillière Tindall.

HCSF - Haut Comité de Santé Publique (1997) Rapport du Haut Comité de Santé Publique, Santé des enfants, santé des jeunes : rapport adressé à la conférence nationale de santé 1997 et au parlement, Editions ENSP, Collection Avis et rapports.

Jourdan, D., Samdal, O., Diagne, F. & Carvalho, G.S. (2008) The Future of Health Promotion in Schools goes through the strengthening of Teacher Training at a global level. *Promotion & Education*, 15 (3) 36-38.

Lange, J.M. & Victor, P. (2006) Didactique curriculaire et éducation à... la santé, l'environnement et au développement durable : quelles questions, quels repères ? *Didaskalia*, 28, 85-100.

Lebart L., Morineau A. & Piron M. (2000) Statistique exploratoire multidimensionnelle. DUNOD, (3ème édition).

Leger, L. & Nutbeam, D. (1999) Evidence of Effective Health Promotion in Schools. In: Boddy, D. (ed). *The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in a New Europe*. European Union, Brussels.

ME-DGIDC – Ministério da Educação, Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (2010) Educação para a Saúde – Áreas Prioritárias.

[http://www.dgidc.min-edu.pt/SAUDE/Paginas/areas\\_Prioritarias.aspx](http://www.dgidc.min-edu.pt/SAUDE/Paginas/areas_Prioritarias.aspx) (acedido em 23/09/2010).

MEN – Ministère de l'Education nationale (1998), circulaire N°: 98-237, BOEN: n°45 du 03-12-1998, Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège. Paris, CNDP.

MEN – Ministère de l'Education nationale (2003), circulaire N°: 2003-027, BOEN: n°9 du 27-02-2003, L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées. Paris, CNDP.

MS - Ministère de la Santé et de la solidarité nationale (2001), Plan National d'Éducation pour la Santé, Circulaire DGS 2001/504 du 22/10/01.

MS – Ministério da Saúde (2010) Programa Nacional de Saúde Escolar. <http://www.dgs.pt> (acedido em 23/09/2010)

Naidoo, J. & Wills, J. (1998) *Health Promotion – Foundations for Practice*. London: Baillière Tindall.

Pizon, F., Jourdan, D., Rommel, S. & Berger, D. (2010) Les déterminants de l'activité des enseignants de l'école primaire en éducation à la santé. *Travail et Formation en Education*. (aceite)

Tones, K. & Tilford, S. (1996) *Health education, effectiveness, efficiency and equity*. London: Chapman and Hall (2ª edição).

WHO – World Health organization (1997) *Promoting health trough school*. Geneva.

WHO – World Health organization (1999) *Preventing HIV/AIDS/STI and related discrimination: an important responsibility of health promoting schools*. WHO information series on school health. WHO Editor Geneva.