



CICS/ENSP/FIOCRUZ
ISBN 978-989-96335-4-4; 978-989-96335-5-1

A Transversalidade da Educação para a Saúde no Ensino Básico

HENRIQUE RAMALHO

*Departamento de Psicologia e Ciências
Educação Escola Superior de Educação - Instituto Politécnico de Viseu
hpramalho@esev.ipv.pt*

Resumo:

É num quadro compreensivo do papel da educação básica no processo de construção da cidadania, que pretendemos pôr a descoberto os termos em que a educação para a saúde é abordada e integrada nas macro-orientações, incluindo o discurso curricular oficial ao nível do ensino básico, segundo os pressupostos da transversalidade temática e institucional. Avançamos com um processo de análise de conteúdo de discursos oficiais oriundos de diversos quadrantes institucionais, analisando em que medida estes discursos pressupõem a articulação curricular das questões ligadas à promoção da saúde. Terminamos com uma análise à forma como a estrutura curricular oficial da educação básica incorpora determinadas representações sociais e institucionais de educação para a saúde, integrando-as, passivamente, como um guia para as suas práticas curriculares.

Palavras-chave:

Educação para a saúde; transversalidade temática; transversalidade institucional; currículo; educação básica.

Abstract:

It is in a comprehensive picture of the role of basic education in the process of citizen construction that we intend to uncover the terms that health education is approached and integrated in the macro-directions, including the official curricular speech to the basic education level, according to the assumptions of thematic and institutional transversality. We moved forward through a process of content analysis of official speeches from several institutional quadrants, analyzing to what extent these speeches presume the curricular articulation of the issues related to health promotion. We end with an analysis of how the official curriculum of basic education embody certain social and institutional representations of health education, incorporating them, passively, as a guide for its curricular practices.

Keywords:

health education, thematic transversality, institutional transversality, curriculum, basic education.

Introdução

O caráter transversal da educação para a saúde, radicado numa concepção de saúde individual e coletiva repleta de (sub) temas transversais, ou, simplesmente, configurando-a como um tema, per se, transversal – transversalidade temática – e, ainda, sustentada pela noção de transversalidade institucional¹, assume-se como uma estratégia de congregação de competências básica como o ponto de confluência de um conjunto de esforços para a sua promoção. Aquele pressuposto de articulação é introduzido na nossa análise, recorrendo ao princípio da *transversalidade* observado na dupla perspectiva *temática* e *transversal*.

Congruentemente, tal abordagem suscita uma convergência da nossa análise para o objetivo mais alargado de referenciar um manancial de documentos oficiais prescritores de políticas de saúde pública e de educação básica, segundo um maior ou menor grau de articulação temática e institucional de objetivos, conteúdos, estratégias e atividades promotoras da educação para a saúde.

De um modo mais específico, aventamos o objetivo de verificar o grau com que a *transversalidade temática* e a *transversalidade institucional* ocorrem entre as orientações emanadas de centros de decisão política nacionais e europeus, incluindo organismos de saúde pública e estruturas oficiais que compõem a educação básica portuguesa. No mesmo índice de generalidade, associamos o objetivo de referenciar o papel, mais ou menos ativo, da escola básica na promoção de ações institucionais e de conteúdos temáticos de educação para a saúde, olhando-a, ora como a principal plataforma deste tipo de ações ou, inversamente, como uma estrutura algo desvinculada desse tipo de compromisso.

Com um propósito problematizador, o debate que aqui exortamos acerca de uma maior ou menor articulação dos aspetos temáticos e das dinâmicas institucionais relativas às orientações prescritas, por um lado, pelas orientações oficiais de decisão política sobre a saúde pública e, por outro, por documentos orientadores das políticas da educação básica, conduz-nos a uma importante interrogação: de que forma as orientações formais decorrentes das políticas de saúde pública e as directrizes prescritas por documentos orientadores das políticas da educação básica se articulam, em termos temáticos e institucionais, no sentido de inscrever, de forma explicitamente transversal, objetivos, conteúdos, estratégias e atividades de educação para a saúde nas práticas curriculares do ensino básico?

¹ A transversalidade é aqui entendida como uma forma de organizar e gerir as práticas de educação para a saúde em torno de competências e conhecimentos multidisciplinares. Reportamo-nos à educação para a saúde por estar repleta de subtemas transversais e por expressar valores fundamentais para a educação cívica dos sujeitos, dado que está associada a um “[...] conjunto de conteúdos educativos e eixos condutores da atividade escolar que, não estando ligados a nenhuma matéria particular, pode-se considerar que são comuns a todas. De forma que, mais do que criar novas disciplinas, acha-se conveniente que seu tratamento seja transversal num currículo global de escola” (Yus, 1998, p. 17). Neste caso, a transversalidade temática refere-se à metodologia que organiza e promove conceitos, temas, atitudes e comportamentos consentâneos com os pressupostos da educação para a saúde, surgindo como estratégia pedagógica que propõe inter-relações que se dão na aprendizagem de conteúdos ligados à saúde, suscitando novas compreensões sobre esse conteúdo. Do ponto de vista institucional, o termo transversalidade é mobilizado na nossa análise por representar uma importante contribuição para aprender e compreender os temas da educação para a saúde pela via interinstitucional, sem que os submetamos a uma hierarquização vertical absoluta do conhecimento e, por outro lado, sem que os diluamos numa completa horizontalização desse mesmo conhecimento. Pressupõe-se que a transversalidade temática ocorra por via de um processo de comunicação entre diferentes contextos e instituições, de forma bilateral – transversalidade institucional - onde não há lugar a reproduções mas à (re)construção do conhecimento temático em causa (cf., a propósito, Gallo, 2003), em que o conhecimento relativo à educação para a saúde, partindo de diferentes referenciais institucionais, opera, também, como um sistema de subjetividades, ao não pretender disciplinarizar esse mesmo conhecimento.

Do ponto de vista do método e estratégias de análise, tendo em conta as etapas de análise de conteúdo enunciadas por Laurence Bardin (1995), desenvolvemos uma sistematização de procedimentos do tipo temático categorial, prosseguindo com a definição das respetivas categorias, atendendo, especialmente, à *homogeneidade* e *pertinência* qualitativa dos temas adjacentes. Para isso, obedecemos a um procedimento caracteristicamente taxonómico, com recurso a um processo de codificação dos dados brutos inscritos nos documentos selecionados, correspondendo a uma agregação em *unidades semânticas de registo* ou “unidades de análise” (Almeida & Pinto, 1995, p. 105), pela execução de “recortes de nível semântico” alinhados com o sentido dado à “noção de tema”. Configuramos, assim, uma “análise temática” com recurso a “proposições portador[as] de significações isoláveis” (Bardin, 1995: 104-105), ou a “códigos de definição da situação” (Bogdan & Biklen, 1994, pp. 221, 223), que passa por descobrir “núcleos de sentido” (*idem, ibidem*) com significado para os objetivos analíticos. Para tal, utilizamos a regra da *enumeração* simetrizada com os critérios da presença e/ou ausência de “núcleos de sentido” (*idem, ibidem*, p. 221) retidos de forma não frequencial e portadores de indicadores com *significação* relevante.

Do ponto de vista da metodologia de análise propriamente dita, o nosso trabalho de *inferência não frequencial* corresponde a uma “interpretação controlada” (Bardin, 1995, p. 133), alinhada com um exercício de agrupamento de *significações* da *mensagem* (cf. Almeida & Pinto, 1995), recorrendo a um processo de *enumeração* de “referências específicas” empiricamente relevantes (*idem, ibidem*, pp. 134, 135, 137). Para o efeito, foi utilizada uma escala relativa de três graus de classificação (P⁺, P⁻ e A) das *referências específicas*, no sentido de as enquadrar com o horizonte analítico e inferencial das nossas categorias, em que o valor de *significação* mais elevado (P⁺) sugere uma forte presença, o valor intermédio (P⁻) indica uma presença mais débil ou implícita de indicadores com *significação* relevante, e A que aventa uma total ausência de indicadores com *significação* para a análise da *mensagem* sistematizada pelo conjunto das nossas categorias.

1. O debate revisitado da educação para a saúde: breve referencialização teórica

O binómio educação e saúde tem vindo a emergir com um carácter transversal cada vez mais justificado no que, em particular, concerne à atuação da educação formal na sociedade. O enfoque que se tem vindo a fazer na conjugação destas duas áreas de intervenção social tem sido mais ou menos explícito na apropriação do conhecimento técnico, científico e, necessariamente, pedagógico sobre os problemas de saúde pública repensados na sua configuração de comportamentos saudáveis das pessoas. Assim, partimos de uma perspetiva claramente *preventiva* da educação sanitária, indo para além da perspetiva *curativa*² (Nunes, 1997; Filho, Borges & Frasquilho, 2008), fazendo evoluir esta interseção entre educação e saúde até à discussão que ela própria exige da relação entre comportamentos individuais e coletivos no

² Fazendo notar as respetivas evoluções, podemos assumir que, independentemente dos objetivos e das lógicas de construção do conhecimento de educação para a saúde, passou-se do investimento no evitamento/tratamento da doença - modelo patogénico que valoriza a atenção dada às causas da doença e a conseqüente cultura médica - para o investimento na prevenção da saúde - modelo salutogénico que valoriza o conjunto articulado de fatores que condicionam positivamente a saúde e a cultura do desenvolvimento individual e social (cf., a propósito, Nunes, 1997).

processo preventivo que envolve a contraposição entre *saúde* e a *perturbação do estado saudável* dos sujeitos (cf., a propósito, Tones, 1997).

Decorrentemente, temos vindo a assistir a uma evolução quantitativa e qualitativa dos sentidos e significados dados ao conceito de “saúde”, referindo-se a um sentido operacional e dinâmico de um

[...] processo destinado a capacitar os indivíduos para exercerem um maior controlo sobre sua saúde e sobre os fatores que podem afetá-la, reduzindo os fatores que podem resultar em risco e favorecendo os que são protetores e saudáveis [...]. A saúde desenvolve-se e é gerada no marco da vida quotidiana: nos centros de ensino, de trabalho e de recreação. A saúde é o resultado dos cuidados que cada indivíduo dispensa a si mesmo e aos demais, da capacidade de tomar decisões, de controlar a sua própria vida e de garantir que a sociedade em que vive ofereça a todos os seus membros a possibilidade de gozar de um bom estado de saúde (Harada et al., 2010, p. 8).

Ao efeito de institucionalização de políticas estruturais na promoção de comportamentos preventivos de bem-estar físico e psicológico ligam-se as estratégias de promoção da saúde definidas pela Organização Mundial de Saúde (1986): (i) construir políticas saudáveis; (ii) criar ambientes favoráveis; (iii) reforçar a ação comunitária; (iv) desenvolver competências pessoais; (v) reorientar os serviços de saúde.

Assume-se que viver com saúde plena deverá constituir-se num dos objetos de desenvolvimento e aprendizagem mais abrangentes e transversais da educação básica, dado que todo o manancial de conhecimentos e competências adquiridas ou a desenvolver deverão alinhar-se com o sentido de evitar, controlar e melhorar circunstâncias de vida, justificando-se que a saúde deva ser constituída como “um requisito fundamental para a aprendizagem e promoção do processo educativo [...]. A educação e a saúde são pilares fundamentais do bem-estar individual e comunitário imprescindível ao desenvolvimento” (Antunes, 2008, p. 48).

Será, contudo, importante reconhecer que o caráter transversal da saúde conta com condicionalismos de natureza diversa, como sejam ambientais, económicos, psicológicos, sociais, políticos e culturais, que tendem a concorrer, positiva ou negativamente, para a realização, por parte dos sujeitos, de opções de vida sobre a sua saúde (cf. Silva, 2002).

Parece-nos razoável começar por assinalar que o sentido oficial dado à educação para a saúde subsiste na atribuição da sua tutela ao Ministério da Saúde (MS), operacionalizada pelos Centros de Saúde com base nas prescrições sintetizadas no Programa de Saúde Escolar aprovado em 1995³.

Mercê das mudanças sociais, culturais e económicas operadas pela influência direta da nossa integração na União Europeia, o espectro de atuação da educação para a saúde ganhou novo fôlego com a aprovação do Plano Nacional de Saúde - 2004-2010 (MS, 2004), onde passam a constar as prioridades da ação educativa a desenvolver em torno da promoção da saúde individual e coletiva dos cidadãos. Por intervenção direta da então Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular, foi definida a linha orientadora de toda a ação da esfera educacional em prol da saúde, constituindo-se no principal referencial para o desenvolvimento de projetos escolares de educação para a saúde. No estabelecimento dessa linha orientadora, com um efeito clarificador dos principais traços que haveriam de balizar a orientação daqueles

³ Cf. Circular Normativa n.º13/DSE, de 10 de agosto, revista pelo Despacho n.º 12045/2006, de 7 de junho.

projetos, foi celebrado, entre o MS e o Ministério da Educação um protocolo para a Saúde Escolar, assinado a 7 de fevereiro de 2006.

A configuração geral dos discursos de caráter oficial parece privilegiar uma tendência para que a escola se assuma como contexto estratégico para que todas as crianças tenham a possibilidade de participar em programas emancipatórios no capítulo da educação para a saúde (Precioso, 2004). Pelo que, falar de educação, implica aferir a processos de desenvolvimento de conhecimentos, atitudes, aptidões, comportamentos e práticas pessoais e coletivas (cf. Bernardino et al., 2010).

Será legítimo que ponderemos o papel da escola e da própria comunidade educativa como entidades privilegiadas na promoção de saúde (Precioso, 2004; Costa; Silva & Diniz, 2008), obrigando a rever toda a arquitetura curricular, dotando-a de um caráter holístico, transversal e articulado de diferentes papéis assumidos por escolas e por centros de saúde (*idem, ibidem*). Neste caso, releva-se para a escola básica a necessidade de desenvolver e aplicar novas práticas curriculares, pedagógicas e didáticas capazes de convocar educadores, pais e alunos, de forma ativa e co-responsável para os processos de ensino e aprendizagem (Carvalho, 2001; Carvalho & Carvalho, 2006).

Creemos, por isso, que educação e saúde estão transversalmente relacionadas no que concerne ao desenvolvimento de múltiplas orientações oficiais para a saúde, precisamente com base em princípios que contemplem esse direito para todos os alunos da educação básica.

A seguir procuramos desenvolver uma compreensão da forma como os discursos oficiais se (re)definem nas suas macro-orientações, na perspetiva metodologicamente balizada por nós por meio de determinadas categorias associadas aos eixos da *transversalidade temática* e *institucional*.

Conquanto, devemos assumir que, caso a nossa análise se debruçasse sobre outros documentos e práticas levadas a cabo pelas escolas básicas, segundo uma perspetiva mais meso e microestrutural, as ilações do nosso estudo seriam, certamente, distintas e até, hipoteticamente, contraditórias face às conclusões a que chegámos.

2. Apresentação e discussão dos resultados

Em conformidade com a metodologia definida, operamos com os seguintes elementos de codificação e categorização dos dados documentais, a que corresponde a sistematização dos elementos constituintes do processo de análise de conteúdo:

A – Elementos para análise semântica da <i>transversalidade temática</i>	
Documentos	Categorias
D1 - Livro branco - Juntos para a saúde: uma abordagem estratégica para a União Europeia (2008-2013)	A1 - Inclusão Escolar A2 - Necessidades Educativas Especiais/Necessidades de Saúde Especiais
D2 - Programa de Ação Comunitária no Domínio da Saúde (2008-2013)	A3 - Ambiente Escolar: Efeito Psicológico da Escola e Saúde Mental
D3 - Tratado da União Europeia e do Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia	A4 - Auto Estima e Autonomia Pessoal
D4 - Metas Curriculares e Programas - Ministério da Educação e Ciência (MEC)	A5 - Riscos Ambientais
D5 - Protocolo - Ministério da Saúde e Ministério da Educação	A6 - Educação Alimentar
D6 - Plano Nacional de Saúde	A7 - Higiene, Segurança e Prevenção de Acidentes
D7 - Plano Nacional de Ação Ambiente e Saúde	A8 - Estilos de Vida, Atividade Física, Obesidade, Comportamentos de Risco e Consumo
D8 - Programa Nacional de Saúde Escolar	A9 - Sexualidade e Doenças Sexualmente Transmissíveis A10 - Drogas, Alcool, Tabaco e outras substâncias Lícitas e Ilícitas A11 - Economia (despesa e produção de riqueza)

B - Elementos para análise semântica da <i>transversalidade institucional</i>	
Documentos	Categorias
D1 - Livro branco - Juntos para a saúde: uma abordagem estratégica para a União Europeia (2008-2013)	B1 - Participação dos Atores da Comunidade Educativa
D2 - Programa de Ação Comunitária no Domínio da Saúde (2008-2013)	B2 - Programas de Vacinação, Exame Global de Saúde, ficha de Médico Assistente-Saúde Escolar, Evolução Escolar
D3 - Tratado da União Europeia e do Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia	B3 - Atribuição das Atividades Escolares com a Rede de Serviços de Saúde
D4 - Metas Curriculares e Programas - Ministério da Educação e Ciência (MEC)	B4 - Articulação com as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens em Risco
D5 - Protocolo - Ministério da Saúde e Ministério da Educação	B5 - O Curricular e o Extra Curricular orientados para a Saúde
D6 - Plano Nacional de Saúde	B6 - Associação ao Substrato Social, Cultural e Económico de origem
D7 - Plano Nacional de Ação Ambiente e Saúde	
D8 - Programa Nacional de Saúde Escolar	

Tabela 1

Após o trabalho de seleção, codificação e categorização, procedemos a um exercício de sistematização dos dados (cf. quadro n.º 2), a partir do qual fazemos a respetiva apresentação, análise e discussão, com base na escala relativa já antes explanada no nosso ponto metodológico.

D O C U M E N T O S	Transversalidade Temática			Transversalidade Institucional		
	P*	P	A	P*	P	A
D1	A3, A5, A6, A7, A10, A11	A1, A5, A6, A8, A9, A10	A2, A4	B5, B6	B5	B1, B2, B3, B4
D2	A1, A2, A5, A6, A7, A8, A9, A10, A11	A3, A7, A8	A4	B2, B6	B3, B5, B6	B1, B4
D3	A5, A9, A10	A8, A10	A1, A2, A3, A4, A6, A7, A9, A11			B1, B2, B3, B4, B5, B6
D4	A1, A5, A6, A7, A8, A9	A3, A5, A6, A7	A2, A4, A10, A11	B6		B1, B2, B3, B4, B5
D5	A1, A2, A3, A6, A7, A8, A9, A10		A4, A5, A11	B1, B2, B3, B5		B4, B6
D6	A2, A8		A1, A3, A4, A5, A6, A7, A9, A10, A11	B1, B2, B3, B5	B1, B3, B5	B4, B6
D7	A5, A6, A7		A1, A2, A3, A4, A8, A9, A10, A11			B1, B2, B3, B4, B5, B6
D8	A1, A2, A3, A5, A6, A7, A8, A9, A10, A11		A4	B1, B2, B3, B4, B5	B2	B6

Tabela 2. Sistematização dos dados para análise semântica da *Transversalidade Temática* e da *Transversalidade Institucional*

Na perspetiva da *transversalidade temática*, seguindo o critério da *presença* explícita e forte, somando-o ao critério de uma *presença* mais implícita, os documentos D1 e D2 enfatizam orientações que se mostram transversais nos capítulos da *Inclusão Escolar, Ambiente Escolar, Efeito Psicológico da Escola e Saúde Mental, Riscos Ambientais, Educação Alimentar, Estilos de Vida, Atividade Física, Obesidade, Comportamentos de Risco e Consumo, Drogas, Álcool, Tabaco e outras substâncias Lícitas e Ilícitas, Higiene, Segurança e Prevenção de Acidentes Economia (despesa e produção de riqueza)*. O documento D3 é marcado por uma elevada *ausência* de indicadores com significação enquadrável com qualquer uma das categorias de análise do eixo da *transversalidade temática*, exceptuando-se a presença explícita ou implícita de indicadores enquadráveis nas categorias dos *Riscos Ambientais, Estilos de Vida, Atividade Física, Obesidade, Comportamentos de Risco e Consumo; Sexualidade e Doenças Sexualmente Transmissíveis; Drogas, Álcool, Tabaco e outras substâncias Lícitas e Ilícitas*.

Destacando a análise feita aos discursos nacionais, os documentos D4, D5, D7 e D8 primam por uma transversalidade que leva a que cruzem as suas orientações políticas e programáticas apenas com os *Riscos Ambientais, a Educação Alimentar e a Higiene, Segurança e Prevenção de Acidentes*, mostrando que se trata das poucas orientações oficiais claramente transversais naqueles subtemas mais comumente associados à promoção da educação para a saúde.

Pelo lado das *ausências*, destaca-se o facto do documento D4 ser marcado pela carência de indicadores alinhados com as seguintes categorias⁴: *Necessidades Educativas Especiais/Necessidades de Saúde Especiais; Auto Estima e Autonomia Pessoal; Drogas, Álcool, Tabaco e outras Substâncias Lícitas e Ilícitas; Economia (despesa e produção de riqueza)*, levando a perceber-se que, ao nível da estrutura curricular oficial da educação básica, ausenta-se o apanágio da transversalidade desses subtemas da educação para a saúde nas diferentes áreas curriculares, correspondendo a um grau muito baixo de *transversalidade temática* tal como a esclarecemos na nota 1.

Ainda no horizonte analítico das *ausências*, o documento D6 acusa importantes lacunas relativas às categorias da transversalidade temática, com exceção das *Necessidades Educativas Especiais/Necessidades de Saúde Especiais e dos Estilos de Vida, Atividade Física, Obesidade, Comportamentos de Risco e Consumo*.

Na perspetiva da transversalidade institucional, os documentos D1 e D2 mostram-se explícita ou implicitamente transversais quanto às categorias dos *Programas de Vacinação, Exame Global de Saúde, Ficha de Médico Assistente-Saúde Escolar, Evisão Escolar, Articulação*

⁴ Notando-se que face à sua anterior ligação com o documento D5, apresenta-se com orientações curriculares revogadas. Destaca-se, em particular, o facto de as áreas curriculares não disciplinares, inscritas na revisão curricular regulamentada pelo Decreto-Lei n.º 6/2001, de 18 de janeiro, especialmente vocacionadas para o desenvolvimento da educação para a cidadania terem sido suprimidas da estrutura curricular do ensino básico. Referimo-nos às Metas Curriculares de Ciências Naturais, de Educação Tecnológica, de Educação Visual, de Ciências físico-Químicas, de Geografia/História-Geografia e de Tecnologias da Informação e Comunicação. No que diz respeito aos Programas e Metas Curriculares de Matemática e de Português as nossas prerrogativas associadas à transversalidade deixam de se verificar, com especial incidência ao nível do 1.º Ciclo do Ensino Básico (cf. <http://www.dge.mec.pt/index.php?s=noticias¬icia=396>). Consequentemente, não fará grande sentido que, do ponto de vista analítico e interpretativo, cruzemos perceções entre os documentos D4 e D5, sendo que este último, tratando-se de um protocolo celebrado entre o MS e o ME, foi concebido à luz de um documento oficial que normaliza a estrutura curricular do ensino básico, mas que, no essencial, já foi revogado. Como tal, denuncia-se uma relação anacrónica institucional e, necessariamente, temática entre os documentos D4 e D5.

das Atividades Escolares com a Rede de Serviços de Saúde, do Curricular e Extra Curricular orientados para a Saúde e da Associação ao Substrato Social, Cultural e Económico de Origem.

Por seu lado, os documentos D4 e D7 são marcados por uma clara ausência de indicadores, contrastando com os indicadores presentes nos documentos D5, D6 e D8, cruzando, entre si, as suas orientações em pressupostos de transversalidade associados ao *Curricular e Extra Curricular Orientados para a Saúde, à Participação dos Atores da Comunidade Educativa, Programas de Vacinação, Exame Global de Saúde, Ficha de Médico Assistente-Saúde Escolar, Eficácia Escolar* e para a *Articulação das Atividades Escolares com a Rede de Serviços de Saúde*.

Consequentemente, à semelhança do que se passa no quadro da *transversalidade* temática, esta sistematização e análise de dados demonstra a presença de uma *transversalidade institucional* dissonante com o conceito de transversalidade já antes esclarecida (cf. nota 1), em que se vislumbram duas perceções antagónicas entre si: *i)* por um lado, uma vocação ampla dos serviços de saúde (cf. documentos D6 e D8) em estarem voltados para a escola, concretizando, por exemplo, a ideia de uma *participação interativa dos atores da comunidade educativa* (categoria B1) na elaboração do projeto pedagógico da educação para a saúde, com orientações para a promoção de *programas de vacinação, exame global de saúde, ficha de médico assistente-saúde escolar, eficácia escolar* (categoria B2), prevendo a *articulação das atividades escolares com a rede de serviços de saúde* (categoria B3) e olhando para o *curricular e o extra curricular* enquanto componentes *orientadas para a saúde* (categoria B5); *ii)* por outro lado, a estrutura curricular do ensino básico, para além de ser menos substancial, mostra-se demasiado desconectada com uma efetiva transversalidade, quando percebemos que o correspondente documento D4 não se encontra intercedido e alinhado com o mesmo tipo de vocação dos documentos D5, D6 e D8.

A perspetivação do currículo escolar oficial (cf. documento D4) passa por uma visão redutoramente essencialista nos seus conteúdos e metas, em que a escola, numa clara condição subsidiária, funciona como instância reprodutora de um ideário de educação para a saúde definido pelos documentos D5 (com as devidas reservas apresentadas na nota 4) e, especialmente, o D6 e D8, de cuja construção se encontra institucionalmente abstraída, fazendo-se notar uma unidirecionalidade no que concerne à origem institucional desses documentos. Permite-se, por esta via, que se fale de uma certa prevalência do domínio dos documentos com origem no MS, em que a escola básica surge como mera “incubadora” de orientações emanadas dos documentos D6 e D8, dado que não se reconhece qualquer indício no documento D4 de uma relação interinstitucional (entre o MS e o Ministério da Educação e Ciência - MEC), denunciando a ausência de um propósito de as estruturas da educação básica apresentarem-se com intenções explícitas de participar, autonomamente, na (re) definição daquelas orientações.

Conclusão

No que toca a uma perspetiva de maior ou menor equilíbrio das transversalidades aqui discutidas, a proposta menos equilibrada decorre da análise feita ao documento que configura a

visão oficial do currículo da educação básica (cf. documento D4). Em termos propriamente conclusivos, este facto ganha especial relevância se pensarmos que se trata de um referencial oficial que tem, em nosso entender, particular responsabilidade de, *per se*, viabilizar e fomentar as transversalidades aqui analisadas.

Neste enfoque particular de análise ao principal documento oficial que regulamenta o currículo do ensino básico português (D4), tendemos a referencializá-lo como mera estrutura subsidiariamente adjudicada às políticas e práticas de saúde do MS, com especial destaque para as influências advindas dos documentos D6 e D8.

Conseqüentemente, e não obstante as contemplanções mais positivas das *transversalidades temática e institucional* verificadas mais implícita ou explicitamente ao nível dos restantes documentos analisados, ao nível curricular da educação básica portuguesa ficam por concretizar importantes prerrogativas daqueles critérios de transversalidade, por clara conveniência do reatar de um carácter essencialista do currículo escolar, explicitamente desvinculado da ideia mais geral da educação para a cidadania.

O que aqui é questionado é o processo de construção ativa das representações de educação para a saúde, cujas práticas por certo determinarão. Inversamente, a escola, no quadro da sua face curricularista oficial, limita-se a assimilar um quadro de representações sociais e institucionais com origem no MS, assumidas como um guia para as suas próprias práticas curriculares, conhecendo, por iniciativa do MS, o que é lícito ou inaceitável em termos de saúde individual e coletiva, sem que haja a preocupação em levantar as noções que, também, os alunos, pais/encarregados de educação e professores têm sobre determinado problema de saúde pública.

Algo que nos pode levar ao pressuposto de uma configuração de políticas e práticas programáticas de saúde para a educação e não, necessariamente, o contrário, tratando-se de um processo de comunicação interinstitucional claramente unilateralizado no que concerne à construção do conhecimento temático da educação para a saúde.

Assim, é posto em causa um processo comunicacional bilateral enquanto estratégia de co-produção do conhecimento de educação para a saúde, co-responsabilizado no que concerne à realização de experiências educativas decorrentes das representações (não) construídas e resultando em práticas (não) refletidas, não abrindo qualquer possibilidade de as representações dos atores escolares definirem as práticas e estas poderem contribuir para (re) construir aquelas mesmas representações, olhando para a educação para a saúde como um *corpus* construído e prescrito e não como um processo partilhado de construção do conhecimento no seio do trabalho curricular autónomo da escola básica portuguesa.

Bibliografia

- ALMEIDA, J. & PINTO, J. (1995), *A Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Editorial Presença.
- ANTUNES, M. (2008), *Educação, saúde e desenvolvimento*. Coimbra: Edições Almedina.
- CIRCULAR NORMATIVA N.º13/DSE/95, DE 10 DE AGOSTO (1995), *Aprova o Programa de Saúde Escolar*.

- BARDIN, L. (1995), *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- BOGDAN, R. & BIKLEN, S. (1994), *Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- BERNARDINO, A.; MACHADO, C.; ALVES, E.; REBOUÇO, H.; PEDRO, R., & GASPARB, P. (2010), *Os Enfermeiros enquanto agentes de educação para a saúde: validação das escalas de práticas e comportamentos de educação para a saúde*. Acedido em 18 outubro 2013, em WWW.inconline.ipleiria.pt
- CARVALHO, A. & CARVALHO, G. (2006), *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidade de formação*. Lisboa: Lusociência.
- CARVALHO, Graça (2001), *Factores facilitadores e limitantes ao sucesso de escolas promotoras de saúde*. In *Atas do I Encontro Nacional de Promoção e Educação para a Saúde*. Beja: Instituto Politécnico de Beja (179-202).
- COSTA, F.; SILVA, J., & DINIZ, M. (2008), *A importância da interface educação\saúde no ambiente escolar como prática de promoção da saúde*. *Informe-se em Promoção da Saúde*, 4 (2), 30-33.
- DECRETO LEI N.º 6/2001, DE 18 DE JANEIRO (2001), *Aprova a Reorganização Curricular do Ensino Básico*. Diário da República, I Série - A. N.º 15 (18-01-01), 255-265.
- DESPACHO N.º 12045/2006, DE 7 DE JUNHO (2006), *Revê e aprova o Programa Nacional de Saúde Escolar e o Programa Nacional de Saúde dos Jovens*. Diário da República, II Série. N.º 110 (7-6-06), 8250.
- FILHO, H.; BORGES, C., & FRASQUILHO, M. (2008), *Organização de intervenções preventivas: gestão de problemas de saúde em meio escolar*. Lisboa: Coisas de Ler.
- GALLO, S. (2003), *Deleuze e a Educação*. Belo Horizonte: Editora Autêntica.
- HARADA, J., et al. (2010), *Introdução. Cadernos de escolas promotoras de saúde I*. Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Saúde Escolar. Acedido em 12 outubro, em www.sbp.com.br/img/cadernosbpfinal.pdf
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – DEB (2001), *Currículo Nacional do Ensino Básico. Competências Essenciais*. Lisboa: ME.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DA Ciência (2013), *Metas Curriculares para o Ensino Básico*. Acedido em 28 setembro 2013, em <http://www.dge.mec.pt/index.php?s=noticias¬icia=396>
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004), *Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Mais saúde para todos*, vol. 1. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE & MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (2006), *Protocolo – Ministério da Saúde e Ministério da Educação*. Acedido em 13 outubro 2013, em <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/saude+escolar/educacaosauade.htm>
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2006), *Plano Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- NUNES, L. (1997), *O sentido da coerência como conceito operacionalizador do paradigma salutogénico*. In *Atas do IV Congresso Português de Sociologia*. Acedido em 18

- outubro 2013, em
<http://www.aps.pt/?area=102&mid=005&idpub=PUB460a50b168fd1>
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1986), *Carta de Ottawa - Promoção da saúde nos países industrializados*: 1ª conferência internacional sobre promoção da saúde. Acedido em 26 setembro 2013, em <http://www.dgicd.min-edu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=96>
- PRECIOSO, J. (2004), *Educação para a Saúde na Escola: um direito dos alunos que urge satisfazer*. O Professor, III, (85), 17-24.
- RODRIGUES, M.; PEREIRA, A., & BARROSO, T. (2005), *Educação para a saúde: formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: Formassau.
- SILVA, L. (2002), *Promoção da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- TONES, K. (1997), *Health Education: evidence of effectiveness*. *Archives of Disease in Childhood*, (77), 189-195.
- UNIÃO EUROPEIA (2007), *Programa de Acção Comunitária no Domínio da Saúde (2008-2013)*. Acedido em 26 setembro 2013, em http://europa.eu/legislation_summaries/consumers/consumer_safety/c11503b_pt.htm
- UNIÃO EUROPEIA (2007), *Livro branco - Juntos para a saúde: uma abordagem estratégica para a União Europeia (2008-2013)*. Acedido em 27 setembro 2013, em http://europa.eu/documentation/official-docs/white-papers/index_pt.htm
- UNIÃO EUROPEIA (2008), *Tratado da União Europeia e do Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia*. Acedido em 27 setembro 2013, em <http://www.fd.uc.pt/CI/CEE/pm/Tratados/Lisboa/tratados-TUE-TFUE-V Lisboa.html>
- YUS, R. (1998), *Temas Transversais: em busca de uma nova escola*. Porto Alegre: Artmed.