

PARECER N.º 109 / 2009	
	SOLICITADO POR: DIGNÍSSIMA BASTONÁRIA
	ASSUNTO: EDUCAÇÃO SEXUAL NAS ESCOLAS
O CE ADOPTA NA ÍNTEGRA O PARECER N.º 13/2009 DA CEESIP	

1. A questão colocada

Projecto de Lei N.º 634/X-4ª Estabelece o regime de aplicação da educação sexual nas escolas.

2. Fundamentação

2.1. Enquadramento conceptual

O conceito de saúde é valorizado neste contexto, na medida em que se apresenta numa perspectiva multidimensional e holística da pessoa estar e sentir-se de saúde. Desde o conceito da OMS (1964), em que esta é definida como «o completo bem-estar físico, mental e social e não meramente ausência de doença ou enfermidade», até ao enquadramento conceptual da Ordem dos Enfermeiros, que a define da seguinte forma: «saúde é o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, do controlo do sofrimento, do bem-estar físico e do conforto, emocional e espiritual. Na medida em que se trata de uma representação mental, trata-se de um estado subjectivo; portanto, não podendo ser tido como conceito oposto ao conceito de doença. Neste contexto, 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» (CE, 2001, p3).

Assim, a pessoa só está e se sente de saúde quando simultaneamente não é portadora de doenças, mas também quando a representação mental do seu estado é adequada para o seu padrão e lhe é possível manter o controlo do sofrimento e do conforto emocional e espiritual. Neste enquadramento, não faz sentido a forma atomizada como ambos os textos de projectos de lei equacionam uma saúde sexual e reprodutiva, como se fosse possível a existência de uma dada área de saúde isolada (por ex. saúde hepática) da totalidade da pessoa, tal não existe.

Ainda em termos de enquadramento conceptual, o CE da OE (Ibidem) define pessoa como «um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se. Os comportamentos da pessoa são influenciados pelo ambiente em que ela vive e se desenvolve. (...). Na medida em que cada pessoa, na procura de melhores níveis de saúde, desenvolve processos intencionais, baseados nos seus valores, crenças e desejos da sua natureza individual, permite-nos um entendimento no qual – cada pessoa vivencia um projecto de saúde». Ora, esta definição aponta num sentido não explicitado nos projectos em causa, que é a individualização e personalização da educação sexual, prevendo a inclusão e o respeito pelos valores e crenças detidos pelos diversos alunos. Sendo, no entanto, de valorizar a previsão da existência de gabinetes de apoio que poderão disponibilizar formação e aconselhamento aos estudantes individualmente.

2.2. Diagnóstico de necessidade

As primordiais causas de morbilidade e mortalidade na adolescência não são as doenças, mas comportamentos de risco que prejudicam a saúde. Estas novas causas incluem acidentes, depressão, violência, adição, doenças sexualmente transmissíveis e gravidez. A promoção da saúde para os jovens consiste em ensino e orientação para evitar actividades arriscadas e comportamentos prejudiciais à saúde. A educação para a saúde dá aos jovens uma oportunidade para adoptarem estilos de vida saudáveis capazes de lhes trazer benefícios ao longo de toda a sua vida (Hockenberry, 2006).

Os jovens portugueses têm hoje uma iniciação sexual mais precoce do que as gerações anteriores e esta ocorre sobretudo em relações com amigos ou namorados. Embora as raparigas atribuam alguma importância à aprendizagem obtida junto da família, em particular das mães, é reconhecido que tanto esta como a escola deveriam ter um papel mais relevante no que toca à educação sexual, já que é sobretudo a informação trocada com o grupo de amigos aquela que acaba geralmente por prevalecer na formação dos jovens (Vilar & Ferreira, 2008). Apesar de se poder afirmar que o conhecimento sobre comportamentos de risco está relativamente generalizado, o facto é que Portugal é o segundo país da Europa com maior número de gravidez na adolescência, apenas suplantado pelo Reino Unido. Em 2005, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), nasceram 5 519 crianças, concebidas por mães com idades entre os 12 e os 19 anos.

Os filhos de mães adolescentes têm 1,5 vezes mais risco de morte antes do primeiro ano de vida e a probabilidade de morte materna devido à gravidez é quatro vezes superior entre raparigas entre os 15 e os 19 anos quando comparada com mulheres entre os 25 e os 29 anos.

Por razões fisiológicas e sociais, as jovens entre os 15 e os 19 anos têm o dobro da probabilidade de morrer no parto do que as raparigas acima dos 20 anos.

Outros riscos associados à gravidez e maternidade precoces são a infecção de VIH / Sida e o recurso ao aborto inseguro. Por outro lado, enquanto no resto da Europa a incidência de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) diminuiu, em Portugal este número continua a subir, com 15% de jovens infectados com SIDA com menos de 25 anos e 8,8 % dos jovens com menos de 15 anos que têm relações sexuais sem preservativo. Apontadas como principais causas do fenómeno são as políticas deficientes de educação sexual, atendimento aos adolescentes e planeamento familiar. Por outro lado, apesar dos meios disponíveis na sociedade actual permitirem um acesso facilitado à informação, num estudo realizado em parceria entre a APF e o Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, comprova que a nível da educação sexual, os jovens revelaram ter insuficientes níveis de conhecimentos em temas como o período fértil e gravidez, onde podem ser adquiridos os contraceptivos, os riscos de gravidez não desejada, o método do calendário, a pílula do dia seguinte e a toma da pílula, o interesse dos adolescentes em actividades sexuais, e as IST (Vilar & Ferreira, 2008).

Estes comportamentos de risco originados por grande insuficiência de informação e formação marcam, muitas vezes de forma dramática a vida destes jovens.

2.3. Do enquadramento conceptual aos conteúdos

A adolescência é uma etapa evolutiva peculiar da vida do ser humano. Como momento crucial do desenvolvimento do indivíduo, marca não só a aquisição da imagem corporal definitiva como também a estruturação final da personalidade. Por isso, não podemos compreender a adolescência estudando separadamente os aspectos biológicos, psicológicos, sociais ou culturais. Eles são indissociáveis e é justamente o conjunto de suas características que confere unidade ao fenómeno da adolescência (Oliveira, et al, 2008).

A sexualidade humana envolve componentes morfológicas, fisiológicas, emocionais afectivas, culturais e ainda diferenças de género que devem ser tidas em conta. Considerada, até há pouco tempo, um assunto do foro íntimo, a sexualidade é hoje encarada como um aspecto fundamental e complexo da formação integral do ser humano, implicando a escola e a comunidade.

Se por um lado as distorções e dificuldades de tratar assuntos pertinentes à área sexual podem estar ligadas à enorme carga afectiva que a sexualidade tem para as pessoas, à falta de conhecimentos, ou até mesmo às atitudes negativas que acompanham tradicionalmente o tema, por outro, cada vez mais, se aceita a ideia de que a sexualidade humana tem muito a ver com as possibilidades de felicidade pessoal e social, constituindo-se num elemento-chave para a saúde e para a qualidade de vida (Ramos, et al, 2000).

A discussão da sexualidade na escola, a despeito de ser realizada numa abordagem mais abrangente, incluindo aspectos preventivos, de prazer, de comunicação interpessoal ou qualquer outro aspecto, deve levar em consideração as necessidades e a intencionalidade das pessoas mais directamente envolvidas nas acções de educação sexual – os pais e os adolescentes (Ramos, et al, 2000).

Se a meta é educar, informar ou melhor ainda, formar, a escola destaca-se entre os grupos de referência por ser esta a sua função essencial. Alguns princípios básicos deverão ser estabelecidos para que a actuação tenha êxito. Talvez, dentre eles, o mais importante seja não basear a educação sexual apenas no uso de preservativos e anticoncepcionais, mas, sim, no resgate do indivíduo enquanto sujeito de suas acções, o que favorece o desenvolvimento da cidadania, do respeito, do compromisso, do autocuidado e do cuidado com o outro (Saito e Leal, 2000).

Assim, para além das questões da perspectiva integral da saúde e do respeito pela individualidade e contextos de cada aluno, percepção-se a necessidade dos conteúdos versarem não apenas a anatomia e fisiologia da sexualidade, mas também as necessidades emocionais, cognitivas e sócio-familiares.

Neste ponto da apreciação é necessário acrescentar que não se compreende que num dos textos de projecto de lei se apresentem como consequências negativas dos comportamentos sexuais apenas a gravidez não desejada e as infecções sexualmente transmissíveis. Esquecendo tristeza, depressão, auto-estima diminuída, entre outros fenómenos associados à totalidade da pessoa que têm enorme impacto na qualidade de vida.

2.4. As exigências e o perfil profissional de resposta

Embora pareça haver um consenso entre os estudiosos quanto à necessidade de se promover o diálogo e ampliar a discussão de questões referentes à sexualidade, primeiramente na família, prosseguindo na escola e outros grupos sociais, o que se pode constatar em estudos e pesquisas na área é que ainda há grandes dificuldades por parte de adolescentes e adultos na abordagem da temática (Ramos, et al, 2000).

Num estudo de Reis e Vilar (2004), sobre a disponibilidade dos professores para leccionarem educação sexual nas escolas, é dito que, mesmo partindo do princípio de que o professor tem uma atitude favorável em relação à abordagem de temas sexuais e que teve acesso a formação nessa matéria, ainda assim é necessário considerar que o factor desconforto pode permanecer. É também afirmado que, mesmo que os professores tenham uma atitude positiva sobre a matéria, ainda assim a maioria não se envolve devido às elevadas exigências que são colocadas no exercício das suas funções.

Como a educação sexual deve começar o mais cedo possível, deve ocorrer de maneira contínua e estar vinculada a formação de todas as crianças e adolescentes, sendo iniciada e assumida pelos pais, complementada pela escola e profissionais de saúde, para obviar às dificuldades, é fundamental que seja equipe da Unidade de Saúde a trabalhar a sexualidade até pelo viés da auto-estima (Oliveira, et al, 2008).

Na procura permanente da excelência no exercício profissional os enfermeiros assumem o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades do cliente. A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de Enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objectivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde (CE, 2001).

Os enfermeiros como profissionais de saúde com uma formação orientada para a saúde e para a pessoa na sua totalidade e enquadramento sócio-familiar, actuam nas diversas áreas, preventiva, curativa e, em particular, na educação em saúde, constituindo a saúde dos adolescentes uma interface da sua actuação (Oliveira, et al, 2008).

Mesmo considerando os avanços frente à discussão da sexualidade nos últimos anos, educadores e pais ainda realçam as suas dificuldades em abordar esse tema junto aos alunos e filhos, respectivamente. Diversos autores ressaltam a importância de profissionais da saúde obterem um maior grau de informação, desenvolvendo a capacidade de lidar com as questões da sexualidade já que poderão ser multiplicadores dessas informações durante suas vidas profissionais (Ramos, et al, 2000). Também neste âmbito, o relatório final do grupo de trabalho de educação para a saúde (GTES, 2007), salienta como fundamental a colaboração com as estruturas da saúde, devendo ser garantida pelo Ministério da Saúde a disponibilidade de técnicos de saúde para trabalho de parceria com as escolas.

A perspectiva de articulação da educação sexual escolar com as equipas dos centros de saúde faz todo o sentido, visando a cooperação necessária em matéria de saúde global. Assim, as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), dispõem do enquadramento profissional para esta resposta. Contudo, perspectivar que estas articulações permitem uma assistência completa em todos os contextos de Saúde Escolar é contrariado por estudos desenvolvidos em realidades com algumas semelhanças, mas mais avançadas na vertente da educação sexual.

É o caso do estudo realizados por Oliveira, et al, (2008) que mostra que a atenção integral direccionada aos adolescentes, e que considere as mudanças bio-psico-sociais pelas quais eles passam neste momento de suas vidas, constitui-se num desafio não suprido, devido ao grande número de responsabilidades e actividades que o enfermeiro possui dentro da Unidade de Saúde.

Como a meta 13 do documento *Health for all* prevê que, em 2015, 50% das crianças que frequentem o jardim-de-infância e 95% das que frequentem a escola integrem estabelecimentos de educação e ensino promotores da saúde e define **Escola Promotora da Saúde** (EPS) como aquela que «inclui a educação para a saúde no currículo e possui actividades de Saúde Escolar» (Despacho n.º 12.045/2006), se considerarmos a tradução deste desiderato em actividades disciplinares e curriculares não disciplinares (como Área Projecto, Estudo Acompanhado e Formação Cívica), percebe-se a necessidade de íntima parceria escolas / UCC, mas também a imensidão do desafio. O mesmo despacho declara que a equipa nuclear de Saúde Escolar deverá ser composta por médico e enfermeiro, na base de 24 horas / semana por cada grupo de 2 500 alunos, a distribuir de acordo com as actividades de cada técnico.

Alocar 24 horas semanais a cada 2 500 alunos significa apenas a possibilidade de respostas atomizadas aos estudantes que procurarem estes profissionais, não permitindo o trabalho contínuo de aconselhamento, educação para a saúde e lectivo. Assim, na nossa opinião, a dimensão das escolas releva para a capacidade de satisfação das múltiplas necessidades das crianças, adolescentes e jovens. Em cada escola com mais do que 500 alunos deve ser alocado um enfermeiro para resposta completa à dimensão das necessidades perspectivadas, para além do rácio supramencionado, articulando-se com as UCC dos centros de saúde para suporte complementar nas escolas maiores e suporte total nas escolas menores.

No conjunto da presente explanação, parece claro que, o perfil mais adequado para responder às necessidades da criança, adolescente e jovem em saúde e em educação sexual é o do enfermeiro e não é possível encontrar uma resposta às necessidades lectivas e contínuas de aconselhamento, sem alocação de recursos próprios para o exercício destas funções.

3. Conclusão

Na sequência do pedido, é parecer deste Conselho:

- 3.1. Ante a relevância demonstrada, somos favoráveis à inclusão de uma disciplina de educação sexual nas escolas, tanto para os alunos do Ensino Básico, como para os alunos do Ensino Secundário.
- 3.2. A educação sexual escolar deve ser leccionada num contexto holístico da criança, adolescente e jovem como um todo, de forma personalizada, em contexto lectivo, grupos focados no tema e individualmente.
- 3.3. O mais importante não é basear a orientação sexual na anatomofisiologia e no uso de preservativos e outros anticoncepcionais, mas, sim, no resgate do indivíduo enquanto sujeito de suas acções, o que favorece o desenvolvimento da cidadania, do respeito, do compromisso, do autocuidado e do cuidado com o outro.
- 3.4. O enfermeiro é o profissional que detém o perfil de competências mais relevante para a resposta ao conjunto das necessidades nesta matéria, sendo necessário alocá-lo à Saúde Escolar e docência, para uma resposta completa às múltiplas necessidades, em todas as escolas com mais de 500 alunos, sendo a resposta dada em complementaridade com as UCC dos ACES, e exclusivamente por aquelas unidades nas escolas menores.

Bibliografia

- Conselho de Enfermagem (CE) (2001), *Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual; enunciados descritivos*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Despacho n.º 12.045/2006 de 7 de Junho. Diário da República n.º 110 – II Série. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Educação sexual em Portugal. Disponível em: – acedido em 15.03.2009.
- Gravidez na adolescência – uma realidade de Portugal. Disponível em: – acedido em 15.03.2009 23.28
- Hockenberry, M. J. et al (2006). Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 7ª edição, Elsevier. Rio de Janeiro
- Maternidade na adolescência Disponível em: acedido em 15.03.2009.
- Lei nº 3/1984 de 24 de Março. Diário da República nº 71 – I Série – A. Educação sexual e Planeamento familiar. Assembleia da República.
- Oliveira, T.; Carvalho, L.; Silva, M. (2008). O enfermeiro na atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. Rev. Bras. enferm.vol.61no.3, Brasília.
- Ramos, F.; Monticelli, M.; Nitschke, R. (2000). Um encontro da Enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem.
- Reis, M.; Vilar, D. (2004) A implementação da educação sexual na escola: Atitudes dos professores. *Análise Psicológica* 4 (XXII): 737-745.Lisboa.
- Saito, M.; Leal, M. (2000). Educação sexual na escola. Instituto da Criança do Hospital das Clínicas e Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo Disponível em: - acedido em 2009.03.15.
- Vilar, D.; Ferreira, P. (2008). Associação para o Planeamento da Família – A educação sexual dos jovens portugueses: conhecimentos e fontes. APF, Lisboa.

Pel' O Conselho de Enfermagem

Enf.ª Lucília Nunes
(Presidente)