

PROGRAMA NACIONAL

Saúde Escolar | 2014



Documento em
Discussão Pública
até 18 de maio de 2014

Ficha Técnica

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde.
Programa Nacional de Saúde Escolar. Lisboa: DGS, 2014. 85 p.
ISBN:

Saúde Escolar / Escolas/ Saúde/ Segurança/ Sustentabilidade/ Educação Especial / Inclusão/ Promoção da Saúde/
Estilos de Vida/ Saúde Mental/ Saúde Oral/ Alimentação Saudável/ Atividade Física/ Prevenção de Acidentes/
Ambiente e Saúde/ Saúde Sexual/ Consumos / Competências Socio-emocionais/ Metodologia / Trabalho por
Projeto/ Inovação/ Qualidade/ Formação/ Avaliação.

Editor

Direção-Geral da Saúde
Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa
Tel.: 218 430 500
Fax: 218 430 711
E-mail: dgs@dgs.pt
<http://www.dgs.pt>

Autores

Programa Nacional de Saúde Escolar | Direção-Geral da Saúde
Gregória Paixão von Amann (coordenação)
Fernanda Paula Leal
Carla Matos

Responsáveis Regionais de Saúde Escolar

Graça Cruz Alves - ARS Norte
Fernanda Pinto - ARS Centro
Lina Guarda - ARS LVT
Augusto Santana de Brito - ARS Alentejo
Carlos André - ARS Algarve

Direção-Geral da Educação

Rui Lima
Fernanda Croca
Elisabete Abrantes

Grupo de Peritos

Ângelo de Sousa - ARS LVT – DSP – DICAD
Bárbara Menezes - DGS – PNSIJ
Carla Frazão - ARS LVT – DSP – DICAD
Helena Moreira – ARS Norte
João Diegues - ACES Arrábida
Lúcia Marques - ARS Centro
Luís Hermenegildo- ACES Arco Ribeirinho
Maria Fernanda Lopes - ACES Sintra
Maria João Brito – CHLC: H. D^a Estefânia
Mário Durval - ACES Arco Ribeirinho
Mário Jorge - ULS Litoral Alentejano
Nuno Lopes – Aces 3 – Lx Ocidental e Oeiras
Otilia Mestre - ARS Algarve
Rita Leão - ARS Alentejo
Rita Silva – ARS Centro
Sofia Duarte - ARS Algarve
Sónia Veloso - ARS Centro
Zita Guerra - ACES Oeste Sul

Colaboração

Helena Penelas Monteiro

Lisboa,
abril de 2014



Programa Nacional de Saúde Escolar | 2014

Visão

- Todas as crianças e todos os jovens devem frequentar uma escola que promova a saúde e o bem-estar.

Finalidades

- Contribuir para mais saúde, mais educação, mais equidade e maior participação e responsabilização da comunidade educativa, em particular das crianças e dos jovens no seu desenvolvimento saudável e sustentável e no da sua comunidade.

Objetivos

- Melhorar o nível de literacia em saúde e promover a adoção de estilos de vida saudáveis.
- Contribuir para a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde especiais.
- Contribuir para um ambiente escolar seguro e saudável.

Eixos Estratégicos

- Abordagem holística da saúde na escola, que fomente a capacitação da comunidade educativa, a saúde, a segurança, a sustentabilidade ambiental e a inclusão de crianças e jovens.
- Parcerias que valorizem a saúde nas suas políticas, contribuindo para a redução das desigualdades.

Áreas de intervenção

- Competências sociais e emocionais para a tomada de decisões responsáveis em saúde, nomeadamente em saúde mental, alimentação saudável e atividade física, mobilidade segura e sustentável, sexualidade, prevenção do consumo de tabaco, álcool e outras substâncias psicoativas, bem como redução dos comportamentos aditivos sem substância.

Documento em
Discussão Pública

Índice

Siglas e Acrónimos	
Nota Prévia	
I. Introdução	1
II. Visão, Finalidades e Objetivos	7
III. Eixos Estratégicos	9
1. Capacitação da comunidade educativa	10
1.1. Saúde e bem-estar	11
1.1.1. Competências sociais e emocionais	12
1.1.2. Comportamentos	13
1.1.3. Inclusão de crianças e jovens com Necessidades de Saúde Especiais	15
1.1.4. Promoção e proteção da saúde na escola	18
1.2. Segurança para todos	21
1.2.1. Riscos escolares e peri-escolares	23
1.2.2. Educação para a segurança e mobilidade segura	25
1.2.3. Primeiros socorros / Suporte básico de vida	28
1.3. Sustentabilidade ambiental e saúde	30
1.3.1. Riscos ambientais e saúde	31
1.3.2. Educação para o ambiente e saúde	35
1.4. Sucesso	38
1.4.1. Literacia e literacia em saúde	39
1.4.2. Equidade e equidade em saúde	41
2. Qualidade e inovação	45
2.1. Metodologia de trabalho	46
2.2. Inovação	49
2.3. Investigação e boas práticas	52
2.4. Orientações e Recomendações	54
3. Parcerias	57
4. Formação	59
IV. Organização e estrutura executiva	61
V. Avaliação do Programa	65
VI. Glossário de termos	69
Referências	
Anexos	

Siglas e acrónimos

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
ARS – Administração Regional de Saúde
CIF – Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
DALY – *Disability Adjusted Life Years*
DGE – Direção-Geral da Educação
DGEEC – Direção-Geral de Estatísticas de Educação e Ciência
DGS – Direção-Geral da Saúde
DICAD – Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências
DSP - Departamento de Saúde Pública
EPS - Escola Promotora da Saúde
ESPAD – *European School Survey on Alcohol and other Drugs*
INE – Instituto Nacional de Estatística
INSA – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
MEC – Ministério da Educação e Ciência
MGF – Medicina Geral e Familiar
NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
NEE – Necessidades Educativas Especiais
NSE – Necessidades de Saúde Especiais
OMS – Organização Mundial da Saúde
PEI – Programa Educativo Individual
PES – Promoção e educação para a saúde
PNS - Plano Nacional de Saúde
PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar
PSI – Plano de Saúde Individual
PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
SE - Saúde Escolar
SEL - *Social and Emotional Learning* /Aprendizagem de Competências Sociais e Emocionais
SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
ULS – Unidade Local de Saúde
URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF – Unidade de Saúde Familiar
USP – Unidade de Saúde Pública
WHO – *World Health Organization*



• Nota Prévia

Em Portugal, a Saúde Escolar tem sido, ao longo dos seus 113 anos de existência¹, um referencial para a saúde das crianças e dos jovens, adaptando-se aos desafios da Saúde e à evolução do Sistema de Saúde português.

Inicialmente, o foco da intervenção na prevenção e no controlo das doenças transmissíveis foi uma mais-valia para a melhoria dos indicadores de saúde da população infantil. Posteriormente, sob os auspícios da Carta de Ottawa (1986), a aposta na promoção da saúde em meio escolar contribuiu para a criação de condições que permitiram aos alunos desenvolver as suas potencialidades.

Atualmente, a Saúde Escolar é imprescindível na melhoria dos determinantes da saúde que comprometem os anos de vida perdidos e, futuramente, no aumento do número de anos de vida saudável dos cidadãos.

Hoje, como ontem, a saúde escolar necessita de reflexão e de inovação.

As crianças com um bom início de vida aprendem melhor, têm vidas mais produtivas e contribuem ativamente para a sociedade. As desigualdades e os determinantes sociais, incluindo o género, são fatores de risco em termos de educação e acesso a serviços de saúde. Numa Escola para Todos, podem ser minorados e revertidos em benefício do bem-estar, da participação escolar e social e de escolhas mais saudáveis das crianças e dos jovens.

O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (PNS), enquanto *roadmap* das intervenções da Saúde, é o pilar estratégico em que assenta a intervenção da Saúde na Escola.

O novo Programa Nacional de Saúde Escolar|2014 (PNSE|2014) tem, por isso, em conta a evolução demográfica da população, os novos modelos de sociedade e de família, a crise económica e social e as desigualdades regionais, cujo impacto se repercutirá, a médio e longo prazo, na saúde das crianças e dos jovens.

¹ Diário do Governo n.º 294/1901, 28 de dezembro. Capítulo XI. Disposições gerais. Art. 108.º “Junto da Direção Geral da Instrução Pública, funcionam, com o fim de auxiliar o serviço de instrução primária: 1.º a inspeção sanitária escolar; 2.º a direção técnica das construções escolares (...) § 2.º A inspeção sanitária escolar é exercida por dois médicos, nomeados pelo Governo e pelos delegados e subdelegados de saúde”.

Estrategicamente, a melhoria do nível de literacia em saúde e o fortalecimento da participação da comunidade educativa na promoção da saúde são os pilares do bem-estar, do desenvolvimento, da proteção da saúde e da prevenção da doença em contexto escolar.

Na Escola, intervenções efetivas passam pela implementação de projetos holísticos de promoção do bem-estar global assentes no desenvolvimento de competências individuais, sociais e emocionais que facilitam as relações interpessoais e capacitam a comunidade educativa para a gestão da saúde.

vii

No âmbito do PNSE|2014, a promoção da equidade e da inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde especiais são dimensões estratégicas da maior importância para minimizar os determinantes sociais da saúde.

A Saúde não é um conceito isolado. A melhoria da esperança de vida e do bem-estar exige uma intervenção de diversos sectores sociais e económicos, ao longo do ciclo de vida. Por isso, e cada vez mais, a parceria natural entre a Saúde e a Educação é importante mas não é suficiente pois o trabalho em equipa, numa perspetiva multidisciplinar e intersectorial, é crucial.

O longo período em que decorre a vida académica da maior parte da população escolar (desde o pré-escolar até ao final do ensino secundário) impõe inovação, sustentabilidade, participação, capacitação e adequação das respostas.

A Saúde Escolar do futuro, face ao envelhecimento da população², deverá apoiar a Escola na promoção de um envelhecimento ativo e saudável, dando natural importância à intergeracionalidade.

² Elementos Estatísticos 2009-2010, Portugal - Direção-Geral da Saúde - Direção de Serviços de Informação e Análise. Disponível em: <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/elementos-estatisticos-2009-2010.aspx>



• Introdução

1

Um dos objetivos da OMS para a região europeia, na próxima década, é a melhoria do estado de saúde das populações, especialmente das mais vulneráveis, para as quais a redução das desigualdades é fundamental³.

A resposta a este desafio requer estratégias de capacitação dos cidadãos, desenvolvidas ao longo de todo o ciclo de vida, que priorizem os determinantes das doenças crónicas e a criação de comunidades resilientes e ambientes promotores da saúde.

As ações conducentes à implementação destas estratégias necessitam da sinergia entre vários sectores, estruturas de apoio e mecanismos de colaboração, para além da Saúde. Daí a importância da Saúde em todas as Políticas.

A Escola⁴ é, por excelência, um local privilegiado para a melhoria da literacia, que é muito mais do que aprender a ler, escrever e contar. A Escola é igualmente um local propício à promoção da saúde e ao exercício da cidadania plena, assente nos valores da equidade e da universalidade.

A Saúde Escolar pode e deve ser parceira da Escola na capacitação da comunidade educativa⁵ e na criação de escolas resilientes que são necessariamente mais seguras, mais sustentáveis e mais saudáveis.

A Saúde Escolar, pelo potencial que tem para responder aos desafios que se colocam à saúde da comunidade educativa, é cada vez mais uma alavanca para a melhoria do nível de literacia em saúde dos jovens, facilitando a tomada de decisões responsáveis e promovendo ganhos em saúde.

Em Portugal, cerca de 1841000 alunos frequentam 10300 estabelecimentos de educação e ensino⁶. A Escola detém uma posição única que permite melhorar a saúde e a educação de milhares de crianças e jovens.

³ Health 2020 A European policy Framework and strategy for the 21st century. World Health Organization, 2013.

⁴ Escola: para efeitos do presente documento, deve ser entendida como incluindo jardins-de-infância e estabelecimentos de todos os níveis de ensino.

⁵ Comunidade educativa: inclui os alunos, professores e educadores, pais e encarregados de educação, e pessoal não docente, cf, Decreto-Lei n.º 75/2008 de 22 de abril, publicada no Diário da República, 1.ª série, n.º 79, 22 de abril de 2008.

⁶ Educação em Números - Portugal 2013. Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência (DGEEC) Ano letivo 2011/2012.

O PNS, na sua natureza estratégica de *maximizar os ganhos em saúde* através do esforço sustentado de todos os sectores da sociedade, reconhece a importância da promoção da cidadania, da equidade, do acesso e da qualidade em todas as políticas.

O PNSE|2014, alinhado com o PNS, promove no ciclo de vida escolar intervenções comprovadamente efetivas que contribuam para ganhos em saúde e, ao trabalhar com toda a população escolar, para a redução das desigualdades.

Determinantes da saúde das crianças e dos jovens

Os fatores que influenciam a saúde das crianças e dos jovens, chamados determinantes da saúde, podem ser agrupados em quatro categorias: genéticos e biológicos, serviços de saúde, comportamentos individuais relacionados com a saúde e características sociais. As suas interrelações condicionam o estado de saúde individual e coletivo.

Portugal tem atualmente um bom nível de saneamento básico e uma excelente cobertura vacinal da população infantil e juvenil que, em muito, concorreram para a redução das doenças transmissíveis mais frequentes.

No que se refere às principais causas de morte em Portugal, do total de óbitos ocorridos em 2012, 30,4% foram provocadas por doenças do aparelho circulatório e 23,9% por tumores malignos. Os principais determinantes das doenças crónicas não transmissíveis, que conduzem às taxas de mortalidade que temos, são o consumo de tabaco e de álcool, o sedentarismo e a má alimentação⁷.

Os distúrbios psiquiátricos e os problemas de saúde mental são a principal causa de incapacidade para a atividade produtiva e uma das principais causas de morbilidade e morte prematura⁸.

A utilização de uma unidade de medida padronizada, DALY, permite-nos comparar o peso dos determinantes da saúde na mortalidade prematura.

Em 2010, as doenças não transmissíveis concorreram para 85% da mortalidade registada, os acidentes (intencionais e não intencionais) para 9% e as doenças transmissíveis para 6%⁹, em Portugal.

⁷ Fonte: INE, 2013. Citado em Portugal. Infecção VIH/SIDA e Tuberculose em números, pág. 35. DGS, 2013, outubro.

⁸ Fonte: Portugal Saúde Mental em Números. DGS, 2013, setembro.

Ao longo da infância, o peso das doenças transmissíveis e não transmissíveis e, bem assim, os acidentes (todas as causas externas de lesão) é diferente nos grupos etários com menos de 19 anos (Quadro 1).

Quadro 1. Estimativas nacionais (DALY), por grupos de causas, associadas às doenças transmissíveis e não transmissíveis, segundo o grupo etário (2010)

Peso da Doença (DALY)	Até aos 5 Anos	5-14 Anos	15-19 Anos
Não Transmissíveis	46,7 %	81%	79%
Transmissíveis	45,7%	10,2%	3%
Acidentes	7,6%	8,8%	18%

Fonte: The Global Health Data Exchange (GHDx)/Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), University of Washington. Consultada a 18 fevereiro 2014 em <http://viz.healthmetricsandevaluation.org/gbd-compare/>

As doenças **transmissíveis** têm maior impacto nos primeiros 5 anos de vida (46% do total dos DALY), especialmente por problemas neonatais (30% do total dos DALY) e por doenças respiratórias e infecciosas (13% do total de DALY).

As doenças **não transmissíveis** têm um grande aumento a partir dos 5 anos de idade contribuindo para 80% do total de DALY no peso dos determinantes da saúde, distribuídos por diversas categorias. (Quadro 2)

Quadro 2. Comparação das estimativas nacionais (DALY), por grupos das principais causas associadas às doenças não transmissíveis, segundo o grupo etário (2010)

Doenças não Transmissíveis (DALY)	5-14 anos	15-19 anos
Perturbações mentais e comportamentais	22%	26%
Depressão	9%	9%
Ansiedade	5%	6%
Consumo de drogas	0,1%	2,5%
Consumo de álcool	0,4%	2,5%
Doenças respiratórias crónicas	15%	7,5%
Asma	14%	6,5%
Doenças musculoesqueléticas	13,5%	20%
Lombalgia	9%	13%
Cervicalgia	4%	5%
Doenças endócrinas e metabólicas	6%	3%
Hemoglobinopatias	4%	1,1%
Diabetes	0,6%	1,1%
Doenças neurológicas	4%	6,5%
Enxaqueca	2%	4,6%
Epilepsia	1%	0,8%

Fonte: The Global Health Data Exchange (GHDx)/Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), University of Washington. Consultada a 18 fevereiro 2014 em <http://viz.healthmetricsandevaluation.org/gbd-compare/>

⁹ Institute for Health Metrics and Evaluation. *The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy* – European Union and European Free Trade Association Regional Edition. Seattle, WA: IHME, 2013 www.healthmetricsandevaluation.org

Entre os 5 e os 14 anos, o maior peso da doença na qualidade de vida deve-se às perturbações mentais e comportamentais (22% do total de DALY), especialmente por depressão e ansiedade. Seguem-se as doenças respiratórias crónicas (15%), maioritariamente por asma, as doenças musculoesqueléticas (13,5% do total de DALY), as doenças endócrinas e metabólicas (6% do total de DALY) e as doenças neurológicas (4 % do total de DALY).

Comparando o peso das doenças não transmissíveis no grupo etário dos 5-14 anos com o de 15-19 anos, verifica-se que aumenta o peso das perturbações mentais e comportamentais (26% do total de DALY) e das doenças musculoesqueléticas (20% do total de DALY) e diminui o peso das doenças respiratórias (7,5% do total de DALY).

Os acidentes tiveram um peso crescente e um impacto relevante nos anos de vida saudáveis perdidos das crianças e dos jovens entre os 5 e os 19 anos.

Globalmente, no grupo etário alvo da saúde escolar, o peso dos acidentes na mortalidade prematura e incapacidade é relevante, em especial dos acidentes de viação. Destaque ainda para o peso das lesões autoinfligidas no grupo etário 15-19 anos (Quadro 3).

Quadro 3. Comparação das estimativas nacionais (DALY), associadas às causas externas de lesões (Acidentes intencionais e não intencionais), segundo o grupo etário (2010)

Acidentes (DALY)	5-14 Anos	15-19 Anos
Acidentes de viação	4,5%	10%
Acidentes domésticos e de lazer	3,5%	4%
Quedas	1,5%	1,5%
Afogamentos	0,8%	1%
Queimaduras	0,3%	0,2%
Acidentes intencionais	0,8%	4%
Lesões autoinfligidas	0,4%	3%
Violência interpessoal	0,4%	1%

Fonte: The Global Health Data Exchange (GHDx)/Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), University of Washington. Consultada a 18 fevereiro 2014 em <http://viz.healthmetricsandevaluation.org/gbd-compare/>

Em Portugal, em 2010, na infância e na adolescência, a carga de doença expressa em anos de vida ajustados por incapacidade (DALY) teve um peso relevante das perturbações mentais e comportamentais, das doenças musculoesqueléticas e dos acidentes de viação.

Os determinantes da saúde são globais e as desigualdades económicas e sociais aumentam as desigualdades em saúde. Enquanto houver desigualdades, que se perpetuam através de gerações, continuaremos a ter populações vulneráveis, excluídas e marginalizadas.

O novo paradigma de intervenção

5

As estratégias da promoção da saúde definidas na Carta de Ottawa (1986) consideram três elementos-chave, estilos de vida, ambiente e participação, organizadas em cinco áreas políticas públicas de saúde, ambiente sustentável, reorientação dos serviços de saúde, competências pessoais e sociais, e participação comunitária.

Estas estratégias continuam a ser uma referência apesar da sua implementação ser muito diversa, pese embora as múltiplas iniciativas da OMS para a consolidação destes princípios. As Escolas Promotoras da Saúde é uma delas.

Portugal integra, desde 1994, a **Rede Europeia de Escolas Promotoras da Saúde**, numa parceria interinstitucional entre a Saúde e a Educação.

A Saúde é o resultado da interação entre as pessoas e o seu ambiente, contribuindo as Escolas Promotoras de Saúde (EPS) para melhorar as condições de saúde da comunidade educativa, o comportamento individual, a qualidade das relações sociais, a satisfação no trabalho, o ambiente escolar e a imagem da escola.

A Saúde é vital para a Educação. A Educação é vital para a Saúde.

Todas as crianças têm direito à educação, aos melhores cuidados de saúde possíveis, a viver num ambiente saudável, a desenvolverem-se com o máximo de autonomia e à proteção dos seus interesses em todas as decisões que lhes digam respeito.

A Escola desempenha um papel crucial na defesa dos direitos das crianças e na melhoria da educação, da saúde e do bem-estar de todas elas, contribuindo para a redução das desigualdades em saúde.

As intervenções educativas desempenham um papel central no fortalecimento da literacia em saúde¹⁰. A literacia em saúde é um recurso para os indivíduos e para as comunidades.

Comunidades educativas mais saudáveis têm níveis de desempenho académico mais elevados e são mais produtivas ao longo da vida.

¹⁰ Ilona Kickbusch, Jürgen M. Pelikan, Franklin Apfel & Agis D. Tsouros. *Health literacy The solid facts*. WHO Regional Office for Europe, 2013.

A **Saúde Escolar**, ao investir na saúde da comunidade educativa, pretende contribuir para ganhos em saúde. Por isso, numa perspetiva holística de intervenção da Saúde na Escola, advoga que nunca como hoje foi tão importante investir em literacia em saúde, capacitação, promoção da saúde mental e emocional, desenvolvimento sustentável e ambientes escolares seguros e saudáveis, promotores da saúde e do bem-estar de todos.

Este é o núcleo central do novo paradigma de intervenção da Saúde Escolar. Esta mudança do paradigma obriga à promoção de projetos que melhorem as competências dos alunos nas relações interpessoais e em saúde, na resolução de problemas comportamentais e na redução dos comportamentos de risco.

A capacitação da comunidade educativa é um fator de proteção que, a par de outros, reforçam a ação em prol do desenvolvimento comunitário. A evidência científica identifica Programas de Competências Sociais e Emocionais (SEL) como dos mais efetivos na aquisição e aplicação do conhecimento, atitudes e competências necessárias para compreender e gerir emoções, estabelecer e manter relações gratificantes e tomar decisões responsáveis¹¹.

Por isso, na Escola, o Projeto Educativo deve consagrar os princípios e os valores da promoção e educação para a saúde. O Plano de Atividades (anual e plurianual) dos Agrupamentos de Escolas deverá definir os objetivos, a organização e as atividades conducentes à execução do Projeto, numa política de continuidade desde o pré-escolar ao ensino secundário.

As alterações organizativas do Serviço Nacional de Saúde (SNS) requerem cada vez mais comunicação construtiva entre profissionais das diversas unidades e entre serviços, favorecendo a partilha de atividades e as relações de afetividade. Por isso, é da maior importância que o Programa Nacional de Saúde Escolar integre o Plano de Atividades dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e das Unidades Locais de Saúde (ULS), se desenvolva de forma continuada e envolva outros sectores da comunidade.

Por sua vez, uma boa comunicação com os *media* pode reforçar o trabalho desenvolvido e favorecer a divulgação das boas práticas em saúde, sendo, por isso, da maior importância aperfeiçoá-la.

¹¹ 2013 CASEL GUIDE: *Effective Social and Emotional Learning Programs*. Preschool and Elementary School Edition. Collaborative for Academic, Social and Emotional Learning (CASEL), 2012. Disponível em: http://gse.buffalo.edu/gsefiles/documents/alberti/_2012%2080%20pg%20CASEL_Guide%20SOCIAL%20EMOTIONAL%20LEARNING%20.pdf



• Visão, Finalidades e Objetivos

O Programa Nacional de Saúde Escolar | 2014, tendo em vista a obtenção de maiores ganhos em saúde e melhor qualidade de vida dos cidadãos, em especial das crianças e dos jovens, visa promover a consolidação das atuais Escolas Promotoras da Saúde (EPS) e a sua evolução para um conceito mais abrangente que, para além da promoção da Saúde, contemple a Segurança, a Sustentabilidade e o Sucesso da comunidade educativa.

7



Visão

Todas as crianças e todos os jovens devem ter a oportunidade de frequentar uma Escola que promova a Saúde e o bem-estar, apoiada por uma Equipa de Saúde Escolar.



Finalidades

A Saúde, enquanto bem-público, é uma responsabilidade de todos os sectores, das famílias e dos próprios cidadãos.

O Programa Nacional de Saúde Escolar | 2014 tem como finalidades:

- Contribuir para mais saúde das crianças e dos jovens, mais educação e melhores aprendizagens, mais equidade e maior participação e responsabilização da comunidade educativa com o desenvolvimento saudável e sustentável.



Objetivos

A Saúde Escolar para a próxima década tem de assentar num modelo de intervenção colaborativo que requer sinergia de vários sectores, numa ação acelerada de proteção das futuras gerações de jovens das consequências devastadoras das doenças não transmissíveis, sem negligenciar as doenças transmissíveis.

Objetivos Gerais:

Melhorar o nível de literacia em saúde, promover a adoção de estilos de vida saudáveis e a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde especiais e contribuir para um ambiente escolar seguro e saudável.

Objetivos Específicos:

- Melhorar a saúde e o bem-estar da comunidade educativa, plasmados em indicadores de saúde positiva e ganhos em saúde (redução do excesso de peso, dos acidentes e da violência);
- Melhorar os comportamentos relacionados com os principais determinantes de saúde (práticas de alimentação saudável, atividade física, higiene oral);
- Reduzir os comportamentos de risco relacionados com os fatores de risco das doenças transmissíveis e não transmissíveis (consumo de tabaco, álcool e outras substâncias psicoativas, relações sexuais desprotegidas, entre outros);
- Promover a vigilância da saúde das crianças e dos jovens e apoiar a inclusão de alunos com necessidades de saúde especiais;
- Promover a vigilância da saúde dos professores e de outros profissionais da escola;
- Promover a segurança escolar e peri-escolar, a sustentabilidade ambiental e a redução dos riscos para a saúde resultantes do ambiente escolar;
- Colaborar com a autoridade de saúde no cumprimento da legislação da evicção escolar e no controlo de situações de saúde suscetíveis de causarem ou acentuarem prejuízo grave à saúde da comunidade escolar;
- Apoiar a Escola na promoção de ambientes escolares capacitadores, na melhoria da literacia em saúde e no *empowerment* da comunidade educativa;
- Apoiar a investigação em saúde escolar, a inovação e a divulgação de boas práticas;
- Melhorar a formação dos profissionais de saúde e contribuir para a formação dos profissionais de educação e demais elementos da comunidade educativa;
- Desenvolver Referenciais e Orientações Técnicas que estimulem a promoção da literacia em saúde, a melhoria de comportamentos e a redução dos riscos para a saúde ao longo do ciclo de vida escolar, incluindo necessidades especiais e contextos específicos.



• Eixos Estratégicos

As Escolas Promotoras da Saúde, balizadas pelos princípios da equidade, sustentabilidade, inclusão e democracia, têm contribuído para a saúde e o bem-estar dos alunos e para a melhoria dos resultados escolares¹². Os resultados positivos pressupõem a articulação dos Sistemas de Saúde e de Educação e ações efetivas promotoras de contextos escolares favoráveis à saúde.

Na senda da excelência, a Saúde Escolar pode contribuir para a construção de Escolas onde a capacitação da comunidade educativa para a saúde e o bem-estar, a segurança do espaço escolar e peri-escolar e a sustentabilidade ambiental sejam o primado da sua intervenção, e as parcerias e a formação os alicerces do edificado.

Atualmente, as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) são uma mais-valia que o PNSE| 2014 pretende usar de forma criativa para potenciar os resultados em saúde.

O conceito de Saúde Escolar a desenvolver ao longo dos próximos anos pressupõe: integração das atividades de promoção da saúde numa metodologia de trabalho por projeto; adequação das mensagens ao contexto escolar e ao nível de ensino; melhoria contínua da eficiência na intervenção das equipas de saúde escolar, em que o progresso será reconhecido e premiado.

O Programa Nacional de Saúde Escolar | 2014 estrutura-se em quatro eixos:

- Capacitação da comunidade educativa;
- Qualidade e inovação;
- Parcerias;
- Formação.

O sucesso da Saúde Escolar refletir-se-á, assim, em ganhos em saúde e no sucesso académico das crianças e dos jovens de hoje e no sucesso pessoal e profissional dos adultos de amanhã.

¹² SHE Factsheet 2. *School health promotion: evidence for effective action*. SHE. School for Health in Europe, December 2013. Disponível em: <http://www.schools-for-health.eu/pages-resources/she-factsheets-additional-information/read-more-she-factsheet-2>

1.**Capacitação da comunidade educativa**

Capacitar é muito mais do que ter informação de saúde e compreendê-la. É estar habilitado a usá-la e sentir-se competente para tomar decisões. A capacitação da comunidade caracteriza-se pelo aumento das competências dos seus grupos para definir, avaliar, analisar e agir sobre as necessidades em educação, saúde e outros¹³.

O modelo de capacitação do PNSE|2014 integra os valores da promoção da saúde, da cidadania e da participação democrática da comunidade educativa, numa abordagem sistémica e holística da Saúde na Escola.

A Saúde Escolar é um facilitador do acesso à boa informação de saúde, a cuidados de saúde e a ambientes promotores de uma vida mais saudável. Capacitar a comunidade educativa é integrar as intervenções de saúde no projeto educativo da Escola. Ter equipas de profissionais de saúde e de educação com formação e motivação é definir e planear ações a partir das necessidades sentidas e agir na melhoria de competências em saúde e em educação de todo o grupo escolar.

Em contexto escolar, a Saúde e a Educação reforçam mutuamente as ações necessárias para encorajar, apoiar e capacitar os alunos a fazerem escolhas saudáveis para si e para a sua família. A promoção de competências assenta na melhoria do nível de literacia em saúde e de comportamentos que conduzem a mais saúde física e mental.

A evidência científica sobre promoção da saúde na Escola tem revelado resultados muito positivos nas intervenções dirigidas para a promoção da saúde mental e emocional. Nas intervenções dirigidas para a prevenção de comportamentos de risco, como seja o início dos consumos de tabaco, álcool e outras substâncias psicoativas, tem demonstrado menor efetividade. Pelo impacto que estas intervenções têm na saúde é crucial trabalhá-las ao longo do ciclo de vida escolar.

Em Saúde Escolar, a capacitação da comunidade educativa é o pilar do desenvolvimento do PNSE|2014. Envolve a promoção da saúde e do bem-estar, da segurança e da sustentabilidade, numa perspetiva de avaliação, intervenção e educação sobre os riscos para a saúde, do *empowerment* assente na melhoria da literacia em saúde e na redução das desigualdades.

¹³ Loureiro, I. & Miranda N. (2010). *Promover a Saúde, dos Fundamentos à Ação*. Coimbra: Almedina. p. 173.

1.1.**Saúde e bem-estar**

A Saúde, enquanto recurso do dia a dia, é um conceito positivo, dinâmico e que vai para além de um certo estilo de vida, pois visa acima de tudo o bem-estar.

Não existe Saúde sem Saúde Mental. Estar em boas condições de saúde física e emocional permite às crianças e jovens lidar com os desafios do crescimento e facilita a sua transição para a vida adulta. Por isso, a saúde mental é a base do modelo de intervenção que se preconiza para a capacitação inicial e contínua.

A boa saúde mental, alicerçada no modelo de desenvolvimento de competências sociais e emocionais ao longo do percurso escolar, é o pilar da capacitação, do *empowerment* e da responsabilização que conduz à aquisição sustentada de comportamentos saudáveis.

Este olhar sistémico que é próprio da saúde mental expressa um sentido positivo de bem-estar e de crença no próprio valor e na dignidade e valor dos outros. Possibilita crescer e compreender a dinâmica da interdependência como uma aprendizagem que se manterá ao longo da vida.

A investigação revela que existem provas suficientes que justificam a intervenção em promoção da saúde mental com a Educação e a Saúde. A evidência científica sugere que¹²:

- Jovens saudáveis aprendem de forma mais eficaz;
- A promoção da saúde pode ajudar a Escola a atingir os seus objetivos sociais e a melhorar os níveis de escolaridade;
- Quanto maior for o nível de escolaridade, maior é a probabilidade dos jovens terem boa saúde;
- Os jovens que gostam da sua escola e criam ligação a adultos de referência têm menos comportamentos de risco e melhores resultados escolares.

Em Saúde Escolar a promoção da saúde e do bem-estar assenta no desenvolvimento de competências sociais e emocionais, no aumento de conhecimentos e na redução de comportamentos de risco que conduzem à inclusão e à melhoria dos indicadores de saúde para todos.

1.1.1. Competências sociais e emocionais

Melhorar as competências da comunidade educativa implica trabalhar em simultâneo os diversos fatores que a influenciam. A promoção de competências sociais e emocionais envolve um processo, através do qual as crianças e os jovens adquirem conhecimentos, atitudes e capacidades que aplicam eficazmente na tomada de decisão responsável.

O desenvolvimento destas competências, numa atitude positiva com a sua saúde e a dos outros, é relevante ao longo da vida.

Os Programas de Competências Sociais e Emocionais/*Social and Emotional Learning* (SEL) baseiam as aprendizagens no contexto relacional de apoio, que as torna desafiadoras, envolventes e significativas, traduzidas a médio prazo em indicadores sociais e de saúde positivos. A criação de climas de aprendizagem amigáveis influencia as crianças e os jovens na vinculação à Escola, diminuindo o envolvimento em comportamentos de risco e aumentando o sucesso na escola e na vida¹¹. Os Programas SEL promovem o desenvolvimento em:

- Autoconhecimento - competências para identificar as emoções vividas, forças e limitações e a sua influência no comportamento;
- Autogestão - competências para a gestão das emoções em diferentes situações, nomeadamente na gestão de *stress*, no controlo de impulsos, na automotivação, na definição e gestão dos objetivos pessoais e académicos;
- Consciência social - competências para compreender os valores éticos, sociais e culturais, relacionar-se com os outros na sua diversidade e reconhecer o papel de recurso e de suporte da família, da escola e da comunidade;
- Relações interpessoais - competências para iniciar e manter relações saudáveis com outras pessoas e grupos: comunicar e escutar ativamente, cooperar e trabalhar em equipa, resistir à pressão social, negociar construtivamente as situações de conflito e resolver problemas, procurar e oferecer ajuda quando necessário;
- Tomada de decisão responsável - competências para avaliar realisticamente as consequências das diversas ações de acordo com os padrões éticos, a segurança, as normas sociais e o bem-estar pessoal e dos outros.

Nestes Programas, o papel dos profissionais é o de assegurar as condições que permitam às crianças e jovens a aquisição de competências e o *empowerment*, no sentido do bem-estar, da saúde, do sucesso educativo e do desenvolvimento.

Compete à Equipa de Saúde Escolar facilitar o desenvolvimento de projetos que promovam o autoconhecimento, autogestão, consciência social, relações interpessoais e tomada de decisão responsável.

O resultado traduzir-se-á em mais satisfação com a escola e com a vida, em comportamentos de saúde mais positivos, melhor aproveitamento escolar e melhor qualidade de vida, quando adultos¹⁴.

A Saúde Escolar em articulação com a Saúde Mental promovem o desenvolvimento de Projetos SEL, constituindo a **Orientação para o Desenvolvimento de Projetos de Competências Socioemocionais** uma ferramenta de apoio, a qual faz parte integrante do PNSE|2014.

1.1.2. Comportamentos

Uma Escola que promove a melhoria de comportamentos de saúde tem no seu Plano de Atividades anual um projeto estruturado de promoção do bem-estar, que capacita a comunidade educativa para o desenvolvimento de todo o seu potencial¹⁵.

Os valores das Escolas Promotoras da Saúde (EPS) continuam a balizar a intervenção da Saúde Escolar, cujos princípios contribuem para que a educação para a saúde no contexto escolar privilegie a apropriação de novas atitudes que melhorem os comportamentos pró-saúde.

No âmbito do PNSE|2014, a melhoria de comportamentos em saúde visa intervir sobre os seus principais determinantes (práticas de alimentação saudável, atividade física, higiene oral e outros) e reduzir os fatores de risco relacionados com as doenças transmissíveis e não transmissíveis (consumo de tabaco, de álcool e de outras substâncias psicoativas, relações sexuais desprotegidas e outros).

As intervenções sobre os riscos para a saúde associadas aos diferentes Programas Nacionais devem ser integradas nas atividades de Saúde Escolar e contribuir para os seus objetivos.

¹⁴ Currie C et al., eds. *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6).

¹⁵ SHE. Factsheet 1. *State of the art: Health promoting Schools in Europe*, September 2013.

Tendo por base o modelo de intervenção sobre comportamentos de saúde e os princípios preconizados, definem-se como áreas prioritárias:

- Saúde mental e emocional;
- Educação alimentar¹⁶/Padrão alimentar mediterrânico/ Atividade física;
- Saúde oral;
- Cuidados posturais e prevenção dos problemas musculoesqueléticos;
- Mobilidade segura e prevenção de acidentes;
- Educação ambiente e saúde;
- Promoção dos afetos e da educação para a sexualidade¹⁷;
- Comportamentos aditivos e dependências com ou sem substâncias psicoativas¹⁸:
 - Prevenção do consumo de tabaco¹⁹, álcool²⁰ e outras substâncias psicoativas²¹;
 - Prevenção de comportamentos aditivos sem substância (jogo, internet e outros).

Para além destas áreas, desenvolvidas tendo por base um diagnóstico de situação/ levantamento de necessidades, dar-se-á a maior importância e apoio aos projetos de promoção das relações intergeracionais e outros que tenham caráter inovador e contribuam para a equidade em saúde, para a multiculturalidade e que realcem as questões de género.

Considera-se que a educação para o consumo (influência dos *media*, da publicidade e outros) deve ser trabalhada transversalmente em todos os determinantes de saúde.

Os projetos de melhoria de comportamentos de saúde e de redução de riscos podem partir de qualquer dos tópicos de saúde de uma das áreas de intervenção prioritárias, desde que corresponda a uma necessidade sentida pela Escola ou por decisão regional ou local.

Para alguns determinantes da saúde existem Referenciais teóricos e linhas orientadoras que podem servir de base à definição da metodologia de intervenção e de conteúdos programáticos por níveis de educação e ensino, prevendo-se, ainda, a elaboração de novos Referenciais intersectoriais para áreas temáticas.

¹⁶ Educação Alimentar em Meio Escolar - Referencial para uma oferta alimentar saudável (ME – DGIDC, 2006); Bufetes Escolares – Orientações (MEC – DGE, 2012); Circular n.º 3/DSEEAS/DGE/2013- Orientações sobre ementas e refeitórios escolares 2013/2014.

¹⁷ Educação sexual em meio escolar 2000 do ME e MS; Lei 60/2009, de 06 de agosto; Portaria n.º 196-A/2010 de 09 de abril.

¹⁸ Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020 do SICAD.

¹⁹ Lei n.º 37/2007 de 14 de agosto.

²⁰ Decreto-lei n.º 50/2013 de 16 de abril; Declaração de Retificação n.º 23/2013 de 8 de maio do Decreto-Lei n.º 50/2013.

²¹ Decreto-lei n.º 15/93 de 22 de janeiro; Lei n.º 30/2000 de 29 de novembro; Decreto-Lei n.º 130-A/2001 de 23 de abril; Decreto Legislativo Regional n.º 7/2001/A, de 27 de abril e Decreto-Lei n.º 54/2013, de 17 de abril; Portaria n.º 154/2013, de 17 de abril - Aprova a Lista de novas substâncias psicoativas.

1.1.3. Inclusão de crianças e jovens com Necessidades de Saúde Especiais

A inclusão é um processo que visa responder à diversidade de necessidades de todas as crianças e jovens, através do incremento da sua participação na aprendizagem, na educação, na cultura e na comunidade. Neste sentido, a Escola deve identificar e respeitar as diferenças, promover o desenvolvimento individual e eliminar assimetrias e desigualdades que possam constituir obstáculo à frequência escolar, ao sucesso da aprendizagem, à participação, à inclusão e à inserção social.

15

A inclusão implica, assim, a identificação e a remoção de barreiras ao nível da aprendizagem, das atitudes, da comunicação, do relacionamento interpessoal e social, da autonomia, do espaço físico, do meio socioeconómico, entre outras. A inclusão visa a satisfação de necessidades “especiais” das crianças e jovens, a promoção dos direitos de cidadania e o incentivo à participação, o que pressupõe constantes ajustamentos e reajustamentos entre fatores pessoais, sociais e ambientais.

Apoiar a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e/ou de educação, mais do que um desígnio da Saúde Escolar, é um movimento em prol da aceitação da diferença, da promoção de atitudes de respeito, do reconhecimento do valor e do mérito pessoal.

A Educação e a Saúde devem contribuir, em articulação, para o processo de inclusão. No que respeita à especificidade da intervenção da Saúde, essa articulação traduz-se no apoio à inclusão de crianças e jovens com Necessidades de Saúde Especiais (NSE).

Considera-se **NSE** a que resulta de problema de saúde com impacto na funcionalidade e necessidade de intervenção em meio escolar, como sejam, irregularidade ou necessidade de condições especiais na frequência escolar e impacto negativo no processo de aprendizagem ou no desenvolvimento individual.

O crescimento e desenvolvimento individual são avaliados regularmente em Saúde Infantil. Contudo, apesar da deteção cada vez mais precoce de crianças com problemas de saúde e da sua referenciação para os serviços de saúde, há um conjunto de informação que é necessário adequar a cada etapa da vida da criança e ao meio escolar. Há também um largo espectro de situações que só são detetadas na escola ou que são agravadas pelo próprio processo de escolarização que é necessário referenciar.

A referenciação das crianças com perturbações do desenvolvimento, deficiência ou doença crónica pode ser feita pelo Centro de Saúde ou Hospital, através do médico de família/assistente ou do enfermeiro de saúde infantil/de família ou de outro profissional de saúde, pelos pais e encarregados de educação ou pela Escola.

No contexto da intervenção do PNSE| 2014, compete à Equipa de Saúde Escolar:

- Colaborar ativamente no processo de inclusão das crianças e jovens com características particulares resultantes do seu contexto pessoal, familiar e sociocultural, potencialmente geradoras de estigmatização;
- Garantir o acompanhamento das crianças e jovens com NSE:
 - Localizar e acompanhar as crianças e jovens com NSE referenciadas;
 - Validar NSE e elaborar o Plano de Saúde Individual (PSI);
 - Encaminhar para os serviços de saúde as crianças e jovens com problemas de saúde.
- Capacitar professores, pais e restante comunidade educativa na aquisição de competências adequadas ao acompanhamento das crianças e jovens com NSE:
 - Promover a formação dos professores, pais e encarregados de educação e restante comunidade escolar sobre as competências adequadas ao acompanhamento das crianças e dos jovens com NSE;
 - Habilitar a comunidade escolar a responder às necessidades das crianças e dos jovens com necessidades de saúde;
 - Definir um sistema de alerta/resposta para situações de crise/emergência.
- Propor a inclusão das recomendações de saúde no Programa Educativo Individual (PEI) dos alunos com NSE, participando na sua elaboração ou reformulação;
- Colaborar com a Escola na avaliação da elegibilidade de alunos com NSE para a Educação Especial (incluindo os pais/encarregados de educação):
 - Caracterizar o perfil de funcionalidade do aluno com NSE;
 - Comunicar os resultados da avaliação e disponibilizar o apoio necessário no âmbito da saúde.

A avaliação é muito mais do que uma caracterização biomédica dos diagnósticos clínicos da criança. Envolve:

- A recolha de toda a informação clínica e técnica disponível ou outra eventualmente necessária, aquando da sinalização da criança;
- A identificação e apreciação de comportamentos e contextos;
- O compromisso dos pais/encarregados de educação e de uma equipa que intervêm no bem-estar da criança.

17

As crianças e jovens com NSE têm obrigatoriamente de ter um Plano de Saúde Individual (PSI) que dê resposta a todas as necessidades identificadas. Este PSI deve resultar de um compromisso entre todos os intervenientes, sendo a sua avaliação e revisão programadas conjuntamente e assentar na Classificação Internacional da Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIF).

A CIF não é nem uma ferramenta de medida, nem um instrumento de pesquisa, é antes uma classificação capaz de prover um padrão para efeitos estatísticos sobre saúde e incapacidade e ajudar na difícil tarefa de harmonizar as abordagens entre as diferentes fontes de dados.

A avaliação do perfil de saúde baseia-se na CIF²² da OMS e deverá ser dirigida para a identificação das perturbações ao nível das estruturas e funções nos domínios de saúde, em interação com as atividades de participação. Sempre que o processo de inclusão de uma criança com NSE seja considerado concluído deve ser sujeito a um momento formal de avaliação com a produção do relatório que demonstre os resultados.

A Saúde Escolar, em articulação com a Educação Especial, desenha uma **Orientação sobre o Plano de Saúde Individual** que se constituirá como uma ferramenta de apoio, que faz parte integrante do PNSE | 2014.

²² Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Deliberação n.º 10/2003, publicada no Diário da República n.º 5 de 7 de janeiro de 2003. II.ª Série. Disponível em <http://www.dgsaude.pt/>

1.1.4. Promoção e proteção da saúde na escola

A saúde é um recurso essencial para a vida do dia a dia, um bem público e uma mais-valia para o desenvolvimento humano. Pessoas saudáveis contribuem para a saúde e a qualidade da sociedade em que vivem e trabalham.

Na primeira infância, os pais têm uma clara preocupação com a saúde das crianças. O crescimento, o desenvolvimento, os exames de saúde programados, as vacinas, a prevenção das situações mais frequentes são assumidos com rigor.

À medida que a criança vai crescendo, as famílias vão descurando a vigilância programada, com exceção das que apresentam problemas de saúde ou doenças crónicas diagnosticadas.

Segundo estudos internacionais¹⁴, entre os 10 e os 15 anos, o aumento da prevalência dos indicadores negativos de saúde entre as raparigas é de 10%, sendo menor entre os rapazes. A satisfação com a vida diminui com o aumento da idade. Esta tendência, que é significativa entre as raparigas, em quase todos os países, contribui para aumentar os comportamentos de risco.

Uma Escola onde todos podem desfrutar de saúde física e mental, onde o bem-estar é valorizado e apoiado a todos os níveis da sociedade, deve ser uma responsabilidade partilhada pelo órgão de gestão da escola e pelos parceiros.

A Saúde Escolar tem um papel complementar dos Serviços de Saúde na melhoria da saúde da comunidade educativa, na disseminação de práticas preventivas e na referenciação de situações de saúde especiais²³.

Ao longo dos anos, a Saúde Escolar tem tido uma intervenção de complementaridade na melhoria das doenças transmissíveis, assumindo e contribuindo para a melhoria da vacinação dos alunos e dos professores, o cumprimento da evicção escolar, entre outras.

²³WHO. 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. World Health Organization, 2008.

No atual PNSE |2014, a Saúde Escolar, tendo em conta a saúde dos alunos, deve:

- Promover o cumprimento do PNV, com particular atenção para a identificação e intervenção nas eventuais bolsas de suscetíveis;
- Promover a referenciação das crianças que não realizam a vigilância prevista no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ);
- Sinalizar, para os Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR)²⁴ do ACES, as crianças e jovens vítimas de maus tratos e de violência, tais como: negligência, maus tratos físicos, psicológicos, abuso sexual, *bullying*, práticas tradicionais lesivas, nomeadamente a mutilação genital feminina, e acompanhar a sua evolução no contexto escolar;
- Contribuir para a promoção das práticas de higiene pessoal e coletiva que impeçam a transmissão de doenças;
- Cooperar na dinâmica dos Gabinetes de Informação e Apoio ao Aluno, conforme a legislação em vigor²⁵, e noutras áreas consideradas relevantes pela Escola.

A Escola tem riscos ocupacionais acrescidos para os diferentes grupos profissionais (professores, assistentes operacionais e técnicos das mais diversas áreas). Nos estabelecimentos de educação e ensino laboram cerca de 220000 trabalhadores, pessoal docente e não docente. A lei²⁶ consagra o direito à realização de exames de saúde (...), nomeadamente exames de admissão, exames periódicos *anuais para os trabalhadores com idade superior a 50 anos, e de dois em dois anos para os restantes trabalhadores*, bem como exames ocasionais.

No atual PNSE|2014, a Saúde Escolar, tendo em conta a saúde dos diversos grupos profissionais, deve:

- Informar sobre a importância da promoção da saúde e da prevenção da doença;
- Promover a adoção de comportamentos saudáveis dos professores e educadores, enquanto modelos da comunidade educativa;
- Divulgar boas práticas sobre redução dos riscos associados à docência e a outras atividades escolares que possam melhorar a organização e a qualidade de vida dos profissionais de educação;
-

²⁴ Rede de Núcleos da ASCJR <http://www.dgs.pt/ms/11/default.aspx?pl=&id=5526&access=0>

²⁵ Lei n.º 60/2009, de 6 de agosto, regulamentada pela Portaria n.º 196-A/2010, de 9 de abril.

²⁶ Lei 59/2008 de 11 de setembro, publicada no Diário da República, 1.ª série — N.º 176, de 11 de Setembro de 2008.

- Promover a vigilância da saúde dos professores e dos outros profissionais da escola.

Uma abordagem holística da Saúde na Escola deve incluir, também, a preocupação com o bem-estar dos profissionais. Esta é uma recomendação que se inscreve nas mais recentes publicações sobre promoção da saúde em meio escolar ^{12,27,28}.

²⁷ Report of the 4th European Conference on Health Promoting Schools: Equity, Education and Health. Odense, Denmark, 7-9 October 2013. Publicado em 2013, December.

²⁸ GUIDELINES FOR A COORDINATED APPROACH TO SCHOOL HEALTH. *Addressing the Physical, Social and Emotional Health Needs of the School Community*. Connecticut State Department of Education. Bureau of Health/Nutrition, Family Services and Adult Education, 2007. Disponível em: http://www.sde.ct.gov/sde/LIB/sde/PDF/deps/student/Guidelines_CSH.pdf

1.2.**Segurança para todos**

Fazer da *Escola e do espaço peri-escolar um lugar seguro* é um dos desafios que se coloca à comunidade educativa.

As lesões não intencionais (vulgo acidentes) na infância e na adolescência têm grande impacto na saúde, representam um enorme peso na mortalidade, morbilidade e incapacidade, contribuindo para muitos anos de vida saudáveis perdidos. Segundo estudos europeus, por cada criança que morre devido a acidente de viação, 50 são internadas com traumatismos graves e 800 recorrem aos serviços de urgência²⁹. Por cada criança que morre por acidente doméstico e de lazer, 160 são internadas por traumatismos e 2000 são assistidas na urgência³⁰.

Qualquer que seja a idade, os rapazes têm sistematicamente taxas de mortalidade mais altas que as raparigas. As desigualdades sociais e económicas, assim como o facto de residir numa zona carenciada, agravam o risco de ocorrência de acidentes³¹.

Em Portugal, entre os 5 e os 19 anos, o acidente com maior impacto na morbimortalidade é o de viação, seguido das quedas e dos afogamentos. Nos jovens, consumos como o álcool e outras substâncias psicoativas põem em causa a sua segurança e a dos outros. Durante a adolescência, correr riscos pode ser visto como um marcador de um estilo de vida que inclui vários comportamentos de risco associados, mas que têm consequências graves para a saúde.

Na Escola, as crianças e os jovens confrontam-se diariamente com riscos reais. O risco existe no recreio, na sala de aula, no ginásio e campos de jogos, nos laboratórios e oficinas, mas também no espaço peri-escolar e no percurso habitual entre a residência e o estabelecimento de educação e ensino, ou vice-versa.

Na escola, as condições do 'pisso' contribuem para 40 a 50% dos acidentes escolares. Apesar de apenas 15% do tempo escolar ser passado nos recreios, 25 a 35% dos acidentes é aí que ocorrem, designadamente em atividades de brincadeira, empurrões e/ou agressões.

²⁹ *How to make Europe a safer place. Key areas for consideration in implementing the Council. Recommendation on the prevention of injury and promotion of safety.* Working document of the Working Group of Governmental Experts on Injury Prevention and Safety Promotion. June, 2008.

³⁰ European Child Safety Alliance. *Priorities for Child Safety in the European Union: Agenda for Action.* European Consumer Safety Association (ECOSA). June. 2004.

³¹ Laflamme L. Sethi D. Burrows S. Hasselberg M. Racioppi F. Apfel, F. *Addressing the socioeconomic safety divide: a policy briefing.* WHO Regional Office for Europe, 2009.

Os acidentes no recreio são devidos principalmente a deficientes condições do piso (cimento, alcatrão ou gravilha), do equipamento exterior (bancos e postes), e a outros elementos construídos sem proteção adequada (escadas, degraus, muros, taludes e vedações).

Na sala de aula, a percentagem de acidentes varia entre 15 e 35%³² e são devidos, essencialmente, a cortes e picadas que resultam, sobretudo, da manipulação inapropriada do material escolar (tesouras, X-atos, agulhas, canetas, fios de metal).

Os acidentes em laboratórios e oficinas são os que ocorrem em menor número, mas são os que têm maior gravidade. Geralmente estão associados à existência de produtos tóxicos potencialmente explosivos e ao incumprimento das normas de segurança, nomeadamente das medidas específicas de ventilação, aquando da realização de certas experiências.

Os acidentes no ginásio e campos de jogos variam entre 15-20% das lesões e são devidos a práticas inapropriadas nas aulas de educação física e ao mau estado do equipamento desportivo.

A prática da atividade física é um fenómeno social em crescimento que representa um importante contributo para a saúde. No entanto, ela é a principal causa de acidentes nas crianças e nos jovens. Apesar das lesões serem raramente fatais têm, muitas vezes, efeitos na saúde a longo prazo, podendo limitar os ganhos em saúde adquiridos com a prática de atividade física. Os desportos de equipa com bola contribuem para cerca de metade das lesões tratadas nos hospitais. Quando se tem em conta as participações ocasionais, o rugby é considerada a atividade mais lesiva, seguida do futebol³³.

No espaço peri-escolar as crianças e os jovens são os utentes mais vulneráveis aos acidentes.

Em 2012, diariamente, 26 crianças e jovens foram vítimas de acidente de viação. O grupo etário dos 0-24 anos representa 25% (n=9562) do total de vítimas de acidentes (n=38823). Das crianças e jovens vítimas de acidentes, 94% foram feridos leves, 5% feridos graves e 1% vítimas mortais³⁴.

³² Avery JG; Jackson RH. *Children and their accidents: Accidents at school and at play*. 1993, London, Edward Arnold.

³³ Kumpula, Heli & Paavola, Meri (KTL): *Injuries and risk-taking among young people in Europe – The European Situation analysis*. EU-Project AdRisk, 2008. KTL (National Public Health Institute), Helsinki. Disponível em: <http://www.adrisk.eu.com>

³⁴ ANSR. Anuário de Segurança Rodoviária 2012. Disponível em: <http://www.ansr.pt/>

Por tudo isto, as lesões não intencionais são consideradas um grave problema de saúde pública.

A segurança da comunidade educativa, na escola e no espaço peri-escolar, é uma responsabilidade partilhada.

Aos órgãos da escola e às entidades autárquicas responsáveis pelas infraestruturas escolar e rodoviária cabe gerir adequadamente os riscos e modificar os fatores ambientais, que são, em grande parte, corrigíveis ou elimináveis. A Escola Segura, uma iniciativa das forças de segurança, faz a vigilância das escolas e dos espaços envolventes e desenvolve ações de sensibilização junto da comunidade escolar.

A mudança de paradigma em promoção da segurança escolar e peri-escolar passa pela:

- Avaliação dos riscos tendo em conta o seu impacto na saúde da comunidade educativa;
- Mobilização das entidades gestoras do parque escolar para a intervenção na redução/eliminação dos riscos, a manutenção das condições de higiene e segurança do edifício e dos equipamentos escolares, bem como do meio envolvente;
- Educação para o risco, integrada na educação para a cidadania, que deve motivar para estilos de vida saudáveis.

A Saúde Escolar, numa perspetiva preventiva e multisectorial, pode contribuir de forma articulada para a avaliação dos riscos, a capacitação da comunidade educativa e a promoção de ambientes escolares seguros para todos.

1.2.1. Riscos escolares e peri-escolares

Na Escola e no espaço peri-escolar, a segurança da comunidade escolar é afetada, negativa ou positivamente, pelas condições das estruturas (edifícios escolares, equipamento, mobiliário), pelas condições da envolvente rodoviária e pela perceção que cada um tem do risco.

Atualmente, vivemos numa sociedade sistematicamente confrontada com a presença do risco. Dos riscos naturais aos riscos resultantes da ação humana, a questão que se nos coloca é como podemos reduzir a sua frequência e minimizar o seu impacto na saúde.

Ao longo dos anos, a Avaliação das Condições de Segurança, Higiene e Saúde realizada pela Saúde Escolar, com o apoio dos serviços de Saúde Pública, permitiu melhorar a segurança e a higiene de bastantes escolas. Os instrumentos de avaliação registaram boas condições de segurança do meio ambiente em 65% das escolas e reduzida segurança dos edifícios em 22%³⁵.

No âmbito do PNSE|2014, as Equipas de Saúde Escolar, com o apoio da Unidade de Saúde Pública, deverão avaliar, numa dupla perspetiva, os riscos e a mais-valia de um olhar promotor de saúde:

24

- Avaliar se as normas de construção, manutenção e reabilitação do edifício escolar são observadas, garantindo a segurança da comunidade escolar;
- Avaliar se as condições do recreio escolar, onde o risco de queda existe, mas onde existem, também, oportunidades de melhoria dos níveis de atividade física diária das crianças e de desenvolvimento interpessoal, cumprem as normas de segurança exigidas;
- Avaliar se os espaços e os equipamentos de desporto, zonas de risco elevado, mas também promotoras de um estilo de vida mais ativo e saudável, observam as condições de segurança, conservação ou manutenção;
- Avaliar se os balneários e as instalações sanitárias observam as condições de higiene e de privacidade;
- Avaliar se o refeitório e o bufete, locais de preparação de pequenas ou grandes refeições e com grande potencial de promoção de uma alimentação saudável, observam os requisitos de armazenamento, acondicionamento, manipulação e confeção;
- Avaliar se os laboratórios e as oficinas, espaços de treino de competências e de experimentação, de onde pode emergir uma cultura científica e tecnológica, modeladora do futuro de alguns jovens, dispõem de normas de segurança, de meios de proteção individual e de material de socorro;
- Avaliar se o mobiliário, os cacifos, o equipamento eletrónico de apoio e o sistema de iluminação obedecem às condições ergonómicas aconselhadas em meio escolar (posturas biomecanicamente corretas, prevenção de doenças musculoesqueléticas, da visão, outras);

³⁵ Relatório de Avaliação do Programa Nacional de Saúde Escolar, ano letivo 2007/08. DGS, 2009.

- Avaliar se no espaço peri-escolar, onde a probabilidade de acidentes é real, existe sinalização adequada e adoção de medidas que minimizem os riscos rodoviários e que promovam sistemas de mobilidade seguros, por exemplo, deslocações a pé e de bicicleta;
- Criar modelos de registo de acidentes escolares e peri-escolares que permitam identificar e monitorizar as zonas de maior risco, caraterizar a tipologia da lesão e a gravidade da mesma.

No contexto desta mudança de paradigma, que pressupõe a avaliação dos riscos tendo em vista a promoção da saúde e da segurança e a prevenção dos acidentes escolares e peri-escolares, a ferramenta de apoio a esta atividade passa a ser o **Perfil de Segurança e Saúde da Escola**. Este recurso avalia os riscos de cada espaço e equipamento, faz o seu mapeamento e análise, enumera as medidas para a eliminação dos riscos na perspetiva da saúde e da segurança e inclui um instrumento de Registo, Monitorização e Caraterização dos Acidentes Escolares e Peri-escolares.

1.2.2. Educação para a segurança e mobilidade segura

Avaliar e gerir os riscos necessita de aprendizagens precoces que capacitem as crianças e jovens para a aquisição de uma cultura de segurança e para a adoção de atitudes preventivas que reduzam o risco de lesão.

A Escola é, por excelência, o local onde todas as aprendizagens têm lugar. Na Escola, aprende-se a evitar as queimaduras, os afogamentos, as intoxicações, a asfixia e a reagir a situações de catástrofes naturais como incêndios, tremores de terra, entre outras.

Ao longo do percurso escolar, de forma teórica e prática, de modo pedagógico e lúdico, pode-se promover uma cultura que permita o confronto com o risco e a construção de atitudes preventivas de todo o tipo de acidentes, bem como a formação e treino para minimizar os efeitos adversos dos acidentes e das catástrofes na saúde individual e na vida da comunidade.

No espaço peri-escolar, a envolvente rodoviária é a principal causa dos problemas de segurança relacionados com atropelamentos e acidentes nos transportes coletivos.

Até 2020 decorre uma iniciativa das Nações Unidas, a Década de Ação pela Segurança no Trânsito, que apela a uma intervenção mais ativa de todos os sectores, incluindo o da Saúde, em prol do reforço de medidas comprovadamente efetivas para uma mobilidade mais segura e sustentável, menos acidentes e menos mortes no espaço rodoviário³⁶.

As deslocações quotidianas são fortemente marcadas por uma mobilidade motorizada, com domínio do automóvel sobre outros meios de transporte. Uma nova cultura de mobilidade pressupõe alterações comportamentais a nível do cidadão, dos grupos, das empresas e das instituições e pressupõe, também, a adesão coletiva a propostas e políticas em favor de uma mobilidade segura e sustentável.

Portugal tem um Plano de Promoção da Bicicleta³⁷ que *valoriza o uso da bicicleta e o “andar a pé”, como práticas de deslocação quotidiana dos cidadãos integradas no sistema de transporte, e dá prioridade a critérios de sustentabilidade e eficiência económica, ambiental e social.*

O MEC/DGE desenvolveu um Referencial de Educação Rodoviária para a Educação Pré-Escolar e para o Ensino Básico que *visa uma mudança de atitudes que passa, necessariamente, pela tomada de consciência das situações vivenciadas em ambiente rodoviário e pela adoção de comportamentos seguros*, através da intervenção pedagógica. O Referencial constitui um documento orientador e um instrumento de apoio à ação educativa³⁸.

A capacitação da comunidade educativa para uma mobilidade segura e sustentável tem, entre outros, benefícios energéticos e benefícios para a saúde. Os primeiros traduzem-se na redução de emissões de gases com efeito estufa, de ruído e poupança energética. Os segundos consubstanciam-se no aumento da atividade física e hábitos de vida saudáveis, na coordenação motora, na melhoria da autoestima individual e na qualidade do ar, com a consequente diminuição dos problemas respiratórios.

Educar para uma mobilidade segura e sustentável é um desafio a vencer, para o qual a Saúde Escolar deve contribuir. Atualmente, andar a pé ou de bicicleta e ter preocupações com a qualidade, mais do que um estilo de vida, é um compromisso futuro com a qualidade de vida de todos.

³⁶ Década de Ação pela Segurança no Trânsito - 2011 – 2020. <http://www.dgs.pt/?cr=20194>

³⁷ Ciclando. Plano de Promoção da Bicicleta e outros Modos Suaves, 2013-2020. IMT, novembro de 2012. Disponível em: <http://www.imtt.pt/sites/imtt/portugues/planeamento/documentosdeReferencia/PlanoNacionalBicicleta/Paginas/PlanoNacionalBicicletaOutrosModosSuaves.aspx>

³⁸ Referencial de Educação Rodoviária para a Educação Pré-Escolar e o Ensino Básico. Disponível em <http://www.dgidc.min-edu.pt/index.php?s=noticias¬icia=443>

No espaço peri-escolar, alguns pressupostos terão de se verificar: planeamento urbano adequado, rede de transportes ajustada aos horários escolares, medidas de redução da velocidade e acalmia do tráfego em toda a envolvente das zonas escolares. Nas deslocações em modos de transportes suaves, o uso do capacete e o respeito pela legislação aplicável são condições obrigatórias.

No âmbito do PNSE|2014, as Equipas de Saúde Escolar, em articulação com as Autarquias e a Escola, devem:

27

- Promover a elaboração de um plano de mobilidade escolar que inclua:
 - Melhoria da infraestrutura rodoviária no espaço peri-escolar;
 - Estacionamento para bicicletas e locais para guardar capacetes;
 - Medidas de acalmia do tráfego e de redução dos limites de velocidade a 30km/h nas imediações da Escola;
 - Restrição da circulação automóvel e do estacionamento em certas zonas;
 - Investimento em transportes públicos frequentes, fiáveis, pontuais, seguros, limpos e económicos.
- Colaborar com a Escola na educação e formação de crianças e jovens sobre os modos suaves e a mobilidade sustentável;
- Sensibilizar a comunidade educativa para uma mobilidade segura e sustentável e para a importância da redução da dependência do automóvel, em favor do modo pedonal, da bicicleta ou dos transportes públicos;
- Estimular a prática do caminho seguro das crianças e jovens para a escola, “a pé ou de bicicleta”, através da implementação de projetos que visem fomentar “comboios de caminhantes ou de bicicletas, *pedibus*, *walking bus*, sinaleiros”, entre outros;
- Promover ações de boas práticas dos modos suaves nas atividades desportivas e extracurriculares (caminhadas e ciclismo) nos grupos etários em idade escolar;
- Capacitar as crianças e os jovens para uma mobilidade segura no ambiente rodoviário e para o uso de capacete e de roupa clara e refletora que torne peões e ciclistas visíveis, especialmente de noite;
- Promover boas práticas no transporte coletivo diário de crianças e jovens e nas visitas de estudo;
- Promover a utilização de sistemas de retenção apropriados à altura das crianças enquanto passageiras, nas deslocações de carro de e para a escola;

- Integrar as questões da mobilidade nas questões de saúde e qualidade de vida.

No âmbito do Programa Nacional de Prevenção de Acidentes, serão disponibilizadas ferramentas de apoio à capacitação da comunidade educativa e orientações para a implementação de boas práticas na área da mobilidade segura.

1.2.3. Primeiros socorros / Suporte básico de vida

Acidente escolar define-se como qualquer acontecimento que ocorra numa atividade escolar e que provoque ao aluno lesão, doença ou morte. Todos os acidentes que ocorram na Escola, no percurso habitual entre a residência e o estabelecimento de educação e ensino, ou vice-versa, estão abrangidos pela legislação sobre o seguro escolar³⁹.

A intervenção pós-acidente é considerada um aspeto crítico no que respeita à segurança nos espaços educativos.

Na Escola, os traumatismos dos membros e da cabeça são as lesões mais frequentes. Os traumatismos cranianos resultam com frequência em concussões cerebrais e ocorrem em resultado de quedas, colisão ou pancada com a cabeça. Todas são sérias e na maior parte delas não há perda de consciência.

O Primeiro Socorro é *o tratamento inicial e temporário ministrado a acidentados e/ou vítimas de doença súbita, num esforço de preservar a vida, diminuir a incapacidade e minorar o sofrimento.*

O primeiro socorro depende da situação: no caso de se tratar de um traumatismo, consiste na proteção de feridas, imobilização de fraturas, controlo de hemorragias externas, desobstrução das vias respiratórias e realização de manobras de Suporte Básico de Vida (SBV)^{40,41}.

É importante que a Escola disponha de um local próprio para primeiros socorros e que a maioria dos profissionais de educação possua formação em SBV.

Os quatro passos dos primeiros socorros são: garantir a segurança, examinar a vítima, dar o alerta e prestar os primeiros cuidados. Estes passos não substituem nem devem atrasar a

³⁹ Portaria n.º 413/99, de 8 de junho, publicada no Diário da República - I Série B, n.º 132 de 8/6/-1999.

⁴⁰ Manual de Primeiros Socorros. Situações de Urgência nas Escolas, Jardins de Infância e Campos de Férias. Edição do Ministério da Educação, Terceira edição revista, 2010.

⁴¹ Dinis A, Roque P, Usta V. Primeiros Socorros nos Agrupamentos Escolares. Manual de Procedimentos. UCC Girassol do ACES Cascais. 1.ª Edição, 2012.

ativação dos serviços de emergência médica, mas podem impedir ações intempestivas que agravem a lesão. As emergências médicas mais frequentes com crianças e jovens são⁴²:

- Convulsão e febre;
- Obstrução da via aérea superior por corpo estranho;
- Estridor laríngeo;
- Patologia respiratória, nomeadamente mal asmático e bronquite agudizada;
- Diarreia;
- Desidratação;
- Intoxicação.

No âmbito do PNSE|2014, as Equipas de Saúde Escolar podem contribuir para:

- Aumentar os conhecimentos e as competências da comunidade escolar na área da análise e avaliação da criança e jovem vítima de acidente e prestação de primeiros socorros/ suporte básico de vida, de modo a poderem:
 - Identificar as emergências médicas mais frequentes;
 - Prestar os cuidados gerais a ter para com as crianças e jovens vítimas de doença súbita e descrevê-los aos seus familiares;
 - Listar e descrever os passos de atuação específica para cada uma das emergências médicas.
- Harmonizar os procedimentos de atuação em caso de acidente na escola, no que diz respeito à assistência/socorro, avaliação da lesão e aplicação de medidas corretivas;
- Identificar, disponibilizar e/ou criar recursos de apoio à informação e formação sobre primeiros socorros e SBV.

Realizar ações de treino e simulacro para as emergências médicas mais frequentes, em articulação com a Escola e entidades responsáveis pelo socorro.

Estudos longitudinais de 4 anos de formação em SBV a alunos entre os 10 e 13 anos, que fizeram reciclagem anual, demonstraram que a partir dos 10 anos são capazes de aprender e de aplicar técnicas de SBV. Esta formação precoce reduz a ansiedade sobre os possíveis erros e aumenta acentuadamente a disponibilidade para ajudar⁴³.

⁴² Meira, L. NORMAS, EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS E OBSTÉTRICAS. MANUAL TAS. Editor INEM (Departamento de Formação Emergência Médica), Versão 2.0 1ª Edição, 2012 ISBN 978-989-8646-01-9. Disponível em: <http://www.inem.pt/files/2/documentos/20140108172029436503.pdf>

⁴³ A. Bohn. Teaching resuscitation in schools: annual tuition by trained teachers is effective starting at age 10. A four-year prospective cohort study. Disponível em: [http://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(12\)00038-X/abstract](http://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(12)00038-X/abstract)

1.3.**Sustentabilidade ambiental e saúde**

Sustentabilidade é um termo usado para definir ações e atividades humanas que visam suprir as suas necessidades atuais sem comprometer o futuro das próximas gerações. O ambiente é o tecido que liga as atividades, os indivíduos e as comunidades, que a todos influencia e por todos é influenciado.

A OMS estima que entre 25% e 33% da carga global de doença pode ser atribuída a fatores de risco ambientais. Cerca de 40% desta carga recai sobre crianças com idade inferior a 5 anos⁴⁴.

A política de saúde europeia, *Health 2020*, reflete uma crescente preocupação com a saúde e o desenvolvimento sustentável. Por isso, uma das suas quatro áreas prioritárias é inteiramente dedicada à *criação de ambientes de apoio e comunidades resilientes*. Nesta área prioritária, as oportunidades de vida saudável estão ligadas às condições em que as pessoas nascem, crescem, trabalham e envelhecem. *Comunidades resilientes e capacitadas* respondem proativamente a situações novas e adversas, estão mais preparadas para mudanças económicas, sociais e ambientais e lidam melhor com as crises e as dificuldades.

Uma Escola ambientalmente sustentável contribui para o desenvolvimento da comunidade onde se insere, prepara as crianças e os jovens para um estilo de vida saudável e fomenta a consciência ambiental e a cidadania.

A Escola é um ambiente propício à capacitação, ao desenvolvimento sustentável e à criação de comunidades resilientes. Assim, é imperativo que as crianças disponham de um ambiente saudável e seguro para viver, crescer, brincar e aprender.

A mudança de paradigma na promoção da sustentabilidade ambiental, tendo em vista a melhoria da saúde da comunidade escolar, passa por:

- Conhecer os riscos ambientais e o seu impacto na saúde, articulando ambiente e saúde;
- Implicar as crianças e os jovens na promoção da qualidade ambiental da escola, passando a ser um exemplo para a comunidade;
- Mobilizar a comunidade envolvente na deteção e redução das ameaças ambientais;

⁴⁴ WHO Regional Office for Europe (2004). *Children's health and environment: Developing national action plans – Fourth Ministerial Conference on Environment and Health "The Future for our children"*. Disponível (<http://www.euro.who.int/document/E86888.pdf>)

- Sensibilizar, educar e formar a comunidade educativa sobre a evidência científica referente ao impacto do ambiente na saúde, na vida e no desenvolvimento global.

1.3.1. Riscos ambientais e saúde

O ambiente é um dos principais determinantes da saúde das crianças. As crianças são mais suscetíveis do que os adultos aos efeitos de agentes químicos, físicos e biológicos, pois os seus próprios padrões de comportamento e a baixa capacidade para a avaliação do risco, torna-as mais vulneráveis.

A 5ª Conferência Ministerial Ambiente e Saúde⁴⁵ promovida pela OMS, sob o mote *Protecting children's health in a changing environment*, reiterou a importância de dar atenção às alterações climáticas já assinaladas anteriormente (Conferência Budapeste, 2004) e reforçou a necessidade de investimento em ações e medidas que reduzam a morbilidade e mortalidade associadas aos riscos ambientais, especialmente os que afetam a saúde das crianças.

*"O desenvolvimento sustentável só pode acontecer com crianças saudáveis, educadas e a viver em segurança"*⁴⁶.

Na Escola, o ambiente influencia a saúde das crianças por múltiplas razões:

- O abastecimento de água contaminada/imprópria pode resultar em doenças diarreicas;
- A poluição do ar pode piorar as infeções respiratórias agudas e despoletar crises de asma;
- A exposição a químicos, solventes e pesticidas pode causar uma grande diversidade de efeitos nocivos para a saúde;
- A falta de experiência para avaliar os riscos associados aos comportamentos audaciosos aumenta a exposição a ameaças ambientais.

Portugal é um dos países europeus mais vulneráveis às alterações climáticas e aos fenómenos climáticos extremos, tais como ondas de calor e de frio, que constituem graves riscos para a saúde humana, em especial para as crianças.

⁴⁵ Fifth Ministerial Conference on Environment and Health, Parma, Italy, 10–12 March 2010. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2010/03/fifth-ministerial-conference-on-environment-and-health>

⁴⁶ Anthony Lake, director executivo da UNICEF, abril de 2013.

Tendo em conta que um elevado número de crianças e jovens passa uma parte significativa da sua vida na escola, é por demais evidente que esses espaços deverão reunir todas as qualidades de um ambiente saudável.

A Academia Americana de Pediatria define como 'ambiente escolar saudável', *aquela que protege os estudantes e restante comunidade escolar contra perigos imediatos ou doença e promove atividades de prevenção e atitudes contra fatores de risco conhecidos que poderão levar a doença futura ou incapacidade*".

Melhorar a qualidade de vida e a redução de doenças e mortes passa pela melhoria do ambiente, pelo que é fundamental compreender as relações causa efeito entre os fatores ambientais e os efeitos que têm na saúde humana⁴⁷. Atualmente, estão identificadas áreas ambientais onde existe evidência científica sobre o seu impacto na saúde.

Fatores de risco ambiental com maior impacto na saúde e intervenções efetivas para os minorar:

- Qualidade **do ar interior e exterior** é um fator de risco da maior importância para as principais doenças não transmissíveis. Nas crianças, representa 60% da carga global de doenças respiratórias, em especial da asma, uma doença crónica que afeta 11-12% dos jovens em Portugal. Os sintomas da má qualidade do ar interior associados à sobrelotação da sala de aula repercutem-se em dores de cabeça, fadiga, dificuldades respiratórias, tosse, irritação ocular e nasal, e tonturas.
 - A Saúde Escolar, em articulação com os serviços de Saúde Pública, pode intervir na avaliação da qualidade do ar, com vista a assegurar o cumprimento da legislação em vigor⁴⁸ e promover as condições de bem-estar e saúde de toda a comunidade escolar.
- Qualidade da **água** de consumo humano, de zonas balneares e de recreio, pelo risco que envolve, obedece a normas legalmente estabelecidas que visam proteger a saúde.
 - A Saúde Escolar, em articulação com os Serviços de Saúde Pública, pode promover a observação daquelas normas e divulgar os resultados da

⁴⁷ Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/>

⁴⁸ Decreto-Lei n.º 118/2013 de 20 de agosto, publicado no Diário da República, 1.ª série, n.º 159. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1s/2013/08/15900/0498805005.pdf> e, Portaria n.º 353-A/2013 de 4 de dezembro publicado no Diário da República, 1.ª série, n.º 235, disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdp/2013/12/23501/0000200009.pdf>

qualidade da água fornecida na escola. Pode, ainda, promover o conhecimento sobre a sua importância na saúde e nas práticas de higiene diária e fomentar a sua ingestão em quantidade e qualidade adequadas.

- **O ruído** ou poluição sonora é, segundo a OMS e a CE, muito mais do que um incómodo, é uma preocupação de saúde pública que prejudica a concentração e cria dificuldades de motivação e de comunicação, podendo causar deficiências auditivas. No seu dia a dia, as crianças e os jovens estão sujeitos ao ruído emitido por várias fontes que se repercute em perturbações do sono e cognitivas, podendo os sons continuados acima de 85-90 decibéis provocar danos irreversíveis no ouvido.
 - A Saúde Escolar, em articulação com os Serviços de Saúde Pública, pode ajudar a controlar o ruído, promovendo a melhoria da gestão do tráfego na envolvente escolar, e trabalhar com as autoridades competentes para o cumprimento dos critérios de exposição máxima admissível nas zonas peri-escolares.
 - Trabalhar com as crianças e jovens a utilização de leitores de música portáteis com auriculares e auscultadores, tendo em vista a redução do som máximo, do período de tempo de utilização e do volume de som escutado.
- **Transportes sustentáveis** para o ambiente e a saúde implicam uma mudança do paradigma da mobilidade e das políticas de circulação. A massificação do uso do automóvel causou um aumento da poluição do ar e uma redução da atividade física, comprometendo a saúde humana e o ambiente.
 - A Saúde Escolar pode ajudar a promover opções de transporte sustentável nas políticas de mobilidade da escola e, em cooperação com outros sectores, garantir que as questões de saúde são nelas consideradas.
- **Alterações climáticas**, associadas ao aquecimento global causado pelas emissões humanas de gases com efeito estufa, conduziram a um aumento da temperatura média dos oceanos e do ar, com impacto negativo na saúde humana e sobre os grupos mais vulneráveis.
 - A Saúde Escolar deve colaborar na implementação das orientações da DGS para as ondas de calor e de frio, designadas de Plano de Contingência para Temperaturas Extremas Adversas, designadamente das recomendações específicas para creches e escolas.

- **Espaços escolares construídos** com materiais adequados e isentos de radão, asbestos, chumbo, e outros, podem contribuir para a prevenção de muitos problemas de saúde da comunidade educativa. O conforto térmico da escola, a utilização de produtos de limpeza isentos de químicos tóxicos na higiene diária, a existência de sistema de recolha de resíduos e, bem assim, de programas de desinfestação promovem a sustentabilidade ambiental da escola e reduzem o risco de doenças.
 - A Saúde Escolar, em articulação com os serviços de Saúde Pública, pode contribuir para a avaliação dos riscos escolares associados à sustentabilidade ambiental.

Os dados económicos sobre as intervenções nos determinantes ambientais, com vista à proteção da saúde, provam que existe um retorno sobre o investimento inicial. Na União Europeia (UE), entre 1990 e 2020, uma redução de 20% nas emissões de gases com efeito de estufa levaria a uma redução de 10-15% nos poluentes tóxicos e, por sua vez, a uma redução de custos em saúde de €12 a €29 Mil milhões⁴⁹.

Atualmente, a evidência disponível não é conclusiva sobre as implicações na saúde das nanotecnologias e das nanopartículas, pois a complexidade e a incerteza são grandes e a avaliação do risco é o maior desafio que se coloca à sociedade.

O ambiente é uma fonte de riscos potenciais, mas também de promoção da saúde e do bem-estar que pode prolongar e melhorar a qualidade de vida⁵⁰.

É nesta perspetiva que a Saúde Escolar, em articulação com a Saúde Pública e os peritos em sustentabilidade ambiental e desenvolvimento, deve analisar os riscos do ambiente, mapear potenciais problemas de saúde associados e propor medidas para a eliminação/redução dos mesmos.

A avaliação dos riscos ambientais, tendo em vista a promoção da saúde e da sustentabilidade, será normalizada a partir de uma ferramenta de apoio a esta atividade, designada de **Perfil de Sustentabilidade Ambiente e Saúde da Escola**, que faz parte integrante do Programa.

⁴⁹WHO. *Visualizing the economic and health benefits of environmental measures: a winning combination*. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/health-impact-assessment/news/news/2013/10/visualizing-the-economic-and-health-benefits-of-environmental-measures-a-winning-combination>

⁵⁰WHO. *Health and the Environment in the WHO European Region. Creating resilient communities and supportive environments* http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/215645/HEALTH-AND-THE-ENVIRONMENT-IN-THE-WHO-EUROPEAN-REGION-Creating-resilient-communities-and-supportive-environments.pdf

1.3.2. Educação para o ambiente e saúde

A Escola, ao implicar os seus alunos na promoção da qualidade ambiental, está a influenciar positivamente o seu sucesso educativo. A educação ambiental coloca em evidência as capacidades de pensamento crítico essenciais para o percurso educativo: levantar questões, investigar, formular hipóteses, interpretar dados, desenhar conclusões e resolver problemas.

Os alunos cultivam habilidades sociais como a cooperação e a comunicação e encontram oportunidade para estabelecer parcerias. Adquirem uma melhor compreensão daquilo que aprendem e responsabilizam-se pelas suas aprendizagens.

A Escola cumprirá, assim, o seu papel de formadora de adultos saudáveis e com capacidade para se tornarem membros produtivos da sociedade. Para além disso, as crianças e jovens que aprendem a conhecer a ligação entre o ambiente e a saúde serão capazes de detetar e reduzir ameaças ambientais nas suas próprias casas, ruas, vilas e cidades.

A Escola passa, deste modo, a ser um modelo para a comunidade. Neste trabalho, que implicará necessariamente os indivíduos, as instituições e as comunidades, os serviços de saúde têm por direito um papel de relevo, nomeadamente pela sua prática de promotores da saúde.

Por definição, a Escola é um lugar onde se cultiva o interesse pelo que a integra e rodeia.

Uma escola saudável expande esta filosofia a novas áreas: interessa-se pela água e pela energia que consome, pelos resíduos que produz, pela alimentação que serve, pelas atividades escolares que possam ter impacto no ambiente, pelo tráfego rodoviário que gera e pelas dificuldades das pessoas que vivem na sua proximidade. Contribui, assim, para a melhoria do ambiente físico, incluindo a qualidade do ar interior e exterior, da segurança do espaço envolvente e dos edifícios, da adequação do mobiliário e demais equipamento e para a melhoria da segurança das zonas de confeção de alimentos, refeitórios e bufetes.

A Escola, ao estabelecer parcerias e cumplicidades, ao integrar toda a comunidade no processo, está igualmente a trabalhar para a melhoria do seu ambiente psicossocial.

Este processo, conduzido de forma correta, concorre significativamente para a capacitação em saúde de toda a comunidade escolar, que adquire o saber e as habilidades necessárias para evitar os riscos e criar um ambiente promotor da saúde.

Capacitar os jovens para se responsabilizarem pelo seu próprio futuro não é apenas desejável, é crucial para a sua educação.

A educação para o ambiente e a saúde concorre igualmente para o desenvolvimento de uma comunidade educativa sustentável que é:

- Inclusiva nas suas práticas, reconhecendo a diversidade cultural e social da população com que trabalha, respeitando e valorizando as diferenças religiosas, étnicas, sociais, económicas, políticas, de orientação sexual, culturais e de género;
- Participativa, promovendo a integração de toda a comunidade escolar;
- Promotora da integração da educação para a sustentabilidade no currículo e em outros instrumentos de gestão;
- Promotora de estilos de vida saudáveis e atividades na Natureza;
- Promotora da coerência entre as orientações, o ensino e as práticas de gestão, estando apta a demonstrá-lo sempre que tal for oportuno;
- Integradora da relação com o meio envolvente, reconhecendo os fatores de risco assim como os fatores protetores;
- Parceira das instituições da comunidade para melhorar a formação da comunidade escolar e a gestão ambiental da escola através da implementação de práticas de uso eficiente dos recursos.

À Escola cabe o papel de integrar as preocupações com o ambiente e a saúde no Projeto Educativo, tornando-o transversal no currículo dos vários ciclos de educação e ensino. As questões ambientais não interessam apenas à biologia ou à história natural são, também, assunto de interesse social, económico e político. É importante iniciar este processo o mais precocemente possível na escolaridade das crianças, integrada e ligada à sua prática diária.

A Agência Portuguesa do Ambiente e a DGS desenvolveram uma iniciativa conjunta, o Plano Nacional de Ação Ambiente e Saúde (PNAAS), com o objectivo de melhorar a *compreensão das relações entre determinados fatores ambientais e os efeitos adversos na saúde, visando ganhos em termos da eficácia das políticas de prevenção, controlo e redução de riscos*⁵¹.

⁵¹ Relatório de Progresso do PNAAS / 2008-2010. Disponível em:
http://www.apambiente.pt/_zdata/Políticas/Ambiente&Saude/Destaques/Relatorio_Progresso_PNAAS_2008-2010.pdf

Este processo que decorre desde 2008 tem, entre outros, um objetivo relacionado com a ação Educação Ambiente e Saúde, tendo em vista a *construção e divulgação de materiais de apoio ao curriculum*, nos ensinos básico e secundário.

No âmbito do PNSE|2014, as Equipas de Saúde Escolar podem contribuir para:

- Colaborar na formação da comunidade educativa sobre o impacto do ambiente na saúde;
- Promover a educação para o risco, integrado na educação para a cidadania, que deve motivar para a adoção de estilos de vida saudáveis;
- Identificar os riscos ambientais e o seu impacto na saúde e influenciar os ambientes físico e psicossocial da escola;
- Implicar as crianças e os jovens na promoção da qualidade ambiental da escola, através da dinamização de projetos integrados de promoção da saúde (PES, Eco escolas e/ou outros implementados na escola), que contribuam para a adoção de comportamentos saudáveis e sustentáveis;
- Mobilizar as entidades gestoras do parque escolar para a eliminação dos riscos, a manutenção das condições de higiene e segurança do edifício, dos equipamentos escolares, bem como os do meio envolvente;
- Aumentar os conhecimentos e as competências da comunidade educativa para gerir os riscos identificados no ambiente escolar.

37

As Equipas de Saúde Escolar, as coordenações de projetos de promoção da saúde na escola e as coordenações do projeto Eco Escolas são a base para o desenvolvimento de um trabalho de intervenção e manutenção de um bom ambiente escolar.

As parcerias já estabelecidas entre a Educação e a Saúde na área da promoção da saúde em meio escolar são uma mais-valia para esse trabalho e, em conjunto com a comunidade educativa alargada, reúnem o saber necessário para proceder ao diagnóstico da situação, priorizar ameaças e problemas diagnosticados, definir linhas de ação e avaliar os resultados, seguindo uma metodologia de projeto.

Todos os intervenientes devem ter em atenção que a educação ambiental pode privilegiar a relação ensino aprendizagem, pode ter uma influência positiva nos valores e no funcionamento da escola e apostar fortemente na sua ligação à comunidade.

1.4.**Sucesso**

O sucesso não é obra do acaso nem surge por acidente, ele é resultado do esforço, vontade e crença de vencer na vida!

A investigação recente, realizada um pouco por todo o mundo, tem permitido melhorar a compreensão do potencial do nível de literacia em saúde na melhoria do bem-estar e na redução das desigualdades. Quanto maior for o nível de literacia, melhores são os níveis de saúde, de participação na sociedade e de empregabilidade^{52,13}.

Bons níveis de literacia conduzem ao sucesso. Apesar do peso dos determinantes sociais e das experiências nos primeiros anos de vida, as intervenções sobre os determinantes educativos e económicos são essenciais para que as sociedades sejam inclusivas, equitativas, economicamente produtivas e saudáveis.

A literacia em saúde depende do nível de literacia em geral e vice-versa.

Neste âmbito, compreende-se a importância do trabalho conjunto e sustentado entre a Educação e a Saúde para aumentar os níveis de literacia em geral e de literacia em saúde. Pela sua relação com o aumento do pensamento crítico e influência na capacidade de tomada de decisão, em particular da tomada de decisão em saúde, urge conhecer e potenciar a intervenção da Saúde Escolar.

A Escola, pelo papel central que tem de promover a literacia e de contribuir em geral para o sucesso educativo de todos os seus intervenientes, surge como *setting* prioritário. Melhorar a literacia em saúde, na Escola, significa capacitar e dar poder a todos os elementos da comunidade educativa para assumirem a responsabilidade pelos seus comportamentos em saúde.

As desigualdades em saúde dizem respeito à existência de diferenças no estado de saúde e nos respetivos determinantes entre diferentes grupos da população. Algumas são inevitáveis, mas outras afiguram-se desnecessárias e evitáveis, configurando injustiças relativas, socialmente geradas e mantidas, que traduzem verdadeiras iniquidades em saúde,

⁵² Kickbusch, I. et al. *Health literacy. The solid facts* WHO Regional Office for Europe, 2013. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/health-literacy-the-solid-facts>

tornando-se, por isso, mandatário, no plano ético, tomar medidas que as permitam reparar⁵³.

A Saúde Escolar, ao trabalhar com toda a comunidade educativa, tem um papel ativo na promoção da equidade em saúde, entendida como igual oportunidade de cada cidadão atingir o seu potencial de saúde⁴⁷.

1.4.1. Literacia e literacia em saúde

39

Literacia é a capacidade de ler, escrever, perceber e interpretar o que é lido⁵⁴.

Literacia em saúde foi definida como o conjunto de competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para aceder, compreender e utilizar a informação de forma a promover e manter a boa saúde.

A literacia em saúde está relacionada com a literacia em geral. O processo de aprendizagem mobiliza o conhecimento e desenvolvimento pessoal para a tomada de decisões no dia a dia sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a qualidade de vida ao longo do ciclo de vida⁵².

A Escola pode contribuir para a melhoria da literacia em saúde¹³, desenvolvendo:

- Competências básicas em promoção da saúde que facilitam a adoção de comportamentos protetores da saúde e de prevenção da doença, bem como o autocuidado;
- Competências da pessoa com doença para se orientar no sistema de saúde e agir como um parceiro ativo dos profissionais;
- Competências como consumidor para tomar decisões de saúde, selecionar bens e serviços e agir de acordo com os seus direitos, caso necessário;
- Competências como cidadão informado e conhecedor dos seus direitos em saúde, capaz de participar no debate de assuntos de saúde, integrado nas estruturas de saúde e organizações de doentes.

Este conjunto de competências permite identificar caminhos com vista à capacitação da comunidade educativa em literacia em saúde.

⁵³ Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Eixo estratégico Equidade e acesso aos cuidados de saúde. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/>

⁵⁴ in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa, 2008-2013, <http://www.priberam.pt/dlpo/literacia> [consultado em 11-03-2014].

No âmbito do PNSE | 2014, as Equipas de Saúde Escolar podem:

- Articular programas, projetos, atividades e intervenções que promovam a saúde e a cidadania, capacitem para a responsabilização dos indivíduos em matéria de bem-estar e de estilos de vida saudável;
- Identificar o nível de literacia em saúde dos diversos elementos da comunidade educativa e das suas necessidades em aquisição de competências para prevenção de doenças, promoção da saúde e acesso a cuidados de saúde;
- Com base no diagnóstico do nível de literacia da comunidade educativa:
 - Planear intervenção articulada para responder ao conjunto de necessidades;
 - Melhorar o acesso às fontes de informação sobre saúde, disponibilizando recursos culturalmente adequados e cientificamente corretos e fontes de pesquisa idóneas para aumentar a compreensão da informação;
 - Melhorar a compreensão da informação técnica sobre saúde veiculados no currículo ou não;
 - Dinamizar e validar iniciativas de saúde, como produção de materiais simples, práticos e adequados às idades dos diferentes elementos da comunidade educativa e culturalmente adaptados (particularmente para grupos étnicos e/ou de maior vulnerabilidade social e de saúde);
 - Utilizar as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) na melhoria da literacia em saúde das crianças e dos jovens;
- Promover a utilização de dispositivos portáteis, como telemóveis, *smartphones*, *iPads*, enquanto ferramentas úteis para a promoção da literacia em saúde;
- Promover a criação de comunidades virtuais de pais/encarregados de educação, enquanto mecanismo para a promoção da literacia e da literacia em saúde;
- Desenvolver formas de comunicar saúde na Escola e com os *media* locais;
- Melhorar a utilização dos recursos e a redução dos gastos em saúde, desenvolvendo experiências inovadoras de prevenção e gestão das doenças de evolução prolongada, através das TIC;
- Avaliar as intervenções de promoção de literacia em saúde, através de abordagens de investigação avaliativa que poderão traduzir-se em experiências, metodologias e instrumento concretos partilháveis.

A literacia em saúde é um determinante e dimensão-chave da saúde dos cidadãos. É, inclusive, um preditor do *status* de saúde das populações e todos devem ter direito e acesso às informações sobre saúde e sobre o sistema de saúde.

Reduzida literacia em saúde dos cidadãos aumenta custos à sociedade, aos sistemas de saúde, às pessoas e às famílias. Metade da população europeia tem baixos níveis de literacia, revelando reduzidas competências na gestão da saúde individual, no acesso aos serviços de saúde, na compreensão da informação disponível e na tomada de decisão. Assim, planear iniciativas promotoras da literacia em saúde para grupos-alvo de maior vulnerabilidade contribui para reduzir as desigualdades sociais e em saúde, e para aumentar a equidade.

Os profissionais de saúde devem integrar no processo de capacitação dos cidadãos as competências em saúde, em particular sobre acessibilidade aos recursos e serviços de saúde e à compreensão da informação de saúde⁵⁵, extensível e treinada no *setting* Escola.

1.4.2. Equidade e equidade em saúde

A saúde e o bem-estar constituem um dos aspetos principais de uma sociedade bem-sucedida, inclusiva, justa e, no século XXI, coerente com o nosso compromisso coletivo em relação aos direitos humanos no âmbito nacional e internacional.

A Conferência do Rio+20⁵⁶ destaca a necessidade de olhar para as desigualdades em saúde como uma responsabilidade partilhada, que exige o compromisso de todos os sectores governamentais, de todos os segmentos da sociedade e de todos os membros da comunidade em prol de uma ação global de “todos pela equidade” e “saúde para todos”.

A promoção da equidade em saúde é fundamental ao desenvolvimento sustentável e a uma melhor qualidade de vida e bem-estar para todos, o que, por sua vez, contribui para a paz, a segurança e o sucesso. Na Europa, as desigualdades em saúde são uma importante prioridade de saúde pública⁵⁷, porque existem desigualdades sociais e riscos em saúde muito díspares entre os países e dentro de cada país.

⁵⁵ World Health Organization (2013). *Health Literacy, The solid facts* [Internet]. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe; Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/health-literacy-the-solid-facts>

⁵⁶ Rio+20. United Nations Conference on Environment and Development, June 20-22, 2012. <http://www.uncsd2012.org/index.php?menu=117>

⁵⁷ World Health Organization, Regional Office for Europe (2013). *Governance for health equity in the WHO European Region*. [Internet]. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe; Disponível em <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/governance-for-health-equity-in-the-who-european-region>

Promover a equidade em saúde implica:

- Intercolaboração entre sectores;
- Envolvimento e participação dos cidadãos nas políticas e processos de saúde;
- Metodologias de “governança” transparentes, abertas e em rede;
- Envolvimento de diferentes parceiros;
- Trabalho a diversos níveis hierárquicos nos sistemas;
- Intervenção fundamentada na evidência científica e implementação de políticas adaptativas.

42

A evidência relaciona o aumento da capacidade de assumir o controlo sobre os determinantes da saúde da “comunidade”, quando, localmente, os cidadãos identificam e propõem soluções para os problemas encontrados e conhecem as decisões das entidades locais e os recursos disponíveis para melhorar a saúde e os seus determinantes⁵⁷.

A nível local, defende-se a participação ativa e o compromisso da comunidade para envolver pessoas e grupos num diálogo e processo construtivos.

A Saúde Escolar, ao preconizar grande parte da sua intervenção na capacitação da comunidade educativa, deve estimular a participação ativa dos seus elementos na vida escolar e treinar competências que contribuam para promover a equidade em saúde e a equidade em geral. No âmbito do PNSE| 2014, as Equipas de Saúde Escolar podem:

- Propor a integração de um eixo estratégico sobre equidade nos Projetos Educativos;
- Definir atividades que aumentem a sensibilidade sobre o tema e capacitem a comunidade educativa para uma cultura de equidade;
- Estimular a participação de todas as turmas dos diferentes níveis de educação e ensino na produção de propostas de promoção da equidade;
- Inventariar necessidades/problemas referentes às desigualdades sociais com impacto na saúde dos elementos da comunidade educativa;
- Assegurar o acesso a serviços de saúde e o apoio de serviços sociais, garantindo as necessidades de saúde;
- Dialogar com os parceiros, visando criar uma rede de respostas integradas, recursos ou outros, para apoiar as desigualdades identificadas na comunidade educativa;
- Avaliar os resultados obtidos e disseminar as boas práticas.

Promover a equidade em saúde na Escola, implica envolver a comunidade educativa e as redes sociais locais, assegurando que as necessidades dos grupos mais vulneráveis e em situação de risco são reconhecidas, nomeadamente se as refeições escolares estão garantidas, se os livros escolares são fornecidos e se eventuais apoios de saúde (próteses auditivas, cadeira de rodas e outros) estão disponíveis para os que deles necessitam.

Melhorar a equidade em saúde exige pragmatismo na intervenção, foco em objetivos concretos e resultados visíveis a curto e médio prazo.

Documento em
Discussão Pública

Documento em
Discussão Pública

2.**Qualidade e Inovação**

A qualidade e a inovação são indissociáveis no processo contínuo de aprofundamento do conhecimento, das competências e dos comportamentos.

O PNSE| 2014 pretende criar, junto das Equipas de Saúde Escolar, uma cultura de melhoria contínua da qualidade na intervenção com a Escola. Para isso, o desafio que se coloca é o de aplicar a evidência científica e os sistemas de informação na promoção de competências, na melhoria de comportamentos e nas práticas de saúde escolar.

45

Neste processo de melhoria, especificamente no âmbito dos determinantes das doenças transmissíveis e não transmissíveis, a divulgação e implementação das Normas e Orientações técnicas emitidas pela DGS, em sede dos respetivos Programas, podem ser um ótimo instrumento formativo, influenciar a qualidade em saúde e concorrer para uma intervenção normalizada em meio escolar.

A inovação que se quer premiar é a forma criativa como as Equipas de Saúde Escolar implementam o Programa, ultrapassam os obstáculos à promoção do bem-estar e se organizam com a comunidade para reduzir os determinantes sociais da saúde.

A implementação do PNSE| 2014 requer parcerias assentes num valor comum – a saúde das crianças e dos jovens constitui um bem público que tem de ser promovido e preservado. A intervenção emerge de um compromisso dos parceiros e está, objetivamente, plasmada nos seus documentos estratégicos.

O desafio da excelência e da inovação cumpre-se quando o PNSE|2014 englobar a promoção da saúde, a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde especiais e a avaliação dos riscos ambientais e estruturais em todas as escolas abrangidas pelo Programa.

O PNSE | 2014 pretende inovar, o que significa, comunicar melhor, gerir de forma diferente a informação e o conhecimento, aproveitar o potencial das tecnologias de informação, reconhecer e valorizar a criação de redes de profissionais, comunidades virtuais e Embaixadores da Saúde Escolar que, para além do seu envolvimento na promoção da literacia em saúde, possam ser exemplos de envolvimento e motivação da comunidade educativa.

2.1.

Metodologia de trabalho

A metodologia de trabalho proposta assenta no modelo dos **cinco passos para uma abordagem holística da promoção da saúde na escola**⁵⁸ e pode ser usada no desenho de projetos do pré-escolar ao ensino secundário, por profissionais de saúde e de educação, bem como por todos os outros envolvidos neste processo.

A abordagem holística da saúde na escola, desde o início do processo até à sua consolidação, percorre **cinco passos**: (1) como começar, (2) avaliação inicial, (3)



planeamento das ações, (4) desenvolvimento das ações, (5) monitorização e avaliação das ações.

Este modelo pode ser usado de diferentes formas, dependendo das necessidades e das prioridades da comunidade educativa.

De um modo geral, todas as escolas abordam tópicos de saúde, inseridos ou não nos currículos, e/ou têm projetos de promoção de competências sociais e emocionais. O modelo proposto visa integrar as ações, tornar o processo mais compreensivo e pôr em prática as atividades.

Para as Escolas que já se consideram EPS, o modelo ajuda a atualizar e a planear atividades que contribuem para melhorar o bem-estar e a mudança de paradigma.

O **1.º passo** começa com a assunção do compromisso localmente. Pode ser enquanto resposta a um desafio nacional, do Agrupamento de Escolas ou do Agrupamento de Centos de Saúde (ACES)/Unidade Local de Saúde (ULS), ou porque a comunidade educativa está preocupada com os determinantes de saúde das crianças e dos jovens, ou simplesmente porque a Escola quer aderir ao movimento das EPS.

Esta fase envolve:

- Motivação, discussão e tomada de decisão consensualizada;
- Apoio da direção da Escola/Agrupamento, que deverá liderar o processo, mesmo que a proposta de adesão tenha surgido do exterior da escola;

⁵⁸ Safarjan E, B Goof, Ruiter S. SHE online school manual: 5 steps to a health promoting school. December 2013, Disponível em: www.schoolsforhealth.eu/forschools/

- Apoio de toda a comunidade educativa, que deverá ter uma visão semelhante do que é a EPS e dos resultados que se pretendem obter com este processo;
- Inclusão das seis componentes da abordagem holística da saúde na escola;
- Construção de consensos, em reuniões de trabalho, no diálogo e nas visitas a escolas com boas práticas em promoção da saúde;
- Identificação dos parceiros e envolvimento de outras partes interessadas;
- Identificação dos recursos disponíveis (humanos e financeiros);
- Criação de um grupo de trabalho com representantes da comunidade educativa e dos parceiros;
- Planeamento e avaliação das atividades, tipo de avaliador ou equipa de avaliação;
- Desenho de um plano de comunicação com mensagens objetivas e simples, nos canais mais adequados, que vai sendo adaptado a cada fase do projeto.

O **2.º passo** envolve o diagnóstico de situação, que deve ser feito pelo grupo de trabalho e incidir sobre as políticas e as práticas em saúde e bem-estar na Escola, com vista à definição de prioridades e necessidades da comunidade educativa. O diagnóstico tem por base um questionário dirigido para as seis componentes da abordagem holística da saúde na Escola.

Para isso, a Escola pode construir um instrumento de avaliação ou utilizar o instrumento disponível da *Schools for Health in Europe*⁵⁹.

O **3.º passo** envolve a elaboração de um plano de ação. Tendo em conta as necessidades sentidas e as prioridades estabelecidas pela comunidade educativa, devem ser definidas as finalidades, os objetivos e os indicadores de avaliação para cada prioridade.

No final de cada ano, ou sempre que for oportuno, os resultados deverão ser divulgados para os órgãos da Escola, parceiros e comunicação social.

Nesta fase, no 1.º ano, estabelecer uma prioridade, avaliá-la e mantê-la no 2.º ano e seguintes. No 2.º ano e seguintes utilizar o mesmo procedimento.

O **4.º passo** envolve a integração das atividades de promoção da saúde na vida do dia a dia da Escola.

Nesta fase, destaca-se a organização, delegação de responsabilidades, apoio dos pais, dos alunos e dos parceiros locais na realização das tarefas com que todos se comprometeram.

⁵⁹ *Schools for Health in Europe*. SHE rapid assesment Tool, december 2013 <http://www.schools-for-health.eu/she-network>

Coordenação e comunicação são vitais para atingir os objetivos propostos, não só para responder aos desafios mas também para celebrar sucessos.

O **5.º passo** envolve a comparação dos resultados e a avaliação da efetividade das intervenções de promoção da saúde na escola. As prioridades, as necessidades e os resultados esperados podem não ter sido atingidos, o que obriga a uma revisão do processo de planeamento.

48

A avaliação pode ser de processo e de resultado. A avaliação de processo avalia em que medida as atividades foram desenvolvidas conforme planeado. A de resultado avalia as atividades executadas no curto prazo (*output*) e em que medida os objetivos ou os indicadores foram atingidos e tiveram impacto positivo na saúde (*outcome*).

Nesta fase, é necessário analisar criteriosamente os resultados e considerar a promoção da saúde como um processo em movimento. As boas práticas devem ser incorporadas na vida da Escola e divulgadas na comunicação social, devendo ser regularmente reavaliadas e atualizadas.

As **seis componentes**, indispensáveis para essa abordagem holística da promoção da saúde na escola, incluem:

- (1) Políticas escolares saudáveis, que incluem, explicitamente, a promoção da saúde no Projeto Educativo da Escola (PEE), operacionalizado no Plano anual de atividades;
- (2) Ambiente físico, que respeita as condições do edifício, do espaço de jogo e recreio e do espaço peri-escolar;
- (3) Ambiente social, que respeita a qualidade das relações entre todos os elementos da comunidade educativa;
- (4) Competências individuais e capacidades para a ação, que respeitam a melhoria do nível de literacia em saúde, responsabilização pela saúde e *empowerment*;
- (5) Ligação à comunidade, que respeita as relações da escola com as famílias e as parcerias com outros sectores;
- (6) Parceria com os serviços de saúde, que respeita a promoção da saúde na escola, a melhoria do nível de saúde dos alunos e da comunidade escolar e o apoio aos que têm NSE.

2.2.**Inovação**

Inovar em saúde é comunicar melhor, gerir de forma diferente o conhecimento e aproveitar o potencial das tecnologias de informação. Inovar em saúde escolar é ser criativo e interativo, partilhar experiências e aprender com as dificuldades. Inovar na promoção da saúde é trabalhar em rede sem perder a identidade.

O PNSE|2014, ao aproveitar o potencial das TIC, tem um valor acrescentado na otimização dos resultados da saúde e contribui para a melhoria da literacia e de promoção da saúde na comunidade educativa.

Inovar, no contexto do PNSE, é criar oportunidades de divulgação de informação, de participação de novos atores e sectores que contribuam para um debate mais vigoroso e dinâmico em torno da saúde escolar, da literacia em saúde e da saúde em geral.

Inovar, no domínio da saúde escolar, significa reformular as técnicas de aceder à comunidade educativa, partilhar a boa informação de saúde e construir conhecimento com os meios disponíveis e os recursos existentes, ao mesmo tempo que potencia ganhos de eficiência na intervenção.

Inovar em saúde escolar é criar comunidades educativas virtuais de pais/encarregados de educação, profissionais de educação e de saúde, alunos de todos os níveis de ensino que, através do uso das plataformas interativas, partilham informação de saúde e melhoram o seu nível de literacia em saúde. A inovação refletir-se-á numa utilização mais eficiente dos serviços de saúde e dos cuidados preventivos.

Esta transformação da informação de saúde em produtos e serviços, facilmente acessíveis a comunidades virtuais de utilizadores, melhora a qualidade de vida, impulsiona o desenvolvimento pessoal e social. No contexto escolar, facilita a comunicação e promove a capacitação da comunidade educativa. A inovação necessita de suportes tecnológicos que são os grandes contribuintes e, ao mesmo tempo, os maiores beneficiários do desenvolvimento da sociedade.

As Equipas de Saúde Escolar, ao assumirem a responsabilidade pela implementação do PNSE|2014, necessitam ter uma excelente articulação com os diversos profissionais de saúde e de educação e com outros setores, e ser criativos na sua operacionalização, aplicando as tecnologias de informação de saúde na promoção da literacia em saúde da comunidade educativa.

O estado da arte da promoção da saúde em meio escolar e tendo em conta os objetivos do PNSE e os resultados que se pretendem obter, isto é, a melhoria da literacia em saúde, promoção da equidade e ganhos em saúde, exige dos profissionais de saúde planeamento, acompanhamento, cooperação, sistemas de informação adequados e muita criatividade.

Neste sentido foram definidos critérios que ajudam as Equipas de Saúde Escolar a monitorizar o seu desempenho e a implementação do PNSE nas escolas. Estes critérios, definidos em três níveis distintos de progresso, correspondem a objetivos nacionais do PNSE a alcançar localmente, refletindo a progressão realizada pelas equipas ao longo do tempo. Os níveis de progresso são:

Nível 1 ou Prata	○ O PNSE está incluído no Plano de Atividades do ACES, tem Coordenação e Equipa de Saúde Escolar. ○ O ACES tem uma parceria com o Agrupamento de Escolas/Escolas não Agrupadas. ○ A Equipa de SE desenvolve trabalho por projeto com o Professor PES. ○ As crianças com NSE são apoiadas pela Equipa de SE. ○ A Equipa de SE promove a capacitação da comunidade educativa para a saúde e o bem-estar. ○ A equipa SE avalia as condições de segurança do edifício escolar, do recreio e dos equipamentos de desporto e do espaço peri-escolar. ○ A Equipa SE avalia a qualidade do ar interior e/ou da água de consumo humano e/ou dos espaços escolares construídos. ○ A Equipa SE monitoriza os acidentes escolares e peri-escolares. ○ A Equipa SE colabora no Gabinete de Informação e Apoio ao Aluno, pontualmente. ○ A Equipa SE colabora na identificação das crianças e jovens com insucesso escolar.
Nível 2 Ou Ouro	Os critérios anteriores estão garantidos e consolidados. A mudança de nível implica: ○ O PNSE é objeto de contratualização pelas Unidades Funcionais do ACES. ○ A Equipa de SE integra a Equipa PES e, em conjunto, elaboram o projeto de PES da Escola, segundo uma metodologia de trabalho por projeto assente nos cinco passos e nas seis componentes das EPS. ○ A Equipa de Saúde Escolar avalia o nível de literacia em saúde da comunidade educativa (amostra). ○ Todas as crianças com NSE são apoiadas pela Equipa de SE e tem um PSI. ○ A Equipa de SE promove a capacitação da comunidade educativa para a saúde e o bem-estar, com foco no desenvolvimento socioemocional dos alunos. ○ A equipa SE avalia as condições de segurança do edifício escolar, do recreio e dos equipamentos de desporto e do espaço peri-escolar e o seu impacto na saúde. ○ A Equipa SE avalia os riscos ambientais da escola e do espaço peri-escolar com impacto na saúde. ○ A Equipa SE monitoriza os acidentes escolares e peri-escolares, tem projetos de prevenção e de promoção da mobilidade segura e sustentável.

	○ A Equipa SE colabora com o Gabinete de Informação e Apoio ao Aluno regularmente num horário definido. ○ A Equipa SE colabora na identificação das crianças e jovens com insucesso escolar e intervém, no que à saúde diz respeito, no contexto da equipa de intervenção pluridisciplinar. ○ A Equipa de SE desenvolve projetos de formação nas áreas identificadas como prioritárias, incluindo formação em primeiros socorros.
Nível 3 Ou Platina	Os critérios anteriores estão garantidos e consolidados. A mudança de nível implica: ○ A Equipa de SE desenvolve projetos de investigação-ação que concorrem para os objetivos do PNSE. ○ O projeto de PES da Escola, assente na promoção holística da saúde, aborda os tópicos de saúde considerados localmente prioritários, que tem por base um diagnóstico de saúde e bem-estar da população escolar. ○ A Equipa SE apoia as crianças com NSE, tem um PSI com a caracterização da situação e utiliza a terminologia da CIF. ○ A equipa SE em articulação com os parceiros, elabora o Perfil de Segurança e Saúde da Escola. ○ A Equipa SE em articulação com os parceiros, elabora o Perfil de Sustentabilidade Ambiente e Saúde da Escola. ○ A Equipa SE em articulação com os parceiros, dinamiza projetos de avaliação dos riscos, prevenção de acidentes e promoção da mobilidade segura e sustentável. ○ A Equipa SE integra o Gabinete de Informação e Apoio ao Aluno num horário definido, dinamiza ou apoia projetos ou ações específicas que contribuem para a saúde e o bem-estar. ○ A Equipa SE inclui os alunos com insucesso escolar no conceito de crianças e jovens com NSE. ○ A Equipa de SE é um recurso formativo da Escola para a melhoria da literacia em saúde da comunidade educativa.

A inovação exige empenho, algum engenho e arte e, também, predisposição para aceitar as oportunidades de mudança. A inovação é, portanto, um processo proactivo, dinâmico, criativo e renovador.

Inovar em contexto escolar implica a congregação de esforços multisectoriais que, pela otimização dos recursos existentes (humanos, físicos, tecnológicos e normativos), pela partilha de informação, do conhecimento, de experiências e de resultados, conduza à melhoria efetiva da saúde e ao bem-estar da comunidade educativa.

O PNSE|2014 privilegia esta intervenção evolutiva e renovadora, colocando o enfoque no desenvolvimento e aperfeiçoamento das práticas já implementadas pelas Equipas de Saúde Escolar, no que se refere à Promoção da Saúde, da Sustentabilidade, da Segurança e do Sucesso da comunidade educativa.

2.3.**Investigação e boas práticas**

No âmbito do PNSE |2014, a investigação deve ter sempre subjacente o seu objetivo geral, que é o de contribuir para a melhoria da literacia em saúde, adoção de estilos de vida saudáveis, inclusão, ambiente escolar seguro e sustentável das crianças e dos jovens.

A investigação em saúde escolar deve, por isso, considerar todos os modelos, embora se reconheça que se deve dar ênfase aos que melhor se enquadram nos seus objetivos. Numa perspetiva global, consiste em aplicar os diversos métodos e os diferentes tipos de investigação, em paralelo com os objetivos do Programa e com os determinantes sociais, económicos, educacionais, relacionais e ambientais que afetam os estilos de vida das crianças e dos jovens, num contexto específico chamado Escola.

Este é, naturalmente, um desiderato complexo que, apesar da investigação já produzida, continua a ser um campo de questões, reflexões e evidências ainda com muito por explorar.

A investigação em saúde escolar, que contribua para os objetivos do Programa, é uma das áreas que, no futuro, merecerá toda a atenção e apoio. Neste contexto, a investigação fundamental ou aplicada deve promover uma cadeia de valor, entendida como os processos que conduzem a ganhos em saúde.

Em Saúde Escolar há, com frequência, necessidade de aplicar às práticas do dia a dia um modelo de investigação, a que chamamos investigação-ação na qual os próprios grupos-alvo assumem a *responsabilidade de decidir sobre as mudanças necessárias, sendo as suas interpretações e análises críticas usadas como base para monitorizar, avaliar e decidir os passos seguintes da investigação*. Este modelo de investigação-ação aumenta a qualidade do processo e a qualidade das respostas.

A investigação em saúde é uma missão das unidades de saúde, mas requer profissionais diferenciados com formação científica, competências para elaborar e validar amostras e instrumentos de medida, bem como para analisar dados e comunicar resultados.

A área da promoção da literacia em saúde e da capacitação têm um interesse crescente na investigação em saúde escolar, pois é cada vez mais importante usar as medidas realmente eficazes na promoção de estilos de vida saudáveis e na redução dos comportamentos de risco na adolescência.

No âmbito do PNSE|2014, pretende-se apoiar a investigação, seja ela proposta pelas instituições da saúde, pela escola ou pela academia, desde que promova a melhoria do conhecimento científico e contribua para a qualidade, inovação e progresso.

A crescente diversificação e sofisticação das tecnologias têm um valor acrescido na cadeia de investigação, reduzindo custos e recursos e melhorando acessos, processos, partilha de informação e comunicação.

A investigação em saúde escolar tem o nobre objetivo de contribuir para melhorar a evidência científica sobre soluções que funcionam, pontos críticos, mudanças desejáveis e para identificar caminhos que conduzam ao desenvolvimento dos cidadãos e dos profissionais.

Tudo isto pode, igualmente, ser fruto da monitorização, *benchmarking* e avaliação dos processos e dos resultados que permitam identificar boas práticas, já que o *benchmarking* consiste na procura das melhores práticas para ser igual ou melhor. Pretende-se com estes processos identificá-las e divulgá-las, criando, assim, um leque de oportunidades para todos.

A DGS dispõe de alguns instrumentos de diagnóstico que, quando solicitados, poderão ser disponibilizados e poderá, eventualmente, constituir-se como um consultor para a investigação em saúde escolar.

2.4.**Orientações e Recomendações**

Ao longo dos anos o Sector da Saúde tem cooperado com o Sector da Educação na orientação e normalização de áreas específicas, como sejam: a área da alimentação, apoiando o regime da fruta escolar e os produtos que devem ser distribuídos na Escola; a área da educação sexual onde a Saúde assegura a acessibilidade dos jovens às unidades de saúde; a área da segurança e higiene dos estabelecimentos de educação, tendo contribuído para a modernização de muitos.

Na área da promoção e educação para a saúde os exemplos são vários: linhas orientadoras da educação sexual em meio escolar, referenciais sobre educação alimentar e atividade física, sexualidade e infeções sexualmente transmissíveis (IST), prevenção do consumo de substâncias psicoativas e saúde mental e prevenção da violência em meio escolar.

No âmbito do PNSE | 2014, existe um enorme potencial de normalização colaborativa entre os dois sectores, em áreas de preocupação comum, para as quais a Saúde e a Educação devem fazer recomendações conjuntas.

Destaque para:

- Inclusão de crianças com necessidades de educação e saúde;
- Acesso aos serviços de saúde das crianças que beneficiem de apoio social, com vista à melhoria da equidade em saúde, em especial das crianças que frequentam Escolas dos Territórios Educativos de Intervenção Prioritária (TEIP);
- Desporto escolar e promoção da atividade física, valorizando a sua prática diária e a sua importância na saúde e na redução dos riscos de doenças;
- Sustentabilidade ambiental, enquanto determinante da saúde das crianças;
- Segurança escolar e saúde, na perspetiva da educação para o risco e sua gestão, e para a adoção de comportamentos seguros;
- Impacto das novas tecnologias na saúde das crianças.

Na área dos determinantes das doenças transmissíveis e não transmissíveis, a intervenção da saúde escolar é muito mais que uma decisão clínica para a resolução de um problema de saúde, pois envolve um contexto comunitário que exige uma boa gestão da informação, simplificação das mensagens, compromisso interno e externo e incerteza nos resultados.

A normalização de procedimentos para uma doença transmissível, uma situação de pediculose ou um surto gripal numa escola requer, muitas vezes, a intervenção dos serviços de saúde pública e das equipas de saúde escolar na decisão, no acompanhamento e no esclarecimento.

No âmbito do PNSE, a elaboração de orientação técnicas, a sua divulgação e implementação, assim como o seu acompanhamento/monitorização em matéria de resultados constituem um elemento-chave para garantir a melhoria da saúde da população escolar.

55

Em função das matérias consideradas mais prevalentes na comunidade educativa, as normas e orientações serão elaboradas por peritos, sociedades científicas, universidades ou instituições prestadoras de cuidados, tendo em conta a evidência científica mais atual e o respeito pelo cumprimento dos princípios éticos e da transparência.

Documento em
Discussão Pública

Documento em
Discussão Pública

3.**Parcerias**

Um dos pontos críticos para o sucesso da intervenção da Saúde na Escola é o envolvimento de parceiros e o alinhamento das políticas dos diversos sectores para a obtenção de mais ganhos em saúde da comunidade educativa.

O reconhecimento desse valor começou ao nível nacional com a assinatura de um Protocolo de Colaboração entre a Direção-Geral da Educação (MEC) e a Direção-Geral da Saúde (MS), em 26 de fevereiro de 2014, com o objetivo de *colaborar a nível técnico, científico, pedagógico e logístico, no sentido de promover a Educação para a Saúde, desenvolver projetos de promoção de estilos de vida saudáveis assentes no desenvolvimento de competências sociais e emocionais, em todos os níveis de educação e ensino.*

Em Saúde Escolar, o sector da Educação é o parceiro principal para a promoção da saúde nas escolas, numa abordagem que se pretende holística e global, influenciando o ambiente e a política escolar e introduzindo transversalmente, em cada nível de educação e ensino, conteúdos de saúde no currículo. Neste âmbito, a parceria com a Educação, pode permitir:

- Potenciar a operacionalização do PNSE|2014 e aumentar o nível de literacia em saúde;
- Realizar formação conjunta de profissionais da educação e da saúde.

A Saúde em Todas as Políticas é uma estratégia de abordagem intersectorial, baseada na evidência de que as ações e políticas de outros sectores fora da saúde têm repercussões positivas ou negativas na saúde e na equidade⁶⁰. Visa a obtenção de ganhos em saúde e qualidade de vida, através de intervenções dirigidas aos grandes determinantes sociais da saúde, pelo que as Autarquias, o sector privado e o terceiro sector são parceiros essenciais.

Outros atores ou instituições alinhados com o PNSE|2014, num esforço sustentado e focalizado na justiça social, equidade e qualidade, que possam contribuir para uma cultura de responsabilidade, envolvimento e participação, são bem-vindos, seja a nível nacional, regional ou local.

As parcerias em Saúde, pelos contributos, pelo *know how*, pelas competências e por serem recursos potenciais, são uma mais-valia e contribuem para a capacitação da comunidade.

⁶⁰ Kickbusch E, 2007; Svensson PG, 1988, citado em Plano Nacional de Saúde, 2012-2016.

Documento em
Discussão Pública

4.**Formação**

O PNSE|2014 foca tópicos de saúde e de educação, áreas sociais e ambientais, metodologias de planeamento e avaliação que exigem dos profissionais de saúde formação inicial e contínua que lhes permita suprir eventuais lacunas da sua formação de base.

No âmbito do PNSE|2014, o trabalho é iminentemente intersectorial e interdisciplinar. Quem o implementa deve ter oportunidades formativas que permitam desenvolver competências para trabalhar em conjunto com representantes de outros sectores, dialogar, negociar e resolver conflitos.

O trabalho por projeto exige o domínio de uma metodologia própria que se aprende e se treina. Promover a literacia em saúde é integrar no desenvolvimento das competências cognitivas a compreensão da informação de saúde e do funcionamento dos sistemas de prestação de cuidados e é, também, decodificar mensagens e ajudar na tomada de decisão.

Na Escola, os profissionais de saúde podem desconstruir mitos e crenças e construir valores e motivação para a mudança de comportamentos em saúde. Esta é uma área que exige dos profissionais sólidos conhecimentos, compreensão das diferenças, respeito pelas culturas e capacidade de comunicar saúde. Outras áreas como a gestão das emoções, conflitos e tomada de decisão necessitam de formação prévia dos profissionais de saúde e de educação.

Capacitar a comunidade educativa é um longo processo que tem como ponto de partida a melhoria de competências dos seus diversos grupos (pais/encarregados de educação, alunos, professores e outros) para avaliar, analisar e agir em prol da sua saúde e, num contexto de oportunidades, desenvolver aptidões e ter um papel ativo no progresso da sua comunidade.

Prevê-se a realização de formação em serviço para profissionais de saúde e áreas afins com responsabilidade na saúde da comunidade educativa, visando a criação de bolsas de formadores em saúde escolar em todas as ARS.

No âmbito da formação académica, nos cursos profissionais e nos cursos superiores, propõe-se a inclusão das áreas de intervenção que a saúde escolar preconiza.

No âmbito da formação pós-graduada, serão feitas diligências junto das Universidades para a criação de programas de atualização, de aperfeiçoamento e de cursos que permitam a

obtenção de grau académico, nomeadamente programas de mestrado e de doutoramento em saúde escolar.

Documento em
Discussão Pública

IV

• Organização e estrutura executiva

Para uma boa gestão do PNSE|2014, a nível nacional, será criada uma estrutura executiva de coordenação, normalização, implementação, avaliação e consultadoria técnica, com vista à maximização dos ganhos em saúde da comunidade educativa à integração dos diversos sectores da sociedade que a podem influenciar.

61

Organização a nível nacional

O PNSE|2014 é gerido por um Coordenador do Programa e uma equipa técnica ao nível da DGS. A Coordenação do Programa é apoiada pelos responsáveis do PNSE em cada ARS.

- **Coordenação nacional** tem as seguintes competências:
 - Elaboração de orientações técnicas e normativas;
 - Acompanhamento, monitorização e avaliação do PNSE;
 - Investigação (delineamento de estudos periódicos nas diferentes áreas de intervenção, criação das condições para a sua execução e análise dos resultados);
 - Constituição e gestão de grupos de trabalho;
 - Formação.
- **Conselho Executivo:**

É constituído pelo Coordenador do PNSE|2014, pelos Coordenadores de Saúde Escolar de todas as ARS e por um representante da Direção-Geral da Educação. Reúne, pelo menos, quatro vezes por ano e sempre que necessário, para validação de Orientações e Normas a emitir pela DGS.
- **Grupo de Peritos:**

É constituído pelos Coordenadores Regionais e por peritos por eles propostos, de entre profissionais com conhecimento e experiência em saúde escolar, de qualquer unidade funcional ou serviço de saúde. Este grupo deve constituir uma bolsa de consultores e de técnicos que podem ser chamados a pronunciar-se sobre matérias específicas.

Reúne, regularmente, para elaboração e discussão de Orientações e Normas, a emitir pela DGS.

○ **Conselho Consultivo:**

É constituído por representantes da administração pública e da sociedade civil, nomeadamente de ordens profissionais da área da saúde, de sociedades científicas, de instituições académicas, e ainda, por representantes de outras organizações não-governamentais (como, por exemplo, Confederação das Associações de Pais) e de associações (como, por exemplo, Associação Nacional de Municípios).

Reúne, pelo menos, uma vez por ano, para apreciar os documentos de trabalho nacionais de apoio ao PNSE, podendo essa apreciação ser efetuada em sede de reunião ou por recurso às TIC.

Os diferentes Programas Nacionais da DGS, prioritários ou não, e os Programas Regionais das ARS, sempre que pretendam propor projetos (de intervenção ou de investigação) a desenvolver em contexto escolar, devem incorporá-los no Programa de Saúde Escolar. A conceção das ações e a sua implementação devem ser sempre desenvolvidas através do Programa e contribuir para os seus objetivos.

Os diretores dos Programas Nacionais, sociedades científicas, associações e organizações da sociedade civil poderão propor projetos para serem desenvolvidos no âmbito da Saúde Escolar, desde que garantam a alocação de meios para a sua implementação.

As propostas de projetos ou de colaboração devem ter em conta o ciclo de planeamento em saúde escolar (ano letivo), ficando salvaguardada a independência técnico-científica da avaliação por esta Comissão e a colaboração na seleção de estratégias de intervenção e na elaboração de materiais didáticos e pedagógicos.

Organização a nível regional

Em cada ARS, a gestão do PNSE é da responsabilidade do Departamento de Saúde Pública (DSP). O Conselho Diretivo da ARS designa um Responsável Regional, sob proposta do Diretor do DSP.

O Responsável Regional do Programa deve propor a nomeação de uma equipa técnica, constituída por profissionais com conhecimento e experiência na área, pelo menos um médico, um enfermeiro e outro técnico de saúde, com um mínimo de trinta e duas horas semanais para toda a equipa. Cada elemento da equipa regional deverá ter, no mínimo, oito horas semanais.

Organização a nível local

63

Em cada ACES/Unidade Local de Saúde (ULS), a gestão do PNSE é da responsabilidade da USP com o contributo das restantes unidades funcionais e deve ser sujeito a processo de contratualização.

Cabe à USP a gestão do PNSE|2014. O Coordenador da USP propõe ao Diretor Executivo do ACES / Presidente do Conselho de Administração da ULS:

- A designação de um responsável pelo PNSE no ACES/ULS, o qual deve pertencer à USP;
- A designação de uma Equipa Gestora de SE do ACES/ULS. Esta equipa deverá ter, pelo menos, cinco horas mensais por elemento e é responsável pela elaboração, acompanhamento e avaliação do Plano de Ação da Saúde Escolar do ACES/ULS;
- As Equipas Locais de SE do ACES/ULS são constituídas por profissionais com horas atribuídas, de acordo com o parque e população escolares. Estas equipas deverão ser multidisciplinares e integrar elementos das diferentes Unidades Funcionais (médicos, enfermeiros, higienistas orais, técnicos de saúde ambiental, técnicos de serviço social, psicólogos, psicopedagogos, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes técnicos ou outros);
- Cada Equipa Local de SE do ACES/ULS deve ter um núcleo composto por médico, enfermeiro e técnico de saúde ambiental, com uma carga horária de referência de 30 horas/semana, por cada grupo de 2500 alunos, a ajustar em função do número de escolas e da dispersão geográfica.

O órgão de gestão do ACES/ULS garantirá que as equipas de saúde escolar sejam constituídas por profissionais das diferentes unidades funcionais do ACES (USP, UCC, USF, UCSP e URAP), de acordo com as áreas de intervenção, os recursos necessários/disponíveis e as características geodemográficas do ACES/ULS.

Os representantes da Saúde, nos Conselhos Municipais de Educação, devem ser, sempre que possível, designados de entre os elementos da equipa de saúde escolar, nos termos do n.º 5 do art.º 12.º do Decreto-lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro, republicado pelo Decreto-lei n.º 137/2013 de 7 de outubro.

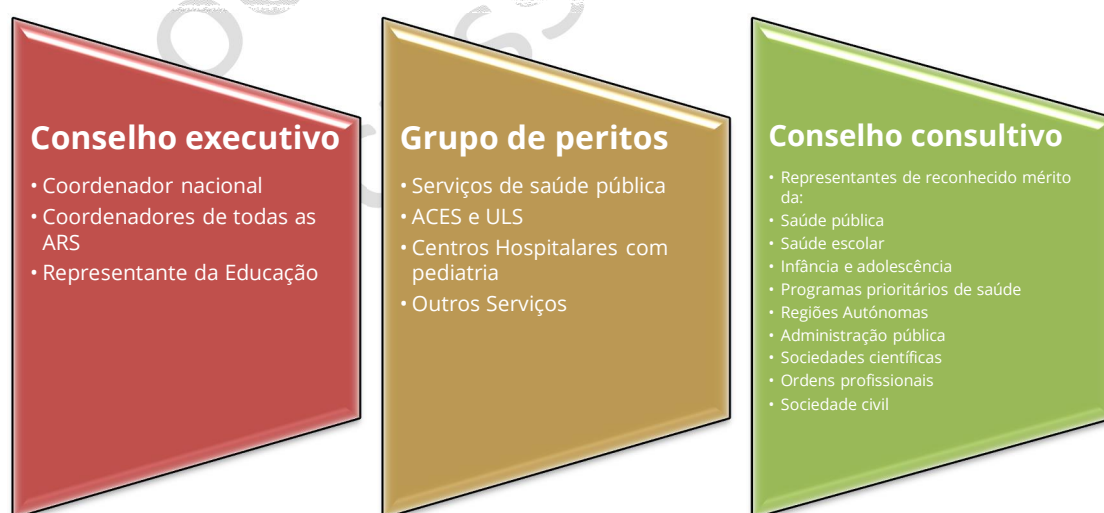
No caso de existirem representantes da Saúde nos Conselhos Gerais das Escolas, estes devem ser designados de entre os elementos da Equipa de Saúde Escolar.

O professor Coordenador da Promoção da Saúde no Agrupamento de Escolas pode integrar a equipa de Saúde Escolar do ACES/ULS.

A nível local, são constituídas equipas, a quem compete a implementação e a operacionalização do PNSE.

Estrutura Executiva

O PNSE tem a seguinte estrutura executiva:



FUNÇÕES: Planeamento, implementação, monitorização, avaliação e divulgação de boas práticas. Validação das Orientações Técnicas e das Normas a emitir pela DGS no âmbito do PNSE.

FUNÇÕES: Participa na elaboração de Orientações Técnicas e Normas sobre saúde escolar e matérias afins.

FUNÇÕES: Consultadoria técnica para apreciação dos documentos nacionais produzidos de apoio ao PNSE.



• Avaliação do Programa

As atividades do PNSE | 2014 estão orientadas para a obtenção de maiores ganhos em saúde na comunidade educativa, em especial das crianças e jovens.

A avaliação das atividades do Programa, como processo de análise aprofundada do seu impacto na saúde e dos seus determinantes, utiliza um conjunto de indicadores que permitem aferir em que medida as intervenções estão de acordo com o planeado e os resultados obtidos correspondem ao esperado, isto é, acrescentem mais-valia em saúde.

Os indicadores, quando sustentados na melhor evidência científica disponível e quando selecionados com rigor, são a ferramenta que melhor se aproxima do conhecimento em saúde e dos fatores que a influenciam, permitindo melhorar a gestão do processo e dos seus resultados e promover a melhoria contínua da qualidade em saúde.

Os indicadores do PNSE caracterizam a população escolar, avaliam a produtividade das Equipas de Saúde Escolar, a acessibilidade a cuidados de saúde das crianças e jovens com necessidades de saúde especiais, a efetividade e a eficiência das intervenções de promoção da saúde na Escola.

Na senda de um Quadro de Avaliação e Responsabilização em Saúde Escolar (QUARSE) foi selecionado um set mínimo de indicadores, cuja matriz faz parte integrante do Programa.

- Proporção de ACES com PNSE:
 - Incluído no Plano de atividades anual e plurianual do ACES;
 - Com coordenação do Programa;
 - Com as Equipas de Saúde Escolar necessárias;
 - Objeto de contratualização pelas Unidades Funcionais;
 - Com projetos de investigação-ação que concorrem para os objetivos do PNSE.
- Proporção de ACES com parceria com os AE/Escolas não Agrupadas para o desenvolvimento do PNSE:
 - Escolas abrangidas pelo PNSE, segundo o nível de educação e ensino (Pré-Escolar, 1.º CEB, 2.º CEB, 3.º CEB e Ensino Secundário);

- Proporção de alunos abrangidos pelo PNSE, segundo o nível de educação e ensino (Pré-Escolar, 1.º CEB, 2.º CEB, 3.º CEB e Ensino Secundário);
- Proporção de pessoal docente, em exercício abrangido pelo PNSE, segundo o nível de educação e ensino.
- Proporção de ACES com PNSE projetos de promoção da saúde e bem-estar, segundo o nível de educação e ensino (Pré-Escolar, 1.º CEB, 2.º CEB, 3.º CEB e Ensino Secundário):
 - Com projetos elaborados e desenvolvidos em conjunto;
 - Com projetos elaborados segundo uma metodologia de trabalho assente nos cinco passos e nas seis componentes das EPS;
 - Com projetos de desenvolvimento socioemocional dos alunos;
 - Com base num diagnóstico de saúde e bem-estar da população escolar.
 - Com projetos assentes num diagnóstico do nível de literacia em saúde da comunidade educativa;
- Proporção de alunos abrangidos por projetos de promoção da saúde e bem-estar em Escolas com PNSE, segundo o comportamento de saúde focado:
 - Saúde mental e emocional;
 - Educação alimentar/Padrão alimentar mediterrânico/ Atividade física;
 - Saúde oral;
 - Cuidados posturais e prevenção dos problemas musculoesqueléticos;
 - Mobilidade segura e prevenção de acidentes;
 - Educação ambiente e saúde;
 - Promoção dos afetos e educação para a sexualidade;
 - Comportamentos aditivos e dependências (tabaco, álcool e outras substâncias psicoativas);
- Proporção de outros elementos da comunidade educativa abrangidos por projetos de promoção da saúde e bem-estar em Escolas com PNSE.
- Proporção de alunos com Necessidades de Saúde Especiais acompanhados no pré-escolar e no 1.º ciclo do EB:
 - Por problemas de saúde ou doença crónica;
 - Com um Plano de Saúde Individual.



- Com um Plano de Saúde Individual e utilização da terminologia da CIF
- Por insucesso escolar;
 - Com apoio de equipa multidisciplinar;
 - Incluídos no conceito de NSE
- Proporção de Escolas seguras e saudáveis, abrangidas pelo PNSE:
 - Com condições de segurança do edifício escolar, do recreio e dos equipamentos de desporto e do espaço peri-escolar adequadas;
 - Com condições de segurança do edifício escolar, do recreio e dos equipamentos de desporto e do espaço peri-escolar e avaliação do seu impacto na saúde;
 - Com monitorização dos alunos vítimas de acidentes escolares e peri-escolares segundo o nível de educação e ensino (Pré-Escolar, 1.º CEB, 2.º CEB, 3.º CEB e Ensino Secundário);
 - Com projetos de avaliação dos riscos, prevenção de acidentes e de promoção da mobilidade segura e sustentável;
 - Com Perfil de Segurança e Saúde da Escola.
- Proporção de Escolas sustentáveis e saudáveis, abrangidas pelo PNSE:
 - Com qualidade do ar interior e/ou da água de consumo humano e/ou dos espaços escolares construídos adequados;
 - Com avaliação dos riscos ambientais da escola e do espaço peri-escolar com impacto na saúde.
 - Com Perfil de Sustentabilidade Ambiente e Saúde da Escola.
- Parcerias da Equipa de Saúde Escolar na implementação do PNSE:
 - Colabora no Gabinete de Informação e Apoio ao Aluno, pontualmente,
 - Colabora com o Gabinete de Informação e Apoio ao Aluno em horário definido;
 - Colabora com o Gabinete de Informação e Apoio ao Aluno num horário definido, dinamiza ou apoia projetos ou ações específicas que contribuem para a saúde e o bem-estar.
 - Desenvolve projetos de formação nas áreas identificadas como prioritárias, incluindo formação em primeiros socorros e literacia em saúde da comunidade educativa.



- Percentagem de alunos com excesso de peso aos 6 e 13 anos de idade;
- Percentagem de alunos obesos aos 6 e 13 anos de idade;
- Percentagem de alunos que praticam atividade física aos 15 anos de idade;
- Percentagem de alunos que consomem tabaco aos 15 anos de idade;
- Percentagem de alunos que consomem álcool aos 15 anos de idade;
- Percentagem de alunos com doença crónica (asma, diabetes, epilepsia e outras)

Documento em
Discussão Pública

• Glossário de termos

Capacidade de um profissional de saúde, equipa, organização ou sistema de saúde – “É uma aptidão para desempenhar de forma efetiva, eficiente e sustentável as funções definidas, contribuindo, assim, para a missão, políticas e objetivos estratégicos da equipa, organização e sistema de saúde”¹³.

Capacitação – Em ligação à promoção da saúde surge para “descrever o processo de desenvolvimento de competências pessoais, sociais e de sistemas para produzirem mudanças positivas, fortalecendo as suas capacidades para resolver problemas com efetividade”¹³.

Capacitação da Comunidade – “caracteriza-se pelo aumento das competências dos seus grupos para definir, avaliar, analisar e agir sobre as necessidades em educação, saúde e outros campos (...)”¹³.

Comunidade – São grupos de pessoas que podem ou não ser conectadas espacialmente, mas que partilham interesses comuns, preocupações ou identidades. As Comunidades podem ser de âmbito local, nacional, internacional ou mesmo de natureza global, podendo ter interesses específicos ou gerais^{61,62}.

Comunidade Educativa – Constituída pelos “alunos, professores, educadores, pais e encarregados de educação e pessoal não docente”⁶³.

DALY (*Disability Adjusted Life Years*) – é a soma dos anos de vida perdidos por morte prematura mais os anos de vida vividos com incapacidade. Um DALY equivale a um ano de vida saudável, perdido.

Efetividade – Medida do grau de concretização dos objetivos ou efeitos previamente definidos, nas condições reais de execução de um projeto no terreno⁶⁴.

Eficácia – Medida do grau de concretização dos objetivos ou efeitos pretendidos de uma dada intervenção ou tecnologia, em condições ideais da sua aplicação⁶⁴.

⁶¹ Laverac G. working document for discussion at the 7th Global Conference on Health Promotion, “Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap”. Nairobi, Kenya; 2009 out 26-30.

⁶² WHO. Health Promotion, Community Empowerment. Disponível em <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track1/en/>

⁶³ Diário da República n.º 79, 1ª Série, de 22 de Abril de 2008. Decreto-Lei n.º 75/2008 de 22 abril.

⁶⁴ Saúde na Comunidade. Guia Orientador para elaboração de indicadores. DGS, DSMIA, 2003

Eficiência - Medida do grau de concretização dos objetivos ou efeitos pretendidos de uma dada intervenção, tecnologia ou projeto, em função dos recursos gastos (horas de trabalho, unidades monetárias, etc.)⁶⁴.

Empoderamento (*Empowerment*) – Refere-se ao processo pelo qual as pessoas adquirem controlo sobre os fatores e decisões nas suas vidas. É o processo pelo qual as pessoas aumentam os seus ativos e atributos e adquirem capacidades de acesso, estabelecem parcerias, redes e/ou uma voz, a fim de obter o controlo.

Empoderamento Comunitário – Refere-se ao processo de capacitar as comunidades para aumentarem o controlo sobre as suas vidas. Este conceito na perspetiva de Laverac resulta da junção dos conceitos de comunidade e *empowerment*.

Escola Promotora de Saúde - “É um espaço organizado em termos humanos e técnicos, empenhado em proporcionar a aquisição de competências pessoais e sociais que permitam aos indivíduos e aos grupos melhorar a gestão da sua saúde e agir sobre fatores que a influenciam”⁶⁵.

Estratégia – “(...) conjunto de atividades concebidas de forma a serem aplicadas em fases cronologicamente sucessivas para, com base nos recursos disponíveis, se atingir uma determinada finalidade”⁶⁶.

Excesso de Peso⁶⁷ – De acordo com os critérios da OMS o excesso de peso (pré-obesidade + obesidade) é definido quando o IMC/idade é igual ou superior a +1 desvio padrão (DP) da mediana da referência equivalente ao Percentil 85, coincidente com o IMC de 25Kg/m² na idade adulta. O ponto de corte para a obesidade é considerado quando o IMC/idade é $\geq +2$ DP (equivalente ao Percentil 97), coincidente aos 19 anos com o IMC = 30Kg/m².

Literacia – “Consiste na capacidade para identificar, compreender, interpretar, criar, comunicar e usar as novas tecnologias, de acordo com os diversos contextos. A Literacia envolve um processo contínuo de aprendizagem que capacita o indivíduo a alcançar os seus objetivos, a desenvolver os seus potenciais e o

⁶⁵ Centro de Apoio Nacional à Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde. A Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde. Lisboa: Ministério da Educação; 2001.

⁶⁶ Last, J.M. (1988). *Um Dicionário de Epidemiologia*. 2ªed. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde.

⁶⁷ Portugal. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA, IP). Childhood Obesity Surveillance Initiative_COSI Portugal. Direção-Geral da Saúde: Rito AI, Paixão E, Carvalho MA, Ramos C. Lisboa: INSA, IP; 2011.

seu conhecimento, de modo a poder participar de forma completa na sociedade”⁶⁸.

Input – Categoria que, segundo o modelo de Donabedian, descreve a estrutura, os conceitos e os meios ou recursos utilizados, para a produção de serviços ou mercadorias. Também se pode designar pela palavra ‘entradas’⁶⁴.

Literacia funcional/básica – “Competências suficientes para ler e escrever, permitindo um funcionamento efetivo nas atividades do dia a dia”¹³.

Literacia interativa/comunicativa – “Aptidões cognitivas e de literacia mais avançadas que, em conjunto com as aptidões sociais, podem ser usadas para participar nas atividades do dia a dia, para extrair informação e significados a partir de diferentes formas de comunicação e aplicar essa nova informação”⁶⁹.

Literacia Crítica – Competências cognitivas mais avançadas que, juntamente com as aptidões pessoais, podem ser usadas para participar nas atividades do dia a dia, para extrair informação e significados a partir de diferentes formas de comunicação e aplicar essa nova informação.

Literacia em Saúde – Definida como as “habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para obter acesso a compreender e utilizar a informação de forma a promover e manter uma boa saúde”⁷⁰.

Obesidade Infantil – Ocorre quando o percentil do IMC ≥ 97 ⁷¹.

Outcome – Categoria que, segundo o modelo de Donabedian, descreve o impacto, isto é, a mudança observada na sociedade atribuível ao programa/projeto⁶⁴.

Output – Categoria que, segundo o modelo de Donabedian, descreve o(s) produtos imediato(s), também designados por ‘saídas’⁶⁴.

Pré-obesidade Infantil – Ocorre quando o percentil do IMC ≥ 85 ⁷¹

Promoção da Saúde – “É o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo

⁶⁸ UNESCO (2009). *United Nations Literacy Decade*, International Strategic Framework for Action. Disponível em <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001840/184023e.pdf>, p.6.

⁶⁹ Literacia em saúde mental. Capacitar as pessoas e as comunidades para agir. Série Monográfica Educação e investigação em Saúde. N.º 8. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2014.

⁷⁰ Mitic W, Kanj M. *Individual Empowerment, working document for discussion at the 7th Global Conference on Health Promotion, "Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap": Health Literacy and Health Promotion. Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region*. Nairobi, Kenya; 2009 out 26-30.

⁷¹ WHO. *Child Growth Standards: Growth reference 5-19 years*. WHO Reference. 2007. Disponível em <http://www.who.int/growthref/en/>

ou o grupo deve estar apto a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida” (WHO, 1986).

Documento em
Discussão Pública



• Referências

- I. Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (2013). Homepage. Disponível em <http://www.ansr.pt/>
- II. Carvalho, Joana e Frango, Paula (2011). Linhas de Orientação para o Desenho da Intervenção Preventiva no Consumo de Substâncias Psicoactivas Lícitas e Ilícitas. Lisboa: IDT - Núcleo de Prevenção - Departamento de Intervenção na Comunidade.
- III. Comissão das Comunidades Europeias, CCE. (2005). *Livro Verde: melhorar a saúde mental da população. Rumo a uma estratégia de saúde mental para a união europeia*. Bruxelas:CCE. Disponível em <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2005:0484:FIN:PT:PDF>
- IV. Collaborative for Academic, Social and Emotional Learning (2013). Effective Social and Emotional Learning Programs, preschool and elementary School Edition. Chicago: CASEL. Disponível em: <http://www.casel.org/research>
- V. Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco (2013). Homepage. Disponível em <http://www.cnpccjr.pt/>
- VI. Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco (2012). *Relatório Anual de Avaliação da Atividade das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens*. Acesso em novembro 12, 2013, de http://www.cnpccjr.pt/Relatorio_2012_28maio.pdf
- VII. Currie, C., et al (2012). *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged children (hbcs) study, International report from de 2009/10 survey*. Copenhagen: who Regional Office for Europe, 2102. Acesso em outubro 27, 2013. Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf
- VIII. Direção-Geral da Educação (2012). Bufetes Escolares – Orientações. Disponível em <http://www.dgidec.min-edu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=1>.
- IX. Direção-Geral da Educação (2012). Alergias Alimentares – Referencial. Disponível em <http://www.dgidec.min-edu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=1>.
- X. Direção-Geral da Educação (2012). Oferta Alimentar em Meio Escolar – Lista de Verificação. Disponível em <http://www.dgidec.min-edu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=1>.
- XI. Direção-Geral da Educação (2013). Circular n.º 3/DSEAS/DGE/2013. Orientações sobre ementas e refeitórios escolares 2013-2014. Disponível em <http://www.dgidec.min-edu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=1>
- XII. Direção-Geral da Saúde (2013). Programa Nacional Promoção de Alimentação Saudável. Plataforma contra a obesidade. Acesso em Novembro 17, 2013, de http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/homepage_institucional.aspx?menuid=113
- XIII. Durlak, J.A., Dymnicki, A.B., Schellinger, K.B., Taylor, R.B., & Weissberg, R.P. (2011). The Impact of Enhancing Students' Social and Emotional Learning: A Meta-Analysis of School-Based Universal Interventions. *Child Development*, 82(1), 405-432. doi:10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x.
- XIV. Durlak, J.A., Weissberg, R.P., Pachan, M. (2010). A Meta-Analysis of After-School Programs That Seek to Promote Personal and Social Skills in Children and Adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 45, 294-309. doi:10.1007/s10464-010-9300-6.
- XV. Elias, M.J., Frey, K.S., Greenberg, M.T., Haynes, N.M., ... & Weissberg, R.P. (1997). *Promoting social and emotional learning: guidelines for educators*. Alexandria, VA: Association for Supervision and Curriculum Development.
- XVI. EMCDDA (2011). European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals. Luxembourg: Publications Office of the European Union. EMCDDA Manuals No 7.
- XVII. European Commission (2011). Eurostat, Your Key to European Statistics. Acedido em novembro 14, 2013, site atualizado set 09, 2011. Disponível em <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/introduction>.
- XVIII. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - EMCDDA (2011). *The State of Drugs Problem in Europe*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Acesso em Novembro 15, 2013, de <http://www.oijj.org/en/docs/report/the-state-of-the-drugs-problem-in-europe-annual-report-2011>. 0.2810/44330.
- XIX. Fleischer, L. (2010). Developing Emotional Literacy: Transition Planning for Youth at Risk. *Reclaim children and Youth Journal*, 19 (1), 50-53. Disponível em <http://www.reclaimingjournal.com>

- XX. Guerra, N.G., & Bradshaw, C.P. (2008). Linking the prevention and positive youth development: core competencies for positive youth development and risk prevention. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 122, 1-17.
- XXI. Gulbenkian Global Mental Health Platform (2013). Acesso em novembro 20, 2013. Disponível em <http://www.gulbenkianmhplatform.com/platform>
- XXII. Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal (2013). Homepage. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main
- XXIII. International Juvenile Justice Observatory (2013). Homepage. Disponível em <http://www.oijj.org/en>
- XXIV. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Nova de Lisboa (2013). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, 1º Relatório. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Nova de Lisboa.
- XXV. Ministério da Educação (1986). Lei de Bases do Sistema Educativo. Lei n.º 46/86, D.R. n.º 237, Série I, de 1986-10-14. Acesso em Outubro 31, 2013, de <http://www.dgidc.min-edu.pt/index.php?s=directorio&pid=329>
- XXVI. Pigatto, N. (2010). A docência e a violência estudantil no contexto atual. Ensaio: *aval. pol. públ. Educ.*, 18(67), 303-324. Disponível em www.scielo.br/pdf/ensaio/v18n67/a07v1867.pdf
- XXVII. Ministério da Educação e Ministério da Saúde. Comissão de Coordenação da Promoção e Educação para a Saúde (2001). *A Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde*. Lisboa: Ministério da Educação.
- XXVIII. SICAD (2013a). "PLANO NACIONAL PARA A REDUÇÃO DOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DAS DEPENDÊNCIAS - 2013-2020".
- XXIX. Unicef (2012). *the State of the World's Children 2012. Children in urban world*. Unicef. Disponível em http://www.unicef.org/sowc/files/SOWC_2012-Main_Report_EN_21Dec2011.pdf
- XXX. Unicef (2004). *Convenção sobre os Direitos da Criança*. Acesso em Novembro 25, 2013. Disponível em http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
- XXXI. UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) (2013)– International Standards on Drug Use Prevention.
- XXXII. Who Europe (2013a). *Global Health Observatory Data Repository, European Region*. Disponível em <http://apps.who.int/gho/data/node.main-euro.686?lang=en>
- XXXIII. Who Europe (2013b). *Childhood obesity surveillance in the WHO European Region. Factsheet n.º 5*. European Observatory on Health Systems and Policies, Acesso em novembro 17, 2013. Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/123176/FactSheet_5.pdf
- XXXIV. Who (2013a). *Investing in Mental Health: Evidence for action*. Acesso em Outubro 12, 2013. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87232/1/9789241564618_eng.pdf
- XXXV. Who (2013b). *Mental Health Action Plan 2013-2020*. Acesso em Outubro 12, 2013. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf
- XXXVI. Who (2011). *Young People: health risks and solutions. Fact sheet n.º 345*. Acesso em Outubro 22, 2013. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/>
- XXXVII. Who (2000). *Local Action, Creating Health Promoting Schools*. Acesso em Outubro 16, 2013. Disponível em http://www.who.int/school_youth_health/media/en/88.pdf

Outras Consultas em:

- I. http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/health_determinants_lifestyle/c11570c_pt.htm
<http://www.wholechildeducation.org/what-works/resources/?tag=healthy>

Referências Bibliográficas: AMBIENTE E SAÚDE

- I. American School Health Association – www.ashaweb.org
- II. Australian Health Promoting Schools Association - www.ahpsa.org.au/
- III. Canadian Association for School Health - www.cash-aces.ca/
- IV. Deschenes, M., Martin, C., & Hill, A. (2013). *Comprehensive approaches to school health promotion: how to achieve broader implementation?* Oxford Journals, medicine, Health Promotion International, 18 (4), 387-396. Disponível em <http://heapro.oxfordjournals.org/content/18/4/387.full>
- V. Vilnius Resolution. 3rd European Conference on health promoting schools: "Better Schools through Health", June 2009. <http://www.schoolsforhealth.eu/>
- VI. U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) - www.cdc.gov/healthyyouth
- VII. WHO Regional Office For Europe (2011). Tools for the monitoring of Parma Conference commitments. Report of the meeting 25-26 november 2010. Disponível em : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/134380/e94788.pdf
- VIII. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs361/en/index.html> (Mercury and health)

WHO: Publicações

- IX. <http://www.unep.org/roa/hesa/Events/2ndInterMinisterialConference/tabid/6011/Default.aspx> (página da HESA: Health and Environment Strategic Alliance, da WHO para aceder a diversas publicações sobre o assunto saúde e ambiente).

Outras publicações WHO: Fact Sheets:

- X. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs361/en/index.html> (Mercury and Health)
XI. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs372/en/index.html> (Arsénio)
XII. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs371/en/index.html> (radiação ionizante...)
XIII. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs266/en/index.html> (alterações climáticas)
XIV. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs193/en/index.html> (campos eletromagnéticos...,)
XV. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs292/en/index.html> (saúde e poluição indoor)
XVI. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs350/en/index.html> (cancro relacionado com determinantes ocupacional e ambiental)
XVII. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs305/en/index.html> (saúde humana e radiação ultravioleta)
XVIII. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/index.html> (fatores risco adolescência)

Links de Interesse:

- XIX. <http://www.iuhpe.org/>
XX. <http://www.schoolsforhealth.eu/>
XXI. <http://heapro.oxfordjournals.org/content/18/4/387.full>
XXII. http://www.who.int/school_youth_health/gshi/hps/en/index.html



• Anexos

1. Plano de Saúde Individual
2. Recomendações sobre Cuidados posturais e prevenção dos problemas musculoesqueléticos
3. Perfil de Segurança e Saúde da Escola
 - a. Mapa de Registo dos acidentes escolares e peri-escolares
 - b. Orientação para a mobilidade segura
4. Perfil de Sustentabilidade Ambiente e Saúde da Escola
5. Orientações sobre Metodologia de Trabalho por Projeto
6. Orientação para o Desenvolvimento de Projetos de Competências Socio-Emocionais
7. Bilhete de Identidade dos Indicadores de Avaliação do PNSE | 2014



Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa - Portugal
Tel: +351 21 843 05 00
Fax: +351 21 843 05 30
E-mail: geral@dgs.pt