



Departamento de Sociologia

Lógicas discursivas sobre a Saúde e a Escola  
A política portuguesa de saúde escolar em análise

Brígida Alexandra Amaral Mendes Riso

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de  
Mestre em Saúde, Medicina e Sociedade

Orientador:

Doutor Luís Manuel da Graça Henriques, Professor Auxiliar,  
Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa

Co-orientadora:

Doutora Graça Maria Gouveia da Silva Carapinheiro, Professora Catedrática,  
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Junho, 2012

## **RESUMO**

A elaboração de políticas de saúde específicas para o meio escolar tem promovido o reconhecimento de que a organização escolar é um local interessante para a aprendizagem de conceitos e práticas saudáveis, logo desde a infância, podendo gerar ganhos em saúde a longo prazo.

Esta pesquisa procura conhecer as tendências dominantes de gestão e estratégia política no que respeita à saúde na escola, pensando esta última como um espaço social de funcionamento de políticas de saúde específicas para a realidade escolar. Pretende-se contribuir para a problematização do fenómeno de desenvolvimento de políticas de saúde escolar, fornecendo alguns elementos empíricos que permitam compreender os fundamentos e alcance da política de saúde escolar. O discurso político e governamental difundido pelos documentos que configuram a saúde na escola foram o ponto de partida para esta análise, justificando a opção pelo método qualitativo e a escolha da pesquisa documental como técnica de recolha de dados e, conseqüentemente, a opção pela análise de conteúdo.

A importância da ciência, nomeadamente da pericialidade médica, na elaboração de políticas de saúde, o risco enquanto eixo organizador do discurso sobre a promoção da saúde na escola e a ênfase na responsabilidade individual na construção e na prática de saúde, foram os principais elementos que conduziram a reflexão sociológica em torno da política de saúde escolar em Portugal.

**Palavras-chave:** saúde escolar, promoção da saúde, risco, políticas de saúde, discurso político.

## **ABSTRACT**

The continuous development of health policies applied to schools has provided the acceptance of school as an interesting place for learning health concepts and healthy practices, since childhood, in order to obtain long term health gains.

This research seeks to know the dominant trends in management and political strategy with regard to school health, considering the school as a social space for the functioning of particular health policies. The aim is to questioning the phenomenon of developing school health policies, providing some empirical evidence for understanding the rationale and scope of school health policy. The governmental and political discourse widespread by policy documents that shape the school health were the starting point for this review, justifying the choice of a qualitative method and documental research selection as a technique for data collection and therefore the option by content analysis.

The importance of science, namely of the medical expertise, in policies elaboration, risk as the central thrust of the discourse on health promotion in school and the emphasis on individual responsibility in the construction and practice of health, were the main elements that guided the sociological reflection around the school health policy in Portugal.

**Key-words:** school health, health promotion, risk, health policies, risk, political discourse.

## ÍNDICE

Introdução.....	1
I. Das políticas de saúde à saúde na escola .....	3
1. O desenvolvimento de políticas de saúde e promoção da saúde em Portugal .....	3
2. A promoção da saúde enquanto linguagem política da saúde.....	6
3. A construção da escola como lugar da saúde: apontamentos do caso português.....	11
II. Opções metodológicas .....	18
III. Apresentação e análise de resultados .....	21
1. Para um enquadramento da política de saúde escolar: os documentos em análise .....	21
1.1 <i>Lei de Bases do Sistema Educativo (LBSE)</i> .....	21
1.2 <i>Lei de Bases da Saúde (LBS)</i> .....	21
1.3 <i>PNS 2004-2010: Mais saúde para todos (PNS)</i> .....	22
1.4 <i>Protocolo ME e MS (Protocolo)</i> .....	22
1.5 <i>Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE)</i> .....	22
1.6 <i>Relatório Final do GTES (RF GTES)</i> .....	23
2. A escola e a saúde no discurso político.....	24
2.1 <i>A visão de saúde: velhas questões ou novas configurações?</i> .....	24
2.2 <i>A saúde na política: o discurso político no desenho de ambientes e cidadãos saudáveis</i> .	27
2.3 <i>As responsabilidades da escola na saúde</i> .....	30
2.4 <i>Construindo uma escola mais saudável: atributos, espaços, actores e modos de actuação</i>	32
3. A política portuguesa de saúde escolar revisitada: síntese de resultados.....	39
Considerações finais - novos pontos de partida .....	42
Fontes .....	43
Bibliografia.....	44

## LISTA DE ABREVIATURAS

CAN – Centro de Apoio Nacional da Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde  
DGIDC – Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (Ministério da Educação)  
DGS – Direcção Geral de Saúde  
EPS – Escola Promotora de Saúde/Escolas Promotoras de Saúde  
EUA – Estados Unidos da América  
GTES – Grupo de Trabalho de Educação Sexual/Saúde  
IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis  
LBS – Lei de Bases da Saúde  
LBSE – Lei de Bases do Sistema Educativo  
ME – Ministério da Educação  
MS – Ministério da Saúde  
NEE – Necessidades Educativas Especiais  
NSE – Necessidades de Saúde Especiais  
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico  
OMS (WHO) – Organização Mundial de Saúde  
ONU – Organização das Nações Unidas  
OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde  
PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa  
PNS – Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais saúde para todos  
PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar  
PPES – Programa de Promoção e Educação para a Saúde  
RNEPS – Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde  
SHE – *Schools for Health in Europe – Network* (Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde)  
SNS – Serviço Nacional de Saúde  
UE – União Europeia  
WHO (OMS) – *World Health Organization*

## INTRODUÇÃO

O conceito de promoção da saúde tem conquistado protagonismo nas políticas de saúde nacionais e internacionais. A própria “saúde” transformou-se num indicador de desenvolvimento de uma sociedade, reflectindo o grau em que esta proporciona qualidade de vida aos seus cidadãos. O aumento da dotação orçamental e os crescentes gastos no sector da saúde conduziram a uma aposta política de âmbito internacional em programas e planos de saúde que enfatizam a necessidade de proteger e preservar a saúde, insistindo em estratégias que se centram no fomento de estilos de vida saudáveis e na prevenção de determinadas doenças.

A elaboração de políticas de saúde específicas para o meio escolar tem promovido o reconhecimento de que a organização escolar é um local interessante para a aprendizagem de conceitos e práticas saudáveis, logo desde a infância, podendo gerar ganhos em saúde a longo prazo. À semelhança de outras áreas da saúde e da promoção da saúde, a OMS tem sido, nas últimas décadas, uma entidade de referência no que respeita à definição de normas e boas práticas em saúde escolar, fornecendo linhas orientadoras que foram adoptadas, em termos políticos, em vários países. Portugal procurou acompanhar a evolução da política de saúde mundial e europeia seguindo, do ponto de vista discursivo, algumas das direcções sugeridas pela OMS e outros organismos europeus, como a UE, elaborando uma política de saúde escolar e integrando a rede europeia de escolas promotoras de saúde.

No actual contexto nacional, em que a agenda política se debate com dificuldades de gestão orçamental no sector da saúde, pode questionar-se o porquê de se continuar a apostar no desenvolvimento de programas de promoção da saúde escolar. Qual o papel atribuído à escola para que sejam elaboradas políticas de promoção da saúde específicas para o sector? Sobre que actores recai a responsabilidade da promoção da saúde em meio escolar? Em que problemas se centra a promoção da saúde na escola? Quem define as áreas de intervenção prioritárias? São algumas das questões com que se iniciou esta pesquisa. A política de saúde escolar envolve uma multiplicidade de actores com diferentes interesses, saberes e formas de actuação, com maior ou menor ponderação atribuída e também uma determinada mobilização de recursos, de racionalidades sobre o que é a escola, o que é a saúde e o que deve ser uma escola que promove a saúde. A escola não é um campo asséptico, isento de valores ou moral, está sujeita a inúmeras pressões e constrói racionalidades de funcionamento, podendo-se porventura falar-se em racionalidades escolares, já que a realidade de cada escola se pode considerar única. Para a saúde na escola, para além dos saberes dos alunos, principal alvo da escolarização, concorrem saberes dos profissionais de educação e de saúde, e concorrem também políticas de saúde e de educação com diferentes objectivos e estratégias.

Embora podendo partir de uma mesma política e de uma mesma orientação normativa, admite-se que a prática da promoção da saúde na escola e da saúde escolar é diferente em cada país e num mesmo país diferente de escola para escola. Depois de um trabalho de campo anterior (Riso e Santos, 2007) e de alguns contactos e experiências com a realidade da saúde escolar portuguesa enquanto

enfermeira, a investigadora teve oportunidade de constatar que as práticas, os saberes e as percepções do que é e de como deve ser a saúde escolar influenciam significativamente a forma como se procura praticá-la. Não se procura analisar, neste estudo, a discrepância entre as práticas de saúde escolar e as orientações políticas, mas antes analisar o que está na sua origem em termos legislativos e políticos, sobretudo no plano discursivo, tendo em conta que a forma como é definida a promoção da saúde em meio escolar e até o modelo linguístico adoptado pode conduzir a práticas condizentes com o mesmo.

Constituiu-se como *objecto* desta investigação “o discurso político actual sobre a saúde escolar em Portugal”. Que aspectos teóricos estiveram na origem da sua formulação, que objectivos, que formas de actuação e que actores estão envolvidos são alguns dos aspectos que se procuraram identificar e analisar, observando a política de saúde escolar como, mais do que a expressão de uma política partidária, como um reflexo de uma visão da saúde/doença própria de um momento histórico e de uma sociedade. Pretende-se identificar aspectos que permitam analisar o seu enquadramento social no contexto nacional e internacional, assumindo a formulação da política de saúde escolar como um fenómeno social complexo.

Considerando que as políticas de promoção da saúde congregam duas áreas de intervenção distintas no campo político – saúde e educação – com saberes e formas de actuação porventura distintos e com diferentes actores implicados que se procuram fazer convergir no plano político, esta pesquisa procura conhecer as tendências dominantes de gestão e estratégia política no que respeita à saúde na escola, pensando esta última como um espaço social de produção e reprodução de racionalidades próprias de funcionamento de políticas de saúde específicas e adaptadas à realidade escolar. Pretende-se contribuir para a problematização do fenómeno de desenvolvimento de políticas de saúde escolar, fornecendo alguns elementos empíricos que permitam compreender os fundamentos e alcance da política de saúde escolar em Portugal.

Para analisar este fenómeno, situando-o no momento socio-histórico contemporâneo será abordado, numa primeira parte, como surgiram as políticas de promoção da saúde e como se desenvolveu a política de saúde em Portugal. Segue-se a discussão de alguns conceitos desenvolvidos no campo da promoção da saúde frequentemente presentes nas políticas de saúde. Ainda neste ponto será aprofundado como em Portugal se desenvolveu a saúde escolar e como se tem vindo a reflectir na política de saúde portuguesa. Na segunda parte dar-se-á conta das opções metodológicas tomadas: a opção pelo método qualitativo, a escolha pela técnica de pesquisa documental como técnica de recolha de dados e a opção pela análise de conteúdo para a análise da política de saúde na escola no plano discursivo. Os dados recolhidos serão apresentados e discutidos na terceira parte. Seguidamente são apresentadas as considerações finais. Em anexo, é disponibilizada a grelha utilizada na sistematização dos dados recolhidos.

## **I. DAS POLÍTICAS DE SAÚDE À SAÚDE NA ESCOLA**

### **1. O DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS DE SAÚDE E PROMOÇÃO DA SAÚDE EM PORTUGAL**

O aparecimento da saúde nas políticas governamentais e o desenvolvimento de políticas de saúde mais especializadas e complexas sugerem a crescente importância da saúde na vida dos indivíduos e na actualidade. A preocupação das sociedades com a saúde e com sua conservação, embora não se possa considerar uma novidade, apenas adquiriu uma expressão política relevante, no mundo ocidental, nos últimos séculos.

Entre o final do século XVIII e o início do século XIX, algumas nações europeias começaram por tomar medidas políticas, de carácter essencialmente social, no sentido de diminuir e controlar doenças infecciosas, através da instituição de medidas sanitárias, de organização urbana e de controlo da população indigente. Estas medidas, anteriormente levadas a cabo pelas ordens religiosas, sob a égide da caridade, tornaram-se progressivamente num sector de influência política do Estado (Graça, 2000). Na Alemanha, organizaram-se inquéritos epidemiológicos no sentido de conhecer e monitorizar o estado de saúde da população e foi criada a polícia médica para, entre outras funções, assegurar a recolha desses mesmos dados (Foucault, 2008). Em França, a organização urbana é uma das mais importantes apostas e, em Inglaterra, a pobreza é reprimida pela Nova Lei dos Pobres, por ter sido apontada como condição causal de algumas doenças por consultorias médicas (Loureiro e Miranda, 2010). Em Portugal, as medidas sanitárias e de higiene social foram inspiradas principalmente na reforma sanitária inglesa e implementadas por Ricardo Jorge, em 1884 (Graça, 1999a). As medidas de organização urbana e territorial, a par de inquéritos epidemiológicos e de outras medidas higienistas, estabeleceram e consolidaram a intervenção estatal e médica na protecção da saúde pública (Loureiro e Miranda, 2010). O facto das medidas sanitárias se aplicarem aos espaços de circulação dos indivíduos, como a cidade, a escola, o hospital ou a prisão, onde era possível manter o controlo sobre o cumprimento das mesmas (Armstrong, 1993) pode ter estado na origem do seu sucesso no combate a doenças infecciosas. Foucault (1975) refere que nestas organizações vigorava o exercício do poder disciplinar. O poder, na visão do autor, impõe-se através do exame e da observação dos corpos e das práticas, impelindo-os a seguir regras de conduta que se aproximem da norma estabelecida, conduzindo a uma certa ordem social, sem ser necessário o recurso ao castigo punitivo. Deste modo, as normas e o poder disciplinar que se impõem aos indivíduos constituem um modo de regulação e intervenção desenvolvido para gerir subtilmente a população (Foucault, 1994), pressionando os indivíduos a adquirir um determinado estilo de vida, o saudável. A medicina de carácter mais social, com uma componente policial esbate-se já no século XX com a transição para uma medicina sanitária do tipo disciplinar (Carapinheiro, 2006).

Após a II Guerra Mundial, os estados europeus adoptam modelos de Estado com carácter providencial, criando sistemas de protecção da saúde do tipo universal, sobretudo os países do norte, num período de expansão e desenvolvimento económico europeu (Campos, 1991). É neste clima de



desenvolvimento económico e de procura de uma nova ordem mundial que é criada a ONU e, em 1946, na sua dependência, a OMS. Na origem da criação da OMS pode ter estado também um movimento da epidemiologia social que supunha o aparecimento de novas epidemias, derivado da mobilidade facilitada de bens e indivíduos, e defendendo portanto a importância de uma regulação internacional no sentido preventivo (Carapinheiro, 2006). Desde a sua criação que a OMS desempenha um papel central na sistematização de conceitos, na organização de metodologias e no fornecimento de linhas orientadoras em matéria de saúde. As suas declarações e objectivos têm sido implementados em vários países, onde se inclui Portugal, não só em programas e políticas, mas também em legislação, resultando numa certa uniformidade dos discursos políticos a nível mundial (Inoue e Drori, 2006).

Em Portugal o sistema de saúde começa a esboçar-se, na década de 40, ainda que de forma pouco organizada e inspirado nas reformas mundiais do movimento de saúde pública. A modernização internacional da política de saúde, em que Portugal participa, assinando a Convenção Sanitária Internacional, em 1912, e sendo um dos co-fundadores da OMS, confronta-se com a política portuguesa de tipo paroquial (Carapinheiro, 2006). O Estado desempenhou um papel ora interventivo ora supletivo de assistência pública e assistência social, através da previdência – serviços curativos, centralizados na instituição hospitalar, direccionada para os indivíduos – e da assistência – serviços de saúde preventivos e de protecção da saúde, direccionada para as famílias (Carapinheiro, 2006). De facto, até à Revolução de 1974, os serviços de saúde co-existiram de forma desorganizada, sobrepondo-se: misericórdias e instituições de solidariedade social, serviços médico-sociais, serviços de saúde pública, hospitais estatais nos centros urbanos e serviços privados acessíveis apenas a estratos socio-económicos mais elevados (OPSS, 2001).

Nos anos 50, já depois da criação da OMS, a legislação portuguesa passou a ser fortemente determinada por regulações transnacionais, reconhecíveis sobretudo na evolução da saúde pública (Carapinheiro, 2006). Só neste período, em 1958, é criado o Ministério da Saúde e da Assistência.

Nas décadas de 60 e 70, o diagnóstico médico frequente de doenças crónicas, sem perspectiva de cura, concomitantemente com o aumento da esperança média de vida, obrigou a repensar os cuidados e serviços de saúde, centralizados nos cuidados hospitalares e até então orientados pelo modelo curativo, eficaz nas doenças do tipo infeccioso. Se o desenvolvimento de medidas de protecção da saúde pública e o progresso das ciências médicas e farmacêuticas permitiu limitar e curar de forma cada vez mais célere a maioria das doenças infecciosas, no entanto ainda não permitia dar resposta à emergência destas *novas doenças*, sendo necessária uma reconfiguração do eixo de intervenção, que se orientou sobretudo para o campo preventivo e de protecção da saúde. Esta transição para a designada *nova saúde pública* herdou as anteriores preocupações com as condições ambientais e sanitárias e aliou-as a um novo e mais amplo domínio que se foi construindo: a promoção da saúde. Esta transição coincide com a emergente insustentabilidade dos modelos de providência tal como foram inicialmente concebidos e implementados em vários estados. A Europa começa a adoptar

princípios neoliberais de racionalização de custos, contenção da despesa e privatização dos serviços de saúde, o que só se manifesta nas prioridades portuguesas no final da década de 80 (Carapinheiro, 2006).

O clima de modernização e de transição ideológica que se seguiu à revolução de Abril, conjuntamente com imperativos internacionais para a modernização da saúde, forneceu alguns elementos essenciais para que se reorganizassem e operassem algumas mudanças no que respeita aos serviços de saúde. Em 1971, tinham já sido criadas as infra-estruturas para o funcionamento dos centros de saúde. Contudo, a mudança aconteceu mais no discurso político e na dotação de infra-estruturas, do que no domínio organizacional – as grandes instituições da saúde (hospitais e postos médicos dos serviços médico-sociais) não se integraram na nova dinâmica (Sakellarides, 2001). É também neste ano que é reconhecido o direito à saúde a todos os cidadãos (DL n.º413/71 de 27 de Setembro) e o Estado deixa de ter uma função supletiva para se responsabilizar pela política de saúde e sua execução universal (Baganha, Ribeiro e Pires, 2002). O SNS procurou privilegiar os cuidados prestados a nível primário, conforme a orientação da OMS em Alma-Ata (WHO, 1978). Todavia, a ideia de cuidados de saúde existente na sociedade, naquele momento, pode ter contribuído para o insucesso do modelo dos cuidados de saúde primários (Campos, 1991). A criação do SNS, um sistema do tipo universal, surge em Portugal com vários anos de atraso, comparando com a Europa, onde o modelo de protecção social se encontrava já em declínio, derivado da estagnação económica (Campos, 1991). A promulgação da lei que criava e definia o SNS acontece apenas em 1979, fazendo parte de um projecto anterior de democratização política e social do país, alvo de grande resistência política e, também, da classe médica (Carapinheiro e Pinto, 1987). É inegável o papel da classe médica na aprovação e regulamentação das leis, planos e programas de saúde. Estes são mesmo considerados os “interlocutores preferenciais” (Carapinheiro e Pinto, 1987: 83) no que respeita à definição de políticas de saúde. Desde que a saúde é aceite como um bem público valioso, tanto a classe médica como a população procuram pressionar o aparelho estatal, para que se implementem políticas de promoção da saúde e se mobilizem recursos, através dos seus mecanismos de gestão interna, para proteger a saúde dos indivíduos e, em última instância, proteger também a sua economia (Lupton, 1995 e Nettleton, 1998).

A LBS (Lei n.º 48/90) é promulgada em 1990, apontando o princípio de responsabilização conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e prestação de cuidados. A reformulação da LBS, em 2002 (Lei n.º 27/2002) considera alterações importantes respeitantes ao financiamento e à responsabilidade do utilizador dos serviços de saúde. Em 2004 é lançado o PNS 2004-2010, um documento considerado estratégico para a saúde, com objectivos a alcançar num período de seis anos. A DGS, uma entidade na dependência do MS, de constituição técnica, sobretudo da área médica, e que emite orientações de carácter técnico e pareceres sobre assuntos de saúde e governação da saúde, elaborou quarenta programas específicos que procuraram a operacionalização

dos objectivos definidos pelo PNS. Efectivamente, as políticas de saúde, à semelhança de outras, tendem a tornar-se, mais do que documentos políticos, documentos técnicos baseadas no conhecimento de peritos (Rose e Miller, 1992), neste caso, médicos.

As políticas de saúde portuguesas, no plano discursivo, recuperaram as orientações e recomendações da OMS e as linhas de pensamento seguidas em muitos outros países da Europa, provavelmente pela regulação transnacional das políticas e a sua conseqüente legitimação. Carapinheiro e Page (2001) observam que, em cada momento, a política de saúde, em Portugal, nunca se repetiu, evoluindo mas reevocando os aspectos ideológicos mais marcantes em determinadas épocas: a ideia de assistência, a ideia de centralidade do hospital nos serviços de cuidados e a ideia sanitarista. As políticas e os sistemas de saúde acompanharam, no plano discursivo, as políticas mais avançadas. Contudo, na prática nem sempre se efectivaram as atribuições políticas e legislativas (Carapinheiro, 2006), destacando-se uma franca orientação para os desígnios da protecção e promoção da saúde no plano discursivo, enquanto a dotação orçamental é crescente no domínio curativo, firmando-se a centralidade do hospital no sistema de cuidados de saúde.

## **2. A PROMOÇÃO DA SAÚDE ENQUANTO LINGUAGEM POLÍTICA DA SAÚDE**

Desde o seu desenvolvimento conceptual, em 1986, em Ottawa, que a promoção da saúde se transformou num dos mais importantes princípios defendidos pela OMS para a actuação em saúde. Como em qualquer área disciplinar, o desenvolvimento e especialização da área da promoção da saúde conduziu ao aparecimento de termos, conceitos e significados particulares, como o de factores de risco, determinantes de saúde, empoderamento, estilos de vida saudáveis ou políticas saudáveis. Dada a importância internacional da OMS como reguladora da política internacional em saúde, o discurso presente nos seus documentos e apresentado nas suas conferências foi adoptado por diversos países como a linguagem preferencial na elaboração de políticas de saúde. Por esta razão, torna-se essencial descrever e discutir alguns dos conceitos subjacentes à promoção da saúde, atendendo também ao momento em que foram produzidos.

Em 1948, a OMS define a saúde como “um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença” (WHO, 1948). Esta definição surge num contexto mundial marcado pela II Grande Guerra e pela emergência dos estados de bem-estar quando parecia possível a sua concretização. Posteriormente, tem vindo a ser criticada pela impossibilidade de operacionalização, por não se adaptar à actual realidade de doença crónica (Huber *et al.*, 2011) e por favorecer a medicalização (Fitzpatrick, 2001). A medicalização, processo pelo qual problemas não médicos passam a ser definidos e tratados como problemas médicos, habitualmente sob a forma de doenças, síndromes e perturbações/desordens (Conrad, 1992: 209), pode acentuar-se na medida em que indivíduos que não possuam um completo estado de bem-estar podem ser designados como doentes. Esta definição de saúde pode ainda estimular a realização de mais exames de rastreio ou

diagnóstico em indivíduos saudáveis ou o reconhecimento de novos estados de doença, sobrecarregando o orçamento atribuído à saúde (Fitzpatrick, 2001 e Huber *et al.*, 2011). Contrapondo a definição da OMS, Huber *et al.* (2011) sugerem que a saúde deveria ser definida não como um estado, mas como uma capacidade de adaptação e de auto-gestão.

O conceito de promoção da saúde foi primariamente explorado no emblemático documento *New Perspective on Health of Canadians* do ministro canadiano Marc Lalonde, em 1974. Neste relatório, inspirador dos documentos e relatórios subsequentes sobre o tema, Lalonde refere dois tipos de problemas provocados pelas mudanças da vida na era moderna: problemas auto-impostos (consumo de drogas, alimentação, exercício físico, relações sexuais promíscuas e acidentes de viação por ausência de medidas preventivas) e problemas impostos pelo meio ambiente (poluição do ar, contaminação das águas, urbanização, pobreza, doenças e ameaças à saúde mental provocadas pela ausência de descanso ou à rápida mudança social). Segundo Lalonde, estes factores poderiam predispor o aparecimento de determinadas doenças e por este motivo deveriam ser evitados e controlados. A questão que se pode colocar é se, de facto, se verificou um aumento das situações ameaçadoras para a saúde dos indivíduos ou se o progresso científico e tecnológico facilitou e ampliou a possibilidade de identificação dessas mesmas situações. Na perspectiva de Beck (1992) o aumento das situações de risco decorre sobretudo do uso e abundância da tecnologia que permite identificar novos riscos. As preocupações económicas com os custos da saúde foram, também, um impulso ao desenvolvimento da promoção da saúde. Antes de Lalonde, nos EUA, as empresas responsáveis por seguros de saúde dos seus trabalhadores tinham já sentido a necessidade de implementar estratégias no sentido de promover a saúde, com o intuito de minorar a despesa com tratamentos médicos, bem como o absentismo e a diminuição da produtividade dos seus trabalhadores (Graça, 1999b). Em 1986, a OMS, numa conferência conjunta com o Ministério do Canadá, assume a importância da promoção da saúde. Esta conferência resultou na *Carta de Ottawa*, um documento em que se declarou a necessidade de se desenvolverem políticas saudáveis, de se fomentar o desenvolvimento de capacidades individuais, de se criarem ambientes favoráveis, de se reforçar a acção comunitária e de reorientar os serviços de saúde (OMS, 1986). Nesta ocasião, a OMS definiu a promoção da saúde como “o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar” (OMS, 1986), pressupondo já que o estado de saúde é algo que pode ser continuamente melhorado e otimizado. Antonovsky (1996), no seu modelo da salutogénese, sugere que os indivíduos se movem num contínuo saúde-doença procurando um sentido de coerência, motivacional, emocional e cognitivo que possibilita que se desloquem no sentido da saúde.

Os princípios definidos na Carta de Ottawa são lembrados em cada conferência da OMS, transformados e actualizados. A promoção da saúde, logo que adoptada no discurso político, foi apontada como uma forma de progressiva desresponsabilização do Estado perante a saúde e de uma gradual transferência da responsabilidade de promoção da saúde para os cidadãos (Lupton, 1995 e

Minkler, 1999). Apesar de ser um conceito em que se alicerçam estratégias políticas mundiais e nacionais de saúde, não há consenso sobre o significado de promoção da saúde e sobre o seu valor económico, sendo extremamente difícil avaliar as intervenções, dado o horizonte temporal em que se prevêem mudanças e o facto do seu objectivo primordial ser a ausência de doença (Parish, 1995 e Courelas, Gonçalves e Rio Tinto, 2004).

Recuando temporalmente aos anos 60, a divulgação de um estudo sobre tabaco e saúde<sup>1</sup>, em que se afirma a relação do tabagismo com o aparecimento de certas doenças, constituiu um marco que, definitivamente, alterou a noção de factores de risco (Graça, 1999b e Lupton, 1999). Por factores de risco entende-se, na linguagem da promoção da saúde, os comportamentos ou as situações que, não sendo causadores directos de uma só doença, podem ser precursores do aparecimento de um leque variado de doenças (Nutbeam, 1998). A divulgação frequente de resultados de estudos médicos que estabelecem relações entre comportamentos e doenças põe em evidência novos riscos para a saúde que, ao serem conhecidos, geram a ideia que são também possivelmente controlados e evitados. A diversidade de informação e a velocidade a que é disponibilizada promovem o reconhecimento político da emergência de mais factores de risco e a consciencialização da população sobre os mesmos. Contudo, o dinamismo e mutabilidade do conhecimento científico geram interrogações sobre a natureza dos riscos identificados – se são riscos efectivos e susceptíveis de permanecer no tempo, e em que medida as situações definidas como inócuas não serão amanhã postas em causa, ampliando continuamente o leque de situações ameaçadoras para a saúde (Beck, 1992 e Giddens, 1998).

Não se poderá falar em factores de risco para a saúde sem mencionar o conceito de estilos de vida que, conforme a Carta de Ottawa (OMS, 1986), são um recurso para atingir o completo estado de bem-estar. Os estilos de vida correspondem a padrões de comportamentos identificáveis que são determinados pela inter-relação entre as características pessoais do indivíduo, as interacções sociais e socioeconómicas e as condições de existência, materiais e culturais, articulados aos contextos que estruturam o seu modo de vida, numa acepção que está parcialmente presente na visão da OMS (Nutbeam, 1998). A DGS (2004:1) define um estilo de vida saudável como as opções individuais em matéria de saúde que evitam por completo “o consumo de tabaco, os erros alimentares, a obesidade, o consumo excessivo de álcool, a inactividade física e a má gestão do stress”, elencando, assim, alguns dos factores de risco que devem ser evitados, em muito semelhantes aos que Lalonde enunciou no seu relatório, embora os dote de um certo carácter moralista. A interiorização individual, social e médica destas linhas orientadoras da promoção da saúde tem contribuído para a consciencialização da população leiga do que são as regras a seguir no sentido da melhor saúde. Progressivamente, o discurso leigo altera-se efectivamente e adopta expressões como “eu deveria fazer/ser...”, “posso estar

---

<sup>1</sup> US Department of Health Education and Welfare - Public Health Service (1964), *Smoking and Health – Report of the advisory committee to the Surgeon General of the Public Health Service*. Disponível em: <http://profiles.nlm.nih.gov/ps/access/NNBBMQ.pdf>

em risco”, em concordância com o discurso médico do saudável (Silva, 2008). A interiorização colectiva deste regime de saúde apela a um esforço individual no controlo de comportamentos, divulgados como nocivos, no sentido de se cumprir o desejado estado de completo bem-estar. Neste contexto, a promoção da saúde é também criticada por estimular o consumo (Nettleton e Bunton, 1995) de alimentos específicos ou de outros produtos e serviços, como a utilização de ginásios, que são identificados e divulgados como benéficos para a saúde, mas que estão dependentes da capacidade económica dos indivíduos para os aceder. Acentuar a responsabilidade individual pela saúde pode gerar sentimentos de culpabilização pelo aparecimento de uma determinada doença, que se poderia evitar e não se conseguiu, sendo percebida e interiorizada como um insucesso, resultante de um esforço pessoal insuficiente ou ineficaz, deslocando as suas causas para o domínio dos comportamentos voluntários e do cálculo racional da acção.

Os textos produzidos sobre promoção da saúde fazem um uso exaustivo dos termos “participação comunitária” e “empoderamento”, este último um tanto esgotado de significado, dado que tem sido aplicado em inúmeros contextos com significados ambíguos, pouco claros ou até contraditórios. O empoderamento refere-se, no nível individual, ao processo através do qual as pessoas ganham mais controlo sobre as decisões e acções que afectam a sua saúde (Nutbeam, 1998). O empoderamento comunitário pressupõe um processo semelhante, referindo-se a um percurso em que uma comunidade alcança gradualmente a capacidade de solucionar questões de saúde com que se depara, levando a um aumento de poder. O poder adquirido neste processo deve ser conduzido, na filosofia da promoção da saúde, como força de intervenção para tornar as políticas mais saudáveis para todos, tanto a nível local como a nível nacional (Laverack, 2004), pela promoção do reconhecimento político de problemas de saúde identificados pela população. Embora se assemelhe na sua definição conceptual ao empoderamento individual, saliente-se que os conceitos não podem ser confundidos, na medida em que o empoderamento comunitário não corresponde a um conjunto de indivíduos empoderados. Ao remeter para uma dimensão comunitária, há que atentar nas relações sociais que os indivíduos estabelecem entre si, mediadas por relações de poder (Guerra, 2006a), que podem condicionar desigualdades no acesso e na utilização dos serviços e recursos de saúde. O próprio termo comunidade e o projecto da comunidade são expressões frequentemente utilizadas no discurso político (Lupton, 1995), contudo, a “comunidade” tem sido utilizada com vários e distintos significados, levantando impedimentos à operacionalização e à avaliação dos programas que têm por base este conceito (Stephens, 2007). Embora o processo de empoderamento comunitário seja observado como o processo central na promoção da saúde, ele nem sempre se verifica nos moldes em que é descrito teoricamente. A população é frequentemente convocada a participar em programas de saúde, não sendo verdadeiramente envolvida no processo (Gastaldo, 1998) e, quando assim acontece, a participação comunitária transforma-se frequentemente na individualização da saúde, através da estimulação da mudança comportamental informada (Lupton, 1995 e Silva, 2008). Importa perceber,

neste contexto, que informações são transmitidas, por quem, a quem e em que sentido de mudança. Os profissionais de saúde, fortemente imbricados no modelo biomédico de cuidados de saúde, procuram por vezes a consciencialização dos indivíduos de que determinadas práticas são nocivas para a saúde e devem ser evitadas ou removidas do quotidiano, restringindo as opções individuais às consideradas correctas e socialmente aceites pelo paradigma biomédico ou, melhor dizendo, as opções saudáveis, enquanto as restantes opções são consideradas erradas e eventualmente condenadas moralmente (Lupton, 1995 e Silva, 2008). Num contexto de pós-modernidade em que a escolha do modo como se pretende viver é feita pelo julgamento da melhor opção entre várias (Giddens, 1998) esta pode ver-se conduzida no cumprimento da norma.

Em 2005, a OMS, na sua conferência em Bangucoque, modificou a definição de promoção da saúde, acrescentando a acção do indivíduo sobre os determinantes de saúde (OMS, 2005), que define como um conjunto de factores sociais, pessoais, económicos e ambientais que determinam o estado de saúde dos indivíduos e das populações (Nutbeam, 1998). Para a OMS, a promoção da saúde incide na mudança destes determinantes, que se inter-relacionam de forma diversa e com impacto variável na vida dos indivíduos. A noção de determinantes de saúde permite reconhecer que, se por um lado a saúde se estende a todos os campos da vida, por outro o estado de saúde individual não pode apenas depender da conduta individual, mas sim de múltiplos factores.

Em 1978, a OMS enfatizou a importância da colaboração entre os vários sectores relacionados com a saúde, afirmando que a saúde não poderia estar apenas nas mãos dos profissionais de saúde ou no sector da saúde (WHO, 1978). A promoção da saúde passa a ser veiculada pela OMS como uma responsabilidade de todos os sectores e organizações da sociedade e, para que seja efectiva, é necessária a cooperação e um consenso nas estratégias de actuação, apelando à participação governamental para a reorganização de todas as políticas, para que todas equacionem as questões de saúde na sua formulação e assim se tornem em políticas ditas saudáveis. De certa forma, esta redefinição vem simultaneamente condicionar e validar a intervenção organizacional e política a um nível local, onde se apela frequentemente à mobilização dos indivíduos e das comunidades e à colaboração intersectorial, no sentido de se reduzir a alocação de recursos humanos, físicos e materiais (Minkler, 1999). A saúde, ao ser tida em conta em todas as políticas, deixa de ser considerada apenas na política de saúde mas transversalmente a todas as políticas, pois reconhece-se que todas influenciam, em maior ou menor grau, a saúde das pessoas. O seu principal objectivo explícito é a criação de ambientes saudáveis que permitam às pessoas realizar o seu potencial de saúde (Nutbeam, 1998). Neste sentido, a OMS multiplicou os campos onde a promoção da saúde se apresenta como indispensável e desenvolveu, de forma direccionada e específica, os conceitos e metodologias da promoção da saúde a aplicar aos hospitais, escolas, prisões, locais de trabalho e cidades, expandindo a promoção da saúde por vários cenários da vida dos indivíduos. É interessante notar que os locais agora

reconhecidos como ideais para a promoção da saúde são aqueles que foram inicialmente apontados como as instituições disciplinares e de controlo social (Foucault, 1975), por excelência.

O fenómeno de criação de redes nacionais e internacionais com metas comuns e formas de intervenção guiadas pelas orientações da OMS (como exemplo: a Rede de Escolas Promotoras de Saúde e a Rede das Cidades Saudáveis) dissolvem as fronteiras da vigilância da saúde, centrando-as alternadamente num nível local, nacional e internacional, estruturando a governação global (Castells, 2005). A criação de redes de acção política e governamental a nível internacional não é um fenómeno exclusivo da saúde, revelando uma forma de Estado e de governação característica de uma sociedade global, em que a governação é partilhada na medida em que os problemas que afectam as nações são também eles comuns, constituindo-se assim um verdadeiro *Estado em rede* como descrito por Castells (2005: 31).

### **3. A CONSTRUÇÃO DA ESCOLA COMO LUGAR DA SAÚDE: APONTAMENTOS DO CASO PORTUGUÊS**

A escola tem sido considerada como local preferencial de aprendizagem, onde se incluem conteúdos de saúde (MS e ME, 2000, WHO, 2000 e GTES, 2007). Através de várias políticas abrangentes e de outras específicas em relação à saúde na escola, a relação entre escola e saúde tem vindo a estreitar-se no domínio político. A relação entre educação e saúde e entre sucesso escolar e saúde tem sido destacada em alguns estudos (Loureiro e Miranda, 2010) o que reforça a possibilidade da sua associação. Segundo as orientações ministeriais, no período escolar é possível promover a consciencialização dos riscos existentes para a saúde e da importância de praticar estilos de vida saudáveis. Por este motivo, também o ambiente escolar deve ser um ambiente saudável (MS e ME, 2000). O modelo de implementação e funcionamento da promoção da saúde na escola é descrito como transversal a todas as disciplinas, espaços e aspectos como a logística ou a organização escolar, similarmente ao que se pretende atingir nas políticas de uma forma geral. Segundo as orientações ministeriais, a saúde deve ser um dos focos de atenção na construção de um currículo escolar e na organização da escola, e os elementos da comunidade escolar devem ter um papel activo na redução dos riscos ambientais e na promoção da segurança e da saúde (MS e ME, 2000 e 2006).

A saúde na escola, em Portugal, é um assunto relativamente recente, dado que a “escola para todos” apenas se desenvolveu no início do século XX, com vários avanços, retrocessos e pausas que acompanharam a conjuntura política e social do país. Portugal foi, de facto, um dos primeiros países ocidentais a instituir a obrigatoriedade escolar em 1835, todavia foi um dos últimos a cumpri-la (Almeida e Vieira, 2006). O modelo da escola moderna surge com a passagem para a sociedade industrial, substituindo a Igreja no seu papel educador, procurando instruir nos valores universais e laicos de uma nação, alicerçada no capitalismo liberal e marcando uma nova forma de socialização dos indivíduos (Canário, 2005). A escola é uma instituição, legitimada pelo aparelho jurídico-legal do Estado, com objectivos e missão definidos, que de certo modo reflectem um determinado contexto



social e histórico (Graça e Graça, 2003), possuindo, contudo, uma identidade própria e uma delimitação física através de uma arquitectura particular que a diferencia de outros espaços sociais (Canário, 2005). A escola desempenha também um papel importante na integração social e na preparação dos indivíduos para a divisão social do trabalho (Canário, 2005). Quando se considera a escola enquanto organização, devem considerar-se também as relações de grupo e individuais que nela acontecem (Barroso, 2005) e a profissionalização e especialização dos profissionais que nela desempenham a sua actividade. É uma organização de gestão autónoma desde 1998, quando esta lhe é conferida legalmente, no sentido em que lhe compete decidir a estratégia de financiamento, administração, pedagogia e regulamentação organizacional (Graça e Graça, 2003), embora deva respeitar os programas curriculares e as normas de funcionamento gerais definidas pelo ME, sendo aceitável alguma diversidade de funcionamento e de opções pedagógicas de escola para escola. A LBSE é publicada em 1986, reformulada em 1997 e, em 2005, é reformulada e publicada a sua última versão (Lei n.º 49/2005).

A saúde conquista espaço na escola com o aparecimento de uma nova disciplina – a saúde escolar – que acontece quando é criada a especialidade médica de medicina escolar (anterior à fundação da República). Ainda no período da monarquia constitucional, no ano de 1901, há já alusão à intervenção do médico na escola em documentos legislativos: é atribuída ao médico a responsabilidade de recolher os dados antropométricos dos alunos, inspeccionar as condições sanitárias dos edifícios escolares e promover a vacinação (Garnel, 2007). A fadiga provocada nos alunos pela escola, por exemplo, foi alvo de investigação médica, concluindo-se a imprescindibilidade da apreciação médica sobre a elaboração dos horários ou dos currículos escolares ou até sobre o mobiliário escolar a adoptar. Também na escola, a medicina define como médicas questões que anteriormente estavam fora da sua jurisdição. Em 1911, são criados os Serviços da Sanidade Escolar, estabelecendo a presença da classe médica na escola. Não por acaso, na Assembleia Constituinte que aprovou a criação destes serviços, cerca de metade dos deputados eram médicos (Garnel, 2007). Os Serviços de Sanidade Escolar tinham como principais objectivos garantir as condições de saneamento dos estabelecimentos de ensino e também a higiene de professores e alunos “a fim de garantir o normal desenvolvimento físico e mental do aluno” (Decreto com força de lei de 26 de Maio de 1911). A inspecção de sanidade escolar, criada pelo mesmo decreto, estava sob a responsabilidade dos médicos escolares. Nesta fase, é clara a intervenção do corpo médico na definição de políticas, reclamando a sua autoridade também em matéria de educação. Noutros momentos, foi mais evidente a pressão de movimentos leigos para que aspectos da vida escolar, das crianças e dos jovens fossem apreciados pela classe médica e por ela legitimados como problemas médicos. As forças políticas foram cedendo a estas pressões médicas e sociais, legitimando e até requerendo a participação da medicina para a construção de outras políticas do domínio da saúde (Rose e Miller, 1992 e Conrad, 2007).

No período que se seguiu à implantação da República procede-se à reforma do ensino primário, procurando que ensino e educação abranjam mais alunos. Só no período da 2ª República é que se veio a instaurar a obrigatoriedade do ensino, isto é, a instrução primária, dos 7 aos 14 anos. O ensino obrigatório para todos generalizou-se durante o Estado Novo, mas só a partir da década de 60 se pode afirmar a existência de uma escolaridade mínima generalizada (Almeida e Vieira, 2006), embora com algumas modificações: simplificaram-se os conteúdos, reduziu-se a escolaridade para três anos e privilegiou-se uma educação nacionalista, difusora dos valores morais do Estado. Desde então até ao presente, a escola vem adquirindo centralidade na socialização de crianças e jovens, assumindo-se que o lugar do jovem até ao final da escolaridade obrigatória (actualmente até ao 12º ano) é na escola (Almeida e Vieira, 2006). Durante a vigência do Estado Novo foram ainda criadas a Direcção Geral de Saúde Escolar, depois substituída pela Direcção Geral de Educação Física, Desporto e Saúde Escolar. Estes órgãos do Estado geriam a saúde escolar e associavam-na particularmente à actividade física, acumulando o médico as competências de vigilância da saúde dos desportistas. A Mocidade Portuguesa, instituída nesse período, com objectivos e funcionamento flutuantes, seguia uma organização tendencialmente militar, em que o desenvolvimento do corpo e a actividade física desempenhavam um papel primordial, exceptuando no caso das alunas, a quem a actividade física era dispensada por não corresponder ao ideal feminino da época (Kuin, 1993 e Pimentel, 1998). Desde o início da República até ao final do regime, a actividade física e as práticas para disciplinar o corpo foram os aspectos centrais da saúde na escola, estimulando o desenvolvimento do potencial máximo do corpo como utilidade para a sociedade, ou, como refere Foucault (1975), para a docilização do corpo. O autor descreve este processo enquadrando-o no sistema disciplinar em que o julgamento moral dos indivíduos é o motor dos mecanismos de regulação que impelem ao domínio do corpo, estando todos os indivíduos implicados na vigilância e regulação dos corpos (Lupton, 1995). A saúde na escola acompanhou o desenvolvimento e as preocupações da saúde pública – a higiene do espaço escolar é uma constante, tal como as medidas profiláticas de doenças contagiosas. A transmissão de valores e práticas sobre higiene e prevenção de doenças constituía uma componente pedagógica importante da medicina escolar.

A saúde escolar portuguesa conheceu um maior desenvolvimento em 1971, com a implementação dos centros de saúde, que intervinham na promoção da saúde nas áreas de saúde materno-infantil, saúde escolar e planeamento familiar. Em 1973, foram criados os serviços médico-pedagógicos, na dependência do Instituto de Acção Social Escolar. Estes tinham como função assegurar as actividades de saúde escolar, definir as condições médico-pedagógicas dos alunos e estabelecer uma carreira médico-pedagógica para os profissionais afectos à saúde escolar (Decreto-lei n.º 223/73). No período pós-25 de Abril, a existência de um médico atribuído à saúde escolar e de enfermeiros a trabalhar no terreno, num momento em que a participação da comunidade se tornou mais viva, deu origem a vários trabalhos de participação da comunidade escolar, em colaboração com

os serviços de saúde. Alguns destes projectos pioneiros e com alcance, em termos de mudança comunitária, foram relatados nas II Jornadas de Saúde Escolar, que decorreram em Viana do Castelo, em 1980. A existência de reuniões temáticas sobre saúde escolar sugere a emergência desta temática enquanto área de interesse, tanto a nível profissional como académico.

Em 1982 são criados os centros de medicina pedagógica de Lisboa, Porto e Coimbra, que foram regulamentados em 1986 com o objectivo de “estudo e definição das condições médico-pedagógicas da população escolar, com vista a promover a saúde global dos escolares, a contribuir para a prevenção do insucesso escolar e a constituir achega básica para os processos de orientação escolar e profissional” (Decreto-lei n.º 107/86). Considerou-se necessária a existência de serviços pertencentes ao ME para a vigilância da saúde visto que se estabeleceu uma relação directa entre saúde e sucesso escolar. A coordenação destes centros estava a cargo de médicos. Estes centros são extintos em 1993 e os profissionais são distribuídos por outras organizações (Decreto-lei n.º 141/93).

Em 1983, com a fusão de centros de saúde e serviços médico-sociais das Caixas de Previdência, os desígnios de prevenção presentes nas atribuições dos centros de saúde esbateram-se até aos dias de hoje, em que é mais uma atribuição de que uma prática. A formação dos profissionais de saúde com orientação para as actividades curativas e o investimento financeiro maioritário nos cuidados hospitalares tende a reforçar esta atribuição (Carapinheiro, 2006). Em 1985, a Divisão de Saúde Escolar da DGS produziu documentos com a preocupação de promover melhores condições físicas nas escolas, incidindo nas condições de saneamento, segurança e protecção das crianças e funcionários. O saneamento e a higiene são questões que ainda hoje estão presentes na escola, herdadas das correntes higienistas e sanitaristas de saúde pública. Personalizada no corpo médico e no seu conhecimento, a jurisdição da saúde escolar sobre o edifício da escola permite-nos estabelecer uma comparação com o controlo das instituições disciplinares quanto à sua forma, já que também o edifício escolar passa a ter de obedecer a regras e normas estabelecidas pelo conhecimento médico.

Em 1994, a saúde na escola inicia uma nova fase em Portugal com a participação num projecto-piloto da Comissão Europeia, Conselho da Europa e da OMS – as Escolas Promotoras de Saúde. Numa primeira fase, participaram dez escolas portuguesas e quatro centros de saúde e cria-se a RNEPS. Em 1997, na primeira conferência de EPS, os países participantes, em que se incluía Portugal, decidem que a iniciativa de EPS tem condições para ser replicada e deve ser expandida a nível nacional, alargando o projecto a outras escolas. Na sequência da produção de documentos como o “Projecto de Promoção e Educação para a Saúde” do ME, “Estratégias para a saúde” e “Saúde: um compromisso” do MS criaram-se as condições para uma parceria formal que garantisse a sustentabilidade do alargamento da rede, conforme o relatório da RNEPS. Todavia, se a sustentabilidade estava assegurada, pouco tempo depois é questionada, dada a mudança política nacional que diminui a alocação de recursos e que tornou prioritárias outras políticas, que não a de saúde escolar (CAN, 2000).

A OMS lançou, em 1995, a Iniciativa Global de Saúde Escolar, que congregava as redes Europeia, Latino-americana e do Pacífico Oeste de EPS. O movimento das EPS surge alicerçado na Carta de Ottawa, tendo seguido os seus princípios e orientações. Globalmente, uma EPS está definida como uma escola que fortalece constantemente as suas capacidades enquanto ambiente saudável para viver, aprender e trabalhar (WHO, 1998), assentando no princípio de que a escola é um cenário onde crianças e jovens podem aprender e desenvolver competências para melhorar a sua saúde (SHE, s.d.). Esta definição reproduz a definição de promoção da saúde, embora adaptada ao contexto escolar. Segundo estas orientações, a promoção da saúde na escola não se limita a um horário ou disciplina específicos reforçando-se a ideia de que a saúde deve estar presente transversalmente em todas as dimensões escolares, desde as condições ambientais até ao indivíduo singular (Fitzpatrick, 2001 e Crawford, 2004).

Uma EPS tem dez princípios fundamentais: democracia, equidade, empoderamento, ambiente escolar, currículo, treino de professores, avaliação do sucesso, colaboração, comunidades e sustentabilidade (ENHPS, 1997). Estes princípios propõem a aceitação dos valores definidos pela OMS às escolas que pretendam ser parte das redes nacionais e internacionais, favorecendo a uniformização dos discursos, das práticas e, em última instância, da rectificação dos desvios à norma que possam existir (Carapinheiro, 2006). Os governos são encorajados a desenvolver protocolos e convenções entre os sectores da saúde e da educação, de forma a tornarem operacionais planos de intervenção em saúde que possam ter influência na saúde dos jovens, futuros adultos. À semelhança de outras orientações práticas e políticas relativas à intervenção em saúde, que têm sido definidas e divulgadas pela OMS, Portugal adoptou as directivas das EPS com o objectivo de que as escolas, ao aderirem à rede, adoptassem os princípios da promoção da saúde. Ao aderir à RNEPS, cada escola deve incluir a promoção da saúde não só de um modo implícito e transversal, mas também e obrigatoriamente em conteúdos no currículo escolar. A EPS pretende também estimular as crianças e os jovens a adoptar estilos de vida saudáveis, referindo que estes resultam em melhor rendimento escolar e melhor auto-estima (WHO, 2000). A DGS (2004) considera que a EPS é uma via de integrar a abordagem da saúde centrada nos determinantes da saúde e nos estilos de vida com vista a obter ganhos em saúde, directamente relacionados com a alteração de comportamentos. É importante clarificar que a EPS não é tida como um projecto em si, mas sim como um percurso estratégico gradual (MS e ME, 2000) que uma escola assume no sentido de uma melhor gestão dos seus problemas sociais e de saúde, de uma melhor aprendizagem pelos alunos e de uma maior efectividade da escola (Barnekow *et al.*, 2006). Na escola, pretende-se que a comunidade educativa e também a comunidade alargada (pais, entidades da comunidade, entre outros) se envolvam em projectos de promoção da saúde e que participem activamente em todas as fases, favorecendo mudanças que tenham significado para as referidas comunidades e que sejam passíveis de serem mantidas ao longo

do tempo. Desta forma, promove-se a inclusão do maior número de membros da comunidade e a difusão das medidas de promoção da saúde, perspectiva partilhada pelo ME (ME – DGIDC, 2011).

Em 1998, o despacho conjunto n.º 271/98 do ME e MS clarifica o nível de responsabilização de ambos os sectores no apoio à RNEPS, tanto a nível da promoção da saúde e actividades inerentes, como no domínio financeiro. Em 1999, no ME, é definido tecnicamente um novo organismo, a Comissão de Coordenação da Promoção e Educação para a Saúde (despacho n.º 15 587/99 do ME). No ano seguinte, um protocolo entre MS e ME volta a ser assinado com o compromisso de fomentar o desenvolvimento sustentado da rede (despacho conjunto n.º 734/2000). No ano de 2001, a RNEPS contava estatisticamente com 2000 escolas e a colaboração de 260 centros de saúde. Em 2006, foi formalizado o mais recente protocolo entre MS e ME nesta matéria, com o objectivo de reforçar a ligação entre centros de saúde e escolas, que em muitos casos se pressupunha não existir. Em linhas gerais, o protocolo obriga a que as escolas adoptem práticas correspondentes à promoção da saúde e que, em particular, se foquem em questões relacionadas com os estilos de vida saudáveis, dando ênfase à questão da educação sexual. Ao sector da saúde, a colaboração pedida é definida em termos de ganhos em saúde, que se centram sobretudo em intervenções de educação para a saúde no âmbito dos estilos de vida, de rastreio e acções de vacinação. A tentativa de consolidação da parceria MS e ME foi sempre uma necessidade reconhecida (Costa, Silva e Soares, 1980), originando a produção de vários protocolos e decretos que procuraram formalizar a parceria e os trâmites em que deveria ser constituída e desenvolvida. No entanto, no terreno, as intervenções dos profissionais de saúde na escola foram sempre pautadas pela colaboração esporádica, facto relatado por Costa, Silva e Soares, em 1980, mantendo-se esta característica vinte anos depois (CAN, 2000). As intervenções que se basearam em verdadeiras relações de parceria apenas foram possíveis quando profissionais de ambos os sectores concordaram com uma filosofia colaborativa (CAN, 2000). Na origem desta reformulação frequente de protocolos e parcerias podem ter estado não só mudanças políticas, mas uma fraca operacionalização de cada protocolo, levando consecutivamente à redacção e promulgação de novas leis e protocolos que afirmassem a parceria de forma mais imperativa. A formulação de documentos orientadores da saúde na escola, distintos pelos sectores da saúde e da educação, mantém-se constante: o sector da educação produziu o PPES, em 1999, seguindo mais tarde as linhas orientadoras fornecidas pelo GTES; o sector da saúde produziu documentos como o Programa-Tipo de Saúde Escolar, em 1995, e onze anos mais tarde, o PNSE, destinados essencialmente aos profissionais de saúde, com objectivos muito concretos relativos a esse sector. O primeiro programa definia linhas de abordagens mais simples do que o seu sucessor, o PNSE, definindo então três áreas de intervenção: individual, de grupo e ambiental. No domínio individual, privilegiava as questões da vacinação e exames globais de saúde a realizar pelo médico assistente no centro de saúde. Na área de intervenção dirigida ao grupo, salienta-se a intervenção em saúde oral e educação alimentar, todos os temas relacionados com a saúde e prevenção de acidentes. Na área ambiental, deveria promover-se e monitorizar-se as condições de

segurança, higiene e saúde das escolas, a sua adequação a crianças com NEE e NSE e providenciar material adequado de primeiros socorros (DGS, 1995). No PNSE acresce mais uma área de intervenção, a dos estilos de vida (incluindo-se a saúde mental, a saúde oral, a alimentação saudável, a actividade física, o ambiente e a saúde, a promoção da segurança e a prevenção de acidentes, a saúde sexual e reprodutiva e a educação para o consumo).

Após um período de interregno na produção de programas e projectos de saúde escolar, em que algumas escolas se mantiveram activas nos seus projectos de promoção da saúde, são lançados, em 2007, os resultados do trabalho sobre educação sexual/saúde do GTES. Este grupo foi nomeado pelo ME no sentido de esclarecer um assunto polémico: a utilização de materiais fornecidos pela Associação para o Planeamento da Família na dinamização de actividades sobre educação sexual. A polémica levantada por alguns grupos de pais teve uma expressão mediática. Desde então, o ME, através da DGIDC e por sugestão do GTES, tem promovido o programa Edital, de carácter anual. Podem concorrer a este programa escolas e agrupamentos de escolas com os seus projectos de educação e promoção da saúde, para obterem apoio técnico e financeiro para realização dos mesmos. Esta publicação sumariza os principais temas abordados pelas escolas concorrentes, sendo que a educação sexual aparece como a principal necessidade reconhecida, seguida pela alimentação/actividade física, o consumo de substâncias psico-activas e a saúde mental, por esta ordem de importância, sendo estes temas (os recomendados pelo GTES) os que se encontram definidos legalmente como prioritários (Lei n.º 60/2009). A educação sexual tornou-se o principal foco de atenção, tanto na saúde na escola como a nível político, já que esta é a única área da saúde escolar a ser desenvolvida com carácter obrigatório definido por lei. A educação sexual deve ser leccionada do 1º ao 12º ano, com avaliação de conhecimentos, objectivos definidos e temas obrigatórios em cada ano ou idade escolar (GTES, 2007). No seguimento, o debate sobre a educação sexual nas escolas é relançado e, em Agosto de 2009, é promulgada a Lei n.º 60/2009 que obriga à inclusão deste conteúdo no currículo escolar, depois da reivindicação em várias manifestações de alunos. Anteriormente publicada, a Lei n.º 120/99 apenas referia que deveria ser implementado um programa de promoção da saúde e sexualidade humana, a ser efectivado transversalmente por diversas disciplinas, e não se referindo a obrigatoriedade. Pode notar-se que, nos dados do ME (ME – DGIDC, 2011), a área da educação sexual é aquela em que as escolas solicitam maior apoio técnico, recorrendo habitualmente aos profissionais dos centros de saúde, tanto no domínio da formação e esclarecimento de professores, como na formação de alunos e encarregados de educação.

Criaram-se e recriaram-se duas linhas de pensamento e de abordagem distintas pelo ME e MS que se aproximaram em alguns pontos, mas que se afastaram em muitos outros. Não obstante, em ambos os programas e abordagens se prevê uma colaboração escola-centro de saúde. Segundo o ME (2011), concorreram ao programa Edital 803 escolas e agrupamentos de escolas, correspondendo a 73% das escolas portuguesas, número que tem vindo a aumentar ano após ano.

## II. OPÇÕES METODOLÓGICAS

O percurso metodológico traçado durante esta pesquisa foi-se desenhando de acordo com o aprofundamento teórico e com o decorrer do processo de investigação. O objecto de estudo, longe de estar definido *a priori*, foi-se construindo e reconstruindo com o decorrer da pesquisa (Guerra, 2006b). A indispensável ruptura com noções pré-concebidas, particularmente sobre saúde e promoção da saúde, área em que a investigadora desenvolve a sua actividade profissional e, até então, observadas e analisadas sobretudo através do paradigma biomédico, obrigou a uma procura constante de distanciamento e de vigilância crítica (Silva, 1987: 44). Para responder aos objectivos propostos de caracterizar a política de saúde na escola, em Portugal, quanto aos seus fundamentos históricos e princípios teóricos organizadores, e de fornecer elementos que permitissem problematizar este fenómeno, foi necessário proceder a uma caracterização prévia do contexto social nacional e aprofundar alguns elementos históricos da saúde escolar em Portugal. O levantamento teórico permitiu despertar a sensibilidade da investigadora para aspectos que, de outro modo, permaneceriam ocultos (Almeida e Pinto, 1987), tanto no momento de recolha de dados, como na análise do seu conteúdo.

Identificar que actores são considerados centrais no discurso político sobre a saúde na escola, evidenciar a delimitação política do seu campo de acção e das metodologias de intervenção preconizadas, e identificar concepções dominantes de saúde/doença e de promoção da saúde que são operacionalizadas em cada tempo histórico apela à compreensão de um processo, de um conjunto de significados, ainda que não se pretenda avaliar ou conhecer as práticas de saúde na escola ou o resultado da aplicação real da política (Bogdan e Biklen, 1994 e Maxwell, 2005). Neste sentido, optou-se por uma metodologia qualitativa que permitisse valorizar os processos e os significados da sua formulação, ao invés da quantificação e a frequência dos fenómenos (Denzin e Lincoln, 2005). A política de saúde escolar, à semelhança de outras áreas de intervenção política, é registada em documentos legislativos ou normativos produzidos pelo governo ou por entidades por ele nomeadas, como a DGS. Em Portugal, as orientações políticas para o sector da saúde foram expressas em 2004 no PNS, que se instrumentalizou em programas de saúde específicos, consoante as áreas de intervenção chave (ME – DGS, 2004), de modo a seleccionar as técnicas mais adequadas de aplicação da legislação, definindo uma determinada estratégia política de actuação.

Embora a técnica de pesquisa documental seja frequentemente uma técnica auxiliar de recolha de dados, nesta pesquisa toma o lugar de técnica principal, decisão fundamentada no pressuposto de que os documentos escritos são factos sociais (Saint-Georges, 1997). Os documentos constituem marcos da actividade de uma organização, seja ela uma escola, um órgão do Estado ou o próprio Estado, podendo revelar as formas de actuação e a importância que determinado tema detém na visão e nas estratégias políticas em sociedades específicas (Prior, 2003 e Lee, 2003). É necessário o recurso à imaginação sociológica (Mills, 1982) para observar os documentos como fontes suficientemente interessantes para a análise e produção de novo conhecimento, sobretudo quando estes fazem parte do

quotidiano profissional e constituem ferramentas de trabalho para alguns sectores de actividade, como é o caso do PNSE. O facto de os documentos terem sido produzidos com objectivos diferentes dos do investigador pode constituir uma vantagem da análise documental, em relação a outras técnicas de recolha e análise de dados, ao evitar problemas de enviesamento, dado não serem produzidos pelo investigador nem para fins de investigação (Lee, 2003).

A selecção de documentos teve como critério a sua relevância no contexto actual da saúde na escola (Saint-Georges, 1997 e Krippendorff, 2004) e também o papel que desempenharam no desenvolvimento da saúde na escola, na contemporaneidade. Dado o carácter qualitativo da pesquisa, a amostra procurou uma representatividade social (Guerra, 2006b) que permitisse uma análise ilustrativa dos fenómenos e não uma representatividade estatística. Foram seleccionados os seguintes documentos: o PNSE (produzido pela DGS, sector da saúde), o protocolo ME e MS (2006) e o relatório do GTES (produzido na dependência do sector educativo), dado que este relatório de peritos lançou um olhar distinto sobre a saúde na escola e justificou a tomada de decisões políticas e administrativas (Prior, 2003) neste campo e, particularmente, sobre a educação sexual nas escolas. Procedeu-se também à análise da LBSE (Lei n.º 49/2005), da LBS (Lei n.º 27/2002) e do PNS, tomando-os como documentos complementares a esta análise, uma vez que não abordam concretamente a saúde na escola, mas podem favorecer o enquadramento da mesma num âmbito mais amplo das políticas de saúde e de educação em Portugal. Todos os documentos seleccionados são documentos oficiais, produzidos pelo Estado através de entidades por ele nomeadas, não se colocando assim o problema da validade (Saint-Georges, 1997). Fontes documentais como, por exemplo, discursos proferidos por políticos ou artigos de jornais, poderiam também fornecer dados interessantes do ponto de vista analítico, porém nesta pesquisa foram apenas considerados fontes documentais oficiais, ou seja, produzidas pelo governo e organizações a ele associadas, limitando-se também o campo de pesquisa àquele que é considerado o discurso oficial. Os documentos políticos de âmbito local, como cartas educativas, não foram considerados neste estudo, pois não seria possível estudá-los em tempo útil, dados os condicionamentos da amplitude a ser dada a esta investigação. Foi também considerada a inclusão, na análise, de alguns dos principais documentos desenvolvidos por organizações internacionais, possibilitando a comparação de dados. No entanto, e sabendo que as políticas nacionais tendem a seguir discursivamente orientações internacionais (Santos, 1994 e Carapinheiro, 2006), abandonou-se esta hipótese pois sairia do âmbito desta pesquisa.

Para a análise dos dados, recorreu-se à técnica de análise de conteúdo, conforme Guerra (2006), ressaltando-se que proceder à análise de documentos não se pode reduzir apenas à análise do seu conteúdo – implica a análise do documento em si, procedendo à sua crítica interna e externa, e procurando a sua relação com outros documentos e com o contexto da sua produção (Prior, 2003), dado que os documentos são produtos situados socialmente (Lee, 2003). Quando se utilizam documentos como campo de pesquisa é imprescindível ter-se em mente as relações entre produção,



consumo e conteúdo e procurar como se relacionam os agentes, as ferramentas e como os documentos podem mediar e estruturar episódios de interação social (Atkinson e Coffey, 1997 e Prior, 2003). Analisar o discurso em documentos oficiais implica analisar a política governamental (Rose e Miller, 1992), pois é no plano discursivo que são identificados os problemas de governação e delineadas estratégias para os solucionar. Analisar o discurso político em relação à saúde na escola permitiu elucidar os sistemas de pensamento através dos quais o Estado e as organizações de saúde, deles dependentes, definiram os problemas de saúde na escola e os seus sistemas de acção (Rose e Miller, 1992). A forma de expressão de uma política e a tendência para se referir a termos e conceitos de áreas científicas, utilizando modelos de linguagem como o militar, o de mercado ou o ecologista indiciam a visão subjacente da saúde (por exemplo “a saúde sustentável” ou o “cliente dos serviços de saúde” ou a “brigada de vacinação”) coincidindo com frequência a adopção de modelos e práticas com o modelo linguístico adoptado (Faria, 2007).

Para a análise de conteúdo, procurou-se, numa primeira instância, a redução dos dados através de uma categorização que os agrupasse por temas. Seguidamente e com recurso à teoria aprofundada anteriormente, foi construída uma grelha de temas e categorias no sentido de comparar os dados dos vários documentos e aceder à sua complementaridade, dado que todos provêm da mesma entidade: o governo. A grelha foi sendo modificada no decorrer da análise, organizando-se a informação significativa de forma inteligível. As categorias temáticas construídas não pretenderam a exclusividade, mas sim relevar o significado dos dados no seu conjunto (Guerra, 2006b). Para Maroy (1997), o processo de análise implica sempre a originalidade do investigador, que se combina com as particularidades dos objectivos e objecto de cada pesquisa. De facto, a análise contemplou duas fases. Uma primeira fase descritiva e uma segunda fase interpretativa, em que se procurou articular os dados encontrados na construção de um modelo analítico para o fenómeno (Guerra, 2006b).

É discutido por vários autores a possibilidade de generalização dos dados e da representatividade em investigações de carácter intensivo. No entanto, como estudo qualitativo que é, pretendia a compreensão do fenómeno, enquadrando a análise dos dados obtidos no âmbito dos tempos políticos em causa e em relação com contextos particulares (Bogdan e Biklen, 1994). Santos (2002: 48), referindo-se ao conhecimento científico, sugere que “o conhecimento pós-moderno é também total porque reconstitui os projectos cognitivos locais, salientando-lhes a sua exemplaridade, e por essa via, transforma-os em pensamento total ilustrado”.

Previa-se que a reduzida experiência da investigadora e a sua profissão actual, fortemente ligada ao paradigma biomédico, representariam um obstáculo. A própria escolha dos documentos pode ter sido influenciada por estes factores, no sentido em que o investigador pode ser limitado pelo meio, cultura e grupo social a que pertence (Saint-Georges, 1997). No entanto, o processo constante de reflexão e validação das opções metodológicas, ao longo do percurso de investigação, procurou minimizar os efeitos destas limitações.

### III. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

#### 1. PARA UM ENQUADRAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE ESCOLAR: OS DOCUMENTOS EM ANÁLISE

Num primeiro momento, analisaram-se os documentos tendo em conta o contexto da sua produção e os elementos referentes à forma, não apreciando o conteúdo. Numa segunda fase, os documentos foram analisados quanto ao seu conteúdo e foi elaborada uma grelha categorial<sup>2</sup>, consoante Guerra (2006b), para facilitar a organização e a comparação das dimensões e categorias de análise. Deste modo, pensou-se favorecer a identificação das variáveis mais pertinentes e potencialmente explicativas do fenómeno. Seguidamente, procedeu-se à comparação e análise interpretativa dos dados recolhidos, procurando estabelecer relações explicativas sobre o alcance da política de saúde escolar em Portugal (Guerra, 2006b). Embora se tenha analisado o conteúdo dos seis documentos anteriormente referidos, os documentos PNSE e Relatório Final do GTES foram aqueles que providenciaram maior riqueza de dados em relação ao objecto de estudo, como já esperado. Neste capítulo, optou-se por descrever individualmente os documentos analisados e só então proceder à apresentação dos dados referentes ao seu conteúdo.

##### *1.1 Lei de Bases do Sistema Educativo (LBSE)*

A LBSE surgiu inicialmente em 1986, tendo sido alterada em 1997 e em 2005. Está organizada em 67 artigos, distribuídos por nove capítulos numerados, considerando-se secções e subsecções dentro dos mesmos. Esta lei define os princípios e os valores do sistema educativo português, estabelecendo, em traços gerais, a sua organização e funcionamento. Defende os princípios da identidade nacional, da família e da divisão humana do trabalho, e orienta-se pela igualdade, universalidade, cidadania, equidade, solidariedade, autonomia, responsabilidade, liberdade e respeito.

##### *1.2 Lei de Bases da Saúde (LBS)*

A LBS foi publicada em 1990 e posteriormente alterada em 2002. Apresenta-se dividida em cinco capítulos e a cada tema corresponde uma “base”. À semelhança da LBSE, esta lei afirma os princípios e os valores da saúde em Portugal. Versa sobre a saúde enquanto valor a respeitar, apresentando, em linhas gerais, os princípios a seguir na organização do sector da saúde. São abordadas questões como a organização dos serviços de saúde e do SNS, as parcerias público-privadas, o papel regulador do Estado em relação ao sector público, ao sector privado e às actividades relacionadas com a produção e comercialização de produtos farmacêuticos, a saúde como valor internacionalmente reconhecido e os desígnios internacionais a que Portugal está obrigado. Aborda ainda o papel dos utentes, os seus direitos e deveres e o papel dos profissionais afectos aos serviços de saúde, destacando o papel dos médicos. A lei assenta nos princípios da igualdade no acesso aos serviços de saúde, universalidade, cidadania e equidade.

---

<sup>2</sup> Em anexo.

### *1.3 Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais saúde para todos (PNS)*

O PNS da autoria da DGS foi publicado em 2004. Surge durante o XV Governo Constitucional, e, segundo o documento, foi largamente aprovado na Assembleia da República, apesar do seu horizonte de acção poder recair em mais do que uma legislatura. O documento enquadra-se no Programa de Saúde Pública da UE, nas orientações do documento *Health for all* da OMS e em trabalhos desenvolvidos pela OCDE. Este documento consiste num plano director orientado por valores e objectivos de longo prazo que se divide em programas e projectos com objectivos de médio e curto prazo que operacionalizam o primeiro, ou seja, um documento de nível estratégico, consoante a classificação adoptada por Sena, Ferrinho e Miguel (2006). O documento refere que serão elaborados quarenta programas dirigidos a temas e áreas de intervenção específicas para promover a sua operacionalização, e entre estes programas encontra-se o PNSE. O PNS dirige-se a todas as entidades do sector da saúde e a todos que possam intervir nas mesmas. O documento está dividido em dois volumes, o primeiro referente às “Prioridades” e o segundo referente às “Orientações Estratégicas”. O PNS orienta-se pelos valores da justiça social, da universalidade, da equidade, do respeito pela pessoa humana, da solicitude e da solidariedade. Dos princípios orientadores, realçam-se a sustentabilidade e a continuidade, bem como a autonomia do cidadão e a humanização dos cuidados.

O PNS está actualmente a ser substituído por um novo documento, o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Contudo, ainda não está oficialmente publicado, havendo ainda alguns capítulos em fase de revisão<sup>3</sup>.

### *1.4 Protocolo entre o ME e o MS (Protocolo)*

O protocolo assinado pelo ME e pelo MS assume a forma de um contrato entre os dois ministérios, representados pelos seus órgãos funcionais, DGIDC e DGS, respectivamente. Foi publicado em 2006, no contexto de produção de legislação variada relativamente à saúde escolar, à saúde e ao sistema educativo, como por exemplo: a revisão curricular do ensino básico e secundário, a formalização do compromisso entre o MS e ME para o desenvolvimento da RNEPS, a discussão da educação sexual nas escolas e legislação que contemplava as responsabilidades em saúde escolar. Este documento pretende reforçar a parceria entre ambos os ministérios, definir as atribuições de cada um e aquelas que devem ser partilhadas.

### *1.5 Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE)*

O PNSE é um dos quarenta programas de operacionalização do PNS, tendo sido publicado dois anos depois deste, em Diário da República, no dia 7 de Junho de 2006. Neste sentido, é referido que são seus objectivos gerais alcançar ganhos em saúde e contribuir para a implementação do PNS. Numa

---

<sup>3</sup> A primeira versão pode ser consultada on line em: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016/pns-2011-2016/>

primeira versão do novo Plano Nacional de Saúde 2011-2016<sup>4</sup>, refere-se que o PNSE manter-se-á como documento orientador para a saúde escolar. A autoria do documento é de Gregória Von Amann (médica, responsável àquela data pela divisão de saúde escolar da DGS), Cristina Cádima (higienista oral) e Anke Siebold (da divisão de saúde escolar, não sendo esclarecida a sua área de formação/intervenção) e tem como destinatários os profissionais e estruturas do SNS, bem como os seus utilizadores. É referido o seu carácter técnico e normativo, estando prevista a possibilidade de serem emitidos outros documentos de orientações técnicas pela DGS. Nos onze capítulos do documento, abordam-se o contexto histórico em que surge o PNSE, a população-alvo, as finalidades, a organização do programa, as áreas de intervenção (saúde individual e colectiva, inclusão escolar, ambiente escolar e estilos de vida), projectos, avaliação do programa nacional de saúde escolar, formação dos técnicos e saúde escolar no jardim-de-infância, ensino básico e secundário. O PNSE orienta-se para a tolerância, solidariedade e equidade.

### *1.6 Relatório Final do GTES (RF GTES)*

O relatório do GTES, publicado a 7 de Setembro de 2007, resultou do trabalho e das actividades levadas a cabo pelo GTES no sentido de estudar e propor parâmetros gerais dos programas de educação sexual em meio escolar. Este grupo de trabalho foi nomeado pelo ME, em 2005, no seguimento de uma polémica com algum relevo nos *media*, em que se alegava que os materiais utilizados pelas escolas não seriam adequados para a abordagem da educação sexual nas escolas, ou que, pelo menos, não reuniam consenso. O GTES foi constituído, tendo por coordenador Daniel Sampaio, médico psiquiatra; Maria Isabel Baptista, professora do ensino secundário a exercer funções no ME; Margarida Gaspar de Matos, psicóloga clínica e professora na Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa e Miguel Oliveira da Silva, médico obstetra.

O documento congrega a contextualização da educação sexual em Portugal, resultados de um conjunto de inquéritos feitos às escolas, orientações do que deve ser a educação sexual (onde se incluem os conteúdos mínimos da educação sexual em meio escolar), a promoção e educação para a saúde nas escolas, e refere também qual deve ser o perfil do professor coordenador. Foi anexado um documento independente, com a avaliação dos materiais e manuais a utilizar para dinamizar a educação sexual nas escolas, tarefa que foi levada a cabo por uma subcomissão do GTES e por ele nomeada. Em alguns momentos, assume-se como relatório do trabalho realizado e, noutros, assume a forma de um manual técnico, e noutros pontos ainda sugere a elaboração de políticas e legislação. Tem como principal destinatário o ME. Este documento veio fornecer um enquadramento para a Lei da Educação Sexual (Lei n.º 60/2009 de 6 de Agosto) que, embora não se tenha constituído como documento em análise neste trabalho, reproduz as orientações e indicações em termos de conteúdos

---

<sup>4</sup> Pode ser consultado o capítulo específico “Promover um contexto favorável à saúde ao longo do ciclo de vida” online em: [http://www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016/files/2011/03/OSS2\\_20-06-2011.pdf](http://www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016/files/2011/03/OSS2_20-06-2011.pdf)

mínimas fornecidas pelo GTES. O programa Edital lançado pelo GTES ainda hoje se encontra activo, fornecendo dados estatísticos sobre a saúde na escola e também fornecendo às escolas apoio técnico e financeiro. Se observarmos os dados estatísticos presentes (ME – DGIDC, 2011), baseia-se nas áreas temáticas prioritárias fornecidas pelo GTES no seu relatório final. Ainda sobre este documento, salienta-se a indefinição quanto à designação do GTES, que na capa se apresenta como “grupo de trabalho de educação sexual” e no interior do documento se designa como “grupo de trabalho de educação sexual/saúde” evidenciando, desde logo, que o seu principal objectivo se prende com educação sexual.

## **2. A ESCOLA E A SAÚDE NO DISCURSO POLÍTICO**

### *2.1 A visão da saúde: velhas questões ou novas configurações?*

Nos documentos analisados, a saúde é caracterizada recorrendo a atributos positivos em detrimento de negativos, não se ignorando que a visão de saúde se constrói também pela negação, ou seja pelo que se define como doença. A saúde, projectada em várias esferas da vida pública e privada, expressa-se através do estado do corpo e pela conduta individual na relação com os outros. Da análise dos documentos emergiram aspectos como o sanitarismo e a assistência, característicos de ideologias de saúde que permitem situar a visão de saúde patente nos documentos, no âmbito do desenvolvimento de políticas de saúde em Portugal.

A saúde é referida com carácter positivo (LBS, Protocolo, PNS, RF GTES, PNSE). A esta visão corresponde uma elaboração de programas de saúde orientados pelos estilos de vida saudáveis assentes na premissa de evitar um variado conjunto de comportamentos potencialmente causadores de doenças, também elas diversas. A caracterização da saúde como positiva pode relacionar-se com a aceitação e afirmação dos princípios e orientações da OMS, embora a sua definição positiva de saúde (WHO, 1948 e OMS, 1986) não seja explicitamente referida nos documentos. A doença é referida por oposição à saúde, suscitando a elaboração de programas preventivos, orientados para doenças particulares (PNS, PNSE, RF GTES). A LBSE não faz menção à saúde, exceptuando a importância de abordar alguns conteúdos relacionados com o desenvolvimento e higiene do corpo e a existência dos serviços de saúde escolar. A associação da ideia positiva a saúde e promoção da saúde por oposição a doença e medidas preventivas foi um dos pontos que marcou a viragem para a *nova saúde pública*. Ainda assim, é possível reconhecer traços do que Carapinheiro (2006) considerou a ideologia sanitarista e a ideologia assistencial. A ideologia sanitarista, presente em todos os documentos, ora pela visão de saúde, ora pela abordagem centrada na higiene dos corpos ou dos espaços, traduz-se em elementos de uma corrente mais higienista da saúde pública, como a monitorização das condições de segurança e higiene nas escolas (PNSE, Protocolo, RF GTES, PNS, LBSE), a segurança alimentar (PNS, PNSE), o tratamento de águas e resíduos, as condições das habitações e edifícios (PNS) e a qualidade ambiental. Pode notar-se, também, a presença de uma ideologia assistencial, mais presente

na LBS e no PNS, na sua concepção de saúde, no primeiro caso traduzida pelas características dos profissionais (prontidão, correcção técnica, respeito) e no segundo caso pela importância atribuída a religiosidade e exercício espiritual na situação de doença ou no decurso de um internamento hospitalar, evocando a antiga prestação de cuidados de saúde de carácter assistencial e religioso praticada em Portugal (Carapinheiro, 2006).

Retomando a visão positiva de saúde difundida na linguagem da promoção da saúde, esta aparece fragilizada e vulnerável, sujeita a riscos de várias ordens, sendo parte deles internos e outra parte externos aos indivíduos, ou, recuperando as palavras de Lalonde (1974), uns são ameaças auto-impostas e outros ameaças impostas pelo meio ambiente, respectivamente. A determinação dos riscos e factores de risco que podem colocar em causa o estado de saúde são difundidas pelo discurso médico e político (Giddens, 1998) que os põe em evidência nos seus documentos. A noção de risco e, particularmente, de factores de risco está patente no PNS, no PNSE, no RF GTES e no Protocolo. São ainda identificados novos riscos para a saúde e a necessidade de novas estratégias de precaução contra actos de terrorismo, catástrofes naturais ou outros efeitos nocivos ampliados em situações que se pensava estarem controladas (PNS) e que terão, eventualmente impacto na saúde.

Dado que os riscos para a saúde estão disseminados em todos os campos da vida individual e colectiva (pressupondo-se que a saúde está igualmente presente em todos os domínios), os documentos demonstram que é necessário uma intervenção que os abranja globalmente (LBS, PNS, Protocolo, PNSE). Apela-se, por esta razão, à transversalidade das políticas de saúde, para que se criem ambientes saudáveis, procurando-se intervir nos espaços quotidianos em que os indivíduos se movem. A elaboração do PNSE corresponde, em parte, a essa intenção, ao escolher a escola como local de promoção da saúde.

*Base VI: 3 - Todos os departamentos, especialmente os que actuam nas áreas específicas da segurança e bem-estar social, da educação, do emprego, do desporto, do ambiente, da economia, do sistema fiscal, da habitação e do urbanismo, devem ser envolvidos na promoção da saúde. (LBS)*

*Hoje, é reconhecida a importância dos espaços da vida diária no padrão de saúde dos indivíduos. (PNSE: 9)*

Os documentos analisados vão mais longe, tendo em conta não só o espaço, mas também a dimensão temporal, propondo um plano e um programa de actuação organizado pelo ciclo de vida. Assim, o PNS percorre as várias fases de desenvolvimento individual, desde o nascimento até à morte, incluindo ainda os momentos socialmente significativos, como o nascimento de um filho, o casamento, o divórcio para delinear actividades de promoção da saúde e prevenção da doença. O PNSE, como programa que operacionaliza parte do PNS, dedica-se especificamente a alguns destes momentos da vida.

*O ciclo de vida realça também momentos especiais, como o nascer, o morrer e outros momentos como a entrada para a escola, o primeiro emprego, o casamento, o divórcio, a reforma, entre outros, que*

*representam oportunidades para a educação para a saúde, para acções de prevenção, para rastreios de doenças e outras intervenções. (PNS: 25, vol. II)*

Considera-se, deste modo, que todos os momentos e aspectos da vida individual e colectiva podem constituir uma oportunidade de potenciação da saúde, de evitação da doença ou da sua minimização, partindo de abordagens essencialmente preventivas. A saúde pode, neste contexto, ser sempre aperfeiçoada e melhorada no sentido da definição da OMS que, como se tinha discutido anteriormente, pode exacerbar o processo de medicalização (Fitzpatrick, 2001, Conrad, 2007 e Huber *et al.*, 2011), por exemplo, através da submissão de indivíduos saudáveis a rastreios ou outras intervenções.

Os documentos objectivam a saúde no corpo biofísico e na conduta individual, que deve reflectir uma boa saúde mental. A saúde é avaliada pelo corpo e pelo seu estado de conservação e higiene, aferida através de exames globais de saúde em que se registam e avaliam parâmetros antropométricos. Estes aspectos são referidos como parâmetros de avaliação da saúde (PNS, PNSE, RF GTES). Foucault (1975) refere que os registos são um dos pilares do sistema disciplinar médico, já que a recolha e sistematização da informação permite a construção da *normalidade* e, conseqüentemente, podem estar na base da definição de complexos sistemas de classificação dos indivíduos e das populações, recorrendo-se à elaboração estatística e a projecções estimativas e probabilísticas. O corpo funciona assim como espelho que reflecte os cuidados com o corpo e com a saúde que cada um pratica: o corpo que aparenta saúde pertence ao indivíduo que *pratica a saúde*, por outras palavras, o corpo saudável traduz a capacidade individual de controlo e de evitamento de riscos. O corpo saudável, mais do que o corpo magro, é uma marca dos que conseguem ser bem-sucedidos e alcançar o ideal de saúde (Crawford, 2006).

A saúde da mente aparece dissociada da saúde do corpo, evidenciando uma noção quase cartesiana entre corpo e mente, no entanto, apresenta-se em complementaridade com a saúde física: “saúde física e mental” (PNS), o que realça a importância atribuída à harmonia entre o corpo e a mente (Silva, 2008). A saúde mental é expressa na conduta individual e percebida na interacção com os outros. No PNSE, uma boa saúde mental traduz-se pela ausência de comportamentos violentos ou de consumos nocivos. No RF GTES, a referência à saúde mental aparece exclusivamente associada à violência em meio escolar. No PNS, as menções a saúde mental acontecem através do recurso à sua oposição – doença mental – a promoção da saúde mental nas prisões e as estratégias de intervenção na doença mental sumarizam as referências. A violência ou os comportamentos violentos são sinais de uma perturbação da saúde mental, uma expressão da dificuldade de auto-controlo individual e, por essa razão, é apontada a necessidade de intervenção neste domínio através de programas e planos de saúde. É frequente, no domínio leigo, a causalidade da doença mental ser atribuída a factores individuais e de incompetência dos indivíduos em lidarem com os seus problemas (Rogers e Pilgrim,

1997), o que reforça o sentido atribuído ao desenvolvimento de competências de vida identificado nos documentos, como estratégia para lidar com adversidades e como forma de evitar a doença.

A saúde começa a ter, na socialização, um papel fundamental, dado que a avaliação que se faz do outro toma por referência, por vezes, esse ideal de competência em saúde (física, mental ou ambas). As doenças associadas aos estilos de vida são progressivamente colocadas sob um julgamento moral em que todos os indivíduos estão implicados: contrair uma doença cuja prevenção é possível, através da evitação de um conjunto de comportamentos considerados prejudiciais à saúde, ou seja, do controlo de riscos, pode ser encarado como sinónimo de irresponsabilidade e imoralidade, de quem não teve cuidado ou não desenvolveu os esforços necessários no sentido de reduzir e evitar os riscos (Lupton, 1995). De facto, quatro dos documentos analisados referem a saúde como expressão do exercício da cidadania (PNS, Protocolo, PNSE, RF GTES), assumindo-se, de certo modo, que o bom cidadão é aquele que cumpre o seu dever, esforçando-se para ser saudável e sendo saudável.

## *2.2 A saúde na política: o discurso político no desenho de ambientes e cidadãos saudáveis*

Os documentos analisados revelam diversos aspectos caracterizadores da política de saúde em Portugal, sendo eles próprios documentos políticos, que delineiam estratégias políticas, inspirados pelas emanações europeias e mundiais, particularmente pela OMS. A definição de responsabilidades em matéria de saúde e de saúde escolar, a importância atribuída à transversalidade sectorial, ou os princípios e valores pelos quais se pautam as políticas e programas de saúde emergem da análise. Os documentos revelam um conjunto de estratégias de acção como a elaboração de programas, a produção legislativa, a formação de técnicos ou a organização em redes. São ainda contemplados alguns aspectos relacionados com a gestão de políticas e programas de saúde. A ciência, a evidência científica e as estatísticas epidemiológicas parecem ter um papel fundamental na elaboração das políticas de saúde.

A saúde é, no discurso político, uma responsabilidade de cada cidadão (LBS, PNS e RF GTES), expressando de certo modo a individualização da saúde sustentada por governos neoliberais e aquela que tem sido uma das principais críticas atribuídas à promoção da saúde: a responsabilização dos indivíduos pela sua saúde (Nettleton e Bunton, 1995). A LBS, o Protocolo e o RF GTES apontam a responsabilidade do Estado na definição de políticas de saúde, de que são exemplo, de certo modo, o PNS e o PNSE. A LBS acrescenta às responsabilidades do Estado a provisão de serviços de saúde públicos de carácter universal e a regulação do sector da saúde. Relativamente ao sector educativo, também o Estado deve fornecer um sistema de carácter público, embora as famílias sejam reconhecidas como co-responsáveis pela educação das crianças e jovens (LBSE). A presença de serviços públicos do tipo universal permite reconhecer que se está perante um Estado-providência, ainda que admita já algumas características neoliberalistas, como o recurso às parcerias público-privadas, a privatização de serviços ou restrição da universalidade (LBS).



As políticas assentam nos princípios de cidadania (LBSE, Protocolo, PNSE), equidade (PNS, PNSE, RF GTES), igualdade (LBSE, LBS, PNS) justiça social (PNS) e inclusão ou não discriminação (PNS, PNSE), valores em que a democracia se baseia (Giddens, 2008). A igualdade em saúde preconizada nos documentos será tão mais difícil de alcançar quanto mais a proposta política para a saúde se aproximar das linhas neoliberais, em certa medida promotora das desigualdades sociais (Bambra, Fox, Scott-Samuel, 2005). Admitir estas circunstâncias é reforçar a noção de que as contradições presentes no discurso político pretendem conciliar duas tendências divergentes.

A legislação e a política de saúde, em Portugal, são claramente influenciadas pelas directivas das organizações internacionais, como a OMS, reconhecida pela sua importância e prestígio (LBS), pela OCDE, pela Comissão Europeia, entre outras (PNS, PNSE, RF GTES). Os dados dos relatórios estatísticos europeus e internacionais são justificação para a introdução de novos programas de saúde e intervenções em saúde.

*Atendendo a que todos os países participantes utilizam o mesmo questionário, os dados do estudo internacional permitem comparar conhecimentos e comportamentos, tendo em conta o contexto da vida familiar, escolar e relacional, assim como realizar estudos de tendência e correlacionar os principais determinantes da saúde com o género. Esta e outras fontes científicas fornecem informação credível, que poderá servir de base para novas intervenções de promoção da saúde na escola. (PNSE: 15)*

A aceitação das orientações das organizações internacionais conduz, também, a uma construção do saudável, que se aproxima da noção de saúde veiculada pela OMS, reduzindo-se, em última instância, a relatividade social, cultural e política que esta construção assume em diferentes sociedades e regiões do mundo, num fenómeno em que individualização e globalização se complementam e se tornam indissociáveis, reflectindo-se nas representações individuais e colectivas de saúde (Beck, 2000). A OMS tem produzido, nas últimas décadas, diversas orientações e documentos que têm sido amplamente aceites a nível mundial, afirmando e reforçando uma política globalizante. Contudo, conforme refere Giddens (1998), o estabelecimento de organizações internacionais não retira a totalidade da soberania ao estado-nação. O estado-nação mantém a sua soberania no seu território, encontrando, porém, limitações importantes e vendo-se obrigado ao cumprimento de normas e orientações internacionais que subscreve, recebendo também contrapartidas dessa relação. Barroso (2005), referindo-se ao sistema educativo, aponta que a regulação transnacional pode favorecer a legitimação das políticas, que pode comportar, em maior ou menor medida, a obrigação de instituir medidas com origem em países centrais. A regulação por estruturas supra-nacionais que controlam as regras dos sistemas de financiamento, ainda que não tenham poder formal na saúde (como a UE), e a importância crescente de agências internacionais nos programas de cooperação destinados a países da periferia (coordenados por países centrais), possibilitam a responsabilização dessas entidades pelo insucesso na aplicação das estratégias sugeridas (Barroso, 2005). A organização em redes pode fortalecer a regulação transnacional e o potencial normalizador da mesma, pela partilha de recursos, de informação e, sobretudo, dos mesmos princípios, valores e

estratégias. Este tipo de organização está mais presente nos documentos “da saúde” (LBS, PNSE, PNS), do que nos documentos atribuíveis ao sector educativo. A organização em redes, embora não seja um fenómeno exclusivo da saúde, neste campo é muito acentuada.

Nos documentos analisados foi possível identificar alguns aspectos relacionados com a gestão da política e dos programas de saúde em questão. São abordadas a racionalização de recursos (LBS, Protocolo), a promoção da eficiência dos serviços (PNS, LBS), a gestão do tipo empresarial (LBS, PNS) e a avaliação política de programas (PNS, PNSE, RF GTES). A aproximação às questões da gestão não está só relacionada com a efectividade das políticas públicas, residindo o interesse da sua identificação na percepção dos valores económicos ou simbólicos na concepção da política. Assim, a falta de abordagem desta questão nas políticas revela alguma fragilidade, como a incapacidade frequentemente apontada de avaliação dos programas de promoção da saúde (Parish, 1995). Para Sena, Ferrinho e Miguel (2006), as avaliações presentes nos planos e programas de saúde são débeis e não apresentam mecanismos próprios de cativação de recursos. A dependência acentuada de financiamento proveniente do orçamento do Estado pode inviabilizar a operacionalização de programas de promoção da saúde e reforçar as atribuições e responsabilidades individuais na promoção da saúde. Esta dependência económica pode também gerar flutuações na disponibilidade financeira, dependentes, entre outros aspectos, da mudança de governo a que pode não corresponder uma mudança de programa político (como nos casos do PNS e PNSE), conforme sucedeu com o apoio à RNEPS (CAN, 2000). A consideração dos aspectos económicos na elaboração de um plano ou programa de saúde não pode ser apontada como uma preocupação governamental exclusivamente economicista, mas como necessária para a concretização prática das políticas e planos propostos. Elias (1991) ressalva precisamente que as questões da política e da economia não constituem uma verdadeira oposição.

Para atingir os objectivos a que se propõem, os documentos dão conta de estratégias como a produção de nova legislação, de novos programas e de novas orientações técnicas (como as produzidas pela DGS ou pelo GTES). Apresentam-se ainda outras estratégias: encorajar a participação da sociedade civil e promover o empoderamento individual e comunitário (PNS, PNSE), criar estruturas que suportem a parceria interministerial e criar estratégias de âmbito nacional (Protocolo). Incentivar a participação da sociedade civil por referência ao empoderamento individual caracteriza um discurso político assente no neoliberalismo, em que se promove a transferência da responsabilidade estatal para a responsabilidade individual (Lupton, 1999). O empoderamento, referido nos documentos reporta-se tanto ao plano individual como ao comunitário, no entanto a ausência de desenvolvimento desta questão nos documentos analisados, não permite esclarecer se há uma efectiva desresponsabilização do Estado pela saúde dos seus cidadãos.

A evidência científica, conjuntamente com os dados estatísticos e epidemiológicos de prevalência de determinadas doenças ou condições, é evidenciada como uma importante justificação para o desenvolvimento de um programa de saúde. A aceitação social e política dos riscos e dos novos

riscos enunciados pela pericialidade científica resulta da credibilidade de que goza a ciência, ainda que esta tenha vindo a ser abalada com a passagem para a sociedade pós-moderna (Beck, 2000). A ciência aparece como forma de legitimar as opções tomadas, assumindo o cientista o papel de perito ou de conselheiro científico (Gonçalves *et al.*, 2007). Nos documentos, é visível o recurso à pericialidade interna, patente no recurso a técnicos afectos a entidades dependentes do governo para elaboração do PNS e PNSE, e externa (RF GTES) que se concretizou na nomeação do GTES (Gonçalves *et al.*, 2007). Os documentos políticos ou que contém estratégias políticas são ricos em terminologia técnica e da apresentação de resultados científicos (Rose e Miller, 1992), que justificam as opções tomadas e, por vezes, tornam difícil a sua inteligibilidade para leigos. A pressão social e política sobre o governo, neste caso despoletada pela opinião pública e reforçada pela projecção mediática, condicionou a nomeação do GTES para o estudo dos materiais utilizados pelas escolas. Os *media* desempenharam, aqui, um importante papel na construção e reconstrução dos riscos associados à educação sexual nas escolas, alimentando temporariamente a polémica e contribuindo para lhe conferir existência (Gonçalves *et al.*, 2007). É possível descortinar, através do documento do RF GTES que os peritos não se dissociam daquela que foi a sua necessidade de convocação e incluem nos seus pareceres juízos de natureza sociopolítica (Gonçalves *et al.*, 2007), por exemplo quando se afirma que o governo deve reafirmar a política neste ou naquele ponto ou que não se comprovaram efeitos negativos da utilização dos materiais de apoio à educação sexual. O parecer científico não é, por esta razão, necessariamente objectivo e neutro, podendo supor-se a presença de valores e interesses profissionais, institucionais ou até pessoais (Gonçalves *et al.*, 2007). Em Portugal, o recurso à pericialidade científica tem aumentado, pese embora que o grau de autoridade dos pareceres emitidos seja variável e de acordo com a conveniência, sendo desvalorizado quando entra em conflito com o interesse ou o poder político (Jerónimo, 2006 e Gonçalves *et al.*, 2007).

A importância atribuída à ciência e ao saber científico revela-se também pelo recurso à formação de técnicos, como uma estratégia para a implementação dos programas de saúde. A formação deve ser veiculada por entidades devidamente creditadas ou universidades, organizações onde prima o conhecimento científico e académico. O RF GTES sugere, inclusivamente, organizações e instituições de ensino que possuem, na sua oferta, algumas formações relacionadas com a saúde escolar, o que de certa forma pode contribuir para um maior controlo e uniformização de linguagens no diagnóstico de problemas e nas formas de actuação. Para Navarro (2004), a especialização estimulada e fornecida pelo Estado pode promover a concentração, industrialização e hierarquização do sector da saúde.

### *2.3 As responsabilidades da escola na saúde*

Nas políticas e programas de saúde analisados, a escola é descrita como o local de aprendizagem por excelência, onde se aprendem conhecimentos de carácter técnico-científico e competências de vida

essenciais (em que se incluem conteúdos e competências de saúde) na preparação de crianças e jovens para a vida adulta. Os documentos sugerem que a escola deve integrar as especificidades da comunidade em que se insere, devendo também desempenhar uma acção integradora dessa mesma comunidade e agir em conformidade com as necessidades identificadas.

Os documentos analisados referem que a escola não deve apenas dedicar-se à educação em termos teóricos, salientando a obrigação da escola no desenvolvimento de competências de vida, como a autonomia, a cidadania e a responsabilidade, que consideram também ser essenciais para a saúde (Protocolo, PNSE, RF GTES). O currículo é desenvolvido tendo em conta as características específicas de crianças e jovens, sendo para este grande grupo que a escola se dirige. De facto, está patente nos documentos que o lugar de crianças e jovens (dos 6-18 anos, período a que corresponde a escolaridade obrigatória) é na escola (LBSE, PNS, RF GTES), sendo este o local onde despendem mais tempo. Estabelecer a promoção da saúde na escola concretiza a premissa do PNS de actuar nos espaços do quotidiano, neste caso o de crianças e jovens. A escola é perspectivada como uma estrutura da comunidade em que se insere, comunidade essa com quem deve estabelecer uma relação de mútua influência (LBSE, PNS, PNSE, RF GTES, Protocolo).

*Uma escola que se proponha promover a saúde, deve mobilizar a participação directa da comunidade, desde as decisões sobre o projecto, ao envolvimento da própria escola, dos serviços de saúde, da comunidade de pais, dos voluntários, das empresas, dos parceiros diversos, até à sua execução e avaliação. (PNSE: 5)*

Esta particularidade deve ser notada, na medida em que a relação entre a escola e a comunidade se procura fortalecer através das actividades de promoção e educação para a saúde.

A saúde, embora não seja referida na LBSE enquanto tema a abordar, o que revela uma certa incongruência com os restantes documentos, é reconhecidamente um tema que deve constar na educação escolar (PNS, PNSE, Protocolo, RF GTES). A escola é caracterizada inclusivamente como “a grande promotora da saúde” (PNSE: 3), ou como “um ambiente de excelência para a promoção da saúde” (PNSE:10) ou indicando que “a promoção da saúde e os estilos de vida saudáveis [têm] uma abordagem privilegiada no ambiente escolar” (PNSE:4). Ferreira (2005) refere que a atribuição da saúde enquanto área de intervenção do sector educativo pode justificar-se como mais uma das imposições que se colocam à escola na resolução de problemas sociais, quer sejam eles problemas de preservação ambiental, de saúde, de gravidez na adolescência ou de segurança rodoviária.

Em termos de responsabilidade pela saúde na escola e pela saúde escolar, esta é atribuída ao MS (embora não seja contemplada na LBS), já afirmada anteriormente na LBSE, que atribui ao MS essa responsabilidade, o que pode favorecer uma abordagem biomédica da saúde. A linguagem presente nos documentos como o PNS e PNSE desloca várias responsabilidades para a escola, referindo em vários momentos os aspectos que a escola *deve* incluir na sua organização ou os temas que a escola *deve* abordar ou como o *deve* fazer. A coordenação da RNEPS, não referida nos

documentos, está a cargo da DGIDC – ME, embora lhe seja atribuída maior importância no PNSE. A elaboração de documentos como o Protocolo afirma a responsabilidade de ambos os sectores em matéria de saúde escolar. A atribuição de responsabilidade neste âmbito parece pouco clara e por vezes até contraditória.

#### *2.4 Construindo uma escola mais saudável: atributos, espaços, actores e modos de actuação*

A escola que procura ser mais saudável é caracterizada como um espaço de saúde (PNSE), onde o ambiente deve ser seguro, estimulante e acolhedor (RF GTES), procurando-se alcançar um ambiente isento de riscos para a saúde das crianças e jovens. Na descrição da escola, o discurso escolhe uma linguagem que remete para a abordagem ecológica, sendo também visíveis traços da ideologia sanitária que se procura substituir pela perspectiva salutogénica ou pela referência à saúde holística. Uma escola que promove a saúde tem como missão o desenvolvimento de competências no sentido da mudança comportamental, especialmente nas áreas que considera de intervenção prioritária: saúde física, saúde mental, estilos de vida, ambiente, educação sexual/saúde sexual e reprodutiva. A intervenção a nível do espaço físico e do ambiente escolar também é considerada necessária, sendo sobretudo da responsabilidade dos serviços de saúde. Para concretizar os seus objectivos em saúde, a escola deve recorrer a metodologias múltiplas, como a colaboração e as parcerias com estruturas da comunidade, a integração de conteúdos de saúde no currículo/projecto educativo da escola e a utilização das áreas não disciplinares, recorrendo sempre que possível à metodologia do projecto. Professores, alunos, profissionais de saúde, famílias, comunidade e comunidade educativa são apontados como os actores da promoção de saúde na escola, não existindo uma coincidência exacta nos documentos quanto às suas funções.

Como principais perspectivas e condições inerentes a uma escola que procura ser mais saudável, os documentos apontam as vertentes: sanitária (LBSE, PNS, PNSE, RF GTES, Protocolo), ecológica (PNSE), salutogénica (PNSE, RF GTES) e holística/visão integrada da saúde (PNSE, RF GTES). A ideologia sanitária (Carapinheiro, 2006) respeitante à saúde na escola ocupa um papel de destaque nos documentos analisados: desde a vacinação da comunidade educativa até às preocupações com a qualidade do ar e da água, incluindo a qualidade dos alimentos ou dos espaços de recreio (PNSE), bem como a transmissão de conhecimentos e informações de carácter preventivo, nomeadamente relacionados com as IST (RF GTES).

*A escola, na procura permanente de um ambiente mais saudável para as crianças, deverá assegurar saneamento básico, água de qualidade, ambiente de suporte à actividade física e à mobilidade segura, ar interior e exterior livres de poluição, assim como reduzir a exposição das crianças aos riscos físicos, químicos e biológicos. (PNSE: 14)*

*Importa que estes conteúdos abordem, nas e nos adolescentes portuguesas, tendências na idade de início das relações sexuais, métodos contraceptivos disponíveis e utilizados, razões do seu falhanço e não uso, evolução e consequência nas taxas de gravidez e aborto (entre nós e na UE), aspectos relacionados com*

*a incidência e sequelas das IST (incluindo a infecção por VIH e HPV, sua prevenção e suas consequências). (RF GTES: 22)*

O recurso a terminologia e expressões habitualmente relacionadas com a ecologia (Faria, 2007), como a saúde sustentável (PNS), ambiente limpo e saudável ou futuro sustentável (PNSE) não se traduz necessariamente em preocupações de preservação ambiental, que se concretizam antes em questões relacionadas com a salubridade, qualidade do ar ou a emissão de ondas electromagnéticas (PNS, PNSE). A abordagem assente na salutogénese, modelo desenvolvido por Antonovsky (1996), é partilhada tanto pelo PNSE como pelo RF GTES, que referem a necessidade de se transferir o foco de acção dos factores negativos para factores positivos, procurando a afirmação de uma visão positiva de saúde. Embora se refira a necessidade de uma abordagem holística (PNSE) ou uma visão integrada da saúde (RF GTES), ambas as noções são pouco exploradas nos documentos, revelando talvez uma certa indefinição.

A escola que promove a saúde deve estimular o desenvolvimento de competências de autonomia, responsabilidade, espírito crítico (PNSE, RF GTES), resiliência e estratégias de *coping* (RF GTES). O sucesso escolar, embora não se possa dizer uma competência de saúde, aparece associado à saúde, sendo que a saúde e o sucesso escolar se condicionam reciprocamente (RF GTES, PNSE). A responsabilidade individual pela saúde aparece reforçada pela importância atribuída ao desenvolvimento de competências de saúde de carácter individual que possibilitem as escolhas saudáveis. A escolha saudável deve ser promovida e facilitada pela escola (PNSE), concretizando-se assim os propósitos das políticas intersectoriais de saúde (OMS, 1986 e Lupton, 1995): a saúde em todos domínios e em todas as políticas.

*A promoção da educação para a saúde na escola tem, também, como missão criar ambientes facilitadores dessas escolhas e estimular o espírito crítico para o exercício de uma cidadania activa. (Protocolo: 1)*

Como principais metodologias de actuação, os documentos apontam que a escola deve possuir, no seu projecto educativo e programático, conteúdos de saúde, assumindo o sugerido pela OMS no seu documento *Health 21*, em 1999 (WHO, 1999). As áreas não disciplinares, como área projecto e formação cívica, são destacadas para a abordagem dos conteúdos de saúde (RF GTES, PNSE). Não se trata pois de um currículo oculto, mas antes de um currículo paralelo que tem carácter obrigatório, embora não seja determinado nos programas curriculares nacionais, ficando ao critério de cada escola a sua definição. A metodologia do projecto é apontada como preferencial (RF GTES, PNSE, Protocolo). Esta preferência resulta, em parte, do facto de estimular o envolvimento dos actores, nomeadamente crianças, jovens e comunidade educativa, e de poder favorecer o empoderamento que, no PNSE, é referido como um dos principais pilares da promoção da saúde. O recurso a parcerias é também uma das metodologias a utilizar pela escola. O principal parceiro reconhecido é o centro de saúde (PNSE, Protocolo, RF GTES), sendo também referidos como parceiros organizações e serviços existentes na comunidade. Esta estratégia é uma forma de

localização da escola na comunidade (Ferreira, 2005), rentabilização de recursos e uma forma de alcançar resultados em saúde mais consistentes, isto é, mais organizações e indivíduos comprometidos com o propósito da promoção da saúde de gerar ganhos em saúde. As estratégias referidas não diferem substancialmente das referidas pela promoção da saúde.

O discurso político sobre a escola que promove a saúde centra-se particularmente nos alunos (crianças e jovens) como os principais destinatários dos programas, sugerindo que devem desempenhar um papel activo, procurando inculcar a responsabilidade pela sua saúde ou fomentar, segundo os documentos, o exercício da cidadania (RF GTES, PNSE), concordante com a ideia apresentada nos documentos mais genéricos (LBS, PNS), em que o sujeito é apresentado como activo, motivado para melhorar a sua saúde e ser bem-sucedido (Lupton, 1998). No PNSE é interessante notar a tentativa de convergência, no plano discursivo, de saberes profissionais díspares:

*Os técnicos das equipas de saúde escolar são profissionais preparados para apoiar o desenvolvimento do processo de promoção da saúde em meio escolar, que sabem partilhar saberes e encontrar pontos de convergência, no desafio da saúde positiva para todos. (PNSE: 5)*

Enquanto os professores devem assumir um papel de destaque e de coordenação de actividades, no RF GTES, estes não são referidos como tal no PNSE. Os profissionais de saúde são particularmente destacados no PNSE, que atribui um papel primordial ao médico e ao enfermeiro. É evidente a centralidade atribuída ao médico e à profissão médica, não só se se tiver em conta os autores dos documentos, como também pela constituição do GTES ou pela distribuição horária, no PNSE, entre médicos e enfermeiros. Sublinhe-se que no PNSE é atribuído o mesmo número de horas aos médicos e aos enfermeiros para desenvolver actividades de saúde escolar, quando, na prática, são estes últimos que nos centros de saúde mais tempo dedicam à promoção da saúde na escola, desenvolvendo maior número de actividades. A afirmação franca da presença da profissão médica (LBS, RF GTES, PNSE) pode, de certo modo, reforçar o fenómeno de medicalização, legitimando novas perturbações de saúde e fornecendo estratégias médicas de lidar com os problemas.

A ideia de comunidade educativa (PNSE, Protocolo, RF GTES) coloca-a não só como alvo das intervenções, mas também como potencial formadora e educadora em conteúdos de saúde. A comunidade enquanto colectivo, habitualmente é destacada no discurso da promoção da saúde como activa, capaz de promover mudanças políticas. Beck (2000) refere que as comunidades são efectivamente capazes de alterar políticas estatais, fenómeno que se pôde observar na polémica da educação sexual. Contudo, o mesmo autor refere que o apelo a valores colectivos como comunidade e família ocorrem em reacção ao individualismo da sociedade moderna, que é sentido como intolerável.

A família é referida na maioria dos documentos como devendo ser respeitada nas suas opções e nas suas diferenças, como devendo ser informada dos projectos educativos, incluindo os de promoção da saúde, em que pode participar se assim o desejar, sendo em alguns casos chamada a participar (LBSE, PNS, PNSE, RF GTES). A família sobressai ora como elemento a ser educado para

a concordância com as práticas estabelecidas pela escola e pelo sector da saúde como adequadas (RF GTES), ora como alvo das actividades de promoção e educação para a saúde (RF GTES, Protocolo, PNSE), ora como sendo a principal educadora, enquanto o seu papel deve ser apenas complementado pela escola (RF GTES, PNSE). Enquanto Beck (2000) sugere que a importância concedida à família pode estar relacionada com o apelo ao valor do colectivo e Giddens (2008) refere a importância da família como principal instância de socialização no passado, o discurso presente nos documentos parece atribuir-lhe mais um papel de controlo e vigilância da saúde e manutenção da ordem social.

*A família é a primeira escola da criança e deve ter como objectivo a busca e a prática do bem-estar físico, psicológico, social, afectivo e moral, constituindo também um elemento preponderante na atenuação das fragilidades inerentes à doença, em especial as doenças crónicas ou incapacitantes. (PNSE: 5)*

A família aparece aqui como um agente medicalizado e medicalizante (Foucault, 2008: 201). A família, figurante nas políticas médicas desde o século XVIII, foi responsabilizada pela manutenção do estado de saúde dos seus elementos, especialmente das crianças: o sentimento de cuidar atribuído à família impelia-a a manter os seus membros livres de doenças, limpos e saudáveis.

Embora a escola seja reconhecida como promotora de saúde, os documentos assinalam algumas áreas que consideram prioritárias em termos de intervenção e que devem ser abordadas. Como actividades obrigatórias, o PNSE considera a monitorização do exame global de saúde, o cumprimento do PNV, o cumprimento da legislação de evicção escolar, a monitorização de acidentes e a avaliação das condições de segurança, higiene e saúde, sendo estas mais funções sanitárias e preventivas do que funções relacionadas com a promoção da saúde e a saúde positiva. Revela-se desta forma que a visão positiva subjacente e a promoção da saúde são mais um artificio do que uma prioridade, dado que as atribuições preventivas e sanitárias são aquelas que são obrigatórias. O RF GTES define a educação sexual como obrigatória (o que só mais tarde é legislado e definido como tal) e define as áreas da alimentação e actividade física, consumo de substâncias psico-activas – tabaco, álcool e drogas – violência em meio escolar e saúde mental como áreas prioritárias. As áreas de intervenção prioritárias consideradas no PNSE são: saúde mental, saúde oral, alimentação saudável, actividade física, educação para o ambiente e para a saúde, promoção da segurança e prevenção de acidentes, saúde sexual e reprodutiva e prevenção das IST, prevenção do consumo de substâncias lícitas e ilícitas, prevenção da violência escolar e do *bullying* e educação para o consumo. Em ambos os casos, estilos de vida e factores de risco são temas que percorrem os vários documentos (PNS, PNSE, RF GTES).

Destacam-se de forma mais marcada as questões dos consumos de substâncias – álcool, tabaco e drogas ilícitas (RF GTES, PNSE), saúde do corpo (avaliação do estado do corpo, alimentação e actividade física) (PNSE, RF GTES), saúde mental (RF GTES, PNSE) e educação sexual (RF GTES).



A vigilância do cumprimento do PNV (PNSE) através da escola focaliza, novamente, as intervenções de saúde no indivíduo e localiza-as no corpo, que deve proceder à imunização para evitar a doença e sob a perspectiva do bem comum. Dew (1999) refere que a taxa de vacinação (um dos indicadores do PNSE) tem como propósito a regulação da saúde por parte do Estado e o aumento de dados e informações populacionais. Deste modo, o acesso universal às vacinas transforma-se num acesso universalmente imposto (Dew, 1999) sob o argumento da protecção da saúde pública.

Relativamente aos estilos de vida saudáveis, a transmissão de informação implica abordar a alimentação e o exercício físico (PNSE, RF GTES, Protocolo, PNS), aqueles que são considerados os temas mais relevantes e frequentes em educação para a saúde (Silva, 2008). No RF GTES são abordadas estratégias de controlo do corpo, como a utilização de um instrumento para recolha de dados antropométricos, que permite evidenciar aqueles que se desviam do ideal estabelecido, sendo o corpo o lugar onde se inscreve a saúde de cada um.

*Como a actividade física é essencial para os nossos jovens, que mostram preocupantes padrões de sedentarismo, o GTES desde sempre considerou essencial apoiar os professores de Educação Física nas suas acções quotidianas e nos seus projectos. Neste sentido, promoveu a assinatura de um protocolo entre o ME (DGIDC) e a Faculdade de Motricidade Humana (FMH), de modo a garantir que, no próximo ano lectivo, as escolas dispusessem do instrumento Fitnessgram. Deste modo, os professores de Educação Física poderão aferir parâmetros de saúde de todos os alunos no que diz respeito ao peso e à condição física, sendo obtidos relatórios individuais que permitem aos estudantes e às suas famílias as eventuais correcções. (RF GTES:34)*

Assim, para aqueles que estão fora da norma procuram-se estratégias de correcção de incongruências, transmitindo a ideia de que as escolhas saudáveis são as correctas. Gastaldo (1998) atenta nesta questão, revelando que frequentemente a promoção da saúde se transforma subtilmente numa estratégia para promover uma mudança comportamental informada. A saúde posiciona-se aqui no campo das virtudes morais e desejáveis, que requer a adesão a práticas ou, melhor dizendo, a estilos de vida saudáveis para a alcançar (Halse, Honey e Boughtwood, 2007). Contudo, o discurso e as regras da saúde têm de competir com outras, quando estão disponíveis várias opções. No caso dos jovens, o exercício físico, por exemplo, é frequentemente substituído por actividades sedentárias (RF GTES), evidenciando a potencial supremacia da agência individual perante o sistema disciplinar (Santos, 1994 e Lupton, 1998).

A saúde mental, embora não seja abordada nos documentos em pontos específicos que refiram como deve ser a sua abordagem na escola, é referida por complementaridade e em associação a temas como a violência na escola, o consumo de álcool e tabaco, a educação sexual e o desenvolvimento dos afectos e relações interpessoais (RF GTES). Para o desenvolvimento dos afectos e, em particular das características positivas da personalidade, é imperativo a criação de espaços de comunicação, para apoiar o aluno (RF GTES). As características da personalidade que possam estar relacionadas com a saúde positiva (optimista, bem-humorado, calmo) e com a capacidade de gerir o stresse são

valorizadas (RF GTES, PNS, PNSE). A inclusão de aspectos emocionais e subjectivos como tópicos a desenvolver (RF GTES, PNSE) e que aparecem integrados no currículo de saúde de cada escola, decorre de uma ampliação do território da promoção da saúde, que inclui não só aspectos objectivos da saúde, mas também os aspectos subjectivos relacionados com o bem-estar, com as emoções e os afectos (Petersen, 1998). A tristeza, a falta de atenção ou um comportamento agressivo podem tornar-se motivos para que os jovens sejam encaminhados para o gabinete de apoio ao aluno, que fará a ponte com as estruturas de saúde (RF GTES). A obrigatoriedade de existência do gabinete de apoio ao aluno no ensino secundário, onde a articulação com as estruturas de saúde é obrigatória, pode fomentar a identificação crescente de comportamentos considerados anormais e o consequente encaminhamento de alunos. Assim, a tendência é para que mais comportamentos sejam postos à apreciação médica, ainda que não sejam necessariamente questões reclamadas pelos médicos (Conrad, 2007), podendo espelhar, por exemplo, dificuldades de resolução de problemas por parte dos professores e educadores. A violência em meio escolar ou *bullying* parece ser uma dessas questões, já que os comportamentos violentos são um aspecto que, no RF GTES, aparecem associados à saúde mental. A violência é abordada por ambos os sectores (PNS, PNSE, RF GTES) incluindo este aspecto no campo da saúde, ou por se afigurar um atentado à segurança do colectivo, ou por ser um dos aspectos que mais preocupa os portugueses, conforme um inquérito realizado em 2003 (Gonçalves *et al.*, 2007). A violência, ao aparecer como domínio da saúde, revela-se uma zona potencial de regulação médica ou, neste caso, da saúde pública. O exercício físico aparece tanto no RF GTES como no PNS, como forma de promover o auto-controlo emocional e evitar a violência.

*Importa interferir no ambiente educacional das crianças, jovens e adolescentes, cerceando tudo o que favoreça a violência: interdição de programas – mesmo que indiciadores – de violência na rádio e na TV, repressão assumida de qualquer acto que dela derive, sobretudo em meio escolar. Estímulo à ocupação dos tempos livres dos jovens, promovendo intervalos entre as aulas com actividades de movimento. (PNS: 122, vol. II)*

A educação sexual desempenha um importante papel no currículo escolar, sendo uma das áreas de intervenção prioritárias e com carácter obrigatório desde a publicação da Lei da Educação Sexual em 2009 (Lei n.º 60/2009). A educação sexual assume particular importância no documento do GTES (RF GTES), dado que a sua constituição teve como principal objectivo estudar e parametrizar os programas de educação sexual. A vivência da sexualidade é um tema de claro desconforto social, gerando conflitos não só ideológicos, mas também políticos e onde várias áreas de saber e poder se confrontam (Vilar, 2002). Ainda que o PNSE refira a questão da sexualidade e reprodução, a esta não é dado particular destaque, excepto no campo das IST. Apenas em 2010, em resposta à promulgação da Lei da Educação Sexual, a DGS lança algumas orientações complementares sobre a educação sexual para as equipas de saúde escolar afectas aos centros de saúde<sup>5</sup>, apesar de não se pronunciar

<sup>5</sup> Podem ser consultados os documentos no sítio da DGS as: [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

sobre conteúdos a abordar. No fundo, esta área ficou mais a cargo da educação, no que respeita à definição curricular e em termos organizacionais, embora os profissionais de saúde são considerados imprescindíveis e a parceria obrigatória, devendo estar mais presentes sobretudo no ensino secundário (RF GTES). Segundo Foucault (1994), a sexualidade emerge no século XIX, como campo da medicina e em particular da psiquiatria: a medicina pronuncia-se então sobre os comportamentos normais e patológicos e a higiene necessária para evitar doenças venéreas, consideradas um problema na constituição da família (Vilar, 2002). Esta questão prevalece actualmente, dado que a abordagem da sexualidade é feita pelo prisma médico, apesar de a ele não se restringir. O RF GTES afirma a importância de se evitar uma perspectiva médico-sanitária na abordagem da educação sexual nas escolas, contudo são conteúdos mínimos obrigatórios do programa curricular de educação sexual as taxas de prevalência das interrupções da gravidez, a gravidez adolescente, as IST, sobretudo a SIDA e suas formas de prevenção.

As áreas prioritárias aproximam-se nos documentos referentes à saúde escolar (RF GTES, PNSE), o que pode ter sido favorecido pela constituição do GTES ser essencialmente médica (50%). O PNSE apresenta mais domínios de intervenção e de forma mais detalhada, como saúde ambiental ou educação para o consumo, enquanto o RF GTES apresenta com maior detalhe aquela que é a sua área de consideração principal: a educação sexual. Nos documentos do sector da saúde (PNS, PNSE) aparecem mais em destaque as questões dos acidentes, as questões ambientais e os aspectos sanitários, enquanto no RF GTES são referidos amiúde aspectos emocionais e afectivos.

O espaço escolar é também uma área de intervenção, ainda que não seja definida como tal, sendo alvo de regulação e normalização. O PNS atenta nas questões de segurança e higiene dos edifícios, habitações e condições do meio ambiente como o ar, a água e o saneamento, aspectos também abordados no PNSE, reportando-se ao espaço escolar, o que não constitui uma novidade em saúde escolar. Assim, intervenções de melhoramento e vigilância da qualidade, higiene e segurança dos espaços físicos devem ser implementadas. O RF GTES refere apenas a importância de regulação do espaço em termos de comportamentos amorosos, no sentido de não se misturar o sexo com o namoro (Vilar, 2002). A regulação de comportamentos em cada espaço de circulação dos indivíduos, não constitui uma novidade na saúde pública, pela manutenção do controlo da higiene, pela atribuição de funções e liberdades de circulação delimitadas (Armstrong, 1993). Cada espaço tem uma função e são considerados espaços mais relevantes para a promoção da saúde (RF GTES): instalações desportivas, onde se pratica exercício físico, cantinas, bares e bufetes, onde se regula a alimentação e os alimentos e a sala de convívio dos alunos, onde os comportamentos emocionais devem ser regulados e controlados.

A política de saúde escolar é referida nos documentos como necessária na sustentação das práticas e na implementação de princípios de promoção da saúde na escola (RF GTES, Protocolo), deslocando a responsabilidade de regulação e de definição de papéis para o Estado.

### 3. A POLÍTICA DE SAÚDE ESCOLAR PORTUGUESA REVISITADA: SÍNTESE DE RESULTADOS

Através da análise documental foi possível descobrir a influência internacional na elaboração de políticas e programas de saúde escolar em Portugal. As políticas internacionais, nomeadamente da OMS e UE, fornecem as principais linhas de orientação para o discurso político sobre a saúde na escola. Estas organizações, enformadas pela percepção do risco e pela identificação de novos riscos, constroem uma lógica do saudável que, ao ser adoptada na elaboração política de cada Estado, promove uma aproximação política entre estados. Portugal assume os compromissos propostos por estas organizações, partilhando da visão internacional de promoção da saúde e de promoção da saúde na escola e aceitando como problemas aqueles que são considerados globalmente prioritários. A organização em redes, mais evidente nos documentos políticos elaborados pelo sector da saúde, proporciona a rentabilização de recursos e a difusão de conceitos e boas práticas em saúde escolar, favorecendo a integração das lógicas internacionais de saúde.

O discurso político, em Portugal, enquadrado no contexto internacional, recorre a atributos positivos para descrever a saúde e a saúde na escola, procurando substituir a ideologia sanitária, ainda muito enraizada, pela perspectiva salutogénica ou holística. As políticas de saúde assentes numa visão positiva baseiam-se, em lugar da prevenção de doenças, no controlo dos factores de risco que podem desencadear doenças relacionadas com os estilos de vida.

A escola é configurada como local de controlo, vigilância e produção de riscos. Na escola, a relação com os pares pode promover um espaço gerador de comportamentos de risco, sobretudo durante a adolescência. É na escola que os indivíduos aprendem a conhecer os riscos, as formas possíveis de os controlar e onde aprendem a respeitar a ciência de um modo geral e, em especial a ciência médica, como autoridade em matéria de saúde. A ciência médica assume um importante papel na difusão do conhecimento de novos riscos, oferecendo também estratégias e meios a utilizar na sua gestão. Admite-se que haverá outras influências que estão na base da construção de riscos e factores de risco, contudo a medicina, enquanto autoridade central na definição de riscos em saúde parece ser mais óbvia nos documentos analisados, na medida em que os seus autores foram maioritariamente médicos ou entidades governamentais informadas pela medicina. De facto, reconhece-se nas políticas definidas uma linguagem técnica e especializada, evidenciando o recurso à consultoria de peritos internos ao governo ou a órgãos a ele pertencentes, como a DGS, ou a peritos externos como o GTES.

É este discurso produzido por peritos, sobretudo ligados à área médica, que define e delimita as áreas de actuação obrigatórias e prioritárias na escola, reflectindo os desafios colocados globalmente e procurando concertá-los com aqueles que são diagnosticados como necessidades nacionais. A escola considera como áreas obrigatórias de intervenção em saúde: o cumprimento do PNV, o exame global de saúde, o cumprimento da lei de evicção escolar e a vigilância das condições de higiene e segurança, revelando elementos da antiga saúde pública. A educação sexual tem ocupado uma parte considerável do debate actual sobre a saúde escolar, tendo sido mediatizada pelos meios de

comunicação social, não podendo ser omitida a sua importância ao ter despoletado a sua regulamentação. Consequentemente, a educação sexual constituiu-se também como área obrigatória. Embora a educação sexual negue uma abordagem médico-sanitária, faz apanágio da epidemiologia e prevenção de IST, acrescentando-lhe a abordagem dos afectos e, consequentemente, a necessidade da sua expressão ser controlada em meio escolar. Dado que se assume que todas as esferas da vida privada e colectiva concorrem para a saúde, torna-se necessário projectar intervenções e actividades que as contemplem na sua totalidade. Assim, a escola deve ainda abordar conteúdos relacionados com os estilos de vida, saúde mental/violência e a saúde e higiene do corpo. O corpo assume-se como central, sendo através dele que se expressa a saúde individual. O corpo é avaliado em exames globais de saúde obrigatórios e pelo registo dos parâmetros antropométricos, sendo que a não correspondência ao modelo de corpo saudável promove a necessidade de correcções no sentido de o aproximar da norma. O corpo reflecte a competência em saúde, ou seja, a capacidade de auto-controlo na evitação dos riscos. A saúde mental é colocada também sob julgamento moral: comportamentos violentos ou alterações do comportamento alimentar são considerados desequilíbrios da saúde mental que colocam em causa o bom funcionamento escolar e o sucesso escolar individual.

A saúde escolar procura a convergência de saberes de duas áreas profissionais: a saúde e a educação. No discurso político procura-se que o sector educativo e da saúde trabalhem conjuntamente, em parceria, para alcançar uma escola mais saudável. A saúde na escola, ao funcionar como um currículo paralelo, pode significar, em muitos casos, um acréscimo de tarefas para o sector educativo, a que acresce ainda a dificuldade de abordagem de alguns temas, como a educação sexual. As áreas de intervenção são um elemento consensual, enquanto as metodologias, os profissionais intervenientes e as formas de avaliação são, em vários aspectos, diferentes. Mais, documentos dos diferentes sectores definem diferentes prioridades, atribuem diferentes papéis e organizam áreas de intervenção com diferentes terminologias. O sector educativo é responsável pela transmissão de valores, princípios e pelo desenvolvimento de competências facilitadoras da integração dos princípios das escolhas saudáveis. Ao sector da saúde são atribuídas as funções de controlo das condições físicas e de segurança do meio, a vigilância ambiental e a vigilância do corpo e da doença.

A escola é ainda desenhada como um elemento agregador da diversidade da comunidade em que se insere, submetendo os indivíduos ao mesmo sistema de ensino e ao mesmo modelo de saúde, sendo desejável o trabalho em parceria com essa mesma comunidade. A escola localiza assim os problemas de saúde colocados pela sociedade global na comunidade, procedendo a adaptações que lhes permitem trabalhar as questões de saúde com um certo grau de flexibilidade. A parceria com a comunidade pretende ainda contribuir para a economia de recursos do Estado, ao mesmo tempo que procura difundir as preocupações expressas na política de saúde escolar à comunidade que integra a escola.

A escola reconhece nos alunos os principais destinatários dos programas de saúde escolar. Os alunos são simultaneamente apontados como os principais destinatários e actores das actividades de promoção da saúde, devendo abordar os temas obrigatórios, através de algumas metodologias também previamente definidas. A família tem um importante papel, sendo responsabilizada pela educação dos seus filhos e chamada para a concordância com as regras do saudável, retomando o papel de agente de controlo e vigilância da saúde das crianças e jovens, reafirmando-se como um agente medicalizante. As responsabilidades pela saúde encontram-se assim divididas: ao Estado cabe definição da política de saúde e de saúde escolar, a formação de técnicos e a sua disponibilização para operacionalização de programas de prevenção e promoção da saúde, aos indivíduos cabe o auto-controlo e a responsabilidade pela sua saúde, particularmente no que toca a doenças provocadas pelos estilos de vida.

As questões gerais abordadas pela promoção da saúde como a necessidade da saúde estar presente em todas as políticas, perspectivas e abordagens na escola, o empoderamento individual e comunitário, estilos de vida saudáveis ou factores de risco evidenciam-se no discurso político aplicadas à escola, regulando o espaço, a organização escolar e a comunidade educativa pelas mesmas regras da promoção da saúde, acrescentando-lhes aqueles que podem ser problemas, desvios e impedimentos da realização do máximo potencial de saúde e do sucesso escolar.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS – NOVOS PONTOS DE PARTIDA**

Esta pesquisa propôs-se reflectir acerca do discurso político sobre a saúde escolar em Portugal. Neste sentido, iniciou-se a pesquisa procedendo ao seu enquadramento no âmbito das políticas de saúde internacionais e nacionais, bem como relatando alguns dos acontecimentos que marcaram a história da saúde escolar em Portugal. Nesta perspectiva, do ponto de vista histórico e social poderia ter sido proveitoso uma análise exaustiva das políticas e programas de saúde na escola desde o seu aparecimento até à actualidade em Portugal, o que permitiria não só fornecer contributos para a história da saúde escolar portuguesa, como também identificar a existência de continuidades ou clivagens na política de saúde escolar ao longo do tempo. Contudo, esta opção foi colocada de parte, dado o horizonte temporal e os recursos disponíveis para esta investigação.

Uma vez que a pesquisa considerou os documentos como a sua fonte de dados empíricos, estes foram mobilizados desde a fase inicial de pesquisa, no sentido de enquadrar a política de saúde escolar, sendo esperada a coincidência de alguns elementos, como as áreas de intervenção em saúde escolar ou a proximidade linguística e conceptual dos documentos que abordam a promoção da saúde e aos que abordam a promoção da saúde na escola, ou ainda a presença de orientações internacionais nos documentos analisados. Ainda assim, emergiram elementos interessantes e inesperados, como a importância da ciência, da pericialidade e da medicina na elaboração de políticas de saúde ou o risco enquanto eixo organizador do discurso sobre a promoção da saúde na escola e a ênfase na responsabilidade individual na construção e na prática de saúde. Estes foram, de facto, os principais elementos que conduziram a reflexão sociológica em torno desta temática.

Com esta pesquisa espera ter-se contribuído para a reflexão sobre o discurso político sobre a saúde escolar em Portugal, ainda que agora, depois de concluída, se possam colocar tantas ou mais questões do que as inicialmente formuladas. Como é configurado o risco em saúde pelo discurso dos actores da escola? Será que esses discursos reflectem as preocupações internacionais colocadas pela OMS? Será que no plano do discurso político, o reconhecimento da intersectorialidade, imprescindível à promoção da saúde, promove a inclusão de modelos e lógicas de saúde propostas por peritos não médicos? Será que a convocação de peritos não médicos na elaboração de políticas de promoção da saúde corresponde à necessidade de aprofundar problemas colocados pela ciência médica? Estará a escola perante uma crescente medicalização? Talvez sejam novos pontos de partida a considerar em futuras pesquisas.

## **FONTES**

Decreto com força de lei de 26 de Maio de 1911, publicado a 29 de Maio de 1911.

Decreto-lei n.º 408 /71, de 27 de Setembro.

Decreto-lei n.º 223/73, de 11 de Maio.

Decreto-lei n.º 107/82, de 8 de Abril.

Decreto-lei n.º 107/86 de 21 de Maio.

Decreto-lei n.º 141/93 de 26 de Abril.

Despacho n.º 15 587/99 de 22 de Julho, do Ministério da Educação.

Despacho conjunto n.º 271/98 de 23 de Março do Ministério da Educação e Ministério da Saúde.

Despacho conjunto n.º 734/2000 de 18 Julho, do Ministério da Educação e Ministério da Saúde.

Lei n.º 413/71 de 27 de Setembro.

Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto.

Lei n.º 120/99 de 11 de Agosto.

Lei n.º 49/2005 de 30 de Agosto.

Lei n.º 27/2002 de 8 de Novembro.

Lei n.º 60/2009 de 6 de Agosto.



**BIBLIOGRAFIA**

- Almeida, A. N. e M. M. Vieira (2006), *A escola em Portugal: novos olhares, outros cenários*, Lisboa, ICS.
- Almeida, J. F. e J. M. Pinto (1987), “Da teoria à investigação empírica. Problemas metodológicos gerais” em A. S. Silva e J. M. Pinto (orgs.) *Metodologia das ciências sociais*, Porto, Afrontamento.
- Antonovsky, A. (1996), “The salutogenic model as a theory to guide health promotion”, *Health Promotion International*, (Online), 1 (1), pp. 11-18.  
Disponível em: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/11/1/11.full.pdf+html>
- Armstrong, D. (1993), “Public health spaces and fabrication of identity”, *Sociology*, (Online), 27 (3).  
Disponível em: <http://soc.sagepub.com/cgi/content/abstract/27/3/393>
- Atkinson, P. e A. Coffey (1997), “Analysing documentary realities” em D. Silverman (ed.), *Qualitative Research – Theory, method and practice*, Londres, Sage.
- Baganha, M.I., J. S. Ribeiro e S. Pires (2002) *O Sector da Saúde em Portugal: Funcionamento do sistema e caracterização socio-profissional*, Oficina CES, n.º 182, Coimbra.  
Disponível em: <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/index.php?id=2652>
- Bambra, C., D.Fox e A. Scott-Samuel (2005), “Towards a politics of health”, *Health Promotion International*, (Online), 20 (2), pp.187-193.  
Disponível em: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/20/2/187.full>
- Barnekow, V. et al. (2006), *Health-promoting schools: a resource for developing indicators*, International Planning Committee for European Network of Health-Promoting Schools.  
Disponível em: <http://www.euro.who.int/Document/E89735.pdf>
- Barroso, J. (2005), *Políticas Educativas e Organização Escolar*, Lisboa, Universidade Aberta.
- Beck, U. (1992), *Risk Society: towards a new modernity*, Londres, Sage.
- Beck, U. (1999), *World Risk Society*, Cambridge, Polity Press.
- Beck, U. (2000), “A reinvenção da política” em U. Beck, A. Giddens e S. Lash, *Modernização Reflexiva: Política, tradição e estética no mundo moderno*, Oeiras, Celta.
- Bogdan, R. e S. Biklen (1994), *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*, Porto, Porto Editora.
- Campos, A.C. (1991), “Estado-Providência e financiamento – o caso da saúde”, *Sociologia, problemas e práticas*, 9, pp. 9-26.
- CAN (2000), *Relatório de Actividades*, Lisboa, CAN.
- Canário, R. (2005), *O que é a escola? Um olhar sociológico*, Porto, Porto Editora.
- Carapinheiro, G. e M. G. Pinto (1987), “Políticas de saúde num país em mudança: Portugal nos anos 70 e 80”, *Sociologia - Problemas e Práticas*, 3, pp. 73-109.
- Carapinheiro, G. e P. Page (2001), “As determinantes globais do sistema de saúde português”, em G. Carapinheiro e P. Hespanha (orgs.), *Risco Social e Incerteza: Pode o Estado Social Recuar Mais?*, Porto, Afrontamento, pp. 81-122.
- Carapinheiro, G. (2006), “A Saúde enquanto matéria política” em G. Carapinheiro (ed.), *Sociologia da Saúde: Estudos e Perspectivas*, Coimbra, Pé de Página.
- Castells, M. (2005), “A Sociedade em Rede: do conhecimento à política” em *A Sociedade em Rede: do conhecimento à ação política*, Conferência promovida pelo Presidente da República, 4-5 de Março de 2005, CCB, Imprensa Nacional Casa da Moeda.

- Conrad, P. (1992), “Medicalization and social control”, *Annual Review of Sociology*, (Online), pp. 209- 232.  
Disponível em: <http://www.annualreviews.org>
- Conrad, P. (2007), *The medicalization of Society*, Baltimore, The John Hopkins University Press.
- Costa, V., A. Silva e M. Soares (1980), “Vias de colaboração entre profissionais de saúde escolar e professores” em *Livro - II Jornadas de Saúde Escolar de Viana do Castelo*, Lisboa, ENSP.
- Crawford, R. (2004), “Risk ritual and the management of control and anxiety in medical culture”, *Health*, (Online), 8(4), pp. 505–528.  
Disponível em: <http://hea.sagepub.com/cgi/content/abstract/8/4/505>
- Crawford, R. (2006), “Health as a meaningful social practice”, *Health*, (Online), 10 (4), pp. 401–420.  
Disponível em: <http://hea.sagepub.com/cgi/content/abstract/10/4/401>
- Courelas, C., T. Gonçalves e S. Rio Tinto (2004), *Financiamento da protecção e promoção da saúde*, (s.l.), OPSS.  
Disponível em: [www.observaport.org](http://www.observaport.org)
- Denzin, N. K. e Y. Lincoln (2005), “Introduction: the discipline and practice of qualitative research” em N. K. Denzin e Y. Lincoln, *The Sage Handbook of Qualitative Research*, Thousand Oaks, Sage.
- Dew, K. (1999), “Epidemics, panic and power: representations of measles and measles vaccines”, *Health*, (Online), 3(4), pp. 379-398.  
Disponível em: <http://hea.sagepub.com/cgi/content/abstract/3/4/379>
- DGS (1995), *Programa tipo de saúde escolar*, Circular Normativa, N.º13/DSE de 10/08/95.
- DGS (2004), *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida*, (s.l.). Disponível em: <http://www.dgs.pt>
- DGS (2006), *Programa Nacional de Saúde Escolar*, Lisboa. Disponível em: <http://www.dgs.pt>
- Elias, N. (1991), *La dynamique de l'occident*, [s.l.], Calmann-Lévy.
- ENHPS (1997), *Conference Resolution*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.  
Disponível em: [http://www.euro.who.int/ENHPS/Publications/20020704\\_3](http://www.euro.who.int/ENHPS/Publications/20020704_3)
- Faria, P.L. (2007), “A falsa inocência da linguagem ou a procura da metáfora certa em saúde: reflexão sobre a importância da linguagem dos direitos e da ética no sistema de saúde”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (1), pp.101-103.
- Ferreira, F.I. (2005), *O local em educação*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fitzpatrick, M. (2001), *The tyranny of health – doctors and the regulation of lifestyle*, London, Routledge.
- Foucault, M. (1975), *Surveiller et punir – naissance de la prison*, France, Gallimard.
- Foucault, M. (1994), *História da Sexualidade I: a vontade de saber*, Lisboa, Relógio d'Água.
- Foucault, M. (2008), *Microfísica do Poder*, São Paulo, Graal.
- Garnel, M.R. (2007), *Vítimas e violência na Lisboa da I República*, Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Gastaldo, D. (1998), “‘Is health education good for you?’ Re-thinking health education through the concept of bio-power” em A. Petersen e R. Bunton (eds.), *Foucault - Health and Medicine*, Londres, Routledge.
- Giddens, A. (1998), *As consequências da modernidade*, Oeiras, Celta.
- Giddens, A. (2008), *Sociologia*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gonçalves, M.E. et al. (2007), *Os Portugueses e os Novos Riscos*, Lisboa, ICS.
- Graça, L. (1999a), *História da Saúde e Segurança no Trabalho: O Embrionário Desenvolvimento da Saúde Pública no Portugal Oitocentista*. Disponível em: [www.ensp.unl.pt/lgraca/textos15.html](http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos15.html)

- Graça, L. (1999b), *A Promoção da Saúde e o 'Blaming the Victim'*, [s.l.], [s.n.].  
Disponível em: [www.ensp.unl.pt/lgraca/textos5.html](http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos5.html)
- Graça, L. (2000), *História da Saúde no Trabalho: Repressão, Assistência Pública e Capitalismo Liberal: O Contexto Europeu*, [s.l.], [s.n.].  
Disponível em: [www.ensp.unl.pt/lgraca/textos23.html](http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos23.html)
- Graça, L. e J. Graça (2003), *A escola: um construído social*, [s.l.], [s.n.].  
Disponível em: [www.ensp.unl.pt/lgraca/textos127.html](http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos127.html)
- GTES (2007), *Relatório Final*, Lisboa, GTES.  
Disponível em: [http://www.dgdc.min-edu.pt/saude/Documents/GTES\\_RELATORIO\\_FINAL.pdf](http://www.dgdc.min-edu.pt/saude/Documents/GTES_RELATORIO_FINAL.pdf)
- Guerra, I. (2006a), *Participação e acção colectiva: interesses, conflitos, consensos*, São João do Estoril, Principia.
- Guerra, I. (2006b), *Pesquisa Qualitativa e Análise de conteúdo – Sentidos e formas de uso*, São João do Estoril, Principia.
- Halse, C., A. Honey e D. Boughtwood (2007), “The paradox of virtue: (re)thinking deviance, anorexia and schooling”, *Gender and Education*, (Online), 19 (2).  
Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/09540250601166068>.
- Huber, M. et al. (2011), “How should we define health?”, *BMJ*, (Online), 343 (2), pp. 4163-4165.  
Disponível em: <http://www.bmj.com/content/343/bmj.d4163>
- Inoue, K. e G.S. Drori (2006), “The Global Institutionalization of Health as a Social Concern – organizational and discursive trends”, *International Sociology*, (Online), 21 (2).  
Disponível em: <http://iss.sagepub.com>
- Jerónimo, H.M. (2006), “A peritagem científica perante o risco e as incertezas”, *Análise Social*, XLI (181), pp.1143-1165.
- Krippendorff, K. (2004), *Content analysis: an introduction to its methodology*, Newbury Park, Sage.
- Kuin, S. (1993), “A Mocidade Portuguesa nos anos 30: anteprojectos e instauração de uma organização paramilitar da juventude”, *Análise Social*, XXVIII (122), pp. 555-588.
- Lalonde, M. (1974), *A new perspective on the health of Canadians*, Ottawa, Government of Canada.  
Disponível em: [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde\\_e.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde_e.pdf)
- Laverack, G. (2004), *Health Promotion Practice: Power and Empowerment*, London, Sage.
- Lee, R. (2003), *Métodos não interferentes em pesquisa social*, Lisboa, Gradiva.
- Loureiro, I. e N. Miranda (2010), *Promover a saúde – dos fundamentos à acção*, Coimbra, Almedina.
- Lupton, D. (1995), *The Imperative of Health – Public health and the regulated body*, London, Sage.
- Lupton, D. (1998), “Foucault and the medicalisation critique” em A. Petersen e R. Bunton (eds.), *Foucault - Health and Medicine*, Londres, Routledge.
- Lupton, D. (1999), *Risk – Key ideas*, Londres, Routledge.
- Maroy, C. (1997), “A análise qualitativa de entrevistas”, em L. Albarello et al., *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa, Gradiva.
- Maxwell, J. A. (2005), *Qualitative Research Design – an interactive approach*, Londres, Sage.
- Mills, C.W. (1982), *A imaginação sociológica*, Rio de Janeiro, Zahar Editores.
- MS e ME (2000), *O que é a saúde na escola: Guião orientador Escolas Promotoras da Saúde*, Lisboa, Editorial do Ministério da Educação.

- MS e ME (2006), *Protocolo entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde*, Lisboa, Ministério da Saúde.
- Disponível em: [http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1CEE249-8AA5-4B5F-BA05-866C7D3D57E8/0/ProtocoloME\\_MS.pdf](http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1CEE249-8AA5-4B5F-BA05-866C7D3D57E8/0/ProtocoloME_MS.pdf)
- ME–DGIDC (2011), *Edital – Resultados 2010-2011*, Lisboa, ME-DGIDC.
- Disponível em: [http://www.dgicd.min-edu.pt/educacaosaude/data/educacaosaude/promocaoeducacaosaude/edital2010\\_2011\\_resultados.pdf](http://www.dgicd.min-edu.pt/educacaosaude/data/educacaosaude/promocaoeducacaosaude/edital2010_2011_resultados.pdf)
- ME – DGS (2004), *Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010: Mais saúde para todos*, Lisboa, DGS.
- Minkler, M. (1999), “Personal Responsibility for Health? A Review of the Arguments and the Evidence at Century’s End”, *Health Education and Behavior*, (Online), 26 (1), pp. 21-140.
- Disponível em: <http://heb.sagepub.com/cgi/content/abstract/26/1/121>
- Navarro, V. (2004), *La medicina bajo el capitalismo*, Barcelona, Editorial Crítica.
- Nettleton, S. e R. Bunton (1995), “Sociological critiques of health promotion” em R. Bunton, S. Nettleton e R. Burrows (eds.), *The sociology of health promotion – critical analyses of consumption, lifestyle and risk*, Londres e Nova Iorque, Routledge.
- Nettleton, S. (1998), “Governing the risky self: How to become healthy, wealthy and wise” em A. Petersen e R. Bunton (eds.), *Foucault - Health and Medicine*, Londres, Routledge.
- Nutbeam, D. (1998), “Health Promotion Glossary”, *Health Promotion International*, (Online), 13(4), pp.349-364.
- Disponível em: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/13/4/349.full.pdf>
- OMS (1986), *Carta de Ottawa para a Promoção da saúde* (s.l.), DGS. Disponível em: <http://www.dgs.pt>
- OMS (2005), *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*, (s.l.), DGS.
- Disponível em: <http://www.dgs.pt>
- OPSS (2001), *Conhecer os caminhos da saúde: relatório da Primavera*, (s.l.).
- Disponível em: [http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2001\\_OPSS.pdf](http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2001_OPSS.pdf)
- Parish, R. (1995), “Health Promotion – rhetoric and reality” em R. Bunton, S. Nettleton e R. Burrows (eds.), *The sociology of health promotion – critical analyses of consumption, lifestyle and risk*, Londres, Routledge.
- Petersen, A. (1998), “Risk, governance and the new public health”, em A. Petersen e R. Bunton (eds.), *Foucault - Health and Medicine*, Londres, Routledge.
- Pimentel, I. (1998), “A mocidade portuguesa feminina nos primeiros dez anos de vida (1937-47)”, *Penélope: Estudos*, 19-20, pp. 161-187.
- Prior, L. (2003), *Using documents in Social Research*, Londres, Sage.
- Riso, B. e M. Santos (2007), *Toque de entrada: Operacionalização do conceito de Escola Promotora da Saúde – Perpectivas dos intervenientes*, Tese de Licenciatura em Enfermagem, Lisboa, ESECGL.
- Rogers, A. e D. Pilgrim (1997), “The contribution of lay knowledge to the understanding and promotion of mental health”, *Journal of Mental Health*, (Online), vol. 6 (1), pp. 23-35.
- Disponível em: <http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.1080/09638239719012>
- Rose, N. e P. Miller (1992), “Political power beyond the state: problematics of government”, *British Journal of Sociology*, (Online), 43 (2).
- Disponível em: <http://www.jstor.org/discover/>
- Saint-Georges, P. (1997), “Pesquisa e crítica das fontes de documentação nos domínios económico, social e político” em L. Albarello *et al.*, *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa, Gradiva.

- Sakellarides, C. (2001), “De Alma-Ata a Harry Potter: um testemunho pessoal”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol.temático 2, pp. 101-108.
- Santos, B.S. (1994), *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*, Porto, Afrontamento.
- Santos, B.S. (2002) *Um discurso sobre as ciências*, Porto, Afrontamento.
- Sena, C., P. Ferrinho e J. P. Miguel (2006), “Planos e programas de saúde em Portugal: questões metodológicas e macroanálise dos programas nacionais”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 24 (1), pp. 5-19.
- SHE Network (s.d.), *Schools for health in Europe – EHNPS*, (s.l.), Council of Europe, European Commission e WHO - Regional Office for Europe.  
Disponível em: <http://www.schoolsforhealth.eu/index.cfm?act=esite.tonen&pagina=20>
- Silva, A. S. (1987), “A ruptura com o senso comum nas ciências sociais” em A. S. Silva e J. M. Pinto (orgs.) *Metodologia das ciências sociais*, Porto, Afrontamento.
- Silva, L.F. (2008), *Saber Prático de Saúde – As lógicas do saudável no quotidiano*, Porto, Afrontamento.
- Stephens, C. (2007) “Community as practice: social representations of community and their implications for health promotion”, *Journal of Community and Applied Social Psychology*, (Online), 17.  
Disponível em: [www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com)
- Vilar, D. (2002), *Falar disso: A educação sexual nas famílias dos adolescentes*, Porto, Afrontamento.
- WHO (1948), *Constitution*, Geneve, WHO.  
Disponível em: <http://www.who.int/suggestions/faq/en/>.
- WHO (1978), *Declaration of Alma-Ata - International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata*, Alma-Ata, WHO.  
Disponível em: [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf)
- WHO (1999), *Health 21: Health for all in the 21st century*, Copenhagen, WHO - Regional Office for Europe.
- WHO (1998), *Health-Promoting Schools*, Geneve, WHO.  
Disponível em: [http://www.who.int/school\\_youth\\_health/gshi/en](http://www.who.int/school_youth_health/gshi/en)
- WHO (2000), *Local Action: Creating Health Promoting Schools*, (s.l.), WHO, UNESCO, Education Development Center.  
Disponível em: [http://www.who.int/school\\_youth\\_health/media/en/sch\\_local\\_action\\_en.pdf](http://www.who.int/school_youth_health/media/en/sch_local_action_en.pdf)



ANEXO A – GRELHA CATEGORIAL

	“Categoria”	“Sub-categoria”	Unidades de registo
Visão de saúde	Orientação	Positiva	
		Negativa	
	A saúde em todos os domínios		
	Expressão de saúde	Através do corpo	
		A saúde da mente	
	Ameaças para a saúde	Exercício da cidadania	
Factores de risco			
Ideologia	Novos riscos		
	Assistencial		
Estratégias políticas	Responsabilidade	Sanitarista	
		Partilhada	
		Estado	
	Internacionalização	Cidadão	
		Regulação transnacional	
	Gestão	Cooperação internacional	
	Transversalidade sectorial		
	Estratégias de acção	Desenvolvimento de programas	
		Produção legislativa	
		Formação de técnicos	
Outras			
A evidência científica como fundamento da política			
Valores e princípios	Cidadania		
	Equidade		
	Igualdade		
	Inclusão		
	Outros		
Organização em redes	Internacionais		
	Nacionais		
Responsabilidades em saúde escolar			
Papel da escola	A escola na sociedade	Transmissão de conhecimentos e desenvolvimento de competências	
		Lugar do jovem	
		Acção da escola na comunidade	
A escola como lugar da saúde			
Escola e Saúde	A política como sustentação da prática		
	Características	Atributos	
		Sanitária	
		Ecológica	
		Salutogénica	
		Holística	
	Áreas de intervenção	Saúde do corpo	
		Saúde mental	
		Estilos de vida	
		Ambiente	
		Educação sexual	
		Espaço físico	
	Actores e papéis que desempenham	Professor	
		Alunos	

		Profissionais de saúde	
		Família	
		Comunidade educativa	
	Metodologias de acção	Áreas não disciplinares	
		Parcerias/colaboração	
		Metodologia do projecto	
		Currículo	
		Outras	
	Missão	Desenvolvimento de competências	
		Mudança comportamental	