



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



CONFERENCE

La educación para la salud en la actualidad: algunas breves notas

Jorge Bonito

*Especialista Universitario en Prevención de Riesgos y Promoción de la Salud, Universidad de Évora,
CIDTF de la Universidad de Aveiro, Portugal*

PALABRAS CLAVE

Educación integral;
Educación
para la salud;
Estrategias de
intervención

Resumen En este trabajo se discute el concepto de educación para la salud en la actualidad. Sobre la base de los Objetivos del Desarrollo del Milenio, se presenta el potencial del capital social de una comunidad. Se defiende un modelo de educación integral de la persona humana, como la conquista de la síntesis personal. A continuación, se define educación para la salud y las principales características inherentes a los diversos dominios de intervención necesarios en la sociedad actual. Se hace un breve marco de la educación para la salud en las escuelas portuguesas y las necesidades de formación relacionadas con el paradigma biopsicosocial. Se concluye con algunas referencias de evaluación de proyectos de educación para la salud y una breve nota sobre el necesario viraje que la política debería tomar, en nuestra opinión, en este dominio.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Integral education;
Health education;
Intervention
strategies

Education for health today: some brief notes

Abstract This paper discusses the concept of health education today. Based on Millennium Development Goals, presents the potential of the social capital of a community. Defends an integral education model of the human person, such as achievement of personal synthesis. It's defined health education and the main features inherent in the various policy areas required in today's society. It makes a brief framework of health education in Portuguese schools and training needs associated with the biopsychosocial paradigm. It concludes with some health education project evaluation references and a brief note about the required turning, in our opinion, that policy should take in this area.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

En la Cumbre del Milenio, en septiembre de 2000, se completó el análisis de los principales problemas actuales de nuestro planeta después de haber quedado claro que la lucha contra la pobreza y la promoción del desarrollo sostenible de nuestras sociedades es uno de los principales Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM). La salud es, por lo tanto, una de las preocupaciones y necesidades de intervención revelada por representantes de la ONU, de manera que la Directora General de la Organización Mundial de la Salud refiere que todos los ODM (8) tienen consecuencias para la salud¹. La evidencia ha demostrado que la participación de la comunidad es la clave para lograr mejores resultados de salud y calidad de vida. Este enlace se basa en los conocimientos y habilidades adquiridos y desarrollados sobre temas de salud a lo largo de la vida de las personas. La educación es, sin duda, uno de los procesos más importantes en que una persona está sujeta, profundamente influyente del que se siente, piensa y de cómo actúa. El grado de participación de las personas con la educación para la salud está intrínsecamente ligado al capital social de la comunidad, “*generally understood as a matter of relationships, as a property of groups rather than the property of individuals*”².

El capital social de una comunidad tiene, por lo tanto, el potencial de ofrecer una serie de respuestas a las cuestiones relativas a la educación para la salud. La cantidad y calidad de la red dinámica de relaciones que se establecen entre los diferentes individuos contribuye a la solución de los problemas experimentados.

El núcleo del capital se encuentra, por lo tanto, en las interacciones entre los elementos y las instituciones de una comunidad. La educación para la salud debe ser parte, o incluso aparecer, de este universo de interacciones, estableciéndose como un objeto de aprendizaje durante toda la vida. Como declaró Oliveira³, “el principio de que la gran participación cívica mejora el éxito educativo también se aplica a la educación para la salud”.

No va a ser inadecuado recordar lo definido en el artículo 64 de la Constitución Portuguesa:

1. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud y el deber de defenderla y promoverla.
2. El derecho a la protección de la salud se consigue: a) a través de un sistema nacional de salud universal y general y, dadas las condiciones económicas y sociales de los ciudadanos, tiende a ser libre; b) la creación de condiciones económicas, sociales, culturales y ambientales que garanticen, entre otras cosas, la protección de los niños, los jóvenes y la vejez, y la mejora sistemática de la vida y del trabajo, así como la promoción de la cultura física y deportiva, educativa y popular, e incluso el desarrollo de la educación para la salud de las personas y de las prácticas de vida saludables.

Y como se define en el artículo 73 de la misma Ley:

1. Toda persona tiene derecho a la educación y a la cultura.
2. El Estado promoverá la democratización de la educación y las demás condiciones que permiten la educación, tanto en la escuela como en otros lugares, para contribuir a

la igualdad de oportunidades, la superación de las desigualdades económicas, sociales y culturales, el desarrollo de la personalidad y el espíritu de la tolerancia, la comprensión mutua, la solidaridad y la responsabilidad, el progreso social y la participación democrática en la vida colectiva.

Educación integral

El acto educativo es un encuentro. Un encuentro de confianza, de libertad, de respeto y compromiso con un proyecto interpersonal. Alimenta y saca el potencial del educando. Ocurre en un contexto determinado y conecta dos o más seres humanos a través de un proceso de comunicación, en una situación de cambio y modificaciones recíprocas. La educación se produce en todas las edades y en todas las circunstancias de la vida humana. El educando está sujeto, por lo tanto, no solo a la escuela formal, sino también a una escuela paralela, que es el medio sociocultural.

La educación se extiende a todos los campos humanos, sin olvidar ninguno de ellos. Es una formación total del individuo; es una educación integral de la persona humana. Mialet⁴ la caracterizó como el “desarrollo de una personalidad de una manera equilibrada, rica en todo el potencial congénito liberado, reforzada por la creación de nuevas habilidades y susceptible de adaptarse, transformarse, mejorar al contacto con nuevas situaciones encontradas, elegidas o sufridas”.

La educación integral es aquella que busca la perfección de la persona, en el sentido de la mejora intencional de las facultades específicamente humanas, dentro de los límites naturales, “la conquista de la síntesis personal”⁵ a que Mounier se refería. Sin embargo, se trata de una forma de adaptación social. Pero la educación es un producto cultural: integra la cultura que se desarrolla a través del acto educativo. Es una necesidad social, una forma de socialización progresiva y metódica. En este proceso podemos considerar la endocultura, incorporación del sujeto en la cultura de su propio grupo social, que implica un proceso de adaptación y socialización. Sin embargo, el sujeto, más allá de la inmersión en su propia cultura, es un productor de la cultura y recrea la misma (endoculturación).

Mounier⁶, defensor del personalismo y de una educación basada en la persona libre y siempre impredecible, cree que “el fin de la educación no es hacer, sino despertar personas, no es hacer sino despertar conciencias”, “tiene como misión despertar seres capaces de vivir y comprometerse como personas”. La educación para la salud, como un proceso educativo, integra estos principios y parte de los mismos supuestos del acto educativo que presentamos.

En este contexto, se entiende por educación integral una forma de socialización, de aculturación y de intervención para facilitar el desarrollo de habilidades y valores como metas a alcanzar, a través de contenidos y procedimientos. Este modelo supone que se incorpore, con claridad, habilidades y valores, además de los modelos educativos culturales, centrándose en el contenido y en los métodos, y sustituye a otros de la escuela neutra que limitaba los valores a la conciencia individual de los educandos. La educación como intervención desarrolla habilidades y valores que deben alcanzarse de manera explícita. En este contexto, el

educador no es neutral. Su función es mediar en la cultura social, promover el desarrollo armónico de la personalidad, que se entiende desde un punto de vista individual (personalización) y social (socialización y aculturación).

Educación para la salud

Curiosamente, hace mucho tiempo que, además del determinismo causante entre agente patógeno y la enfermedad, se ha asociado la salud al comportamiento humano, aunque muchos creen que la salud depende poco de lo que hacemos (o de lo que no hacemos), como, por ejemplo, lo que comemos, la actividad física que practicamos, la estimulación cerebral que provocamos, etc. La educación para la salud surgió en el último cuarto del siglo XX en bases mal definidas: una panacea preventiva que tenía una respuesta para casi todos los males y un campo donde han florecido discursos con formulaciones hermosas, pero especulativas y sin rigor. Hoy en día, la educación para la salud se encuentra cerca y lejos de estas dos posiciones. Por un lado, puede ser un elemento nuevo e innovador dentro del sector de la salud y la educación y, por otro, no va a resolver muchos de los males existentes. Pero hoy en día hay un consenso entre los expertos en la materia. En educación para la salud hay un lugar para un discurso serio y riguroso, asentado en bases empíricas y experimentales, con un nivel de análisis e intervención específica (conocimientos, métodos, procedimientos).

Podemos definir la educación para la salud como un proceso educativo que informa, motiva y ayuda a la población y al individuo a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, abogando por los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos. “*Any combination of learning experiences designed to help individuals and communities improve their health, by increasing their knowledge or influencing their attitudes*”⁷, o, de otra forma, un “*proceso deliberado de comunicación y de enseñanza-aprendizaje orientado a la adquisición y fortalecimiento de los comportamientos y estilos de vida saludables, a favorecer las elecciones positivas para la salud y a promover los cambios en los comportamientos y estilos de vida no saludables o de riesgo*”⁸.

La razón principal de la educación para la salud no es su función informativa. Como afirman Valadez, Villaseñor y Alfaro⁹, profesoras investigadoras del Instituto Regional de Investigación en Salud Pública del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, la importancia radica en la generación de elementos positivos que mejoran la lucha social por el bienestar y la salud individual y colectiva. En este sentido, la conceptualización de la educación para la salud tiene implicaciones directas para la práctica educativa en la formación de la salud y los recursos humanos. Asume importancia, por eso, conocer los modelos usados por la educación para la salud, analizar las concepciones subyacentes o el discurso epistemológico que le da forma, a fin de comprender cómo se desarrolla el acto educativo, cuáles son sus objetivos y en qué sentido se desarrolla este acto (en libertad o restricción, en la pasividad o potenciación).

Educar para la salud, modernamente, implica un cuestionamiento acerca del “para qué” y, por lo tanto, del “cómo”

formar futuros profesionales en este campo del conocimiento. La definición de una posición teórica conceptual a seguir en la educación para la salud determina los componentes curriculares y los principios, contenidos, estrategias y metodologías de aprendizaje que se consideran relevantes en la formación del ser humano. Se revela importante no ignorar las características y el argumento paradigmático en la interpretación de la situación educativa en salud, ya que puede generar rutas y errores de diferentes magnitudes.

Si prestamos atención a los problemas de salud actuales, podemos identificar algunos como los siguientes: comer verduras en cantidad inferior a la recomendada; el estilo de vida sedentario y la obesidad; el consumo excesivo de azúcar y de sal; nivel alto de LDL y HDL bajo; la hipertensión arterial; el embarazo en la adolescencia; consumo de sustancias psicoactivas ilícitas; la violencia, el abuso del alcohol; el consumo de tabaco; accidentes de tráfico; infecciones de transmisión sexual; crecimiento afectivo, etc.

No podemos dejar de preguntarnos acerca de lo que puede hacer la educación para la salud y cómo. A pesar de varias conferencias internacionales y mundiales sobre promoción de la salud, los problemas persisten y surgen algunos nuevos (p. ej., el consumo de nuevas sustancias psicoactivas; *plunging from the balcony*; *pass between balconies*, entre otros). Por lo tanto, parece que los programas de prevención no previenen, aunque se haya actuado en la familia, en los barrios, en las escuelas y en los medios de comunicación. Costa y López⁸ cuestionan sobre el tipo de intervención y la eficacia sobre los contextos de la vida cotidiana. Recordando la experiencia de Stanley Milgram, el autor afirma en 1974 que “*the social psychology of this century reveals a major lesson: often it is not so much the kind of person a man is as the kind of situation in which he finds himself that determines how he will act*”¹⁰.

Costa y López⁸ resumen las estrategias de educación para la salud en tres grupos principales: prevención, capacitación de las personas y fortalecimiento de los contextos. La prevención debe tener el foco de la enfermedad y en los problemas contemporáneos, en un futuro lejano sobre lo que no se tiene control y que, para muchas personas, carece de cualquier interés. La prevención no es equivalente a promover la salud y el comportamiento de riesgo no siempre es fácil de definir. De ahí la importancia de la práctica basada en la evidencia científica. Un programa de prevención se basa en la evaluación de la situación local y una vez implementado se somete a un proceso de monitoreo continuo y evaluación del impacto. Los programas de prevención sin la evaluación de los efectos no permiten replanificación. Producen efectos no controlados y son una fuente de gasto de recursos.

El empoderamiento de las personas enriquece la perspectiva pública de la salud pública y la prevención primaria. Corrige las deficiencias del enfoque preventivo y se basa en la pedagogía de empoderamiento a través de la idea básica: “poder y control para vivir.” El encuentro interpersonal es la fuente de poder para vivir, por lo que es el principio activo de la intervención. En este nivel, el aumento de la resiliencia parece ser una estrategia eficaz para hacer frente a los problemas, resistiendo a la presión de las situaciones adversas y congregando energías para las posibles soluciones. Con el empoderamiento se previene el riesgo “culpabili-

zación de la víctima” y se comparte poder y control para vivir. La redistribución del poder, de los recursos y de las oportunidades es una de las características de fortalecimiento de los contextos. Amplía las opciones y decisiones saludables, promueve los factores de protección y controla los riesgos acumulados.

¿Por dónde empezar? Siguiendo la idea de la teoría ecológica del desarrollo humano de Urie Bronfenbrenner, Costa y López⁸ son claros en los *loci* de la acción que enuncian: dominios individual, familiar, de los grupos de pares, escolar, comunitario e institucional, y el medio social/sociedad.

En el dominio individual, los programas de intervención deben tener en cuenta las especificidades culturales de la población, ser realistas en el establecimiento de sus metas y articularse con otras intervenciones, en particular entre la prevención y el tratamiento. La providencia de alternativas positivas para ayudar a la población joven en situación de riesgo, a fin de desarrollar habilidades sociales y personales de forma efectiva y natural, parece tener efectos positivos. Se destaca la importancia de ser desarrolladas y entrenadas, a una edad temprana, las habilidades sociales, como la asertividad, la comunicación, la resistencia a la presión de grupo, para hacer frente a los problemas, del establecimiento de metas y toma de decisiones. Costa y López⁸ también hicieron hincapié en: el desarrollo de hábitos saludables; la promoción de un comportamiento crítico y clarificación de valores; la promoción de la autonomía, y el establecimiento de normas y límites.

“La familia, el elemento natural y fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y bienestar de todos sus miembros, y en particular de los niños, debe recibir la protección y asistencia necesarias para poder desempeñar plenamente su papel en la comunidad”¹¹. Ayudar a las familias de los grupos minoritarios para hacer frente a la orientación racial, cultural o incluso sexual es uno de los objetivos de intervención de la educación para la salud, que debe dirigirse a toda la familia. El desarrollo de las habilidades de los padres y hacer énfasis en el vínculo familiar es decisivo para la fundación de la célula básica de la sociedad. La familia es responsable de crear, cuidar, educar, proteger y garantizar el sano desarrollo de sus hijos. Los padres deben esforzarse por participar activamente en los programas escolares, capacitarse en técnicas de la escucha activa y de interacción, en las técnicas disciplinarias consistentes y habilidades de comunicación interactivas. Si los padres participan poco en la escuela, es deber de esta encontrar estrategias de atracción que los cautive para la participación.

A nivel de los grupos de pares, se puede prever la posibilidad de desarrollar habilidades sociales y personales, la creación de programas intensivos y de integración. La participación de los jóvenes en programas de intervención ha demostrado efectos positivos en el cambio de actitudes, por ejemplo, contra el abuso del consumo de bebidas alcohólicas o drogas ilegales.

En paralelo, la escuela debe evitar la acción todavía recurrente de intervenciones diseñadas para la información sobre las consecuencias negativas. El desmontaje de mitos, con el propósito de los consumos, junto con otros enfoques participativos con la familia y los jóvenes crea oportunidades para que puedan ser llevadas a la práctica las habilidades recién adquiridas.

En el dominio de la comunidad e institucional parece importante desarrollar estrategias integrales de prevención comprensivas, en lugar de iniciativas individuales, aisladas y sin continuidad. El espacio al aire libre de la escuela y áreas de reunión de la juventud deben ser controlados. La ociosidad es la amiga de la tentación. La oferta de tiempo estructurado con adultos, con actividades diversificadas (deportes, sociales), aumentan las actitudes positivas hacia al voluntariado y las acciones comunitarias y son una ocupación formativa y preventiva.

La experiencia portuguesa de congregar a los agentes comunitarios relacionados con la prevención en los Programas de Respuestas Integradas ha ayudado a aumentar la participación activa y conjunta en la búsqueda de soluciones para el bien de la comunidad. Los problemas deben ser sentidos como comunitarios, a través de un esfuerzo de sensibilización de la comunidad y de los medios de comunicación, para que la respuesta sea una exigencia para todos. Los mensajes que se transmiten deben ser continuados en el tiempo, evitando recurrir a las figuras de autoridad en las poblaciones de riesgo.

La divulgación de información sobre los peligros de un producto o sobre las estrategias de venta debe integrar un programa de intervención. El discurso político debe basarse en la evidencia y en consonancia con lo legislado. En Portugal, por ejemplo, está prohibido vender tabaco a los menores de 18 años de edad; sin embargo, no hay articulado alguno para prohibir su consumo por las mismas personas ni voluntad política para legislarlo. La concienciación de la sociedad respecto a los fenómenos que ponen en peligro la propia sociedad es decisiva. Parece ser ineficaz prohibir el consumo de alcohol a menores de 18 años de edad sin tener una inspección eficiente a nivel nacional que, en un primer momento, va en contra del desinterés del comerciante sobre el fenómeno, hasta que se instale la toma de conciencia y la práctica correcta de acuerdo con la Ley.

En Portugal, es el Despacho n.º 25 995/2005, de 28 de noviembre, el que introduce la educación para la salud como obligatoria, como parte de los propios proyectos educativos de las escuelas. El legislado define los principios rectores del modelo para la promoción de la salud en las escuelas, la necesidad de articulación explícita con las familias y con los centros de salud. La educación para la salud es un área transversal disciplinar combinada con la inclusión temática en el área curricular no disciplinar, lo que requiere el nombramiento de un profesor coordinador de esta área temática. El Despacho Interno de la Secretaría del Estado de la Educación, de 27 de septiembre de 2006, aclara el alcance de la educación de la salud: es una acción que implica un permanente desarrollo, para contribuir a la adquisición de competencias por la comunidad escolar, lo que le permite afrontar con confianza y de forma positiva consigo misma y, también, a tomar decisiones individuales, conscientes y responsables, estimulando un espíritu crítico y constructivo, la verdadera asunción del ejercicio de la ciudadanía activa.

Se definieron cinco áreas temáticas prioritarias que deben incluirse en los proyectos de promoción y educación para la salud de las escuelas: la nutrición y la actividad física; el consumo de sustancias psicoactivas; la sexualidad; las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH-SIDA, y la

violencia en las escuelas. La educación sexual se vio autonomizada en materia curricular, siendo publicada la Ley n.º 69/2009, de 6 de agosto, que establece el régimen de aplicación de la educación sexual en las escuelas y su inclusión obligatoria en los programas educativos. Los contenidos de la educación sexual, de acuerdo con la Portería n.º 196-A/2010, de 9 de abril, se desarrollan en el marco de las áreas curriculares no disciplinarias y deben respetar la transversal inherente a diversas disciplinas, integrándose también en áreas curriculares disciplinarias.

Con respecto a la evaluación de la ejecución de los proyectos de educación para la salud, el estudio de Motta y Alves¹² revela que los 20 proyectos evaluados han inducido cambios en las prácticas de los profesores y en las dinámicas de las escuelas. Aun así, se ha presenciado la falta de trabajo de colaboración entre las diferentes partes en la elaboración del proyecto de educación para la salud. La mayor parte del trabajo se centra en los maestros. La comunidad rara vez fue consultada, dándose prioridad a las áreas establecidas en las normativas. El trabajo de Oliveira³ llegó a conclusiones similares para la poca participación de las partes colaboradoras. Los 5 proyectos evaluados son poco atractivos y la comunidad estudiantil está débilmente involucrada. Otro estudio¹³ evaluó la implementación de la educación sexual en 428 escuelas de Portugal. Los encuestados calificaron la aplicación de la Ley como buena/muy buena, pero existe la necesidad de revitalizar el tema a través de nuevos proyectos financiados y la formación del profesorado.

Además de lo anterior, las normas legales portuguesas sobre educación para la salud no tienen en cuenta el concepto de educación integral y los supuestos que aquí defendemos. Se basan, fundamentalmente, en una perspectiva biomédica, partiendo del supuesto de que una mayor comprensión de las causas biológicas de las enfermedades implica una cura efectiva y por lo tanto un importante índice de la salud pública. Está faltando el nuevo paradigma biopsicosocial que valora los efectos de las influencias sociales y ambientales en los parámetros de salud y enfermedad, así como la posición de activos que cada individuo adopta en relación con su propia salud.

Conclusiones

La evidencia ha puesto de manifiesto la importancia de la educación para la salud en las escuelas. Leger, Young, Blanchard y Perry¹⁴ señalan que:

World-wide, education and health are inextricably linked. In simplest terms: healthy young people are more likely to learn more effectively; health promotion can assist schools to meet their targets in educational attainment and meet their social aims; young people that attend school have a better chance of good health; young people who feel good about their school and who are connected to significant adults are less likely to undertake high risk behaviours and are likely to have better learning outcomes; schools are also worksites for the staff and are settings that can practice and model effective worksite health promotion for the benefit of all staff and ultimately the students.

Los autores¹³ consideran que la educación para la salud debe adoptar un enfoque participativo que puede incluir actividades relacionadas con elementos generales, a saber: políticas escolares saludables, entorno físico y social de la escuela, habilidades de la salud individuales y la experiencia para la acción, la conexión con la comunidad y servicios de salud. Los enfoques deben tener un carácter integral, ya que:

First of all it is known that all the 'topics' interact and are not separate at the behavioural level. For example, teenage sexual activity can be linked to alcohol/ drug use. Second, there is a risk that health will be seen solely at the level of the individual and his or her relationship to the topic being explored, when in fact the social environment is very often vital in determining behaviour. Third, there is a tendency within the topic approach to assume that human behaviour is completely based on knowledge and reasoning, and treats the important dimension of the emotions as a separate topic, when in fact mental and emotional aspects are integral to all the health issues.

La experiencia acumulada en la educación para la salud permite darse cuenta de que hay una fuerte relación entre la promoción de la salud y los resultados educativos de los niños y jóvenes. Recordemos las conclusiones del estudio de Higgins, Lavin y Metcalfe¹⁵:

The evidence in this review shows strong links between education and health.

Greater levels of education can lead to:

- *Improved chances of finding secure, well paid employment, with subsequent health benefits.*
- *More opportunities for social development and enhanced social skills, with positive impacts for both the individual and wider community, and subsequently, for general health.*
- *Greater likelihood of developing knowledge, attitudes and behaviours conducive to good health.*

La educación hace, indiscutiblemente, bien a la salud¹⁶ y la salud a la educación. Cuanto mejor sea la condición de la salud de nuestros estudiantes, es más probable que estos mejoren su rendimiento académico, así como mayores serán las recompensas en términos de mejoría de su calidad de vida futura. Uno de los aspectos a mejorar en el marco jurídico portugués es la adopción del paradigma biopsicosocial que tiene en cuenta una mayor participación y responsabilidad de la persona humana, desde la perspectiva de la evaluación de su estado de salud, con su participación en el sistema de salud y con la noción del poder para vivir.

Bibliografía

1. Dye C, Boerma T, Evans D, Harries A, Lienhardt C, McManus J, Pang T, Terry R, Zachariah R. The world health report 2013: Research for universal health coverage. Geneva: WHO Press, 2013.
2. Shuller T. Social capital, human capital and sustainable development. In OECD, Frameworks to measure sustainable development. Paris: OECD, 2000. p. 53.

3. Oliveira H. A educação para a saúde nos estabelecimentos de ensino público do concelho de Castelo Branco: Elementos contributos para a sua avaliação. Dissertação de Mestrado. Covilhã: Universidade da Beira Interior, 2015. p. 11.
4. Mialaret G. As ciências da educação. Lisboa: Moraes Editores, 1976.
5. Mounier E. Oeuvres II. Paris: Umbral, 1962. p. 582.
6. Mounier E. Manifiesto al servicio del personalismo. Madrid: Taurus, 1962. p. 93.
7. World Health Organization. Health topics. Health Education, 2013. [consultado 14 abr 2013]. Disponible en: http://www.who.int/topics/health_education/en/
8. Costa M, López E. Educación para la salud. Guía práctica para promover estilos de vida saludables. Madrid: Ediciones Pirámide, 2008. p. 37.
9. Valadez I, Villaseñor M, Alfaro N. Educación para la salud: la importancia del concepto. Revista de educación y desarrollo. 2014;1:43-8.
10. Cherry K. The milgram obedience experiment the perils of obedience, 2014. [consultado 15 feb 2014]. Disponible en: <http://psychology.about.com/od/historyofpsychology/a/milgram.htm>
11. UNICEF. A Convenção sobre os Direitos da Criança, 1989. p. 3. [consultado 15 feb 2014]. Disponible en: http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
12. Motta M, Alves M. Avaliação de projetos de educação para a saúde: uma abordagem qualitativa. Indagatio Didactica. 2013;5:1-16.
13. Matos M, Reis M, Ramiro L, Ramiro J, Leal I. Educação sexual em Portugal: Legislação e avaliação da implementação nas escolas. Psicologia, saúde & doenças. 2014;15:335-55.
14. Leger L, Young I, Blanchard C, Perry M. Promoting Health in Schools: from evidence to action. Saint Denis: International Union for Health Promotion and Education. 2010;2:5.
15. Higgins C, Lavin T, Metcalfe O. Health Impacts of Education: a review. Belfast: The Institute of Public Health in Ireland, 2008. p. 25. [consultado 15 feb 2014]. Disponible en: <http://www.publichealth.ie/files/file/Health%20Impacts%20of%20Education.pdf>
16. Bonito J. A educação faz bem à saúde? In Lopes, M, Mendes F, Moreira A., Saúde, educação e representações sociais - exercícios de diálogo e convergência. Coimbra: Formasau, 2009. p. 173-89.

Legislación

Constituição da República Portuguesa (VII Revisión Constitucional de 2005). [consultado 15 feb 2014]. Disponible en: <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>

Despacho n.º 25 995/2005, de 28 de Novembro. [consultado 15 feb 2014]. Disponible en: http://legislacao.min-edu.pt/np4/np3content/?newsId=1184&fileName=despacho_25995_2005.pdf

Lei n.º 60/2009, de 6 de Agosto. [consultado 15 feb 2014]. Disponible en: http://www.spdc.pt/files/legix/11262_3.pdf

Portaria n.º 196-A/2010, de 9 de Abril. [consultado 15 feb 2014]. Disponible en: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1B6FF248-3D32-468D-B16C-52F8A12D48BC/0/0000200004.pdf>

Despacho Interno SEE, de 27 de Setembro de 2006. [consultado 15 feb 2014]. Disponible en: http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/presse/Enquadramento%20legal%20e%20normativo/10%20-%20Despacho%2015987%20de%2027%20set_0.pdf