

Capítulo 32

A Promoção e Educação para a Saúde com Crianças e Adolescentes nas Escolas de Portugal

Jorge Bonito^a

Hugo Oliveira^b

(TIT1) Introdução

As relações entre educação e saúde não são novidade e constituem uma simbiose já bem conhecida. Com efeito, sabe-se que a educação capacita crianças e adolescentes a aprenderem melhor, oferecendo maiores oportunidades de sucesso escolar, tema que, aliás, constitui uma preocupação atual e constante dos estudantes, das suas famílias e dos professores, estando na agenda política e mediática como tema central de muitos governos.

Alguns estudos desenvolvidos revelam que a educação influencia o bem-estar físico e mental das pessoas.¹ Ainda que elevados níveis de instrução não sejam garantia para se

^a Grau de doutor em Ciências da Educação (Universidade de Coimbra, Portugal). Título de Especialista Universitário em *Prevención de Riesgos y Promoción de la Salud* (Universidad Nacional de Educación a Distancia, Espanha). Grau de Licenciado em Ensino de Biologia e Geologia (Universidade de Évora, Portugal). Professor Auxiliar com Agregação na Universidade de Évora (Portugal). Membro do CIDTFF da Universidade de Aveiro (Portugal). E-mail: jbonito@uevora.pt.

^b Grau de Mestre em Supervisão Pedagógica (Universidade da Beira Interior, Portugal). Grau de Licenciado em Ensino de Biologia e Geologia (Universidade de Évora, Portugal). *Teacher of Science & Year 8 Tutor – North Oxfordshire Academy (UK)*. Email: hojesus@gmail.com.

viver mais anos, Shuller et al. (2003)¹ consideram que aumentam essas probabilidades. Estudar mais implica aprender mais, ter mais capacidades e melhores desempenhos e, em princípio, conseguir um melhor emprego, bem pago, dando mais condições para se ter uma vida saudável. O sucesso escolar parece ser, por isso, “um fator importante para o desenvolvimento, a integração e o bem-estar, quer de cada indivíduo, quer dos grupos e da sociedade como um todo”.²

A educação e a saúde têm sido apontadas, com evidência, como determinantes para incrementar a literacia em saúde e, concomitantemente, uma tomada de decisão em saúde pelas crianças e pelos adolescentes mais ajustada e adequada à promoção da saúde individual, coletiva e ambiental, não descuidando que uma das missões da educação consiste, precisamente, em “despertar seres capazes de viver e comprometer-se como pessoas”.³ A evidência sugere que:⁴

- a) tanto os resultados académicos como os de saúde melhoram se a escola adoptar a abordagem de Escola Promotora da Saúde abarcando as questões relacionadas com a saúde em contexto educativo;
- b) As abordagens multifacetadas são mais efectivas para se atingirem bons resultados de saúde e académicos do que as actividades desenvolvidas unicamente em sala de aula ou simples intervenções esporádicas;
- c) Os factores que mais afectam as aprendizagens são os sócio-emocionais, isto é, as interacções alunoprofessor e professor-professor, a cultura da escola, o ambiente em sala de aula e as relações entre pares;
- d) os factores sócio-emocionais são elementos chave na forma como funciona a EPS e como a escola atinge os seus objectivos académicos e de saúde;

e) a abordagem global, onde existe coerência entre as políticas e as práticas da escola e que promove a inclusão social e o compromisso com a educação, facilita a obtenção de melhores resultados de aprendizagem, aumenta o bem-estar emocional e reduz os comportamentos de risco.

Em muitos países do mundo, os Ministérios da Educação e da Saúde trabalham separadamente, com objetivos distintos. Porém, a evidência tem aumentado, dando conta de que a forte relação entre educação e saúde deve conduzir a que sejam elaboradas políticas conjuntas entre estas duas áreas, como se encontra bem presente nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.⁵

Ciente desta necessária estreita comunicação, em Portugal tem-se assistido a uma evolução importante de contatos entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, com uma parceria consolidada em protocolo e presente em vários níveis.

Neste trabalho, começa-se por apresentar o enquadramento legal da educação em saúde nas escolas portuguesas, para se discutir, posteriormente, o seu planeamento e mapeamento estratégico, concluindo-se com a avaliação e supervisão dos projetos.

(TIT1) Saúde escolar e educação para a saúde na atualidade

Em Portugal, existiram várias tentativas de organização dos serviços de saúde, incluindo a saúde escolar. Somente em 1971 é que se dá prossecução da política de saúde e assistência social mais estruturada, por meio dos fundamentos de uma moderna política de saúde que

determinou uma completa reestruturação dos serviços e a criação de uma rede de cuidados primários, destinada a cobrir todo o país.⁶

Daqui resulta, também, a colaboração entre a Direção de Serviços de Saúde Escolar e o Ministério da Educação Nacional. Com esta nova organização, podemos destacar, por meio do articulado legal, duas concepções importantes: 1) a saúde é assumida como um direito de personalidade, não sofrendo restrições em função das possibilidades da própria pessoa; e 2) o indivíduo e a família devem alcançar e conservar a saúde por meio dos seus próprios atos e esforços – o que nos aproxima, neste campo, de definições da Organização Mundial da Saúde (OMS), que vieram a ser adotadas pelos Estados Membros, cerca de 15 anos mais tarde. A Constituição da República Portuguesa, datada de 1976, reafirma que todos os cidadãos têm o direito à proteção da saúde e, em particular, o dever de a defender e a promover, antecipando os princípios definidos na Carta de Ottawa,⁷ que foi precursora, segundo cremos, da educação para a saúde organizada em Portugal.

A ideia de promover ações de educação para a saúde (EpS) nas escolas não é nova. As preocupações do governo português em matéria de saúde escolar ganharam particular intensidade a partir dos trabalhos realizados neste domínio por João Serras e Silva, em 1933-1934, que foi encarregado da remodelação dos serviços de sanidade escolar, devendo-se-lhe a criação da saúde escolar, de que foi diretor-geral até 1938, e da integração desses problemas no âmbito da competência da direção-geral de Educação Física, Desportos e Saúde Escolar, em 1943.

Percebe-se assim que em Portugal, entre 1971 e 2001, os Ministérios da Educação e da Saúde dividiram responsabilidades no exercício da saúde escolar, intervindo na escola com os mesmos objetivos, porém utilizando metodologias distintas.

No Ministério da Saúde, a orientação técnico-normativa tem sido, até agora, o Programa-tipo de Saúde Escolar, aprovado em 1995 (Circular Normativa nº 13/DSE, de 10 de agosto de 1995) e vocacionado para a elevação do nível educacional e de saúde da população escolar. Entretanto, mudanças significativas ocorreram nos sistemas de saúde e de educação, com novas estratégias, novas formas de gestão e novas orgânicas em ambos os Ministérios, requerendo-se novas formas de operacionalizar a saúde escolar e de avaliar o seu impacto, tendo sempre em conta que a escola deve continuar a ser a grande promotora da saúde.

Em 1996, foi aprovado o Programa Nacional de Saúde Escolar (2006-2010), “vocacionado para a elevação do nível educacional e de saúde da população escolar” (Despacho nº 12.045/2006, de 7 de junho).⁸

A imagem preconizada para a EpS incluía um aglomerado de temas relacionados com a saúde humana, de elevado interesse, embora com debilidade na ligação que estabeleciam entre si. As ações desenvolvidas careciam de uma visão mais holística que interrelacionasse os diferentes assuntos, encarando a saúde como se de um sistema aberto se tratasse, dependente do correto equilíbrio entre os seus subsistemas. Burgher et al. afirmam que “a Educação para Saúde tem uma longa tradição nas escolas, mas tem sido apenas uma parte do currículo e focada em causas únicas de problemas de saúde nos indivíduos, como o tabagismo, o alcoolismo e o abuso de drogas” (p. 4).⁹ Em 1991 a Comissão Europeia, o Comitê Regional da Europa da OMS e o Conselho Europeu, refletindo sobre o assunto, uniram esforços e:⁹

Lançaram um projeto inovador que combina educação com a promoção para a saúde de maneira a realizar o potencial de ambas. Juntamente com as três principais organizações, dúzias de países Europeus e centenas de escolas formaram a Rede Europeia de

Escolas Promotoras de Saúde (REEPS) de maneira a criarem dentro das próprias escolas ambientes conducentes à saúde. Trabalhando em conjunto para fazerem das suas escolas melhores locais para aprender e trabalhar, alunos e profissionais escolares agem em benefício da sua saúde física, mental e social. Ao longo deste processo, ganham conhecimentos e competências que permitem melhorar os resultados da educação (p. 4).

A gênese da *European Network of Health Promoting Schools (ENHPS)* conseguiu a aliança desejada entre a saúde e a escola. Até aqui, a EpS apresentava uma lógica de intervenção focalizada na doença, em determinadas problemáticas específicas (p. ex., infecções sexualmente transmissíveis, tabagismo, alcoolismo), tratando cada temática da saúde de modo compartimentado, estabelecendo uma relação ainda frágil com outras dimensões que influenciam a saúde humana, como, por exemplo, a dimensão psicossocial e a dimensão comunitária. Com esta aliança, “no processo de tornar as escolas em locais mais saudáveis, a REEPS tem como objetivo a integração da promoção da saúde em todos os aspetos do currículo, introduzindo práticas e programas saudáveis nas rotinas diárias das escolas, melhorando as condições de trabalho e promovendo melhores relações tanto dentro das escolas como entre elas e também com as suas comunidades locais” (p. 4).⁹ Uma escola promotora de saúde:⁹

Visa alcançar estilos de vida saudável para toda a população escolar através do desenvolvimento de ambientes propícios à promoção da saúde. Oferece oportunidades e requer compromissos que providenciem um ambiente social e físico que seja seguro e que enalteça a saúde. Uma escola promotora de saúde usa as suas estruturas de gestão, as suas relações internas e externas, os seus

estilos de ensino e aprendizagem e os seus métodos de estabelecimento de sinergias com o seu ambiente social para criar meios para os alunos, professores e todos os envolvidos no quotidiano da vida escolar tomarem controlo e melhorarem a sua saúde física e emocional (p. 4).

Com base nestas linhas orientadoras, foi possível sistematizar um conjunto de diretrizes para promover a saúde em meio escolar na região europeia, facilitando a ação de toda a comunidade neste campo. Assim, uma escola promotora de saúde, segundo a *International Union for Health Promotion and Education*,¹⁰ é aquela que:

- Promove a saúde e o bem-estar dos alunos.
- Melhora os resultados escolares.
- Defende os princípios de justiça social e equidade.
- Fornece um ambiente seguro e de apoio.
- Fomenta a participação dos alunos e desenvolve as suas competências (*empowerment*).
- Articula as questões e os sistemas da saúde e da educação.
- Aborda as questões de saúde e bem-estar de todo o pessoal da escola.
- Colabora com os pais dos alunos e com a comunidade.
- Integra a saúde nas atividades correntes da escola, no programa escolar e nos critérios de avaliação.
- Estabelece objetivos realistas com base em dados precisos e com sólidas evidências científicas.
- Procura melhoria constante pela supervisão e avaliação contínua.

A República Portuguesa aderiu à *ENHPS* em 1994, tendo a rede nacional iniciado com apenas 10 escolas (com todos os níveis de ensino e educação representados) e 4 centros de saúde, como resultado de um protocolo assinado entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde. A *ENHPS* acabou por fomentar a constituição da *Schools for Health in Europe (SHE)*. A *SHE* é, atualmente, uma rede de coordenadores nacionais pertencentes a 43 países da região europeia, sendo suportada por três organizações internacionais: o Comitê Regional da OMS para a Europa, o Conselho Europeu e a Comissão Europeia.

A *SHE* é coordenada pelo *Dutch Institute for Healthcare Improvement (CBO)* e constitui-se como uma plataforma de profissionais europeus com interesse na promoção da saúde em contexto escolar. No que diz respeito à sua ação, a *SHE* concentra-se em tornar a promoção de saúde nas escolas uma parte integrante da política de desenvolvimento nos setores europeus da educação e saúde; presta apoio a organizações e profissionais que possam desenvolver a EpS em cada país membro da *ENHPS*; identifica e promove a partilha entre os diferentes membros toda a informação que seja relevante sobre EpS; motiva o desenvolvimento da pesquisa em EpS; e promove a partilha de práticas de referência, conhecimentos e competências. Como é referido na declaração de missão da *SHE*:¹¹

Na Europa existe uma comunidade em crescimento de profissionais interessados e envolvidos no desenvolvimento e implementação das escolas promotoras de saúde. Nós proporcionamos o acesso fácil à informação, boas práticas, contactos e intercâmbio de informação.

Em 1998, foi formalizado o compromisso mútuo entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde (Despacho Conjunto nº 271/97, de 23 de março) de fomentarem o desenvolvimento sustentado do processo de alargamento da Rede Nacional de Escolas

Promotoras de Saúde (RNEPS), confiando competências ao Programa de Promoção e EpS e à Direção-geral da Saúde (DGS), para a definição de modelos de intervenção adequados à partilha funcional de responsabilidades de molde a serem potenciados os recursos disponíveis e a serem mobilizados outros parceiros, articulando as ações de nível local e regional, no respeito pela autonomia e competências dos diversos intervenientes.

Em 2000, foi revogado o anterior despacho, embora mantendo a parceria formalizada entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, orientada para o fomento do desenvolvimento da RNEPS, garantindo que as escolas e os centros de saúde assumam responsabilidades complementares na promoção da saúde da comunidade educativa alargada (Despacho Conjunto nº 734/2000, de 29 de junho). Foram, ainda, definidas as áreas de intervenção prioritária, a saber: alimentação, saúde oral, segurança, vacinação, sexualidade, prevenção do tabagismo, do alcoolismo, da toxicodependência e da síndrome de imunodeficiência adquirida. Todas as escolas que desenvolvam um processo de promoção da saúde, por meio da parceria formalizada com o centro de saúde e mediante contrato com a coordenação da RNEPS, integram a RNEPS.

O Ministério da Saúde tem a tutela da saúde escolar desde 2002 (Decreto-lei nº 210/2001, de 28 de julho), competindo a sua implementação, em território nacional, aos centros de saúde.

O aumento gradual da consciência acerca da importância da EpS nas escolas teve um impulso decisivo no ano de 2005. A adoção de medidas que visem à promoção da saúde da população escolar foi um dos objetivos do Ministério da Educação. Tendo em conta os objetivos prioritários de política educativa, o XVII Governo Constitucional consagrou no seu programa a adoção de medidas relativas à promoção da saúde global da população escolar, nomeadamente quando refere que de “entre as múltiplas responsabilidades da escola atual estão a educação para a saúde, para a sexualidade e para os afetos”.¹²

Considerando o regime constante do Decreto-lei nº 259/2000, de 17 de outubro, bem como as linhas orientadoras da educação sexual em meio escolar, mas também as dificuldades na sua aplicação nas escolas, e tendo em conta ainda a sensibilidade com que as temáticas em apreço são acolhidas na opinião pública, foi criado, na dependência do Ministério da Educação, no âmbito da ex-Direção-geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular, um Grupo de Trabalho para a Educação Sexual (GTES) incumbido de proceder ao estudo e de propor os parâmetros gerais dos programas de educação sexual em meio escolar (Despacho nº 19737/2005, de 15 de junho). O GTES permite o estudo das principais necessidades em nível da aplicação da educação sexual nas escolas e, principalmente, que a definição dos modelos de aplicação e a efetivação de uma educação sexual em meio escolar sejam alicerçadas nas orientações de um conjunto de especialistas nestas matérias.

Pouco tempo depois, foram aprovadas e reafirmadas as conclusões do relatório preliminar do GTES e as conclusões do parecer apresentado sobre esta matéria pelo Conselho Nacional de Educação (Despacho nº 25 995/2005, de 28 de novembro) no que se refere ao modelo de educação e promoção da saúde, designadamente no que respeita:

- Responsabilidade do Ministério da Educação na orientação deste processo.
- Necessidade de articulação explícita com as famílias.
- Necessidade de articulação estreita entre escolas e centros de saúde.
- Autonomia das escolas na definição, planificação e concretização do projeto educativo.
- Transversalidade disciplinar combinada com inclusão temática na área curricular não disciplinar.
- Obrigatoriedade por parte das escolas de concretizarem as orientações e dando cumprimento àquela área de ensino.
- Diversidade de metodologias que envolvem o aluno.

- Necessidade de designação de coordenador da área temática.

No ano seguinte, em fevereiro de 2006, foi celebrado um protocolo entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação no que se refere à promoção e à EpS. Na sequência do protocolo, é clarificado que a promoção da saúde em meio escolar corresponde a (Despacho Interno SEE, de 27 de setembro de 2006):

Uma ação que envolve um permanente desenvolvimento, visando contribuir para a aquisição de competências por parte da comunidade escolar, que lhe permitam confrontar-se confiada e positivamente consigo própria e, bem assim, fazer escolhas individuais, conscientes e responsáveis, estimulando um espírito crítico e construtivo, verdadeiro pressuposto do exercício de uma cidadania ativa.

Este mesmo diploma veio determinar as áreas prioritárias a serem desenvolvidas pela EpS, bem como a obrigatoriedade da nomeação de um coordenador responsável por este processo, e ainda a necessidade de articulação com os centros de saúde locais, definindo que:

1. Os agrupamentos / escolas devem incluir no Projeto Educativo de Escola as temáticas conexas com a Promoção e Educação para a Saúde.
2. No contexto referido no número anterior, consideram-se temáticas prioritárias:
 - a) Alimentação e atividade física.
 - b) Consumo de substâncias psicoativas.
 - c) Sexualidade.

- d) Infecções sexualmente transmissíveis, designadamente vírus da imunodeficiência humana (HIV) e síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS).
 - e) Violência em meio escolar.
3. Dentro do quadro de autonomia dos agrupamentos / escolas, o PEE deve ser concebido de acordo com as prioridades identificadas no número anterior e em articulação com as famílias dos alunos.
 4. Cada agrupamento / escola nomeia um coordenador responsável pela prossecução dos objetivos fixados no presente despacho.
 5. Os agrupamentos / escolas devem articular com os centros de saúde o desenvolvimento.

O GTES apresentou o relatório de progresso em 4 de janeiro de 2007. Nesse mesmo ano, foram indicadas as medidas que objetivam a promoção de saúde da população escolar e a nomeação em cada agrupamento ou escola do coordenador de EpS, assegurando todas as condições necessárias ao eficaz desempenho das suas funções (Despacho do Secretário de Estado da Educação nº 2506/2007, de 23 de janeiro de 2007)

Em matérias específicas da EpS, o Ministério da Educação elaborou legislação própria. Foi estabelecido um conjunto de recomendações, observando os princípios de uma alimentação saudável, aplicável aos bufês escolares (Circular nº 11/DGIDC/2007, de 15 de maio). Para uma visão específica sobre a evolução do sistema de refeições escolares em Portugal, no período compreendido entre 1933 e 2012, veja-se, a título de exemplo, o 1º Relatório de Pesquisa.¹³ As normas gerais de alimentação a serem adotadas nos refeitórios escolares são, igualmente, definidas, assumindo-se que “uma alimentação saudável e equilibrada é um

fator determinante para ganhos em saúde e para o rendimento escolar dos alunos” (Circular nº 14/DGIDC/2007, de 25 de maio).

O Regulamento do Regime de Fruta Escolar é aprovado no quadro do regime europeu de distribuição de fruta nas escolas (Portaria nº 1242/2009, de 12 de outubro) Conforme a Circular nº 3/DSEEAS/DGE/2013, de 25 de maio, as orientações sobre ementas são também estabelecidas, considerando o refeitório escolar como:

Um espaço privilegiado de educação para a saúde, promoção de estilos de vida saudáveis e de equidade social, uma vez que fornece refeições nutricionalmente equilibradas, saudáveis e seguras a todos os alunos, independentemente do estatuto socioeconómico das suas famílias.

O Estado garante o direito à educação sexual, como componente do direito fundamental à educação (nº 1 do Art. 1º da Lei nº 3/84, de 24 de março) Com base no cumprimento das obrigações estabelecidas, em 24 de junho de 1999 é aprovada a Lei nº 120/99, de 11 de agosto, que reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva, definindo-se, relativamente à educação sexual, que:

Nos estabelecimentos de ensino básico e secundário será implementado um programa para a promoção da saúde e da sexualidade humana, no qual será proporcionada adequada informação sobre a sexualidade humana, o aparelho reprodutivo e a fisiologia da reprodução, SIDA e outras doenças sexualmente transmissíveis, os métodos contraceptivos e o planeamento da

família, as relações interpessoais, a partilha de responsabilidades e a igualdade entre os géneros. (nº 1 do Art. 2º)

Os conteúdos referidos no número anterior serão incluídos de forma harmonizada nas diferentes disciplinas vocacionadas para a abordagem interdisciplinar desta matéria, no sentido de promover condições para uma melhor saúde, particularmente pelo desenvolvimento de uma atitude individual responsável quanto à sexualidade e uma futura maternidade e paternidade conscientes. (nº 2 do Art. 2º)

A aplicação das medidas previstas na Lei nº 120/99, de 11 de agosto, é da competência dos estabelecimentos de ensino e de saúde, seja por meio de intervenções específicas ou desenvolvendo ações conjuntas, em associação ou parceria. A regulamentação da lei é realizada mediante o Decreto-Lei nº 259/2000, de 17 de outubro, que estabelece um quadro normativo de intervenção dos estabelecimentos de saúde em matéria de planeamento familiar e de saúde reprodutiva.

O relatório final do GTES é publicado em 7 de setembro de 2007. Em 2008, determina-se o desenvolvimento de competências no domínio da EpS e sexualidade nas áreas curriculares não disciplinares, nomeadamente a área de projeto e a formação cívica, ao longo do ensino básico (Despacho nº 19 308/2008, de 21 de julho), atualmente extintas. Na continuidade do relatório final do GTES, estabelece-se o regime da aplicação da educação sexual em meio escolar, determinando a sua inclusão no Projeto Educativo de Escola (Lei nº 60/2009, de 6 de agosto). O ponto 1 do Art. 7º estatui que:

O diretor de turma, o professor responsável pela educação para a saúde e educação sexual, bem como todos os demais professores da turma envolvidos na educação sexual no âmbito da transversalidade devem elaborar, no início do ano escolar, o projeto de educação sexual da turma.

Devem ser garantidas parcerias com diversas instituições que assegurem o acompanhamento de profissionais de saúde das unidades de saúde e da respectiva comunidade local, além da participação da comunidade escolar na prossecução e concretização das finalidades definidas. Foram criados gabinetes de informação e apoio aos alunos nas escolas, no âmbito da EpS e educação sexual, articulando a sua atividade com as respectivas unidades de saúde da comunidade local ou outros organismos do Estado, nomeadamente o Instituto Português da Juventude. O Ministério da Educação deve garantir o acompanhamento, a supervisão e a coordenação da EpS e da educação sexual nas escolas. O regime de aplicação da educação sexual em meio escolar veio a ser regulamentado no ano seguinte (Portaria nº 196-A/2010, de 9 de abril), definindo-se que os conteúdos da educação sexual são desenvolvidos no quadro das áreas curriculares não disciplinares e devem respeitar a transversalidade inerente às várias disciplinas, integrando-se igualmente nas áreas curriculares disciplinares.

Atualmente compete à Direção-geral da Educação (DGE): 1) conceber orientações e instrumentos de suporte às escolas na área da EpS; 2) contribuir para a definição de políticas em matéria de EpS; 3) adaptar e acompanhar as diretivas da OMS e do Conselho da Europa (*SHE*) em matéria de EpS, organismos nos quais o Ministério da Educação está representado.¹⁴ O novo Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde foi

homologado em 3 de setembro 2014, com enfoque nas seguintes áreas: 1) saúde mental e prevenção da violência; 2) educação alimentar e atividade física; 3) comportamentos aditivos e dependências; 4) afetos e educação para a sexualidade. As finalidades deste programa são: 1) promover a literacia em saúde; 2) promover atitudes e valores que suportem comportamentos saudáveis; 3) valorizar comportamentos que conduzam a estilos de vida saudáveis; 4) criar condições ambientais para uma escola promotora de saúde; 5) universalizar o acesso à EpS em meio escolar; 6) qualificar a oferta da EpS em meio escolar; e 7) consolidar o apoio aos projetos em meio escolar.¹⁵

À luz da evidência científica atual sobre capacitação, melhoria de competências para lidar com a saúde e o risco de doença foi aprovado, em 2015, um novo Programa Nacional de Saúde Escolar (Despacho nº 8815/2015, de 10 de agosto), revogando o anterior, com a finalidade de contribuir para mais saúde, mais educação, mais equidade e maior participação e responsabilização da comunidade educativa, em particular das crianças e dos jovens no seu desenvolvimento saudável e sustentável e no da sua comunidade. Este novo programa, em vigor, apresenta dois eixos estratégicos: 1) abordagem holística da saúde na escola, que fomente a capacitação da comunidade educativa, a saúde, a segurança, a sustentabilidade ambiental e a inclusão de crianças e jovens; e 2) parcerias que valorizem a saúde nas suas políticas, contribuindo para a redução das desigualdades.¹⁶

Partindo da definição de saúde da OMS, podemos caracterizar que a EpS corresponde a um processo de educação permanente que se inicia de forma nos primeiros anos da infância, orientado para o conhecimento de si mesmo e de todas as suas dimensões, tanto individuais quanto sociais, e também do ambiente que o rodeia na sua dupla dimensão, ecológica e social, com o objetivo de poder ter uma vida saudável e participar na saúde coletiva.¹⁷ A DGE defende que a EpS deve:¹⁸

Dotar as crianças e os jovens de conhecimentos, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas à sua saúde e ao seu bem-estar físico, social e mental, bem como a saúde dos que os rodeiam, conferindo-lhes assim um papel interventivo.

A principal missão da EpS é, segundo considera Bonito,¹⁹ a promoção de estilos de vida saudáveis, no seu sentido positivo de ajuda e de potenciação da pessoa para a participação e para a gestão da sua própria saúde, ao desenvolver-se num processo de saúde integral. Em segundo plano, tem uma função preventiva e corretiva, exigindo por parte do indivíduo, da família, da escola, da comunidade e de outros grupos sociais os conhecimentos necessários para a prevenção de algumas doenças. Trata-se, portanto, de um:²⁰

Processo deliberado de comunicação e de ensino e aprendizagem orientado para a aquisição e o fortalecimento de comportamentos e estilos de vida saudáveis, favorecendo as escolhas positivas para a saúde e promovendo as mudanças nos comportamentos e nos estilos de vida não saudáveis ou de risco. (p. 37).

(TIT1) Construção de projetos de educação em saúde

O diagnóstico de várias situações alusivas ao desencadeamento de comportamentos de risco durante a adolescência permite concluir que todos os Projetos em EpS (PEpS) devem estar estruturados de modo a responderem às áreas fundamentais determinadas pelo Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde da DGE.¹⁴

Para além de se considerarem os principais temas que o PEPs deverá trabalhar, é necessário também dar atenção à sua própria estrutura. De modo geral, a construção e o desenvolvimento de um PEPs deverão passar por três fases distintas: diagnóstico de problemas/necessidades; planificação e implementação; supervisão e avaliação. Em seguida, procede-se à análise mais pormenorizada da natureza de cada uma destas importantes fases.

(TIT2) Diagnóstico de problemas/necessidades

Este é o ponto de partida de qualquer PEPs. Antes de se desenhar algum esboço do projeto, convém compreender quais são os problemas que afetam a comunidade escolar com maior prevalência e incidência, percebendo-se a partir deste estudo as suas reais necessidades no que concerne à EpS. Como foi demonstrado por Capucha:²¹

Um diagnóstico de qualidade é a primeira condição de um bom projeto, ao permitir determinar com precisão os problemas a resolver, os recursos disponíveis e os fatores que serão determinantes no contexto. É também decisivo para um bom sistema de avaliação, ao estabelecer as bases segundo as quais as realizações e impactes podem ser avaliados. Mas é mais do que isso: é um instrumento decisivo do ponto de vista da criação de condições sociais e institucionais de sucesso da intervenção. (p. 17)

Muitas vezes, o senso comum induz-nos a entender o processo de diagnóstico como um mero reconhecimento de temas a desenvolver. No entanto, o autor mostra-nos que o

diagnóstico tem também o papel de instrumento de criação de condições sociais e institucionais com vista ao sucesso da intervenção. O reconhecimento primordial das lacunas que poderão a vir ser corrigidas no âmbito da EpS impele a sociedade a ajustar-se, amadurecendo o sentimento da necessidade de intervenção, abrindo espaço para a etapa seguinte. O diagnóstico permite também que as instituições fiquem sensibilizadas relativamente aos problemas detetados, induzindo-as muitas das vezes a se comprometerem na prestação de apoio a vários níveis, para o melhoramento da situação.

Também Cortesão²² nos aponta que a existência de uma avaliação de diagnóstico, quando aplicada no sentido de identificar as competências dos alunos no início de uma fase de trabalho:

Pode ser extremamente importante porque pode fornecer ao professor elementos que lhe permitirão adequar o tipo de trabalhos que vai desenvolver às características e conhecimentos dos alunos com que irá trabalhar. Mas comporta também certos riscos, se o professor não valorizar o seu carácter temporário. Por outras palavras os dados fornecidos pela avaliação diagnóstica não podem ser como um “rótulo” que se “cola” para sempre ao aluno mas sim como um conjunto de indicações que caracterizam o nível a partir do qual o aluno e professor, em conjunto, conseguiam um progresso na aprendizagem. A avaliação diagnóstica pode ainda ter porém uma segunda intenção que é a de “colocar” o aluno num determinado nível ou tipo de aprendizagem ou até de procurar prever, o seu percurso futuro. (p. 39)

Desse modo, a equipe educativa do PEpS de cada agrupamento de escolas deve esforçar-se no sentido de investigar junto à comunidade educativa os problemas e as necessidades no âmbito da EpS que justificam uma resposta adequada, por meio de um projeto desenhado para agir ao longo do período de vigência do seu projeto educativo, tendo como núcleo de atuação o espaço escolar, contando no entanto com diversas parcerias que garantam a continuidade do desenvolvimento das aprendizagens e competências também fora deste espaço. Estas parcerias poderão ser estabelecidas com entidades de diversas tipologias, em que se envolvem os diversos elementos da comunidade educativa, tais como autarquias, associações desportivas, centros de saúde, associações de pais, bibliotecas, museus, centros culturais, empresas, entre outras.

O Programa Nacional de Saúde Escolar, de 1996, reconhece esta fase inicial como “identificação do(s) problema(s)”, clarificando que neste sentido devem ser respeitados três pontos:⁸

- Caracterizar a gravidade do problema, tendo em conta que a “realidade” é um todo complexo, logo os dados devem ser de diversas origens (saúde, habitação, educação, atividades económicas etc.) e podem ser comparáveis.
- O diagnóstico local deve permitir desenhar uma intervenção baseada nos dados recolhidos, nos recursos existentes, disponíveis e potenciais.
- Existindo mais do que um problema, avaliar a dimensão de cada um deles, em termos de frequência e gravidade, e ponderar a adesão da comunidade, selecionando o que for considerado prioritário e exequível por todos os parceiros.

Sobre este assunto, o atual Programa Nacional de Saúde Escolar declara, tacitamente, que:¹⁶

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

Após uma análise ao trabalho efetuado por diferentes autores, sobre as etapas de construção de programas/projetos de EpS, Dias conclui que uma das fases comuns a quase todos os modelos é a “análise da situação, *diagnóstico*” e segundo as suas palavras:²³

Esta etapa tem dois objetivos: (i) identificar as necessidades educativas do grupo alvo, com o propósito de desenhar um programa que dê resposta a essas necessidades; (ii) conhecer as características do grupo, com o fim de poder adaptar a metodologia, as atividades e recursos a essas características. Neste âmbito podem encontrar-se diferentes propostas quando se pretende realizar a análise de situação.

No relatório final do trabalho desenvolvido pelo GTES, foi também enfatizado o papel do diagnóstico na promoção da saúde em meio escolar, reconhecendo-se que este processo é constituído por várias etapas:²⁴

- Identificação das causalidades, o que pressupõe algum conhecimento teórico de referência e a elaboração de hipóteses de trabalho.
- Caracterização do problema, sempre que possível, nas suas dimensões quantitativas e qualitativas.
- Identificação dos atores intervenientes, tendo em conta as suas perceções e expectativas.
- Descrição sumária das experiências concretas de intervenção no problema já realizadas no local ou em situações semelhantes.
- Enumeração dos recursos e forças positivas (ajudam na resolução) e negativas (dificultam).
- Definição de prioridades de intervenção.

O processo de diagnóstico pode, pois, fazer o levantamento de informações registadas nos mais variados formatos. Por exemplo, podem ser recolhidos dados relativos a um determinado grupo de alunos, por meio dos documentos deixados pelos conselhos de turma em anos letivos anteriores; podem realizar-se os estudos de inquérito destinados a estudantes e encarregados de educação; pode verificar-se a ocorrência da referenciação de comportamentos e hábitos desviantes de um pleno estado de saúde, seja em nível sexual, alimentar ou do consumo de substâncias psicoativas.

Os mecanismos de diagnóstico dos Planos Operacionais de Respostas Integradas do extinto Instituto da Droga e da Toxicodependência, por exemplo, seguiam um esquema que fornecia um vislumbre sintético e holístico das diferentes realidades sociais, sobre as quais se mostrou necessário atuar. Este esquema respeitava, de modo geral, o cumprimento dos cinco pontos:

1. Caracterização do território.
2. Identificação dos problemas.
3. Identificação dos recursos existentes no território.
4. Caracterização dos grupos-alvo, contextos e problemas.
5. Elaboração de propostas de intervenção e registo das mudanças esperadas.

Independentemente da configuração escolhida para a realização da fase de diagnóstico, durante este processo deverá existir a preocupação de se efetuar uma documentação íntegra e um correto registo dos procedimentos. Isso permitirá uma posterior discussão e também uma avaliação no sentido de ser possível determinar se o processo de análise da situação se mostrou adequado, ou se por outro lado, necessita ser reestruturado.

A eficácia de um projeto de EpS dependerá, como se mostrou, da sua adequação às necessidades da população. Entre as técnicas de identificação de necessidades, podem ser considerados, por exemplo, a reunião de especialistas, a técnica de Delphi,²⁵ questionários de opinião, análise de tarefas,²⁶ análise de incidentes críticos²⁷ e estudos epidemiológicos.²⁸

Na determinação das prioridades, usam-se, por vezes, a matriz de análise,²⁹ o método de Hanlon³⁰ e o sistema de variáveis pareadas.

(TIT2) Planificação e implementação de projetos de educação para a saúde

Antes de se desenvolverem esforços no sentido de realizar o diagnóstico de problemas/necessidades e de se criar uma planificação para o PEpS existente numa dada escola, existe um processo que se situa a montante e que consiste na nomeação da pessoa que irá coordenar estas duas ações, bem como a implementação do próprio PEpS planejado. Encontramo-nos, portanto, a considerar a nomeação do coordenador do PEpS.

Desse modo, com base no legislado (Despacho nº 2506/2007, de 20 de fevereiro, do Gabinete do Secretário de Estado da Educação), para a adoção de medidas para a promoção da saúde da população escolar:

Cada escola com programas/projetos de trabalho na área da educação para a saúde designará um docente dos 2º ou 3º ciclos do ensino básico para exercer as funções de coordenador da educação para a saúde.^c

* O sistema educativo português compreende a educação pré-escolar (dos 3 aos 6 anos de idade), o ensino básico, o ensino secundário e o ensino superior (Lei de Bases do Sistema Educativo – Lei nº 46/86, de 14 de outubro, com as suas alterações dadas pela Lei nº 115/97, de 19 de setembro, pela Lei nº 49/2005, de 30 de agosto e pela Lei nº 85/2009, de 27 de agosto). O ensino básico, que compreende 9 anos, está dividido em três ciclos: 1º ciclo (1º, 2º, 3º e 4º anos de escolaridade), 2º ciclo (5º e 6º anos de escolaridade) e 3º ciclo (7º, 8º e 9º anos de escolaridade). O ensino secundário inclui três anos (10º, 11º e 12º anos de escolaridade). A escolaridade obrigatória cessa com a obtenção do diploma de curso conferente de nível secundário da educação ou, independentemente da obtenção do diploma de qualquer ciclo ou nível de ensino, no momento do ano escolar em que o aluno perfaça 18 anos de idade (Lei nº 85/2009, de 27 de agosto, art. 2º, nº 4). O ensino superior, dividido em ensino universitário e em ensino politécnico, atribui várias certificações e três graus: licenciado, mestre e doutor. O grau de licenciado, na Europa, corresponde ao bacharel no sistema brasileiro. Traduz uma licença que é atribuída para exercer uma determinada função, nos mais variados domínios das profissões. Para a entrada na docência no ensino básico e secundário, é requerido, atualmente, o

Tem cabido aos órgãos executivos (cf. Despacho normativo nº 10-A/2015, de 19 de junho) e ao coordenador do PEpS a função de agrupar uma equipe educativa com a missão de auxiliar no desenvolvimento do projeto ao longo do tempo, e apenas após a conclusão desta fase se reúnem as condições para se avançar no sentido da realização do diagnóstico de problemas/necessidades, que servirá de base para a construção de uma planificação do PEpS que se pretende implementar.

Os coordenadores dos PEpS são elementos-chave para garantir o adequado funcionamento da EpS em contexto escolar, e devido à consciência deste fato, o GTES definiu no seu relatório final o perfil para o professor-coordenador, tendo em linha de conta duas grandes dimensões: as características pessoais e a formação específica.

Relativamente às características pessoais, enfatizou-se a ética da ação do coordenador, apontando que ele:²⁴

Deve ter características pessoais de motivação para procurar recursos, acreditar que é sempre possível andar para a frente, olhar em primeiro lugar para o que é positivo numa situação ou numa pessoa, valorizar esses aspectos e estar disponível para aprender na relação com os outros. No contexto da escola/agrupamento, é decisivo que o Professor-Coordenador tenha como objetivo o desenvolvimento do sentido de coerência, conseguido através da reflexão sobre a sua prática e construído a partir do pressuposto de que toda a criança ou jovem tem curiosidade em aprender e capacidade para ir pesquisar informação. O docente deverá apresentar-se como um recurso para o acesso ao conhecimento,

grau de mestre (num curso específico de formação de professores que habilita para o efeito); para a docência no ensino superior, exige-se o grau de doutor.

mais do que um detentor do saber, o que estabelece uma hierarquia de poder que pode inibir a autonomia do aluno: para o GATES não faz sentido, numa área em que os valores e conhecimentos com validade científica são tão importantes como na ES, organizar o trabalho através de aulas de modelo expositivo dadas por professores ou técnicos de saúde, nas quais os alunos ficam impedidos de colocar questões ou desenvolver investigação própria. O caminho terá de ser, com acentuámos, o de mobilizar as capacidades dos mais jovens para a procura permanente do saber. (p. 25)

No respeitante à formação específica, de acordo com o mesmo documento:²⁴

A formação inicial de professores, do 1º ciclo ao Secundário, é o ponto de partida para a coordenação de projetos na área de educação sexual/educação para a Saúde, qualquer que seja a especificidade da ação letiva do docente. Se os professores de Ciência Naturais e de Educação Física surgem, à partida, como os candidatos tradicionalmente mais motivados, pelo maior conhecimento dos aspectos biológicos do corpo humano, qualquer professor com as características atrás definidas e que se motive para a pesquisa formativa e reflexão sobre a sua prática, poderá exercer as funções de coordenação. A formação pós-graduada dos docentes pode ser obtida através de cursos de pós-graduação, formação contínua, mestrado ou doutoramento que se ajustem ao tema da Promoção e Educação para a Saúde.

A formação de professores na área de ES/Saúde, a realizar nas Escolas Superiores de Educação, Universidades Públicas e Privadas e outras entidades creditadas, deverá abranger os seguintes conteúdos:

- 1) Desenvolvimento humano: infância e adolescência – perspectiva biopsicossocial;
- 2) Temas básicos na área da saúde/bem-estar: alimentação, higiene, atividade física, sono e horários de trabalho, saúde sexual e reprodutiva, métodos contraceptivos, infecções sexualmente transmissíveis, dependências (tabaco, álcool, drogas), violência em diversos contextos, sinistralidade rodoviária, entre outros;
- 3) Técnicas de animação, gestão e dinâmica de grupos, nomeadamente *'focus-groups'*;
- 4) Técnicas de escuta ativa e de aconselhamento.
- 5) Treino em metodologias de projeto e/ou participativas, com ênfase no trabalho a realizar com crianças e adolescentes.

Compete ao Ministério de Educação juntamente com as Direções Executivas das escolas assegurar as condições de trabalho dos Professores-coordenadores, nomeadamente a sua formação continuada e a garantia da relevância da sua ação para a progressão na carreira. (pp. 26-27)

Estando concluída a fase de diagnóstico, torna-se então possível o planejamento de um PEpS adequado à realidade de cada escola, embora incluindo as áreas prioritárias definidas pela Secretaria de Estado da Educação, com caráter normativo.

O antigo Programa Nacional de Saúde Escolar, na fase de planificação e implementação dos PEpS, estabelecia a ocorrência de três momentos-chave:⁸

1. Seleção de atividades:

- Nas atividades a realizar, os alunos deverão ser considerados como sujeitos-atores do processo educativo, terão de ser contempladas as cinco dimensões das escolas promotoras da saúde – organizacional, curricular, psicossocial, ecológica e comunitária – e ter-se-á em conta que o trabalho se deverá desenvolver em rede intersectorial.
- Para cada atividade, é importante especificar as tarefas necessárias à sua realização cabal e as pessoas que a executarão.
- Elaborar o cronograma das atividades é indispensável.

2. Preparação de um orçamento para o projeto.

3. Organização do trabalho dos indivíduos, dos grupos e dos serviços:

- Saber quem lidera o projeto, quem é o responsável por quem e quem deve consultar quem.

O GTES, no seu relatório final, determinou que na fase de planificação e implementação de um PEpS, devem ser considerados cinco momentos que se apresentam em seguida de maneira sintética:²⁴

1. Identificação dos problemas e diagnóstico da situação.
2. Estabelecimento dos objetivos do PEpS, de maneira a que sua concretização e avaliação possam ser efetivamente alcançadas.
3. Determinação de estratégias a aplicar, as quais deverão desenvolver-se de acordo com os recursos disponíveis e com a especificidade do meio envolvente.
4. Elaboração do plano de ação, que deverá ter em linha de conta as atividades que são prioritárias e determinantes, identificando-as.
5. Avaliação do PEpS, de modo que para um programa ser considerado com êxito, a avaliação deverá determinar em que medida e a que ritmo os objetivos foram conseguidos.

Pelo fato de a avaliação constituir um elemento inerente aos PEpS, assim como a qualquer projeto educativo, contribuindo numa perspectiva construtiva para a otimização do próprio, ultrapassando a mera descrição e catalogação dos resultados obtidos, é um processo que consiste numa fase de coleta de informação e numa intensa reflexão das suas representações. A esta componente avaliativo dedicaremos mais atenção na próxima seção.

(TIT2) Avaliação e supervisão de projetos de educação em saúde

A construção de um Projeto em EpS (PEpS) pode estar coberta de alguma subjetividade, porque cada escola se encontra incluída num determinado espaço socioeconômico,

desenvolvido segundo influências culturais que podem ser muito distintas, inclusive no próprio país. Sobre esse assunto, Tones et al. apontam:³¹

A escola apoia a educação para a saúde dos seus alunos de duas formas principais: oferecendo programas de ensino apropriados dentro do currículo formal e assegurando que o ambiente escolar como um todo apoia o trabalho da sala de aula. (...) Existe também um crescente reconhecimento de que a escola promotora de saúde está interessada em promover a saúde de todos os seus membros - alunos, professores e pessoal de apoio. (p. 101)

Refletindo a sobre este último aspecto, os mesmos autores apresentam também a seguinte consideração:³¹

As escolas têm um compromisso com a igualdade de oportunidades, mas podem ficar muito aquém de cumprirem este objetivo na prática. Muitos mais fatores podem ser considerados na avaliação do sucesso de uma escola, a este respeito: a adequação do currículo como um todo e da educação para a saúde em particular para uma sociedade multirracial; o respeito pela diversidade cultural; a devida integração dos jovens com necessidades especiais; prevenção do racismo e do sexismo; e adequação de métodos de ensino e dos recursos pedagógicos. (p. 104)

Perante estas últimas observações, torna-se necessário perceber como elaborar e/ou adaptar um PEPs que possa responder às necessidades da comunidade educativa e que tenha a capacidade de se autoconstruir e autoavaliar ao longo do tempo, tendo como base práticas de referência. O primeiro passo corresponde à compreensão do próprio conceito de avaliação. Sobre este assunto, Domingos Fernandes ensina-nos que:³²

A avaliação é um domínio fundamental do conhecimento porque nos permite formular juízos acerca de todas as áreas de funcionamento da sociedade e tomar decisões fundamentadas, tendo em vista a sua melhoria. De forma mais ou menos explícita, mais ou menos formal, a avaliação está efetivamente presente em todos os domínios académicos e em todas as áreas da atividade humana, podendo garantir a todos e a cada um dos cidadãos que os bens e serviços de que necessitam são de qualidade e não põem em causa os seus legítimos interesses ou mesmo a sua saúde e segurança. (p. 12)

Refletindo sobre este mesmo tema, Capucha²¹ já nos tinha mostrado que a avaliação é mais do que uma mera observação de resultados:

A avaliação não apenas permite verificar os resultados obtidos, constituindo-se em auxiliar precioso de prestação de contas que torna mais transparentes e comparáveis as intervenções e os respetivos méritos, como ainda potencia a capacidade negocial e de participação dos intervenientes e das populações, fornecendo

informação de forma partilhada e promotora da igualdade de capacidades e conhecimentos. (p. 45)

A questão da informação partilhada e promotora da igualdade de capacidades e conhecimentos assume particular relevância nos PEpS, uma vez que é determinante para que estes consigam orientar a sua ação no sentido de satisfazer todas as necessidades diagnosticadas junto da comunidade educativa, no que à EpS diz respeito.

Dessa maneira, os modelos que pretendem uma avaliação qualitativa dos PEpS encontram-se muito centrados na avaliação formativa ou de processo, o que torna premente a necessidade de se arquitetarem como sistemas avaliativos capazes de interpretar e otimizar os diferentes aspectos específicos associados ao projeto, mas que simultaneamente sejam capazes de desencadear esta ação, numa perspetiva holística, ao longo do tempo de duração que for estipulado para a sua concretização. Ora, como esta tarefa está associada a um elevado grau de complexidade, são por esse motivo necessários diferentes instrumentos de coleta de informação, tendo em consideração o contexto em que essa informação útil será recolhida. De acordo com o mesmo autor:²¹

Os meios técnicos da avaliação abrangem de igual forma uma grande diversidade de instrumentos e suportes de recolha e tratamento de informação, de que se destacam a análise documental, as entrevistas exploratórias, dirigidas e de aprofundamento, os painéis de atores, as visitas e observação direta, os diários de atividade, os questionários e a análise de fontes estatísticas e dados administrativos. Não é aliás do ponto de vista dos recursos técnicos que a avaliação se diferencia no quadro da

pesquisa em ciências sociais. As suas peculiaridades resultam, antes, do objetivo final do processo de investigação. (p. 18)

Neste sentido, independentemente dos meios utilizados durante a investigação, o valor e o interesse deste processo são definidos pelo que seus resultados contribuem para o avanço dos estudos numa determinada área, sendo que mais recursos e instrumentos de pesquisa, apesar de poderem facilitar a ação do pesquisador, não são forçosamente sinónimos de uma investigação bem conduzida e com os propósitos bem delineados. A orientação do processo de avaliação é importante desde o início, pois:²¹

O processo avaliativo será tanto mais problemático quanto menos definido e consciente for, a partida, o desenho das atividades avaliadas. Será geralmente mais facilmente exercida e aprendida a avaliação de atividades que, à partida, obedeçam a projetos coerentes assentes num bom diagnóstico, destinados a atingir fins consensuais, com objetivos globais adequados, objetivos específicos bem definidos, ações exequíveis e capazes de conduzir à concretização dos objetivos, metas a atingir e etapas a cumprir, responsabilidades atribuídas, meios adequados, organização funcional, critérios, metodologias de trabalho e orientações estratégicas claras e definidas, estruturas flexíveis e capazes de aprender. Devem ainda dispor de bons mecanismos de relacionamento com os contextos económicos sociais, institucionais e culturais de nível local, nacional e global, os quais condicionam os desempenhos e influenciam os percursos. (p. 23)

Isso não significa que a avaliação apenas funciona quando estiverem reunidas todas as condições atrás mencionadas. É por demais evidente que o processo será mais facilitado se essas condições de fato existirem; no entanto, o que não pode deixar de existir é a ideia fundamental de que a avaliação deve estar associada por inerência ao PEpS desde a fase inicial da sua implementação, apesar das condições. Esta necessidade, que deve ser suprida o mais cedo possível, vem ao encontro do papel da avaliação, que nos foi apontado por Fernandes:³²

O fulcro ou o cerne de qualquer processo de avaliação reside no discernimento da qualidade do que se pretende avaliar. Isso significa que a avaliação, na sua essência, tem a ver com a identificação e o reconhecimento da qualidade com base numa diversidade de evidências que permitem comprovar essa mesma qualidade perante outrem. Independentemente das múltiplas e diversificadas questões que se poderão formular numa dada avaliação, há duas que lhe estarão sempre subjacentes ou que, de algum modo, estarão sempre presentes de forma mais ou menos explícita: a) como se poderão descrever as percepções das pessoas acerca da qualidade do que se está a avaliar (*e.g.* escola, currículo, programa para alunos em risco, utilização de novas tecnologias de informação e comunicação)?; b) qual é a qualidade do que se está a avaliar? (p. 18)

O sistema avaliativo dos PEpS será norteado pela busca das respostas a estas duas últimas questões, buscando maneiras de otimizar a sua própria ação. Concluímos assim, que o

melhoramento da ação desencadeada pelos PEpS resulta quase que, inevitavelmente, na otimização do seu próprio sistema de avaliação e vice-versa.

O monitoramento do projeto e a avaliação do impacto que o mesmo tem é uma atividade que deve começar o quanto antes, de maneira a que os procedimentos se possam ir ajustando em tempo real às necessidades diagnosticadas. Não deve existir a intenção de desenvolver o projeto num paradigma cristalizado. Prefere-se a reflexão sobre os procedimentos executados, ajustando-os sempre que haja necessidade, em modo de replaneamento do projeto, num processo contínuo e dinâmico ao longo do tempo.

A versão do Programa Nacional de Saúde Escolar, de 2006, detalhava da seguinte forma os pressupostos que devem ser levados em conta na avaliação dos PEpS:⁸

- a)* Por cada objetivo, listar os principais indicadores a recolher, as pessoas que efetuam o registo e tratam os dados.
- b)* A avaliação da efetividade dos projetos de promoção da saúde deverá colocar em evidência o processo e os resultados, considerando, nomeadamente:
 - i.* Em que medida o projeto teve a participação da comunidade educativa, contribuiu para a mudança das políticas da escola e teve controle de custos (dimensão organizacional).
 - ii.* Em que medida o projeto desenvolveu uma abordagem holística do tema e melhorou as práticas da escola (dimensão curricular).
 - iii.* Em que medida tornou o ambiente escolar mais seguro e saudável (dimensão ecológica).

- iv. Em que medida melhorou o relacionamento intra e interpessoal na escola (dimensão psicossocial).
- v. Em que medida o projeto estabeleceu uma boa articulação com a comunidade extraescolar (dimensão comunitária).
- vi. Em que medida o projeto aumentou as competências em saúde de alunos, pais e professores e evidenciou ganhos em saúde (indicadores de saúde positiva).

O atual Programa Nacional de Saúde Escolar¹⁶ considera que:

A avaliação das atividades do Programa, como processo de análise aprofundada do seu impacto na saúde e dos seus determinantes, utiliza um conjunto de indicadores que permitem aferir em que medida as intervenções estão de acordo com o planeado e os resultados obtidos correspondem ao esperado, isto é, acrescentem mais-valia em saúde. Os indicadores, quando sustentados na melhor evidência científica disponível e quando selecionados com rigor, são a ferramenta que melhor se aproxima do conhecimento em saúde e dos fatores que a influenciam, permitindo melhorar a gestão do processo e dos seus resultados e promover a melhoria contínua da qualidade em saúde.

O Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde define que a avaliação recorrerá a métodos descritivos e a métodos que têm correlação entre si,¹⁵ sendo centrados nas unidades orgânicas. Cabe à DGE o papel de supervisão dos projetos desenvolvidos nas escolas e de avaliação/monitoramento do programa. A avaliação realiza-se *ex-ante*, com base na análise do conteúdo do formulário da candidatura, *on-going* e *ex-post*, tendo para o efeito definido indicadores e metas.

Vemos deste modo que o processo avaliativo dos PEpS encontra-se também intimamente relacionado com a supervisão pedagógica do mesmo, que é principalmente realizada pela equipe educativa do projeto, apoiando-se na sua formação reflexiva. Sobre este assunto, como nos é demonstrado por Vieira:³³

Uma das principais finalidades de uma formação reflexiva é a interrogação da visão de educação que subjaz às práticas de ensino, assim como dos contextos em que elas se realizam, nomeadamente no sentido de desocultar as forças históricas e sociais que condicionam o nosso pensamento e ação e encontrar alternativas que se afigurem mais satisfatórias. Nesse sentido, a supervisão pedagógica pode ser entendida como uma atividade de problematização da realidade e imaginação de possibilidades. (p. 207)

De maneira sintética, podemos definir supervisão pedagógica como o processo de construção em que o supervisor promove o desenvolvimento do supervisionado por meio dos seus conhecimentos, experiências e/ou práticas num contexto de relação interpessoal.

Entendemos atualmente que o processo avaliativo pressupõe uma supervisão pedagógica da sua ação. Esta supervisão do processo pretende tornar possível o estabelecimento de uma conversação dialógica e colaborativa entre os supervisores e os supervisionados; neste caso em concreto, entre os elementos da equipe educativa dos PEpS e os elementos das comunidades educativas.

No presente quadro, a supervisão pedagógica assume-se como promotora de um contexto de aprendizagem mútua, apresentando-se os supervisores como catalisadores das aprendizagens em que os supervisionados criam as suas próprias respostas. Desse modo, podemos entender que ambos organizam a tarefa de supervisão, o que faz com que também ambos mudem e aprendam ao longo de todo este processo. Assim, os produtos destas aprendizagens mútuas, resultantes do processo supervisivo, contribuirão de forma determinante para a otimização e ajuste dos PEpS.

Enquanto parte do projeto educativo, o PEpS também deve ser objeto de uma avaliação própria, que permita revelar se a sua ação contribui de fato para uma melhoria do estado de saúde das comunidades educativas. Essa melhoria poderá ser alcançada se as aprendizagens e capacidades trabalhadas nas suas atividades forem adquiridas e manifestadas por aqueles a quem a ação do projeto se destina. Mas como observar esta mudança de comportamentos? E que tipo de intervenção será necessária para garantir que o máximo de indivíduos efetivamente manifeste as aprendizagens e capacidades adquiridas em EpS?

A maior parte dos problemas de saúde e de comportamentos de risco, associados ao ambiente e aos estilos de vida, pode ser prevenida ou significativamente reduzida por meio de Programas de Saúde Escolar efetivos.⁸ Por isso, um dos grandes objetivos deste programa é a prevenção de situações de risco, objetivo que seria também mais facilmente alcançado caso o programa fosse dotado de um bom sistema avaliativo, que permitisse o

melhoramento da sua ação, e que por sua vez se viesse a refletir no funcionamento dos PEpS nas diferentes escolas. Com intuito de se proceder à avaliação qualitativa, o mesmo documento aponta a realização de auditorias, questionários, análise de projetos e casos de estudo.

Dias aponta que não existem técnicas exclusivas, bem como instrumentos de recolha de informação em EpS “pelo que se usam de forma eclética, técnicas aplicadas a outros âmbitos de intervenção social. (...) O relatório é a forma mais comum de apresentação de resultados, podendo conter informação qualitativa e quantitativa.”²³ Embora o relatório seja o formato mais adotado para a apresentação dos resultados, existe uma outra possibilidade que pode ser escolhida pela equipe educativa do PEpS e que apresenta um carácter mais dinâmico: o *portfólio reflexivo*.

Este instrumento é geralmente conhecido pelo seu papel na formação inicial de professores; no entanto, pode ser uma mais-valia no processo de avaliação em EpS. Sá-Chaves relata que:³⁴

A um objetivo final de julgamento com vista à classificação, previsto nos *dossiers* ou relatórios de estágio, contrapõem-se nos portfólios um objetivo permanente de carácter formativo que, capturando a complexidade do processo de formação vivido pelo formando e, fazendo-o de forma contextualizada, permite ao observador compreender, na estrutura temporal e ecologicamente determinada, cada parcela de evidência que possa constituir-se como centro de interesse para o próprio processo. (p. 21)

Adaptando esta realidade aos PEpS, temos que num portfólio reflexivo, para além da descrição e do balanço das atividades desenvolvidas ao longo do período de vigência do projeto, que normalmente são contempladas no relatório final de atividades, é possível adicionar evidências das capacidades e dos conhecimentos adquiridos pelos alunos, bem como uma reflexão sobre quais os aspectos a melhorar nas mais variadas vertentes da ação. Desse modo, Silva afirma que:³⁵

A elaboração e o desenvolvimento de um portfólio reflexivo concretizam esta descoberta da identidade individual porque, desenvolvendo-se num processo de carácter intimista e de escrita (*quasi*) biográfica, revelam as histórias de vida que justificam as lacunas e potenciam as melhorias e o crescimento pessoal e profissional. (p. 51)

Sob esta perspectiva, este instrumento pode ainda assumir o papel de agente construtor/modelador da identidade pessoal e profissional, não só do coordenador do PEpS, bem como também dos restantes elementos pertencentes à equipe deste projeto educativo. Sobre este aspecto, a autora chega mesmo a afirmar que:³⁵

O desenvolvimento da estratégia portfólio reflexivo contribui para o processo de (re)construção do conhecimento pessoal, implicando um questionamento e uma inquietação constantes que passam pela consciencialização dos seus saberes em relação com os saberes dos outros. (p. 51)

Ao considerarmos possível a utilização de um portfólio reflexivo como instrumento que nos abre a eventualidade de estabelecer uma avaliação final do PEpS, e nos permite reconhecer como se encontra o progresso das aprendizagens efetuadas ao longo das atividades delineadas para o próprio projeto, interessa pois reconhecer uma visão pragmática sobre a natureza própria deste instrumento. Essa visão nos foi oferecida por Grilo e Machado,³⁶ com base na análise da obra de Pamela Winsor.³⁷

Para os professores (quer em formação inicial, formação contínua ou autoformação) o portfólio é também uma coleção razoavelmente pequena e criteriosamente organizada de materiais e recursos educativos (planificações, resumos, esquemas, ensaios, relatórios, notas, fichas de leitura, diários de aula, trabalhos e testes dos alunos, registos áudio, vídeo e fotográficos, entrevistas, pareceres, artigos, etc.) por ele produzidos ou em colaboração com outros, organizados numa pasta ou *dossier*, ou em suporte digital, que sejam representativos do seu trabalho, do seu estatuto profissional, da sua competência pedagógica, do seu conhecimento dos conteúdos que leciona e de outros atributos pessoais e profissionais que contribuem para o tornar um professor único, o melhor professor possível. (p. 871)

Adaptando este instrumento à realidade da EpS, a equipe educativa responsável pela ação do PEpS pode, ao longo do tempo, criar um portfólio que contenha os materiais e recursos educativos nos formatos mencionados anteriormente. É possível, deste modo, conhecer o grau qualitativo do projeto, num prazo muito curto após a realização das diferentes ações

de EpS, havendo um ganho de tempo que pode ser aplicado no planejamento e implementação dos ajustes que se mostrem vir a ser necessários:³⁷

O Portfólio profissional é um registo de metas, crescimento, realização, e atributos profissionais desenvolvidos ao longo do tempo e em colaboração com outros. Um portfólio ilustra os objetivos e o desenvolvimento ao longo do tempo, e não simplesmente o mais alto nível de realização. Para os professores, o portfolio profissional é uma coleção de artefatos cuidadosamente organizada que ilustra estatuto profissional, experiência pedagógica, o conhecimento dos temas, o conhecimento dos processos de aprendizagem, e os atributos pessoais e profissionais que contribuem para o ensino. O próprio portfólio profissional é o produto de, e não pode ser separado dos, processos de reflexão e avaliação necessários para produzi-lo. (p. 1)

Pensando mais uma vez no PEpS como um todo, e uma vez que cada agrupamento de escolas se encontra inserido num meio socioeducativo com características próprias, não é possível nem desejável que exista apenas um modelo padronizado deste projeto, passível de ser replicado por toda a rede escolar pública. Cada realidade social tem necessidades específicas de intervenção no que à EpS diz respeito, daí que a capacidade de ajuste dos PEpS a estas necessidades se manifesta como um fator determinante para o seu sucesso.

Sendo um fato que não existem dois PEpS exatamente iguais, isso significa que cada sistema avaliativo a que determinado projeto se submete será original e adaptado a esse

mesmo projeto. A escolha dos critérios, das normas e dos métodos de avaliação pode variar de acordo com os contextos, com os objetos e com os próprios avaliadores:³⁸

Assim, os juízos acerca do valor e do mérito de um dado ente podem variar, de acordo com o sistema de valores que determinou a escolha de determinados critérios e normas. Daí ser importante que, na avaliação de programas, sejam disponibilizados o quadro de valores e de orientações que foram utilizados para que todos os interessados se possam apropriar do real significado das conclusões avaliativas a que foi possível chegar. Nestas condições, é importante que a definição de critérios, a partir da qual se pretende determinar o valor de um dado programa, tenha em conta: a) os objetivos do programa; b) as necessidades dos principais destinatários do programa; c) os objetivos da medida de política a que o programa possa estar associado; e d) as preferências daqueles que, de algum modo, possam ser afetados pela avaliação e/ou que tenham interesse nos seus resultados, os chamados *stakeholders*. (p. 190)

Este último aspecto, relativo às preferências dos *stakeholders*, adquire particular relevância, porque a ação do PEpS se encontra configurada não só para as satisfazer, como também para satisfazer outras necessidades relevantes diagnosticadas no campo da EpS. Daí a importância de se proceder à avaliação das aprendizagens desenvolvidas ao longo do projeto, para o seu próprio melhoramento e, em última análise, para o melhoramento do estado de saúde das populações. Esta é uma importante missão a executar até ao fim para

mudar um mundo que reflita a seguinte imagem, do início do milênio, que nos foi descrita por Ospina:³⁹

Nos últimos anos do século XX e do milênio que se iniciou, o caminho para a consecução da saúde para todas as pessoas do mundo e, especialmente, para aquelas dos países em desenvolvimento, está tão cheio de problemas políticos, económicos e sociais, como de desafios. A crise em que vivemos, produto da aplicação das políticas económicas, e da violência, acentua os problemas e limitações; a cada dia aumenta a pobreza, a migração para as cidades, há mais crianças órfãs, viúvas e mulheres que trabalham, mais desempregados e subempregados, mais desigualdades nos sistemas de saúde, mais doenças, mais exigências e solicitações não satisfeitas. Em suma, em cada dia diminui a qualidade de vida o que tem repercussões na saúde física, mental, social, no ambiente físico, natural e cultural que nos rodeia, tornando-nos mais vulneráveis às doenças, à violência, às drogas, às condutas agressivas, ao mau trato, ao desinteresse, à indiferença, quando não ao abandono e ao suicídio. (p. 1)

Como conclusão, para que um projeto educativo como o PEpS possa então contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos seus destinatários, parece que é necessário que este seja dotado de um adequado sistema de avaliação, que acompanhe todos os processos desde a fase de planejamento, de maneira que se possa compreender qual a sua verdadeira capacidade de intervenção e qual o seu verdadeiro grau de eficácia, de maneira a que seja

possível atuar sobre estes dois aspectos, sempre que seja manifestada essa necessidade. Como nos foi ensinado por Boggino, “se avaliar é compreender, é fácil deduzir que a avaliação promoverá a qualidade educativa e, em particular, o processo de aprendizagem” (p. 83).⁴⁰

(TIT1) Estudos e investigações em educação para a saúde

(TIT2) Health Behavior School-aged Children

O *Health Behavior in School-Aged Children (HBSC)* é um estudo internacional de pesquisa transversal realizado em parceria com a OMS e que se desenvolve em ciclos de quatro anos. Em sua edição mais recente, decorrida no ano letivo de 2012/2013, participaram 44 países. O método consiste na aplicação de inquéritos administrados pelos professores aos seus alunos, em que está contemplado um questionário-padrão desenvolvido pelos elementos da rede internacional de investigação, sendo que as áreas de interesse são selecionadas em colaboração com a OMS, podendo ainda ser contempladas questões específicas de cada país participante no estudo. É uma investigação valiosíssima como afirma Leo Varadkar, no *HBSC* Irlandês, de 2014:⁴¹

Pesquisas nacionais como estas fornecem informações inestimáveis sobre as tendências de estilos de vida. Para os decisores políticos, isso determinará como devemos adaptar as medidas políticas e o que precisa ser priorizado. Se podemos convencer as crianças de que hábitos saudáveis e os estilos de vida valem a pena prosseguir, temos uma melhor chance de essas crianças manter comportamentos e hábitos saudáveis na idade adulta. (...) Reduzir o

ônus das doenças crônicas relacionadas ao estilo de vida é uma maneira eficaz e eficiente de usar nossos recursos de cuidados de saúde. (p. 4)

Para a condução deste estudo, foi definida uma amostra representativa da realidade escolar portuguesa, tendo sido selecionados 36 agrupamentos de escolas com o ensino regular, distribuídas por todo o território continental, garantindo-se, desse modo, a participação de 473 turmas. Os adolescentes que responderam ao inquérito frequentavam o 6^o, 8^o e 10^o anos de escolaridade, com o intuito de se reunirem as respostas do máximo de jovens com 11, 13 e 15 anos de idade, respetivamente, respeitando-se, assim, o protocolo internacional que define a obtenção de respostas de aproximadamente 1.500 jovens em cada escalão etário, de todos os países participantes.

Os pesquisadores do estudo em Portugal consideram que “nos vários estudos *HBSC/OMS* anteriores e na comparação dos dados nacionais com os dados internacionais, identificou-se uma fragilidade na relação de crianças e adolescentes portugueses com a escola”.⁴² Esta fragilidade relaciona-se com fato de estes adolescentes serem os que têm pior perceção da sua competência escolar, sentindo maior pressão, não obstante de se apresentarem como os que mais mencionam gostar da escola.

Na atualidade, a maioria dos adolescentes continua a projetar frequentar o ensino universitário, no entanto essa tendência baixou comparativamente aos resultados de 2010. Os autores do estudo mencionam que “o papel da escola na vida e no futuro dos adolescentes é, pois, um problema diversas vezes apontado e sem evolução positiva desde 1998”.⁴²

Comparativamente ao anterior estudo do *HBSC*, realizado em 2010, denotam-se dificuldades que derivam do estatuto laboral e econômico dos países, que foi globalmente afetado pelo período de recessão econômica que atualmente se atravessa, sendo aconselhada por esta pesquisa a promoção de estudos complementares que enfoquem o papel dos adolescentes na família em tempos de precariedade. Uma novidade relativamente ao estudo anterior consiste na introdução do tema dos animais de estimação, uma vez que são um fator de alegria, companhia e carinho de muitos adolescentes portugueses, pelo que a investigação do seu impacto na qualidade de vida e nos afetos dos nossos jovens merece maior atenção.

Dados obtidos por meio da realização de estudos qualitativos mostram um aumento generalizado da perceção de sintomas físicos e psicológicos, associado também a um aumento de comportamentos autolesivos, que se vieram a agravar desde o ano de 2010. Como é descrito no estudo, este paradigma “sugere que a saúde mental dos adolescentes é um assunto subestimado e a carecer de atenção urgente”.⁴²

Embora a taxa de experimentação da *cannabis* se tenha mantido estável, ocorreu um decréscimo relativamente à utilização das demais substâncias ilícitas, do consumo de álcool e de tabaco, mantendo-se fiel à tendência que vinha sendo registada desde 2006. Todavia, são necessários mais estudos complementares que possam esclarecer quais os padrões de consumo atuais. Para ambos os casos, a tendência tinha já sido revelada em 2010, apelando à necessidade de criação de medidas de prevenção seletiva.

De modo geral, o número de adolescentes que já teve relações sexuais, dentro das idades consideradas no estudo *HBSC*, tem vindo a diminuir desde 2006, apesar de no estudo mais

recente se verificar uma diminuição do uso do preservativo e um aumento das relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou de substâncias psicoativas ilícitas.

Segundo os adolescentes portugueses, os principais motivos para a não utilização do preservativo durante as relações sexuais são: não pensar nisso; não ter um preservativo consigo no momento; os preservativos serem muito caros; ter bebido álcool em excesso. O estudo revela, ainda, uma preocupação com o grupo de adolescentes mais novos, pois são os que menos utilizam o preservativo, preocupando-se também com “o fato de nem todos os adolescentes que referem já ter tido relações sexuais reportem que tiveram relações na altura que quiseram e decidiram”.⁴² Por todos esses motivos, e segundo os mesmos autores, torna-se premente “a necessidade da educação sexual sair do âmbito da prevenção do risco sexual e passar a abordar a sexualidade em termos de competências pessoais, de relações interpessoais, de equidade de género e de direitos humanos”.⁴²

(TIT2) Projetos de promoção e educação para a saúde

Em 2013, a DGE publicou o Relatório 2012/2013 – Promoção e Educação para a Saúde,⁴³ que faz a caracterização das escolas, das áreas temáticas, dos produtos, das metodologias de avaliação, das parcerias e de outras áreas. O relatório espelha os resultados obtidos pela aplicação de um inquérito a um universo de 419 escolas públicas, particulares e cooperativas, que apresentaram candidaturas de projetos ao Edital da Promoção e EpS, entre os anos letivos 2008/2009 e 2012/2013.

O documento evidencia que, nos últimos cinco anos letivos, as áreas da educação alimentar, da atividade física, da educação sexual e da prevenção das infeções sexualmente

transmissíveis têm sido as mais frequentemente abordadas. No entanto, na educação pré-escolar os temas menos abordados são precisamente a relação entre a alimentação, a publicidade e o consumo e a importância da segurança alimentar e os fatores que interferem com a prática da atividade física.

Os dados analisados mostram-nos uma falta de focalização no tema do *cyberbullying* no âmbito da saúde mental e prevenção da violência ao nível do primeiro ciclo do ensino básico. As atividades destinadas a tratar os diferentes temas da EpS não são equitativamente distribuídas, observando-se desigualdades. Uma outra observação, que merece destaque, é que apesar de mais de metade das associações de pais serem parceiras dos PEpS, a participação da família e da restante comunidade educativa na dinâmica destes projetos é relativamente reduzida.

Os dados obtidos permitem verificar que um número cada vez maior de escolas vai deixando de promover a saúde oral, à medida que os alunos se aproximam do ensino secundário. Um fenómeno exatamente contrário ocorre em relação à área dos primeiros socorros, que vai sendo cada vez mais abordada à medida que progredimos ao longo dos diferentes níveis de escolaridade. O relatório assinala ainda que os cartazes, os desdobráveis, *flyers* e *posters* são os produtos privilegiados das diferentes atividades em EpS. Finalmente, e no que concerne ao processo avaliativo dos diferentes projetos, pode-se observar que as “as metodologias qualitativas de avaliação são pouco utilizadas em relação às metodologias quantitativas na monitorização e avaliação do desenvolvimento dos projetos”.⁴³

Os dados do inquérito permitiram a identificação de aspectos a relevar como boas práticas, apontando, por exemplo, que no limite de tempo em que se desenvolveu este estudo, o

último ano letivo foi o momento em que os temas de prevenção do consumo de substâncias psicoativas e o tema saúde mental e prevenção da violência foram abordados com maior frequência. Relativamente à educação sexual e à prevenção das infeções sexualmente transmissíveis, é apontada como uma boa prática o fato de se terem diversificado o tipo de atividades desenvolvidas ao longo dos diferentes níveis de ensino. Por último, este inquérito revela ainda que as parcerias estabelecidas entre as unidades de saúde e as escolas demonstram uma boa solidez, à imagem do que tinha vindo a acontecer nos anos letivos anteriores.

São apresentadas algumas recomendações à própria DGE e às escolas. À primeira recomenda-se a criação de um concurso de boas práticas por meio de um edital, cuja finalidade seria *avaliar e apoiar financeiramente as práticas de referência*,⁴³ designado por Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde, que acabaria por vir a ser lançado em 2014.¹⁵ É também sugerido que se possam incrementar as metodologias qualitativas, aplicando-se inquéritos por entrevista como forma de otimizar os resultados obtidos pela metodologia quantitativa. Dessa maneira, será possível promover uma análise eficiente do impacto da ação dos diferentes projetos junto do seu público-alvo. A última recomendação à DGE surge no sentido de se continuarem a fomentar as relações entre esta Direção e as escolas, harmonizando as orientações para a promoção da EpS em meio escolar.

A primeira recomendação definida para as escolas estabelece que se deve promover um maior envolvimento dos professores, nomeadamente dos diretores de turma, no processo de planeamento, desenvolvimento e avaliação dos PEPs. Por sua vez, este projeto deve partir de um diagnóstico prévio e ser materializado num plano com objetivos e metas bem definidos, contemplando todos os temas prioritários definidos para a promoção da EpS em

contexto escolar, tendo também em linha de conta os diferentes níveis de ensino. Para isso, deverão ser definidas estratégias que possam motivar um maior envolvimento também dos pais e encarregados de educação, criando-se uma verdadeira equipa multidisciplinar do PEpS, que não dispensa também a participação de técnicos das unidades de saúde, bem como das autarquias, pelo que o esforço de manter as parcerias entre todas estas entidades deve ser incentivado.

Ao contrário do que tinha vindo a suceder na educação pré-escolar, sugere-se que devem ser articuladas estratégias que permitam atribuir prioridade aos seguintes temas: relação entre alimentação, publicidade e consumo; e importância da segurança alimentar e fatores que interferem com a prática da atividade física. O recurso às tecnologias digitais como forma de se abordar o *cyberbullying* é também apontado. Por último, neste relatório é também sugerida a possibilidade de se vir a utilizar a oferta complementar de escola, como tempo destinado ao desenvolvimento de atividades no âmbito da promoção de saúde.

(TIT1) Considerações finais

Os autores procuraram, ao longo deste capítulo, apresentar uma panorâmica sobre a EpS em meio escolar no contexto de Portugal. Com o impulso que a EpS em meio escolar recebeu, a partir de 2006, com a incorporação desta área nos projetos educativos das escolas e a definição de áreas prioritárias de intervenção, assistiu-se a um incremento do interesse, do ensino, da ação e da pesquisa nesta especialidade.

A EpS em meio escolar tinha sido, até essa data, uma área de intervenção com origem na saúde e dela se tinham ocupado, mediante o paradigma biomédico, os vários profissionais

da saúde. Com o advento de novas ideias, como seja o conceito holístico de saúde elaborado por Jensen,⁴⁴ o modelo de análise de Antonovsky⁴⁵ e a abordagem biopsicossocial e auto-organização da saúde coletiva,⁴⁶ a EpS em meio escolar passa também a ser objeto de estudo da educação. A partir deste momento, começam a proliferar estudos com o mesmo objeto, por vezes até com metodologias similares, mas com afirmação em áreas epistemológicas distintas, trazendo à superfície da comunidade acadêmica alguma fricção entre áreas que passam, de algum modo, a competir entre si.

No ensino superior, foram criadas e/ou reformuladas disciplinas no domínio da EpS (com a designação de “educação para a saúde” ou outra muito próxima) em cursos de graduação e de pós-graduação nas áreas da saúde (p. ex., enfermagem, farmácia, higiene oral, medicina), da educação (p. ex., cursos de formação de professores) e do desporto (p. ex., ciências do desporto) em várias universidades e institutos politécnicos. Existem, inclusivamente, cursos de mestrado com a designação de “educação para a saúde” e têm sido realizadas várias teses de doutoramento neste domínio.

Na área da investigação e docência, existe no contexto português pouca definição, ou a falta dela, dos campos epistemológicos, traduzidos em áreas científicas diversas. A investigação que a área científica da educação pode fazer no domínio da EpS não é, nem pode ser, da mesma natureza que as áreas da enfermagem, da medicina ou da psicologia realizam. Porém, coexistem trabalhos e investigações académicas de uma área que são tendencialmente de outra e vice-versa. Estamos em crer, por exemplo, que a EpS, em ambiente escolar, despertou o interesse inusitado particular da enfermagem, dedicando-se a procurar mais competir com a educação do que a tornar-se seu aliado num campo que é, sem sombra de dúvida, epistemologicamente da educação.

Como assinala o relatório Promoção e Educação para a Saúde,⁴³ as parcerias estabelecidas entre os centros de saúde e as escolas demonstram uma boa solidez. Ainda assim, existem alguns casos no campo da intervenção, que conhecemos pelas investigações em curso, em que a cooperação definida e desejada, e até protocolada, entre a saúde escolar dos centros de saúde e as escolas resume-se na parcial “demissão” propositada do papel dos professores na EpS, por sua vontade e por algum desconforto em determinadas áreas, e na assunção do papel dos enfermeiros como especialistas em tudo o que é matéria de EpS.

Dada a precocidade do interesse renovado da EpS em ambiente escolar, parece-nos que é chegado o momento de serem orientadas energias para se encontrarem áreas científicas sólidas e que possam, ao exterior, significar claramente o que pretendem designar no interior. Consideramos que a cooperação entre a área da saúde e a área da educação, no domínio da EpS em ambiente escolar, é essencial. Para tal, requerem-se professores bem preparados no domínio da EpS, disponíveis para a construção de projetos em parcerias com a saúde escolar dos centros de saúde, assegurando a formalização de um compromisso mútuo de fomento ao desenvolvimento sustentado do processo de alargamento da RNEPS, atingindo os objetivos preconizados no Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde.¹⁵

Devem ser as escolas e os centros de saúde a assumir as responsabilidades complementares na promoção da saúde da comunidade educativa alargada e constituir uma oferta educativa, realizando ações de prevenção, capacitando os alunos para o seu direito e dever de defender e promover a saúde e fortalecendo os contextos envolventes na comunidade, de modo a que sejam eles próprios meios facilitadores da saúde.

A evidência científica tem-nos mostrado que as grandes mudanças nos hábitos e nas práticas de saúde não se devem a esforços educativos dirigidos a comportamentos mais ou menos isolados, porém mais como efeito de mudanças mais globais.⁴⁷ Nesse sentido, os objetivos orientados a sugerir mudanças em comportamentos isolados não podem deixar de considerar as relações recíprocas que esses comportamentos têm entre si e as funções que cumprem nesse estilo de vida. Bons níveis de educação geram sociedades competentes e tendencialmente prósperas. A promoção e educação para a saúde é um dos fatores determinantes para a aquisição de um bom nível de educação.¹⁸

(TIT1) Referências

1. Shuller T, Preston J, Hammond C, Brassett-Grundy A, Bynner J. The benefits of learning: the impact of education on health, family life and social capital. London: Routledge; 2003.
2. Abrantes P, Veloso L. Introdução. In: Veloso L, Abrantes P. Sucesso escolar. Da compreensão do fenómeno às estratégias para o alcançar. Lisboa: Mundos Sociais; 2013.
3. Mounier E. Manifiesto al servicio del personalismo. Madrid: Ediciones Taurus; 1976.
4. St. Leger L, Young I, Blanchard C, Perry M. Promoting health in schools. From evidence to action. Saint Denis: The International Union for Health Promotion and Education (IUHPE); 2010. Disponível em:

http://www.dhhs.tas.gov.au/_data/assets/pdf_file/0007/117385/PHiSFromEvidenceToAction_WEB1.pdf. Acesso em: 15 de novembro de 2015.

5. UN – United Nations. Millennium development goals and beyond 2015. Disponível em: <http://www.un.org/millenniumgoals/>. Acesso em: 13 de março de 2016.

6. Bicho F. Organização dos Serviços Sanitários em Portugal [tese]. Porto: Universidade do Porto; 1926. Disponível em: https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/17675/3/222_2_FMP_TD_I_01_P.pdf. Acesso em: 15 de novembro de 2015.

7. World Health Organization (WHO). The Ottawa Charter for Health Promotion. Genebra: WHO; 2015. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>. Acesso em: 13 de março de 2016.

8. Direção-geral da Saúde (DGS). Programa nacional de saúde escolar. Lisboa: DGS; 2006. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/4612A602-74B9-435E-B720-0DF22F70D36C/0/ProgramaNacionaldeSa%C3%BAdeEscolar.pdf>. Acesso em: 4 de novembro de 2015.

9. Burgher M, Rasmussen V, Rivett D. The European Network of Health Promoting Schools: the alliance of education and health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe/The European Commission/Council of Europe; 1999. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/252391/E62361.pdf?ua=1. Acesso em: 14 de novembro de 2015.

10. Union for Health Promotion and Education (IUHPE). Construindo escolas promotoras de saúde: directrizes para promover a saúde em meio escolar. Saint-Denis Cedex: IUHPE. Disponível em: http://www.iuhpe.org/images/PUBLICATIONS/THEMATIC/HPS/HPSGuidelines_POR.pdf. Acesso em: 18 de novembro de 2015.
11. Schools for Health in Europe (SHE). Schools for Health in Europe . Disponível em: <http://www.schoolsforhealth.eu/index.cfm?act=tekst.tonen&tid=6>. Acesso em: 4 de dezembro de 2015.
12. Presidência do Conselho de Ministros. Programa do XVII Governo Constitucional, 2005. Disponível em: <http://www.portugal.gov.pt/media/464060/GC17.pdf>. Acesso em: 14 de novembro de 2015.
13. Trüninger JM, Teixeira A, Horta SA, Silva V. A evolução do sistema de refeições escolares em Portugal (1933-2012): 1º Relatório de pesquisa. Estudos e Relatórios, 4. 2012. Disponível em: http://www.ics.ul.pt/publicacoes/workingpapers/wp2012/er2012_4.pdf. Acesso em: 31 de dezembro de 2015.
14. Direção-geral da Educação (DGE). Educação para a saúde. Lisboa: DGE; 2015. Disponível em: <http://www.dge.mec.pt/educacao-para-saude>. Acesso em: 28 de dezembro de 2015.
15. Direção-geral da Educação (DGE). Programa de apoio à promoção e educação para a saúde. Lisboa: DGE; 2014. Disponível em: <http://www.dge.mec.pt/programa-de-apoio-promocao-e-educacao-para-saude>. Acesso em: 28 de dezembro de 2015.

16. Amann GP, Leal F, Matos C. Programa nacional de saúde escolar. Lisboa: Direção-geral da Saúde; 2014 [Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/programa-nacional-de-saude-escolar-2014-em-discussao-publica.aspx>. Acesso em: 27 de novembro de 2015.
17. Quesada RP. Fundamentos y justificación de la educación para la salud. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia; 1992.
18. Direção-geral da Educação (DGE). Promoção e educação para a saúde. Lisboa: DGE; 2013. Disponível em: <http://www.dgidc.min-edu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=36>. Acesso em: 2 de maio de 2013.
19. Bonito J. Relatório da unidade curricular de “Educação para a Saúde I”. Aveiro: Universidade de Aveiro; 2013.
20. Costa M, López E. Educación para la salud. Guía práctica para promover estilos de vida saludables. Madrid: Ediciones Pirámide; 2008.
21. Capucha L. Planeamento e avaliação de projetos: guia prático. Lisboa: Direção-geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular; 2008.
22. Cortesão L. Formas de ensinar, formas de avaliar: breve análise de práticas correntes de avaliação. In: Abrantes P. Reorganização curricular do ensino básico: avaliação das aprendizagens: das concepções às novas práticas. Lisboa: Ministério da Educação; 2001.

23. Dias M. Escola, saúde e sociedade: Estudos de avaliação de projetos de educação para a saúde [tese]. Aveiro: Universidade de Aveiro; 2013. Disponível em <https://ria.ua.pt/handle/10773/10928>. Acesso em: 14 de janeiro de 2014.
24. Grupo de Trabalho para a Educação Sexual (GTES). Relatório final. Lisboa: GTES; 2007. Disponível em: http://www.apf.pt/sites/default/files/media/2015/relatorio_final_gtes.pdf. Acesso em: 8 de julho de 2015.
25. Helmer O, Reschner N. On the epistemology of the inexact sciences. Manag Sci. 1959; 6(1):25-52. Disponível em: <https://pubsonline.informs.org/doi/pdf/10.1287/mnsc.6.1.25>. Acesso em: 9 de março de 2018.
26. McClelland DC. A guide to job competency assessment. Boston: McBer Co; 1976.
27. Flanagan JC. The critical incident techniques. Psychol Bull. 1954; 51(4):327-58. Disponível em: <https://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo/cit-article.pdf>. Acesso em: 9 de março de 2018.
28. Knox EG. La epidemiología en la planificación de la atención a la salud. Madrid: Siglo XXI Editores; 1981.
29. Pineault R, Daveluy D. La Planificación Sanitaria. Barcelona: Masson; 1989.
30. Hanlon JJ, Pickett GE. Public health administration and practice. 7.th ed. St. Louis: Mosby; 1979.

31. Tones K, Tilford S, Robinson, Y. Health education: effectiveness and efficiency. Bath: Springer Science/Business Media BV; 1990.
32. Fernandes D. Avaliação em educação: uma discussão de algumas questões críticas e desafios a enfrentar nos próximos anos. Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação. 2013; 21(78):11-34. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ensaio/v21n78/aop_0113.pdf. Acesso em: 16 de julho de 2014.
33. Vieira F. Para uma visão transformadora da supervisão pedagógica. Educ Soc. 2009; 29(105):197-217. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/es/v30n106/v30n106a10.pdf>. Acesso em: 17 de julho de 2014.
34. Sá-Chaves I. Portfolios reflexivos: estratégia de formação e de supervisão. Aveiro: Universidade de Aveiro; 2009.
35. Silva N. O portfolio reflexivo no desenvolvimento pessoal e profissional: Um estudo na formação pós-graduada. [dissertação]. Aveiro: Universidade de Aveiro; 2006. Disponível em: <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/4986/1/206778.pdf>. Acesso em: 15 de setembro de 2013.
36. Grilo J, Machado C. Uso de portfolios na formação inicial de professores: instrumentos alternativos para forma profissionais reflexivos? Um estudo exploratório. In: Neto A, Nico J, Chouriço J, Costa P, Mendes P. Didáticas e metodologias de educação: percursos e desafios. Évora: Universidade de Évora; 2003. p. 869-77.
37. Winsor P. A guide to the development of professional portfolios in the faculty of education. Alberta: University of Lethbridge; 1998. Disponível em:

<http://www.uleth.ca/education/sites/education/files/portfolioguide.pdf>. Acesso em: 4 de dezembro de 2015.

38. Fernandes D. Avaliação de programas e projetos educacionais: das questões teóricas às questões das práticas. In: Fernandes D. Avaliação em educação: olhares sobre uma prática social incontornável. Pinhais: Melo; 2011. p. 185-208.

39. Ospina C. Algunas reflexiones sobre la educación para la salud. Manizales: Universidad de Caldas; 2001. Disponível em: <http://www.alcoholinformate.org.mx/reflexiones%20educacion%20para%20la%20salud.pdf>. Acesso em 22 de setembro de 2013.

40. Boggino N. A avaliação como estratégia de ensino. Avaliar processos e resultados. Sísifo/Rev Ciênc Educ. 2009; 9:79-85.

41. Gavin A, Keane E, Callaghan M, Molcho M, Kelly C, Gabhainn S. The Irish Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study 2014. Galway: National University of Ireland; 2015. Disponível em: <http://health.gov.ie/wp-content/uploads/2015/12/HBSC2014web2.pdf>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2015.

42. Matos M, Simões C, Camacho I, Reis M. Health behaviour in school-aged children: a saúde dos adolescentes portugueses em tempos de recessão. Dados nacionais 2014. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2015. Disponível em: http://aventurasocial.com/arquivo/1437158618_RELATORIO%20HBSC%202014e.pdf.

Acesso em: 14 de fevereiro de 2015.

43. Abrantes E, Ladeiras L, Manso M, Lima R. Promoção e educação para a saúde: relatório 2012/2013. Lisboa: Direção-geral da Educação; 2013. Disponível em: http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ficheiros/relatorio_promocao_e_educacao_para_a_saude_2012_13.pdf. Acesso em: 10 de fevereiro de 2015.
44. Jensen BB. Research in environment and health education. Copenhagen: The Royal Danish School of Education Studies; 1995.
45. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promo Int. 1996; 11(1):11-8. Disponível em: <https://academic.oup.com/heapro/article/11/1/11/582748>. Acesso em: 25 de agosto de 2013.
46. Puttini RF, Junior AP, Oliveira LR. Modelos explicativos em saúde coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. Physis: Rev de Saúde Coletiva. 2010; 20(3):753-67. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n3/v20n3a04.pdf>. Acesso em 14 de outubro de 2015.
47. Syme L. La investigación sobre la salud y la enfermedad en la sociedad actual: la necesidad de una epidemiología más relevante. Anthropos. 1991; 118:39-51.