

NÚMERO: 015/2015

DATA: 12/08/2015

ASSUNTO:	Programa Nacional de Saúde Escolar 2015
PALAVRAS-CHAVE:	Saúde escolar, capacitação, estilos de vida, ambiente escolar e saúde, condições de saúde e desempenho escolar, qualidade, formação, inovação e investigação.
PARA:	Administrações Regionais de Saúde, Agrupamentos de Centros de Saúde/Unidades Locais de Saúde
CONTACTOS:	Divisão de Estilos de Vida Saudável. Gregória Paixão von Amann (gamann@dgs.pt)

Nos termos da alínea a) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro, emite-se a Norma seguinte:

O Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE|2015), anexo à presente Norma, e que dela faz parte integrante, aprovado pelo meu Despacho n.º 7/2015, de 20 de julho, publicado através do Despacho (extrato) n.º 8815/2015 no Diário da República, 2.ª série, n.º 154, de 10 de agosto de 2015, visa dar continuidade, numa versão atualizada, ao Programa então aprovado pelo Despacho n.º 12045/2006, de 9 de maio, do Alto-Comissário da Saúde.

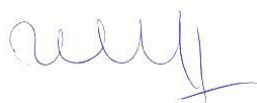
O PNSE|2015, enquanto instrumento orientador das políticas nacionais no que à promoção da saúde em meio escolar diz respeito, foi concebido tendo em conta a reorganização estrutural e funcional do Serviço Nacional de Saúde (SNS), os objetivos e estratégias do Plano Nacional de Saúde (PNS) (revisão e extensão a 2020) e de outros programas e planos nacionais de saúde e, bem assim, os objetivos e estratégias da Organização Mundial de Saúde (OMS), *Health 2020*.

O investimento nas intervenções a realizar no âmbito do presente Programa impõe um apelo especial à congregação de esforços de todos os profissionais e serviços envolvidos na sua implementação, no sentido de obter, de forma eficaz, maiores ganhos em saúde, através da promoção de contextos escolares favoráveis à adoção de estilos de vida mais saudáveis e à melhoria do nível de literacia para a saúde da comunidade educativa.

A Direção-Geral da Saúde desenvolverá, no âmbito do PNSE|2015, as orientações técnico-normativas que se mostrem necessárias à sua implementação.

Revoga-se:

- Circular Normativa da DGS n.º 7/DSE de 29/06/2006;
- Orientação da DGS n.º 014/2013 de 20/10/2013.



Graça Freitas
Subdiretora-Geral da Saúde
(em substituição do Diretor-Geral)

2.ª série, n.º 119, de 22 de junho de 2015, para recrutamento de trabalhadores médicos com vista à celebração de contrato individual de trabalho por tempo indeterminado, para o preenchimento de 1 posto de trabalho da Carreira Médica da área de Neuroradiologia, procedente do Despacho n.º 5952-A/2015, *Diário da República*, n.º 106, de 2 de junho de 2015, ficou deserto por inexistência de candidatos.

9 de julho de 2015. — O Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Algarve, I. P., *Dr. João Manoel da Silva Moura dos Reis*.

208832819

Centro Hospitalar do Oeste

Aviso (extrato) n.º 8700/2015

Em cumprimento do disposto nos artigos 22.º e 23.º da Portaria n.º 250/2014, de 28 de novembro, e para conhecimento dos interessados, torna-se pública a lista de candidatos admitidos e excluídos ao procedimento concursal para 96 (noventa e seis) postos de trabalho na categoria de enfermeiro, da carreira especial de enfermagem, do mapa de pessoal do Centro Hospitalar do Oeste, aberto pelo Aviso n.º 7314/2015, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 127, de 2 de julho de 2015. Após publicação do presente aviso no *Diário da República*, a mencionada lista será afixada no placard do Serviço de Gestão de Recursos Humanos do Centro Hospitalar do Oeste (Hospital das Caldas da Rainha, Hospital de Peniche e Hospital de Torres Vedras) e publicitada na página eletrónica deste Centro Hospitalar em www.choeste.min-saude.pt.

Os Candidatos ficam notificados para querendo, no prazo de 10 dias úteis, a contar da presente publicação no *Diário da República*, se pronunciarem.

As alegações a apresentar pelos candidatos e a deliberação a proferir sobre as mesmas, pelo júri, têm obrigatoriamente por suporte o formulário, para o efeito, publicado no *site* deste Centro Hospitalar www.choeste.min-saude.pt.

Realizada a audiência escrita, o júri apreciará as questões suscitadas no prazo de 10 dias úteis, ou 20 dias úteis se o número for superior a 100 e notificará os candidatos excluídos por aviso a publicar na 2.ª série do *Diário da República*, afixação no placard do Serviço de Gestão de Recursos Humanos e publicação no *site*.

29 de julho de 2015. — O Presidente do Conselho de Administração, *Dr. Carlos Manuel Ferreira de Sá*.

208832827

Direção-Geral da Saúde

Despacho (extrato) n.º 8815/2015

Por despacho do Diretor-Geral da Saúde, de 20 de julho de 2015, foi aprovado o Programa Nacional de Saúde Escolar 2015 e revogado o Despacho n.º 12045/2006, do Alto-Comissário da Saúde, de 9 de maio, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 110, de 7 de junho.

27 de julho de 2015. — O Diretor-Geral da Saúde, *Francisco George*.

208830129

Hospital Dr. Francisco Zagalo

Declaração de retificação n.º 672/2015

No *Diário da República*, 2.ª série, n.º 100, de 25.05.2015, deliberação n.º 922/2015, onde se lê «Por deliberação de 18 e 19.03.2014...» deve ler-se «Por deliberação de 18 e 19.03.2015...».

28.07.2015. — O Presidente do Conselho de Administração, *Luís Vaz*.

208828859

Instituto de Oftalmologia do Dr. Gama Pinto

Aviso n.º 8701/2015

Procedimento concursal comum, para constituição de relação jurídica de emprego público por tempo indeterminado, com vista ao preenchimento de 4 postos de trabalho na carreira e categoria de Assistente Operacional do mapa de pessoal do Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto.

1 — Nos termos das disposições conjugadas do artigo 30.º e da alínea b) do n.º 1 do artigo 31.º do anexo à Lei n.º 35/2014 de 20 de junho,

atento o disposto no artigo 19.º da Portaria n.º 83-A/2009 de 22 de janeiro, e dado não existir reserva de recrutamento junto da Direção-Geral da Administração e do Emprego Público, torna-se público que, por Deliberação do Conselho de Administração de 19 de junho de 2015 e no uso de competência própria, se encontra aberto, pelo prazo de 10 dias úteis, a contar da data da publicação do presente aviso no *Diário da República*, procedimento concursal comum para constituição de relação jurídica de emprego público, por tempo indeterminado, para o preenchimento de 4 postos de trabalho, previstos e não ocupados, do mapa de pessoal do Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto, na carreira e categoria de assistente operacional.

2 — Legislação aplicável: Ao presente procedimento é aplicável a tramitação prevista no artigo 37.º do anexo à Lei n.º 35/2014, de 20 de junho, regulamentado pela Portaria n.º 83-A/2009 de 22 de janeiro, com as alterações introduzidas pela Portaria 145-A/2011, de 06 de abril, Lei n.º 82-B/2014, de 31 de dezembro e Código do Procedimento Administrativo.

3 — Para os efeitos do estipulado no n.º 1 do artigo 4.º da Portaria n.º 83-A/2009, de 22 de janeiro, declara-se não estarem constituídas reservas de recrutamento no próprio organismo.

4 — Local de trabalho: Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto — Travessa Larga, 2 - 1169 — 019 Lisboa.

5 — Caracterização geral dos postos de trabalho: Funções de natureza executiva, de caráter manual ou mecânico, enquadradas em diretivas gerais bem definidas e com graus de complexidade variáveis. Execução de tarefas de apoio complementares, indispensáveis ao funcionamento dos órgãos ou serviços, podendo comportar esforço físico. Responsabilidade pelos equipamentos sob sua guarda e pela sua correta utilização, procedendo, quando necessário à manutenção e reparação dos mesmos. As referidas funções enquadram-se no grau 1 de complexidade funcional.

5.1 — Descrição de Tarefas:

No Âmbito dos cuidados aos utentes:

Proceder ao acompanhamento e transporte interno dos utentes;

Colaborar na satisfação das necessidades básicas e conforto aos utentes em ambulatório;

Colaborar nas tarefas de recolha de materiais para análise (serviço de mensageiro).

Na manutenção das condições de limpeza e higienização das instalações:

Proceder à limpeza e desinfecção de materiais e equipamentos, nomeadamente caixas de lentes, lâmpadas fenda, mesas de trabalho, camas, macas, material cirúrgico, em ambulatório, nas Consultas e serviço de Esterilização.

Lavagem, desinfecção e arrumação das unidades após alta dos utentes.

No âmbito de apoio logístico e administrativo:

Recolher e acondicionar roupas sujas, receção, arrumação e distribuição de roupas lavadas nas diferentes unidades de cuidados;

Assegurar o serviço de mensageiro, transportando processos clínicos de utentes e/ou requisições várias;

Efetuar transporte de medicamentos, produtos de colheita para análise, materiais esterilizados e outros equipamentos.

6 — Requisitos gerais de admissão: São requisitos gerais de admissão os constantes no Artigo 17.º do anexo à Lei 35/2014, de 20 de junho.

Nos termos do n.º 3 do artigo 30.º do anexo à Lei n.º 35/2014 de 20 de junho, o recrutamento é circunscrito a trabalhadores com relação jurídica de emprego público por tempo indeterminado previamente estabelecida.

6.1 — Nível habilitacional exigido: Titularidade do 9.º ano de escolaridade ou de curso que lhe seja equiparado, a que corresponde o grau de complexidade 1, de acordo com o previsto na alínea a) do n.º 1 do artigo 86.º do anexo à Lei n.º 35/2014, de 20 de junho, não sendo admitida a possibilidade de substituição do nível habilitacional por formação ou experiência profissional.

7 — Não podem ser admitidos candidatos que, cumulativamente, se encontrem integrados na carreira, sejam titulares da categoria e, não se encontrando em mobilidade, ocupem postos de trabalho previstos no mapa de pessoal do Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto, idênticos aos postos de trabalho para cuja ocupação se publica o procedimento, conforme disposto na alínea f) do n.º 3 do artigo 19.º da Portaria n.º 83-A/2009 de 22 de janeiro.

8 — Prazo de candidatura: 10 dias úteis a contar da data da publicação do presente aviso no *Diário da República*, nos termos do artigo 26.º da Portaria n.º 83-A/2009 de 22 de janeiro.

9 — Forma de apresentação de candidaturas: As candidaturas deverão ser formalizadas, obrigatoriamente, através do preenchimento de formulário próprio, aprovado pelo Despacho n.º 11321/2009 de 8



DGS desde
1899
Direção-Geral da Saúde

PROGRAMA NACIONAL

SAÚDE ESCOLAR | 2015



Programa Nacional de Saúde Escolar | 2015

2



SAÚDE + EDUCAÇÃO =

Literacia para a Saúde
e
Decisões Responsáveis

Na Escola, são necessárias diferentes perspetivas de saúde, equidade e sustentabilidade!

Os/As alunos/as deverão ter a oportunidade de analisar as questões da saúde e do desenvolvimento...

- ✓ a partir da sua própria perspetiva;
- ✓ a partir da perspetiva de diferentes disciplinas e domínios;
- ✓ a partir da perspetiva de diferentes culturas;
- ✓ a partir da perspetiva de diferentes gerações e períodos históricos;
- ✓ a partir da perspetiva de diferentes partes do mundo.ⁱ



ⁱ School Health. A German Programme in the fields: health, equity and sustainability. Reiner Mathar (tradução livre)

Ficha Técnica

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde.
Programa Nacional de Saúde Escolar. Lisboa: DGS, 2015. 105 p.
ISBN: 978-972-675-227-1

Saúde Escolar/ Alimentação Saudável/ Ambiente e Saúde/ Atividade Física/ Avaliação/ Competências Socioemocionais/ Consumos/ Educação inclusiva/ Escolas/ Saúde/ Estilos de Vida/ Formação/ Indicadores/ Inovação/ Literacia para a Saúde/ Metodologia/ Necessidades de Saúde Especiais/ Prevenção de Acidentes/ Promoção da Saúde/ Qualidade/ Saúde Mental/ Saúde Oral/ Saúde Sexual/ Segurança/ Sustentabilidade/ Trabalho por Projeto/

Editor

Direção-Geral da Saúde. Alameda D. Afonso Henriques, 45, 1049-005 Lisboa, Tel.: 218 430 500 /Fax: 218 430 711
Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde
Correio eletrónico: dgs@dgs.pt / <http://www.dgs.pt>

Autores

Programa Nacional de Saúde Escolar | Direção-Geral da Saúde

Gregória Paixão von Amann (Coordenação)

Helena Monteiro

Paula Leal (Instituto Politécnico de Setúbal/ Escola Superior de Saúde)

Responsáveis Regionais de Saúde Escolar

Augusto Santana de Brito – ARS Alentejo

Carlos André – ARS Algarve

Fernanda Pinto – ARS Centro

Graça Cruz Alves – ARS Norte

Lina Guarda – ARS Lisboa e Vale do Tejo

Colaboradores

Direção-Geral da Educação

Fernanda Croca / Direção de Serviços de Educação Especial e Apoio Socioeducativo
Filomena Pereira / Direção de Serviços de Educação Especial e Apoio Socioeducativo
Laurinda Ladeiras / Direção de Serviços de Educação Especial e Apoio Socioeducativo
Rui Lima / Direção de Serviços de Educação Especial e Apoio Socioeducativo

Grupo de Peritos

Ângelo de Sousa, ARS Lisboa e Vale do Tejo / DICAD;
Bárbara Menezes, DGS / PNSI;
Carla Frazão, ARS Lisboa e Vale do Tejo / DICAD;
Carla Matos, DGS;
Graça Vilar, SICAD;
Helena Moreira, ARS Norte/DSP;
João Diegues, ARS Lisboa e Vale do Tejo, ACES Arrábida/USP;
Lúcia Marques, ARS Centro/DSP;
Luís Hermenegildo, ARS Lisboa e Vale do Tejo, ACES Arco Ribeirinho/USP;
Luís Saboga Nunes, ENSP/Universidade Nova de Lisboa
Maria Fernanda Lopes, ARS Lisboa e Vale do Tejo, ACES Sintra/USP;

Maria João Brito, Centro Hospitalar Lisboa Central/ H. D^a Estefânia;
Mário Durval, ARS Lisboa e Vale do Tejo, ACES Arco Ribeirinho/USP;
Mário Jorge, ARS Alentejo, ULS Litoral Alentejano/USP;
Miriam Gonzaga, ARS Norte/DSP;
Nuno Lopes, ARS Lisboa e Vale do Tejo, ACES Loures-Odivelas/USP;
Otilia Mestre, ARS Algarve/DSPP;
Rita Leão, ARS Alentejo, ACES Alentejo Central/USP;
Rita Silva, ARS Centro, ACES Baixo Vouga/URAP;
Sofia Duarte, ARS Algarve, ACES Sotavento/USP;
Sónia Veloso, ARS Centro/DSP;
Zita Guerra, ARS Lisboa e Vale do Tejo, ACES Oeste Sul /URAP.

Agradecimentos

A Direção-Geral da Saúde agradece todos os contributos recebidos de instituições e de profissionais em nome individual na discussão pública do PNSE:

ACES Alto Tâmega e Barroso, UCC;
ACES Baixo Vouga, USP;
ACES Porto Oriental, Núcleo de Nutrição/ URAP;
ACES Póvoa de Varzim/ Vila do Conde;
ACES Sintra/ Programa Saúde Escolar;
Amnistia Internacional de Portugal, Cogruppo sobre os Direitos das Crianças;
Associação Pais em Rede – Grupo de Trabalho Educação;
Associação Portuguesa de Fisioterapia;
Associação Portuguesa de Nutricionistas;
Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor -DECO;
Conselho Nacional das Associações Profissionais de Educação Física;
Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra/ Curso de Audiologia;
Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto/ Área Técnico Científica de Audiologia
Ordem dos Nutricionistas;
Ordem dos Psicólogos;
Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo;
Programa Nacional para a Saúde Mental;
Programa Nacional VIH/SIDA;
Sociedade Portuguesa de Educação Física;
UCC Girassol, Equipa de Saúde Escolar;
Unidade Local de Saúde de Matosinhos/USP;

Ana Candeias, nutricionista;
Ana Isabel Coelho, enfermeira;
Ana Lam, enfermeira;
António Manuel Marques, professor universitário;
Augusto Santana de Brito, médico de saúde pública;
Bárbara Menezes, enfermeira;
Catarina Fernandes, técnica de saúde ambiental;
Clemência Funenga, docente;
Cristina Farrajota, enfermeira;
Débora Cláudio, nutricionista;
Fernanda Borges Lopes, enfermeira;
Frias Bulhosa, docente e médico dentista;
Helena Gonçalves, enfermeira;
Inês Castanheira, audiologista;
Jorge Bonito, professor universitário;
Josefina Morais, médica;
Luís Cardoso, docente;
Maria da Conceição Afonso, médica de saúde escolar;
María Jesús Rodríguez Blanco, médica de saúde pública;
Maria João Bernardo, enfermeira;
Marina Soares, médica de saúde pública;
Marisol Castelo Branco, enfermeira;
Paula Friães, enfermeira;
Paula Maia, enfermeira;
Ricardo Eufrásio, médico de saúde pública;
Sandra Almeida, enfermeira;
Vânia Luís, enfermeira.

Reprodução autorizada desde que a fonte seja citada, exceto para fins comerciais, que é proibida.
Sugestão de citação: Programa Nacional de Saúde Escolar|2015. Direção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde. Portugal.

Lisboa, julho de 2015

Programa Nacional de Saúde Escolar | 2015

VISÃO

- Todas as crianças e jovens têm direito à saúde e à educação e devem ter a oportunidade de frequentar uma escola que promova a saúde e o bem-estar.

FINALIDADE

- Contribuir para mais saúde, mais educação, mais equidade e maior participação e responsabilização de todos/as com o bem-estar e a qualidade de vida de crianças e jovens.

OBJETIVOS

- Promover estilos de vida saudável e elevar o nível de literacia para a saúde da comunidade educativa;
- Contribuir para a melhoria da qualidade do ambiente escolar e para a minimização dos riscos para a saúde;
- Promover a saúde, prevenir a doença da comunidade educativa e reduzir o impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar dos/as alunos/as;
- Estabelecer parcerias para a qualificação profissional, a investigação e a inovação em promoção e educação para a saúde em meio escolar.

EIXOS ESTRATÉGICOS E ÁREAS DE INTERVENÇÃO

- Eixo 1. **Capacitação**
 - Áreas de Intervenção: saúde mental e competências socioemocionais, educação para os afetos e a sexualidade, alimentação saudável e atividade física, higiene corporal e saúde oral, hábitos de sono e repouso, educação postural, prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância.
- Eixo 2. **Ambiente escolar e saúde**
 - Áreas de Intervenção: desenvolvimento sustentável, ambiente escolar seguro e saudável, avaliação dos riscos ambientais para a saúde, prevenção dos acidentes e primeiros socorros.
- Eixo 3. **Condições de saúde**
 - Áreas de Intervenção: saúde de crianças e jovens, necessidades de saúde especiais, saúde de docentes e não docentes.
- Eixo 4. **Qualidade e inovação**
- Eixo 5. **Formação e investigação em Saúde Escolar**
- Eixo 6. **Parcerias**

Índice

	Página
Siglas e Acrónimos	
I. ENQUADRAMENTO	10
1. Contextualização da intervenção da Saúde Escolar	11
2. Conhecer para intervir em Saúde Escolar	12
3. Os desafios da Saúde Escolar	15
II. PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE ESCOLAR 2015	18
1. População alvo	19
2. Horizonte temporal	19
3. Visão, Finalidade e Objetivos	20
3.1. Visão	20
3.2. Finalidade	20
3.3. Objetivos gerais	20
4. Eixos estratégicos	21
4.1. Capacitação	22
4.1.1. Áreas de Intervenção	23
4.1.1.1. Saúde mental e competências socioemocionais	24
4.1.1.2. Educação para os afetos e a sexualidade	25
4.1.1.3. Alimentação saudável e atividade física	26
4.1.1.4. Higiene corporal e saúde oral	27
4.1.1.5. Hábitos de sono e repouso	28
4.1.1.6. Educação postural	28
4.1.1.7. Prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância	29
4.1.2. Objetivos operacionais	31
4.2. Ambiente Escolar e Saúde	32
4.2.1. Áreas de Intervenção	35
4.2.1.1. Desenvolvimento sustentável	35
4.2.1.2. Ambiente escolar seguro e saudável	36
4.2.1.3. Avaliação dos riscos ambientais para a saúde	38
4.2.1.4. Prevenção dos acidentes e primeiros socorros	38
4.2.2. Objetivos operacionais	40
4.3. Condições de Saúde	41
4.3.1. Áreas de intervenção	41
4.3.1.1. Saúde de crianças e jovens	42
4.3.1.2. Necessidades de saúde especiais	43
4.3.1.3. Saúde de docentes e não docentes	45
4.3.2. Objetivos operacionais	46
4.4. Qualidade e Inovação	47
4.5. Formação e Investigação em Saúde Escolar	48
4.6. Parcerias	50
4.6.1. Objetivos operacionais	51
5. Organização e estrutura organizativa	52
5.1. Organização a nível nacional	52
5.2. Organização a nível regional	54
5.3. Organização a nível local	54
6. Avaliação do Programa	56
III. GLOSSÁRIO DE TERMOS	62
IV. ANEXOS	66
V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98

Siglas e acrónimos

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde	PAPES	Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde	PE	Pré Escolar
ADL	Acidentes Domésticos e de Lazer	PEE	Projeto Educativo de Escola
AE	Agrupamento de Escolas	PEI	Plano Educativo Individual
ARS	Administração Regional de Saúde	PES	Promoção e Educação para a Saúde
AS	Ambiente e Saúde	PIA	Psiquiatria da Infância e da Adolescência
CEB	Ciclo do Ensino Básico	DSPDPS	Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde
CIF	Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde	PNPAS	Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável
CSP	Cuidados de Saúde Primários	PNPCT	Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo
DALY	<i>Disability Adjusted Life Years</i>	PNS	Plano Nacional de Saúde
DGE	Direção-Geral da Educação	PNSE	Programa Nacional de Saúde Escolar
DGEEC	Direção-Geral de Estatísticas de Educação e Ciência	PNSIJ	Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
DGEstE	Direção Geral dos Estabelecimentos Escolares	PNSM	Programa Nacional para a Saúde Mental
DGS	Direção-Geral da Saúde	PNPSO	Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral
DICAD	Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências	PNV	Programa Nacional de Vacinação
DP	Desvio Padrão	PPES	Projeto de Promoção e Educação para a Saúde
DSP	Departamento de Saúde Pública	PSI	Plano de Saúde Individual
EBS	Ensino Básico e Secundário	SBV	Suporte Básico de Vida
EE	Educação e Ensino	SCLínico CSP	Módulos clínicos para registo das atividade dos profissionais de saúde dos CSP
EEE	Estabelecimentos de Educação e Ensino	SE	Saúde Escolar
ELI	Equipa Local de Intervenção	SEL	<i>Social and Emotional Learning</i> / Competências Socioemocionais
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública	SHE	<i>School for Health in Europe</i>
ES	Ensino Secundário	SICAD	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
ESPAD	<i>European School Survey Project on Alcohol and other Drugs</i>	SMIA	Saúde Mental da Infância e Adolescência
EPS	Escola Promotora da Saúde	SNIPi	Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância
EpS	Educação para a Saúde	SNS	Serviço Nacional de Saúde
EVITA	Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes	SPARE	Sistema de Planeamento e Avaliação de Refeições Escolares
IMC	Índice de massa corporal	SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
INE	Instituto Nacional de Estatística	SReMS	Segurança Rodoviária e Mobilidade Sustentável
INSA	Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge	TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
IPSS	Instituições Particular de Solidariedade Social	UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
LSM	Lei da Saúde Mental	UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
MEC	Ministério da Educação e Ciência	ULS	Unidade Local de Saúde
MGF	Medicina Geral e Familiar	URAP	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
NACJR	Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco	USF	Unidade de Saúde Familiar
NEE	Necessidades Educativas Especiais	USP	Unidade de Saúde Pública
NSE	Necessidades de Saúde Especiais	VASPR	Vacina Contra o Sarampo, Papeira e Rubéola
OMS	Organização Mundial da Saúde	VR	Valores de Referência
OT	Orientação Técnica	WHO	<i>World Health Organization</i>

I Enquadramento

A Saúde Escolar tem um percurso assinalável, com marcas indeléveis e relevantes, na promoção da saúde e prevenção da doença no contexto escolar.

A primeira mudança de paradigma da Saúde Escolar teve como ponto de partida a Carta de *Ottawa*, em 1986, com o reconhecimento de que a saúde é gerada e vivida pelas pessoas nos espaços da sua vida diária. É a interação entre os ambientes e as pessoas que cria um padrão de saúde do indivíduo, da família, da escola e da comunidade.

De facto, o estado de saúde da população portuguesa melhorou muito e de forma sustentada, mas os determinantes da saúde relacionados com os estilo de vida têm, ainda, um peso significativo nas doenças não transmissíveis. Por isso, precisamos de melhorar o nível de saúde, através de estratégias de promoção da saúde mais eficazes, e de valorizar os setores fora da Saúde.

A segunda mudança de paradigma da Saúde Escolar tem como ponto de partida a evidência científica em promoção da saúde em meio escolar, a inovação e a necessidade de recentrar o “alvo” da sua ação nos resultados. O desenvolvimento de competências socioemocionais ajuda os alunos a tornarem-se mais resilientes, permite-lhes reconhecer as suas próprias emoções e a maneira mais adequada de lidar com elas e gerir de forma mais responsável a tomada de decisões, sejam relacionadas com a sua saúde ou com a sua vida.

Melhorar a saúde e a qualidade de vida, mais do que capacitar as pessoas e as comunidades para agir, implica reconhecer as suas competências e potencialidades e facilitar as suas escolhas.

A Saúde Escolar, sem receio de perder a sua identidade, deve estar preparada para os grandes desafios da contemporaneidade, que exigem uma visão alargada de uma realidade social e económica complexa e mutante, a par de continuar a ajudar as gerações de jovens a atingir a plenitude do seu potencial de saúde.

A inovação tecnológica fez emergir uma nova sociedade do conhecimento. O aumento da longevidade da população conduziu à necessidade de promover dinâmicas de

aproximação nas relações intergeracionais. A construção de uma sociedade baseada no princípio da igualdade deu visibilidade ao papel social de género.

11

Mas aspetos menos positivos também representam grandes desafios: as alterações climáticas mundiais, o desenvolvimento rápido das cidades e, dentro delas, a concentração de bolsas de pobreza, onde as desigualdades acentuam os riscos e dificultam o acesso a serviços de saúde e a práticas preventivas com impacto direto e indireto nos resultados de saúde, sobre as quais importa refletir e atuar.

Nesta perspetiva, contextualiza-se a intervenção da Saúde Escolar tendo em conta a informação disponível e os desafios atuais.

1. Contextualização da intervenção da Saúde Escolar

Em Portugal, os princípios que têm norteado a intervenção da Saúde Escolar ao longo dos seus mais de 100 anos de existência¹ têm, como referencial, um amplo conjunto de disposições legais e normativas, bem como de recomendações nacionais e internacionais vertidas para Programas de Saúde, designadamente o da Saúde Escolar². Todas estas disposições têm o objetivo comum de reduzir a prevalência de problemas de saúde e de comportamentos de risco que influenciam uma parte significativa do universo das doenças transmissíveis e não transmissíveis em crianças e jovens.

Inicialmente, quando o foco da intervenção da Saúde estava centrado na prevenção e no controlo das doenças transmissíveis, a Saúde Escolar foi uma mais-valia para a melhoria dos indicadores de saúde da população infantil e juvenil. Com efeito, o risco de morrer antes dos cinco anos é atualmente reduzido e tem vindo a diminuir, de forma sustentada, nas últimas décadas. Portugal tem um bom nível de saneamento básico e uma excelente cobertura vacinal que, em muito, contribuíram para a redução das doenças transmissíveis mais frequentes.

Posteriormente, sob os auspícios da Carta de *Ottawa* (1986), quando a aposta da Saúde passou a incidir na promoção da saúde, a Saúde Escolar privilegiou a intervenção sobre os determinantes da saúde com maior peso nas doenças crónicas não transmissíveis, criando condições que possibilitassem aos/as alunos/as melhorar a sua saúde e bem-estar físico, mental e social.

Portugal integra, desde 1994, na sequência das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), a Rede Europeia de Escolas Promotoras da Saúde, numa parceria interinstitucional entre a Saúde e a Educação, que conduziu a uma efetiva implementação da promoção e educação para a saúde em meio escolar.

No contexto europeu, as Escolas Promotoras da Saúde (EPS) ajudam os países a atingir as metas e os objetivos das políticas da OMS para a saúde e o bem-estar, *Health 2020*³ e *Europa 2020*⁴.

No contexto nacional, os princípios das EPS – equidade, sustentabilidade, participação democrática, educação inclusiva e *empowerment* de toda a comunidade educativa para a saúde e o bem-estar – continuam a ser uma referência, um objetivo comum da Educação e da Saúde e a nortear a intervenção da Saúde Escolar.

Em Portugal, a Escola é frequentada por cerca de 1600000 alunos/as, numa rede de 9500 estabelecimentos de educação e ensino reunidos em mais de 800 Agrupamentos, tornando-se o local privilegiado para promover a saúde ao longo desta importante etapa do ciclo de vida^{5,ii,iii}.

A promoção da saúde em meio escolar, assente nos princípios das EPS e numa metodologia de trabalho por projeto, tem como ponto de partida as necessidades reais da população escolar, desenvolve processos de ensino e aprendizagem que melhoram os resultados académicos e contribui para elevar o nível de literacia para a saúde e melhorar o estilo de vida da comunidade educativa.

2. Conhecer para intervir em Saúde Escolar

Promover *melhor informação e mais saúde* implica conhecer as causas de morte ou doença e os fatores de risco a elas associados, para reduzir a exposição de crianças e jovens a riscos evitáveis.

Globalmente, mais de 50% da mortalidade registada em 2012 na população em geral deveu-se a doenças do aparelho circulatório (30,4%) e a tumores malignos (23,9%). Seguiram-se as doenças do foro respiratório (12,9%) e a diabetes (4,5%), a par das causas

ⁱⁱ Escola: para efeitos do presente documento, deve ser entendida como incluindo jardim de infância e estabelecimentos nacionais de todos os níveis de ensino obrigatório.

ⁱⁱⁱ Alunos/as matriculados/as em todos os níveis de educação/ensino público e privado, em Portugal (ano letivo 2012/13).

externas de lesões, isto é, acidentes intencionais e não intencionais⁶. Os fatores de risco com maior carga na mortalidade foram a pressão arterial elevada (34,5%), a obesidade (24%), o consumo de tabaco (22%) e o consumo de álcool (13%)⁷.

Considerando a carga das doenças transmissíveis, não transmissíveis e os acidentes (intencionais e não intencionais) durante a infância e a adolescência, utilizando o *Disability Adjusted Life Years* (DALY), enquanto unidade de medida, verificamos que, em 2010, a maior carga de doença, expressa em anos de vida perdidos, foi devida a perturbações mentais e comportamentais, doenças musculoesqueléticas e acidentes, especialmente os de viação^{8,9}.

A Tabela 1 apresenta a comparação do peso das principais causas associadas às doenças não transmissíveis (DALY), segundo o grupo etário.

Tabela 1

Doenças não Transmissíveis (DALY)	5-14 anos	15-19 anos
Perturbações mentais e comportamentais	22%	26%
Doenças respiratórias crónicas	15%	7,5%
Doenças musculoesqueléticas	13,5%	20%
Doenças endócrinas e metabólicas	6%	3%
Doenças neurológicas	4%	6,5%
Acidentes	8,8%	18%

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

As **perturbações mentais** têm um peso significativo nos grupos etários dos 5-14 e 15-19 anos. A OMS estima que cerca de 20% de crianças e adolescentes apresentem, pelo menos, uma perturbação mental antes de atingir os 18 anos de idade. Segundo a OMS Europa e a Academia Americana da Psiquiatria da Infância e Adolescência, uma em cada cinco crianças apresenta evidência de problemas mentais e destas, cerca de metade tem uma perturbação psiquiátrica¹⁰. Por outro lado, muitas das dificuldades ao nível da aprendizagem, da atenção e da instabilidade psicomotora, do comportamento, da indisciplina e da violência, auto ou heterodirigida, corresponderão a manifestações de um sofrimento emocional acentuado.

As **doenças musculoesqueléticas**, em crianças e jovens, resultam, frequentemente, da sobrecarga física associada ao peso em excesso de mochilas, à adoção de posturas incorretas, por desajustamento do mobiliário escolar às suas características antropométricas, e à atividade desportiva inadequada, por tipo de prática ou excesso de exercício. Entre os 5 e os 19 anos, as doenças musculoesqueléticas têm um peso crescente

na qualidade de vida (13,5% para 20% do total de DALY) com reflexos na saúde a médio e a longo prazo. As crianças e jovens, ainda em processo de crescimento, possuem um sistema musculoesquelético imaturo, uma ossificação incompleta e uma grande quantidade de tecido cartilaginoso que contribuem para uma maior vulnerabilidade e para um aumento da incidência de lesões por sobrecarga¹¹.

Os **acidentes** representam um enorme peso na mortalidade, morbilidade e incapacidade e contribuem para muitos anos de vida saudável perdidos. Os acidentes de viação são os mais frequentes no espaço peri-escolar.

As lesões e traumatismos (não intencionais) podem ocorrer no espaço escolar, sendo classificados como “acidentes domésticos e de lazer” (ADL). Segundo o estudo EVITA^{iv}, a Escola foi o local onde ocorreram 24% dos ADL e o grupo etário mais atingido foi o dos 10-14 anos, com diferenças significativas entre os dois sexos. As atividades: ‘brincar’ (32%), ‘lúdica não especificada’ (23%) e ‘educação física’ (17%) foram as mais frequentes no momento de ocorrência do acidente, sendo a queda o mecanismo de lesão que mais contribuiu para os números dos ADL.

Os acidentes de viação são uma das principais causas de morte nas crianças a partir dos 5 anos de idade, com um aumento acentuado na adolescência. Comparando os números dos ADL com os acidentes de viação, segundo estudos europeus, por cada criança que morre devido a acidente de viação, 50 são internadas com traumatismos graves e 800 recorrem aos serviços de urgência¹². Por cada criança que morre por acidente doméstico e de lazer, 160 são internadas por traumatismos e 2000 são assistidas em serviços de urgência¹³.

O **meio ambiente** é, também, um dos principais determinantes da saúde. Na Região OMS Europa, estima-se que o impacto dos riscos ambientais na saúde humana seja responsável por quase 20% de todas as mortes. Entre 25% e 33% da carga global de doença pode ser atribuída a fatores de risco ambientais. Uma grande parte desta carga recai sobre crianças com idade inferior a 5 anos¹⁴. Ambientes mais saudáveis podem reduzir significativamente a incidência de doenças e de acidentes, pelo que é fundamental compreender as relações de causa/efeito entre os fatores ambientais e as repercussões na saúde.

^{iv} EVITA. Epidemiologia e vigilância dos traumatismos e acidentes. Relatório 2009-2012. INSA, outubro, 2014

Os **determinantes da saúde** que condicionam a mortalidade e a morbilidade na infância e na adolescência são agora mais bem conhecidos e compreendidos à luz da evidência científica atual. A investigação revela que rapazes e raparigas diferem na sua exposição e vulnerabilidade a riscos e condições de saúde, tais como, transtornos depressivos, acidentes, abuso de substâncias, distúrbios alimentares, infeções sexualmente transmissíveis, violência, suicídio e lesões autoinfligidas, que podem ser potenciados ou protegidos pelos valores sociais e familiares, os grupos de pares e os ambientes escolares.

A Saúde Escolar necessita de apoiar as suas práticas na evidência científica atual. Por isso, a promoção da saúde, enquanto *processo que assegura às pessoas os meios para terem maior controlo sobre o seu nível de saúde e serem capazes de o melhorar* (OMS,1998), é o modelo de intervenção adotado na capacitação da comunidade educativa. No futuro, num processo de renovação permanente, se quiser aumentar o nível de literacia para a saúde, a responsabilização com a saúde individual e coletiva e o número de anos de vida saudável dos cidadãos, a Saúde Escolar deverá produzir e disseminar a sua própria investigação científica.

Face ao aumento da longevidade da população portuguesa¹⁵, a Saúde Escolar, dando natural importância à intergeracionalidade, pode e deve promover, desde cedo, interações sociais e de partilha entre indivíduos de idades distintas que valorizem os conhecimentos e saberes dos mais velhos, reconheçam os diferentes valores culturais, enriqueçam as trocas afetivas e conduzam a um envelhecimento ativo e saudável.

A intervenção da Saúde na Escola requer abordagens abrangentes e multissetoriais, para além da Saúde e da Educação, liderança para influenciar a sociedade como um todo, organização dos recursos em prol da redução das desigualdades em saúde e corresponsabilização de todos pela sustentabilidade do processo.

Neste contexto, a Saúde em Todas as Políticas¹⁶ assume uma importância crucial ao combinar estratégias intersectoriais dirigidas para a equidade, compromissos com os setores sociais e objetivos comuns entre a comunidade educativa, numa Escola para Todos.

3. Os desafios da Saúde Escolar

16

A Saúde Escolar procura entender, desvendar e atuar sobre a realidade complexa dos comportamentos e proteger a saúde de crianças e jovens, salvaguardando a das/os mais vulneráveis. Intervir, globalmente, implica uma abordagem holística da saúde na escola e uma intervenção biopsicossocial sobre o indivíduo.

Os Sistemas de Saúde e de Educação estão intrinsecamente ligados: crianças saudáveis aprendem de forma mais eficaz e a educação tem um papel primordial na prosperidade económica e na manutenção da saúde ao longo da vida.

A Escola é, objetivamente, afetada pelas políticas de Educação e de Saúde e pelos valores sociais e comunitários onde se insere, podendo a realidade escolar ser muito variável entre estabelecimentos de educação, quer pelos grupos escolares que acolhe, quer pela origem e expectativas da população que os frequentam.

Durante o longo ciclo de vida escolar, a saúde de crianças e jovens é profundamente influenciada pelo contexto em que crescem, aprendem e se desenvolvem.

É neste contexto que importa compreender os desafios que se colocam à Saúde Escolar. Os maiores desafios são, por um lado, o de compreender como as novas descobertas científicas podem afetar as nossas sociedades, as nossas vidas, a nossa saúde coletiva e, por outro, o de ajudar a preparar as crianças e jovens para enfrentarem todos estes desafios com mais saúde, mais segurança e mais sustentabilidade.

Hoje como ontem, a Saúde Escolar renova-se para responder aos desafios que o impacto dos determinantes da saúde têm no crescimento e desenvolvimento de crianças e jovens, incluindo os ambientais, na perspetiva da obtenção de maiores ganhos em saúde das futuras gerações e, paralelamente, de ajudar a preservar o planeta.

O desafio das novas tecnologias e o aproveitamento das funcionalidades de dispositivos móveis, como *tablets* e *smartphones*, tão apetecíveis para alunos/as e professores/as, podem, quando adequadamente utilizados, contribuir para a melhoria da literacia para a saúde, a gestão da saúde individual e a promoção e educação para a saúde.

O desafio das redes e das alianças locais, regionais e nacionais, assente numa ação colaborativa, participativa e comprometida da comunidade educativa alargada com os

determinantes da saúde, em particular com os determinantes sociais, é crucial para responder globalmente às necessidades sentidas.

17

Promover a equidade em saúde na escola implica envolver a comunidade educativa e as redes sociais locais, para assegurar que as necessidades de saúde dos grupos mais vulneráveis e em situação de risco são devidamente reconhecidas, avaliadas e intervencionadas. Melhorar a equidade em saúde exige pragmatismo na intervenção, foco em objetivos concretos e resultados visíveis a médio prazo.

Em Saúde Escolar, o desafio da construção de redes de afetos, que melhorem a comunicação, as relações interpessoais e as aptidões essenciais para a vida, é tão importante quanto o desafio das redes tecnológicas. Em suma, redes que promovam e valorizem a saúde física e mental indispensável à capacitação para a adoção de comportamentos saudáveis.

O desafio da inovação e da qualificação em Saúde Escolar passa por adequar as práticas dos/as profissionais à evidência científica, capacitando-os/as na melhoria do seu desempenho em promoção e educação para a saúde.

A efetiva implementação da Saúde Escolar passa por valorizar a promoção da saúde e a prevenção da doença e por assegurar os recursos humanos para responder a todos os desafios atuais, num contexto de inegável potencial para a melhoria dos estilos de vida.

O Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE | 2015), instrumento orientador das políticas nacionais, no que à promoção da saúde em meio escolar diz respeito, resultou da necessidade de adequar o anterior PNSE¹⁷ aos novos desafios que se colocam atualmente à saúde da população portuguesa, especialmente de crianças e jovens, e à reorganização dos Serviços de Saúde.

O PNSE | 2015 foi concebido tendo em conta o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 e a sua revisão e extensão a 2020 (PNS)¹⁸, os objetivos e estratégias da OMS para a Região Europeia, *Health 2020*¹⁹ e os princípios das EPS, *School for Health in Europe (SHE)*²⁰.

O novo paradigma de intervenção da Saúde Escolar visa contribuir para a obtenção de ganhos em saúde através da promoção de contextos escolares favoráveis à saúde.

No quadro conceptual do PNSE | 2015, a promoção da saúde, em particular da saúde mental, constitui o núcleo central das intervenções da Saúde Escolar, apoiadas por métodos ativos e trabalho por projeto, que valorizem a promoção de competências sociais e emocionais^v. Na Escola, a aquisição de competências para a saúde (*empowerment*) passa por valorizar os fatores pessoais protetores que favoreçam a saúde (*salutogénese*), num equilíbrio dinâmico entre alunos/as e o contexto escolar, a gestão de emoções, o estabelecimento de relações gratificantes e a compreensão das implicações das suas escolhas individuais²¹.

Nesta perspetiva, o PNSE | 2015 reconhece o trabalho desenvolvido pela Saúde Escolar ao longo dos anos e valoriza a participação construtiva entre programas e planos^{vi}, políticas de outros setores e profissionais das mais diversas áreas do saber, que favoreçam a partilha do conhecimento e a integração de ações que melhorem as competências em saúde de crianças e jovens.

^v Epigeneticamente o emocional é prévio ao social e ambos são substratos do indivíduo, mas no âmbito do PNSE | 2015, dirigido para o contexto escolar, será utilizada a terminologia do Guia CASEL (*Social and Emotional Learning Programs*).

^{vi} Programas de Saúde Prioritários e outros Programas e Planos nacionais e regionais.

A nível regional e local, é crucial um maior envolvimento dos órgãos de gestão dos Serviços de Saúde e da Escola nos Projetos de Promoção e Educação para a Saúde (PES) em meio escolar.

19

A implementação efetiva do PNSE|2015 requer, ainda, trabalho em equipa, envolvimento de alunos/as, pais/mães ou encarregados/as de educação, parcerias que valorizem a Saúde nas suas políticas e participação ativa de todos/as no planeamento, na organização e na avaliação dos processos de ensino e aprendizagem²² e dos resultados das ações.

As intervenções em ambiente escolar exigem compromissos dos Sistemas de Saúde, Educação, Segurança Social, Autarquias, entre outros, que visem a promoção da saúde, a prevenção da doença, a redução das desigualdades, a continuidade dos programas e a sustentabilidade das ações de capacitação da comunidade educativa.

1. População alvo

O PNSE|2015 destina-se a toda a comunidade educativa, que compreende crianças, alunos/as, pessoal docente e não docente, pais/mães ou encarregados/as de educação^{vii}.

O PNSE|2015 desenvolve-se nos Estabelecimentos de Educação e Ensino (EEE) do Ministério da Educação: Agrupamentos Escolares e Escolas não Agrupadas (AE) com atividade em Jardim de infância, Ensino Básico e Secundário (EBS), Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) com intervenção na população escolar e, sempre que os recursos humanos o permitam, em instituições privadas com acordo de cooperação²³.

2. Horizonte temporal

O PNSE|2015 tem como horizonte temporal o ano de 2020^{viii}. É avaliado anualmente e pode ser sujeito a atualizações durante o período da sua vigência.

^{vii} cf. Decreto-Lei n.º 75/2008 de 22 de abril, publicado no Diário da República, 1.ª série, n.º 79, de 22 de abril de 2008.

^{viii} Corresponde ao ano letivo 2019/2020.

3. Visão, finalidade e objetivos

20

O PNSE|2015 reconhece, apesar da redução da mortalidade e da morbilidade na infância e na adolescência, a necessidade de assegurar um elevado nível de saúde da comunidade escolar, através da orientação e coordenação das atividades de promoção da saúde e prevenção da doença em contexto escolar.

3.1. Visão

O PNSE|2015 assume o seguinte princípio:

Todas as crianças e jovens têm direito à saúde e à educação e devem ter a oportunidade de frequentar uma Escola que promova a saúde e o bem-estar²⁴.

3.2. Finalidade

O PNSE|2015 tem como finalidade:

Contribuir para mais saúde, mais educação, mais equidade e maior participação e responsabilização de todos/as com o bem-estar e a qualidade de vida de crianças e jovens.

3.3. Objetivos gerais

01. Promover estilos de vida saudável e elevar o nível de literacia para a saúde da comunidade educativa;
02. Contribuir para a melhoria da qualidade do ambiente escolar e para a minimização dos riscos para a saúde;
03. Promover a saúde, prevenir a doença da comunidade educativa e reduzir o impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar dos/as alunos/as;
04. Estabelecer parcerias para a qualificação profissional, a investigação e a inovação em promoção e educação para a saúde em meio escolar.

4. Eixos estratégicos

21

A intervenção da Saúde Escolar, plasmada no PNSE|2015, assenta na adaptação dos modelos holístico da saúde e dos determinantes da saúde às características da comunidade educativa¹⁸.

No âmbito do PNSE|2015, todos os fatores que influenciam a saúde, a nível individual e coletivo, relacionam-se e articulam-se nos seguintes eixos:

- Eixo 1.** Capacitação;
- Eixo 2.** Ambiente escolar e saúde;
- Eixo 3.** Condições de saúde;
- Eixo 4.** Qualidade e Inovação;
- Eixo 5.** Formação e investigação em Saúde Escolar;
- Eixo 6.** Parcerias.

Dos seis eixos estratégicos que constituem a estrutura do PNSE|2015, os três primeiros são nucleares e os três últimos são complementares e transversais. Em cada eixo desenvolvem-se as áreas de intervenção e os objetivos operacionais, a que correspondem estratégias de intervenção da Saúde Escolar para o quinquénio 2015-2020.

Pretende-se, neles, uma **abordagem holística da Saúde na Escola** ou **da Escola como um Todo**, que reconheça a importância do processo educativo e da promoção da saúde na adoção de estilos de vida saudável e uma aproximação ao modelo de intervenção das EPS nas suas seis componentes: políticas escolares saudáveis; ambiente físico; ambiente social; competências individuais e capacidades para a ação; parcerias; participação ativa da Saúde Escolar.

A Saúde Escolar, no que ao indivíduo diz respeito, deve ter uma visão abrangente da pessoa como um ser biopsicossocial e utilizar o modelo holístico da saúde para influenciar as práticas do grupo escolar, o *empowerment* coletivo, as escolhas, os comportamentos e o nível de participação da comunidade educativa.

A educação para o consumo, enquanto influência dos media, da publicidade e de outros nos comportamentos individuais e coletivos, deve ser trabalhada transversalmente em todos os eixos estratégicos.

4.1. Capacitação

Capacitar é muito mais do que ter informação de saúde e compreendê-la. É estar habilitado a usá-la e sentir-se competente para tomar decisões. A capacitação da comunidade caracteriza-se pelo *aumento das competências dos seus grupos para definir, avaliar, analisar e agir sobre as necessidades em educação, saúde e outros campos*²⁵.

Os conhecimentos, os comportamentos e as crenças estabelecidas no início da vida tendem a persistir na vida adulta. Por isso, o longo ciclo de vida escolar, que decorre dos 3 aos 18 anos, é, reconhecidamente, um marco para a estruturação da saúde física e mental.

Capacitar as crianças e jovens para a tomada de decisão contribui para a adoção de um estilo de vida mais saudável, tornando-os mais competentes, mais confiantes e mais habilitados no desempenho dos seus papéis sociais²⁶.

No processo de capacitação, a Saúde Escolar contribui para elevar o nível de literacia para a saúde, incentiva a diversidade das práticas e envolve toda a comunidade educativa em torno de um objetivo comum.

Para tal, necessita de “ferramentas” para conhecer o ponto de partida, avaliar os determinantes sociais e de saúde envolvidos e ter uma visão sistémica da interação entre todos os componentes. Estas ferramentas compreendem o diagnóstico do nível de literacia para a saúde e o trabalho por projeto.

A literacia para a saúde traduz-se num conjunto de competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para aceder, compreender e utilizar a informação de forma a promover e manter uma boa saúde^{25,22,27,28,29}. A literacia para a saúde pode ser então definida como *a conscientização da pessoa aprendente e atuante no desenvolvimento das suas capacidades de compreensão, gestão e investimento, favoráveis à promoção da saúde*, estendendo-se o seu alcance também à cura e prevenção da doença²⁸.

Estas competências permitem uma gestão adequada dos determinantes da saúde, o acesso a fontes de informação credíveis e de qualidade, a compreensão da informação técnica, o desenvolvimento de formas adequadas de comunicar e uma utilização mais eficiente dos recursos de saúde²².

O diagnóstico do nível de literacia para a saúde²⁹ da comunidade educativa e dos estilos de vida³⁰ de alunos/as pode ser feito através de um questionário desenvolvido pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)²⁹ e que o PNSE|2015 disponibiliza numa plataforma eletrónica.

O **trabalho por projeto**, assente no Manual proposto pela *School for Health in Europe*³¹, é um guia de apoio à elaboração de Projetos PES na escola e contém uma metodologia que percorre todos os passos do processo de planeamento: identificação de necessidades, definição de prioridades, desenvolvimento das ações e avaliação de processo. Pode ser usada do pré-escolar ao ensino secundário, por profissionais de saúde e de educação, bem como por todas as entidades parceiras envolvidas neste processo.

Esta ferramenta é acompanhada por um instrumento de avaliação da implementação das seis componentes das EPS³²: (1) políticas de saúde da escola, (2) ambiente físico da escola, (3) ambiente social da escola, (4) competências de saúde, (5) ligações à comunidade, (6) saúde do pessoal docente e não docente.

Disponibiliza-se, em anexo, uma ferramenta de apoio à elaboração de Projetos PES. (Anexo 1: Metodologia de Trabalho por Projeto para Apoio à promoção e Educação para a Saúde na Escola).

4.1.1. Áreas de intervenção

No âmbito da capacitação da comunidade educativa para a adoção de estilos de vida saudável são desenvolvidas as seguintes áreas de intervenção:

1. Saúde mental e competências socioemocionais;
2. Educação para os afetos e a sexualidade;
3. Alimentação saudável e atividade física;
4. Higiene corporal e saúde oral;
5. Hábitos de sono e repouso;
6. Educação postural;
7. Prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância.

4.1.1.1. Saúde mental e competências socioemocionais

24

São o tronco comum da promoção de um estilo de vida saudável e da prevenção de comportamentos de risco, ocupando, no processo de capacitação, um lugar de relevo para a obtenção de mais ganhos em saúde.

A **saúde mental** resulta da qualidade da interação entre a criança ou jovem, a família, a escola e o meio sociocultural em que se encontram inseridas/os. Pela relevância que assume, importa promover relações positivas com a escola em todas as fases do ciclo de vida escolar. Perturbações emocionais e comportamentais, detetadas na escola, devem ser articuladas com o Programa Nacional de Saúde Mental (PNSM), tendo em conta¹⁰:

- **Primeira infância:** o apoio à função parental, a deteção de situações de risco e a intervenção precoce em crianças com dificuldades na adaptação ao Jardim de Infância requerem a organização de ações multidisciplinares que promovam o desenvolvimento, preservem as expectativas, envolvam e apoiem as famílias.
- **Idade pré-escolar e escolar:** o diagnóstico e a intervenção em crianças com problemas com impacto no desempenho escolar assumem particular importância. São disso exemplo, a hiperatividade com défice de atenção, as perturbações de oposição ou as problemáticas do foro ansioso e depressivo.
- **Adolescência:** os comportamentos de risco, designadamente os consumos de substâncias psicoativas, as problemáticas da ansiedade, depressão e risco suicidário e lesões autoinfligidas, entre outras, emergem nesta faixa etária e requerem intervenções específicas ao nível da avaliação e do tratamento.

No âmbito da saúde escolar, numa perspetiva salutogénica, a capacitação para a saúde mental centra-se na promoção de competências socioemocionais, visando aumentar os fatores protetores da saúde.

Os Projetos de Promoção de **Competências Socioemocionais**/*Social and Emotional Learning* (SEL)²¹ integram as aprendizagens num contexto relacional de apoio. Estes Projetos tornam as escolas desafiadoras, envolventes e significativas, traduzindo-se, a médio prazo, em indicadores sociais e de saúde positivos: criam climas de aprendizagem amigáveis, influenciam crianças e jovens para o sentido de pertença à escola, diminuem o envolvimento em comportamentos de risco e aumentam o sucesso na escola e na vida.

Nos Projetos SEL, o papel dos/as profissionais de saúde e de educação é o de assegurar as condições de saúde física e mental que permitam às crianças e jovens a aquisição de competências e o *empowerment*, no sentido do bem-estar e do sucesso académico e pessoal.

A Saúde Escolar, ao promover as competências socioemocionais dos alunos, contribui para o desenvolvimento de autoconhecimento, autogestão, consciência social, relações interpessoais e tomada de decisão responsável.

Disponibiliza-se, em anexo, uma ferramenta de apoio ao desenvolvimento de projetos SEL. (Anexo 2: Orientação para o desenvolvimento de Projetos de Promoção de Competências Socioemocionais em Meio Escolar^{ix})

4.1.1.2. Educação para os afetos e a sexualidade

Segundo a OMS, *é uma fonte de energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade, que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual, ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental*, essencial para um desenvolvimento físico e mental harmonioso.

A educação para os afetos e a sexualidade deve envolver a Escola como um Todo – crianças, alunos/as, pais/mães ou encarregados/as de educação, docentes e não docentes – começar no pré-escolar e continuar até ao ensino secundário, contribuir para a tomada de decisões responsáveis na área dos relacionamentos afetivo-sexuais, na redução dos comportamentos sexuais de risco e das suas consequências^x.

Numa perspetiva operacional, a OMS contribui para a melhor compreensão do conceito, redefinindo a sexualidade como *um aspeto central do ser humano ao longo da vida e abrange sexo, identidades e papéis de género, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é experimentada/vivenciada e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis/funções e relacionamentos. Embora a sexualidade possa incluir todas essas dimensões, nem todas são sempre vivenciadas ou expressas. A sexualidade é influenciada pela interação de fatores*

^{ix} Os documentos e recursos CASEL foram devidamente autorizados para serem utilizados, em Portugal, pelo PNSE, por CASEL: *The Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning* a quem agradecemos a cedência desses direitos.

^x Lei n.º 60/2009 de 6 de agosto e Portaria n.º 196-A/2010, de 9 de abril, n.º 2 do art.º 9.º.

biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais^{xi,33}.

A Saúde Escolar apoia a Escola na formação da comunidade educativa, na educação para os afetos e a sexualidade e no estabelecimento de parcerias nos termos das atribuições que lhe são conferidas pela legislação em vigor.

26

4.1.1.3. Alimentação saudável e atividade física

São dois determinantes vitais para a promoção do crescimento e do desenvolvimento saudáveis. As intervenções devem integrar saberes de várias disciplinas e potenciar decisões de consumo alimentar saudável e práticas de atividade física regular desde idades precoces.

O contexto escolar é um meio promissor para a melhoria da literacia em educação alimentar e estilos de vida saudável, como o testemunham as iniciativas das *Schools for Health in Europe (SHE) Network*³⁴. A Escola é um local estratégico para a educação alimentar, pois integra no processo educativo a informação sobre alimentação saudável, ao mesmo tempo que promove uma oferta alimentar equilibrada tanto nos bufetes como nos refeitórios^{35,36}.

O Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS)³⁷ preconiza *a modificação da oferta de determinados alimentos (com elevado teor de açúcar, sal e gordura), controlando o seu fornecimento e vendas nos estabelecimentos de ensino (...), incentiva a maior disponibilidade de outros alimentos como água, frutos ou hortícolas frescos (...), recomendando a toma do pequeno almoço diariamente e o consumo de frutas e hortícolas nas quantidades adequadas (a OMS recomenda 400g de fruta e hortícolas/dia).*

Para as Escolas, o PNPAS disponibiliza uma ferramenta *online*, Sistema de Planeamento e Avaliação de Refeições Escolares (SPARE), que permite *planear ementas adequadas às idades da população de cada escola, calcular o seu valor e equilíbrio nutricional, ter em consideração a variedade semanal e mensal da oferta, assim como avaliar as condições de higiene e segurança de procedimentos e instalações*³⁸.

^{xi}Tradução livre de Elsa Mota, Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil da DGS.

A Escola é, igualmente, um local privilegiado para promover a prática de atividade física na vertente da educação física de âmbito curricular e de desporto escolar, como uma componente essencial do desenvolvimento integral dos/as alunos/as. A OMS recomenda que as crianças e jovens, entre os 5 e os 17 anos, devem acumular, pelo menos, 60 minutos de atividade física, de intensidade moderada a vigorosa, diariamente³⁹. O aproveitamento dos recreios escolares para estimular ações lúdicas e oportunidades de brincar contribui para este objetivo.

A Saúde Escolar, ao trabalhar com a família e com a Escola, apoia a promoção de comportamentos alimentares saudáveis e intervém na alteração do padrão de doença (obesidade, excesso de peso e magreza), disponibilizando respostas adequadas e atempadas. No que se refere à prática efetiva de atividade física, apoia a capacitação da comunidade educativa para a perceção do seu impacto na melhoria da saúde e do bem-estar.

4.1.1.4. Higiene corporal e saúde oral

São fundamentais para a saúde em geral, o bem-estar, a qualidade de vida e a convivência social. A higiene corporal, entendida como o conjunto de cuidados que as pessoas devem ter com o seu corpo, promove a saúde e melhora a autoestima e o bem-estar físico, mental e social.

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) preconiza uma estratégia global de intervenção assente na *promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças orais ao longo de todo o ciclo de vida, em particular nos ambientes onde as crianças vivem e estudam*, e recomenda a realização da escovagem dos dentes, pelo menos, duas vezes por dia, devendo uma delas ser feita no Jardim de Infância e nas Escolas do 1.º Ciclo do Ensino Básico⁴⁰.

A **Saúde Escolar** contribui para a melhoria dos conhecimentos e comportamentos sobre saúde oral, incentiva a escovagem dos dentes desde o Jardim de Infância e cria condições para melhorar a acessibilidade a cuidados dentários de crianças e jovens que deles necessitem. As Equipas de Saúde Escolar contribuem para melhorar as competências dos/as profissionais de educação e dos/as pais/mães sobre higiene corporal e saúde oral.

4.1.1.5. Hábitos de sono e repouso

28

Constituem o ritmo biológico base da espécie humana e são fundamentais para uma boa saúde e qualidade de vida, com especial significado em crianças e jovens. É importante conhecer as práticas de sono recomendadas⁴¹ (3 a 5 anos: 12h, 10 anos: 10h, adolescentes: 8-9h) e a consequência da falta de repouso a nível dos comportamentos, das aprendizagens e do desenvolvimento das crianças, mas também do seu impacto no desempenho parental, consubstanciado em fadiga e perturbação do humor.

As perturbações primárias do sono podem ser devidas a alterações da quantidade ou qualidade de sono (dissónias), ou a eventos comportamentais ou fisiológicos anormais associados ao sono (parassónias), como terrores noturnos, pesadelos, sonambulismo, entre outros. As perturbações do sono têm consequências cognitivas e no equilíbrio metabólico de crianças e jovens.

A **Saúde Escolar** colabora com a Escola na melhoria da literacia sobre os hábitos de sono e repouso e promove a sua adequação ao longo da escolaridade.

4.1.1.6. Educação postural

É um dos fatores que influenciam as condições de saúde musculoesqueléticas ao longo da vida. No plano preventivo e educacional torna-se necessária uma intervenção sistemática que possibilite a promoção de hábitos posturais corretos.

A intervenção da Escola e da Saúde consiste em promover a educação postural (postura sentada e modo de transporte da mochila), adequação das características do mobiliário escolar às atividades da vida diária e às fases de crescimento e desenvolvimento de crianças e jovens, enquanto fatores responsáveis pela aquisição ou agravamento de problemas de saúde.

A **Saúde Escolar** contribui para melhorar conhecimentos de anatomia, biomecânica e fisiopatologia da coluna e fornece orientações ergonómicas e posturais para as atividades da vida diária, reforçando os fatores de proteção.

4.1.1.7.**Prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância**

A prevenção destes consumos, em meio escolar, tem maior efetividade quando a abordagem é global, envolve a comunidade educativa como um todo, promove relações positivas e um clima de escola favorável⁴². Os fatores de risco e de proteção, de natureza biológica, psicológica e social, internos ou externos aos indivíduos, atravessam os vários domínios da vida e aumentam ou reduzem o potencial de consumo de substâncias psicoativas^{xii} e de comportamentos aditivos.

Por isso, é fundamental priorizar intervenções com caráter de continuidade, pedagogicamente adequadas ao nível de ensino e baseadas na evidência científica. A prevenção do consumo de álcool, tabaco e substâncias psicoativas está integrada no Currículo do EBS e, para além da identificação dos riscos, é crucial debater as suas causas e consequências⁴³.

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo (PNPCT) contempla um eixo de intervenção que visa *prevenir a iniciação do consumo de tabaco nos jovens* em contexto escolar através de projetos que valorizem *a aquisição de conhecimentos e o reforço de competências, para uma adequada autogestão da saúde, pelas crianças e jovens*. Do mesmo modo, *tão ou mais importante que trabalhar com os próprios jovens, é trabalhar com os contextos sociais e ambientais em que estes crescem e aprendem, em especial com os pais, com a escola e com a restante comunidade educativa*^{xiii}.

Por comportamentos aditivos sem substância (jogo, internet e outros) entende-se *toda a conduta repetitiva que produz prazer e alívio tensional, sobretudo nas suas primeiras etapas, e que leva a uma perda de controlo da mesma, perturbando severamente a vida quotidiana, a nível familiar, laboral ou social, que pode acentuar-se no tempo e conduzir a uma dependência*^{xiv}.

As crianças e jovens levam cada vez mais uma vida 'digital', em que grande parte dos seus comportamentos, opções de escolha, redes sociais, lazer e entretenimento é acedido

^{xii} Listagem das substâncias psicoativas. Ver (SICAD) <http://www.sicad.pt/PT/Cidadao/SubstanciasPsicoativas/Paginas/default.aspx>

^{xiii} Informação da DGS, n.º 007/2013 de 3 de julho.

^{xiv} Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD). Área da Prevenção.

eletronicamente. A boa utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) pode ser uma oportunidade para inovar e capacitar a comunidade educativa, mas o inverso torna-os mais expostos a adições, provocações (*cyber-bullying*), intimidações e assédio e eventuais consequências, imprevisíveis, de um 'rasto digital' que pode ser explorado indevidamente⁴⁴.

Os **consumos de performance**⁴⁵ integram um grupo de substâncias que, pelo seu carácter legal, fazem parte dos consumos quotidianos e são vistos, por muitos, como produtos isentos de risco. Numa sociedade medicalizada, a utilização de fármacos, por um número crescente de jovens, para fins que não os terapêuticos, designadamente, esteroides anabolizantes para aumentar a massa muscular e melhorar a imagem corporal e produtos naturais (estimulantes e calmantes, suplementos e outros) para aumentar a capacidade de concentração, emagrecer/engordar, descontraír e acalmar, suscita cada vez mais preocupação.

A **Saúde Escolar** deve estar atenta a todos estes consumos no contexto escolar, sensibilizar a comunidade educativa para importância da prevenção e da identificação dos efeitos imediatos, a médio e a longo prazo das adições e dependências, das consequências a nível físico, psicológico, familiar e social e do seu impacto no rendimento escolar.

Numa perspetiva de melhoria de competências para lidar com o risco, a Saúde Escolar deve trabalhar em parceria, a influência dos pares, a vulnerabilidade e a resiliência, mas também a vinculação familiar, escolar e social.

A nível regional, a Saúde Escolar deve articular-se com as Equipas de Coordenação Regional do PNPCT no desenvolvimento de projetos de prevenção do consumo de tabaco. Com os Serviços Regionais de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD), deve apoiar projetos de intervenção no âmbito da prevenção do consumo de substâncias psicoativas em contexto escolar⁴⁶.

4.1.2. Objetivos operacionais

31

No âmbito do objetivo geral 01 do PNSE, foram definidos os objetivos operacionais^{xv} constantes da Tabela 2, a que correspondem estratégias de intervenção da Saúde Escolar para o quinquénio 2015-2020.

Tabela 2

OG	Objetivos operacionais	Estratégias de intervenção 2015-2020
01. Promover estilos de vida saudável e elevar o nível de literacia para a saúde da comunidade educativa	01.1 Implementar o PNSE 2015 nos AE.	a) Formalizar parcerias, a todos os níveis, para a implementação do PNSE 2015;
	01.2 Aumentar o número AE com PNSE 2015 que desenvolvem Projetos PES.	b) Em conjunto com a Educação: • Incentivar o desenvolvimento de Projetos de PES, segundo uma metodologia de trabalho por projeto; • Apoiar os Projetos PES, dando especial relevo aos de continuidade (do Jardim de Infância até ao final do E. Secundário); • Realizar o diagnóstico do nível de literacia para a saúde da comunidade educativa e dos estilos de vida dos/as alunos/as. (<i>website</i>)
	01.3 Aumentar o nível de literacia para a saúde da comunidade educativa ^{xvi} .	c) Realizar ações de educação para a saúde integradas em Projetos PES, tendo em consideração o diagnóstico do nível de literacia para a saúde, os determinantes da saúde, os comportamentos e as prioridades da comunidade educativa;
	01.4 Aumentar a percentagem de crianças /alunos/as que referem ter adotado um estilo de vida mais saudável ^{xvii} .	d) Produzir materiais informativos de incentivo à adoção de estilos de vida saudável e de melhoria da literacia para a saúde, com utilização das TIC e outras;
	01.5 Aumentar a percentagem de jovens que referem nunca ter consumido substâncias psicoativas ^{xviii} .	e) Dinamizar e apoiar atividades promotoras de um estilo de vida mais saudável; f) Envolver os <i>media</i> na divulgação de iniciativas de promoção de estilos de vida saudável; g) Prevenir as dependências e promover a cessação do consumo de substâncias psicoativas; h) Manter o Microsite da Saúde Escolar, na página web da DGS, permanentemente atualizado.

^{xv} Quantificados na Tabela 7, em Avaliação do PNSE | 2015, Indicadores do Programa, pág. 57

^{xvi} Nos seguintes determinantes da saúde: (1) saúde mental e competências socioemocionais, (2) educação para os afetos e a sexualidade, (3) alimentação saudável e atividade física, (4) higiene corporal e saúde oral, (5) hábitos de sono e repouso, (6) educação postural, (7) prevenção do consumo de tabaco, (8) prevenção do consumo de bebidas alcoólicas, (9) prevenção do consumo de substâncias psicoativas ilícitas, (10) prevenção de consumos de performance, (11) prevenção de comportamentos aditivos sem substância.

^{xvii} Nas seguintes áreas: (1) alimentação saudável, (2) prática de atividade física, (3) higiene oral, (4) hábitos de sono, (5) relações sexuais protegidas.

^{xviii} Nos seguintes consumos: (1) tabaco, (2) bebidas alcoólicas, (3) substâncias psicoativas ilícitas.

4.2. Ambiente Escolar e Saúde

A proteção do ambiente e a prevenção da doença resultante dos riscos ambientais, em especial em crianças e jovens, constituem dois dos maiores desafios que se colocam à Saúde Pública e à Saúde Escolar⁴⁷.

A OMS lidera, desde 1989, o processo “Ambiente e Saúde”. Em várias Convenções e Conferências Internacionais manifestou a sua preocupação e alertou para a necessidade dos países terem políticas de proteção da saúde das crianças face aos riscos ambientais e para a importância da educação dos/as jovens para o desenvolvimento de uma consciência ambiental.

A 5ª Conferência Interministerial “Ambiente e Saúde”, sob o lema “*Protecting children’s health in a changing environment*”, contribuiu para identificar, à luz da evidência científica atual, os riscos ambientais com maior impacto na saúde de crianças e jovens e destacou a necessidade de as/os envolver ativamente nestes processos.

A Escola, local onde as crianças passam muitas horas, pode conter ameaças para a saúde relacionadas com o ambiente e o espaço envolvente. Por vezes, essas ameaças podem ser facilmente eliminadas. Outras vezes, a sua eliminação ou minimização é mais complexa, necessitando de estudos aprofundados ou mesmo de intervenções estruturais.

No espaço escolar e peri-escolar, são frequentemente detetados riscos ambientais suscetíveis de causar danos na saúde da comunidade escolar. Os riscos ambientais estão relacionados com a sua natureza e intensidade, vulnerabilidade da população escolar e tempo de exposição, entre outros.

Por todas estas razões, as entidades com responsabilidade nos setores da Educação, Saúde, Ambiente e Autárquico têm vindo a legislar e a emanar normas e recomendações que visam a eliminação ou a minimização dos riscos potenciais para a saúde com origem no ambiente escolar, tais como:

A **qualidade do ar interior e exterior** tem um impacto crescente na saúde humana. A má qualidade é um fator de risco da maior importância para as principais doenças não transmissíveis. Nas crianças, tem um peso elevado nas doenças respiratórias, em especial na asma, uma doença crónica que afeta 11-12% de jovens em Portugal. A má qualidade do

ar interior, associada à sobrelotação da sala de aula, repercute-se na saúde, na qualidade de vida e nas aprendizagens.

33

A legislação em vigor sobre a qualidade do ar⁴⁸ destina-se, também, às escolas, decorrendo da sua aplicação a promoção de condições de saúde e bem-estar de toda a comunidade escolar.

A **qualidade da água** de consumo humano, de zonas balneares e de recreio, pelo risco que envolve, obedece a requisitos legais sobre parâmetros físicos, químicos e microbiológicos que visam proteger a saúde, principalmente a da população mais vulnerável. O cumprimento destes requisitos, a divulgação dos resultados em matéria de qualidade e a sua utilização apropriada são cruciais.

Manter e preservar a boa qualidade da água é essencial para fomentar a sua ingestão ao longo do dia e, em particular, quando a atividade física aumenta⁴⁹.

O **ruído** ou poluição sonora é, segundo a OMS e a Comissão Europeia, muito mais do que um incómodo, uma preocupação de saúde pública. Prejudica a concentração, cria dificuldades de comunicação, causa perturbações do sono, transtornos cognitivos e deficiências auditivas.

A legislação em vigor sobre o ruído estabelece critérios de exposição máxima admissível nas zonas peri-escolares, cujo controlo é imperioso a bem da saúde da população escolar⁵⁰.

Por outro lado, a má utilização de leitores de música portáteis com auriculares e auscultadores constitui, também, um risco para a saúde auditiva de crianças e jovens, pelo que se torna necessário sensibilizá-las/os para os problemas daí decorrentes e capacitá-las/os para a redução do volume de som escutado e do período de tempo de utilização. Sons continuados acima de 85-90 decibéis podem causar lesões auditivas irreversíveis.

O **calor e o frio em excesso** têm sido também apontados como fatores de risco para a saúde e o bem-estar, conduzindo à dificuldade de concentração e à diminuição do desempenho escolar.

Deste modo, torna-se necessário a utilização de materiais e equipamentos apropriados e a aplicação das recomendações e Planos de Contingência para Temperaturas Extremas Adversas, com especificidades para creches e escolas, divulgados pela Direção-Geral da Saúde (DGS).

Os **materiais e produtos potencialmente perigosos**, como radão, asbestos, chumbo, assim como produtos químicos tóxicos, se utilizados na construção, na limpeza diária e na higienização dos espaços escolares, podem provocar mal-estar ou doença. Para todos estes materiais e produtos existe legislação e normas técnicas que devem ser incorporadas e aplicadas nas políticas escolares.

O **sistema de recolha de resíduos**, bem como os programas de desinfestação, quando inconvenientemente assegurados, podem comprometer o ambiente e a saúde, pelo que as entidades com responsabilidade nesta área devem assegurar o cumprimento da legislação, contribuindo para promover a sustentabilidade ambiental da Escola⁵¹.

O esforço comum para a eliminação ou minimização dos riscos no ambiente escolar e peri-escolar passa, ainda, pela alteração dos padrões de comportamentos e pela implementação de políticas de Ambiente e Saúde mais saudáveis, nomeadamente a nível da promoção de transportes sustentáveis e de espaços escolares seguros.

Os **transportes sustentáveis** implicam uma mudança do paradigma da mobilidade e das políticas de circulação. A massificação do uso do automóvel causou um aumento da poluição do ar e uma redução da atividade física, comprometendo a saúde humana e o ambiente. A promoção de modos de transporte suaves nas políticas de mobilidade escolar, em cooperação com outros Planos e Programas de outros setores, ajuda a garantir que as questões de saúde sejam neles considerados.

Uma articulação funcional entre a escola, a rede de transportes públicos sustentáveis (ciclovias com estacionamento de bicicletas, andar a pé e de transportes públicos) e o acesso a equipamentos de desporto e espaços verdes, estimula o convívio intergeracional e a mobilidade segura.

Os **espaços escolares** construídos de acordo com as normas legais vigentes, que favoreçam níveis adequados de conforto ambiental (qualidade do ar e da água, temperatura, luminosidade e boas condições acústicas), promovem a sustentabilidade e reduzem o risco de doenças.

A **Saúde Escolar** pode ajudar na identificação dos riscos ambientais, propor medidas de melhoria do ambiente, do espaço e das estruturas escolares e participar na resolução dos riscos ambientais com impacto negativo na saúde, em particular na dos grupos mais vulneráveis.

4.2.1. Áreas de intervenção

No âmbito do eixo estratégico “ambiente escolar e saúde” são desenvolvidas as seguintes áreas de intervenção:

1. Desenvolvimento sustentável;
2. Ambiente escolar seguro e saudável;
3. Avaliação dos riscos ambientais para a saúde;
4. Prevenção dos acidentes e primeiros socorros.

4.2.1.1. Desenvolvimento sustentável

É, segundo o Relatório Brundtland^{xix}, um modelo que *responde às necessidades do presente sem comprometer a capacidade das gerações futuras darem resposta às suas próprias necessidades*.

A saúde é, simultaneamente, uma condição prévia, um resultado e um indicador de todas as dimensões do desenvolvimento sustentável, numa sociedade bem-sucedida, inclusiva, justa, democrática e, no século XXI, coerente com o nosso compromisso coletivo em relação aos direitos humanos, ao ambiente e à saúde^{52,53,54,55,56}.

Na escola, a educação para a sustentabilidade está integrada num contexto mais alargado da educação para a cidadania e surge, naturalmente, no desenvolvimento dos currículos escolares. Para além do reconhecimento do ambiente como uma fonte de riscos potenciais, é de valorizar o potencial de promoção da saúde e da qualidade de vida que o mesmo representa. A compreensão e a valorização da relação entre a saúde e o meio ambiente requerem uma visão de futuro e uma intervenção ativa de crianças e jovens.

Educar para o ambiente e a sustentabilidade, numa perspetiva de *mais e melhor saúde*, implica preparar as crianças e jovens para compreender que as desigualdades sociais e económicas estão associadas ao aumento da incidência de doenças não transmissíveis e tem relações complexas no ambiente físico.

^{xix} Gro Harlem Brundtland. *Our Common Future*. (O Nosso Futuro Comum), relatório publicado em 1987.

No âmbito das políticas de Ambiente e Saúde (AS), os/as jovens reclamam o direito à participação em todas as estruturas e comités, pelo que devem ser envolvidos nos projetos da escola, do planeamento à sua implementação^{57,58,59}. Tudo isto exige ação pedagógica, atitudes individuais e coletivas informadas, responsáveis e coerentes, mas também grande envolvimento da comunidade.

As aprendizagens escolares sobre desenvolvimento sustentável, ambiente, saúde e segurança podem contribuir, em muito, para a boa saúde⁶⁰.

A **Saúde Escolar** deve alertar para os riscos ambientais e contribuir para a prevenção dos problemas de saúde com origem no ambiente. Em articulação com a Escola, deve integrar Projetos, como o Eco-Escolas ou outros, que estimulem a participação cívica e associativa dos/as alunos/as.

4.2.1.2. Ambiente escolar seguro e saudável

É aquela que protege os estudantes e restante comunidade escolar contra perigos imediatos ou doença e promove atividades de prevenção e atitudes contra fatores de risco conhecidos que poderão levar a doença futura ou incapacidade^{xx}.

Dispor de um ambiente escolar seguro e saudável para viver, crescer, brincar e aprender influencia o crescimento e o desenvolvimento individual e reforça a prática de uma mobilidade mais ativa e um estilo de vida mais saudável.

Preservar a qualidade dos espaços físicos, a acessibilidade, a higiene e a segurança são condições básicas que influenciam a saúde e o bem-estar da comunidade educativa. Tão importante quanto o ambiente físico da escola é o seu ambiente social que a torna acolhedora, confortável e atraente para todos os seus membros.

A segurança das instalações e dos equipamentos escolares são da competência dos órgãos de gestão da escola e da autarquia. As ações que promovam um comportamento coletivo de segurança são mais efetivas quando integradas no Projeto Educativo da Escola (PEE)⁶¹.

^{xx} Academia Americana de Pediatria (tradução livre)

A **segurança rodoviária** no ambiente peri-escolar e no percurso casa-escola e vice-versa é decisiva para a prevenção dos acidentes. Conhecer as boas práticas de segurança rodoviária melhora *atitudes que passam, necessariamente, pela tomada de consciência das situações vivenciadas em ambiente rodoviário e pela adoção de comportamentos seguros*⁶².

A promoção de uma cultura de segurança começa cedo na vida, cabendo à família, à escola e às entidades parceiras um papel crucial no processo de aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de capacidades que visem a formação de crianças e jovens, enquanto passageiros, peões e condutores.

A **mobilidade sustentável e segura** são condições emergentes da promoção de uma nova cultura de saúde. Promover o andar a pé, de bicicleta ou de transporte público contribui para o crescimento mais saudável de crianças e jovens, estimulando as suas capacidades cognitivas e a sua autonomia.

Os modos suaves/ativos^{xxi} são indutores de um ambiente urbano despoluído, de uma maior vivência e fruição dos espaços públicos, da promoção e desenvolvimento das relações interpessoais, pelo que são a chave desta nova cultura. Promover o “andar a pé”, nas deslocações quotidianas de crianças e jovens, e valorizar o uso da bicicleta é *contribuir para a sustentabilidade e eficiência económica, ambiental e social*⁶³ e para hábitos de vida saudável.

A **Saúde Escolar** apoia e fomenta uma mobilidade sustentável, desenvolvendo projetos próprios ou integrando projetos dinamizados pela Escola, pela Sociedade Civil, pelas Autarquias e pelas Forças de Segurança no âmbito da Escola Segura, que contribuam para a mobilidade e a melhoria da segurança rodoviária no ambiente peri-escolar.

^{xxi} Modos de mobilidade suave são “entendidos como os meios de deslocação e transporte de velocidade reduzida, ocupando pouco espaço e com pouco impacto na via pública e sem emissões de gases para a atmosfera, como a simples pedonalidade ou a deslocação com recurso a bicicletas, patins, skates, trotinetas ou quaisquer outros similares, encarados como uma mais-valia económica, social, ambiental e alternativa real ao automóvel” in Plano de Promoção da Bicicleta e dos Modos Suaves.

4.2.1.3. Avaliação dos riscos ambientais para a saúde

38

É uma atividade que envolve uma análise das condições das estruturas da escola (edifício, recinto, espaço de jogo e recreio e zona de alimentação coletiva), do meio envolvente (segurança, salubridade, articulação funcional) e da qualidade do ambiente escolar (ar, água, ruído e químicos).

A avaliação e a intervenção são uma responsabilidade partilhada. Aos órgãos de gestão das Escolas e às entidades autárquicas, responsáveis pelas infraestruturas escolar e rodoviária, cabe gerir adequadamente os riscos e modificar os fatores ambientais que são, em grande parte, corrigíveis ou elimináveis.

A **Saúde Escolar**, em parceria com a Saúde Pública e as entidades gestoras dos estabelecimentos escolares, contribui para a avaliação dos riscos e a redução dos perigos do ambiente escolar, tendo em conta o seu impacto na saúde da comunidade escolar.

Disponibiliza-se, em anexo, uma ferramenta de apoio à avaliação dos riscos do ambiente escolar com potencial impacto na saúde, que, sempre que se verifiquem, deve descrever as medidas necessárias para a sua eliminação ou minimização. (Anexo 3: Avaliação dos riscos do ambiente escolar para a saúde)

4.2.1.4. Prevenção dos acidentes e primeiros socorros

O risco existe sempre, e a Escola deve estar preparada para lidar com ele. Prevenir os acidentes e saber como atuar são condições básicas para salvar vidas.

Quando os acidentes ocorrem, os primeiros socorros são o *tratamento inicial e temporário ministrado a acidentado e/ou vítima de doença súbita, num esforço de preservar a vida, diminuir a incapacidade e minorar o sofrimento. Consiste, conforme a situação, na proteção de feridas, imobilização de fraturas, controlo de hemorragias externas, desobstrução das vias respiratórias e realização de manobras de Suporte Básico de Vida (SBV).*⁶⁴

A legislação sobre o seguro escolar⁶⁵ constitui um sistema de proteção destinado a garantir a cobertura dos danos resultantes do acidente escolar descrito como um evento ocorrido no local e tempo de atividade escolar que provoque ao aluno lesão, doença ou morte. Funciona em complementarmente aos apoios assegurados pelos sistemas, subsistemas e seguros de proteção social e de saúde de que o aluno seja beneficiário (...). Em determinadas condições, os acidentes ocorridos no percurso habitual entre a residência e o estabelecimento de educação e ensino, ou vice-versa (...) estão abrangidos pela legislação do seguro escolar.

As emergências médicas com crianças e jovens são frequentes⁶⁶. O importante é garantir a sequência de passos da cadeia de sobrevivência: examinar a vítima e zelar pela sua segurança, dar o alerta e prestar os primeiros cuidados. Estes passos não substituem nem devem atrasar a ativação dos serviços de emergência médica, mas podem impedir ações intempestivas que agravem a lesão.

Qualquer pessoa pode e deve ter formação em primeiros socorros. A Saúde Escolar deve promover a aquisição de competências básicas necessárias ao socorro imediato, enquanto ato de cidadania.

É importante que a Escola, perante um acontecimento inesperado e/ou traumático que ameça a vida e/ou a segurança, disponha de um local próprio para prestação de primeiros socorros e que a maioria dos/as profissionais de educação possua formação em SBV⁶⁷.

A formação a alunos/as entre os 10 e 13 anos, durante quatro anos, a quem foi feita reciclagem anual, demonstrou que a partir dos 10 anos são capazes de aprender e de aplicar técnicas de SBV. Esta formação precoce reduz a ansiedade sobre os possíveis erros e aumenta a disponibilidade para ajudar⁶⁸.

A **Saúde Escolar** apoia a Escola na promoção da segurança e na prevenção dos acidentes escolares e peri-escolares, na gestão do risco e na monitorização dos acidente e/ou doença súbita. No que se refere à prestação de primeiros socorros e SBV pode capacitar alunos/as e profissionais de educação para intervirem em situações de emergência.

Disponibiliza-se, em anexo, uma ferramenta de apoio à monitorização dos acidentes escolares e peri-escolares. (Anexo 4: Monitorização dos acidentes escolares e peri-escolares)

4.2.2. Objetivos operacionais

40

No âmbito do objetivo geral 02 do PNSE | 2015, foram definidos os objetivos operacionais^{xxii} constantes da tabela 3, a que correspondem estratégias de intervenção da Saúde Escolar para o quinquénio 2015-2020.

Tabela 3

OG	Objetivos operacionais		Estratégias de intervenção 2015-2020
02. Contribuir para a melhoria da qualidade do ambiente escolar e para a minimização dos riscos para a saúde.	02.1	Aumentar a participação dos/as jovens em projetos que promovam a saúde, a segurança e a sustentabilidade ambiental.	a) Realizar o diagnóstico do nível de literacia para a saúde sobre AS da comunidade educativa; (<i>website</i>) b) Melhorar a informação sobre AS da comunidade educativa; c) Em conjunto com a Educação: • Incentivar o desenvolvimento de Projetos de educação para o ambiente e saúde; • Apoiar Projetos de educação para a segurança rodoviária e a mobilidade segura e sustentável; • Incentivar a participação dos/as jovens nos projetos escolares de educação para o ambiente, a saúde, a segurança e a mobilidade.
	02.2.	Reduzir os riscos do ambiente escolar e peri-escolar com potencial impacto na saúde.	d) Em conjunto com os Serviços de Saúde Pública, o órgão de Gestão da Escola ou o Delegado para a Segurança, entre outros: • Realizar a avaliação dos riscos do ambiente escolar; • Apoiar as entidades gestoras do parque escolar para a minimização ou eliminação dos riscos do ambiente escolar que possam comprometer a saúde da comunidade educativa. e) Monitorizar os acidentes e doenças relacionados com o espaço escolar, o meio envolvente e a qualidade ambiental; f) Divulgar as recomendações sobre temperaturas extremas adversas (calor e frio), sempre que as alterações climáticas o exijam; g) Participar nos Planos de Segurança da Escola e nos simulacros; h) Articular as ações de formação em primeiros socorros com as entidades responsáveis pelo socorro; i) Promover a segurança de crianças e jovens no transporte coletivo, nas visitas de estudo e nas deslocações de carro de e para a escola; j) Produzir materiais informativos sobre Ambiente e Saúde, utilizando as TIC e outras.
	02.3.	Reduzir os acidentes escolares e peri-escolares e minimizar as suas consequências.	
	02.4.	Aumentar a utilização de modos de transporte suaves/ativos nas deslocações diárias.	

^{xxii} Quantificados na Tabela 7, em Avaliação do PNSE | 2015, Indicadores do Programa, pág. 57

4.3. Condições de saúde

Ao longo do ciclo de vida escolar existem condições de saúde que podem comprometer as aprendizagens dos/as alunos/as. A Saúde Escolar tem tido uma intervenção de complementaridade na melhoria dos indicadores de saúde de crianças e jovens.

Às Equipas de Saúde Familiar cabe a prestação de cuidados de saúde personalizados dirigidos a crianças e jovens. Às Equipas de Saúde Escolar compete colaborar na localização, sinalização e encaminhamento das que não cumprem a vigilância de saúde e a vacinação e apoiar as que tenham necessidades de saúde especiais, agilizando a referenciação entre profissionais de saúde, em articulação com a família e a escola.

Atualmente, sem prejuízo de continuar a colaborar na verificação do estado vacinal, sempre que se justifique, e a contribuir para a melhoria da saúde individual, a intervenção da Saúde Escolar é, cada vez mais, a de gerir o processo de adaptação da criança à escola e promover a sua autonomia.

A Escola é o local de trabalho de muitos grupos profissionais. Um bom ambiente físico e social promove o equilíbrio e o bem-estar. Mas os riscos psicossociais, o stress inerentes à profissão docente são determinantes do desenvolvimento de mal-estar e de doenças. Melhorar a saúde e o bem-estar de docentes e não docentes implica zelar pela promoção de ambientes escolares seguros e saudáveis e recomendar a vigilância da sua saúde, por serviços de saúde ocupacional disponibilizados pela entidade empregadora.

4.3.1. Áreas de intervenção

A melhoria das condições de saúde da comunidade educativa compreendem as seguintes áreas de intervenção:

1. Saúde de crianças e jovens;
2. Necessidades de saúde especiais;
3. Saúde de docentes e não docentes.

4.3.1.1. Saúde de crianças e jovens

42

No que se refere ao seu crescimento e desenvolvimento individual, a saúde é avaliada regularmente nas intervenções previstas no Programa Nacional da Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ). As condições de saúde de crianças e jovens que podem comprometer o bem-estar devem ser detetadas precocemente e acompanhadas no contexto dos serviços de saúde.

No que se refere à vacinação da população infantil e juvenil foram conseguidos grandes progressos no âmbito do Programa Nacional de Vacinação (PNV)⁶⁹. No entanto, a introdução de novas vacinas e a monitorização das que já estão consolidadas são determinantes para a manutenção da imunidade de grupo em contexto escolar e a redução da mortalidade e da morbilidade por doenças evitáveis pela vacinação.

Sempre que a Saúde Escolar tenha conhecimento de crianças e jovens que não cumprem o PNSIJ e o PNV deve promover o seu encaminhamento para a Unidade de Saúde da sua área geográfica.

Em relação a situações de risco ou mesmo de maus tratos que comprometem a saúde de crianças e jovens, ameaçam a sua segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo, é indispensável uma colaboração estreita entre serviços ou níveis de cuidados. Nas crianças existem alguns sinais de alerta que não podem ser descurados: perturbações da relação, da comunicação, da ansiedade, perturbações emocionais e do comportamento (tristeza, fadiga, agressividade) ou do comportamento alimentar, dificuldade/insucesso escolar, manifestações somáticas, perturbações psicóticas e abuso de substâncias psicoativas nos adolescentes⁷⁰.

Na Escola, as práticas pedagógicas centradas no desenvolvimento do pleno potencial de cada aluno promovem uma educação inclusiva, o respeito e a participação de todos num ambiente de aprendizagem comum, independentemente das dificuldades e das diferenças.

A Educação e a Saúde, em articulação com a família, devem identificar as necessidades especiais de cada criança, sinalizá-la, proporcionar-lhe apoio continuado e promover a articulação entre todos os intervenientes no processo de aprendizagem, prevenindo precocemente os fenómenos de estigmatização ou mesmo de exclusão.

A **Saúde Escolar** desenvolve, sempre que solicitada, atividades que melhorem a efetividade da vigilância de saúde e da vacinação, colaborando com as Equipas de Saúde Familiar e de vacinação e, perante crianças e jovens com necessidades de saúde especiais, suspeita ou vítimas de maus tratos, articula com os serviços de saúde a família e a escola.

4.3.1.2. **Necessidades de Saúde Especiais (NSE)**

Definem-se como, *as que resultam de problemas de saúde com impacto na funcionalidade e necessidade de intervenção em meio escolar, como sejam, irregularidade ou necessidade de condições especiais na frequência escolar e impacto negativo no processo de aprendizagem ou no desenvolvimento individual*^{xxiii}.

As alterações das funções ou estruturas do corpo (ex: doença crónica, deficiência, perturbações do desenvolvimento, perturbações emocionais e do comportamento, entre outras), que têm impacto no desempenho escolar, necessitam de identificação e remoção de barreiras a vários níveis: aprendizagem, atitudes, comunicação, relacionamento interpessoal e social, autonomia, espaço físico e meio socioeconómico.

Na Escola, é crucial identificar a existência de fatores ambientais ‘facilitadores’ (entendidos como fatores que influenciam positivamente a realização de atividades escolares) ou ‘barreira’ (entendidos como fatores que impedem ou limitam a participação da criança na vida escolar) que interferem com as aprendizagens escolares.

A **intervenção precoce na infância** é dirigida às crianças até aos 6 anos de idade com alterações ou em risco de apresentar alterações nas estruturas ou funções do corpo, tendo em conta o seu normal desenvolvimento. Consiste num *conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da ação social*⁷¹. À Saúde compete assegurar a deteção, sinalização e acionamento do processo e o encaminhamento de crianças e jovens para consultas ou centros de desenvolvimento, para efeitos de diagnóstico, orientação especializada, entre outros.

^{xxiii} Conceito construído pelo grupo de peritos, no âmbito do desenvolvimento do quadro conceptual do PNSE|2015.

Contribuir para uma resposta adequada às NSE, mais do que um desígnio da Saúde Escolar, é um movimento em prol dos Direitos das Crianças, da aceitação da diferença, da promoção de atitudes de respeito, do reconhecimento do valor e do mérito pessoal⁷².

A identificação das condições, das necessidades e das medidas de saúde a implementar é baseada na Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, (CIF), da OMS. À Saúde cabe proporcionar intervenções *promotoras do bem-estar físico, psicológico e social, tais como, serviços de promoção da saúde e de prevenção de doenças, cuidados primários, cuidados em situações agudas, serviços de reabilitação e de cuidados prolongados, entre outros*⁷³.

O processo de “referenciação ↔ avaliação ↔ intervenção ↔ monitorização dos progressos e eventual revisão das medidas de saúde” deve ser operacionalizado através de um plano de saúde individual.

A **referenciação**, à Equipa de Saúde Escolar, de crianças e jovens que necessitem de qualquer tipo de intervenção no contexto escolar envolve a articulação com Equipa de Saúde Familiar e pode ser iniciada:

- Pelos Serviços de Saúde (qualquer unidade funcional do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), Unidade Local de Saúde (ULS), Hospital), através do/a médico/a de família/assistente, do/a enfermeiro/a de saúde infantil e juvenil/de família, de outro/a profissional de saúde, incluindo da Saúde Mental da Infância e Adolescência (SMIA);
- Pela Escola, pelo/a pai/mãe ou encarregado/a de educação ou por IPSS com intervenção na área da criança ou jovem com deficiência;

No âmbito da Intervenção Precoce, a Equipa de Saúde Escolar referencia as crianças e jovens para a Equipa Local de Intervenção (ELI) e vice-versa.

A **avaliação da funcionalidade** deverá ser feita por uma equipa multidisciplinar da Escola, que integre a Saúde e o/a pai/mãe ou encarregado/a de educação. Esta avaliação tem por base as condições de saúde da criança ou jovem e o seu impacto nas atividades e na participação escolar, tendo como referência o que é esperado para o grupo etário. O resultado da avaliação da funcionalidade deve corresponder a um consenso entre a equipa.

O **Plano de Saúde Individual (PSI)**, concebido para cada criança ou jovem com NSE, avalia o impacto das condições de saúde na funcionalidade (atividades e participação) e identifica as medidas de saúde a implementar (necessidades de saúde, medidas terapêuticas e de

reabilitação, entre outras) para melhorar o seu desempenho escolar, tendo em conta os fatores ambientais, facilitadores ou barreira, do contexto escolar.

45

A **Saúde Escolar** elabora o PSI, em articulação com os recursos dos serviços de saúde, tendo em conta as condições de saúde da criança ou jovem e os fatores facilitadores e/ou barreira do contexto escolar, envolvendo um elemento do estabelecimento de educação e ensino e o/a pai/mãe ou encarregado/a de educação.

Disponibiliza-se, em anexo, um documento tipo de apoio à elaboração do PSI. (Anexo 5: Referenciação Saúde Infantil – Saúde Escolar | Plano de Saúde Individual)

4.3.1.3. Saúde de docentes e não docentes

É uma responsabilidade individual, social e, em contexto escolar, do órgão de gestão da Escola⁷⁴, devendo incluir a preocupação com a saúde e os riscos ocupacionais acrescidos para os diferentes grupos profissionais^{75,76}.

Na década de 80, a Organização Internacional do Trabalho considerava “a profissão docente como uma profissão de risco físico e mental”⁷⁷. Nas últimas décadas, tem-se verificado um aumento dos problemas de saúde associados a riscos psicossociais dos diferentes grupos profissionais (docentes, não docentes e técnicos/as das mais diversas áreas), com repercussões a nível do absentismo, rotatividade, produtividade e esgotamento emocional e físico^{78,79}.

Numa perspetiva holística da saúde, o bem-estar destes grupos profissionais é da maior importância para se inverter esta tendência.

A **Saúde Escolar**, em articulação com o Programa Nacional de Saúde Ocupacional, deve promover uma cultura ativa e saudável no local de trabalho e incentivar a constituição de Serviços de Saúde Ocupacional dos Agrupamentos de Escolas (AE).

4.3.2. Objetivos operacionais

46

No âmbito do objetivo geral 03 do PNSE|2015, foram definidos os objetivos operacionais^{xxiv} constantes da tabela 4, a que correspondem estratégias de intervenção da Saúde Escolar para o quinquénio 2015-2020.

Tabela 4

OG	Objetivos operacionais	Estratégias de intervenção 2015-2020
03. Promover a saúde, prevenir a doença na comunidade educativa e reduzir o impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar dos/as alunos/as	03.1 Aumentar o cumprimento do PNSIJ e do PNV de crianças e jovens que frequentam a escola.	a) Colaborar com as Equipas de Saúde Familiar na localização, na rede escolar, de crianças e jovens referenciadas/os por incumprimento do PNSIJ, sensibilizá-las/os e encaminhá-las/os para aquelas Equipas; b) Colaborar no cumprimento da vacina VASPR2 no final do 2.º ano do 1.º Ciclo do Ensino Básico (CEB);
	03.2 Aumentar a percentagem de crianças e jovens com intervenção personalizada das/os referenciadas/os à Saúde Escolar, por NSE ou maus tratos.	c) Promover a avaliação da funcionalidade de crianças e jovens com problemas de saúde que possam comprometer o bem-estar e as aprendizagens; d) Elaborar, em articulação com os recursos dos serviços de saúde, o PSI de crianças e jovens com NSE referenciados à Equipa de Saúde Escolar; e) Integrar as recomendações de Saúde no Programa Educativo Individual (PEI) ou outro similar e coadjuvar a Escola no processo de avaliação e intervenção; f) Sinalizar, para os Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), os/as alunos/as com suspeita ou vítimas de maus tratos identificados/as na escola e acompanhar a sua evolução;
	03.3 Aumentar a percentagem de AE abrangidos por atividades de promoção da segurança e saúde no trabalho.	g) Realizar ações de formação ao pessoal docente e não docente para apoio a crianças e jovens com NSE; h) Sensibilizar os AE para a obrigatoriedade da organização de serviços de saúde e segurança do trabalho; i) Divulgar boas práticas sobre redução dos riscos associados à docência e a outras atividades escolares que melhorem a qualidade de vida dos/as profissionais de educação.

^{xxiv} Quantificados na Tabela 7, em Avaliação do PNSE|2015, Indicadores do Programa, pág. 57

4.4.**Qualidade e Inovação**

47

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

Neste processo de melhoria da qualidade da intervenção da Saúde Escolar, a divulgação de normas e orientações técnicas emitidas pela DGS, como instrumentos orientadores das práticas, concorrem para uma intervenção normalizada em meio escolar.

No entanto, inovar no domínio da Saúde Escolar significa, também, reformular os processos de aceder à comunidade educativa, à formação de profissionais, à partilha da informação de saúde e à atualização do conhecimento.

As novas tecnologias e os dispositivos móveis oferecem um conjunto de funcionalidades que podem potenciar ganhos de eficiência no diagnóstico, na intervenção e na promoção de comportamentos saudáveis.

Através das TIC, as Equipas de Saúde Escolar podem criar comunidades educativas virtuais de profissionais de saúde e de educação, pais/mães ou encarregados/as de educação e alunos/as, para partilha de informação de saúde, alertas, formação, entre outras. Esta transformação da informação de saúde em produtos e serviços, facilmente acessíveis a comunidades virtuais de utilizadores, melhora a literacia, a qualidade de vida e impulsiona o desenvolvimento pessoal e social.

A criatividade das Equipas na implementação do Programa, na forma como ultrapassam obstáculos, divulgam boas práticas e se organizam com a comunidade educativa para promover a saúde, com recurso ou não às novas tecnologias, contribui para uma intervenção mais vigorosa e dinâmica em torno da Saúde Escolar.

A **Saúde Escolar**, através do uso das TIC, agiliza o diagnóstico da literacia para a saúde da comunidade educativa e, no *Website* da DGS, utiliza o Microsite 'Saúde Escolar' para divulgar os documentos de apoio ao PNSE, boas práticas, formação, projetos inovadores, entre outros.

A qualidade e a inovação andam frequentemente juntas e, quando produzem resultados, devem dar aos protagonistas o devido reconhecimento. É o que se pretende quando se estabelecem critérios para avaliar o progresso na implementação do PNSE|2015 pelos ACES. Estes critérios, definidos em três níveis, correspondem à consecução dos objetivos do Programa (tabela 5) avaliados através dos seus indicadores.

Tabela 5

Indicadores		Nível 1: Prata	Nível 2: Ouro	Nível 3: Platina
Processo	Gestão (Total: 5 indicadores)	2	3	≥4
	Cobertura (Total: 6 indicadores)	2-3	4	≥5
Resultados	Outcomes: (Total: 15 indicadores)	6-8	9-11	≥12
	Outputs (Total: 13 indicadores)	5-7	8-9	≥10

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

O envolvimento da comunidade na saúde escolar deve ser reconhecido e valorizado. Pessoas que, voluntariamente, se disponibilizem para colaborar na intervenção das Equipas de Saúde Escolar, que sejam exemplos de proatividade na promoção da saúde e que possuam capacidade de resolução de problemas, podem ser identificadas como “Embaixadoras da Saúde Escolar”.

4.5.

Formação e investigação em Saúde Escolar

No âmbito do PNSE|2015, a intervenção é iminentemente intersetorial e interdisciplinar. O Programa foca tópicos de saúde e de educação, áreas sociais e ambientais, metodologias de planeamento e avaliação que exigem dos/as profissionais de saúde formação inicial e contínua para desenvolver e atualizar a sua formação de base, mas, também, para responder a novas necessidades ou exigências do contexto escolar.

Por isso, quem o implementa deve ter oportunidades formativas que lhe permita: desenvolver competências para trabalhar em parceria, dialogar, negociar e resolver dissonâncias, desconstruir mitos, reformular crenças e construir valores e motivação para

a adoção de comportamentos saudáveis, gerir emoções, conflitos, tomada de decisão, comportamentos de risco e situações de doença.

49

A **formação intersetorial conjunta da Saúde/Educação** tem um percurso de sucesso que deve ser incentivado e apoiado. Na área da promoção e educação para a saúde destacam-se: metodologia de trabalho por projeto, linhas orientadoras e referenciais sobre diversos tópicos de saúde.

No âmbito do PNSE|2015, existe um enorme potencial de qualificação de profissionais de saúde e de educação e de normalização colaborativa em áreas de preocupação comum, nas quais os dois setores podem e devem realizar ações de formação conjuntas, incluindo, sempre que possível, pais/mães ou encarregados/as de educação e alunos/as. A produção de orientações e recomendações, em conjunto, contribuem para melhorar a eficácia das intervenções.

A **qualificação** adquirida através de um processo contínuo de aprendizagem ao longo da vida promove o aperfeiçoamento profissional. A formação complementar visa aprofundar conhecimentos e desenvolver capacidades práticas e atitudes, no âmbito da atividade exercida⁸⁰. Por isso, a qualificação dos/as profissionais de Saúde Escolar, para além da que detêm, deve ser, também, dirigida para o exercício de funções de planeamento, organização, aplicação de métodos e processos de natureza técnica e científica, com autonomia e responsabilidade.

A **investigação** deve ter sempre subjacente os objetivos do PNSE|2015. Numa perspetiva global, a investigação consiste em aplicar os diversos métodos e os diferentes tipos de pesquisa aos objetivos do Programa, tendo em conta os determinantes sociais, económicos, educacionais, relacionais e ambientais que influenciam os estilos de vida de crianças e jovens em contexto escolar.

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

No âmbito do PNSE|2015, pretende-se apoiar a investigação, seja ela proposta pelas Instituições da Saúde, pela Escola ou por Instituições de Ensino Superior, desde que promova a melhoria do conhecimento científico e contribua para a qualidade, inovação e progresso em saúde escolar.

O apoio à investigação em saúde escolar tem o nobre objetivo de contribuir para identificar a melhor evidência científica, aplicando-a em soluções que funcionam e em mudanças desejáveis.

A crescente diversificação e sofisticação das tecnologias têm um valor acrescido na cadeia de investigação, reduzindo custos e recursos e melhorando acessos, processos, partilha de informação e comunicação, sendo, em termos de futuro, uma aposta. Neste âmbito, a DGS pode divulgar linhas de investigação e com os seus parceiros disponibilizar instrumentos de pesquisa, quando solicitados, podendo constituir-se como consultora para a investigação em saúde escolar.

4.6. Parcerias

A Saúde em Todas as Políticas é uma estratégia de *abordagem intersectorial baseada na evidência de que as ações e políticas de outros setores têm repercussões, positivas ou negativas, na saúde e na equidade*¹⁸. É indispensável para reforçar as intervenções dirigidas aos determinantes sociais da saúde.

O envolvimento de parcerias e o alinhamento das políticas dos diversos setores são fundamentais na potencialização da resposta global às necessidades para a obtenção de mais ganhos em saúde da comunidade educativa.

A Educação, assume-se como o principal parceiro da Saúde para a promoção da saúde e a prevenção de comportamentos de risco, influenciando o ambiente e a política escolar e introduzindo, transversalmente, em cada nível de educação e ensino, conteúdos de saúde no currículo. Outras entidades, como Autarquias, Setor Privado e Terceiro Setor, pelo reforço das intervenções dirigidas aos grandes determinantes sociais da saúde, são parceiras bem-vindas, seja a nível nacional, regional ou local.

O exemplo recente do reconhecimento da importância das parcerias foi reiterado, a nível nacional, com a assinatura de um Protocolo de Colaboração entre a Direção-Geral da Educação (MEC) e a Direção-Geral da Saúde (MS), em cujo objeto ambas as partes se comprometem a *colaborar a nível técnico, científico, pedagógico e logístico, no sentido de promover a Educação para a Saúde, desenvolver projetos de promoção de estilos de vida saudáveis assentes no desenvolvimento de competências sociais e emocionais, em todos os níveis de educação e ensino*.

4.6.1. Objetivos operacionais

51

No âmbito do objetivo geral 04 do PNSE | 2015, foram definidos os objetivos operacionais^{xxv} constantes da tabela 6, a que correspondem estratégias de intervenção da Saúde Escolar para o quinquénio 2015-2020.

Tabela 6

OG	Objetivos operacionais		Estratégias de intervenção 2015-2020
04. Estabelecer parcerias para a qualificação profissional, a investigação e a inovação em promoção e educação para a saúde em meio escolar.	04.1	Aumentar o número de instituições científicas parceiras com potencial de formação e investigação em saúde escolar.	a) Formalizar parcerias com instituições científicas (universidades, institutos politécnicos e sociedades científicas) para a formação e a investigação em saúde escolar; b) Identificar as necessidades de formação de profissionais de saúde, em especial dos/as que exercem saúde escolar;
	04.2	Aumentar a formação dos/as profissionais de saúde no âmbito do PNSE 2015.	c) Delinear um plano de formação, em articulação com as Administrações Regionais de Saúde (ARS) para responder às necessidades identificadas; d) Construir Orientações Técnicas (OT) de apoio à intervenção das Equipas de Saúde Escolar e divulgá-los; e) Apoiar projetos inovadores desenvolvidos por instituições públicas e privadas, Organizações Não Governamentais (ONG) e Instituições Privadas de Solidariedade Social (IPSS) que acrescentem valor à intervenção da Saúde Escolar;
	04.3	Aumentar a investigação em saúde escolar.	f) Apoiar a investigação seja ela proposta por universidades, institutos politécnicos e sociedades científicas ou outros que contribua para os objetivos do PNSE 2015; g) Fomentar, apoiar e coorientar trabalhos de investigação em saúde escolar, no âmbito da formação pós-graduada; h) Estabelecer uma parceria para a criação de um sistema de monitorização da qualidade do ambiente escolar e dos acidentes, numa coorte de escolas.

^{xxv} Quantificados na Tabela 7, em Avaliação do PNSE | 2015, Indicadores do Programa, pág. 57.

5. Organização e estrutura organizativa

52

Tendo em conta a estrutura organizativa do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e os objetivos do PNSE|2015, o modelo de governação que melhor se adapta à sua gestão assenta na criação de uma rede nacional de coordenação, implementação e avaliação do Programa, constituída:

1. A nível nacional, por uma coordenação e uma equipa técnica da DGS;
2. A nível regional, por responsável do PNSE da ARS e respetiva equipa técnica;
3. A nível local, por gestor/a do PNSE da USP e respetivas Equipas de Saúde Escolar multidisciplinares^{xxvi,xxvii}.

5.1. Organização a nível nacional

A nível nacional, o PNSE|2015 é gerido pelo/a Coordenador/a do Programa designado/a pelo Diretor-Geral da Saúde e por uma equipa técnica da DGS. A Coordenação do Programa é coadjuvada por responsáveis do PNSE|2015, em cada ARS. Esta estrutura tem funções de coordenação, normalização, implementação, avaliação e consultadoria técnica, com vista à maximização dos ganhos em saúde da comunidade educativa e à integração dos diversos setores da sociedade que a podem influenciar. É composta pelos seguintes órgãos:

- a. **Coordenação nacional**, com competências para:
 - i. Acompanhar, monitorizar e avaliar o PNSE|2015;
 - ii. Elaborar Normas de orientação das atividades de promoção da saúde e prevenção da doença em meio escolar;
 - iii. Integrar as ações dos diversos programas de saúde, prioritários ou não, nas intervenções da Saúde Escolar;
 - iv. Promover a investigação em saúde escolar;
 - v. Produzir e divulgar informação de referência e boas práticas em saúde escolar;
 - vi. Elaborar um plano de formação em saúde escolar e promoção da saúde.

^{xxvi} Decreto Lei n.º 81/2009, de 02 de Abril.

^{xxvii} DL n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro e alínea b) do n.º4 do Artigo 9.º do Despacho n.º 10143/2009.

b. Conselho Executivo:

- i. É constituído pelo/a Coordenador/a do PNSE|2015, por Responsáveis de Saúde Escolar de todas as ARS e por representante da DGE;
- ii. Reúne, pelo menos, duas vezes por ano, para validação de estratégias, planeamento, implementação e monitorização de ações, avaliação e divulgação de boas práticas.

c. Grupo de Peritos:

- i. É constituído por Responsáveis Regionais e por elementos propostos, de entre profissionais com conhecimento e experiência em matéria de saúde escolar, de qualquer unidade funcional ou serviço de saúde;
- ii. Tem funções de participação na elaboração de Normas e Orientações técnicas sobre saúde escolar e matérias afins, constituindo uma bolsa de consultores e/ou de formadores em matérias específicas;
- iii. Reúne, sempre que necessário, para a elaboração e/ou discussão de Normas e Orientações, a emitir pela DGS.

d. Conselho Consultivo:

- i. É constituído por representantes da administração pública e da sociedade civil, nomeadamente de ordens profissionais da área da saúde, educação física e desporto, nutrição, psicologia, de sociedades científicas, de instituições académicas e por representantes de organizações não-governamentais, associações (ex. de Municípios, de Consumidores) e outras;
- ii. Reúne, pelo menos, uma vez por ano, para apreciar a implementação do PNSE|2015, podendo essa apreciação ser efetuada em sede de reunião ou por recurso às TIC.

Os Programas Nacionais da DGS, prioritários ou não, e os Programas Regionais das ARS sempre que pretendam propor projetos de intervenção ou de investigação, a desenvolver em contexto escolar, devem incorporá-los no PNSE. A conceção das ações e a sua implementação devem ser desenvolvidas através do Programa e contribuir para os seus objetivos. Os projetos propostos no âmbito da saúde escolar só poderão ser desenvolvidos se os proponentes garantirem alocação de recursos para a sua implementação.

As propostas de projetos ou de colaboração devem ter em conta o ciclo de planeamento em saúde escolar (ano letivo), ficando salvaguardada a participação na definição de estratégias de intervenção e na elaboração de materiais didáticos e pedagógicos.

5.2. Organização a nível regional

54

Em cada ARS, a gestão do PNSE|2015 é da responsabilidade do Departamento de Saúde Pública (DSP). O Conselho Diretivo da ARS designa o/a Responsável Regional do Programa, sob proposta do/a Diretor/a do DSP.

O/A Responsável Regional do Programa deve propor a nomeação de uma equipa técnica, constituída por profissionais com conhecimento e experiência na área, com um mínimo de trinta e duas horas semanais (32h) para toda a equipa. Cada elemento da equipa regional deverá ter, no mínimo, oito horas semanais.

5.3. Organização a nível local

Os ACES/ULS, no cumprimento da sua missão, desenvolvem, entre outras, *atividades de promoção da saúde e prevenção da doença*^{xxviii}.

Este é o âmbito de intervenção do PNSE|2015 que, no quadro legal vigente, se insere nas competências atribuídas à Unidade de Saúde Pública (USP) para *gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos*^{xxix} e, aos serviços de natureza operativa de saúde pública *gerir programas e projetos nas áreas de defesa, proteção e promoção da saúde da população, no quadro dos planos nacionais de saúde ou dos respetivos programas ou planos regionais ou locais de saúde, nomeadamente (...), saúde escolar (...)*^{xxx}.

É da maior importância que o PNSE|2015 integre o Plano de Atividades anual e plurianual dos ACES/ULS. Só assim ficará garantido o desenvolvimento do Programa de forma continuada e a cooperação entre as várias unidades funcionais⁸¹.

A constituição de Equipas de Saúde Escolar, em número e diversidade de profissionais, dedicadas exclusivamente a esta área, ou não, é fundamental para o desenvolvimento de

^{xxviii} Decreto Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, art.º 3.º, n.º 2, republicado no Anexo I do Decreto Lei n.º 137/2013, de 7 de outubro.

^{xxix} Decreto Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, art.º 12.º, n.º 1, republicado no Anexo I do Decreto Lei n.º 137/2013, de 7 de outubro.

^{xxx} Decreto Lei n.º 81/2009, de 2 de abril, art.º 3.º, n.º 1, alínea e) republicado no Anexo II do Decreto Lei n.º 137/2013, de 7 de outubro.

ações que respondam às necessidades dos AE e Escolas não Agrupadas, podendo ser usada como referência: 30 horas/semana, por cada grupo de 2500 alunos/as.

Assim, ao nível dos ACES/ULS, o modelo de organização da Saúde Escolar pressupõe:

- a. A gestão do PNSE | 2015 por profissional da USP, proposto pelo/a Coordenador/a ao/à Diretor/a Executivo/a do ACES/Presidente do Conselho de Administração da ULS, com competência para:
- i. Elaborar, em articulação com as outras unidades funcionais, o Plano de Ação da Saúde Escolar do ACES/ULS, tendo em conta o perfil de saúde da população escolar, as necessidades identificadas e os recursos atribuídos para o desenvolvimento do Programa;
 - ii. Mobilizar os profissionais de saúde das diversas unidades funcionais, mas também *stakeholders* da comunidade, em torno de respostas céleres e de colaboração com a Escola;
 - iii. Monitorizar e avaliar o Plano de Ação de Saúde Escolar do ACES/ULS e garantir a funcionalidade do sistema e circuitos de informação, bem como a necessária articulação com as outras unidades funcionais da sua área geodemográfica.
- b. A operacionalização do Plano de Ação da Saúde Escolar do ACES/ULS compete às Equipas de Saúde Escolar, multiprofissionais e multidisciplinares, em intercooperação com todas as unidades funcionais e tendo em conta o Regulamento da Organização e Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade^{xxxii}.

A participação da comunidade pode ser exercida através do Conselho da Comunidade que, para além de acompanhar a execução do Plano de Atividades do ACES/ULS, que inclui o Plano de Ação da Saúde Escolar, pode propor áreas temáticas a trabalhar em parceria.

A parceria entre a Saúde e a Educação continua a ser vital a todos os níveis, sendo facilitadora desta articulação a existência de interlocutor/a da(s) Equipa(s) de Saúde Escolar do ACES/ULS com os/as professores/as Coordenadores/as PES dos AE e Escolas não Agrupadas, para o desenvolvimento dos Projetos PES, em conjunto e de forma integrada.

Nos AE, o Projeto Educativo ao consagrar os princípios e os valores da promoção e educação para a saúde no seu Plano de Atividades (anual e plurianual) desde a educação pré-escolar ao final do ensino secundário, contribui para a execução do PNSE|2015.

^{xxxii} Despacho 10143/2009, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 74 de 16 de abril.

6. Avaliação do PNSE | 2015

56

A monitorização e a avaliação do PNSE|2015, como processo de acompanhamento e análise aprofundada do seu impacto na mudança de comportamentos de saúde da comunidade educativa, utiliza um *set* de 43 indicadores, constantes da Tabela 7, que visam responder aos objetivos do Programa e aferir em que medida as intervenções estão de acordo com o planeado e os resultados obtidos correspondem ao esperado.

Para cada indicador quantificam-se as metas para 2016 e para 2020.

O sistema de informação do Programa avalia o “processo”, em termos de gestão, e os “resultados” no que se refere a *outputs e outcomes*.

Os Valores de Referência (VR) citados reportam-se ao apuramento de dados da DGEEC no ano letivo 2012/2013, dos/as alunos/as, docentes e não docentes dos Estabelecimentos de Educação e Ensino (EEE), público e privado, do Continente⁵.

No que se refere aos estilos de vida, os VR baseiam-se nos resultados do Estudo HBSC/OMS 2014, aplicado a alunos/as dos 6.º, 8.º e 10.º anos de escolaridade, numa amostra de jovens entre os 11 e os 15 anos de idade⁸².

Na senda de um Quadro de Avaliação em Saúde Escolar, disponibiliza-se, em anexo, um documento de apoio à construção dos indicadores, cuja matriz faz parte integrante do Programa. (Anexo 6: Documento de Apoio ao PNSE|2015: Matriz dos indicadores de avaliação do PNSE e fonte de dados).

Indicadores de avaliação

Tabela 7

OG	Objetivos operacionais	Indicadores	Metas	
			2016	2020
O1. Promover estilos de vida saudável e elevar o nível de literacia para a saúde da comunidade educativa	01.1 Implementar o PNSE nos AE	1. Percentagem de AE abrangidas pelo PNSE. (VR: 811 AE+36 Escolas n/AE)	70%	80%
		2. Percentagem de EEE abrangidos pelo PNSE, segundo o nível de Educação e Ensino (EE). (VR: 9.400 EEE)	70%	80%
		3. Percentagem de crianças/alunos/as abrangidos pelo PNSE, segundo o nível de EE. (VR: 1.600.000 crianças/alunos/as)	50%	70%
		4. Percentagem de docentes abrangidos pelo PNSE, segundo o nível de EE. (VR: 136.000 docentes)	50%	60%
		5. Percentagem de não docentes abrangidos pelo PNSE, segundo o nível de EE. (VR: 73.000 não docentes)	50%	60%
	01.2 Aumentar o número AE com PNSE que desenvolvem Projetos PES.	6. Percentagem de AE abrangidos pelo PNSE que desenvolvem Projetos PES, segundo o nível de EE. (VR: 400 PAPES)	50%	60%
		7. Percentagem de EEE abrangidos pelo PNSE que desenvolvem Projetos PES, segundo o nível de EE.	20%	40%
	01.3 Aumentar o nível de literacia para a saúde da comunidade educativa ^{xxxii} .	8. Percentagem de crianças/alunos/as, dos EEE abrangidos pelo PNSE alvo de ações de educação para a saúde (EpS) integradas em Projetos PES, segundo o nível de EE	50%	50%
		9. Percentagem de docentes dos EEE abrangidos pelo PNSE alvo de ações de EpS integradas em Projetos PES segundo o nível de EE.	50%	60%
		10. Percentagem de não docentes dos EEE abrangidos pelo PNSE alvo de ações de EpS integradas em Projetos PES.	50%	60%
		11. Percentagem de crianças/alunos/as, cujos/as pais/mães, encarregados/as de educação dos EEE abrangidos pelo PNSE foram alvo de ações de EpS integradas em Projetos PES segundo o nível de EE.	5%	10%

^{xxxii} Nos seguintes determinantes da saúde: (1) saúde mental e competências socioemocionais, (2) educação para os afetos e a sexualidade, (3) alimentação saudável e atividade física, (4) higiene corporal e saúde oral, (5) hábitos de sono e repouso, (6) educação postural, (7) prevenção do consumo de tabaco, (8) prev. consumo de bebidas alcoólicas, (9) prev. consumo de substâncias psicoativas ilícitas, (10) prev. consumos de performance, (11) prev. comportamentos aditivos sem substância.

Cont. da Tabela 7

OG	Objetivos operacionais		Indicadores	Metas	
				2016	2020
O1. Promover estilos de vida saudável e elevar o nível de literacia para a saúde da comunidade educativa			12. Percentagem de alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE com um nível de literacia para a saúde excelente no 5.º, 7.º, 10.º e 12.º anos do Ensino Básico e Secundário (EBS)*.	5%	10%
			13. Percentagem de docentes dos EEE abrangidos pelo PNSE com um nível de literacia para a saúde excelente*.	15%	20%
			14. Percentagem de não docentes dos EEE abrangidos pelo PNSE com um nível de literacia para a saúde excelente*.	8%	10%
			15. Percentagem de alunos/as, cujos/as pais/mães, encarregados/as de educação dos EEE, abrangidos pelo PNSE, com um nível de literacia para a saúde excelente*.	8%	10%
	01.4	Aumentar a percentagem de crianças/alunos/as que referem adotar um estilo de vida mais saudável ^{xxxiii} .	16. Percentagem de alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, com Projeto PES, que referem tomar o pequeno-almoço, diariamente, no 5.º, 7.º, 10.º e 12.º anos do EBS*.	80%	90%
			17. Percentagem de alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, com Projeto PES, que referem consumir frutas e vegetais, diariamente, no 5.º, 7.º, 10.º e 12.º anos do EBS*.	35%	50%
			18. Percentagem de alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, com Projeto PES, que referem praticar atividade física, diariamente, no 5.º, 7.º, 10.º e 12.º anos do EBS*.	15%	25%
			19. Percentagem de crianças/alunos/as dos EEE da E. pré-escolar (PE) e no 1.º CEB, abrangidos pelo PNSE que escovam os dentes na escola.	PE=50% 1.ºCEB=40%	PE=75% 1.ºCEB=65%
			20. Percentagem de alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, com Projeto PES, que referem ter um período de sono adequado à idade no 5.º, 7.º e 10.º e 12.º anos do EBS*.	35%	40%

^{xxxiii} Nas seguintes áreas: (1)alimentação saudável, (2)prática de atividade física, (3)higiene oral, (4)hábitos de sono, (5)relações sexuais protegidas.

Cont. da Tabela 7

OG	Objetivos operacionais		Indicadores	Metas	
				2016	2020
O1. Promover estilos de vida saudável e elevar o nível de literacia para a saúde da comunidade educativa	01.5	Aumentar a percentagem de jovens que referem nunca ter consumido substâncias psicoativas ^{xxxiv} .	21. Percentagem de alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, com Projeto PES, que referem atividade sexual protegida no 10.º e 12.º anos do Ensino Secundário (ES)*.	70%	80%
			22. Percentagem de alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, com Projeto PES, que referem nunca ter consumido tabaco no 7.º, 10.º e 12.º anos do EBS*.	80%	81%
			23. Percentagem de alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, com Projeto PES, que referem nunca ter consumido bebidas alcoólicas no 7.º, 10.º e 12.º anos do EBS*.	60%	61%
			24. Percentagem de alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, com Projeto PES, que referem nunca ter consumido substâncias psicoativas no 7.º, 10.º e 12.º anos do EBS*.	90%	91%
O2. Contribuir para a melhoria da qualidade do ambiente escolar e para a minimização dos riscos para a saúde	02.1	Aumentar a participação de jovens em projetos que promovam saúde, a segurança e a sustentabilidade ambiental.	25. Percentagem de EEE abrangidos pelo PNSE com projetos de Educação para o Ambiente e a Saúde (AS)	10%	20%
			26. Percentagem de EEE abrangidos pelo PNSE com Projetos de Educação para a Segurança Rodoviária e a Mobilidade Sustentável (SReMS)	20%	40%
			27. Percentagem de alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE que referem estar envolvidos/as em Projetos AS, no 5.º, 7.º, 10.º e 12.º anos do EBS*.	20%	40%
			28. Percentagem de alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, que referem estar envolvidos/as em Projetos SReMS, no 5.º, 7.º, 10.º e 12.º anos do EBS*.	20%	40%
	02.2	Reduzir os riscos do ambiente escolar e peri-escolar com potencial impacto na saúde.	29. Percentagem de EEE abrangidos pelo PNSE que foram alvo de avaliação do risco para a saúde no ambiente escolar. (<i>Inclui espaço escolar, meio envolvente e qualidade ambiental</i>)	70%	90%

^{xxxiv} Nos seguintes consumos: (1) tabaco, (2) bebidas alcoólicas, (3) substâncias psicoativas ilícitas.

Cont. da Tabela 7

OG	Objetivos operacionais		Indicadores	Metas	
				2016	2020
			30. Percentagem de EEE abrangidos pelo PNSE com baixo risco para a saúde no ambiente escolar e peri-escolar.	10%	15%
02. Contribuir para a melhoria da qualidade do ambiente escolar e para a minimização dos riscos para a saúde	02.3	Reduzir os acidentes escolares e peri-escolares e minimizar as suas consequências.	31. Percentagem de crianças/alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, vítimas de acidente no ambiente escolar e peri-escolar, segundo o nível de EE.	10%	5%
			32. Percentagem de docentes dos EEE abrangidos pelo PNSE com formação em primeiros socorros/SBV, segundo o nível de EE.	10%	20%
			33. Percentagem de não docentes dos EEE abrangidos pelo PNSE com formação em primeiros socorros/SBV.	10%	20%
	02.4	Aumentar a utilização de modos de transporte suaves nas deslocações diárias.	34. Percentagem de alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, que referem utilizar modos de transporte suaves nas deslocações diárias no 5.º, 7.º, 10.º e 12.º anos do EBS*.	5%	10%
03. Promover a saúde, prevenir a doença da comunidade educativa e reduzir o impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar dos/as alunos/as	03.1	Aumentar o cumprimento do PNSIJ e do PNV de crianças e jovens que frequentam a escola.	35. Percentagem de crianças/alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, sinalizadas/os à SE para cumprimento da vigilância da saúde, segundo o nível de EE.	75%	80%
			36. Percentagem de alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, sinalizados/as à SE para cumprimento da VASPR2 no final do 2.º ano do 1.º CEB. (VASPR2: o cumprimento desta vacina pode ser verificado no SINUS).	95%	98%
	03.2	Aumentar a percentagem de crianças e jovens com intervenção personalizada, referenciadas/os à Saúde Escolar, por NSE ou maus tratos,.	37. Percentagem de crianças/alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, com PSI referenciadas/os por NSE, segundo o nível de EE.	75%	90%
			38. Percentagem de crianças/alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE sinalizadas/os para os NACJR por situações de maus tratos, segundo o nível de EE.	90%	95%

Cont. da Tabela 7

OG	Objetivos operacionais		Indicadores	Metas	
				2016	2020
	03.3	Aumentar a percentagem de AE abrangidos por atividades de promoção da segurança e saúde no trabalho.	39. Percentagem de AE abrangidos pelo PNSE com atividades de sensibilização para a organização de serviços de saúde e segurança do trabalho.	1%	5%
04. Estabelecer parcerias para a qualificação profissional, a investigação e a inovação em promoção e educação para a saúde em meio escolar	04.1	Aumentar o número de Instituições Científicas parceiras com potencial de formação e investigação em saúde escolar.	40. Número de Protocolos com Instituições Científicas para apoio à formação e à investigação em Saúde Escolar.	1	3
	04.2	Aumentar a formação dos/as profissionais de saúde no âmbito do PNSE.	41. Percentagem de Equipas de Saúde Escolar em que pelo menos um elemento da equipa tem formação (em serviço ou não) sobre saúde escolar.	25%	50%
			42. Número de Orientações Técnicas (OT) produzidas sobre intervenções na escola.	1	3
	04.3	Aumentar a investigação em saúde escolar.	43. Número de Projetos de Investigação & Desenvolvimento realizados no âmbito da saúde escolar.	1	3

*Indicador construído a partir das respostas ao Questionário de avaliação do Nível de literacia para a saúde e dos estilos de vida auto referidos pelos respondentes.

III

GLOSSÁRIO DE TERMOS

62

Atividade física – compreende qualquer movimento corporal produzido pela contração muscular que resulte num gasto energético acima do nível de repouso. As crianças e os adolescentes, dos 6 aos 17 anos, devem acumular diariamente (prática intermitente com breves períodos de pausa ou recuperação) 60 minutos (1 hora) de atividade física de intensidade pelo menos moderada, dos quais 20 a 30 minutos devem ser de atividade vigorosa, como correr, subir e descer, saltar, complementada com jogos, atividades ou exercícios que solicitem o sistema musculoesquelético para melhoria da força muscular, da flexibilidade e da resistência óssea ao nível do tronco e dos membros superiores e inferiores, 2 a 3 vezes por semana⁸³.

Atividade Física Moderada – Numa escala absoluta, intensidade de 3,0 a 5,9 vezes superior à atividade no estado de repouso. Numa escala adaptada à capacidade individual de cada pessoa, a atividade física moderada pode corresponder a uma pontuação de 5 a 6 pontos, numa escala de 0 a 10⁸⁴.

Atividade Física Vigorosa – Numa escala absoluta, intensidade 6,0 vezes ou mais superior à atividade no estado de repouso para os adultos, e 7,0 ou mais para as crianças e jovens. Numa escala adaptada à capacidade individual de cada pessoa, a atividade física vigorosa pode corresponder a uma pontuação de 7 a 8 pontos, numa escala de 0 a 10.

Capacidade de um profissional de saúde, equipa, organização ou sistema de saúde – “É uma aptidão para desempenhar de forma efetiva, eficiente e sustentável as funções definidas, contribuindo, assim, para a missão, políticas e objetivos estratégicos da equipa, organização e sistema de saúde”²⁵.

Capacitação – Em ligação à promoção da saúde surge para “descrever o processo de desenvolvimento de competências pessoais, sociais e de sistemas para produzirem mudanças positivas, fortalecendo as suas capacidades para resolver problemas com efetividade”²⁵.

Capacitação da Comunidade – “caracteriza-se pelo aumento das competências dos seus grupos para definir, avaliar, analisar e agir sobre as necessidades em educação, saúde e outros campos (...)”²⁵.

Comunidade – São grupos de pessoas que podem ou não ser conectadas espacialmente, mas que partilham interesses comuns, preocupações ou identidades. As Comunidades podem ser de âmbito local, nacional, internacional ou mesmo de natureza global, podendo ter interesses específicos ou gerais^{85,86}.

Comunidade Educativa – Constituída pelos/as “alunos/as, professores/as, educadores/as, pais/mães ou encarregados/as de educação e pessoal não docente”⁸⁷.

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

Efetividade – Medida do grau de concretização dos objetivos ou efeitos previamente definidos, nas condições reais de execução de um projeto no terreno⁸⁸.

Eficácia – Medida do grau de concretização dos objetivos ou efeitos pretendidos de uma dada intervenção ou tecnologia, em condições ideais da sua aplicação⁸⁸.

Eficiência – Medida do grau de concretização dos objetivos ou efeitos pretendidos de uma dada intervenção, tecnologia ou projeto, em função dos recursos gastos (horas de trabalho, unidades monetárias, etc.)⁸⁸.

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

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

Escola Promotora de Saúde – “É um espaço organizado em termos humanos e técnicos, empenhado em proporcionar a aquisição de competências pessoais e sociais que permitam aos indivíduos e aos grupos melhorar a gestão da sua saúde e agir sobre fatores que a influenciam”⁸⁹. Segundo a *School for Health in Europe* (SHE) (2014) é uma ‘escola que implementa planos estruturados e sistematizados para a

promoção da saúde e do bem-estar, o desenvolvimento do capital social dos/as alunos/as, pessoal docente e não docente.

Estratégia – “(...) conjunto de atividades concebidas de forma a serem aplicadas em fases cronologicamente sucessivas para, com base nos recursos disponíveis, se atingir uma determinada finalidade”⁹⁰.

64

Excesso de Peso – De acordo com os critérios da OMS, o excesso de peso (pré-obesidade + obesidade) é definido quando o IMC/idade é igual ou superior a +1 desvio padrão (DP) da mediana da referência equivalente ao Percentil 85, coincidente com o IMC de 25Kg/m² na idade adulta. O ponto de corte para a obesidade é considerado quando o IMC/idade é $\geq +2$ DP (equivalente ao Percentil 97), coincidente aos 19 anos com o IMC = 30Kg/m²⁹¹.

Input – Categoria que, segundo o modelo de *Donabedian*, descreve a estrutura, os conceitos e os meios ou recursos utilizados, para a produção de serviços ou mercadorias. Também se pode designar pela palavra ‘entradas’⁸⁸.

Literacia – “Consiste na capacidade para identificar, compreender, interpretar, criar, comunicar e usar as novas tecnologias, de acordo com os diversos contextos. A Literacia envolve um processo contínuo de aprendizagem que capacita o indivíduo a alcançar os seus objetivos, a desenvolver os seus potenciais e o seu conhecimento, de modo a poder participar de forma completa na sociedade”⁹².

Literacia funcional/básica – “Competências suficientes para ler e escrever, permitindo um funcionamento efetivo nas atividades do dia a dia”²⁵.

Literacia interativa/comunicativa – “Aptidões cognitivas e de literacia mais avançadas que, em conjunto com as aptidões sociais, podem ser usadas para participar nas atividades do dia a dia, para extrair informação e significados a partir de diferentes formas de comunicação e aplicar essa nova informação”⁹³.

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

Literacia para a Saúde – Definida como as “competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para obter acesso,

compreender e utilizar a informação de forma a promover e manter uma boa saúde”⁹⁴.

65

Maus Tratos – Maus tratos em crianças e jovens dizem respeito a qualquer ação ou omissão não accidental, perpetrada por pais/mães, cuidadores/as ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima. Os maus tratos podem apresentar diferentes formas clínicas: negligência (inclui abandono e mendicidade), mau trato físico, mau trato psicológico/emocional e Síndrome de *Munchausen* por procuração⁹⁵.

Modos de Mobilidade Suave – “...entendidos como os meios de deslocação e transporte de velocidade reduzida, ocupando pouco espaço e com pouco impacto na via pública e sem emissão de gases para a atmosfera como a simples pedonalidade ou a deslocação com recurso a bicicletas, patins, *skates*, trotinetas ou quaisquer outros similares, encarados como uma mais-valia económica, social e ambiental, e alternativa real ao automóvel”⁹⁶.

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

Outcome – Categoria que, segundo o modelo de *Donabedian*, descreve o impacto, isto é, a mudança observada na sociedade atribuível ao programa/projeto⁸⁸.

Output – Categoria que, segundo o modelo de *Donabedian*, descreve o(s) produtos imediato(s), também designados por ‘saídas’⁸⁸.

Perigo – conceito que adquire um sentido mais concreto, corresponde à objetivação do risco (de maus tratos)⁹⁵.

Pré-obesidade Infantil – Ocorre quando o percentil do IMC ≥ 85 ⁹⁷.

Promoção da Saúde – “É o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo deve estar apto a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida” (WHO, 1986).

Risco (maus tratos) – conceito mais lato que o de perigo, diz respeito à vulnerabilidade da criança ou jovem vir a sofrer maus tratos⁹⁵.

IV

ANEXOS

Os anexos são documentos de apoio ao PNSE|2015 e dele fazem parte integrante.

Anexo 1: Metodologia de Trabalho por Projeto para Apoio à promoção e Educação para a Saúde na Escola.

Anexo 2: Orientação para o desenvolvimento de Projetos de Promoção de Competências Socioemocionais em Meio Escolar.

Anexo 3: Avaliação dos riscos do ambiente escolar para a saúde.

Formulário *online* disponível em:

<https://docs.google.com/forms/d/1KWjxaRrDedomYiLvPPaAKLqWNoOoDL4w68hoG-SXCy8/viewform>

Anexo 4: Monitorização dos acidentes escolares e peri-escolares.

Formulário *online* disponível em:

https://docs.google.com/forms/d/1mw3z7S_RyHi94U3l9o3P5l2-mRZ_EaqcPnA74HCPhil/viewform

Anexo 5: 5A- Referenciação Saúde Infantil – Saúde Escolar | **5B -** Plano de Saúde Individual.

Formulários *online* disponíveis em:

https://docs.google.com/forms/d/1faqTVXW-RSeDo0uQvt1WDgyUw4LluNwwq6Q9z6SHT6M/viewform?c=0&w=1&usp=mail_form_link

https://docs.google.com/forms/d/1YPq9b-7unLvCAGx88gahB2WB-7Ngrx3qgmXLFOmHAI/viewform?c=0&w=1&usp=mail_form_link

Anexo 6: Matriz dos indicadores de avaliação do PNSE e fonte de dados.

Os Documentos de Apoio ao PNSE|2015 podem ser consultados e descarregados no Website da DGS <http://www.dgs.pt/> e, neste, alojado em 'Saúde de A a Z', no Microsite 'Saúde Escolar'

<http://www.dgs.pt/pagina.aspx?f=1&lws=1&mcna=0&inc=&mid=5005&codigoms=0&codigo no=683368347148AAAAAAAAAAAA>

ANEXO 1

Metodologia de Trabalho por Projeto para

Apoio à Promoção e Educação para a Saúde na Escola

(Adaptado do Manual 'SHE online school manual. 5 steps to a Health promoting school')

68

No âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) da Direção-Geral da Saúde e do Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde (PAPES) da Direção-Geral da Educação, a abordagem holística da promoção da saúde na escola processa-se de acordo com uma metodologia de trabalho que se desenvolve em cinco passos e que compreende o desenho de projetos dirigidos para as necessidades e as prioridades da comunidade educativa.

O modelo dos **cinco passos** da *School for Health in Europe*, (1) como começar, (2) avaliação inicial, (3) planeamento das ações, (4) desenvolvimento das ações, (5) monitorização e avaliação das ações, foi concebido para uniformizar a abordagem, ajudar a organização do processo, comunicar de forma mais eficaz os resultados e progredir nesta caminhada em prol da promoção e educação para a saúde na escola. O processo de construção e manutenção de uma EPS é contínuo e cíclico. Este documento visa ajudar a desenvolver **Projetos de Promoção e Educação para a Saúde na Escola**.

1.º Passo: Como começar - criação de um grupo de trabalho

Localmente, as Escolas e os Centros de Saúde já se conhecem e até já desenvolvem trabalho em conjunto. No entanto, para a conceção de uma EPS é necessário a assunção de um compromisso entre o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES)/Unidade Local de Saúde (ULS) e o Agrupamento de Escolas (AE) /Escolas não Agrupadas.

1. Comece por:
 - a. Identificar o/a Coordenador/a da PES e estabelecer um plano de trabalho com o AE/Escolas não Agrupadas;
 - b. Conhecer e mobilizar os potenciais recursos existentes na comunidade, pelo imperativo de articulação e da sua rentabilização.
2. A Escola e a Equipa de Saúde Escolar identificam um Grupo de Trabalho (GT) e envolvem as entidades parceiras localmente pertinentes e potencialmente interessadas que, de forma relevante, possam ser úteis ao desenvolvimento de um projeto, nomeadamente, Autarquia, Instituições e redes formais ou informais de apoio e solidariedade social, Organizações não-governamentais de cariz diverso.
3. Em conjunto:
 - a. Preencher o documento de composição do GT, confirmando as funções e as responsabilidades de cada um;
 - b. Estabelecer uma agenda de reuniões para o ano letivo, de modo a garantir que os membros do GT possam estar disponíveis para, numa fase regular, trabalhar durante um longo período e, ao mesmo tempo, para prevenir a falta de comunicação.

2.º Passo: Avaliação inicial da Promoção e Educação para a Saúde na Escola

1. Avaliar as políticas e as práticas atuais da escola, a fim de determinar as necessidades e prioridades da comunidade educativa.
2. Utilizar a ferramenta de avaliação rápida da *School for Health in Europe*. Esta ferramenta consiste num Questionário que correlaciona os 6 componentes da abordagem holística da promoção da saúde na escola, mais 1.
3. Identificar, através da resposta ao Questionário, o que escola já faz, as áreas a melhorar e o foco principal do trabalho na promoção e educação para a saúde.

4. Utilizar o Questionário como instrumento de avaliação quando o processo de construção da EPS já está em curso.
5. Discutir o Questionário com o GT e consensualizar as respostas.
6. Cada questão do Questionário tem duas abordagens:
 - (1) Diagnóstico atual: é avaliado numa escala de 3 pontos:
1= não implementado; 2= parcialmente implementado; 3= implementado.
 - (2) Prioridade: é atribuída pela comunidade educativa numa escala de 3 pontos:
1= baixa prioridade; 2= média prioridade; 3= alta prioridade.

Os resultados da avaliação inicial podem ser interpretados fazendo a média da pontuação de cada questão, no que se refere à situação atual e ao nível de prioridade, ou calculando as médias para a situação atual e para o nível de prioridade.

7. Definir prioridades:

O conhecimento das necessidades da comunidade educativa tem plena justificação no domínio da promoção e educação para a saúde, uma vez que as medidas e decisões a tomar devem estar orientadas para a atuação sobre comportamentos que, potencialmente, estejam na base de problemas de saúde.

Após a avaliação inicial da promoção da saúde na escola, comece a pensar nas prioridades, nos desafios e nas abordagens que se pretendem fazer.

Em saúde, na definição de prioridades, utiliza-se com frequência critérios como: magnitude, vulnerabilidade, gravidade, exequibilidade, aceitabilidade, equidade, alinhamento estratégico com o Programa Nacional de Saúde Escolar e custo/efetividade da intervenção.

No contexto de diagnóstico rápido da situação de promoção da saúde na escola, a determinação de prioridades é, essencialmente, um processo de tomada de decisão consensual que explicita a direção a seguir. Assim:

- a. Selecione, preferencialmente, até 5 prioridades e liste-as;
- b. Defina os tempos de início e fim do projeto, bem como o seu grupo-alvo, de modo a facilitar a definição dos objetivos, indicadores e metas.
Exemplo de grupos-alvo:
 - i. Alunos/as, de todas as turmas, de todos os níveis de ensino;
 - ii. Docentes e não docentes do AE ou a Escola X;
 - iii. Pai/mãe, encarregado/a de educação ou associações.
- c. Registe as prioridades, tempos e grupos-alvo.

3.º Passo – Planeamento das ações de promoção e educação para a saúde na escola:

1. Objetivos:

Fornecem uma direção. É o que se pretende modificar tendo em vista a melhoria global da saúde e do bem-estar na escola.

Exemplo de objetivos:

- a. Melhorar, em 2016, o consumo semanal de fruta pelos/as alunos/as do 1.º ciclo da escola X;
- b. Implementar, em 2016, a prática de atividade física moderada, durante 1 hora, diariamente, dos/as alunos/as do 1.º ciclo da escola X.

2. Indicadores:

São instrumentos de medida que nos dão a ideia do caminho escolhido e da distância que falta percorrer para se atingir os objetivos e as metas pretendidas.

Os indicadores permitem monitorizar e avaliar os progressos obtidos e detetar campos de melhoria. São definidos em função dos objetivos e para cada objetivo pode ser construído um ou mais indicadores.

Exemplo de indicadores para os objetivos acima definidos:

- a. Proporção/percentagem de alunos/as do 1.º ciclo da escola X que, em 2016, consumiram, pelo menos, Y peças de fruta por semana
 - i. Numerador - n.º de alunos/as do 1.º ciclo da escola X que, em 2016, consumiram, pelo menos, Y peças de fruta por semana;
 - ii. Denominador - n.º total de alunos/as do 1.º ciclo da escola X.
- b. Proporção/percentagem de alunos/as do 1.º ciclo da escola X que, em 2016, praticaram atividade física moderada, durante 60 minutos, diariamente
 - i. Numerador - n.º de alunos/as do 1.º ciclo da escola X que praticaram, em 2016, atividade física moderada a vigorosa, durante 60 minutos, diariamente;
 - ii. Denominador - n.º total de alunos/as do 1.º ciclo da escola X.

2. Metas:

São objetivos quantificados. Devem ser claras, mensuráveis, realistas, temporalmente limitadas e concordantes com os objetivos.

Exemplo de metas para os objetivos definidos:

- a. Em 2016, 35% dos/as alunos/as do 1.º ciclo da escola X deverão consumir, pelo menos, Y peças de fruta, diariamente;
- b. Em 2016, 15% dos/as alunos/as do 1.º ciclo da escola X deverão praticar atividade física moderada a vigorosa, durante 60 minutos, diariamente.

Indicar em cada prioridade, os objetivos, os indicadores e as metas.

3. Plano de comunicação:

A comunicação é vital em todas as fases do processo de construção de uma Escola Promotora da Saúde (EPS). O sucesso da comunicação verbal ou escrita depende da clareza das mensagens que se pretendem passar, em função da sua finalidade, da capacidade de compreensão e do nível intelectual dos seus destinatários, dos meios de comunicação e dos canais de divulgação mais eficazes.

Nesta medida, todos os componentes da comunicação devem ser claramente definidos, em função dos objetivos a alcançar:

- a. O emissor, as mensagens, os destinatários/recetores (órgãos da escola, parceiros, comunidade educativa), os modos de comunicação (verbal e escrita);
- b. Os meios, os materiais e os canais de comunicação (reuniões, ações de formação, documentos, posters/flyers, jornais, rádio, televisão e internet);
- c. Os recursos humanos e financeiros necessários.

Registe os grupos-alvo (destinatários/recetores) e as finalidades das mensagens, assim como os canais de divulgação a utilizar.

4.º Passo: Desenvolvimento das ações

1. Integrar num plano de trabalho todas as componentes do projeto de EPS.
2. Desenvolver as ações, combinando experiências de aprendizagem que capacitem e reforcem o comportamento voluntário e promovam a saúde dos indivíduos, dos grupos e das comunidades:
 - a. As ações devem ser coerentes com as práticas da escola e orientadas para o desenvolvimento de competências individuais e coletivas;
 - b. As ações devem facilitar a tomada de decisões informadas, autónomas e responsáveis em prol da saúde;
 - c. As ações devem valorizar os restantes determinantes da saúde, como sejam, o meio ambiente e sociocultural, os contextos de vida, as desigualdades e as questões de género;
 - d. As ações devem contribuir para os níveis de saúde individuais e coletivos.
 - e. Incluir no Projeto de promoção da saúde de uma EPS tudo o que foi dito anteriormente, mais a calendarização e o orçamento das ações, o plano de comunicação e a avaliação;
3. Resumir o Projeto e o Plano de Comunicação da EPS.

5.º Passo: Monitorização e Avaliação

1. A avaliação é parte integrante do projeto de EPS e depende dos componentes anteriores do processo de planeamento, nomeadamente dos seus objetivos, metas e atividades.
2. As necessidades, as prioridades e os resultados desejados com a promoção e educação para a saúde podem mudar. Por isso, planejar, adaptar e implementar o Projeto é um processo permanente e contínuo que necessita de revisão, pelo menos, a cada 3-4 anos.
3. O planeamento da monitorização e avaliação do Projeto da EPS é importante para definir os responsáveis pela avaliação:
 - a. Externa: Universidade, Serviço de Saúde Pública;
 - b. Interna: Elementos do GT ou outros.
4. A monitorização e a avaliação devem fornecer a informação sobre:
 - a. Progresso das atividades;
 - b. Desafios e melhorias a implementar;
 - c. Efetividade da promoção e educação para a saúde em relação aos objetivos e metas previstos.
5. Todas as fases do projeto devem ser avaliadas. A avaliação pode ser de processo e de resultado:
 - a de processo avalia em que medida as ações foram desenvolvidas conforme planeado (*output*),
 - a de resultado avalia em que medida as ações executadas tiveram impacto positivo na saúde (*outcome*).
 - a. **A avaliação do processo** permite saber em que medida:
 - i. As necessidades e as prioridades foram identificadas;
 - ii. Os recursos foram devidamente identificados e mobilizados;
 - iii. As políticas e as práticas atuais da escola foram devidamente avaliadas;
 - iv. As parcerias foram envolvidas no processo;
 - v. O planeamento das ações foi devidamente definido e implementado;
 - vi. O plano de comunicação foi corretamente definido e implementado;
 - vii. As ações programadas foram realizadas;
 - viii. A monitorização e avaliação foram realizadas.
 - b. Para a **avaliação de resultados**, selecione um *set* de indicadores fiáveis e fáceis de recolher regularmente e avalie:

Output: os resultados das atividades de promoção da saúde na escola. Por exemplo

 - i. O *website* da escola inaugurou uma secção sobre promoção da saúde;
 - ii. A escola criou um local próprio para estacionamento de bicicletas;
 - iii. O refeitório escolar tem mais opções e mais saudáveis.

Outcome: a consecução dos objetivos e o seu impacto na saúde. Por exemplo:

 - i. Aumentar a percentagem de alunos que nunca experimentou fumar;
 - ii. Aumentar a percentagem de crianças e jovens que toma o pequeno almoço, diariamente;
 - iii. Aumentar a percentagem de alunos/as que pratica atividade física, diariamente.

Como instrumentos de avaliação pode utilizar questionários ou entrevistas a representantes da comunidade educativa, observação, documentação, entre outros.
6. Registe tudo na Ficha de Projeto em **Anexo**.

FICHA DE PROJETO (ANEXO 1)

PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NA ESCOLA (PES)

ANO(S) LETIVO(S) /

72

Designação do Projeto (Título e acrónimo)

Identificação do Agrupamento de Escolas (AE) /Escola não agrupada

Nome:

Morada:

Telefone: Fax:

E-mail:

Website:

Responsáveis do AE e coordenadores/as PES /Agrupamento de Centros de Saúde (ACES)/ Unidade Local de Saúde (ULS) e Equipa de Saúde Escolar

AE / Escola não Agrupada	ACES / ULS

Caraterização do AE/Escola não Agrupada

Número de crianças e alunos/as

Educ. pré-escolar	1.º CEB	2.º CEB	3.º CEB	Ensino Secundário
☐	☐	☐	☐	☐

Pessoal docente (1) e não docente (2)

Educ. pré-escolar	1.º CEB	2.º CEB	3.º CEB	Ensino Secundário
(1) ☐	☐	☐	☐	☐
(2) ☐	☐	☐	☐	☐

Elementos do Grupo de Trabalho (GT)

Nome	Função	Responsabilidade	Tempo para o projeto (n.º de horas/escola/ano)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Reuniões do Grupo de Trabalho

Quem lidera as reuniões

Quem faz o memorando/registo das principais decisões

Calendarização e regularidade das reuniões

Temas a abordar nas reuniões

Local ou locais das reuniões

Tempo de duração das reuniões

Prioridades do AE/Escola não agrupada

As 5 Prioridades da Escola são:

1.

2.

3.

4.

5.

Outra(s):

Início e fim do Projeto PES da Escola

Data de início

Data da conclusão

Caraterização do Grupo-alvo do Projeto no AE/Escola não agrupada

Crianças/Alunos/as (número)

Educação pré-escolar	1.º CEB	2.º CEB	3.º CEB	Ensino Secundário
☐	☐	☐	☐	☐

Docentes (1), não docentes (2), pais/mães, encarregados/as de educação (3) (número)

Educação pré-escolar	1.º CEB	2.º CEB	3.º CEB	Ensino Secundário
(1) ☐	☐	☐	☐	☐
(2) ☐	☐	☐	☐	☐
(3) ☐	☐	☐	☐	☐

Outros. ☐ Quem? Número:

Prioridades, Indicadores e Metas

1.ª PRIORIDADE:

Objetivos	Indicadores	Metas

2.ª PRIORIDADE:

Objetivos	Indicadores	Metas

3.ª PRIORIDADE

Objetivos	Indicadores	Metas

74

4.ª PRIORIDADE

Objetivos	Indicadores	Metas

5.ª PRIORIDADE

Objetivos	Indicadores	Metas

PLANO DE COMUNICAÇÃO

Grupo-alvo/recetor	Finalidade da mensagem

MEIOS DE COMUNICAÇÃO

Grupo-alvo	Meios						
	Jornal da Escola	Website da Escola e /ou dos parceiros	Reuniões informais	Jornais (locais regionais e nacionais)	Rádio e televisão	Materiais de divulgação (p. ex. posters/ flyers...)	Outros ...
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

PLANO DE AÇÃO

Objetivos	Indicadores	Metas	Tarefas & atividades	Responsável	Recursos & custos	Calendarização

PLANO DE COMUNICAÇÃO

Grupo-alvo	Finalidade	Mensagem (s)	Atividades	Meios de comunicação	Responsável	Recursos & custos (humanos, financeiros)	Calendarização

PLANO DE AVALIAÇÃO

Indicadores / Questões da avaliação	Método de avaliação	Tarefas /Atividades	Responsável	Recursos & custos	Calendarização

INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR:

Instrumento de avaliação rápida da Promoção e Educação para a Saúde na Escola

(Anexo 1)

Diagnóstico atual: 1= não implementado; 2= parcialmente implementado; 3= implementado;

Prioridade: 1= baixa prioridade; 2= média prioridade; 3= alta prioridade;

*coloque um x no número que melhor corresponde à resposta

76

1. ORIENTAÇÃO	Diagnóstico			Prioridade		
	1	2	3	1	2	3
1.1. A escola tem uma perspetiva geral da situação atual em relação à saúde (incluindo a saúde física, mental e social) e o bem-estar dos/as alunos/as.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.2. A escola tem uma ideia geral da situação atual em relação à saúde (incluindo a saúde física, mental e social) e o bem-estar do pessoal docente e não docente.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.3. A escola consegue fazer uma estimativa dos atuais comportamentos de saúde dos/as alunos/as (alimentação e atividade física, comportamentos sexuais, consumo de álcool, tabaco, substâncias psicoativas ilícitas e higiene) em relação à idade, origens e género.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.4. A escola realizou uma avaliação das necessidades e desejos dos/as alunos/as e do pessoal docente e não docente em relação à saúde e ao bem-estar (ex. inquérito, caixa de sugestões)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.5. O/A professor/a coordenador/a da educação para a saúde é reconhecido/a por toda a comunidade educativa.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. POLÍTICAS DE SAÚDE DA ESCOLA	Diagnóstico			Prioridade		
	1	2	3	1	2	3
2.1. A escola inclui no Projeto Educativo e no Plano de Atividades a promoção da saúde e do bem-estar dos/as alunos/as, do pessoal docente e não docente, incluindo a prevenção e resolução de problemas relacionados com a saúde.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.2. A saúde e o bem-estar estão interligados com as metas educativas da escola.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.3. A saúde e o bem-estar fazem parte integrante do currículo da escola.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.4. A abordagem à saúde e ao bem-estar da escola reflete as opiniões, os desejos e as necessidades de toda a comunidade educativa (alunos/as, pessoal docente e não docente, pais/mães ou encarregados/as de educação).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.5. Os/As alunos/as, pessoal docente e não docente, pais/mães ou encarregados/as de educação são incentivados a participar na planificação e implementação das atividades relacionadas com a saúde na escola.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. AMBIENTE FÍSICO DA ESCOLA	Diagnóstico			Prioridade		
	1	2	3	1	2	3
3.1. As instalações da escola, como o recreio, as salas de aula, as casas de banho, o refeitório, o bufete e os corredores, são seguras, limpas, promovem a higiene (sabonete e toalhas de papel na casa de banho) e são espaços agradáveis para os/as alunos/as.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.2. As instalações da escola, como o recreio, as salas de aula, as casas de banho, o refeitório, o bufete e os corredores, são adequados à idade e género e são adaptados aos/as alunos/as com necessidades especiais.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.3. Os/As alunos/as e o pessoal docente e não docente têm acesso às instalações escolares para atividades físicas fora do horário escolar.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.4. Todos os espaços destinados à prática da atividade física, o refeitório e o bufete da escola cumprem os padrões de higiene e segurança.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.5. O caminho para a escola é seguro e está planificado para incentivar o envolvimento dos/as alunos/as em atividades físicas/meios suaves de transporte (ex. caminhar, andar de bicicleta).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.6. Todos os edifícios da escola são mantidos a uma temperatura confortável, estão bem iluminados e ventilados.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.7. O refeitório, o bufete da escola e as máquinas de venda automática disponibilizam géneros alimentícios saudáveis e acessíveis que cumprem as orientações do MEC/DGE.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4. AMBIENTE SOCIAL DA ESCOLA				Diagnóstico			Prioridade		
				1	2	3	1	2	3
4.1.	As instalações da escola, como o refeitório, o bufete, o recreio, a biblioteca, as salas de aula e os corredores, estão planificados e arranjados de forma agradável e sociável.			☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.2.	A escola oferece atividades de grupo regulares, como semanas temáticas, festivais, competições e clubes, que são concebidos, pelo menos em parte, para promover a saúde e o bem-estar.			☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.3.	A educação para a saúde e as atividades de promoção da saúde, incluindo oportunidades para praticar e desenvolver competências para a vida, estão incluídas em programas extra curriculares.			☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.4.	Existe um Gabinete de Apoio ao Aluno, disponível e acessível a todos/as os/as alunos/as que precisem de falar com alguém, partilhar preocupações ou pensamentos, em privacidade.			☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.5.	A escola proporciona um ambiente amigável onde todos/as os/as alunos/as e o pessoal docente e não docente se sentem confortáveis e respeitados.			☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.6.	Os/As profissionais de saúde e psicólogo/a estão envolvidos na promoção da saúde individual e de toda a escola e trabalham em conjunto com a direção para integrar as questões de saúde nas políticas da escola.			☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.7.	A escola está organizada (serviços e infraestruturas) para apoiar alunos/as com necessidades educativas especiais, de desenvolvimento e físicas.			☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.8.	A escola identifica e referencia os/as alunos/as com necessidades de saúde especiais aos serviços de saúde locais ou outros serviços especializados (ex. CPCJR).			☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. COMPETÊNCIAS DE SAÚDE				Diagnóstico			Prioridade		
				1	2	3	1	2	3
5.1.	A escola implementa programas centrados nas competências individuais e no conhecimento sobre questões de saúde, incluindo a promoção da saúde mental.			☐	☐	☐	☐	☐	☐
5.2.	A escola tem regras claras que promovem comportamentos saudáveis.			☐	☐	☐	☐	☐	☐
5.3.	São incluídas regularmente nas aulas atividades de pausa e descontração.			☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. LIGAÇÕES À COMUNIDADE				Diagnóstico			Prioridade		
				1	2	3	1	2	3
6.1.	Os/As pais/mães ou encarregados/as de educação dos/as alunos/as da escola são participantes ativos na comunidade educativa.			☐	☐	☐	☐	☐	☐
6.2.	A escola estabeleceu parcerias locais, tais como clubes desportivos, associações juvenis, Câmara Municipal, serviços comunitários, restaurantes, comércio local, serviços de saúde, serviços de aconselhamento, organizações não-governamentais.			☐	☐	☐	☐	☐	☐
6.3.	A escola organiza visitas regulares aos parceiros/as locais para incentivar os/as alunos/as a praticarem uma alimentação saudável, atividade física, promoverem a sua saúde social e emocional, o desenvolvimento, entre outras.			☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. SAÚDE DO PESSOAL DOCENTE E NÃO DOCENTE				Diagnóstico			Prioridade		
				1	2	3	1	2	3
7.1.	A escola oferece regularmente aos/às docentes formação e desenvolvimento de capacidades relacionadas com a promoção da saúde e do bem-estar da comunidade educativa.			☐	☐	☐	☐	☐	☐
7.2.	Existem recursos suficientes disponíveis para proporcionar ao pessoal docente e não docente materiais atualizados sobre tópicos de saúde, incluindo a promoção da saúde mental.			☐	☐	☐	☐	☐	☐
7.3.	A escola promove um equilíbrio entre o trabalho e a vida familiar e oferece um ambiente aberto à discussão dos problemas do trabalho e do stress.			☐	☐	☐	☐	☐	☐
7.4.	Os/As profissionais recentemente colocados/as na escola têm formação e acompanhamento para os apoiar no seu desenvolvimento profissional.			☐	☐	☐	☐	☐	☐
7.5.	A escola tem protocolos/referenciais para lidar com o absentismo recorrente do pessoal docente e não docente e para o apoio durante a sua reintegração e adaptação, após um período prolongado de ausência por doença.			☐	☐	☐	☐	☐	☐
7.6.	A escola apoia o pessoal docente e não docente a manter um estilo de vida saudável, p. ex. criando um ambiente promotor de saúde.			☐	☐	☐	☐	☐	☐

ANEXO 2

Orientações para o desenvolvimento de Projeto de Promoção de Competências Socioemocionais em Meio Escolar

(Adaptado do Guia 'CASEL GUIDE: Effective Social and Emotional Learning Programs')

78

No âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) da Direção-Geral da Saúde, a promoção da saúde mental e a capacitação para um estilo de vida mais saudável assenta no desenvolvimento de competências socioemocionais. Este é o núcleo central de intervenção do Programa e a sua implementação envolve um processo através do qual as crianças e jovens adquirem conhecimentos, atitudes e capacidades que aplicam eficazmente na tomada de decisão responsável.

A Escola desempenha um papel fundamental na formação global de crianças e jovens e, em complementaridade à aprendizagem escolar, ensina a estabelecer relações interpessoais significativas e positivas, a gerir emoções e a adotar um estilo de vida saudável. É, por isso, um *setting* importante para o desenvolvimento socioemocional e a saúde mental. Como tal, tem merecido a atenção de investigadores cujas pesquisas têm vindo a revelar forte relação entre o ambiente escolar e o bem-estar emocional da comunidade educativa.

The Social and Emotional Learning (SEL) é uma área emergente com uma ampla evidência sobre aprendizagens académicas e educação para a saúde^{98,99,21}. Recente investigação^{100,101,102} sugere que as crianças e jovens com boas competências socioemocionais têm melhores resultados escolares, mais sucesso académico, melhores relações com os pares e adultos, adaptam-se emocionalmente melhor a situações de *stress* e têm melhor saúde mental.

Autores e investigadores em aprendizagem socioemocional^{98,99,100} defendem a premissa de que as competências escolares e as competências socioemocionais são interdependentes e indissociáveis. Sugerem que ambas devem ser desenvolvidas simultaneamente, sendo a escola o local privilegiado para a sua promoção.

Em particular, a evidência⁹⁹ revela que:

- Um ambiente social positivo na escola tem influência no comportamento de crianças e jovens;
- Um ambiente psicossocial positivo na escola tem influência na saúde mental e bem-estar de crianças e jovens;
- Um ambiente escolar protetor contribui para melhores resultados académicos de crianças e jovens.

Projetos SEL, em curso desde 2003, concluem que a aprendizagem socioemocional é fundamental para o sucesso dos/as alunos/as na escola, no trabalho e na vida. Defendem-na como uma prioridade na aprendizagem dos/as alunos/as, integrada nos currículos, e como promotora de uma cultura escolar saudável^{103,104}.

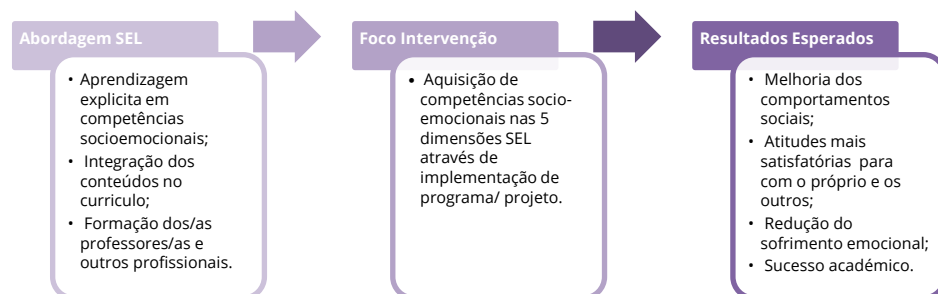
A promoção de competências socioemocional (SEL) em meio escolar surge como uma orientação para a promoção da saúde mental em saúde escolar em resposta ao eixo da capacitação da comunidade educativa do PNSE|2015^{xxxv}. A sua operacionalização assenta num Módulo de Formação e num Manual que inclui um conjunto de recursos pedagógicos temáticos de apoio às práticas dos profissionais de saúde e educação.

A presente Orientação faz um breve enquadramento do Modelo SEL e dos passos para a implementação de Projetos SEL.

^{xxxv} Esta Orientação para a Saúde Escolar foi realizada com o apoio técnico e científico da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e revista pelo Grupo Técnico do Programa Nacional de Saúde Mental.

Modelo de promoção de competências socioemocionais (Modelo SEL)

A tipologia destes projetos situa-se na perspetiva da dimensão positiva da saúde. Apresenta como pressuposto base que a *melhor aprendizagem* constrói-se em contextos onde existem relações interpessoais acolhedoras e de suporte, promotoras de compromisso, sentido e estímulo à aprendizagem. Apresenta-se um esquema sobre a abordagem SEL.



O Modelo SEL tem sido adotado por diversas correntes de pensamento, surgindo como proposta de intervenção de muitos subcampos científicos: educação, ciências sociais, neurociências, entre outros.

Em termos gerais, **'SEL'** ou **Social and Emocional Learning** refere-se a um modelo, cuja tipologia de atividades permite a aquisição gradual de competências que todas as pessoas precisam de ter para se adaptarem a diversas situações e atividades do dia a dia, serem bem-sucedidas no seu projeto de vida, seja na família, na escola, no local de trabalho e na relação com os outros.

A aprendizagem socioemocional emerge das teorias de *Gardner* (teoria das inteligências múltiplas) e dos trabalhos de *Goleman* sobre inteligência emocional. A educação radica nas teorias holísticas, defensoras do desenvolvimento integral do ser humano.



Neste âmbito, o **Modelo SEL** diz respeito ao processo através do qual crianças, jovens e adultos desenvolvem competências emocionais e sociais em cinco domínios: **autoconhecimento, autogestão, consciência social, relação interpessoal e tomada de decisão responsável.**

Resumo dos cinco domínios de Aprendizagem SEL (*adaptado de Casel, 2013*).

Autoconhecimento (*Self-awareness*)

Respeita à capacidade de reconhecer com precisão as emoções e pensamentos e a sua influência sobre o comportamento. Isto inclui avaliar com rigor os próprios pontos fortes e limitações e possuir bom senso, confiança e otimismo.

Autogestão (*Self-management*)

Respeita à capacidade de regular as emoções, pensamentos e comportamentos de forma eficaz em diferentes situações. Isto inclui gestão de stresse, controlo de impulsos, capacidade de automotivação, esforço e trabalho para alcançar objetivos pessoais e académicos.

Consciência social (*Social awareness*)

Respeita à capacidade de desenvolver a empatia, assumir a perspetiva dos outros, de diversas origens e culturas, compreender as normas sociais e éticas orientadoras do comportamento e reconhecer a família, a escola e a comunidade como recursos e fontes de suporte.

Relação interpessoal

Respeita à capacidade de estabelecer e manter relacionamentos diversificados saudáveis e gratificantes com indivíduos e grupos. Pressupõe comunicar com clareza, ouvir ativamente, cooperar, resistir à pressão dos pares e social, saber negociar de forma construtiva os conflitos, oferecer e procurar ajuda, quando necessário.

Tomada de decisão responsável

Respeita à capacidade de fazer escolhas construtivas e positivas sobre: o comportamento pessoal e interações sociais com base na análise dos padrões éticos, questões de segurança, normas sociais, avaliação realista das consequências de várias ações para o bem-estar pessoal e dos outros.

Através dos Projetos de Promoção de Competências Socioemocionais, podem aumentar-se os fatores protetores e os determinantes de saúde em termos de promoção e proteção da saúde, prevenção universal, seletiva e indicada, bem como as inter-relações entre os diversos determinantes de saúde no desenvolvimento de projetos de vida mais saudáveis.

Enquanto proposta de Intervenção para a Promoção da Saúde Mental em Saúde Escolar, os Projetos SEL para serem eficazes devem seguir o acrónimo **SAFE**:

80

- (1) **Sequencialidade**: as atividades devem ser devidamente coordenadas e dirigidas à aquisição de competências. Considerar a inclusão de projetos SEL no projeto educativo da escola, desde o nível de educação **pré-escolar** até ao ensino **secundário**, num processo ativo de aprendizagem gradualmente mais complexo;
- (2) **Aprendizagem ativa**: considerar metodologias ativas de aprendizagem que permitam aos alunos/as adquirir conhecimentos, desenvolver atitudes e treinar competências;
- (3) **Foco**: no desenvolvimento de uma ou mais competências sociais e, em termos curriculares, considerar tempo e atenção para o desenvolvimento dos projetos;
- (4) **Explícita**: definir claramente como adquirir competências específicas. Definir a tipologia de competências que se pretendem promover.

Passos para Implementar Projetos SEL

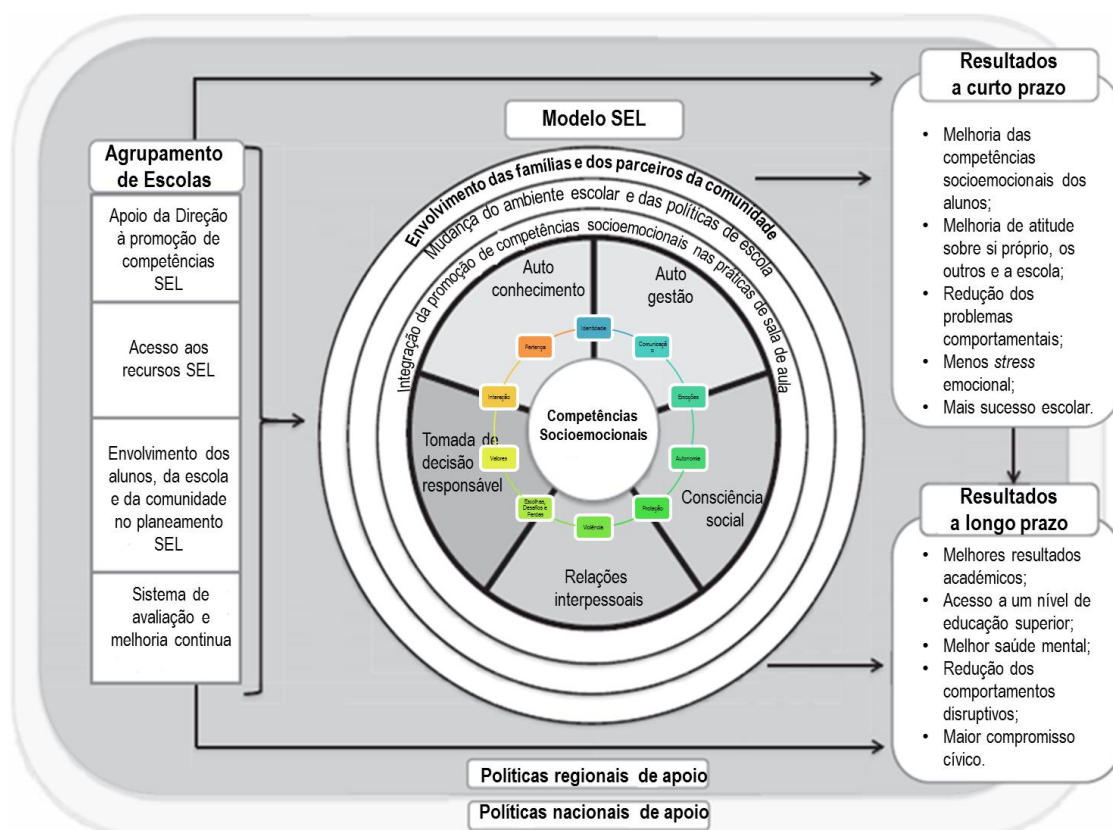
1. Promover a discussão sobre a aprendizagem socioemocional, entre profissionais das instituições de saúde e educação, baseada nos dados de evidência, e a sua importância em promoção e educação para a saúde.
2. Promover na Visão/Missão da Escola, expressa no Projeto Educativo da Escola e no Projeto PES, a promoção de competências socioemocionais para a comunidade educativa. Esta abordagem deve ser congruente com os valores e princípios da escola, considerar a perspetiva e participação das crianças e jovens, ser desenvolvida por toda a comunidade educativa, com carácter de continuidade, em todos os níveis de educação e ensino. Ter em conta o Referencial para a Promoção e Educação para a Saúde, capítulo da Saúde Mental e Prevenção da Violência, de DGE (*no prelo*).
3. Realizar formação conjunta dos profissionais de educação e saúde em SEL, com profissionais de Saúde Mental. Prevê-se a capacitação destes para a implementação dos projetos em contexto escolar, integrados no Projeto Educativo e PES, centrada em aprendizagens vivenciais, com potencial transformador relativo às práticas pedagógicas, papel do/a professor/a e ambiente escolar positivo.
4. Constituir equipa de projeto multiprofissional e multissetorial (com profissionais dos setores da educação, saúde e social).
5. Desenvolver a abordagem do Modelo SEL, reforçando a importância da transversalidade das temáticas da saúde mental, mantendo uma relação dinâmica entre elas.
6. Planear o projeto SEL segundo as orientações do Documento de Apoio da PNSE|2015: Metodologia de Trabalho por Projeto (Anexo1),
7. Proceder ao planeamento das ações, seguindo as orientações da formação de «Saúde mental em saúde escolar», e utilizando os recursos pedagógicos disponibilizados com o Manual:
 - a. Basear o planeamento do projeto nos pressupostos teóricos SEL e nos dados de evidência científica, para determinar o âmbito da intervenção;
 - b. Definir tempo curricular destinado ao projeto: n.º de semanas/n.º horas, nos horários dos/as alunos/as;
 - c. Definir, no cronograma de trabalho dos/as professores/as, horas letivas para a implementação do projeto;
 - d. Utilizar/construir materiais para o desenvolvimento do projeto em sala de aula, adequando as temáticas e metodologias de abordagem aos diferentes níveis de educação e ensino;
 - e. Planear a implementação do projeto por fases. Iniciar a implementação no pré-escolar, posteriormente definir o desenho do projeto para o 1º CEB; seguidamente para o 2º CEB, 3º CEB e, por fim, para o ensino secundário.
8. Considerar a implementação dos projetos numa metodologia de investigação/ação *quasi-experimental*^{105,106,107,108 109,110,111,112,113,114}.

O Modelo SEL reforça a importância da abordagem transversal de 10 temáticas pelos cinco domínios SEL, mantendo uma relação dinâmica com cada um deles. Estas temáticas correspondem a áreas do desenvolvimento e da relação que se jogam desde o início do ciclo de vida na construção de cada indivíduo e do seu tecido social.

81

Por uma questão de operacionalização, privilegia-se a abordagem destas temáticas integrando-as nos domínios que o Modelo SEL pressupõe:

Domínios SEL	Temáticas
1. Autoconhecimento (<i>Self-awareness</i>)	1. Identidade
2. Autogestão (<i>Self-management</i>)	2. Comunicação
3. Consciência social (<i>Social awareness</i>)	3. Emoções
4. Relação interpessoal	4. Autonomia
5. Tomada de decisão responsável	5. Proteção
	6. Violência
	7. Escolhas, Desafios e Perdas
	8. Valores
	9. Interação
	10. Pertença



Fonte: *Handbook of Social and Emotional Learning. Research and Practice. Figura 1.1. A conceptual modelo of SEL in Educational settings.* Traduzido e adaptado por Amann G., devidamente autorizado por CASEL, para o Programa Nacional de Saúde Escolar.

Tendo em vista a implementação de Projetos SEL, a Direção-Geral da Saúde (PNSM e PNSE) e a Direção-Geral da Educação (DGE) desenvolveram um Módulo de formação e um Manual para a Promoção de Competências Socioemocionais que inclui um conjunto de Recursos Pedagógicos temáticos de apoio às práticas de docentes e equipas de saúde escolar.

A formação em Promoção de Competências Socioemocionais, quer de docentes quer de profissionais de saúde escolar, implica o compromisso dos formandos com a multiplicação da mesma (*multiplier effect*) junto dos seus pares e pressupõe acesso aos recursos pedagógicos e acompanhamento à distância (TIC) de todos os que apresentarem Projetos SEL.

ANEXO 3

Avaliação dos riscos do ambiente escolar para a saúde

82

ARS: _____ ACES/ULS: _____ EQUIPA DE SAÚDE ESCOLAR: _____ Ano letivo: _____ / _____

Agrupamento de Escolas/Escola: _____

Ambiente Escolar	Parâmetro com potencial de risco para a saúde	Verificação	Adequado	Inadequado	Risco			Medidas para a eliminação/redução dos riscos identificados
					①	②	③	
Escola	Edifício (s)	Escola acessível a todos, incluindo a pessoas com mobilidade condicionada.	☐	☐	☐	☐	☐	
		Acesso principal com proteção e vedação exterior bem conservada.	☐	☐	☐	☐	☐	
		Edifício escolar em bom estado de conservação (paredes, coberturas e caixilharias).	☐	☐	☐	☐	☐	
		Coberturas entre edifícios/pavilhões em bom estado de conservação.	☐	☐	☐	☐	☐	
		Escadas, janelas e varandas protegidas.	☐	☐	☐	☐	☐	
		Salas de aula com condições acústicas, térmicas e de luminosidade.	☐	☐	☐	☐	☐	
		Pavimento dos espaços de uso comum em bom estado de conservação.	☐	☐	☐	☐	☐	
		Mobiliário escolar adequado do ponto de vista ergonómico, incluindo para pessoas com mobilidade condicionada.	☐	☐	☐	☐	☐	
		Instalações sanitárias limpas, em bom estado de conservação, acessíveis e adaptadas a pessoas com mobilidade condicionada.	☐	☐	☐	☐	☐	
		Produtos de limpeza e manutenção perigosos (tóxicos/inflamáveis) que cumprem os requisitos de segurança.	☐	☐	☐	☐	☐	
		Laboratórios e oficinas que cumprem com as normas de segurança.	☐	☐	☐	☐	☐	
		Ginásio e espaços desportivos que cumprem com os requisitos de segurança.	☐	☐	☐	☐	☐	
		Equipamento desportivo que cumpre com as normas de higiene e segurança.	☐	☐	☐	☐	☐	
		Vestiários/ balneários com água corrente quente e fria.	☐	☐	☐	☐	☐	
		Vias de circulação desimpedidas.	☐	☐	☐	☐	☐	
		Sinalética e sinalização de emergência.	☐	☐	☐	☐	☐	
		Caixa de 1ºs Socorros devidamente sinalizada.	☐	☐	☐	☐	☐	
		Acesso dos meios de socorro a todos os espaços.	☐	☐	☐	☐	☐	
		Normas de higiene e limpeza das instalações sanitárias.	☐	☐	☐	☐	☐	
		Planos de Segurança contra incêndios, sismos, descargas elétricas, entre outros riscos.	☐	☐	☐	☐	☐	
	Recinto escolar e espaço de jogo e recreio	Limpeza geral mantida.	☐	☐	☐	☐	☐	
		Espços exteriores protegidos (da chuva, do sol...).	☐	☐	☐	☐	☐	
		Mobiliário urbano suficiente (bancos, bebedouros...).	☐	☐	☐	☐	☐	
		Equipamento de jogo e recreio certificado.	☐	☐	☐	☐	☐	
		Superfície de impacto que cumpre com as normas de segurança.	☐	☐	☐	☐	☐	
		Planos de segurança para a prevenção de acidentes e manutenção do espaço.	☐	☐	☐	☐	☐	

Continua>>>

Continuação

Ambiente Escolar		Parâmetro com potencial de risco para a saúde	Verificação	Adequado	Inadequado	Risco			Medidas para a eliminação/redução dos riscos identificados
						①	②	③	
Escola	Zona de Alimentação	Refeitório e bufete limpos, arrumados, em bom estado de conservação e seguros.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		Cozinha com um sistema de gestão da segurança alimentar (HACCP) implementado.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		Despensa em bom estado de higiene, arrumação e conservação.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		Programa de desinfestação periódica.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		Políticas de separação e recolha de resíduos alimentares.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		Dispositivos de deteção de fumos.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Meio Envolverte	Segurança	Proteção e vigilância das vias de acesso à escola.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		Sistemas de controlo da velocidade no ambiente peri-escolar.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		Sinalização rodoviária adequada e visível.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		Equipamento de segurança no ambiente peri-escolar (passadeiras, semáforos, bandas sonoras, lombas, etc.).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		Acesso seguro a meios de transporte público.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		Percursos pedonais seguros/ciclovias.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Salubridade	Estabelecimentos incómodos, perigosos e insalubres nas proximidades.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		Lixeiras nas proximidades.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		Rede de esgotos ligada à rede pública.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Articulação funcional	Escola integrada em zona residencial.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		Integração da rede de transportes públicos.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		Acesso a equipamentos de desporto.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Qualidade Ambiental*	Ar	Ar interior cumpre os parâmetros da qualidade.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		Ar exterior cumpre os parâmetros da qualidade.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Água	Cumpe parâmetros físicos, químicos e microbiológicos.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Ruído	Presença de fontes permanentes de ruído exterior.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Químicos	Presença de radão/chumbo/asbestos e outros.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Raios solares	Salas de aula e recreios com sistemas de proteção.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Legenda:

Verificação: Coloque X no quadrado, se o parâmetro foi avaliado. Se o parâmetro está **Adequado ao item descrito** coloque X no respetivo quadrado e se não apresenta risco para a saúde, coloque X em '**Risco**' ①. Se o parâmetro está **Inadequado ao item descrito** coloque um X no respetivo quadrado e coloque X em '**Risco**' ② se o risco para a saúde é baixo; ou em '**Risco**' ③ se o risco é elevado. Nestes casos, descreva as **medidas** para a eliminação/redução dos riscos identificados.

* A avaliação da **qualidade ambiental**, nomeadamente do ar interior e exterior e a presença de produtos químicos, necessita de equipamento apropriado «Analisador de gases poluentes e constituintes atmosféricos». Quando o equipamento não existe esta avaliação não pode ser realizada.

O Responsável pelo preenchimento:

Data:

O Responsável da Educação:

ANEXO 4

Monitorização dos acidentes escolares e peri-escolares

ARS: _____ ACES/ULS: _____ EQUIPA DE SAÚDE ESCOLAR: _____ Ano letivo: _____ / _____

Agrupamento de Escolas/Escola: _____

Data: Início do registo: _____ / _____ Fim do registo: _____ / _____

84

Alunos/as/Nível de Escolaridade						Acidente/Doença súbita						
Nome (Iniciais)	Pré-escolar	Ensino Básico			Ensino Secundário	Local do acidente					Causas	Consequências
		1.º C	2.º C	3.º C		Edifício	Recinto	Zona de Alimentação	Meio Envolvente	Outro		
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
TOTAL	_____	_____	_____	_____	_____	1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 9 _____	1 _____ 2 _____ 9 _____	_____	1 _____ 2 _____ 9 _____	_____	1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____	1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

O responsável pelo preenchimento: _____

Legenda: Nível de escolaridade: Coloque X no quadrado respetivo.

Acidente/Doença súbita: descreva-os de acordo com respetivos códigos: **Edifício:** 1. Sala de aula, 2. Vias de circulação, 3. WC, 4. Laboratórios, 5. Oficinas, 6. Espaço desportivo, 9. Outro local. **Recinto:** 1. Recreio, 2. Equipamento de jogo, 9. Outro. **Meio Envolvente:** 1. Entrada da escola, 2. Percurso Casa-Escola, 9. Outro.

Causas: 1. Queda, 2. Queimadura, 3. Intoxicação, 4. Eletrocussão, 5. Asfixia, 6. Atropelamento, 7. Agressão corporal, 8. Doença súbita, 9. Outro.

Consequências: 1. Ligeiras, se os efeitos se traduzem em feridas e escoriações superficiais; 2. Moderadas, se os resultados se traduzem em ausência da escola inferior a um dia; 3. Grave: sempre que os danos corporais obriguem a um período de internamento superior a 24h e/ou incapacidade permanente; 4. Morte.

ANEXO 5

5A - Referenciação Saúde Infantil ↔ Saúde Escolar

5B -Plano de Saúde Individual para crianças e jovens com Necessidades de Saúde Especiais

86

ARS: ACES/ULS/HOSPITAL:

Ano letivo: 20 /20

REFERENCIAÇÃO SAÚDE INFANTIL ↔ SAÚDE ESCOLAR

A referência para a equipe de saúde escolar de crianças e jovens com deficiência ou doença crônica, perturbações do desenvolvimento, do comportamento, emocionais ou relacionais pode ser feita pelos Serviços de Saúde (ACES/ULS ou Hospital), através do/a médico/a de família/médico/a assistente ou do/a enfermeiro/a de saúde infantil/enfermeiro/a de família ou de outro/a profissional de saúde, através do preenchimento dos quadros 1 e 2.

A Escola e o/a pai/mãe se identificarem qualquer necessidade de saúde podem, do mesmo modo, solicitar a avaliação pelos serviços de saúde, através da Equipa de Saúde Escolar das crianças, incluindo as que têm Plano de Aprendizagem Personalizado (PAP ou PEI).

A Equipe de Saúde Escolar poderá, igualmente, detetar as situações acima referidas, ficando como elemento de articulação na referencição e acompanhamento.

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome do/a aluno/a:
Data Nascimento: / / Sexo: M ☐ F ☐ N.º utente do SNS _____ (dia/mês/ano)
Encarregado/a de Educação: (nome e contacto)
Médico/a Família/ M. Assistente: Dr. (ª)
Estabelecimento de Ensino que frequenta:
Nível de Educação/Ensino: ☐ Pré-escolar ☐ 1ºCEB ☐ 2ºCEB ☐ 3ºCEB ☐ E. Secundário ☐ Outro. Qual?
Ano de Escolaridade:
Docente responsável pelo grupo/turma:
Tem Programa Educativo Individual (PEI): Sim ☐ Não ☐
Docente de educação especial:

2. FONTE(S) DE INFORMAÇÃO

☐ História Clínica ☐ Exame Objetivo ☐ Relatório (s) ☐ Informação fornecida pela família
☐ Outra. Qual?

3. CONDIÇÃO DE SAÚDE PARA REFERENCIAÇÃO À EQUIPA DE SAÚDE ESCOLAR

Assinale as condições de saúde (código b, da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde-CIF) que melhor descrevem a magnitude da perturbação, doença, deficiência ou incapacidade, tendo como referência o que é feito pela maior parte do grupo etário da criança/jovem que está a avaliar. Esta informação é a base da avaliação da funcionalidade do aluno no contexto escolar. Para isso, consulte o Apêndice 5A - Lista Abreviada das Funções do Corpo.

Exemplo:

Funções do Corpo	Nenhuma deficiência	Deficiência Ligeira	Deficiência Moderada	Deficiência Grave	Deficiência completa
Funções sensoriais e dor: visão (b210), audição (b230), f. gustativa (b250) olfativa (b255) propriocetiva (b260) tátil (b265) Sensação de dor (b280).	b250 b260 b265	b	b	b210 b230	b

Conclusão: O/A menino/a J tem uma deficiência visual e auditiva grave, mas tem uma boa sensibilidade para superfícies e texturas (b265), consegue sentir as posições relativas das partes do corpo (b260) e identifica sem problema os sabores (doce, amargo, ácido e salgado) (b250).

Avaliação das Funções do Corpo	Nenhuma deficiência	Deficiência Ligeira	Deficiência Moderada	Deficiência Grave	Deficiência completa
Funções Mentais Globais: consciência, (b110), orientação no espaço e no tempo (b114), intelectuais (b117), psicossociais globais (b122), temperamento e da personalidade (b126), energia e impulsos (b130), sono (b134).	b	b	b	b	b
Funções Mentais Específicas: atenção (b140), memória, (b144), psicomotoras (b147), emocionais (b152), da percepção (b156) e funções mentais da linguagem (b167).	b	b	b	b	b
Funções sensoriais e dor: visão (b210), audição (b230), f. gustativa (b250) olfativa (b255) propriocetiva (b260) tátil (b265) Sensação de dor (b280).	b	b	b	b	b
Funções da voz e da fala: voz (b310), articulação (b320), fluência e do ritmo da fala (b330).	b	b	b	b	b
Funções aparelho cardiovascular, sistemas hematológico e imunológico e aparelho respiratório: Funções cardíacas (b410), da pressão arterial (b420), funções do sistema hematológico (b430), funções do sistema imunológico (b435), funções da respiração (b440).	b	b	b	b	b
Funções do aparelho digestivo e dos sistemas metabólico e endócrino: Funções digestivas (b515), de defecação (b525), de manutenção do peso (b530), das glândulas endócrinas (b555), Outras (b599).	b	b	b	b	b
Funções geniturinárias: funções miccionais (b620).	b	b	b	b	b
Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas com o movimento: mobilidade das articulações (b710), estabilidade das articulações (b715), força muscular (b730), tônus muscular (b735), resistência muscular (b740), reflexos motores (b750), reações motoras involuntárias (b755), controle do movimento voluntário (b760), controle do movimento involuntário (b765), padrão de marcha (b770), os músculos e f. do movimento (b780).	b	b	b	b	b

Informação adicional (se considerar necessário)

--

PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL PARA CRIANÇAS E JOVENS COM NECESSIDADES DE SAÚDE ESPECIAIS

(Anexo 5)

1. PERFIL DE FUNCIONALIDADE

88

A avaliação da funcionalidade é feita por uma equipa multidisciplinar e o qualificador deve resultar de um consenso, tendo em conta o que é o desempenho de crianças/jovens do mesmo grupo etário nas «atividades e participação» descritas na tabela infra (adaptada da CIF Crianças e Jovens) Utilize os seguintes qualificadores: Ausência de dificuldade; Dificuldade ligeira, Dificuldade moderada; Dificuldade grave; Dificuldade total.

Identifique os «**Fatores ambientais**», **facilitadores** (entendidos como fatores que influenciam positivamente a realização de atividades escolares) ou **barreira** (entendidos como fatores que impedem ou limitam a participação da criança na vida escolar) que interferem com as aprendizagens escolares. Registe na respetiva coluna, utilizando os códigos de «**e110 a e585**» da LISTA DOS FATORES AMBIENTAIS (FACILITADOR OU BARREIRA) DO CONTEXTO ESCOLAR, do Apêndice que faz parte integrante do presente anexo.

Atividades e Participação	Ausência de Dificuldade	Dificuldade Ligeira	Dificuldade Moderada	Dificuldade Grave	Dificuldade Total	Fatores Ambientais	
						Facilitadores	Barreira
Ouvir (mesmo com a utilização de prótese auditiva) (d115).	☐	☐	☐	☐	☐	e	e
Ver (mesmo com a utilização de óculos ou lentes de contacto) (d110).	☐	☐	☐	☐	☐	e	e
Comunicar (compreender e ser compreendido pelos outros mesmo com a utilização de símbolos, de gestos ou de quadros de comunicação) (d310, d315, d330, d335, d350).	☐	☐	☐	☐	☐	e	e
Andar e deslocar-se (mesmo com a utilização de cadeira de rodas, de andarilho, de canadianas, etc.) (d430, d440, d450, d465, d470, d475).	☐	☐	☐	☐	☐	e	e
Adquirir e aplicar o conhecimento (aprender novos conhecimentos, aplicar conhecimentos adquiridos, pensar, raciocinar e resolver problemas) (d110, d140, d145, d150, d175).	☐	☐	☐	☐	☐	e	e
Realizar tarefas diárias comuns para a sua faixa etária (tarefas escolares, atividades lúdicas /recreativas, etc.) (d210, d220, d910, d920, d930).	☐	☐	☐	☐	☐	e	e
Cuidar de si próprio de forma apropriada à sua faixa etária (comer, vestir, beber, lavar-se, urinar, evacuar, etc.) (d510, d520, d530, d540, d550, d560).	☐	☐	☐	☐	☐	e	e
Interagir e estabelecer relacionamentos interpessoais de forma apropriada à sua faixa etária (d710, d720, d730, d740, d750, d760).	☐	☐	☐	☐	☐	e	e
Cuidar da própria saúde (medicação, aspiração, terapia específica, etc.) (d570).	☐	☐	☐	☐	☐	e	e

2. INTERVENÇÃO DA SAÚDE ESCOLAR

Os fatores ambientais constituem o ambiente físico, social e atitudinal em que as crianças estudam e conduzem a sua vida. Os fatores ambientais que limitam as atividades e/ou as aprendizagens (fatores barreira) deverão ser, tendencialmente, eliminados, enquanto que os fatores que capacitam para a participação e a aprendizagem (fatores facilitadores) deverão ser promovidos e implementados. Face aos fatores ambientais identificados, descreva no quadro infra as **medidas de saúde** que terão de ser implementadas para melhorar as aprendizagens escolares.

89

Fatores Ambientais identificados	Descrição das medidas de saúde (O que fazer? Como fazer?)
e	1.
e	2.
e	3.
e	4.
e	5.
e	6.
e	7.
e	8.
e	9.
e	10.
e	11.
e	12.

Medidas	Quem? (Nome do profissional de saúde)	Quando? (Data)	Onde? (Local)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			

4. RESPONSÁVEL PELO PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL

Nome do Profissional	Função	Horário

Data da avaliação inicial: / / Data prevista para a reavaliação: / /

Apêndice do Anexo 5 A

LISTA ABREVIADA DAS FUNÇÕES DO CORPO

90

Funções Mentais Globais
b110 Funções da consciência
b114 Funções da orientação no espaço e no tempo
b117 Funções intelectuais
b122 Funções psicossociais globais
b126 Funções do temperamento e da personalidade
b130 Funções da energia e impulsos
b134 Funções do sono
Funções Mentais Específicas
b140 Funções da atenção
b144 Funções da memória
b147 Funções psicomotoras
b152 Funções emocionais
b156 Funções da percepção
b167 Funções mentais da linguagem
Funções sensoriais e dor
b210 Funções da visão
b230 Funções da auditivas
b250 Funções gustativas
b255 Funções olfativas
b260 Funções propriocetiva
b265 Funções tácteis
b280 Sensação de dor
Funções da voz e da fala
b310 Funções da voz
b320 Funções da articulação
b330 Funções da fluência e do ritmo da fala
Funções aparelho cardiovascular, sistemas hematológico e imunológico e aparelho respiratório
b410 Funções cardíacas
b420 Funções da pressão arterial
b430 Funções do sistema hematológico
b435 Funções do sistema imunológico
b440 Funções da respiração
Funções do aparelho digestivo e dos sistemas metabólico e endócrino:
b515 Funções digestivas
b525 Funções de defecação
b530 Funções de manutenção do peso
b555 Funções das glândulas endócrinas
b599 Outras

Funções geniturinárias:

b620 Funções miccionais

Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas com o movimento:

b710 Funções relacionadas com a mobilidade das articulações

b715 Estabilidade das articulações

b730 Funções relacionadas com a força muscular

b735 Funções relacionadas com o tônus muscular

b740 Funções relacionadas com a resistência muscular

b750 Funções relacionadas com os reflexos motores

b755 Funções relacionadas com reações motoras involuntárias

b760 Funções relacionadas com o controle do movimento voluntário

b765 Funções relacionadas com o controle do movimento involuntário

b770 Funções relacionadas com o padrão de marcha

b780 Funções relacionadas com os músculos e funções do movimento

Versão completa:

Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIF)Em português: http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdfEm inglês: <http://www.who.int/classifications/drafticfpracticalmanual2.pdf?ua=1>Checklist <http://www.who.int/classifications/icf/icfchecklist.pdf?ua=1>

Apêndice do Anexo 5B

LISTA DOS FATORES AMBIENTAIS (FACILITADOR OU BARREIRA) DO CONTEXTO ESCOLAR (segundo a CIF Crianças e Jovens)

92

Capítulo 1 – Produtos e Tecnologia
e110 Para consumo pessoal (<i>alimentos, medicamentos que necessita tomar na escola</i>).
e115 Para uso pessoal na vida diária (<i>dispositivos protésicos e ortopédicos, dispositivos de estimulação funcional para controlar intestinos, bexiga, respiração, frequência cardíaca, etc.</i>) e para o jogo (<i>brinquedos e produtos adaptados</i>).
e120 Para facilitar a mobilidade e o transporte pessoal (<i>equipamentos, produtos e tecnologias utilizadas para a deslocação dentro e fora da escola, tais como carros e carrinhos especiais, cadeiras de rodas, etc.</i>).
e125 Para a comunicação (<i>dispositivos óticos e auditivos, sistemas de transmissão de som, de escrita especializada, próteses de voz, placas de comunicação, etc.</i>).
e130 Para a educação (<i>livros, manuais, brinquedos educativos, equipamentos informáticos, software, etc.</i>).
e135 Para o trabalho (<i>secretária, máquinas e equipamento concebido ou adaptado para facilitar o estudo</i>).
e140 Para a cultura, a recreação e o desporto (<i>equipamentos, produtos e tecnologias, adaptados ou concebidos, para a realização e otimização das atividades culturais, recreativas e desportivas</i>).
e150 Arquitetura, construção e acabamentos de prédios de utilização pública (<i>rampas, portas automáticas, maçanetas, placas, indicações em braille, tamanho do corredor, tipo de pavimento, etc.</i>).
Capítulo 2 – Ambiente Natural e Mudanças Ambientais feitas pelo Homem
e225 Clima (<i>Temperatura e humidade da sala de aula, etc.</i>).
e240 Luz (<i>natural ou artificial de adequada intensidade</i>).
e250 Som (<i>intensidade e qualidade do som ambiente</i>).
e260 Qualidade do ar interior e exterior da escola (<i>presença de cheiros, fumo, humidade, ar condicionado, gases tóxicos, etc.</i>).
Capítulo 3 – Apoio e Relacionamentos
e310 Família próxima (<i>cônjuges, parceiros, pais, irmãos, filhos, pais de acolhimento, pais adotivos e avós</i>).
e315 Família alargada (<i>Tios, tias, sobrinhos, sobrinhas, primos</i>).
e320 Amigos (<i>Pessoas de confiança e apoio para além da família</i>).
e325 Conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade (<i>relacionadas com a escola, tempos livres ou outros aspetos da vida e que partilham interesses comuns</i>).
e330 Pessoas em posição de autoridade (<i>Professores/as, tutores, etc.</i>).
e340 Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais (<i>amas, terapeutas, psicólogos, etc.</i>).
e350 Animais domésticos de estimação ou de apoio à mobilidade que dão suporte físico, emocional ou psicológico.
e355 Profissionais de saúde (<i>médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, técnicos de audiometria, ortópticos, protésicos, profissionais da área médico-social e outros prestadores destes serviços</i>).
e360 Outros profissionais (<i>professores/as, assistentes sociais, etc. que proporcionam serviços que têm impacto na saúde</i>).
Capítulo 4 – Atitudes
e410 Atitudes individuais dos membros da família próxima (<i>Opiniões e crenças de membros familiares próximos que influenciam o comportamento e as ações individuais</i>).
e415 Atitudes individuais dos membros da família alargada (<i>Opiniões e crenças de membros da família alargada que influenciam o comportamento e as ações individuais</i>).
e420 Atitudes individuais dos amigos (<i>Opiniões e crenças de amigos que influenciam o comportamento e as ações individuais</i>).
e425 Atitudes individuais de conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade (<i>Opiniões e crenças de conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade que influenciam o comportamento e as ações individuais</i>).
e430 Atitudes individuais de pessoas em posição de autoridade (<i>Opiniões e crenças de pessoas em posição de autoridade que influenciam o comportamento e as ações individuais</i>).
e440 Atitudes individuais de prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais (<i>questões sociais, políticas e económicas que influenciam o comportamento e as ações individuais</i>).
e450 Atitudes individuais de profissionais de saúde (<i>Opiniões e crenças dos profissionais de saúde que influenciam o comportamento e as ações individuais</i>).
e455 Atitudes individuais de outros profissionais (<i>Opiniões e crenças de outros profissionais que influenciam o comportamento e as ações individuais</i>).
e465 Normas, práticas e ideologias sociais (<i>costumes, práticas, regras e sistemas de valores e crenças, tais como, normas sociais, morais ou religiosas que afetam ou criam práticas e comportamentos sociais e individuais</i>).

Capítulo 5 – Serviços, Sistemas e Políticas

e540 Relacionados com os transportes (*serviços e políticas que asseguram a mobilidade dos alunos/as*).

e560 Relacionados com o fornecimento de comunicação em massa através de rádio, TV, jornais, internet, serviços em braille, etc.

e570 Relacionados com a segurança social (*serviços e políticas que asseguram a atribuição de apoio económico às famílias dos alunos/as com necessidades especiais*).

e575 Relacionados com o apoio social geral (*ajudas para cuidados pessoais, transportes, condições de saúde, etc.*).

e580 Relacionados com a saúde (*serviços e políticas de prevenção e tratamentos de problemas de saúde, reabilitação médica e promoção de estilos de vida saudável*).

e580.0 Serviços de saúde que têm por finalidade proporcionar intervenções junto dos indivíduos para o seu bem-estar físico, psicológico e social, tais como, serviços de promoção da saúde e de prevenção de doenças, cuidados primários, cuidados em situações agudas, serviços de reabilitação e de cuidados prolongados, serviços financiados com recursos públicos ou privados, prestados a curto ou longo prazo, por períodos ou de uma só vez, na escola.

e580.9 Serviços, sistemas e políticas de saúde, não especificados:

e585 Serviços, sistemas e políticas relacionadas com a educação e formação profissional (*mecanismos de controlo administrativo de acesso ao ensino público ou privado, programas de educação baseados nas necessidades especiais do aluno, incluindo tamanho das turmas, apoios educativos, cantina escolar e serviços extraescolares*).

ANEXO 6

MATRIZ DOS INDICADORES DE AVALIAÇÃO DO PNSE E FONTE DE DADOS

94

Indicadores	Numerador/Denominador	Processo: (1) Gestão (2) Cobertura Resultado (3) Outcomes (4) Outputs				Fonte de dados
		1	2	3	4	
1. Percentagem de AE abrangidos PNSE a. AE: inclui os Agrupamentos de Escola e as Escolas não Agrupadas, cujo VR é: 811 AE+36 Escolas n/AE b. Abrangido pelo PNSE: inclui a realização de pelo menos uma atividade do Programa)	Numerador: N.º de AE abrangidos pelo PNSE Denominador: N.º total de AE		X			DGEEC AE
2. Percentagem de EEE abrangidos pelo PNSE, segundo o nível de Educação e Ensino (EE). a. Nível de Educação e Ensino (EE): inclui a Educação pré-escolar, o Ensino Básico (1.º CEB, 2.º CEB, 3.º CEB) e o Ensino Secundário (ES) b. (VR: 9.400 EEE)	Numerador: N.º de EEE abrangidos pelo PNSE, segundo o nível de EE Denominador: N.º total de EEE segundo o nível de EE		X			DGEEC AE
3. Percentagem de crianças/alunos/as abrangidos pelo PNSE, segundo o nível de EE. (VR: 1.600.000 crianças/alunos/as)	Numerador: N.º de crianças/alunos/as abrangidos pelo PNSE, segundo o nível de EE Denominador: N.º total de crianças/alunos/as matriculadas/os segundo o nível de EE		X			DGEEC AE
4. Percentagem de docentes abrangidos pelo PNSE segundo o nível de EE. (VR: 136.000 docentes).	Numerador: N.º de docentes abrangidos pelo PNSE, segundo o nível de EE Denominador: N.º total de docentes dos AE, segundo o nível de EE		X			DGEEC AE
5. Percentagem de não docentes abrangidos pelo PNSE. (VR: 73.000 não docentes).	Numerador: N.º de não docentes abrangidos pelo PNSE, segundo o nível de EE Denominador: N.º total de não docentes segundo o nível de EE		X			DGEEC AE
6. Percentagem de AE abrangidos pelo PNSE que desenvolvem Projetos PES. (VR: 400 PAPES)	Numerador: N.º de AE abrangidas pelo PNSE que desenvolvem Projeto PES Denominador: N.º total de AE abrangidos pelo PNSE	X				AE ACES
7. Percentagem de EEE abrangidos pelo PNSE que desenvolvem Projetos PES, segundo o nível de EE. Com Projeto PES: ter o Formulário de Candidatura preenchido e enviado para o Responsável Regional do PNSE	Numerador: N.º de EEE abrangidos pelo PNSE, que desenvolvem Projetos PES, segundo o nível de EE Denominador: N.º total de EEE abrangidos pelo PNSE, segundo o nível de EE	X				AE ACES
8. Percentagem de crianças/alunos/as, dos EEE abrangidas/os pelo PNSE, alvo de ações de Educação para a Saúde (EpS) integradas em Projetos PES, segundo o nível de EE.	Numerador: N.º de crianças/alunos/as dos EEE abrangidas/os pelo PNSE, alvo de ações de EpS integradas em Projetos PES, segundo o nível de EE Denominador: N.º total de crianças/alunos/as dos EEE abrangidas/os pelo PNSE e com Projetos PES, segundo o nível de EE			X		AE ACES
9. Percentagem de docentes dos EEE abrangidos pelo PNSE alvo de ações de EpS integradas em Projetos PES segundo o nível de EE.	Numerador: N.º de docentes dos EEE abrangidos pelo PNSE, alvo de ações de EpS integradas em Projetos PES, segundo o nível de EE, Denominador: N.º total de docentes dos EEE abrangidos pelo PNSE, com Projetos PES, segundo o nível de EE.			X		AE ACES

Cont. do Anexo 6

95

Indicadores	Numerador/Denominador	*Processo: (1) Gestão (2) Cobertura Resultado (3) Outcomes (4) Outputs				Fonte de dados
		1	2	3	4	
10. Percentagem de não docentes, dos EEE abrangidos pelo PNSE, alvo de ações de EpS integradas em Projetos PES.	Numerador: N.º de não docentes dos EEE abrangidos pelo PNSE, alvo de ações de EpS integradas em Projetos PES					AE ACES
	Denominador: N.º total de não docentes dos EEE abrangidos pelo PNSE, com Projetos PES				X	
11. Percentagem de crianças/alunos/as, cujos pais/mães ou encarregados/as de educação, dos EEE abrangidos pelo PNSE, foram alvo de ações de EpS integradas em Projetos PES segundo o nível de EE.	Numerador: N.º de alunos/as, cujos pais/mães ou encarregados/as de educação dos EEE abrangidos pelo PNSE, foram alvo de ações de EpS integradas em Projetos PES, segundo o nível de EE					AE ACES
	Denominador: N.º total de alunos/as, cujos pais/mães ou encarregados/as de educação dos EEE abrangidos pelo PNSE, com Projetos PES, segundo o nível de EE.				X	
12. Percentagem de alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE com um nível de literacia para a saúde excelente no 5.º, 7.º, 10.º e 12.º anos do Ensino Básico e Secundário (EBS)*.	Numerador: N.º de alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, com um nível de literacia para a saúde excelente, no 5.º, 7.º, 10.º e 12.º anos do EBS					ACES USP
	Denominador: N.º total de alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, no 5.º, 7.º, 10.º e 12.º anos do EBS			X		
13. Percentagem de docentes dos EEE abrangidos pelo PNSE com um nível de literacia para a saúde, excelente*.	Numerador: N.º de docentes dos EEE abrangidos pelo PNSE com um nível de literacia para a saúde excelente					ACES USP
	Denominador: N.º total de docentes dos EEE abrangidos pelo PNSE			X		
14. Percentagem de não docentes dos EEE abrangidos pelo PNSE com um nível de literacia para a saúde excelente*.	Numerador: N.º de não docentes dos EEE abrangidos pelo PNSE com um nível de literacia para a saúde excelente					ACES USP
	Denominador: N.º total de não docentes dos EEE abrangidos pelo PNSE			X		
15. Percentagem de alunos/alunas cujos pais/mães, encarregados/as de educação dos EEE abrangidos pelo PNSE com um nível de literacia para a saúde excelente*.	Numerador: N.º de pais/mães, E. Educação dos EEE abrangidos pelo PNSE, com um nível de literacia para a saúde excelente					ACES USP
	Denominador: N.º total de pais/mães, E. Educação dos EEE abrangidos pelo PNSE			X		
16. Percentagem de alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, com Projeto PES, que referem tomar o pequeno-almoço, diariamente, no 5.º, 7.º, 10.º e 12.º anos do EBS*.	Numerador: N.º de alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, com Projeto PES, que referem tomar o pequeno-almoço, diariamente, no 5.º, 7.º, 10.º e 12.º anos do EBS					ACES USP
	Denominador: N.º total de alunos/as dos EEE dos AE abrangidos pelo PNSE, com Projeto PES, no 5.º, 7.º, 10.º e 12.º anos do EBS			X		
17. Percentagem de alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, com Projeto PES, que referem consumir frutas e vegetais, diariamente, no 5.º, 7.º, 10.º e 12.º anos do EBS*.	Numerador: N.º de alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, com Projeto PES, que referem consumir frutas e vegetais, diariamente, no 5.º, 7.º, 10.º e 12.º anos do EBS					ACES USP
	Denominador: N.º total de alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, com Projeto PES, no 5.º, 7.º, 10.º e 12.º anos do EBS.			X		
18. Percentagem de alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, com Projeto PES, que referem praticar atividade física, diariamente, no 5.º, 7.º, 10.º e 12.º anos do EBS*.	Numerador: N.º de alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, com Projeto PES, que referem praticar atividade física, diariamente, no 5.º, 7.º, 10.º e 12.º anos do EBS					ACES USP
	Denominador: N.º total de alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, com Projeto PES, no 5.º, 7.º, 10.º e 12.º anos do EBS			X		

Cont. do Anexo 6

Indicadores	Numerador/Denominador	*Processo: (1) Gestão (2) Cobertura Resultado (3) Outcomes (4) Outputs				Fonte de dados
		1	2	3	4	
19. Percentagem de crianças/alunos/as dos EEE do pré-escolar (PE) e 1.º CEB, abrangidas pelo PNSE que escovam os dentes na escola.	Numerador: N.º de crianças/alunos/as dos EEE do PE e 1.º CEB, abrangidas pelo PNSE, que escovam os dentes na escola Denominador: N.º total de crianças/alunos/as dos EEE do PE e 1.º CEB, abrangidas/os pelo PNSE.			X		ACES USP
20. Percentagem de alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, com Projeto PES, que referem ter um período de sono adequado à idade no 5.º, 7.º, 10.º e 12.º anos do EBS*.	Numerador: N.º de alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, com Projeto PES, que referem ter um período de sono adequado à idade no 5.º, 7.º, 10.º e 12.º anos do EBS. Denominador: N.º total de alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, com Projeto PES, no 5.º, 7.º, 10.º e 12.º anos do EBS			X		ACES USP
21. Percentagem de alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, com Projeto PES, que referem atividade sexual protegida no 10.º e 12.º anos do ES*.	Numerador: N.º de alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, com Projeto PES, que referem atividade sexual protegida no 10.º e 12.º anos do ES Denominador: N.º total de alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, com Projeto PES, no 10.º e 12.º anos do ES			X		ACES USP
22. Percentagem de alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, com Projeto PES, que referem nunca ter consumido tabaco no 7.º, 10.º e 12.º anos do EBS*.	Numerador: N.º de alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, com Projeto PES, que referem nunca ter consumido tabaco no 7.º, 10.º e 12.º anos do EBS Denominador: N.º total de alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, com Projeto PES, no 7.º, 10.º e 12.º anos do EBS			X		ACES USP
23. Percentagem de alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, com Projeto PES, que referem nunca ter consumido bebidas alcoólicas no 7.º, 10.º e 12.º anos do EBS*.	Numerador: N.º de alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, com Projeto PES, que referem nunca ter consumido bebidas alcoólicas no 7.º, 10.º e 12.º anos do EBS Denominador: N.º total de alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, com Projeto PES, no 7.º, 10.º e 12.º anos do EBS.			X		ACES USP
24. Percentagem de alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, com Projeto PES, que referem nunca ter consumido substâncias psicoativas no 7.º, 10.º e 12.º anos do EBS*.	Numerador: N.º de alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, com Projeto PES, que referem nunca ter consumido substâncias psicoativas no 7.º, 10.º e 12.º anos do EBS Denominador: N.º total de alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, com Projeto PES, no 7.º, 10.º e 12.º anos do EBS			X		ACES USP
25. Percentagem de EEE abrangidos pelo PNSE com Projetos de Educação para o Ambiente e a Saúde (AS).	Numerador: N.º de EEE abrangidos pelo PNSE com Projetos de Educação para o AS Denominador: N.º total de EEE abrangidos pelo PNSE	X				AE ACES
26. Percentagem de EEE abrangidos pelo PNSE com Projetos de Educação para a Segurança Rodoviária e a Mobilidade Sustentável (SReMS).	Numerador: N.º de EEE abrangidos pelo PNSE com Projetos SReMS Denominador: N.º total de EEE abrangidos pelo PNSE	X				AE ACES
27. Percentagem de alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, que referem estar envolvidos em Projetos AS no 5.º, 7.º, 10.º e 12.º anos do EBS*.	Numerador: N.º de alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, que referem estar envolvidos em Projetos AS, no 5.º, 7.º, 10.º e 12.º anos do EBS. Denominador: N.º total de alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, no 5.º, 7.º, 10.º e 12.º anos do EBS.			X		AE ACES

96

Cont. do Anexo 6

97

Indicadores	Numerador/Denominador	Processo: (1) Gestão (2) Cobertura Resultado (3) Outcomes (4) Outputs				Fonte de dados
		1	2	3	4	
28. Percentagem de alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, que referem estar envolvidos em Projetos SReMS, no 5.º, 7.º, 10.º e 12.º anos do EBS*.	Numerador: N.º de alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, que referem estar envolvidos em Projetos SReMS, no 5.º, 7.º, 10.º e 12.º anos do EBS. Denominador: N.º total de alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, no 5.º, 7.º, 10.º e 12.º anos do EBS.				X	AE ACES
29. Percentagem de EEE abrangidos pelo PNSE que foram alvo de avaliação do risco para a saúde no ambiente escolar. <i>(Inclui espaço escolar, meio envolvente e qualidade ambiental)</i>	Numerador: N.º de EEE abrangidos pelo PNSE que foram alvo de avaliação do risco para a saúde no ambiente escolar. Denominador N.º total de EEE abrangidos pelo PNSE		X			ACES USP
30. Percentagem de EEE abrangidos pelo PNSE com baixo risco para a saúde no ambiente escolar e peri-escolar.	Numerador: N.º de EEE abrangidos pelo PNSE com baixo risco para a saúde no ambiente escolar e peri-escolar Denominador N.º total de EEE abrangidos pelo PNSE que foram alvo de avaliação do risco do ambiente escolar e peri-escolar.			X		ACES USP
31. Percentagem de crianças/alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, vítimas de acidente no ambiente escolar e peri-escolar, segundo o nível de EE.	Numerador: N.º de crianças/alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, vítimas de acidente no ambiente escolar e peri-escolar, segundo o nível de EE Denominador: N.º total de crianças/alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, seg. nível de EE			X		AE ACES
32. Percentagem de docentes dos EEE abrangidos pelo PNSE com formação em primeiros socorros/SBV, segundo o nível de EE.	Numerador: N.º de docentes dos EEE abrangidos pelo PNSE, com formação em primeiros socorros/SBV, segundo o nível de EE Denominador: N.º total docentes dos EEE abrangidos pelo PNSE, segundo o nível de EE			X		AE ACES
33. Percentagem de não docentes dos EEE abrangidos pelo PNSE com formação em primeiros socorros/SBV.	Numerador: N.º de não docentes dos EEE abrangidos pelo PNSE, com formação em primeiros socorros/SBV Denominador: N.º total de não docentes dos EEE abrangidos pelo PNSE			X		AE ACES
34. Percentagem de alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, que referem utilizar modos de transporte suaves nas deslocações diárias no 5.º, 7.º, 10.º e 12.º anos do EBS*.	Numerador: N.º de alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, que referem utilizar modos de transporte suaves nas deslocações diárias, no 5.º, 7.º, 10.º e 12.º anos do EBS Denominador: N.º total de alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, no 5.º, 7.º, 10.º e 12.º anos do EBS.		X			ACES USP
35. Percentagem de crianças/alunos/as dos EEE abrangidas/os pelo PNSE, sinalizadas/os à SE para cumprimento da vigilância da saúde, segundo o nível de EE.	Numerador: N.º de crianças/ alunos/as dos EEE abrangidas/os pelo PNSE, sinalizadas/os à SE para cumprimento da vigilância da saúde, segundo o nível de EE. Denominador: N.º total de crianças/alunos dos EEE abrangidas pelo PNSE, seg. o nível de EE.			X		ACES USP
36. Percentagem de alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE sinalizadas/os à SE para cumprimento da VASPR2 no final do 2.º ano do 1.º CEB. <i>(VASPR2: o cumprimento desta vacina pode ser verificado no SINUS).</i>	Numerador: N.º de alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, sinalizados/as para cumprimento com VASPR2 no final do 2.º ano do 1.º CEB Denominador: N.º total alunos/as dos EEE abrangidas pelo PNSE, no 2.º ano do 1.º CEB			X		ACES USP

Cont. do Anexo 6

Indicadores	Numerador/Denominador	Processo: (1) Gestão (2) Cobertura Resultado (3) Outcomes (4) Outputs				Fonte de dados
		1	2	3	4	
37. Percentagem de crianças/alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, com Plano de Saúde Individual (PSI), referenciadas/os por NSE, segundo o nível de EE.	Numerador: N.º de crianças/alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, com Plano de Saúde Individual (PSI) referenciadas por NSE, segundo o nível de EE					ACES USP
	Denominador: N.º total crianças/alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, referenciadas por NSE, segundo o nível de EE				X	
38. Percentagem de crianças/alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE sinalizadas/os para os NACJR por situações de maus tratos, segundo o nível de EE.	Numerador: N.º de crianças/ alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE sinalizadas para os NACJR por situações de maus tratos, seg. o nível de EE.					ACES USP
	Denominador: N.º total de crianças/alunos/as das Escolas abrangidos pelo PNSE, sinalizadas por maus tratos, segundo o nível de EE				X	
39. Percentagem de AE abrangidos pelo PNSE com atividades de sensibilização para a organização de serviços de segurança e saúde no trabalho.	Numerador: N.º de AE abrangidos pelo PNSE com atividades de sensibilização para a organização de serviços de segurança e saúde no trabalho					ACES USP
	Denominador: N.º total de AE abrangidos pelo PNSE				X	
40. Número de Protocolos com Instituições Científicas para apoio à formação e à investigação em SE.		X				DGS
41. Percentagem de Equipas de Saúde Escolar em que, pelo menos um elemento da equipa tem formação (em serviço ou não) sobre saúde escolar.	Numerador: N.º Equipas de SE em que, pelo menos 1 elemento da equipa tem formação em SE	X				ARS DGS
	Denominador: N.º total Equipas de SE					
42. Número de Orientações Técnicas (OT) produzidas sobre intervenções na escola.				X		DGS
43. Percentagem de Projetos de Investigação & Desenvolvimento realizados no âmbito da saúde escolar.	Numerador: N.º Projetos de I&D realizados no âmbito da saúde escolar					DGS
	Denominador: N.º total de Projetos				X	

98

* Indicador construído a partir das respostas ao Questionário de avaliação do Nível de literacia para a saúde e dos estilos de vida auto referidos pelos respondentes.

Por ordem de citação no texto:

- ¹ Diário do Governo n.º 294/1901, 28 de dezembro. Capítulo XI. Disposições gerais. Art. 108.º “Junto da Direção Geral da Instrução Pública, funcionam, com o fim de auxiliar o serviço de instrução primária: 1.º a inspeção sanitária escolar; 2.º a direção técnica das construções escolares (...) § 2.º A inspeção sanitária escolar é exercida por dois médicos, nomeados pelo Governo e pelos delegados e subdelegados de saúde”.
- ² European Network of Health Promoting Schools (ENHPS): *The alliance of education and health*. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications/Pre-2005/european-network-of-health-promoting-schools-the-alliance-of-education-and-health>
- ³ Health 2020: *the European policy for health and well-being* <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>
- ⁴ EUROPA 2020. *a strategy for smart, sustainable and inclusive growth*. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52010DC2020&from=EN>
- ⁵ Educação em Números - Portugal 2013. Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência (DGEEC) Ano letivo 2011/2012. Disponível em: <http://www.dgeec.mec.pt/np4/96/>
- ⁶ INE. Destaque ‘Dia Mundial da Saúde. 7 de abril 2002-2012.’ Publicado em 4 abril de 2014 <http://www.ine.pt/> Citado em: ‘Portugal. Infecção VIH/SIDA e Tuberculose em números’, pág. 35. DGS, 2013, outubro. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?PORTLET_ID=JSP&xpid=INE&PORTLET_UID=%23JSP%3Aine_cont_header_dest%23&PORTLET_NAME=ine_cont_header_dest&xpgid=ine_destaque&DESTAQUEStema=55538&DESTAQUESdata_inicial=&DESTAQUESdata_final=&DESTAQUESfreeText=dia+mundial&x=0&y=0
- ⁷ WHO - *NCD Country Profiles*, 2014 http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles2011/en/ http://www.who.int/nmh/countries/prt_en.pdf?ua=1 Portugal http://www.who.int/nmh/countries/prt_en.pdf?ua=1
- ⁸ Institute for Health Metrics and Evaluation. *The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy* – European Union and European Free Trade Association Regional Edition. Seattle, WA: IHME, 2013 www.healthmetricsandevaluation.org
- ⁹ *The Global Health Data Exchange (GHDx)*/Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), University of Washington. Consultada a 18 fevereiro 2014 em <http://viz.healthmetricsandevaluation.org/gbd-compare/>
- ¹⁰ Relatório da Rede de Referenciação de Psiquiatra da Infância e Adolescência (Documento Técnico de Suporte), edição CNSM/ACSS, 2011, acedido a 28/6/2014, página 16 e seguintes. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DOCUMENTO%20T%C3%89CNICO%20DE%20SUPORTE_RRH_PSIQ%20IA_VERS%C3%83O_%2023%20NOV.pdf
- ¹¹ Pinho M E R C, e outros. *Lesões músculo-esqueléticas relacionadas com as atividades desportivas em crianças e adolescentes: Uma revisão das questões emergentes*. Revista Motricidade. v. 9, n. 1 (2013). Disponível em <http://revistas.rcaap.pt/motricidade/article/view/2461>
- ¹² Eurosafe. *How to make Europe a safer place. Key areas for consideration in implementing the Council Recommendation on the prevention of injury and promotion of safety*. Working document of the Working Group of Governmental Experts on Injury Prevention and Safety Promotion. June, 2008. Disponível em: [http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/0/EE9D475AA6DAF58BC125747200411F14/\\$file/Implementatio%20Council%20Recom.pdf](http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/0/EE9D475AA6DAF58BC125747200411F14/$file/Implementatio%20Council%20Recom.pdf)
- ¹³ European Child Safety Alliance. *Priorities for Child Safety in the European Union: Agenda for Action*. European Consumer Safety Association (ECOSA). June. 2004. Disponível em: <http://www.childsafetyeurope.org/publications/info/priorities-child-safety.pdf>
- ¹⁴ WHO Regional Office for Europe (2004). *Children's health and environment: Developing national action plans – Fourth Ministerial Conference on Environment and Health “The Future for our children”*. Disponível (<http://www.euro.who.int/document/E86888.pdf>)

- ¹⁵ Elementos Estatísticos 2009-2010, Portugal - Direção-Geral da Saúde - Direção de Serviços de Informação e Análise. Disponível em: <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/elementos-estatisticos-2009-2010.aspx>
- ¹⁶ OMS. *Health in all policies: Helsinki statement*. Framework for country action. The 8th Global Conference on Health Promotion jointly organized by World Health Organization and Finland. Ministry of Social Affairs and Health. World Health Organization 2014. <http://www.who.int/healthpromotion/frameworkforcountryaction/en/>
- ¹⁷ Programa Nacional de Saúde Escolar. Despacho n.º 12.045/2006 (2.ª série). Publicado no Diário da República n.º 110 de 7 de Junho.
- ¹⁸ Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Eixo estratégico Equidade e acesso aos cuidados de saúde. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/>
- ¹⁹ OMS. *Health 2020. A European policy Framework and strategy for the 21st century*. World Health Organization, 2013. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/257881/H2020-SectoralBrief-Education_11-09-Eng.pdf?ua=1
- ²⁰ SHE network. Schools for Health in Europe network. <http://www.schools-for-health.eu/she-network>
- ²¹ 2013 CASEL GUIDE: *Effective Social and Emotional Learning Programs*. Preschool and Elementary School Edition. Collaborative for Academic, Social and Emotional Learning (CASEL), 2012. Disponível em: http://gse.buffalo.edu/gsefiles/documents/alberti/_2012%2080%20pg%20CASEL_Guide%20SOCIAL%20EMOTIONAL%20LEARNING%20.pdf
- ²² Kickbusch I, Pelikan J M, Apfel F & Tsouros A D. *Health literacy The solid facts*. WHO Regional Office for Europe, 2013. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/health-literacy-the-solid-facts>
- ²³ Direção-Geral dos Estabelecimentos Escolares <http://www.dgeste.mec.pt/index.php/escolas/>
- ²⁴ OMS. *First Conference of the European Network of Health Promoting Schools: "The Health Promoting School – an Investment in Education, Health and Democracy"*, Thessaloniki-Halkidiki, Greece, 1-5 May 1997
- ²⁵ Loureiro, I. & Miranda N. (2010). *Promover a Saúde, dos Fundamentos à Ação*. Coimbra: Almedina. p. 173.
- ²⁶ OMS. *2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*. World Health Organization, 2008.
- ²⁷ Saboga-Nunes L, Sorensen K. *The European Health Literacy Survey (HLS-EU) and its Portuguese cultural adaptation and validation (HLS-PT)*. Aten Primaria. 2013; 45:46.
- ²⁸ Saboga-Nunes L. Literacia para a saúde e a conscientização da cidadania positiva. Revista Referência. 2014; III Série – Suplemento: 95-9.
- ²⁹ Saboga-Nunes L, Cavalheiro G, Correia S, Santos A, Pinheiro P, Bauer U, Okan O. *Adolescents' health literacy as a buffer in a crises context of a legionella outbreak in Portugal (CrAdLiSa project HLS-EU-PT)* In: Education and New Developments, World Institute for Advance Research and Science, 3rd END, 26-29 Jun 2015, Porto, Portugal 2015. Porto, Portugal: END, 2015, pp. 184-188. ISBN 978-989-99389-2-2. Disponível em: <http://end-educationconference.org>
- ³⁰ A avaliação dos estilos de vida segue o enquadramento **RENASCERES**® (usado com permissão) abordando a Resiliência, Exercício e atividade física, Nutrição, Água, Sol, Confiança, Equilíbrio, Repouso, Empoderamento e Sentido de coerência com reforço das capacidades de compreensão, gestão e investimento, in Saboga-Nunes L. *Web-assisted tobacco intervention in Portuguese: intentions to make behavioural changes and behavioural changes*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. UNL; 2012. Tese elaborada no âmbito do Curso de Doutoramento em Saúde Pública. Especialidade em Promoção da Saúde ministrado pela ENSP. UNL. pp. 104-174
- ³¹ Safarjan E, B Goof, Ruiter S. *SHE online school manual: 5 steps to a health promoting school*. December 2013, Disponível em: <http://www.schools-for-health.eu/for-schools>
- ³² SHE. School for Health in Europe. *Rapid Assessment Tool*. Disponível em: <http://www.schools-for-health.eu/for-schools/rapid-assessment-tool>
- ³³ WHO. *Sexual and reproductive health. Defining sexual Health*. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/
- ³⁴ SHE. School for Health in Europe. *School health promotion: evidence for effective action* http://www.schools-for-health.eu/uploads/files/SHE-Factsheet_2_School%20health%20promotion_Evidence.pdf

- ³⁵ Direção-Geral da Educação. Educação para a saúde. Orientações para os bufetes escolares <http://www.dgidec.min-edu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=71>
- ³⁶ Circular nº 3/DSEAS/DGE/2013- Orientações sobre ementas e refeitórios escolares 2013/2014
- ³⁷ Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável <http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/pnpas/>
- ³⁸ Sistema de Planeamento e Avaliação de Refeições Escolares (SPARE) <http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt:8080/SPARE/apresentacao.php>
- ³⁹ WHO. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. 2011 e http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/en/ e <http://www.who.int/dietphysicalactivity/physical-activity-recommendations-5-17years.pdf?ua=1>
- ⁴⁰ Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Plano B. Disponível em <http://www.dgs.pt/pagina.aspx?f=1&lws=1&mcna=0&inc=&mid=5005&codigoms=0&codigono=683368347349AAA>
- ⁴¹ Crepon P. *Ritmo biológico da criança do recém nascido ao adolescente*. Ed. Verbo, Lisboa, 1985.
- ⁴² SHE. Factsheet 1. *State of the art: Health promoting Schools in Europe*, September 2013.
- ⁴³ DGE. Prevenção de Comportamentos Aditivos e Dependências. <http://www.dgidec.min-edu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=2>
- ⁴⁴ WHO. Regional Office for Europe. *Investing in Children: The European child and adolescents health strategy 2015-2020*. Aprovada na 64th session. Regional Committee for Europe. Copenhagen, Denmark, september 2014. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/64th-session/documentation/working-documents/eurrc6412-investing-in-children-the-european-child-and-adolescent-health-strategy-20152020>
- ⁴⁵ Lopes N. *Consumos terapêuticos de performance na população jovem: trajetórias e redes de informação*. Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT). Relatório estatístico 2014. Disponível em: http://www.cies.iscte.pt/Consumos_de_Performance.pdf
- ⁴⁶ Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD). Intervenção> Prevenção. <http://www.sicad.pt/PT/Intervencao/PrevencaoMais/SitePages/Home%20Page.aspx>
- ⁴⁷ WHO. *Health and the Environment in the WHO European Region. Creating resilient communities and supportive environments* http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/215645/HEALTH-AND-THE-ENVIRONMENT-IN-THE-WHO-EUROPEAN-REGION-Creating-resilient-communities-and-supportive-environments.pdf
- ⁴⁸ Decreto-Lei n.º 118/2013 de 20 de agosto, publicado no Diário da República, 1.ª série, n.º 159. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1s/2013/08/15900/0498805005.pdf> e, Portaria n.º 353-A/2013 de 4 de dezembro publicado no Diário da República, 1.ª série, n.º 235, disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2013/12/23501/0000200009.pdf>
- ⁴⁹ DGS e DGE. Hidratação adequada em meio escolar. Setembro de 2014. Disponível em: http://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2014/12/documento_hidrata%C3%A7%C3%A3o-em-meio-escolar_-digital.pdf
- ⁵⁰ Decreto -lei n.º 9/ 2007 de 17 de janeiro. Regulamento Geral do Ruído. Disponível em <https://dre.pt/application/dir/pdf1sdip/2007/01/01200/03890398.PDF>
- ⁵¹ Decreto-Lei n.º 73/2011 de 17 de Junho e Portaria n.º 187-A/2014 de 17 de setembro, que aprova o Plano Estratégico para os Resíduos Urbanos (PERSU 2020), para Portugal Continental, disponíveis em: http://www.apambiente.pt/_zdata/Políticas/Resíduos/DL_73_2011_DQR.pdf e [http://apambiente.pt/_zdata/DESTAQUES/2014/Portaria PlanoEstrategico_PERSU2020_final.pdf](http://apambiente.pt/_zdata/DESTAQUES/2014/Portaria_PlanoEstrategico_PERSU2020_final.pdf)
- ⁵² WHO. *Statement of the European Environment and Health Ministerial Board to the WHO Conference on climate and health* <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/pages/european-environment-and-health-process-ehp/governance/european-environment-and-health-ministerial-board-ehmb/statement-of-the-european-environment-and-health-ministerial-board-to-the-who-conference-on-climate-and-health>
- ⁵³ Making Cities Resilient: 'My City is getting ready!'. <http://www.unisdr.org/campaign/resilientcities/>
- ⁵⁴ *Disaster Resilience Scorecard for Cities*. Based on the "Ten Essentials" defined by the United Nations International Strategy for Disaster Risk Reduction (UNISDR) for Making Cities Resilient. Developed for UNISDR by IBM and AECOM. Working Document Version1.5, dated March10, 2014. Disponível em: http://www.unisdr.org/files/26462_manualparalideresdelosgobiernosloca.pdf

- ⁵⁵OMS/UN. Década de Ação pela Segurança no Trânsito - 2011 – 2020. <http://www.dgs.pt/?cr=20194>
- ⁵⁶Rio+20. United Nations Conference on Environment and Development, June 20-22, 2012. <http://www.uncsd2012.org/index.php?menu=117>
- ⁵⁷Parma Youth Declaration 2010. <http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2010/03/fifth-ministerial-conference-on-environment-and-health/documentation/parma-youth-declaration-2010>
- ⁵⁸World Health Organization, Regional Office for Europe (2013). *Governance for health equity in the WHO European Region*. [Internet]. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe; Disponível em <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/governance-for-health-equity-in-the-who-european-region>
- ⁵⁹Laflamme L, Sethi D, Burrows S, Hasselberg M, Racioppi F, Apfel, F. *Addressing the socioeconomic safety divide: a policy briefing*. WHO Regional Office for Europe, 2009.
- ⁶⁰Critérios de Qualidade para Escolas – EDS. *Guia para a melhoria da qualidade da Educação para o Desenvolvimento Sustentável*. Disponível em <http://www.cidaads.org>
- ⁶¹Manual de Utilização, Manutenção e Segurança das Escolas. Ministério da Educação. <http://www.drelvt.min-edu.pt/seg-esc/normativos-manual-utilizacao.pdf>
- ⁶²*Referencial de Educação Rodoviária para a Educação Pré-Escolar e o Ensino Básico*. Disponível em <http://www.dgdc.min-edu.pt/index.php?s=noticias¬icia=443>
- ⁶³Ciclando. *Plano de Promoção da Bicicleta e outros Modos Suaves, 2013-2020*. IMT, novembro de 2012. Disponível em: <http://www.imtt.pt/sites/imtt/portugues/planeamento/documentosdeReferencia/PlanoNacionalBicicleta/Paginas/PlanoNacionalBicicletaOutrosModosSuaves.aspx>
- ⁶⁴Manual de Primeiros Socorros. *Situações de Urgência nas Escolas, Jardins de Infância e Campos de Férias*. Edição do Ministério da Educação, Terceira edição revista, 2010. Disponível em: <http://www.dgdc.min-edu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=59>
- ⁶⁵Portaria n.º 413/99, de 8 de junho, publicada no Diário da República - I Série B, n.º 132 de 8/6/-1999. <https://dre.pt/application/dir/pdf1sdip/1999/06/132B00/32213228.pdf>
- ⁶⁶Meira, L. *Normas, Emergências Pediátricas e Obstétricas*. Manual TAS. Editor INEM (Departamento de Formação Emergência Médica), Versão 2.0 1ª Edição, 2012 ISBN 978-989-8646-01-9. Disponível em: <http://www.inem.pt/files/2/documentos/20140108172029436503.pdf>
- ⁶⁷Dinis A, Roque P, Usta V. *Primeiros Socorros nos Agrupamentos Escolares. Manual de Procedimentos*. UCC Girassol do ACES Cascais. 1.ª Edição, 2012.
- ⁶⁸A. Bohn. *Teaching resuscitation in schools: annual tuition by trained teachers is effective starting at age 10. A four-year prospective cohort study*. Disponível em: [http://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(12\)00038-X/abstract](http://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(12)00038-X/abstract)
- ⁶⁹Programa Nacional de Vacinação 2012. Esquema recomendado. Documentos e publicações. Disponível em: <http://www.dgs.pt/pagina.aspx?f=1&lws=1&mcna=0&inc=&mid=5005&codigoms=0&codigono=683368347177AAAAAAAAAAAA>
- ⁷⁰Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco (ASCJR). Rede de Núcleos da ASCJR <http://www.dgs.pt/ms/11/default.aspx?pl=&id=5526&acess=0>
- ⁷¹Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de Outubro, publicado no Diário da República, 1.ª série, n.º 193 de 6 de Outubro de 2009.
- ⁷²Convenção sobre os Direitos das Crianças. Disponível em: http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
- ⁷³Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Deliberação n.º 10/2003, publicada no Diário da República n.º 5 de 7 de janeiro de 2003. II.ª Série. Disponível em <http://www.dgsaude.pt/>
- ⁷⁴Lei n.º 102/2009 de 10 de Setembro com as alterações introduzidas pela Lei n.º 3/2014, de 20 de junho, art.º 71 e seguintes e alguns referenciais do Programa Nacional de Saúde Ocupacional, da DGS. Disponível em: <http://www.dgs.pt/saude-ocupacional/documentos-legais-e-normativos/legislacao-e-circulares.aspx?v=1dbf936d-52d0-4968-acc6-6a99051b4088>

⁷⁵ Report of the 4th European Conference on Health Promoting Schools: Equity, Education and Health. Odense, Denmark, 7-9 October 2013. Publicado em 2013, December.

⁷⁶ McQuillan M. Russell- Tucker C. Guidelines For a Coordinated Approach to School Health. *Addressing the Physical, Social and Emotional Health Needs of the School Community*. Connecticut State Department of Education. Bureau of Health/Nutrition, Family Services and Adult Education, 2007. Disponível em: http://www.sde.ct.gov/sde/LIB/sde/PDF/deps/student/Guidelines_CSH.pdf

⁷⁷ Organização Internacional do Trabalho (1981) *Emploi et Conditions du Travail des Enseignants*. Genève: Bureau International du Travail.

⁷⁸ CARLOTTO, Mary Sandra; LIBRELOTTO, Rejane; PIZZINATO, Adolfo e BARCINSKI, Mariana. Prevalência e fatores associados à Síndrome de *Burnout* nos professores de ensino especial. *Aná. Psicológica* [online]. 2012, vol.30, n.3, pp. 315-327. ISSN 0870-8231.

⁷⁹ Riscos psicossociais no trabalho. Comité dos Altos Responsáveis da Inspeção do Trabalho (SLIC). Disponível em: <http://www.act.gov.pt/pt-PT/CentroInformacao/campanhas/Documents/Avaliação%20de%20Riscos%20Psicossociais/Documento%20Informativo%20acerca%20da%20Campanha.pdf>

⁸⁰ POPH. Programa Operacional Potencial Humano. Glossário. Disponível em: http://www.poph.qren.pt/upload/docs/Glossário_POPH.pdf

⁸¹ Decreto-Lei n.º 137/2013 de 7 de outubro que republica o Decreto-lei n.º 28/2008 de 2 de fevereiro. https://www.ers.pt/uploads/document/file/3559/Decreto-Lei_n._137_2013_de_07_de_Out._Procede_5_altera_o_ao_DL_n._28_2008_de_22_de_fev_e_1_altera_o_ao_DL_n._81_2009_de_2_de_abril.pdf

⁸² Matos, M e Equipa Aventura Social. A Saúde dos Adolescentes Portugueses. Relatório do Estudo HBSC 2014. Aventura Social e Saúde. Dezembro de 2014. Disponível em: http://aventurasocial.com/arquivo/1428847863_RELATORIO%20HBSC%202014.pdf

⁸³ Instituto do Desporto de Portugal, I.P. O Livro Verde da atividade Física. Lisboa, Janeiro de 2011. Disponível em: http://observatorio.idesporto.pt/Multimedia/Livros/Actividade/LVerdeActividadeFisica_GERAL.pdf

⁸⁴ WHO. (2010). Global Recommendations on Physical Activity for Health. Geneva: WHO publications. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf?ua=1

⁸⁵ Laverack G. Working document for discussion at the 7th Global Conference on Health Promotion, "Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap". Nairobi, Kenya; 2009 out 26-30. Disponível em: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track2_Inner.pdf

⁸⁶ WHO. *Health Promotion, Community Empowerment*. 7th Global Conference on Health Promotion: Track themes. Disponível em <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track1/en/>

⁸⁷ Diário da República n.º 79, 1ª Série, de 22 de Abril de 2008. Decreto-Lei n.º 75/2008 de 22 abril.

⁸⁸ Saúde na Comunidade. *Guia Orientador para elaboração de indicadores*. DGS, DSMIA, 2003.

⁸⁹ Centro de Apoio Nacional à Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde. A Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde. Lisboa: Ministério da Educação; 2001.

⁹⁰ Last, J.M. (1988). *Um Dicionário de Epidemiologia*. 2ªed. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde.

⁹¹ Portugal. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA, IP). *Childhood Obesity Surveillance Initiative_COSI* Portugal. Direcção-Geral da Saúde: Rito AI, Paixão E, Carvalho MA, Ramos C. Lisboa: INSA, IP; 2011. Disponível em: <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/1109>

⁹² UNESCO (2009). *United Nations Literacy Decade*, International Strategic Framework for Action. Disponível em <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001840/184023e.pdf>, p.6.

⁹³ Literacia em saúde mental. *Capacitar as pessoas e as comunidades para agir*. Série Monográfica Educação e investigação em Saúde. N.º 8. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2014.

⁹⁴ Mitic W, Kanj M. *Individual Empowerment, working document for discussion at the 7th Global Conference on Health Promotion, "Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap":Health Literacy and Health Promotion. Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region*. Nairobi, Kenya; 2009 out 26-30.

- ⁹⁵ Direção-Geral da Saúde. (2011). *Maus tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*. Divisão de Comunicação e Promoção da Saúde no Ciclo de Vida. Lisboa: DGS. p.4 Disponível em <http://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco.aspx>
- ⁹⁶ Ciclando: *Promoção da Bicicleta e outros Modos Suaves*. Resolução da Assembleia da República n.º 3/2009. Diário da República, 1.ª série, n.º 25 de 5 de Fevereiro de 2009. Disponível em: http://www.imtt.pt/sites/IMTT/Portugues/Planeamento/DocumentosdeReferencia/PlanoNacionalBicicleta/Documentos/Resolucao_AR_3_2009.pdf
- ⁹⁷ WHO. *Child Growth Standards: Growth reference 5-19 years*. WHO Reference. 2007. Disponível em <http://www.who.int/growthref/en/>
- ⁹⁸ UNESCO, UNICEF, UNFPA, World Bank & WHO (2001). *Skills for Health, skills-based health education including life skills: an important component of a child-friendly/health Promoting School*. WHO Information series on school health, document 9.
- ⁹⁹ UNESCO, UNICEF, UNFPA, World Bank & WHO (2001). *Creating an Environment for Emotional and Social Well-being. An important responsibility of a health-Promoting and Child Friendly School*. WHO Information series on school health, document 10.
- ¹⁰⁰ Jones, S.M. & Bouffard, S.M. (2012). *Social and Emotional Learning in Schools, from programs to strategies*. Social Policy Report. *Society for Research in Child Development*, 26(4), 2-10.
- ¹⁰¹ Merrel, K.W. (2009). *Linking Prevention Science and Emotional and Social Learning: The Oregon Resiliency Project*. *Psychology in the Schools*, 47(1), 55-70.
- ¹⁰² Reyes, M.R., Brackett, M.A., Rivers, S.E., Elbertson, N.A. & Salovey, P. (2012). *The Interaction Effects of Program Training, Dosage, and Implementation Quality on Targeted Students Outcomes for the RULER Approach to Social and Emotional Learning*.
- ¹⁰³ Durlak J.A., Weissberg R.P., Dymnicki A.B., Taylor R.D., Schellinger K.B. (2011). *The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions*. *Child Development*, 82 (1), 405-432.
- ¹⁰⁴ Bridgeland J., Bruce M., Hariharan A. (s.d.). *The Missing Piece, a Report for Casel*. A National Teacher Survey on How Social and Emotional Learning can Empower Children and Transform Schools. Casel, Civic Enterprises, Hart Research Associates. P. 60. Disponível em: <http://www.casel.org/library/the-missing-piece>
- ¹⁰⁵ Cohn B., Merrell K. W., Felver-Grant J., Tom, K., Endrulat, N. (2009, February). *Strength-based assessment of social and emotional functioning: SEARS-C and SEARS-A*. Presented at the Meeting of the National Association of School Psychologists, Boston. Disponível em: <http://strongkids.uoregon.edu/SEARS.html>
- ¹⁰⁶ Armstrong, T. (2006). *The Best Schools. How Human Development Research should inform Educational Practice*. Association for Supervision and Curriculum Development. Library in Congress.
- ¹⁰⁷ Braconnier, A. (2003). *O Guia da Adolescência. À procura da identidade*. Lisboa: Prefácio
- ¹⁰⁸ Braconnier, A., Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- ¹⁰⁹ Fleming, M. (1993). *Adolescência e Autonomia. O desenvolvimento psicológico e a relação com os pais*. Porto: Edições Afrontamento-
- ¹¹⁰ Gardner, H. (1995). *Inteligências Múltiplas: a Teoria na Prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- ¹¹¹ Goleman, D. (2005). *Inteligência Emocional*.
- ¹¹² Goleman, D. (2006). *O Poder das Relações Humanas. Inteligência Social*. Campus
- ¹¹³ Meaker, N. (2006). *A new global education: Creating a balance between the modern world, a peaceful future and local realities*. Retirado em maio 26, 2013. Disponível em http://newglobaled.org/whole_child_education.html
- ¹¹⁴ Instituto Americano para a Aprendizagem e Desenvolvimento Humano. Aceder em http://www.institute4learning.com/multiple_intelligences.php

