



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
7º CURSO DE MESTRADO
EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA



PROMOÇÃO DA SAÚDE EM CONTEXTO ESCOLAR

Autores:

Magdalena Vieira

Sílvia Gaspar

Rosário Galante

Tércio Nóbrega

Santarém, junho de 2018



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM



7º CURSO DE MESTRADO
EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
UNIDADE CURRICULAR – PROMOÇÃO DA SAÚDE

PROMOÇÃO DA SAÚDE EM CONTEXTO ESCOLAR

ANÁLISE CRÍTICA DE UM ARTIGO

Autoras/n.º aluno:

Magdalena Vieira n.º. 170400180

Rosário Galante n.º. 160441005

Sílvia Gaspar n.º. 915011116

Tércio Nóbrega n.º. 170400169

Professor Orientador:

Maria do Carmo Figueiredo Pereira

Santarém, junho de 2018

PENSAMENTO

“A melhor forma de prever o futuro é criá-lo”

Peter Drucker

ABREVIATURAS, ACRÓMIOS E SIGLAS

- CSP – Cuidados de Saúde Primários
- DGE – Direção Geral de Educação
- DGS – Direção Geral de Saúde
- EECSP –Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública
- Ed. – Edição
- EpS – Educação para a Saúde
- EPS – Escola Promotora de Saúde
- et al.* – Entre outros
- f. – Folha
- IUHPE – International Union for Health Promotion and Education
- ME – Ministério da Educação
- MS – Ministério da Saúde
- NASN – National Association of School Nurses
- Nº /nº – Número
- p. – Página
- PNSE – Plano Nacional de Saúde Escolar
- PNS 2012-2016 – Plano Nacional de Saúde 2012-2016
- pp. – Páginas
- PRECEDER: Predisposição, Reforço e Empowerment, Considerados na Educação e Diagnóstico Ecológicos e de Recursos
- PROCEDER: Política, Regulação e Organização Conjugados na Educação e Desenvolvimento Ecológicos e de Recursos
- PrS – Promoção da Saúde
- PSE - Programa de Saúde Escolar
- REEPS – Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde
- UCC – Unidades de Cuidados na Comunidade
- WHO - World Health Organization

ÍNDICE

	f.
INTRODUÇÃO	8
1 – PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	10
1.1 – PROMOÇÃO DA SAÚDE EM CONTEXTO ESCOLAR.....	14
2 – ANÁLISE CRÍTICA DE ARTIGO SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM CONTEXTO ESCOLAR..	23
3 – CONCLUSÃO	39
4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41

ÍNDICE DE QUADROS

	f.
Quadro 1 – Artigo selecionado na base de dados ‘Medline complete’	24
Quadro 2 – Dados analisados na avaliação do PSE.....	25

ÍNDICE DE FIGURAS

	f.
Figura 1 – Modelo de Bronfenbrenner.....	27

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

	f.
Diagrama 1 – Modelo PRECEDER-PROCEDER	31

INTRODUÇÃO

O conceito de Promoção da Saúde (PrS) evoluiu ao longo dos tempos. Foi usado pela primeira vez por Marc Lalonde em 1974 (Oliveira, 2005) e ganhou relevo aquando da primeira conferência internacional sobre cuidados primários de saúde em 'Alma-Ata', no ano de 1978 (OMS, 1978). Oito anos mais tarde, dá-se a primeira conferência internacional sobre promoção de saúde, tendo dado origem à carta de Ottawa, onde foi definido o conceito de PrS, posteriormente adotado pela OMS. A OMS apresenta a formulação de estratégias, que visam a PrS, no âmbito dos estilos de vida, ambiente e envolvimento político e profissional (OMS, 1986). A PrS deve ser vista como um processo que visa a capacitação dos indivíduos e comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar (OMS, 1986).

O enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EECSP) deve ter uma intervenção centrada na comunidade com vista à capacitação e 'empowerment' das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e no exercício da cidadania, o que implica a consecução de atividades de PrS, EpS, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados (OE, 2010b), o que vai ao encontro do definido pelo Plano Nacional de Saúde extensão e revisão 2020, cujas orientações preveem, entre outras, a capacitação dos cidadãos, através de ações de literacia, para a autonomia individual e coletiva, e responsabilização pela sua própria saúde e mais participação (Direção Geral de Saúde (DGS), 2015a).

A escola é o contexto privilegiado para a PrS, tendo em conta a idade precoce das crianças que a frequentam e dado que as aprendizagens se fazem em espiral consoante o nível etário das crianças (Pereira, 2000). A OMS, indo ao encontro do referido, estabeleceu metas de saúde, tendo a PrS e os estilos de vida saudáveis uma abordagem privilegiada no ambiente escolar (Parecer n.º 14/2013). Em Portugal o Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE) é o referencial do sistema de saúde, que promove o desenvolvimento de competências na comunidade educativa, que lhe permite melhorar o seu nível de bem-estar físico, mental e social e contribuir para a sua qualidade de vida (DGS, 2015b).

O conceito Escola Promotora de Saúde (EPS), é aceite como uma abordagem à PrS, na medida em que a escola é uma via ideal à concretização dos princípios da PrS (DGS, 2001). A OMS

definiu, como EPS uma escola que fortalece sistematicamente a sua capacidade de criar um ambiente saudável para a aprendizagem (Direção Geral de Educação (DGE), 2014). A colaboração e articulação intersetorial da educação e da saúde tem sido fundamental na conceção de documentos orientadores para as escolas em matéria de EpS e de saúde escolar (DGE, 2014).

Na saúde escolar, o enfermeiro é um elemento fulcral na PrS, nomeadamente na promoção de estilos de vida saudáveis. De acordo com o National Association of School Nurses (NASN), (2016) a presença do enfermeiro nas escolas é uma mais valia para o estabelecimento de ensino, uma vez que permite o planeamento e execução de cuidados de enfermagem adaptados à comunidade escolar, indo ao encontro das necessidades reais identificadas.

‘Health promotion in schools: A multi-method evaluation of an australian school youth health nurse program’ é o título do artigo a partir do qual faremos uma análise crítica, mobilizando os conhecimentos adquiridos na unidade curricular promoção da saúde, assim como contributos de outras unidades curriculares e outros autores. O presente trabalho confirma assim a sua relevância, ao evidenciar a PrS como essencial na intervenção do enfermeiro, nomeadamente a PrS em contexto escolar.

Propomo-nos, neste sentido, com a elaboração deste trabalho:

- Analisar criticamente um artigo científico sobre PrS em contexto escolar, mobilizando os conhecimentos adquiridos ao longo deste percurso formativo;

Partindo deste objetivo, propomos como objetivos específicos:

- Compreender a importância da PrS como uma intervenção autónoma essencial na prática clínica de enfermagem.
- Enquadrar a temática em estudo na perspetiva internacional e nacional;

Apresentar os principais contributos da análise do artigo para a nossa prática clínica.

De forma a atingir os objetivos propostos, o presente trabalho será repartido estruturalmente em três partes. Na primeira será feito um enquadramento histórico e conceptual relativamente à PrS e PrS em contexto escolar. Na segunda será feita uma análise crítica ao artigo anteriormente referido, onde se pretende, analisar a importância da PrS na prática clínica de enfermagem e as suas implicações na manutenção do nível de bem-estar dos clientes. No último capítulo, serão apresentadas as conclusões e os principais contributos para a prática clínica de enfermagem, emergentes da elaboração deste trabalho.

1 – PROMOÇÃO DA SAÚDE

O conceito de PrS foi usado pela primeira vez por Marc Lalonde em 1974, que destacou a influência de fatores ambientais, comportamentos individuais e modos de vida na ocorrência de doenças e na morte. A estratégia de trabalho por ele apresentada preconiza que a PrS deve combinar as melhorias ambientais com as mudanças de comportamentos, o que reduz a morbidade e mortalidade prematuras (Oliveira, 2005).

O conceito de PrS integra também o conceito de saúde, que a OMS define como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de doença, e como um recurso para a vida. Neste âmbito a PrS deve ser vista de forma mais ampla, não apenas na prevenção da doença (World Health Organization (WHO), 1998).

Em termos históricos ocorreram mudanças no paradigma da saúde, que serão descritas, seguidamente, como revoluções da saúde, e que mostram o percurso da evolução da saúde de um paradigma com foco na prevenção da doença para um paradigma direcionado para a PrS. Nas duas primeiras revoluções o foco era a prevenção da doença. Na primeira revolução da saúde, que ocorreu durante a revolução industrial, com o surgimento das doenças infecciosas, a preocupação era centrada no agente infeccioso numa perspetiva biomédica. A segunda revolução, ocorre em meados do século XX, quando emerge a preocupação pelas doenças crónicas não transmissíveis, a prioridade da saúde é a prevenção dos comportamentos de risco. Por fim na terceira revolução da saúde, o foco incide sobre a PrS, na era dos cuidados de saúde primários (CSP), anos 70-80. A saúde era entendida como um recurso para a vida e a intervenção incide sobre o bem-estar. A ênfase recai na eficácia dos cuidados de saúde voltados para a comunidade e pela comunidade (Awofeso, 2004).

A PrS dá ênfase às influências socioambientais nos padrões de saúde, em vez de se focar nas causas individuais das doenças. Estas ideias vieram a ser aprofundadas pela OMS em 1986, na conferência internacional sobre PrS realizada em Ottawa (OMS, 1986). Antes disso, na primeira conferência internacional sobre cuidados primários de saúde em 'Alma-Ata' no ano de 1978, tinham sido dados os primeiros passos na definição do conceito de PrS (OMS, 1978).

A OMS apresenta a formulação de estratégias, que visam a PrS, no âmbito dos estilos de vida, ambiente e envolvimento político e profissional (OMS, 1986).

O conceito de PrS foi definido na Carta de Ottawa como

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 devem estar aptos 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 (OMS, 1986).

Segundo a OMS, o objetivo da PrS é a procura da equidade em saúde, isto é, a PrS pretende reduzir as desigualdades existentes nos níveis de saúde das populações pretendendo assegurar a igualdade de oportunidades e recursos, com o objetivo de capacitar de igual modo as diferentes populações, para a mais completa realização do seu potencial de saúde. Para atingir tal objetivo é necessário um meio favorável, acesso à informação, estilos de vida e oportunidades que permitam escolhas saudáveis, pois as populações não podem realizar o seu potencial de saúde se não forem capazes de controlar os fatores que a determinam (OMS, 1986).

A declaração de Jacarta vem corroborar a relevância da PrS, como um processo que visa a capacitação dos indivíduos e comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a favorecer (WHO, 1997). A PrS deve ser efetuada pelo e com o povo, e não sobre e para o povo. A PrS prevê o início e conservação de comportamentos não só salutareis, como também potenciadores das capacidades funcionais, físicas, psicológicas e sociais das pessoas (Dias, 2006).

As indicações provenientes da OMS vieram apresentar um novo modo de olhar a saúde, com especial foco na PrS, com sentido de políticas de saúde enriquecedoras do bem-estar pessoal e global (Whitehead *et al.*, 2008 e Pereira, 2017).

Nos dias atuais a PrS é vista como um processo mais abrangente, que reúne a comunidade e saúde dos indivíduos, saúde pública, CSP, política de saúde e equidade social, mas que pode conter elementos de educação para a PrS (Whitehead *et al.*, 2008 e Pereira, 2017). Segundo WHO (1998) a educação para a PrS contém a transmissão de informações respeitantes às condições sociais, económicas e ambientais com influência sobre a saúde, bem como condições de risco individual e condutas de risco.

Segundo Pereira (2017) a PrS pode ser encarada na perspetiva de um conceito amplo, que engloba atividades de EpS. Um elemento primário na PrS é a EpS, explicada como uma ação usada sobre os indivíduos no sentido de modificar os seus comportamentos, a fim de obterem e manterem práticas de vida saudáveis, aprenderem a usar judiciosamente os serviços de saúde, que têm à sua disposição e estarem aptos para tomar, individual ou coletivamente, as decisões que envolvem a melhoria do estado de saúde e o saneamento do meio em que vivem (Dias,

2006). Os enfermeiros, que por vezes centram as suas intervenções apenas na doença, deverão adotar uma abordagem mais direcionada para a promoção da saúde.

As intervenções de enfermagem podem ser compreendidas como uma ação ininterrupta ao longo do processo de mudança e antecedida pelo seu entendimento, devem proporcionar conhecimento e empowerment, no sentido da PrS e para incentivar respostas salutaras às mudanças. O conceito de capacitação ou 'empowerment'. É um processo pelo qual as pessoas obtêm um maior domínio sobre as decisões e ações que influenciam a sua saúde, para que se tornem aptas de expor as suas necessidades, indicar as suas preocupações e elaborar estratégias de participação na tomada de decisões para atender às suas privações (Machado e Godinho, 2015).

O processo de capacitação dos indivíduos e comunidades vai atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, agindo sobre os determinantes da saúde, incluindo uma maior participação dos cidadãos no controle deste processo (OMS,1986). A falta de capacitação pode gerar ansiedade que só é substituída pela devida segurança a partir do momento em que a pessoa consiga fazer uma eficaz gestão da doença e organização da dinâmica nos cuidados (Rocha e Sena, 2008).

O enfermeiro de cuidados gerais contribui para a PrS, mobilizando os seus conhecimentos técnico-científicos na definição de diagnósticos de situação, no estabelecimento de planos de ação atendendo às políticas de saúde e sociais, bem como os recursos disponíveis no contexto em que está inserido. O enfermeiro no âmbito da EpS, dota os cidadãos de conhecimentos, capacidades, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas ao seu projeto de saúde (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2011).

Por sua vez o EECSP desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade, responsabilizando-se por identificar e responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade) de determinada área geográfica, em diferentes contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados. Estabelece as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto socioeconómico e político. Participa na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e 'empowerment' das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e no exercício da cidadania. Deste modo, evidenciam-se as atividades de PrS, EpS, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados (OE, 2010b).

A DGS (2015a) sugere a inclusão dos diversos setores em relação a medidas que fomentem a redução da desigualdade e a melhoria das circunstâncias da população em geral face aos determinantes sociais. O aumento da governação dos CSP, hospitalares e continuados, para que a tomada de decisão seja a mais efetiva e monitorizada e que, o cidadão, tenha acesso de modo mais célere aos cuidados de saúde que necessita.

A DGS (2015a) supõe que os proveitos em saúde advirão da melhor adaptação entre necessidades de saúde e serviços, e da melhor afinidade entre recursos e resultados, ou seja, da melhor execução, tendo em vista a melhoria da saúde da população, a sustentabilidade do sistema de saúde e o empenho e participação das comunidades e das suas organizações.

O modelo conceptual da DGS (2015a) assenta em quatro eixos estratégicos: cidadania em saúde; equidade e acesso adequado aos cuidados de saúde; qualidade em saúde; políticas saudáveis. A cidadania em saúde é dependente de fenómenos biológicos, comportamentais, socioeconómicos e ambientais, tendo surgido a Cidadania em Saúde, em 1978, na declaração de 'Alma-Ata' como "o direito e dever das populações em participar individual e coletivamente no planeamento e prestação dos cuidados de saúde". A pessoa deve ser vista como central no sistema de saúde, é um essencial agente de participação e de mudança. Por isso, tem o direito e o dever de influir as deliberações em política de saúde que afetam a totalidade da população, no cumprimento dos seus distintos papéis. A pessoa deve ser capacitada para assumir a responsabilidade de lutar pelos interesses da saúde coletiva e da sua própria saúde (OMS, 1978).

A equidade e acesso apropriado aos cuidados de saúde é um pilar para a melhoria do estado de saúde dos Homens. Obter-se-ão mais facilmente ganhos em saúde se existir melhor adequação entre as necessidades de saúde e as respostas dos serviços, e se existir melhor relação entre os recursos existentes e resultados obtidos (DGS, 2015a).

As políticas saudáveis representam um conceito abrangente, que responsabiliza não só o sector da saúde, mas também todos os outros, por exemplo a educação, a segurança social, o ambiente, tanto a parte do setor público, como do setor privado e do terceiro setor. Todos devem cooperar para a proliferação de ambientes promotores da saúde e do bem-estar das populações, certificando que cada ser humano tenha idêntica possibilidade de fazer opções salutareas e de acatar, de modo absoluto, o seu potencial de saúde e o seu direito a uma vida longa e saudável (DGS, 2015a).

A DGS (2015a) propõe a promoção da abordagem intersectorial e de saúde em todas as políticas nos distintos níveis de atuação. O acréscimo de estratégias intersectoriais que promovam a saúde, diminuindo os fatores de risco (tabagismo, obesidade, ausência de atividade física, álcool). O reforço de execução das estratégias e ferramentas no campo das políticas saudáveis, com base no reconhecimento de prioridades em saúde, com controlo e atualização periódica. O

acréscimo de sistemas de vigilância epidemiológica em relação aos determinantes de saúde e aos elementos de risco com maior impacto em ganhos de saúde com igualdade. O reforço dos sistemas de supervisão de alertas de saúde pública, promovendo a deteção prematura e coordenação de resposta a essas emergências.

Segundo a perspetiva da PrS, as opções saudáveis ficam mais fáceis de tomar pelo indivíduo sendo precisamente o poder da escolha a sua essência. Desta forma, os promotores de saúde devem informar os indivíduos e as comunidades quanto às vantagens e desvantagens das várias opções relativas às questões de saúde e os recursos devem estar disponíveis de forma a possibilitar a opção escolhida. Assim, a tomada de decisão informada é o princípio da PrS e a EpS (OMS, 1989).

O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (PNS 2012-2016) (DGS, 2012) apresenta quatro aspetos cruciais, para que os cidadãos tenham uma cultura de cidadania: promoção da literacia em saúde, capacitação, 'empowerment' e participação. De acordo com Pereira (2017) para que as pessoas entendam a saúde como um recurso para a vida e participem ativamente, a informação deve ser acompanhada pelo desenvolvimento de competências.

A literacia em saúde é o elemento chave para que as pessoas possam tomar decisões informadas sobre a sua saúde. De acordo com a WHO (1998), a literacia em saúde é o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para acederem à compreensão e ao uso da informação de forma a promover e manter a saúde. Literacia em saúde é assim uma componente chave da aprendizagem ao longo da vida, que permite às pessoas tomarem decisões fundamentadas por via do conhecimento.

O acesso à educação e à informação são essenciais para alcançar a participação efetiva e o 'empowerment' das pessoas e comunidades, neste sentido a PrS em contexto escolar ganha a sua relevância, pela capacidade que as crianças têm em aprender coisas novas.

1.1 – PROMOÇÃO DA SAÚDE EM CONTEXTO ESCOLAR

A escola, é um espaço socialmente reconhecido, que contribui na construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo e interfere diretamente na produção social da saúde, na medida em que atua na inclusão social. É um local excelente de PrS, tendo em conta a idade precoce das crianças que a frequentam e dado que as aprendizagens se fazem em espiral consoante o nível etário das crianças. Se as crianças aprenderem precocemente,

na fase inicial da escolaridade, ou seja, na educação pré-escolar, a valorizar a sua saúde e a dos outros, aprenderem a respeitar o ambiente, a fazerem escolhas e a desenvolverem o sentido crítico, serão no futuro, cidadãos responsáveis e dotados das competências e conhecimentos necessários a evitar comportamentos, que ponham em risco a sua saúde e daqueles que os rodeiam e a preservar o meio ambiente (Pereira, 2000).

A escola, enquanto ambiente específico, é capaz de oferecer condições concretas para a implementação de estratégias globais e, deve beneficiar de estratégias que forneçam aos professores, pais, alunos e outros membros da comunidade um conjunto de princípios e ações de PrS (Mota, 2011).

Desde 1989, que com a convenção sobre os Direitos da Criança, ficou definido que todas as crianças têm direito à educação, saúde e segurança. A ideologia das EPS remonta, aos princípios da Carta de Ottawa (OMS, 1986) e, mais tarde, aos da Declaração de Jacarta (WHO, 1997), onde sobressai a importância da criação de programas de PrS sustentáveis, reforçando a importância de uma abordagem intersectorial (Mota, 2011).

Desde do século passado que as políticas de saúde têm refletido preocupação, relativamente ao papel da escola como promotora da saúde. A OMS, em 'Health for all', estabeleceu metas de saúde, prevendo na meta treze que a PrS e os estilos de vida saudáveis tenham uma abordagem privilegiada no ambiente escolar, de modo a que em 2015, 50% das crianças que frequentem o jardim-de-infância e 95% das que frequentem a escola integrem estabelecimentos de educação e ensino promotores da saúde (OMS, 1999).

Em Portugal, a saúde escolar ao longo da sua história, iniciada e mantida durante todo o século XX, tem sofrido diversas reformas, numa tentativa de a adequar às necessidades da escola e às preocupações de saúde emergentes (Pina *et al.*, 1990). Até 1971, o Ministério da Educação (ME), organizou a intervenção médica na escola através dos centros de medicina pedagógica, vocacionados para atividades médicas e psicopedagógicas, limitando-a, porém, aos concelhos de Lisboa, Porto e Coimbra. Entre 1971 e 2001, os ME e Ministério da Saúde (MS) dividiram responsabilidades no exercício da saúde escolar, intervindo na escola com os mesmos objetivos, mas utilizando metodologias distintas. Em 1993, os centros de medicina pedagógica foram extintos (DGS, 2006).

Entretanto, mudanças significativas ocorreram nos sistemas de saúde e de educação, novas estratégias, novas formas de gestão, novas orgânicas em ambos os ministérios. Assim, impõem-se novas formas de operacionalizar a saúde escolar e de avaliar o seu impacto, tendo sempre em conta, que a escola deve continuar a ser a grande promotora da saúde (DGS, 2006). Desde 2002, que o MS tem a tutela da saúde escolar, competindo a este a sua implementação, no território nacional, aos centros de saúde. A orientação técnico-normativa tem sido, até agora, o

programa nacional de saúde escolar, tendo o último sido aprovado pelo Despacho nº 7/2015 de 20 de julho.

A PrS na escola é fundamental, a efetividade e sustentabilidade das intervenções de saúde escolar dependem da integração da PrS no currículo dos alunos. O sucesso da saúde escolar é o sucesso da PrS na escola, quando o trabalho dos intervenientes no processo for complementar (DGS, 2006). Em Portugal o PNSE é o referencial do sistema de saúde, que promove o desenvolvimento de competências na comunidade educativa, que lhe permite melhorar o seu nível de bem-estar físico, mental e social e contribuir para a sua qualidade de vida. O PNSE, foi concebido tendo em conta o PNS 2012-2016 e a sua revisão e extensão 20-20, os objetivos e estratégias da OMS para a região Europeia, 'Health 2020' e os princípios das EPS, 'School for Health in Europe' (DGS, 2015b).

O novo paradigma de intervenção da saúde escolar visa contribuir para obtenção de ganhos em saúde através da promoção de contextos escolares favoráveis à saúde. No quadro conceptual do PNSE, constitui-se como núcleo central das intervenções da saúde escolar, a PrS, destacando-se em particular a saúde mental. O PNSE destina-se a toda a comunidade educativa desde os jardins-de-infâncias ao ensino secundário e das instituições com intervenção em meio escolar e permite, assim, organizar um conjunto de intervenções da responsabilidade de uma equipa multidisciplinar, que envolve tanto os professores como os vários técnicos de saúde (DGS, 2015b).

O PNSE determina o direito à saúde e à educação a todas as crianças e jovens, proporcionando a oportunidade de frequentar uma escola que promova a saúde e o bem-estar.

Os objetivos do PNSE são (DGS, 2015b):

- Promover estilos de vida saudáveis 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 alunos;
- Estabelecer parcerias para a qualificação profissional, a investigação e a inovação em PrS e EpS em meio escolar.

O PNSE define como eixos estratégicos e áreas de intervenção (DGS, 2015b):

1º Eixo: Capacitação, cujas áreas de intervenção são saúde mental e competências socioemocionais, educação para os afetos e 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.

2º Eixo: Ambiente escolar e saúde, com áreas de intervenção no desenvolvimento sustentável, ambiente escolar seguro e saudável, avaliação dos riscos ambientais para a saúde, prevenção dos acidentes e primeiros socorros.

3º Eixo: Condições de saúde, sendo as áreas de intervenção, saúde de crianças e jovens, necessidades de saúde especiais, saúde de docentes e não docentes.

4º Eixo: Qualidade e inovação.

5º Eixo: Formação e investigação em saúde escolar.

6º Eixo: Parcerias.

A responsabilidade pela coordenação e implementação do PNSE, a nível regional, cabe ao representante designado pela administração regional de saúde, e ao nível local, aos centros de saúde, que para o efeito constituirão as equipas de saúde escolar necessárias, tendo por base o cálculo de 24 horas/semana por cada grupo de 2500 alunos (DGS, 2015b).

O PNSE “assume um papel ativo na gestão dos determinantes da saúde da comunidade educativa, constituindo as equipas de saúde escolar a interface com o sistema educativo para a sua implementação”, no Jardim-de-infância e nas Escolas do Ensino Básico e Secundário (DGS, 2015b).

A PrS e a EpS, têm um papel fundamental para o desenvolvimento de cidadãos e sociedades saudáveis, sustentáveis e felizes, razão pela qual contribui para as metas e objetivos definidos pela OMS para a saúde e bem-estar na Europa – saúde 2020, para a Estratégia da União Europeia 2020, no que respeita ao crescimento sustentável e à educação inclusiva e, para Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável, das Organização das Nações Unidas. A IX conferência mundial sobre PrS (2016), vem também reforçar a importância de promover a saúde e melhorar o nível de literacia para a saúde num contexto global de promoção do desenvolvimento sustentável (DGE, 2017). É por isso fundamental melhorar o nível de saúde, através de estratégias de PrS mais eficazes, e de valorizar os setores fora da Saúde (DGS, 2015a).

De acordo com Rocha *et al.* (2016) a evidência científica tem demonstrado, que grande parte das doenças são consequência de comportamentos de risco neste sentido, a escola é um dos locais de excelência para a PrS, não só direcionada para o aluno, mas também a toda a comunidade educativa. Também o PNSE vem reforçar esta premissa salientado que a escola, ao constituir-se como um espaço seguro e saudável, está a facilitar a adoção de comportamentos favoráveis à saúde, encontrando-se por isso, numa posição ideal para promover e manter a saúde na comunidade educativa e na comunidade envolvente, pelo que é fundamental que todos se consciencializem de que a par do trabalho de transmissão de saberes organizados em disciplinas,

à escola compete também, educar para os valores, promover a saúde, a formação e a participação cívica dos alunos, num processo de aquisição de competências que sustentem as aprendizagens ao longo da vida e promovam a autonomia (DGS, 2015b).

A primeira escola da criança é a família, constituindo por isso, um elemento preponderante na atenuação das fragilidades inerentes ao binómio saúde-doença e na potenciação dos comportamentos salutogénicos. Melhorar a saúde implica uma corresponsabilização social, em que todos os setores devem estar envolvidos quando as suas atividades têm impacto sobre a saúde dos indivíduos e dos grupos (DGS, 2015b).

Conceito de Escolas Promotoras de Saúde

O conceito EPS, foi debatido no princípio dos anos 80 e é hoje aceite como uma abordagem à PrS, na medida em que a escola é uma via ideal à concretização dos princípios da PrS (DGS, 2001). Em 2009, a OMS em definiu assim, como EPS

uma escola que fortalece sistematicamente a sua capacidade de criar um ambiente saudável para a aprendizagem. A EPS é, assim, um espaço em que todos os membros da comunidade escolar trabalham, em conjunto, para proporcionar aos alunos, professores e funcionários, experiências e estruturas integradas e positivas que promovam e protejam a saúde (DGE, 2014).

Em 1992, foi criada a iniciativa das EPS, através da Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde (REEPS), tendo decorrido na Grécia em 1997 a primeira conferência. A REEPS é um investimento em educação, saúde e democracia e tem por base a ideia de que a escola é um setor importante para as crianças, onde elas podem aprender e desenvolver competências para melhorar a sua saúde (Mota, 2011). As EPS ajudam os países a atingir as metas e os objetivos das políticas da OMS para a saúde e o bem-estar, ‘Health 2020’ e Europa 2020 (DGS, 2015b).

Quanto a Portugal a adesão à REEPS, foi em 1994, altura em que iniciou a sua atividade com uma experiência piloto. É a partir de 1997, que os ME e MS decidiram alargar a rede nacional, trabalhando em conjunto assumindo que o investimento era capaz de traduzir ganhos em saúde (Faria & Carvalho, 2004 Citado por Rocha *et al.*, 2016). Em 1998 é publicado o Despacho n.º 271/98, onde se clarificam e definem os níveis de corresponsabilização do cada ministério no âmbito do apoio à RNEPS, em termos de PrS, bem como os encargos financeiros decorrentes (DGS, 2018). A parceria para desenvolver um trabalho conjunto de forma a melhorar a saúde entre todos os envolvidos na vida da escola, constituiu o ponto fulcral da EPS (DGS, 2001).

Para as EPS, o sistema de ensino é veículo ideal para uma concretização mais eficaz da PrS, numa fase da vida em que a aquisição de conhecimentos está mais facilitada, privilegiando a abordagem de questões referentes ao desenvolvimento de estilos de vida saudáveis, à adaptação

do ambiente físico e social da escola mais promotora de saúde ou mesmo à manutenção da saúde de toda a comunidade escolar alargada (DGS, 2001). O conceito de EPS, é dinâmico e tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento das pessoas e das comunidades para que possam lutar por um melhor bem-estar, conceito também comum à educação (DGS, 2001).

Segundo a REEPS, para que possa haver na prática, de forma integrada, com economia de meios e adequada orientação de esforços, a construção de uma verdadeira EPS, deve assentar em quatro áreas concorrenciais (DGS, 2001):

- Na dimensão curricular: enquanto ligação com a vida, por forma ao aproveitamento e utilidade da aprendizagem. Neste sentido, a experiência ou vivência dos alunos torna-se fundamental, tanto na expressão como na partilha das suas dúvidas e perplexidades, das suas angústias e desânimos, porque é aqui que radica, em grande parte, o fenómeno da desmotivação.
- Na dimensão psicossocial: que sendo imanente à organização escolar, deve ter em conta a qualidade das interações geradas no seu interior. Sendo que o modo como a Escola se percebe determina, igualmente, uma certa forma de estar, indispensável à construção de um bom clima, de que a cultura da escola, enquanto centro de exigência e qualidade, sairá sempre beneficiada.
- Na dimensão ecológica: tendo em vista a qualidade do meio físico e alimentar. Neste âmbito ganham particular, acuidade a manutenção e preservação da salubridade, a segurança e o conforto das instalações, bem como a confeção e distribuição dos alimentos, assim como a boa gestão dos refeitórios e cantinas.
- Na dimensão comunitária: enquanto Escola socialmente parceira no seu espaço natural, capaz de realizar um conjunto de trocas atinentes ao enriquecimento sociocultural da sociedade onde está inserida. Chamando ao Projeto Educativo todos os potenciais interessados e motivando outros mais distraídos e devolvendo à comunidade recursos humanos necessários cada vez mais qualificados.

Em 1999 foi criada, a comissão de coordenação da PrS e EpS, incumbida de coordenar a intervenção para a PrS em meio escolar, na prossecução das áreas de intervenção prioritárias, alimentação, saúde oral, sexualidade, segurança, vacinação (hepatite B), uso e abuso de substâncias lícitas e ilícitas e SIDA (DGE, 2014).

Em 2006 os ME e MS reafirmaram, através da assinatura de um protocolo, o compromisso de incrementar modelos de parceria para a implementação dos princípios das EPS (DGS, 2006). A escola e a saúde trabalham em parceria, com o apoio da restante comunidade, para a promoção da literacia em saúde, da equidade em educação e em saúde e na melhoria dos

indicadores de saúde, que se pretende que as escolas, progressivamente, integrem e assumam nas suas práticas quotidianas (DGE, 2014).

A DGE e a DGS, estabeleceram um protocolo de colaboração com o serviço de intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências em 2014. Neste protocolo podemos ler que, a PrS e educação para a saúde (EpS) em meio escolar é um processo contínuo que visa o desenvolvimento de competências das crianças e dos jovens, permitindo-lhes confrontarem-se positivamente consigo próprios, construir um projeto de vida e serem capazes de fazer escolhas individuais, conscientes e responsáveis. A PrS e EpS na escola tem, também, como missão criar ambientes facilitadores dessas escolhas e estimular o espírito crítico para o exercício de uma cidadania ativa (DGE, 2017).

Após alguns anos em que a PrS e EpS dependia da adesão, por parte das escolas, à RNEPS, a partir de 2005 o projeto educativo de escola tem de incluir a área da EpS. Desde 2012, compete à DGE, através da direção de serviços de educação especial e apoios socioeducativos, conceber orientações e instrumentos de suporte às escolas no âmbito da implementação e acompanhamento de respostas na área de educação saúde entre outros (DGE, 2014). Em Portugal, a colaboração e articulação intersetorial da educação e da saúde tem sido fundamental na conceção de documentos orientadores para as escolas em matéria de EpS e de saúde escolar (DGE, 2014).

Para apoiar as escolas na adoção do conceito de EPS, a DGE lança o programa de apoio à PrS e EpS, dando enfoque nas seguintes áreas temáticas (DGE, 2014):

- Saúde Mental e Prevenção da Violência;
- Educação Alimentar e Atividade Física;
- Comportamentos Aditivos e Dependências;
- Afetos e Educação para a Sexualidade;

Tem como finalidades:

- Promover a literacia em saúde;
- Promover atitudes e valores que suportem comportamentos saudáveis;
- Valorizar comportamentos que conduzam a estilos de vida saudáveis;
- Criar condições ambientais para uma EPS;
- Universalizar o acesso à EpS em meio escolar;
- Qualificar a oferta da EpS em meio escolar;
- Consolidar o apoio aos projetos em meio escolar.

O enfermeiro como promotor de saúde em contexto escolar

Os enfermeiros enquanto profissionais de saúde possuem conhecimentos e competências para intervir na PrS na escola, otimizando capacidades de comunicação e cooperação, pelo que têm um papel determinante na operacionalização do PNSE.

Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, definidos pela OE (2001), orientam para a importância da intervenção do enfermeiro enquanto agente de educação para a e saúde, ao referir que, na procura constante pela excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a obterem o máximo potencial de saúde, através da identificação da situação de saúde da população e dos recursos da pessoa, família e comunidade.

Com a reforma dos CSP, publicada pelo decreto de lei nº 28/2008, surgem as unidades de cuidados na comunidade (UCC) são unidades que prestam cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis e atua na EpS. A carteira de serviços das UCC integra programas e projetos, como o PNSE, encontrando-se em estreita articulação com a unidade de saúde pública e restantes unidades funcionais dos agrupamentos de centros de saúde.

A equipa nuclear de saúde escolar é por isso constituída por profissionais de saúde multidisciplinares do agrupamento de centros de saúde, assumindo os enfermeiros na maioria dos casos o papel de interlocutores da saúde nas escolas, como um promotor privilegiado de saúde. O PNSE assume um papel de excelência na gestão dos determinantes de saúde de toda a comunidade educativa, com ganhos em saúde a médio e longo prazo (OE, 2013). Nesta perspetiva, e para que se possa alcançar ganhos em saúde e alterações de comportamento, a intervenção do enfermeiro é fundamental e deve trabalhar em cooperação com toda a população envolvida (docentes, não-docentes e encarregados de educação), assegurando supervisão e EpS de forma contínua (American Academy of Pediatrics, 2008).

A presença do enfermeiro nas escolas, pode assim constituir uma assinalável vantagem para o estabelecimento de ensino, uma vez que permite o planeamento e execução de cuidados de enfermagem adaptados à comunidade escolar, indo ao encontro das necessidades reais identificadas (NASN, 2016). Segundo o mesmo autor, existem diferentes áreas de atuação do enfermeiro em ambiente escolar: promoção do desenvolvimento integral da criança e do adolescente em contexto escolar; liderança nos processos de PrS e segurança, incluindo um ambiente escolar saudável; prestação de cuidados de saúde de qualidade e intervenção nos problemas reais e potenciais de saúde; avaliação clínica de enfermagem na prestação e gestão de situações de saúde; colaboração ativa com outros profissionais, de modo a estabelecer processos de adaptação, autogestão, autodefesa e aprendizagem, com as crianças, os adolescentes e as suas famílias.

O enfermeiro possui um contacto privilegiado com as pessoas e é responsável pela satisfação das necessidades individuais e coletivas, identificando problemas e intervindo de forma adequada. Na saúde escolar ele é um elemento fulcral na PrS, nomeadamente na promoção de estilos de vida saudáveis. Assim, nas escolas a sua intervenção tem como finalidade promover, proteger e recuperar a saúde do indivíduo em idade escolar, o mais precocemente possível, através de ações educativas e assistenciais (Barbosa, 2013).

Neste sentido, é da responsabilidade do profissional de enfermagem a realização de ações de EpS que promovam o desenvolvimento de competências das crianças e adolescentes, de forma a trabalhar e preparar a tomada de decisão no âmbito da saúde. Quando falamos em EpS, em idade escolar, temos de salientar a importância de dar a conhecer hábitos de vida, atitudes e condutas relacionadas com a saúde, assim como fatores que influenciam a mesma (Hockenberry & Wilson, 2014). Assim, para ser efetivo, um programa de EpS deve centrar-se em conceitos de saúde que vão ao encontro às necessidades específicas de uma determinada população e deve promover o envolvimento dos encarregados de educação, de forma a garantir que os ensinamentos veiculados sejam reforçados em casa (Hockenberry & Wilson, 2014).

Na EpS, a relação que o profissional estabelece com o grupo é primordial, para garantir a sua motivação. A capacidade de comunicar é fundamental para o estabelecimento dessa relação, que deve ser empática, baseada no respeito pela individualidade, na privacidade, na confidencialidade e na autonomia dos adolescentes. Além da motivação, o envolvimento é um fator importante para a adoção de comportamentos saudáveis que melhorem o estado de saúde, uma vez que havendo uma partilha ativa entre os participantes há uma maior adesão (Ferreira, 2008).

Com o propósito de desenvolver uma intervenção assertiva na promoção do desenvolvimento da criança e do adolescente, o enfermeiro deve associar ao seu conhecimento o perfil de desenvolvimento do indivíduo, uma vez que precisa de melhorar o nível de saúde, através de estratégias de PrS mais eficazes (OE, 2010a).

2 – ANÁLISE CRÍTICA DE ARTIGO SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM CONTEXTO ESCOLAR

Neste capítulo será feita a análise crítica do artigo pesquisado em bases de dados científicas. Optamos por um artigo que abordasse a PrS em contexto escolar, conforme proposto pela professora orientadora e por se tratar de um tema do nosso interesse, dado que a maior parte de nós tem filhos em idade escolar.

Primeiramente iremos dar a conhecer a metodologia utilizada na pesquisa do artigo, de seguida apresentaremos o artigo, através de um pequeno resumo (com alguns dados), e posteriormente será feita a sua análise, mobilizando, os conteúdos abordados em sala de aula, assim como contributos de outros autores. Por fim iremos apresentar aqueles que consideramos ser os contributos do artigo para a nossa prática clínica.

Pesquisa de artigo em bases de dados científicas

O artigo selecionado para análise, emergiu de uma pesquisa realizada nas bases de dados EBSCO ('CINAHL Complete', 'Medline complete' e 'MedicLatina'), na 'PubMed' e 'ProQuest', com o friso cronológico dos últimos cinco anos, utilizando palavras-chave validadas previamente como descritoras no site 'MeSH Browser' 2018. Foi utilizada a expressão de pesquisa booleano com conjugação and: 'Nurs* and Health promotion and School Health services'.

Foram utilizados os seguintes limitadores: Texto completo em PDF; referências disponíveis; língua inglesa; resumo disponível; qualquer autor é enfermeira; humano; idade desde 6 aos 18 anos. Incluímos estudos de todos os paradigmas.

Dos 13 artigos encontrados selecionamos um artigo que nos despertou interesse, por se tratar de um estudo que objetivou a avaliação de um programa de PrS em contexto escolar (ver quadro 1). O estudo foi extraído da base de dados 'Medline complete' sendo um estudo de abordagem mista (quantitativo e qualitativo).

Apresentação do artigo

Quadro 1 – Artigo selecionado na base de dados ‘Medline complete’

Título do Artigo: ‘Health promotion in schools: A multi-method evaluation of an Australian school youth health nurse program’.
<u>Autores:</u> Michelle Banfield, Kelly McGorm e Ginny Sargent.
<u>Ano da Publicação:</u> 2015.
<u>País de origem:</u> Austrália.
<u>Objetivos:</u> avaliar o projeto piloto de implementação de um programa de saúde escolar.

O artigo selecionado apresenta a avaliação de um projeto piloto de implementação de um PSE na Austrália em 2009. O programa foi implementado em 8 escolas, aos alunos do 7º ao 10º ano. As escolas estavam inseridas em localidades com características sociodemográficas diversas.

Em 2011, na data de avaliação do programa, o número de alunos matriculados foram 4100 (200 a 700/escola). Foram registados no programa de EpS em 2010 e 2011, anos considerados para a avaliação do projeto, respetivamente 5006 e 5976 presenças dos alunos nas atividades (foram contabilizados o número de presenças em cada atividade) e foram registados 3670 contactos com os alunos, individualmente e em grupo, realizados pelos enfermeiros (Banfield Banfield, McGorm, & Sargent, 2015).

O Governo e o departamento da saúde e da educação apoiaram e foram parceiros do programa. Foi assinado um protocolo entre os dois departamentos, que descrevia a colaboração intersectorial exigida e a supervisão desenvolvida por um grupo formado por diretores de escolas e membros do governo (Banfield *et al.*, 2015).

A equipa principal do programa trabalhou diretamente com alguns colaboradores e, foi constituída por enfermeiros com experiência em saúde infantil, que integravam a saúde escolar, um consultor clínico de enfermagem (supervisionava os procedimentos e a clínica) e um gestor do programa dentro do departamento da saúde (Banfield *et al.*, 2015).

Os parceiros foram os diretores das escolas, os membros da equipa de saúde infantil, os membros do departamento da educação, e os serviços externos para onde os alunos eram referenciados: saúde para jovens aborígenes, centros de saúde sexual, saúde mental e serviços de proteção à criança (Banfield *et al.*, 2015).

A intervenção da enfermagem consistia, na parceria com os professores na construção do currículo de EpS em sala de aula e nos fóruns da escola; coordenar as sessões adaptadas às necessidades dos alunos (cessação do tabagismo e alimentação saudável); efetuar sessões de PrS em grupo; realizar consultas individuais com os alunos, em sala própria com horário pré-determinado; e referenciar casos específicos (casos de risco) para os serviços externos. A família

tinha a responsabilidade de acompanhar os jovens para os serviços externos, após referenciação dos enfermeiros (Banfield *et al.*, 2015).

Cada enfermeiro estava alocado a duas escolas e estava dois dias por semana em cada escola. Estava reservado um dia por semana para reunião com a equipa, para fazer o ‘briefing’, organizar os casos referenciados para os serviços externos, planear atividades de PrS e procurar apoio dos pares (Banfield *et al.*, 2015).

O quadro 2 mostra os dados recolhidos para análise e avaliação do PSE.

Quadro 2 – Dados analisados na avaliação do PSE.

<p>Metodologia/métodos: Foi utilizada como metodologia o recurso a análise retrospectiva dos registos do programa e a entrevista a 38 alunos interessados acerca da sua experiência com o programa. Foram extraídos dados qualitativos e quantitativos. Análise dos dados quantitativos: Programa SPSS Análise dos dados qualitativos: (documentos do programa e entrevistas): programa Nvivo 9 (QSR Internacional). Foi feita uma análise de conteúdo com codificação à priori utilizando os domínios do RE-IAM.</p>
<p>Fontes de pesquisa utilizadas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Documentos e dados do programa (protocolo, as diretrizes do programa e as notas de reunião)• Registos dos enfermeiros relativos às atividades de 2010 e 2011• Questionários aos enfermeiros, aos alunos e pais.• Entrevistas com enfermeiros, funcionários da escola, professores da escola, serviços externos e partes interessadas do governo.• Questionários de satisfação aos alunos e enfermeiros. <p>Entrevistas:</p> <ul style="list-style-type: none">• 38 alunos;• 4 enfermeiras;• 17 funcionários das escolas (representavam todas as escolas);• 8 parceiros de 7 serviços externos;• 9 representantes do governo dos departamentos de saúde, educação e serviços comunitários. <p>Questionários:</p> <ul style="list-style-type: none">• 290 alunos de 6 escolas completaram os questionários;• 7 pais (insuficiente para a análise)

Análise crítica do artigo

O PSE apresentado tem em linha de conta, na nossa ótica, a relação entre os alunos, os enfermeiros, educadores e outros parceiros do programa, com o ambiente escolar e familiar, os serviços externos e com governo, que apoiou o projeto. As orientações para implementação do PNS passam precisamente por uma abordagem que fomente a colaboração intersetorial e trabalho em parceria com a comunidade com objetivo de construir uma comunidade ativa e capacitada (DGS, 2015a). Esta colaboração intersetorial e a governança participativa, que o artigo nos sugere, remete-nos para o modelo bioecológico do desenvolvimento humano proposto por Bronfenbrenner em 1979. O Modelo possibilita a investigação da relação entre as características da pessoa e do ambiente como determinantes para o seu desenvolvimento (Bhering & Sarkis, 2009). A análise destas relações é feita através de quatro domínios que se interrelacionam:

Pessoa (P), Processo (P), Contexto (C) e Tempo, pelo que é conhecido como modelo PPCT. Ele promove o conhecimento de como essas pessoas vivenciam determinada experiência (processo), inseridas em diferentes contextos (Bhering & Sarkis, 2009).

O processo é o motor do desenvolvimento humano que ocorre através da interação ativa e recíproca do sujeito ativo em mudança, com as pessoas, ambiente, objetos e símbolos, numa atividade gradativamente mais complexa e contínua durante um período de tempo – esta reciprocidade é chamada de processo proximal (PP) (Bronfenbrenner, 1998; 2005; Morris, 1998 citados por Bhering & Sarkis, 2009).

Os contextos possuem aspetos físicos, sociais, que os caracterizam e exercem uma influência, que é recíproca, na pessoa ao longo do tempo (Bhering & Sarkis, 2009) e é constituído por um conjunto de sistemas concêntricos com quatro níveis sucessivos, que se interrelacionam em vários níveis, promovendo o desenvolvimento sendo estes o: microsistema, mesossistema, exossistema e o macrosistema (Bronfenbrenner & Crouter, 1983 citado por Bhering & Sarkis, 2009). O microsistema é o ambiente imediato onde a pessoa passa muito tempo em interações e onde estão as pessoas que habitam nesse contexto, numa interação recíproca com o meio, chamado processo proximal (PP). O mesossistema é a relação entre microsistemas onde a pessoa atua de forma ativa. O exossistema é a relação e processos que ocorrem entre dois ou mais ambientes, sendo que num deles a pessoa não está inserida. O macrosistema, consiste no padrão de características do micro, meso e exossistema de uma dada cultura, subcultura ou outra estrutura social e é representado por padrões similares de estilos de vida e ideologias que se refletem nas metas e práticas de socialização.

Estabelecemos, deste modo, uma relação entre o modelo bioecológico de Bronfenbrenner e o PSE desenvolvido e apresentado no artigo em análise, numa perspetiva em que consideramos, que o envolvimento e a inter-relação entre os diversos contextos promoveram um ambiente favorável ao desenvolvimento dos alunos. Esta ideia vai ao encontro dos princípios orientadores do PNS 2012-2016 (DGS, 2012) que visam promover uma cultura de cidadania, com iniciativas dirigidas à comunidade ou a grupos populacionais, visando a promoção da literacia, capacitação, ‘empowerment’ e participação com o envolvimento de várias estruturas da comunidade, contudo isto requer projetos conjuntos. Em Portugal, os MS e ME assinaram um protocolo onde consta o compromisso de incrementar modelos de parceria para a implementação dos princípios das EPS (DGS, 2006).

Na figura 1 podemos ver as relações que estabelecemos com o modelo de Bronfenbrenner. Assim, consideramos a escola e família, enquanto microsistema onde o aluno está inserido; os serviços externos e os departamentos da saúde e educação, enquanto exossistema; o envolvimento da família, que serve de ponte entre as instituições, como mesossistema; e num

plano macrossistémico o governo, as características culturais e sociodemográficas da cidade onde o PSE foi implementado. Ver figura 1, o modelo apresentado foi adaptado de Tudge (2008) citado por Bhering e Sarkis (2009).

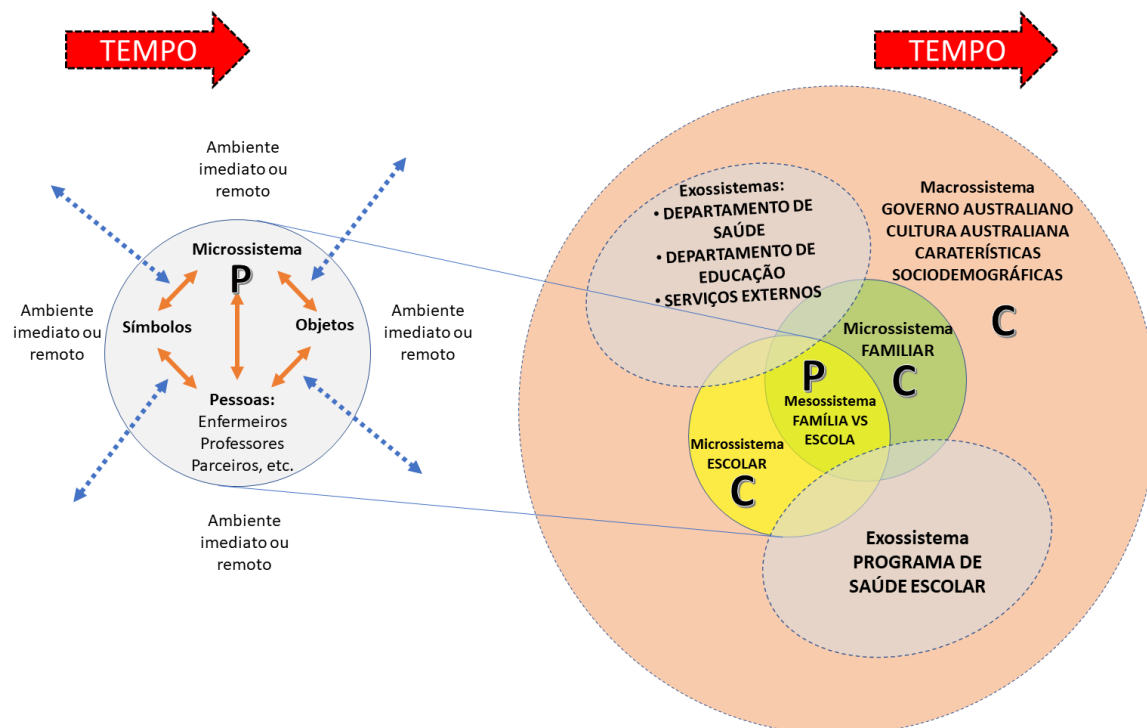


Figura 1 – Modelo de Bronfenbrenner

Na imagem podemos ver, onde se enquadram os principais intervenientes no PSE e a colaboração intersetorial, que sobressai desta análise. Destacamos ao nível do exossistema a colaboração entre os departamentos da saúde e da educação. De referir, de acordo com a DGE (2014), que a colaboração, e articulação intersetorial da educação e da saúde tem sido fundamental na conceção de documentos orientadores para as escolas em matéria de EpS e de saúde escolar em Portugal. De referir, que a colaboração intersetorial faz parte das orientações da DGS, para implementação do PNS (DGS, 2015a).

Esta integração e articulação entre os vários contextos traz ganhos para a saúde dos alunos, educação e desenvolvimento pessoal, e ainda ganhos, a médio e longo prazo, para a sociedade em geral. Em Portugal, a DGE (2014) corrobora com esta ideia, quando afirma que a PrS e EpS em meio escolar é um processo contínuo que visa o desenvolvimento de competências das crianças e dos jovens, permitindo-lhes confrontarem-se positivamente consigo próprios, construir um projeto de vida e serem capazes de fazer escolhas individuais, conscientes e responsáveis. Lopes, Saraiva, Fernandes, e Ximenes (2010) corrobora o referido anteriormente, acrescentando que é essencial a capacitação das pessoas para que estas possam atingir o seu potencial de saúde, no que se diz respeito, a ambientes favoráveis, acesso à informação, a experiências e habilidades, bem como oportunidades, permitindo-lhes fazer escolhas para uma vida mais saudável e, de

acordo com Figueiredo, Amendoeira, Serra, e Branco. (2014) desenvolverem consciência da mudança da situação. Este facto vai ao encontro dos resultados do estudo apresentado no artigo onde Banfield *et al.* (2015), sugerem que houve uma redução do absentismo escolar, melhor desempenho escolar, mesmo em alunos considerados de “alto risco” e melhor comportamento. Pela evidência científica é claro que quando se promove ativamente a saúde das crianças e jovens, esta ação proporciona uma melhoria dos seus resultados académicos e a sua qualidade de vida em geral (IUHPE, 2010).

Estes resultados, na nossa opinião, a par com melhoria na saúde referida pelos alunos, mostram o sucesso da implementação deste tipo de programas de PrS em contexto escolar, assim como a sua efetiva importância para os alunos e para a sociedade. Brito (2014) refere, nesse sentido, que o envolvimento da comunidade,

favorece a combinação de ações individuais e coletivas destinadas a alcançar compromissos políticos, apoio para as políticas de saúde, aceitação social e apoio das organizações e profissionais para o programa de saúde a implementar. As medidas podem ser tomadas pelos próprios indivíduos e grupos comunitários, a fim de criar condições de vida conducentes à saúde e à aquisição de ambientes e estilos de vida saudáveis (Brito, 2014).

A DGS (2015a) defende que a capacitação dos cidadãos, através de ações de literacia, promove a autonomia individual e coletiva e responsabilização pela sua própria saúde e mais participação. Bronfenbrenner (2005) citado em Bhering e Sarkis (2009), neste seguimento, referem que as características das pessoas e dos contextos são variáveis, pelo que, mediante a análise destes, os profissionais ou os pais devem focar-se nas necessidades especiais de cada criança, de modo a promover o desenvolvimento adequado a cada realidade. Por exemplo, no caso de crianças que vivem privadas de condições mínimas para o desenvolvimento saudável, é provável que haja maior disfunção no desenvolvimento, resultando, por outro lado, que as preparemos para que tenham maior atenção e envolvimento dos pais ou profissionais em razão das dificuldades encontradas. Neste sentido, se forem criados ambientes favoráveis, poderemos promover um desenvolvimento favorável. É nesta lógica que, na nossa opinião, surge a pertinência do PSE, uma vez que estes permitem contribuir para a capacitação das crianças e jovens, que, mesmo em ambientes menos favoráveis, adquiram competências para assumirem a responsabilidade pela sua saúde e melhorar a sua qualidade de vida. Esta ideia está implícita na definição de EPS da OMS, que entende EPS como uma escola que fortalece sistematicamente a sua capacidade de criar um ambiente saudável para a aprendizagem, proporcionando à comunidade escolar, experiências e estruturas integradas e positivas que promovam e protejam a saúde (OMS, 2009 citada por DGE, 2014).

Um dos aspetos que sobressaiu na análise do artigo, foi o impacto da avaliação do programa nas medidas adotadas pelo governo, no sentido de dar continuidade ao PSE estendendo-o a outras escolas. O governo fundamentou a sua decisão pela pertinência e abordagem abrangente do PSE na PrS, com contributos para os seis componentes de uma EPS: políticas de saúde escolar, ambiente físico escolar, ambiente social escolar, envolvimento comunitário, currículo de EpS para desenvolver habilidades em saúde e prestação de serviços de saúde na escola com foco em PrS (Banfield *et al.*, 2015). O que vem reforçar, na nossa perspetiva, a importância que tem a avaliação dos programas e projetos implementados na área da saúde, para a avaliação da qualidade em saúde, que concorre para o processo de melhoria contínua e para inclusão de políticas e estratégias que possam contribuir para a saúde e qualidade de vida da pessoa, grupo e ou comunidade, tendo o enfermeiro EECSP um papel determinante, que deve ser ativo e proativo nesta matéria.

Consideramos deste modo fundamental que se avaliem os resultados dos programas de saúde escolar, de modo a podermos justificar a importância destes programas, à comunidade e à sociedade em geral, pois só assim se poderão garantir apoios essenciais na continuidade dos mesmos. Não menos importante é avaliar resultados sensíveis em enfermagem, pois tal como nos refere, Ferreira e Amendoeira (2015) estes, reforçam a enfermagem enquanto papel social, uma vez que contribuem para uma tomada de decisão mais segura e fundamentada.

Consideramos ainda importante referir, pela sua pertinência, o paradigma salutogénico desenvolvido por Aaron Antonovsky, que do nosso ponto de vista, tem aspetos em comum com o modelo de Bronfenbrenner, na medida em que o modelo salutogénico, tal como o modelo de Bronfenbrenner, reforça a importância da relação dinâmica entre o indivíduo e o seu ambiente. Antonovsky defende que as pessoas têm de reforçar o seu sentido de coerência, isto é, de adquirirem competências para avaliarem e compreenderem a sua situação, de se direcionarem para a saúde e responderem a situações stressantes (Antonovsky, 1987 citado por Carrondo, 2006). No modelo de Bronfenbrenner, o objetivo também passa por adquirir competências para o desenvolvimento. Nesse sentido, a intervenção da enfermagem deve ter em vista a capacitação dos cidadãos, para que estes desenvolvam o seu sentido de coerência e o seu desenvolvimento. As estratégias a desenvolver devem promover os fatores individuais, sociais e culturais: inteligência, educação, estratégias de ‘coping’, suporte social, capacidade financeira e estabilidade cultural (Bengel *et al.*, 1999 citados por Carrondo, 2006). E, porque na nossa ótica, não há capacitação sem desenvolvimento, e não há desenvolvimento sem aprendizagem, mobilizamos nesta análise a teoria da aprendizagem social de Bandura (1977) citado por Pereira (2017), que reforça a importância dos processos cognitivos e perceptivos na mudança de comportamento, “sendo esta uma função das atitudes pessoais e das normas sociais e assenta na

conceção de PrS, definida como atividades voltadas para o desenvolvimento de recursos que mantenham ou intensifiquem o bem-estar da pessoa” (Victor, Lopes & Ximenes, 2005 citados por Pereira, 2017: 50).

Pela leitura do artigo, constatamos que o PSE segue a estratégia utilizada no modelo de Green e Kreuter (1999) PRECEDE-PROCEED doravante designado por modelo PRECEDER-PROCEDER. PRECEDER é o acrónimo de Predisposição, Reforço e ‘empowerment’, Considerados na Educação e Diagnóstico Ecológicos e de Recursos. PROCEDER o acrónimo de Política, Regulação e Organização Conjugados na Educação e Desenvolvimento Ecológicos e de Recursos. Este modelo tem sido utilizado para o planeamento de intervenções de desenvolvimento comunitário e também para PrS em subgrupos comunitários como os espaços de trabalho e escolas (Brito, 2014). O modelo referido fornece o contexto para a utilização de diferentes abordagens teóricas e metodológicas para a promoção e educação em saúde a partir dos dados que vão sendo recolhidos, organizados e priorizados; e permite, em simultâneo, estabelecer o plano de avaliação que inclui o processo e impacto das intervenções a realizar (Brito, 2014).

Esta conclusão advém da forma como é feita a avaliação do processo, de produção ou impacto e dos resultados do PSE implementado que iremos descrever adiante.

Para Brito (2014) o modelo referido é uma abordagem ecológica para o planeamento da PrS que incorpora dois aspetos fundamentais de intervenção comunitária: o planeamento (PRECEDER) e a implementação e avaliação (PROCEDER) ver diagrama 1.

No artigo em análise, podemos identificar as fases 6, 7, 8 e 9 do modelo (ver diagrama 1), correspondentes à fase PROCEDER, o modelo apresentado foi adaptado por Brito (2014: 49). O artigo descreve o processo de implementação do PSE e os, assim como o modo de avaliação, do processo, de produção ou impacto (‘output’) e dos resultados (‘outcomes’), de acordo com o modelo de Green e Kreuter (1999) citado por Brito (2014).

Para que se considere uma boa intervenção, de acordo com Brito (2014) esta deve ter os seguintes elementos: uma planificação eficaz, um financiamento adequado, uma organização qualificante, boa formação e supervisão dos recursos humanos. O artigo mostra-nos que efetivamente estes elementos foram considerados (ver o resumo do artigo). Brito (2014) acrescenta ainda que na fase PROCEDER deve existir um controlo adequado do processo de avaliação.

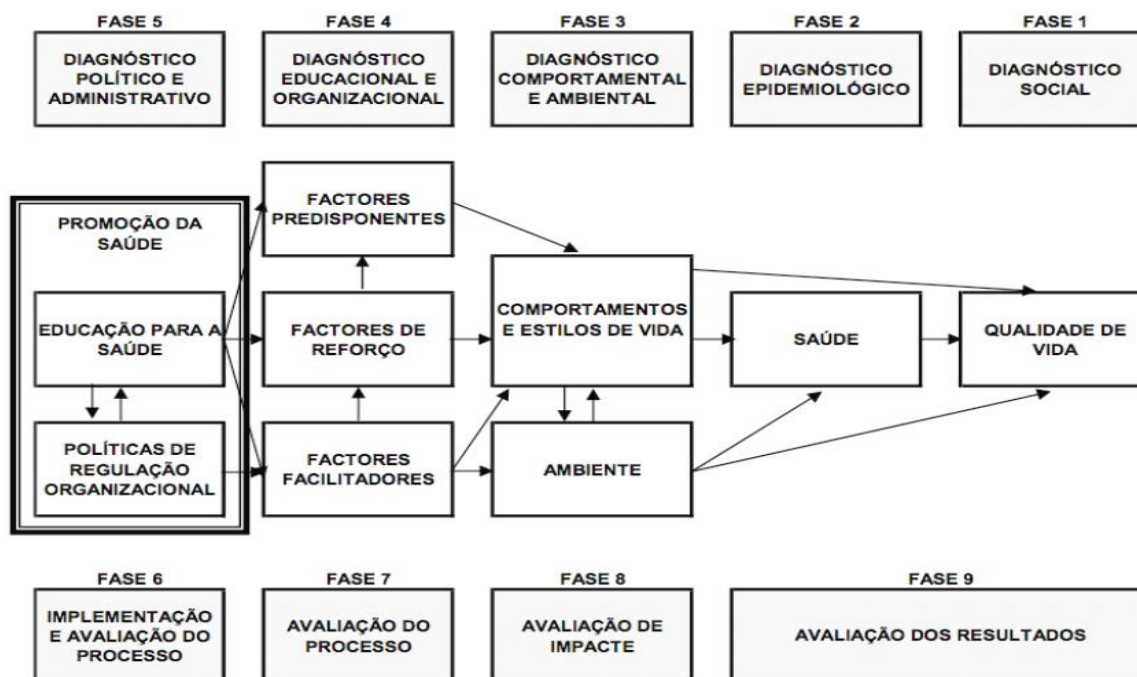


Diagrama 1 – Modelo PRECEDER-PROCEDER.

Na avaliação do processo foram avaliadas as atividades realizadas pelos enfermeiros, os relatórios do programa, os métodos utilizados e a sua eficácia, assim como a satisfação quer dos alunos como dos enfermeiros, foram ainda analisados a adequação de recursos humanos e materiais e aspetos facilitadores e dificultadores aquando da implementação e manutenção do programa. Indo ao encontro do preconizado por Green e Kreuter (1999) citado por Brito (2014) na avaliação do processo, que objetiva a monitorização das atividades e relatórios de execução. São avaliadas as atividades, os métodos, a satisfação dos participantes (população-alvo e equipa) e a adequação dos produtos/atividades.

Por sua vez, na avaliação da produção ou impacto, destacamos a adesão ao programa, assim como os motivos de adesão e não adesão dos alunos ao mesmo e a obtenção de resultados que foram ao encontro dos objetivos propostos na implementação do PSE, entre os quais a integração de uma enfermeira na saúde escolar. De acordo com Green e Kreuter (1999) citado por Brito (2014) a avaliação de produção permite conhecer os efeitos imediatos do programa, tais como o nível de consecução dos objetivos, comportamentais e ambientais relacionados com os fatores de predisposição, facilitação e reforço.

A avaliação contemplou os resultados referentes à melhoria na saúde (47,7%), e foram ainda referidos ganhos na redução do absentismo escolar, melhor desempenho escolar e melhor comportamento. Destacamos ainda outros resultados que, pela nossa apreciação, consideramos

que poderão ser essenciais na obtenção de ganhos em saúde e na qualidade de vida dos alunos, estes referem-se aos ganhos obtidos com a intervenção de enfermagem:

- Aumento de uma adequada referenciação para os serviços externos;
- PrS;
- Intervenção precoce;
- Referenciação para os serviços externos;
- Enfermeiros são consultados sobre o desenvolvimento do currículo de EpS;
- Enfermeiros são solicitados a contribuir nas atividades de EpS.

No modelo PRECEDER-PROCEDER a avaliação de resultados, refere-se à análise dos indicadores de saúde, identificados no diagnóstico epidemiológico e de qualidade de vida, verificando as modificações ocorridas nos comportamentos e condições ambientais, atribuíveis ao programa. Esta avaliação é feita a médio ou longo prazo, dependendo do impacto esperado do programa sobre a saúde da população-alvo (Green e Kreuter, 1999 citado por Brito, 2014).

Pela análise dos resultados do estudo, consideramos que houve melhoria na literacia em saúde, uma vez que com a implementação do PSE, os alunos obtiveram, ganhos em saúde significativos, além dos ganhos na melhoria do comportamento, na redução do absentismo e melhoria do desempenho escolar, o que poderá significar que os alunos adquiriram competências para melhorarem a sua saúde. Na implementação deste PSE, está bem claro e definido, que os objetivos do mesmo vão ao encontro da filosofia das EPS. Que defendem a indissociação das instituições da educação e da saúde (DGS, 2006). A parceria para desenvolver um trabalho conjunto de forma a melhorar a saúde entre todos os envolvidos na vida da escola, constituiu o ponto fulcral da EPS (DGS, 2001). Todos estes aspetos do envolvimento da comunidade escolar e dos profissionais de saúde são um aspeto relevante em todo o artigo estudado. Desta forma, segundo a REEPS, a EPS implica que sejam utilizadas na escola metodologias ativas e participativas para que todos os intervenientes no processo educativo sejam ouvidos e chamados a intervir, e isso inclui os pais, os professores, os auxiliares de ação educativa, os alunos e a comunidade em geral (DGS, 2001), indo também ao encontro do preconizado pela OMS na estratégia Health 2020, a propósito da governança participativa, todo o governo e toda a sociedade (WHO, 2012).

A OMS define literacia em saúde como o conjunto de competências cognitivas e sociais, e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso, compreenderem e usarem informação de forma a que promovam e mantenham boa saúde (WHO, 1998). Por sua vez Pereira (2017) refere que a literacia em saúde é uma estratégia de ‘empowerment’ para aumentar o controlo das pessoas sobre a sua saúde, terem a capacidade para procurar informação e assumir responsabilidades.

A OMS reforça ainda a importância do papel da educação em saúde nas escolas (WHO, 1998), uma vez que as estratégias de promoção da literacia em saúde estão ligadas a estratégias gerais de promoção da literacia (Nutbeam, 2000 citado por Brito, 2014). Considerando que esta abrange as oportunidades construídas de forma consciente para aprender, a educação em saúde envolve também algumas formas de comunicação designadas para melhorar a literacia em saúde, incluindo aumentar o conhecimento e desenvolver competências de vida que conduzam à saúde individual e da comunidade. Mas a educação em saúde não está só relacionada com a comunicação de informação, inclui o desenvolvimento da motivação, das competências e da confiança necessárias para a realização de ações, que melhorem a saúde. Abrange ainda, não só a informação relacionada com o impacto das condições sociais, económicas e ambientais na saúde, como também os seus fatores individuais de risco, os comportamentos de risco e o uso do sistema de cuidados de saúde (Brito, 2014).

Brito (2014) acrescenta que se a literacia em saúde se baseia na interação entre as aptidões das pessoas e os seus contextos de vida, o sistema de saúde, o sistema de educação e os fatores sociais e culturais da comunidade onde se insere, a responsabilidade para a melhoria dos níveis de literacia em saúde deveria ter uma participação intersectorial entre: o sistema educativo, o sistema de saúde, o sistema cultural e outros setores sociais. Isto é visível no PSE abordado no artigo em análise, sendo possível encontrar nesta afirmação os pressupostos do modelo Bioecológico do desenvolvimento de Bronfenbrenner, ou seja, a relação entre os contextos micro, meso, exo e macrossistémicos no desenvolvimento das pessoas.

Consideramos interessante, embora não surpreendente, que as áreas, mais procuradas para obter esclarecimento e informação junto dos enfermeiros (80%), foram, os consumos nocivos, saúde mental e o comportamento sexual, tendo sido estas as áreas de risco identificadas pelos profissionais (Banfield *et al.*, 2015). Na perspetiva da abordagem do ‘empowerment’, as escolhas mais importantes, que afetam a saúde e bem-estar da pessoa são feitas pelo próprio cidadão, que se torna consciente do seu próprio poder para alcançar os seus próprios objetivos e resolver problemas, tendo o enfermeiro uma ação preponderante na difusão do conhecimento de perito e em dar poder à pessoa (Robinson, Driedger, Elliott, & Eyle, 2006 e Virtanen, Leino-Kilpi, & Salanterä, 2007). Isto reforça a importância do enfermeiro situar a sua intervenção baseada no paradigma da transformação.

Em Portugal a DGS (2015b) apoia o desenvolvimento de projetos nas áreas de PrS prioritárias: saúde mental, saúde oral, alimentação saudável, atividade física, ambiente e saúde, segurança, saúde sexual e reprodutiva, consumo de substâncias lícitas e ilícitas, doenças transmissíveis e violência em meio escolar. Incluindo as quatro áreas mais solicitadas pelos alunos, conforme os resultados do estudo apresentado no artigo em análise. Constatamos assim

que, as necessidades dos jovens australianos não diferem das dos jovens portugueses e a pertinência dos enfermeiros estarem em contexto escolar para promover esclarecimentos e dar apoio às crianças e jovens nestas áreas, sobretudo quando estas procuram essa informação.

A intervenção do enfermeiro enquanto promotor da saúde escolar

Esta procura de informação por parte dos alunos, reporta-nos para a pertinência da enfermagem conduzir o seu processo de cuidados baseado no paradigma da transformação. Kérouac *et al.* (1994) citado por Pereira (2017: 327) referem que os enfermeiros que se encontram no paradigma da transformação reconhecem nas pessoas

as capacidades e habilidades para serem agentes e parceiros nos cuidados, mantendo o bem-estar tal como a pessoa o define e "ser com" a pessoa, acompanhando-a nas suas experiências de saúde, ao seu ritmo e segundo o caminho, que ela própria escolher, num processo co construído, que seja promotor de saúde, não se impondo a ela, o que requer tempo, pelas características das pessoas e dos contextos em que ocorrem, mas em que as pessoas serão co produtoras de saúde a partir da consciência da situação.

Na prática clínica, temos vindo a verificar a importância crescente de nos situarmos neste paradigma. Consideramos que este facto está relacionado com o que refere a DGS (2010), as pessoas têm vindo a adotar uma postura mais ativa, ou menos passiva, relativamente aos cuidados que lhes são prestados, têm expectativas cada vez mais elevadas, exigem mais informação e maior participação nas decisões. É de facto esta perceção que temos, clientes mais exigentes e com necessidade de participar na tomada de decisão sobre a sua saúde, o que requer que o enfermeiro coloque o cliente enquanto elemento central dos cuidados e que, com o intuito de corresponder efetivamente às necessidades do cliente, consiga "estar com". Isto exige tempo de enfermagem, enquanto recurso valioso para a prestação de cuidados de qualidade. Percebemos no nosso dia a dia, que devido às condicionantes político económicas do nosso país, a adequação de enfermeiros para corresponder a estas necessidades não tem sido a mais adequada em alguns contextos de cuidados. Por outro lado, a pressão que os enfermeiros são sujeitos, para atingir o objetivo de "x" número de consultas em "x" tempo, põe em causa a PrS, que é colocada num plano de fundo em detrimento dos cuidados curativos. É necessário que os enfermeiros reflitam sobre as suas práticas e prioridades, de acordo com a DGS (2015a) a equidade e acesso apropriado aos cuidados de saúde é um pilar para a melhoria do estado de saúde dos Homens. Obter-se-ão mais facilmente ganhos em saúde se existir melhor adequação entre as necessidades de saúde e as respostas dos serviços, e se existir melhor relação entre os recursos existentes e resultados obtidos.

No que diz respeito à intervenção do enfermeiro no PSE os resultados apontam para a importância destes na implementação e manutenção do programa, assim como para a melhoria

dos resultados em saúde dos alunos. Os enfermeiros de saúde escolar foram considerados, pela equipa do programa, colaboradores e governos, como uma fonte respeitada de informações sobre saúde e com capacidade de adaptação às necessidades específicas das escolas. Estes achados vão ao encontro do preconizado pela OE (2010b) quando refere que o enfermeiro contribui para a PrS, mobiliza os seus conhecimentos técnico-científicos na definição de diagnósticos de situação, no estabelecimento de planos de ação atendendo às políticas de saúde e sociais, bem como os recursos disponíveis no contexto em que está inserido. Segundo American Academy of Pediatrics (2008), a intervenção do enfermeiro é fundamental para que se possam alcançar ganhos em saúde e alterações de comportamento.

Os achados mostram que com a intervenção dos enfermeiros, os alunos foram referenciados de forma adequada para os serviços externos, promovendo um seguimento especializado nos casos considerados de risco. Consideramos assim, que quando o enfermeiro mobiliza os seus conhecimentos técnico-científicos na resposta às mais diversas situações, favorece a sua aceitabilidade e integração nos mais diversos contextos.

De facto, e concordando com Amendoeira (2000), se o enfermeiro tiver como referencial a melhor prática, a que é baseada na síntese da melhor evidência, na experiência profissional e no respeito pelos valores e referências das pessoas, poderá responder de modo efetivo às necessidades da população e conseguir melhores resultados sensíveis em enfermagem. Tomamos a liberdade de acrescentar, que o enfermeiro poderá, deste modo, mostrar à sociedade a sua importância, pelo contributo efetivo que poderá dar na melhoria da saúde e consequentemente na melhoria da qualidade de vida da população.

No âmbito da EpS, o enfermeiro dota os cidadãos de conhecimentos, capacidades, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas ao seu projeto de saúde (OE, 2010b). Esta competência foi reconhecida e evidenciada nos resultados do estudo, uma vez que os enfermeiros passaram a ser consultados sobre o desenvolvimento do currículo de EpS e a contribuir nas atividades de EpS.

Ainda na mesma lógica de reconhecimento do enfermeiro enquanto elemento fundamental, para a melhoria da saúde dos alunos e como fonte credível de informação, a equipa do programa, colaboradores e governos, consideraram pertinente que a alocação dos enfermeiros nas escolas fosse realizada mediante as necessidades da mesma, considerando que dois dias por semana não era suficiente, para melhorar os resultados em saúde e para uma melhor articulação com a equipa e serviços. De facto, considerando as dimensões das escolas, no que se refere ao número de alunos, à elevada afluência e adesão dos alunos ao programa, à necessidade de continuamente dar resposta às mais diversas necessidades dos alunos, parece-nos também que os dois dias poderão não ser suficientes para dar resposta de forma efetiva às

necessidades. Consideramos ainda, que a análise e divulgação destes resultados, são essenciais, pois permitem fundamentar o financiamento ou incentivo financeiro para a contratação e reforço de enfermeiros para a saúde escolar, para uma intervenção de enfermagem mais efetiva, resultando em maiores ganhos para a saúde das pessoas, famílias e comunidades. Concordamos deste modo com Amaral (2014), quando refere que melhores ambientes e dotações seguras de enfermagem, favorecem melhores resultados para os clientes, sendo que esta evidência pode constituir-se como uma base para a tomada de decisão acerca de políticas de organização de cuidados de saúde e dotação segura de enfermeiros.

Os alunos identificaram algumas características dos enfermeiros, aquando da procura dos serviços prestados por estes. Estes consideram os enfermeiros como pessoas confiáveis, que apoiam, que referenciam de forma adequada para os serviços externos, que respeitam, são facilitadores do relacionamento e a característica que consideraram mais importante foi a confidencialidade, aquando da procura de apoio e informação junto dos enfermeiros. Verificamos que estes resultados reforçam a importância da relação de confiança, um dos atributos para o ‘empowerment’ (Gibson, 1991; Hermansson & Martensson, 2010 citados por Pereira, 2017) como essenciais na relação interpessoal, enfermeiro – pessoa.

Neste sentido, Bhering e Sarkis (2009) dizem que as características das escolas e das pessoas nelas inseridas, e as relações estabelecidas, são aspetos relevantes para o desenvolvimento e para a aprendizagem da pessoa. Consideramos assim que, o enfermeiro enquanto elemento integrante da escola, como elemento de referência na procura de informação credível e ao criar uma relação de confiança com alunos, potencia o desenvolvimento e a aprendizagem dos alunos, contribuindo para melhores resultados em saúde.

O regulamento n.º 338/2017 aponta que o segredo profissional tem por finalidade respeitar e proteger o direito das pessoas à reserva da intimidade da vida privada e à confidencialidade das informações e dados pessoais, bem como garantir a confiança dos cidadãos nos profissionais de saúde. O enfermeiro encontra-se ainda obrigado ao dever de segredo profissional, em consequência da relação terapêutica próxima que estabelece com as pessoas de quem cuida, sedimentada na confiança. Entendemos assim, que é com base, no segredo profissional, que os cidadãos em geral e os alunos do estudo em particular, procuram apoio e informação através dos enfermeiros, pelo que defendemos que este não deve ser corrompido, salvo situações em que o bem coletivo se sobreponha ao individual. Percebemos, neste sentido, que a confidencialidade é um fator preponderante e um elemento chave, para o sucesso de PSE onde os enfermeiros estejam integrados.

Foi ainda a confidencialidade que gerou na equipa maiores pontos de divergência, uma vez que os enfermeiros, ao abrigo do código deontológico, não revelavam informações acerca dos

alunos. Os outros elementos da equipa, por não terem assentes os mesmos princípios éticos que os enfermeiros, consideravam que a informação deveria ser revelada a toda a equipa, aspeto considerado dificultador na implementação do projeto. Este contributo parece-nos muito pertinente, pois desperta a nossa atenção para o facto de termos de reforçar e mostrar à equipa multiprofissional, que não partilha os mesmos princípios éticos, que a confidencialidade é imperativa na nossa prática clínica, que é acima de tudo um dever ético para com os clientes e com a profissão. Julgamos que pondo em claro as responsabilidades éticas e profissionais de cada elemento da equipa, poderemos facilitar a relação entre todos os intervenientes.

O Estatuto da OE prevê que o enfermeiro possa estar sujeito ao dever de divulgar informação confidencial acerca do indivíduo e família nas situações previstas na lei, devendo, para tal efeito, recorrer a aconselhamento deontológico, bem como a possibilidade de ser dispensado do segredo profissional (Regulamento n.º 338/2017). Contudo, na situação referida acima, a quebra do sigilo, poderia comprometer a confiança dos alunos e conseqüentemente os bons resultados em saúde.

A análise deste artigo, reforçou a nossa ideia acerca da importância da PrS em contexto escolar e acima de tudo da importância do enfermeiro enquanto parceiro ativo na colaboração intersetorial, com vista a uma abordagem integrada da PrS à comunidade escolar, visando a capacitação, o ‘empowerment’, a resiliência e a melhoria da qualidade de vida. Concordamos que o desenvolvimento saudável dos adolescentes, representa um aspeto muito importante na vida de qualquer comunidade, pois muitos dos comportamentos que fazem parte dos estilos de vida dos adolescentes (consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas, comportamentos sexuais de risco, alimentação não equilibrada, ausência de atividade física ou atividade física em grau reduzido) podem influenciar, direta ou indiretamente, a sua saúde a curto ou a longo prazo (WHO, 2014). Neste sentido a implementação do PSE, sendo um sucesso, torna-se um bem inquestionável no futuro para as populações, que se sentem mais preparadas para agir nos vários determinantes da saúde.

De louvar, sob o nosso ponto de vista, o interesse do governo, quer no apoio para a implementação do programa, quer para a sua manutenção, tendo contribuído para o efeito, os resultados do estudo. Os ganhos com a implementação deste programa foram além dos ganhos em saúde, a sociedade em geral irá beneficiar a longo prazo, uma vez que estes alunos poderão tornar-se adultos mais responsáveis e conscientes pela sua vida e saúde.

Em suma, consideramos que com a avaliação do PSE referido no artigo é possível compreender de que modo o enfermeiro poderá canalizar a sua intervenção, no sentido de contribuir para a melhoria da saúde e qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidades. O enfermeiro EECSP deve ter neste sentido, uma ação interventiva e participativa através, da

identificação das necessidades da população, utilizando como recurso a metodologia do planeamento em saúde; do estabelecimento de parcerias; da capacitação dos grupos e comunidades; e da integração dos programas de saúde na consecução dos objetivos do PNS, conforme preconizado no regulamento das competências específicas do enfermeiro EECS (OE, 2010b).

3 – CONCLUSÃO

A elaboração deste trabalho permitiu-nos refletir sobre a nossa prática clínica enquanto promotores de saúde, reforçando a importância e pertinência da nossa intervenção nesta matéria, para contribuir para o ‘empowerment’, capacitação, resiliência e qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidades. Enquanto mestrandos de enfermagem comunitária e de saúde pública, compreendemos que temos uma responsabilidade acrescida nesta matéria e na consecução dos objetivos do PNS, no qual a PrS tem vindo a ganhar maior ênfase, como vimos anteriormente durante a terceira revolução da saúde.

Queremos destacar os principais contributos que consideramos levar para a nossa prática clínica após esta reflexão:

- A importância da confidencialidade como fator chave na relação com os utentes, como promotora de uma relação de confiança;
- A necessidade de clarificar, perante os parceiros e equipa multiprofissional, o dever da enfermagem com o compromisso ético assumido, no que diz respeito à confidencialidade;
- A procura da informação mais atual, de modo a responder de forma efetiva às necessidades das pessoas, famílias e comunidades, para ser considerado como fonte credível de informação;
- A abordagem do enfermeiro baseada no paradigma da transformação “estar com”, como princípio para uma atenção focada nas reais necessidades do cliente enquanto elemento central dos cuidados;
- A colaboração intersetorial, como a chave para o sucesso dos projetos e programas;
- A capacidade de relacionamento, o apoio, o respeito, a confiança transmitida, como características dos enfermeiros, facilitadoras na relação com as pessoas, sendo estes atributos do ‘empowerment’;
- A importância de evidenciar os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, aqueles ganhos em saúde que resultaram da intervenção dos enfermeiros;
- A importância de dotações seguras em enfermagem, para a melhoria dos resultados em saúde e da qualidade dos cuidados;

- A relevância da avaliação dos projetos e programas, para fundamentar o apoio das políticas públicas na implementação de projetos e programas na área da saúde;
- A pertinência da mobilização do modelo bioecológico de Bronfenbrenner, do modelo salutogénico de Antonovsky, como contributos para a compreensão do modo como as variáveis da pessoa e do contexto influenciam o desenvolvimento, o sentido de coerência, os recursos gerais de resistência e a aprendizagem das pessoas para a melhoria da qualidade de vida destas.

Consideramos que a ação profícua do enfermeiro, contribui para a implementação de estratégias de melhoria contínua e influencia a tomada de decisões, que contribuem para a qualidade das organizações e para construção de comunidades capacitadas e empoderadas, logo, mais responsáveis pela sua saúde.

A elaboração deste trabalho constituiu-se num processo com caminhos por vezes sinuosos, contudo sentimos que crescemos enquanto profissionais, uma vez que, conseguimos olhar para a PrS numa perspetiva mais ampla e consolidada, através das reflexões, que ao longo deste percurso fomos fazendo. Adquirimos competências essenciais que contribuirão para uma maior atenção à PrS integrando-a de forma mais consciente e direcionada na nossa prática clínica.

Consideramos ter atingido os objetivos propostos, tendo-se revelado essencial, a presença nas aulas teóricas, as orientações tutoriais e a presença e participação no seminário, que em conjunto contribuíram positivamente para este processo de aprendizagem e reflexão crítica. Para este facto também contribuiu fortemente, a riqueza do artigo científico analisado, no que diz respeito ao conteúdo e à forma como foi elaborado e apresentado pelos autores.

Esperamos ter correspondido, no fim desta unidade curricular, às expectativas quer das professoras orientadoras, quer dos restantes mestrandos, uma vez que este processo foi feito lado a lado com todos estes intervenientes e parceiros deste processo de aprendizagem.

4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Awofeso, N. (2004). What's new about the "new public health"? *American Journal of Public Health*, 94(5), 705-709. Disponível em: <https://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.94.5.705>
- Amaral, A. (2014). *Resultados dos cuidados de enfermagem - qualidade e efetividade*. Tese para obtenção do grau de Doutor em Organização e Gestão de Empresas, na especialidade de estratégia e Comportamento Organizacional, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10316/28468>
- Amendoeira, J. (2000). Cuidado de Enfermagem. Intenção ou Ação. O que Pensam os Estudantes. *Revista Nursing*, 8-14. Disponível em: <http://skat.ihmc.us/rid=1HVNTRWWM-4W3L6W-1P99/CUIDADO%20ENFERMAGEM.pdf>
- American Academy Of Pediatrics. (2008). *Bright futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents*. 3ª ed. USA: AAP, Disponível em: https://brightfutures.aap.org/bright%20Futures%20Documents/BF3%20pocket%20guide_final.pdf
- Banfield, M., McGorm, K., e Sargent, G. (2015). Health promotion in schools: a multi-method evaluation of an Australian School Youth Health Nurse Program. *BMC nursing*, 14(1), 21. Disponível em: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-015-0071-0>
- Barbosa, C. (2013). *Enfermeiro na Escola: Um Projeto de Ensino-Aprendizagem, de Investigação e de Serviço à Comunidade*. Tese para obtenção do grau de doutor em enfermagem, em Educação em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.
- Bhering, E., e Sarkis, A. (2009). Modelo bioecológico do desenvolvimento de Bronfenbrenner: implicações para as pesquisas na área da Educação Infantil. *Revista Horizontes*, Itatiba, 27(2), 7-20. Disponível em: file:///C:/Users/HP/Downloads/1-Modelo_bioecologico_do_desenvolvimento_de_Bronfenbrenner_-_implicac807.pdf
- Brito, I. (2014). *Instituições de ensino superior promotoras de saúde. Saúde dos estudantes do ensino superior de enfermagem: estudo de contexto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde (pp.17-31). Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC). Disponível em: https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2485&id_revista=19&id_edicao=76
- Carrondo, E. (2006). *Formação Profissional de Enfermeiros e Desenvolvimento da Criança: Contributo para um perfil centrado no paradigma salutogénico*. Disponível em: https://scholar.google.pt/scholar?hl=pt-PT&as_sdt=0%2C5&q=SALUTOG%C3%89NICO+CORRONDO&btnG=
- Decreto-Lei n.º 28/2008. Diário da República n.º 38/22 de fevereiro de 2008 - 1.ª série. *Reforma dos cuidados de saúde primários*. Conselho de Ministros: Lisboa.
- Despacho n.º 7/2015. Diário da República n.º 154/10 de agosto de 20 de julho - 2.ª série. *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Disponível em: <http://ucccb.pt/recursos/despacho-no-72015-20-julho-2-serie-publicado-no-diario-da-republica-n-154-10-agosto-atraves-do-despacho-extrato-n-88152015-apresenta-programa-nacional-saude-escolar/>
- DGE (2017). *O Referencial de Educação para a Saúde*. Lisboa. Disponível em: http://dge.mec.pt/sites/default/files/Esauide/referencial_educacao_saude_novo.pdf

- DGE (2014). *Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde*. Lisboa. Disponível em: http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esauade/papes_doc.pdf. Consultado em 28/05/2018
- DGS (2001). *Comissão de coordenação da promoção e educação para a saúde - a rede nacional de escolas promotoras de saúde*. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação
- DGS (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: a qualidade dos cuidados e dos serviços*. Serviço Nacional de saúde. Lisboa. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/pns-2011-2016/>
- DGS (2006). *Plano Nacional de saúde escolar 2004-2010*. Circular Normativa nº 7/ DSE, Disponível em: <https://www.dgs.pt/promocao-da-saude/saude-escolar/programas-e-projectos/programa-nacional-de-saude-escolar.aspx>
- DGS (2012). *Plano nacional de saúde 2012-2016*. Lisboa: DGS. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/>
- DGS (2015a). *Plano nacional de saúde 2012-2016: revisão e extensão a 2020*. Lisboa: DGS. Disponível em: <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/2015/Junho/e-2020.pdf>
- DGS (2015b). *Programa nacional de saúde escolar*. Lisboa. Disponível em: <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>.
- DGS (2018). *Saúde escolar Programas e Projetos Escolas Promotoras de Saúde*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/promocao-da-saude/saude-escolar/programas-e-projectos/escolas-promotoras-de-saude.aspx>.
- Dias, S. (2006). *Educação pelos pares: uma estratégia na promoção da saúde*. Lisboa: IHMT/UNL.
- Figueiredo, M., Amendoeira, J.; Serra, M. e Branco, I. (2014). Promoção da saúde e empowerment no cuidar da criança em idade pré-escolar: Revisão sistemática da literatura. *Revista da UIIPS*, 2 (5) 89 - 102. Disponível em: http://www-dev.ipsantarem.pt/wp-content/uploads/2014/03/Revista-da-UIIPS_N5_Vol2_ESSS_2014.pdf#page=89
- Ferreira, M. (2008). *Estilos de Vida na Adolescência: de Necessidades em Saúde à Intervenção de Enfermagem*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal. Disponível em: <file:///C:/Users/HP/Downloads/Tese%20Dout%20MMFerreira.pdf>
- Ferreira, R., e Amendoeira, J. (2015). Resultados sensíveis em enfermagem. Ensaio: modelo de avaliação da qualidade dos cuidados. *Revista da UIIPS*, 3(5), 396-407. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/306577690_Resultados_sensiveis_em_enfermagem_Ensaio_modelo_de_avaliacao_da_qualidade_dos_cuidados
- Pina, A., Correia, E., Santos, J., e Magro, M. (1990). *Para uma revisão do sistema de promoção de Cuidados de Saúde Escolar. Relatório do Grupo de Trabalho Interministerial* (Ministério da Educação e Ministério da Saúde). Lisboa.
- Hockenberry, M., Wilson e D. Wong. (2014). *Enfermagem da criança e do adolescente*. 9ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Lusociência.
- IUHPE (2010). *Construindo escolas promotoras de saúde: diretrizes para promover a saúde em meio escolar*. Versão 2. Disponível em: www.iuhpe.org.
- Lopes, M., Saraiva, K., Fernandes, A., e Ximenes, L. (2010). Análise do conceito de promoção da saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*. 19 (3), pp. 461-468. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a07v19n3.pdf>
- Machado, A. Jerónimo C. Godinho, C. (2015). (In) consciencialização do cuidador informal. *Revista UIIPS – Revista da ESSS*, 5 (3), pp. 24-39. Disponível em: www.ipsantarem.pt/arquivo/category/unidades/...uiips/revista-da-uiips.
- Mota, D. (2011). *Trabalhar a educação para a saúde nas escolas: percepções de profissionais de saúde e de professores*. Dissertação de Mestrado em Educação para a Saúde, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto, Portugal. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/56468/3/EpS.pdf> consultado em 28/04/2018

- NASN (2016). *The Role of the 21st Century School Nurse*. Silver Spring. Disponível em: <http://www.nasn.org/PolicyAdvocacy/PositionPapersandReports/NASNPositionStatementsFullView/tabid/462/smId/824/ArticleID/87/Default.aspx>
- OE (2010a). *Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa: OE. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores_boapratica_saude_infantil_pediatria_volume1.pdf
- OE (2013). *O Papel da Enfermagem no Programa Nacional de Saúde Escolar*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/sul/noticias/conteudos/regresso-%C3%A0s-aulas-o-papel-da-enfermagem-no-programa-nacional-de-sa%C3%BAd-e-escolar/>. Consultado em 30/05/2018
- OE (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem – Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Ordem dos enfermeiros. Lisboa. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>
- OE (2010b). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e Saúde Pública*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf
- OE (2011). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf
- Oliveira, D. L. (2005). A “nova” saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Revista Latino- América Enfermagem*, 2005 maio-junho;13(3):423-31. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000300018
- OMS (1989). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Ottawa, Canadá. 17-21. Disponível em: <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005525.pdf>
- OMS (1978). *Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde*. Alma-Ata, URSS, 6, a 12. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>
- OMS (1999). *Health 21. Health for all in the 21st century*. World Health Organization. Regional Office for Europe. Copenhagen.
- OMS (1986). *Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde*. Ottawa, Canadá. Disponível em: <http://www.ptacs.pt/Document/Carta%20de%20Ottawa.pdf>
- Parecer N.º 14/2013. *Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Programa Nacional de saúde escolar (PNSE). OE. Lisboa Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESIP_Parecer_14_2013_Plano_de_Saude_Escolar.pdf
- Pereira, M. (2000). *Promoção da saúde na educação pré-escolar – concepções e práticas das educadoras de infância em educação para a saúde*. Dissertação para obtenção do grau de mestre, Faculdade de medicina de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Pereira, M. (2017). *Promoção da saúde nos curricula de enfermagem: Conhecimento dos professores e sentidos atribuídos pelos estudantes*. Tese de doutoramento em enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. Portugal. Disponível em: https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24199/1/TESE_FINAL_Maria%20do%20Carmo%20Pereira.pdf
- Regulamento n.º 338/2017. Diário da República n.º 120/23 de junho de 2017 - 2.ª série. *Regulamento de Aconselhamento Deontológico para Efeitos de Divulgação de Informação Confidencial e Dispensa do Segredo Profissional*. OE. Lisboa. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/107553282/details/normal?jp=true&l=1%2Fen%2Fen%2Fen>

- Robinson, K. L., Driedger, M. S., Elliott, S. J., e Eyle, J. (2006). Understanding facilitators of and barriers to health promotion practice. *Health Promotion Practice*. 7 (4), pp.467-476. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1524839905278955>
- Rocha, A., Capela, A., Grilo, C., Almeida, C., Valente, G., e Coimbra, J. (2016). Evolução da saúde escolar em Portugal: Revisão da Legislação no Âmbito da Saúde. *Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health*, (45), 193-210. Disponível em: <http://revistas.rcaap.pt/millenium/article/viewFile/8162/5765>
- Rocha, M., Vieira, M. e Sena, R. (2008). Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 61(6). Pp. 801-8. Brasília. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a02v61n6>
- Virtanen, H., Leino-Kilpi, H., e Salanterä, S. (2007). Empowering discourse in patient education. *Patient Education and Counseling*. 66, pp. 140-146. Disponível em: [http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991\(07\)00004-3/pdf](http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991(07)00004-3/pdf)
- Whitehead, D., Wang, Y., Wang, J., Zhang, J., Sun, Z. e Xie, C. (2008). Health promotion and health education practice: nurses' perceptions. *Journal of Advanced Nursing*, 61 (2), 181-187. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.2007.04479.x>
- WHO (1998). *Health promotion glossary*. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/64546/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf;jsessionid=C9C4B3EDAF52B3AA2404D0A3304DBEF8?sequence=1
- WHO (2012). *Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being Regional Committee for Europe Sixty-second session*. Malta, 10 – 13 September 2012. Disponível em: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/169803/RC62wd09-Eng.pdf
- WHO (2014). *School and youth health: What is a health promoting school?* Disponível em: http://www.who.int/school_youth_health/gshi/hps/en/
- WHO (1997). *The Jakarta declaration on leading health promotion into the 21st century*. Disponível em: http://www.who.int/healthpromotion/milestones_jakarta.pdf