
A CONSTRUÇÃO DA ESCOLA COMO LUGAR DE SAÚDE

Contributo para uma reflexão sobre as políticas de saúde escolar na sociedade portuguesa contemporânea

Brígida Riso*

Este artigo dá a conhecer as tendências dominantes de gestão e estratégia política no que respeita à saúde na escola, pensando esta última como um espaço social de funcionamento de políticas de saúde específicas para a realidade escolar. Pretende-se fornecer elementos empíricos que permitam compreender os fundamentos e o alcance da política de saúde escolar. O discurso político e governamental difundido por alguns dos documentos que configuram a saúde na escola foram o ponto de partida para esta análise, justificando a opção pelo método qualitativo, com o recurso à pesquisa documental como técnica de recolha de dados. A importância da ciência, nomeadamente da pericialidade biomédica, na elaboração de políticas de saúde, o risco enquanto eixo organizador do discurso sobre a promoção da saúde na escola e a ênfase na responsabilidade individual foram alguns dos elementos que conduziram esta reflexão sociológica sobre a política de saúde escolar em Portugal.

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

1. O ponto de partida: o discurso político sobre a saúde e sobre a escola

A escola tem-se revelado um terreno fértil de discussão pública e política, sendo-lhe claramente atribuídas responsabilidades paralelas à sua atividade educativa mais tradicional. As questões sanitárias e de saúde pública, mais tarde de promoção de saúde, estiveram sempre presentes na organização escolar desde os primeiros passos da escola pública em Portugal.

* ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL) (Lisboa/Portugal).

Nos últimos anos, por exemplo, a implementação da educação sexual nas escolas em estreita colaboração com os serviços de saúde, gerou um debate público originando documentos e pareceres técnicos e suscitou a elaboração de documentos e programas políticos relativos à saúde escolar e à sua organização. As políticas de educação e de saúde, ainda que não podendo assumir-se como o principal veículo de disseminação de práticas de saúde na escola, ocupam um papel central, dado que são habitualmente o vetor condutor da implementação de novos programas em saúde escolar. Parte-se pois da ideia de que as políticas públicas contextualizadas no tempo e no espaço são um produto social, revelando ideias, conceitos, práticas, formas de atuação em vigor num dado momento e contexto social.

Esta pesquisa¹ centrou-se na descodificação de vários pontos de ancoragem políticos: os lugares, os atores e as formas de atuação pensadas e legisladas nas políticas públicas, que tanto refletem a imagem social da escola e da saúde, como identificam e designam os atores preferenciais e uma forma particular de produzir saúde. Neste sentido, procurou-se identificar os objetivos traçados pela política de saúde escolar, os atores desejados e as formas de atuação que se pressupõem no discurso político, observando a política de saúde escolar como um reflexo de uma visão da saúde/doença própria de um momento histórico e de uma sociedade. Foi também objetivo desta pesquisa enquadrar a política de saúde escolar no contexto nacional e internacional e contribuir para a problematização e reflexão sobre o modo como se combinam do ponto de vista do discurso político duas áreas distintas, saúde e educação, com lógicas de operação eventualmente diferentes.

2. Questões de método

Nesta pesquisa procurou-se identificar os atores considerados centrais no discurso político sobre a saúde na escola, evidenciar a delimitação política do seu campo de ação e as metodologias de intervenção preconizadas pelo discurso político oficial relativo à saúde escolar, o que apela à compreensão de um processo e de um conjunto de significados (Maxwell, 2005) passíveis de serem valorizados pelo recurso a uma metodologia qualitativa (Denzin & Lincoln, 2005). A política de saúde escolar, à semelhança de outras áreas de intervenção política, é registada em documentos legislativos ou normativos produzidos pelo governo ou por entidades por ele nomeadas, como a Direção-Geral da Saúde (DGS).

¹ Este artigo tem por base a dissertação de mestrado em Saúde, Medicina e Sociedade intitulada «Lógicas discursivas sobre a saúde e a escola: A política portuguesa de saúde escolar em análise», apresentada em 2012 no ISCTE-IUL, em Lisboa.

Optou-se por recorrer à análise documental como técnica de pesquisa, decisão fundamentada no pressuposto de que os documentos escritos são factos sociais (Saint-Georges, 1997), ainda que seja necessário o recurso à imaginação sociológica (Mills, 1982) para observar os documentos como fontes suficientemente interessantes para a análise e produção de novo conhecimento. Os documentos constituem marcos da atividade de uma organização, seja ela uma escola, um órgão do Estado ou o próprio Estado, podendo revelar as formas de atuação e a importância que determinado tema detém na visão e nas estratégias políticas em sociedades específicas (Prior, 2003).

A seleção de documentos teve como critério a sua relevância no contexto atual da saúde na escola (Saint-Georges, 1997; Krippendorff, 2004) e também o papel que desempenharam no desenvolvimento da saúde na escola, na contemporaneidade, tendo em mente o caráter qualitativo da pesquisa e a necessidade de se realizar uma análise ilustrativa do fenómeno (Guerra, 2006). Limitou-se a análise a documentos oficiais, tomando-se esta pesquisa também como ponto de partida analítico para outras pesquisas futuras. Foram selecionados os seguintes documentos: o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) (DGS, 2006), o protocolo entre o Ministério da Educação (ME) e o Ministério da Saúde (MS) (MS & ME, 2006), doravante designado por Protocolo, e o relatório do Grupo de Trabalho de Educação Sexual (GTES, 2007), dado que este relatório lançou um olhar sobre a saúde na escola e justificou a tomada de decisões políticas e administrativas (Prior, 2003) neste campo e, particularmente, sobre a educação sexual nas escolas. Procedeu-se, de forma complementar, à análise da Lei de Bases do Sistema Educativo (LBSE) (Lei nº 49/2005), da Lei de Bases da Saúde (LBS) (Lei nº 27/2002) e do Plano Nacional de Saúde 2004-2010, designado por PNS (MS & DGS, 2004). Apesar de não abordarem substantivamente a saúde na escola, correspondem às leis essenciais neste domínio e ao plano que encerra a estratégia e a política a adotar em matéria de saúde em Portugal. A opção por estes documentos considerou que proceder à análise de documentos não se pode reduzir apenas à análise do seu conteúdo – implica a análise do documento em si, tendo em conta também as relações entre produção, consumo e conteúdo, procurando compreender como os documentos podem mediar e estruturar episódios de interação social (Atkinson & Coffey, 1997; Prior, 2003). A escolha dos documentos seguiu esta linha ao selecionar documentos que se referenciavam entre si.

Procedeu-se à análise dos documentos, atentando na sua estrutura externa e interna. O conteúdo dos documentos foi analisado recorrendo à técnica de análise de conteúdo conforme o sugerido por Guerra (2006): foi construída uma grelha analítica exaustiva por temas e categorias no sentido de comparar os dados dos vários documentos e aceder à sua complementaridade. As categorias temáticas construídas não pretenderam ser exclusivas mas antes relevar o significado dos dados no seu conjunto (*ibidem*).

3. Configurações gerais da saúde na política de saúde escolar

Nos documentos analisados, a saúde é referida com carácter positivo, visível no enfoque dado aos estilos de vida saudáveis em lugar de se orientar para a prevenção de doenças. Ainda caracterizando a saúde, esta é descrita como vulnerável e fragilizada, sujeita a riscos de várias ordens, sendo parte deles internos e outra parte externos aos indivíduos, ou, recuperando as palavras do pioneiro Lalonde (1974), uns são ameaças autoimpostas e outros ameaças impostas pelo meio ambiente, respetivamente. A determinação dos riscos e fatores de risco que podem colocar em causa o estado de saúde são difundidas pelo discurso médico e político (Giddens, 1998) que os põe em evidência nos seus documentos. A noção de risco e, particularmente, de fatores de risco está presente nos documentos analisados. São ainda identificados novos riscos para a saúde e a necessidade de novas estratégias de precaução contra atos de terrorismo, catástrofes naturais ou outros efeitos nocivos ampliados em situações que se pensava estarem controladas e que terão, eventualmente, impacto na saúde.

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

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

Os documentos vão mais longe, considerando não só o espaço, mas também a dimensão temporal, propondo um plano e um programa de atuação organizado pelo ciclo de vida: desde o nascimento até à morte, incluindo ainda os momentos socialmente significativos, como o nascimento de um filho, o casamento, o divórcio para delinear atividades de promoção da saúde e prevenção da doença (MS & DGS, 2004). Considera-se, deste modo, que todos os momentos e aspetos da vida individual e coletiva podem constituir uma oportunidade de potenciação da saúde, de evitação da doença ou da sua minimização, partindo de abordagens essencialmente preventivas. A saúde pode, neste contexto, ser sempre aperfeiçoada e melhorada no sentido da definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), o que pode exacerbar o processo de medicalização (Fitzpatrick, 2001; Conrad, 2007), por exemplo, através da submissão de indivíduos saudáveis a rastreios ou outras intervenções.

É possível reconhecer também traços do que Carapinheiro (2006) designou como a ideologia sanitária, presente em todos os documentos, ora pela visão de saúde, ora pela abordagem centrada na higiene dos corpos ou dos espaços – traduz-se em elementos de uma corrente mais higienista da saúde pública, como a monitorização das condições de segurança e higiene nas escolas, a segurança alimentar, o tratamento de águas e resíduos, as condições das habitações e edifícios ou a qualidade ambiental.

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

A saúde da mente aparece dissociada da saúde do corpo, evidenciando uma noção quase cartesiana entre corpo e mente. No entanto, apresenta-se em complementaridade com a saúde física: «saúde física e mental» (MS & DGS, 2004), o que realça a importância social atribuída à harmonia entre o corpo e a mente (Silva, 2008). A saúde mental é expressa na conduta individual e percebida na interação com os outros. No PNSE, uma boa saúde mental traduz-se pela ausência de comportamentos violentos ou de consumos nocivos. No relatório do GTES, a referência à saúde mental aparece exclusivamente associada à violência em meio escolar. A violência ou os comportamentos violentos são aqui um sinal de uma perturbação da saúde mental, uma expressão da dificuldade de autocontrolo individual ou, como referem Rogers & Pilgrim (1997), um sinal de incompetência dos indivíduos em lidarem com os seus problemas. Por essa razão, é apontada a necessidade de intervenção neste domínio, através de programas e planos de saúde que possibilitem o desenvolvimento de competências de vida dos alunos.

A saúde começa a ter, na socialização, um papel fundamental, dado que a avaliação que se faz do outro toma por referência, por vezes, esse ideal de competência em saúde (física, mental ou ambas): as doenças associadas aos estilos de vida são progressivamente colocadas sob um julgamento moral em que todos os indivíduos estão implicados – contrair uma

doença cuja prevenção é possível pode ser encarado como sinónimo de irresponsabilidade e imoralidade, de quem não teve cuidado ou não desenvolveu os esforços necessários no sentido de reduzir e evitar os riscos (Lupton, 1995). De facto, os documentos analisados referem a saúde como expressão do exercício da cidadania, assumindo-se, de certo modo, que o bom cidadão é aquele que cumpre o seu dever, esforçando-se para ser saudável e sendo saudável.

4. A opção política pelos estilos de vida saudáveis: obrigações internacionais e divergências ideológicas

Os documentos analisados revelam diversos aspetos caracterizadores da política de saúde em Portugal, sendo eles próprios documentos políticos, que delineiam estratégias políticas, inspirados pelas emanações europeias e mundiais, particularmente pela OMS.

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

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

A legislação e a política de saúde, em Portugal, são claramente influenciadas pelas diretivas das organizações internacionais, como a OMS, reconhecida pela sua importância e prestígio ou pela Comissão Europeia, entre outras. Os dados dos relatórios estatísticos europeus e

internacionais são justificacão para a introducão de novos programas de saúde e interveno em saúde.

Atendendo a que todos os países participantes utilizam o mesmo questionário, os dados do estudo internacional permitem comparar conhecimentos e comportamentos, tendo em conta o contexto da vida familiar, escolar e relacional, assim como realizar estudos de tendência e correlacionar os principais determinantes da saúde com o gnero. Esta e outras fontes científicas fornecem informao crdvel, que poderá servir de base para novas interveno de promoo da saúde na escola. (DGS, 2006: 15)

A aceitao das orientao das organizao internacionais conduz, também, a uma construo do saudável que se aproxima da noo de saúde veiculada pela OMS, reduzindo-se, em última instância, a relatividade social, cultural e política que esta construo assume em diferentes sociedades e região do mundo, num fenmeno em que individualizao e globalizao se complementam e se tornam indissociáveis, refletindo-se nas representao individuais e coletivas de saúde (Beck, 2000). A OMS tem produzido, nas últimas décadas, diversas orientao e documentos que têm sido amplamente aceites a nível mundial, afirmando e reforçando uma política globalizante. Contudo, conforme refere Giddens (1998), o estabelecimento de organizao internacionais não retira a totalidade da soberania ao Estado-nao. O Estado-nao mantm a sua soberania no seu território, encontrando, porém, limitao importantes e vendo-se obrigado ao cumprimento de normas e orientao internacionais que subscreve, recebendo também contrapartidas dessa relao. Barroso (2005), referindo-se ao sistema educativo, aponta que a regulao transnacional pode favorecer a legitimao das políticas, que pode comportar, em maior ou menor medida, a obrigao de instituir medidas com origem em países centrais. A regulao por estruturas supranacionais que controlam as regras dos sistemas de financiamento, ainda que não tenham poder formal na saúde (como a União Europeia – UE), e a importância crescente de agências internacionais nos programas de cooperao destinados a países da periferia (coordenados por países centrais), possibilitam a responsabilizao dessas entidades pelo insucesso na aplicao das estratégias sugeridas (*ibidem*). A organizao em redes pode fortalecer a regulao transnacional e o potencial normalizador da mesma, pela partilha de recursos, de informao e, sobretudo, dos mesmos princípios, valores e estratégias. Este tipo de organizao está mais presente nos documentos «da saúde», do que nos documentos atribuíveis ao sector educativo. A organizao em redes, embora não seja um fenmeno exclusivo da saúde, neste campo  uma organizao preferencial como se denota pelas diversas redes promovidas pela OMS.

Para atingir os objetivos a que se propõem, os documentos do conta de estratégias como a produo de nova legislao, de novos programas e de novas orientao técnicas (como as produzidas pela DGS ou pelo GTES). Apresentam-se ainda outras estratégias: encorajar a par-

ticipação da sociedade civil e promover o empoderamento individual e comunitário, criar estruturas que suportem a parceria interministerial e criar estratégias de âmbito nacional. Incentivar a participação da sociedade civil por referência ao empoderamento individual caracteriza um discurso político mais assente no neoliberalismo do que num verdadeiro aumento do poder de decisão e de ação dos cidadãos, segundo Lupton (1999), em que se promove a transferência da responsabilidade estatal para a responsabilidade individual. O empoderamento referido nos documentos reporta-se tanto ao plano individual como ao comunitário; no entanto, a ausência de desenvolvimento desta questão nos documentos analisados não permite esclarecer se há uma efetiva desresponsabilização do Estado pela saúde dos seus cidadãos.

A evidência científica, conjuntamente com os dados estatísticos e epidemiológicos de prevalência de determinadas doenças ou condições, é evidenciada como uma importante justificação para o desenvolvimento de um programa de saúde. A aceitação social e política dos riscos e dos novos riscos enunciados pela pericialidade científica resulta da credibilidade de que goza a ciência, ainda que esta tenha vindo a ser abalada com a passagem para a sociedade pós-moderna (Beck, 2000). A ciência aparece como forma de legitimar as opções tomadas, assumindo o cientista o papel de perito ou de conselheiro científico (Gonçalves, Delicado, Domingues, Raposo, & Bastos, 2007). Nos documentos, é visível o recurso à pericialidade interna, patente no recurso a técnicos afetos a entidades dependentes do governo para elaboração do PNS e PNSE, e externa que se concretizou na nomeação do GTES (*ibidem*). Os documentos políticos ou que contêm estratégias políticas são ricos em terminologia técnica e em apresentação de resultados científicos (Rose & Miller, 1992), que justificam as opções tomadas e tornando, por vezes, difícil a sua inteligibilidade para leigos. A pressão social e política sobre o governo, neste caso despoletada pela opinião pública e reforçada pela projeção mediática, condicionou a nomeação do GTES para o estudo dos materiais utilizados pelas escolas na educação sexual. Os *media* desempenharam, aqui, um importante papel na construção e reconstrução dos riscos associados à educação sexual nas escolas, alimentando temporariamente a polémica e contribuindo simultaneamente para lhe conferir existência (Gonçalves et al., 2007). É possível descortinar, através do documento do relatório do GTES, que os peritos não se dissociaram daquela que foi a sua necessidade de convocação e incluem nos seus pareceres juízos de natureza sociopolítica (*ibidem*), por exemplo quando se afirma que o governo deve reafirmar a política neste ou naquele ponto ou que não se comprovaram efeitos negativos da utilização dos materiais de apoio à educação sexual. O parecer científico não é, por esta razão, necessariamente objetivo e neutro, podendo supor-se a presença de valores e interesses profissionais, institucionais ou até pessoais (*ibidem*).

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

5. Construindo uma escola mais saudável: atributos, espaços, atores e modos de atuação

A escola é caracterizada como «a grande promotora da saúde» (DGS, 2006: 3), ou como «um ambiente de excelência para a promoção da saúde» (*ibidem*: 10), afirmando-se também que «a promoção da saúde e os estilos de vida saudáveis [têm] uma abordagem privilegiada no ambiente escolar» (*ibidem*: 4). Ferreira (2005) refere que a atribuição da saúde enquanto área de intervenção do sector educativo pode justificar-se como mais uma das imposições que se colocam à escola na resolução de problemas sociais, quer sejam eles problemas de preservação ambiental, de saúde, de gravidez na adolescência ou de segurança rodoviária.

Em termos de responsabilidade pela saúde na escola e pela saúde escolar, esta é atribuída ao MS o que, de certa forma, pode favorecer uma abordagem biomédica da saúde. Contudo, a linguagem presente nos documentos como o PNS e PNSE, produzidos pelo MS, desloca várias responsabilidades para a escola, referindo em vários momentos os aspetos que a escola *deve* incluir na sua organização ou os temas que a escola *deve* abordar ou como o *deve* fazer. A elaboração do Protocolo pretendeu afirmar a responsabilidade de ambos os sectores em matéria de saúde escolar, todavia esta questão manteve-se pouco clara como se pode notar, por exemplo, na coordenação da Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde, que está a cargo da Direção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular do ME, embora apenas seja referenciada no PNSE e no PNS.

A escola que procura ser mais saudável é caracterizada como um espaço de saúde (DGS, 2006), onde o ambiente deve ser seguro, estimulante e acolhedor, procurando-se alcançar um ambiente isento de riscos para a saúde das crianças e jovens. Na descrição da escola, o discurso escolhe uma linguagem que remete para a abordagem ecológica, sendo também visíveis traços da ideologia sanitária que se procura substituir pela perspetiva salutogénica ou

pela referência à saúde holística. Uma escola que promove a saúde tem como missão o desenvolvimento de competências no sentido da mudança comportamental, especialmente nas áreas que considera de intervenção prioritária: saúde física, saúde mental, estilos de vida, ambiente, educação sexual/saúde sexual e reprodutiva. A intervenção a nível do espaço físico e do ambiente escolar também é considerada necessária, sendo sobretudo da responsabilidade dos serviços de saúde. Para concretizar os seus objetivos em saúde, a escola deve recorrer a metodologias múltiplas, como a colaboração e as parcerias com estruturas da comunidade, a integração de conteúdos de saúde no currículo/projeto educativo da escola e a utilização das áreas não disciplinares, recorrendo sempre que possível à metodologia do projeto. Professores, alunos, profissionais de saúde, famílias, comunidade e comunidade educativa são apontados como os atores da promoção de saúde na escola, não existindo nem uma coincidência exata nos documentos quanto às suas funções nem quanto aos próprios atores que devem estar presentes.

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

Importa que estes conteúdos abordem, nas e nos adolescentes portugueses, tendências na idade de início das relações sexuais, métodos contraceptivos disponíveis e utilizados, razões do seu falhanço e não uso, evolução e consequência nas taxas de gravidez e aborto (entre nós e na UE), aspectos relacionados com a incidência e sequelas das IST (incluindo a infeção por VIH e HPV, sua prevenção e suas consequências). (GTES, 2007: 22)

O recurso a terminologias e expressões habitualmente relacionadas com a ecologia (Faria, 2007), como a «saúde sustentável» (MS & DGS, 2004), «ambiente limpo e saudável» ou «futuro sustentável» (DGS, 2006: 5) não se traduz necessariamente em preocupações de preservação ambiental, que se concretizam antes em questões relacionadas com a salubridade ou a emissão de ondas eletromagnéticas. A abordagem assente na salutogénese, modelo desenvolvido por Antonovsky (1996), é partilhada tanto pelo PNSE como pelo relatório do GTES, que referem a necessidade de se transferir o foco de ação dos fatores negativos para fatores positivos, procurando a afirmação de uma visão positiva de saúde. Embora se refira a necessidade de uma abordagem holística (DGS, 2006) ou uma visão integrada da saúde (relatório do GTES), ambas as noções são pouco exploradas nos documentos, revelando porventura uma certa indefinição.

A escola que promove a saúde deve estimular o desenvolvimento de competências de autonomia, responsabilidade, espírito crítico, resiliência e estratégias de *coping*. O sucesso escolar, embora não se possa dizer uma competência de saúde, aparece associado à saúde, sendo que a saúde e o sucesso escolar se condicionam reciprocamente. A responsabilidade individual pela saúde aparece reforçada pela importância atribuída ao desenvolvimento de competências de saúde de carácter individual que possibilitem as escolhas saudáveis. A escolha saudável deve ser promovida e facilitada pela escola, concretizando-se assim os propósitos das políticas intersectoriais de saúde (OMS, 1986; Lupton, 1995): a saúde em todos domínios e em todas as políticas. «A promoção da educação para a saúde na escola tem, também, como missão criar ambientes facilitadores dessas escolhas e estimular o espírito crítico para o exercício de uma cidadania ativa» (MS & ME, 2006: 1).

Como principais metodologias de atuação, os documentos apontam que a escola deve possuir, no seu projeto educativo e programático, conteúdos de saúde, assumindo o sugerido pela OMS no seu documento *Health 21*, em 1999 (WHO, 1999). As áreas não disciplinares, como área projeto e formação cívica, são destacadas para a abordagem dos conteúdos de saúde. Não se trata pois de um currículo oculto, mas antes de um currículo paralelo que tem carácter obrigatório, embora não seja determinado nos programas curriculares nacionais, ficando ao critério de cada escola a sua definição. A metodologia do projeto é apontada como preferencial. Esta preferência resulta, em parte, do facto de estimular o envolvimento dos atores, nomeadamente crianças, jovens e comunidade educativa, e de poder favorecer o empoderamento que, no PNSE, é referido como um dos principais pilares da promoção da saúde.

O recurso a parcerias é também uma das metodologias a utilizar pela escola. O principal parceiro reconhecido é o centro de saúde, sendo também referidos como parceiros organizações e serviços existentes na comunidade. Esta estratégia é uma forma de localização da escola na comunidade (Ferreira, 2005), uma forma de rentabilização de recursos e de alcançar resultados em saúde mais consistentes, isto é, mais organizações e mais indivíduos comprometidos com os princípios e as práticas da promoção. As estratégias referidas não diferem substancialmente das referidas pela promoção da saúde.

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

Os técnicos das equipas de saúde escolar são profissionais preparados para apoiar o desenvolvimento do processo de promoção da saúde em meio escolar, que sabem partilhar saberes e encontrar pontos de convergência, no desafio da saúde positiva para todos. (DGS, 2006: 5)

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

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

A família é referida na maioria dos documentos como devendo ser respeitada nas suas opções e nas suas diferenças, como devendo ser informada dos projetos educativos, incluindo os de promoção da saúde, em que pode participar se assim o desejar, sendo em alguns casos chamada a participar. A família sobressai ora como elemento a ser educado para a concordância com as práticas estabelecidas pela escola e pelo sector da saúde como adequadas, ora como alvo das atividades de promoção e educação para a saúde, ora como sendo a principal educadora, enquanto o seu papel deve ser apenas complementado pela escola. Enquanto Beck (*ibidem*) sugere que a importância concedida à família pode estar relacionada com o apelo ao valor do coletivo e Giddens (2008) refere a importância da família como principal instância de socialização no passado, o discurso presente nos documentos parece atribuir-lhe mais um papel de controlo e vigilância da saúde e manutenção da ordem social, um agente medicalizado e medicalizante (Foucault, 2008):

A família é a primeira escola da criança e deve ter como objectivo a busca e a prática do bem-estar físico, psicológico, social, afectivo e moral, constituindo também um elemento preponderante na atenuação das fragilidades inerentes à doença, em especial as doenças crónicas ou incapacitantes. (DGS, 2006: 5)

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

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

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

A vigilância do cumprimento do PNV através da escola focaliza, novamente, as intervenções de saúde no indivíduo e localiza-as no corpo, que deve proceder à imunização para evitar a doença no sentido de proteger a saúde pública. Dew (1999) refere que a taxa de vacinação (um dos indicadores do PNSE) tem como propósito a regulação da saúde por parte do Estado e o aumento de dados e informações populacionais, transformando o acesso universal às vacinas num acesso universalmente imposto e controlado (*ibidem*).

Relativamente aos estilos de vida saudáveis, a transmissão de informação implica abordar a alimentação e o exercício físico, aqueles que são considerados os temas mais relevantes e

frequentes em educação para a saúde (Silva, 2008). No relatório do GTES são abordadas estratégias de controlo do corpo, como a utilização de um instrumento para recolha de dados antropométricos, que permite evidenciar aqueles que se desviam do ideal estabelecido, sendo o corpo o lugar onde se inscreve a saúde de cada um.

Como a atividade física é essencial para os nossos jovens, que mostram preocupantes padrões de sedentarismo, o GTES desde sempre considerou essencial apoiar os professores de Educação Física nas suas ações quotidianas e nos seus projetos. Neste sentido, promoveu a assinatura de um protocolo entre o ME (DGIDC) e a Faculdade de Motricidade Humana (FMH), de modo a garantir que, no próximo ano lectivo, as escolas dispusessem do instrumento *Fitnessgram*. Deste modo, os professores de Educação Física poderão aferir parâmetros de saúde de todos os alunos no que diz respeito ao peso e à condição física, sendo obtidos relatórios individuais que permitem aos estudantes e às suas famílias as eventuais correções. (Relatório do GTES, 2007: 34)

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

A saúde mental, embora não seja abordada nos documentos em pontos específicos que refiram como deve ser a sua abordagem na escola, é referida por complementaridade e em associação a temas como a violência na escola, o consumo de álcool e tabaco, a educação sexual e o desenvolvimento dos afetos e relações interpessoais (relatório do GTES). Para o desenvolvimento dos afetos e, em particular das características positivas da personalidade, é imperativo a criação de espaços de comunicação para apoiar o aluno. As características da personalidade que possam estar relacionadas com a saúde positiva (otimismo, bom-humor, calma) e com a capacidade de gerir o stress são valorizadas. A inclusão de aspetos emocionais e subjetivos como tópicos a desenvolver (relatório do GTES, PNSE) e que aparecem integrados no currículo de saúde de cada escola, decorre de uma ampliação do território da promoção da saúde, que inclui não só aspetos objetivos da saúde, mas também os aspetos subjetivos relacionados com o bem-estar, com as emoções e os afetos (Petersen, 1998). A tristeza, a falta de atenção ou um comportamento agressivo podem tornarse motivos para que os jovens

sejam encaminhados para o gabinete de apoio ao aluno, que fará a ponte com as estruturas de saúde (relatório do GTES). A obrigatoriedade de existência do gabinete de apoio ao aluno no ensino secundário, em que a articulação com as estruturas de saúde é obrigatória, pode fomentar a identificação crescente de comportamentos considerados anormais e o consequente encaminhamento de alunos para os serviços de saúde. Assim, a tendência é para que mais comportamentos sejam postos à apreciação médica, ainda que não sejam necessariamente questões reclamadas pelos médicos (Conrad, 2007), podendo espelhar, por exemplo, dificuldades de resolução de problemas por parte dos professores e educadores. A violência em meio escolar ou *bullying* parece ser uma dessas questões, já que os comportamentos violentos são um aspeto que, no relatório do GTES, aparecem associados à saúde mental. A violência é abordada por ambos os sectores (PNS, PNSE, relatório do GTES) incluindo este aspeto no campo da saúde, ou por se afigurar um atentado à segurança do coletivo, ou por ser um dos aspetos que mais preocupa os portugueses, conforme um inquérito realizado em 2003 (Gonçalves et al., 2007). A violência, ao aparecer como domínio da saúde, revela-se uma zona potencial de regulação médica ou, neste caso, da saúde pública. O exercício físico aparece tanto no relatório do GTES como no PNS (MS & DGS, 2004: 122, vol. II), como forma de promover o autocontrolo emocional e evitar a violência.

Importa interferir no ambiente educacional das crianças, jovens e adolescentes, cerceando tudo o que favoreça a violência: interdição de programas – mesmo que indicadores – de violência na rádio e na TV, repressão assumida de qualquer ato que dela derive, sobretudo em meio escolar. Estímulo à ocupação dos tempos livres dos jovens, promovendo intervalos entre as aulas com atividades de movimento.

A educação sexual desempenha um importante papel no currículo escolar, sendo uma das áreas de intervenção prioritárias e com carácter obrigatório desde a publicação da «Lei da Educação Sexual» em 2009 (Lei nº 60/2009). A educação sexual assume particular importância no relatório do GTES, dado que a sua constituição teve como principal objetivo estudar e parametrizar os programas de educação sexual. A vivência da sexualidade é um tema de claro desconforto social, gerando conflitos não só ideológicos, mas também políticos e onde várias áreas de saber e poder se confrontam (Vilar, 2002). Ainda que o PNSE refira a questão da sexualidade e reprodução, a esta não é dado particular destaque, exceto no campo das IST. Apenas em 2010, em resposta à promulgação da «Lei da Educação Sexual», a DGS lança algumas orientações complementares sobre a educação sexual para as equipas de saúde escolar afetas aos centros de saúde², apesar de não se pronunciar sobre conteúdos a abordar. No fundo, esta área ficou mais a cargo da educação, no que respeita à definição curricular e em

² Podem ser consultados os documentos no sítio da DGS: www.dgs.pt.

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

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

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

6. Repensar a escola como local de produção de saúde

Analisar o discurso político em relação à saúde na escola permitiu confirmar a influência internacional na elaboração de políticas e programas de saúde escolar em Portugal. As políticas internacionais, nomeadamente da OMS e UE, fornecem as principais linhas de orientação para o discurso político sobre a saúde na escola. Estas organizações, enformadas pela percepção do risco e pela identificação de novos riscos, constroem uma lógica do saudável que, ao ser adotada na elaboração política de cada Estado, promove uma aproximação política entre estados. Portugal assume os compromissos propostos por estas organizações, partilhando da visão internacional de promoção da saúde e de promoção da saúde na escola e aceitando como problemas aqueles que são considerados globalmente prioritários. A organização em redes, como a rede nacional de escolas promotoras de saúde, proporciona a rentabilização de recursos e a difusão de conceitos e metodologias de ação em saúde escolar, favorecendo a integração das lógicas internacionais de saúde na política portuguesa. O discurso político encontrado procura substituir a ideologia sanitária, ainda muito enraizada e orientada para a doença, por uma perspetiva orientada sobretudo para o controlo dos fatores de risco e promoção dos estilos de vida saudáveis.

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

É este discurso produzido por peritos, sobretudo da área médica, que define e delimita as áreas de atuação obrigatórias e prioritárias na escola, refletindo os desafios colocados globalmente e procurando concertá-los com aqueles que são diagnosticados como necessidades nacionais. A escola considera como áreas obrigatórias de intervenção em saúde: o cumprimento do PNV, o exame global de saúde, o cumprimento da lei de evicção escolar e a vigilância das condições de higiene e segurança, revelando elementos da antiga saúde pública. A

educação sexual tem ocupado uma parte considerável do debate atual sobre a saúde escolar, tendo sido mediatizada pelos meios de comunicação social, não se podendo omitir a sua importância ao ter despoletado a sua regulamentação. Consequentemente, a educação sexual constituiu-se também como área obrigatória. Embora a educação sexual negue uma abordagem médico-sanitária, faz apanágio da epidemiologia e prevenção de IST, acrescentando-lhe a abordagem dos afetos e, consequentemente, a necessidade da sua expressão ser controlada em meio escolar.

A saúde escolar deve ainda abordar conteúdos relacionados com os estilos de vida, saúde mental/violência e a saúde e higiene do corpo, uma vez que é assumido que todas as esferas da vida privada e coletiva concorrem para a saúde. O corpo, os cuidados e a imagem do corpo detêm uma posição de destaque dado que o corpo é o local que objetiva o estado de saúde individual, demonstrando a competência individual de preservar e alcançar a saúde. O corpo é avaliado em exames globais de saúde obrigatórios e pelo registo dos parâmetros antropométricos, sendo que a não correspondência ao modelo de corpo saudável promove a necessidade de correções no sentido de o aproximar da norma. A saúde mental é colocada também sob julgamento: comportamentos violentos ou alterações do comportamento alimentar são considerados desequilíbrios da saúde mental que colocam em causa a saúde do corpo, o bom funcionamento escolar e o sucesso escolar individual.

A saúde escolar procura a convergência de saberes de duas áreas profissionais: a saúde e a educação. As áreas de intervenção são um elemento consensual, enquanto as metodologias, os profissionais intervenientes e as formas de avaliação são, em vários aspetos, diferentes. Mais, documentos dos diferentes sectores definem diferentes prioridades, atribuem diferentes papéis e organizam áreas de intervenção com diferentes terminologias. O sector educativo é mais responsável pela transmissão de valores e princípios e pelo desenvolvimento de competências facilitadoras da integração das escolhas saudáveis, assumindo os professores um papel de especial importância. Ao sector da saúde são atribuídas sobretudo as funções de controlo das condições físicas e de segurança do meio, a vigilância ambiental e a vigilância do corpo e da doença, atividades a desenvolver sobretudo pelos profissionais de saúde, em particular médicos e enfermeiros.

A generalidade dos documentos aponta os alunos como os principais destinatários dos programas de saúde escolar e simultaneamente como atores das atividades de promoção da saúde, devendo estes abordar no seu currículo escolar os temas obrigatórios, através de algumas metodologias também previamente definidas. A família é considerada como tendo um importante papel, sendo responsabilizada pela educação dos seus filhos e chamada para a concordância com as regras do saudável, retomando o papel de agente de controlo e vigilância da saúde das crianças e jovens.

As responsabilidades pela saúde encontram-se assim divididas: ao Estado cabe definição da política de saúde e de saúde escolar, a formação de técnicos e a sua disponibilização para operacionalização de programas de prevenção e promoção da saúde, aos indivíduos cabe o autocontrolo e a responsabilidade pela sua saúde, particularmente no que toca a doenças que se dizem provocadas pelos estilos de vida.

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

Correspondência: Rua Cidade de Gabela. nº 1. 1800-083 Lisboa – Portugal
Email: brigida.riso@gmail.com

Referências bibliográficas

- Antonovsky, Aaron (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 1(1), 11-18.
- Armstrong, David (1993). Public health spaces and fabrication of identity. *Sociology*, 27(3), 393-410.
- Atkinson, Paul, & Coffey, Amanda (1997). Analysing documentary realities. In David Silverman (Ed.), *Qualitative research: Theory, method and practice* (pp. 56-75). Londres: SAGE.
- Bambra, Clare, Fox, Debbie, & Scott-Samuel, Alex (2005). Towards a politics of health. *Health Promotion International*, 20(2), 187-193.
- Barroso, João (2005). *Políticas educativas e organização escolar*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Beck, Ulrich (2000). A reinvenção da política. In Ulrich Beck, Anthony Giddens, & Scott Lash (Eds.), *Modernização reflexiva: Política, tradição e estética no mundo moderno* (pp. 11-71). Oeiras: Celta.
- Carapinheiro, Graça (2006). A saúde enquanto matéria política. In Graça Carapinheiro (Ed.), *Sociologia da saúde: Estudos e perspectivas* (pp. 137-164). Coimbra: Pé de Página.
- Conrad, Peter (2007). *The medicalization of society*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Crawford, Robert (2006). Health as a meaningful social practice. *Health*, 10(4), 401-420.
- Denzin, Norman K., & Lincoln, Yvonna (2005). Introduction: The discipline and practice of qualitative research. In Norman K. Denzin & Yvonna Lincoln (Eds.), *The SAGE handbook of qualitative research* (pp. 1-19). Thousand Oaks: SAGE.
- Dew, Kevin (1999). Epidemics, panic and power: Representations of measles and measles vaccines. *Health*, 3(4), 379-398.

- Direção-Geral da Saúde (DGS) (2006). *Programa nacional de saúde escolar*. Retirado em setembro 8, 2008, de <http://www.dgs.pt>
- Faria, Paula L. (2007). A falsa inocência da linguagem ou a procura da metáfora certa em saúde: Reflexão sobre a importância da linguagem dos direitos e da ética no sistema de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(1), 101-103.
- Ferreira, Fernando I. (2005). *O local em educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fitzpatrick, Michael (2001). *The tyranny of health: Doctors and the regulation of lifestyle*. Londres: Routledge.
- Foucault, Michel (1975). *Surveiller et punir: Naissance de la prison*. Paris: Gallimard.
- Foucault, Michel (1994). *História da sexualidade I: A vontade de saber*. Lisboa: Relógio d'Água.
- Foucault, Michel (2008). *Microfísica do poder*. São Paulo: Graal.
- Gastaldo, Denise (1998). «Is health education good for you?»: Re-thinking health education through the concept of bio-power. In Alan Petersen & Robert Bunton (Eds.), *Foucault: Health and medicine* (pp. 113-133). Londres: Routledge.
- Giddens, Anthony (1998). *As consequências da modernidade*. Oeiras: Celta.
- Giddens, Anthony (2008). *Sociologia* (6ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gonçalves, Maria E., Delicado, Ana, Domingues, Mafalda, Raposo, Hélder, & Bastos, Cristiana (2007). *Os portugueses e os novos riscos*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais.
- Grupo de Trabalho de Educação Sexual (GTES) (2007). *Relatório final*. Retirado em setembro 20, 2010, de http://www.dgicd.min-edu.pt/saude/Documents/GTES_RELATORIO_FINAL.pdf
- Guerra, Isabel (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: Sentidos e formas de uso*. São João do Estoril: Principia.
- Halse, Christine, Honey, Anne, & Boughtwood, Desiree (2007). The paradox of virtue: (Re)thinking deviance, anorexia and schooling. *Gender and Education*, 19(2), 219-235.
- Krippendorff, Klaus (2004). *Content analysis: An introduction to its methodology*. Newbury Park: SAGE.
- Lalonde, Marc (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Minister of National Health and Welfare. Retirado em dezembro 10, 2006, de http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde_e.pdf
- Lupton, Deborah (1995). *The imperative of health: Public health and the regulated body*. Londres: SAGE.
- Lupton, Deborah (1998). Foucault and the medicalisation critique. In Alan Petersen & Robert Bunton (Eds.), *Foucault: Health and medicine* (pp. 94-110). Londres: Routledge.
- Lupton, Deborah (1999). *Risk: Key ideas*. Londres: Routledge.
- Maxwell, Joseph A. (2005). *Qualitative research design: An interactive approach*. Londres: SAGE.
- Mills, Charles W. (1982). *A imaginação sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Ministério da Saúde (MS), & Direção-Geral da Saúde (DGS) (2004). *Plano nacional de saúde 2004-2010: Mais saúde para todos*. Lisboa: DGS.
- Ministério da Saúde (MS), & Ministério da Educação (ME) (2006). *Protocolo entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde*. Retirado em fevereiro 6, 2010, de http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/1CEE249-8AA5-4B5F-BA05866C7D3D57E8/0/ProtocoloME_MS.pdf
- Navarro, Vincent (2004). *La medicina bajo el capitalismo*. Barcelona: Editorial Crítica.

- Nettleton, Sarah, & Bunton, Robin (1995). Sociological critiques of health promotion. In Robin Bunton, Sarah Nettleton, & Roger Burrows (Eds.), *The sociology of health promotion: Critical analyses of consumption, lifestyle and risk* (pp. 39-56). Londres: Routledge.
- Organização Mundial da Saúde (OMS) (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Retirado em setembro 8, 2008, de <http://www.dgs.pt>
- Petersen, Alan (1998). Risk, governance and the new public health. In Alan Petersen & Robin Bunton (Eds.), *Foucault: Health and medicine* (pp. 189-206). Londres: Routledge.
- Prior, Lindsay (2003). *Using documents in social research*. Londres: SAGE.
- Rogers, Anne, & Pilgrim, David (1997). The contribution of lay knowledge to the understanding and promotion of mental health. *Journal of Mental Health*, 6(1), 23-35.
- Rose, Nikolas, & Miller, Peter (1992). Political power beyond the state: Problematics of government. *British Journal of Sociology*, 43(2), 173-205.
- Saint-Georges, Pierre (1997). Pesquisa e crítica das fontes de documentação nos domínios económico, social e político. In Christian Maroy, Danielle Ruquoy, Françoise Digneffe, Jean-Pierre Hiernaux, Luc Albarello, & Pierre de Saint-Georges (Eds.), *Práticas e métodos de investigação em ciências sociais* (pp. 15-47). Lisboa: Gradiva.
- Santos, Boaventura S. (1994). *Pela mão de Alice: O social e o político na pós-modernidade*. Porto: Edições Afrontamento.
- Silva, Luísa F. (2008). *Saber prático de saúde: As lógicas do saudável no quotidiano*. Porto: Edições Afrontamento.
- Vilar, Duarte (2002). *Falar disso: A educação sexual nas famílias dos adolescentes*. Porto: Edições Afrontamento.
- World Health Organization (WHO) (1999). *Health 21: Health for all in the 21st century*. Copenhaga: WHO – Regional Office for Europe.

Legislação consultada

- Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro, Lei de Bases da Saúde.
- Lei nº 49/2005, de 30 de Agosto, Lei de Bases do Sistema Educativo.
- Lei nº 60/2009, de 6 de Agosto, Lei da Educação Sexual.