

EVOLUÇÃO DA SAÚDE ESCOLAR EM PORTUGAL: Revisão Legislativa no Âmbito da Educação

AMARÍLIS PEREIRA ROCHA ¹
ANA LÚCIA DE OLIVEIRA MARQUES ²
CARLA FIGUEIREDO³
CATARINA INÊS SOARES ALMEIDA ⁴
ISABEL MARIA ANDRADE BATISTA ⁵
MARIA JOÃO HENRIQUES DE ALMEIDA ⁶

¹ Docente da Escola Superior de Saúde
e investigadora do Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde (CI&DETS)
do Instituto Politécnico de Viseu – Portugal.
(e-mail: amarilisrocha@hotmail.com ou arocha@essv.ipv.pt)

² Enfermeira no Centro de Saúde de Pedrógão Grande – Portugal.
(e-mail: aninhaxpto@hotmail.com)

³ Enfermeira no Serviço de Medicina do Hospital de Vila Franca de Xira – Portugal.
(e-mail: carlafigueiredo0@gmail.com)

⁴ Enfermeira na Unidade de Cuidados Continuados de Castro Daire – Portugal.
(e-mail: cisa1985@gmail.com)

⁵ Docente da Escola Secundária de Tondela – Portugal. (e-mail: imb420@iol.pt)

⁶ Enfermeira no Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE- Hospital de Santa Maria – Portugal.
(e-mail: jiggzz@iol.pt)

Resumo

Este artigo tem como objetivo apresentar o percurso da Saúde Escolar em Portugal. Abarca a análise de diversa literatura no âmbito da Educação e a construção de um pensamento reflexivo acerca da sua história.

A primeira referência à Saúde Escolar data de 1901, evoluiu até aos nossos dias e passou por etapas diversas. Ao longo deste percurso, salientam-se, como momentos relevantes, nalgumas escolas, a existência de um médico e de uma visitadora, a preocupação com o exercício físico e o desporto, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento saudável dos alunos, o combate à droga, tendo como meta a promoção da saúde de todos os alunos inseridos na escolaridade obrigatória e, mais recentemente, a

educação para a sexualidade, inserta na Educação Para a Saúde, tendo como primordial preocupação o bem-estar físico, intelectual, mental, psicológico e social das crianças e jovens.

Palavras-chave: saúde escolar; educação; educação para a saúde; promoção da saúde.

Abstract

This research aims to present the development of School Health in Portugal. It encompasses the analysis of diverse literature in Education and the construction of a reflective thinking about their history.

The first reference to School Health itself was in 1901, evolved into the present day and went through several stages. We emphasized the most relevant moments in some schools, as being the presence of a doctor and a “visitor”, as nurse were once known, the preoccupation with physical exercise and sports, the monitoring of growth and healthy development of students, the fight against drugs participating into compulsory schooling, in which promoting students health is the main priority, and most recently, sexual education inserted into Education for Health, whose primary concern is the well-being physical, intellectual, mental, psychological and social development of children and teens.

Keywords: school health; education; education to health; health promotion.

Introdução

O ambiente escolar tem vindo a tornar-se o local onde crianças, jovens e adultos passam a maior parte do seu tempo, aprendendo. É incontestável o papel que este representa no cariz da saúde de todos os que nele vivem. O período escolar anual tem tendência a alargar-se, a escolaridade tem vindo a alongar-se e a educação e formação profissional perduram cada vez no mais tempo. Assim, a escola apresenta um papel fundamental na aquisição de atitudes e conhecimentos relacionados com a promoção da saúde e prevenção da doença.

As premissas mencionadas justificam a pertinência da realização desta revisão legislativa que permitiu conhecer e compreender a saúde escolar no século XX e início do século XXI e identificar os programas interdisciplinares existentes na comunidade escolar.

Através de legislação e disposições legais consultadas, infere-se que as áreas prioritárias de intervenção da saúde escolar têm vindo a sofrer várias alterações desde o seu prelúdio até à atualidade, nomeadamente a nível das áreas: da Saúde Mental, Saúde

Oral, Alimentação Saudável, Atividade Física, Ambiente e Saúde, promoção da Segurança e Prevenção de Acidentes, Saúde Sexual e Reprodutiva e Educação para o Consumo.

À luz da pesquisa levada a cabo, verificámos que, em Portugal, a Saúde Escolar conheceu o seu início em 1901, evoluiu até aos nossos dias, continuamente sujeita a várias reformas “*numa tentativa constante de a adequar às necessidades da escola e às preocupações de saúde emergentes*” (Gomes *et al.*, cit. in Direção Geral de Saúde, 2007, p.8).

A Educação Para a Saúde é uma mais-valia para a melhoria da qualidade de vida dos alunos. Este tema é transversal a todas as áreas do saber – saber ser, saber estar e saber agir - e apresenta-se como um programa que promove e previne situações de risco e de doença, capacitando as crianças e jovens para uma vida mais saudável. O programa atual de Educação Para a Saúde não se limita a informar, mas procura desenvolver estratégias de promoção e intervenção em que os alunos são os protagonistas. Podemos inferir que há conhecimentos adquiridos, mas especialmente há mudança de hábitos e comportamentos relacionados com a prática de vida saudável nas suas dimensões física, intelectual, mental e social.

Neste trabalho pretendemos dar ênfase à evolução da Saúde Escolar em Portugal, no âmbito do Ministério da Educação, e verificar o esforço realizado ao longo de cem anos, que têm como somatório um Programa de Educação Para a Saúde implementado na maioria das escolas básicas e secundárias.

Evolução da saúde escolar em Portugal: revisão legislativa no âmbito da educação

Em 1901 surgiu em Portugal o primeiro decreto que estrutura a sanidade pública do país, cria a Inspeção Sanitária e Escolar e a Direção Técnica das Construções Escolares. As visitas e inspeções sanitárias eram realizadas, sempre que necessário, a “*(...) aulas, colégios, hospitais, asilos e outros estabelecimentos de ensino e beneficência, incluindo os pertencentes às associações de caráter religioso, (...) impondo a execução das determinações técnicas relativas à higiene escolar e nosocomial, sob pena de procedimento legal*” (Rocha, 1994, p.5) pelos administradores do concelho em conjunto com o sub-delegado de Saúde, competindo ao médico municipal vacinar os alunos e fiscalizar a higiene das escolas públicas e privadas.

O Decreto n.º 4, de 19 de setembro, em 1902, (cit. in Rocha, 1994, p.6), regulamentou a legislação em saúde escolar, passando a inspeção sanitária a ser realizada pelos inspetores sanitários, sediados em Lisboa, juntamente com os delegados e sub-delegados de saúde da respetiva área de abrangência. Também nesta altura, para além da fiscalização e ensino sanitário, era feita inspeção aos alunos relativamente a vacinações, doenças contagiosas ou prejudiciais à comunidade e, sempre que se

justificasse, eram afastados temporariamente da escola e só readmitidos após determinado período, variável segundo a doença, e fixado neste decreto ou perante certificado de cura, ao mesmo tempo que eram tomadas as devidas providências com a família e restantes alunos da escola. Durante as férias grandes de cada ano escolar, todas as escolas eram *desinfestadas*.

Miguel Bombarda, médico do Instituto Central de Higiene, em 1904, alertou para a necessidade da higiene da infância, da proteção sanitária das crianças e da higiene escolar.

O Decreto n.º 4695, de 23 de julho de 1918, veio substituir a “*Inspeção Sanitária Escolar*” pela “*Repartição de Saúde Escolar*”, tendo como competências “(...) a fiscalização do ensino sob o aspeto médico-pedagógico e higiénico, a elaboração de regulamentos dos serviços de sanidade escolar e tomadas de providências para o seu cumprimento, a organização do cadastro sanitário do pessoal e dos edifícios escolares e a organização de serviços especiais de oftalmologia, otorrinolaringologia e odontologia” (cit. in Rocha, 1994, p.6). O serviço sanitário escolar passou a ser exercido, em todos os estabelecimentos do país, pelos médicos escolares, que tinham atribuições semelhantes às dos delegados e sub-delegados de saúde, conhecendo o acréscimo de outras competências: “*dar parecer sobre os horários do estabelecimento de ensino; proceder ao exame antropométrico e preencher os respetivos boletins; orientar o ensino de educação física perante as informações dos respetivos professores; fiscalizar a alimentação dos alunos no estabelecimento de ensino, requerendo, se necessário, análises higiénicas da água e alimentos; organizar uma consulta médico-pedagógica; organizar os serviços de socorros urgentes com a colaboração do pessoal do estabelecimento; propor à repartição de sanidade escolar as modificações regulamentares que a prática lhe aconselhe, ou medidas especiais que as circunstâncias sugiram*” (Decreto n.º 4695, de 1918, cit. in Rocha, 1994, p.6).

A primeira legislação publicada em Portugal em matéria de drogas data de 1924, com a aprovação da Lei n.º 1 687, regulamentada pelo Decreto n.º 10 375, em 9 de dezembro, como refere Nóvoa (2005, p. 99).

Em 12 de outubro de 1926, segundo a mesma fonte, foi promulgado o Decreto n.º 12477, que fez da Direção Geral de Saúde o organismo responsável pela prevenção e combate das *moléstias* infecciosas, assim como da sanidade escolar e da educação física.

Costa Secadura, o primeiro médico escolar português, apresenta o país em estado crítico de insalubridade pública num artigo publicado em 1927 (Nóvoa, 2005, p.99).

Em 1929, surgiu o Decreto n.º 17278, de 26 de julho, que define que “ (...) os serviços médico-pedagógicos ficaram todos subordinados à “*Inspeção de Sanidade Escolar e Educação Física*”, englobando as escolas agrícolas, ensino industrial e

comercial, que pertenciam a outros ministérios e passaram nesta fase para o Ministério de Instrução Pública” (cit. in Rocha, 1994, p.6).

O Decreto n.º 22751, de 28 de junho de 1933, remodelou os serviços de medicina escolar dependentes do Ministério de Instrução Pública (Rocha, 1994, p.7). Nesta altura foi criada a “*Direção Geral de Saúde Escolar*”, que englobou tudo o que respeitava as condições sanitárias, médico-pedagógicas e higiénicas do pessoal discente e dos respetivos meios de ensino e edifícios. A “*Repartição de Saúde Escolar*”, a “*Repartição de Educação Física*” e corpo de inspetores com função de fiscalização e orientação dos serviços de saúde ficaram dependentes da “*Direção Geral de Saúde Escolar*”. Embora mantendo-se os serviços de saúde escolar no mesmo regime, foi dada maior importância à participação do médico escolar nas atividades dos alunos e nos conselhos dos professores, tendo em vista as condições necessárias à formação e desenvolvimento do seu caráter. Assim, os médicos escolares ficaram tutelados pela “*Direção Geral de Saúde Escolar e as horas do serviço semanal obrigatórias eram iguais às dos professores efetivos do ensino secundário com menos de dez anos de serviço*” (Rocha, 1994, p.7).

Também em 1933 foi publicado o Decreto n.º 22752, que alargou o âmbito de ação do médico escolar e que definiu que “*(...) ao médico escolar não pode ser estranho nada que interesse à saúde, quer física quer moral. (...) deve atuar junto das famílias e dos próprios estudantes. (...) deve ser educador – aumentar a resistência moral dos alunos e trabalhar no seu aperfeiçoamento. Publicou novas normas de concursos para médicos escolares, com cinco provas: 3 teóricas, 1 prática e a discussão de uma tese; estas versavam as áreas de higiene física e moral, psicologia, psiquiatria escolar, horários liceais e exames médicos gerais ou específicos*” (Decreto n.º 22752, cit. in Rocha, 1994, p.7). Nesta fase surgiu a necessidade de se conhecer o ambiente familiar do aluno, surgindo assim uma nova entidade, a visitadora, que deveria ter alguma instrução de enfermagem e qualidades morais de prudência e habilidade, uma vez que o médico escolar não era suficiente para resolver a situação.

No primeiro ano de funcionamento dos Serviços de Saúde Escolar (1933/1934), as escolas começaram a ser visitadas todos os meses e os alunos inspecionados. No ano seguinte, com a colaboração dos professores, organizaram-se os Cadernos de Inspeção e os Mapas de Registo de Doenças com benefícios públicos para uma saúde escolar proffuca. O primeiro objetivo da Medicina-escolar era uma questão epidemiológica, dado que procurava defender a população visada das doenças infetocontagioso, em particular do sarampo. Nos anos letivos de 1934/1935 e de 1935/1936 cresceu o número de escolas interessadas em implementar a Saúde Escolar, apesar de ser reduzido o núcleo de médicos escolares, mais precisamente cinco médicos para 90 escolas. Em 1934/1935, Serra e Silves, cit. in Nóvoa (2005, p.99),

refere que é impossível cuidar da “*higiene do corpo*” sem tratar da “*higiene da alma*” e acrescenta que “*as políticas sanitárias deviam exercer-se dentro e fora da escola: por um lado através da ação do médico como educador e da cooperação dos Fiscais de Higiene e das donas de casa (...), por outro lado, graças à vigilância das famílias e dos alunos, com o apoio dos visitantes escolares*”.

Depois de Daniel Monteiro, Inspetor da Saúde Escolar de Lisboa (Monteiro, 1937), alertar para a falta de luminosidade das salas de aula e referir que o mobiliário era inadaptado para a estatura e atitude correta na escrita e leitura, António Almiro Vale no seu estudo, intitulado “*A carência dum Mobiliário Anátomo-Fisiológico, Higiênico e Pedagógico na Escola Primária Portuguesa*” (Vale, 1936), propôs as secretárias e adiantou que as mesmas permitiriam adequação de estatura e postura em pé ou sentado, com apoio dos pés, contribuindo para que deixassem de estar sentados dois ou três alunos na mesma carteira. Monteiro (1937) refere que os serviços da morbilidade escolar distribuíram junto dos professores os *Boletins de Saúde*, com elementos que os mapas dificilmente poderiam registar: a idade do aluno doente, o n.º de dias de duração da doença, qual a doença e a justificação de faltas. Estes fatores contribuíram para uma maior assiduidade e rendimento dos discentes. Na conclusão do “Relatório sobre Serviços Médicos do Ensino Primário Oficial de Lisboa”, o autor apresenta a importância das atividades desenvolvidas pelos Médicos e Enfermeiras-Visitadoras, apesar do seu número reduzido, dando ênfase ao trabalho realizado como um bem para todos, uma vez que, “*As Visitadoras, especialmente, podiam contribuir, duma maneira eficaz, para multiplicar a ação dos Médicos e combater as deficiências apontadas, pois se frequentássemos com necessária assiduidade a Escola e a Família, os alunos doentes e os estudantes suspeitos podiam ser convenientemente tratados e isolados. Diminuíam-se, desta forma, as possibilidades de contágio escolar e extraescolar; reduziam-se a duração, a malignidade e o número dos casos mórbidos; consequentemente, melhoravam o rendimento e a frequência das escolas, e beneficiavam a Saúde Escolar e a Saúde Pública*” (Monteiro, 1938). Em 1941, Daniel Monteiro, organizou os Serviços Escolares de Oftalmologia e fez saber que “*(...) tínhamos a certeza de que era elevado o número de crianças necessitadas, mas nunca imaginámos que fossem tantas as beneficiadas*” (Monteiro, 1941, p.3). A partir da evidência dos dados recolhidos, comentou que os resultados não deveriam ser diferentes nas zonas rurais, pois as condições de luminosidade das salas de aula não eram melhores que as da capital. Segundo este autor, para este projeto de intervenção nas Escolas Primárias Oficiais de Lisboa contribuíram muito o elevado préstimo dos Médicos-escolares, a incansável dedicação da Visitadora e o valioso auxílio dos Professores Primários.

O Decreto de Lei n.º 32241, de 5 de setembro de 1942 (cit. por Rocha, 1994), transformou a “*Direção Geral de Saúde Escolar*” em “*Direção Geral de Educação*”

Física, Desportos e Saúde Escolar”. A saúde escolar manteve o mesmo regime legal, mas os médicos escolares deixaram de pertencer a escolas determinadas para pertencerem a localidades, de modo a prestarem serviços em várias escolas e colaborarem com os médicos do desporto. Este organismo tinha como competência cuidar e dirigir a Educação Física do País nas escolas não inseridas na Organização Nacional da Mocidade Portuguesa e na Fundação Nacional para a Alegria no Trabalho. A Direção-Geral da Saúde Escolar, para além de se preocupar com os “*males físicos*” dos alunos, procurava determinar o quanto afetavam as possibilidades de aprendizagem.

Em 3 de agosto de 1943, pelo Decreto-Lei n.º 32946, é publicado o regulamento geral da Direção-Geral da Educação Física e Saúde Escolar, no qual o Estado dava particular ênfase à educação física e considerava que a ginástica, exercida com métodos adequados nas escolas, facilitava a vigilância contínua sobre as condições físicas dos alunos e a sua progressão.

Na década de 60, foi criado o Plano de Fomento que preconizou incentivos económicos a serem aplicados em ações de formação na área da saúde escolar.

Em janeiro de 1971, por Despacho do Ministro da Educação, Dr. Veiga Simão (cit. por Correia, 1990), emergiu a Comissão para o Estudo da Educação e Sexualidade, que surgiu num contexto de voluntariado de vários profissionais, a qual feneceu pouco tempo depois. A ação mais direta que teve esta comissão foi a participação na Comissão para o Estudo da Implantação do Regime de Coeducação no ensino primário, sendo certo que só em inícios de 1973 foi aprovada pelo Governo.

Em 1971 foi criada a saúde escolar no Ministério dos Assuntos Sociais que conferiu à primeira reforma um novo perfil mais interdisciplinar, quanto a competências profissionais, e focada no Ensino Básico. Foi também criado o Centro de Medicina Pedagógica de Lisboa, dinamizador e coordenador da nova saúde escolar. Por esta altura, nos liceus femininos, o trabalho da saúde escolar pretendia ser preventivo, de despiste de problemas de saúde com interferência na escolaridade e de educação para a saúde. Foi neste contexto que surgiu o Seguro Escolar, permitindo a observação e seguimento, em determinadas idades, dos casos problemáticos. Possibilitou ainda, a discussão das dificuldades comportamentais ou académicas e a avaliação das ajudas institucionais que se poderiam obter, bem como as mudanças de atitude dos professores e dos pais.

O Decreto-Lei n.º 408, de 27 de setembro de 1971 (cit. por Rocha, 1994, p. 8), promulgou a “*Lei Orgânica do Ministério da Educação*”, que introduziu uma reforma geral das estruturas e serviços do Ministério de Educação Nacional tornando a saúde escolar independente dos desportos e da educação física. Emergiu a Secretaria-Geral, um dos principais órgãos de conceção, coordenação e apoio das equipas periféricas. A saúde escolar e a ação social escolar, previstas naquele Decreto, viram reforçada a sua

dependência pelo Decreto n.º 107, de 30 de março de 1972 e a sua inclusão no Instituto de Ação Social Escolar – IASE, também criado pelo Decreto-Lei n.º 178, de 30 de abril de 1971 (cit. por Rocha, 1994, p. 8). Esta Lei Orgânica do Ministério da Educação atribuía ao IASE um papel dinâmico na tarefa de “(...) proporcionar aos alunos de todos os graus de ensino meios idóneos para realizarem os estudos nas melhores condições de aproveitamento” (Correia, 1990, p.97).

Em 1972 surgiram as “*equipas periféricas*” de saúde escolar que, através do rigor científico, conceberam a “*determinação da norma estatuto-ponderal do escolar português, dos 7 aos 17 anos, nas capitais de distrito*”, da autoria do Dr. Ribeiro Rosa. Reporte-se ainda o primordial realce dado às estruturas de intervenção no fomento do desporto escolar e juvenil em geral, em consonância com a dominante preocupação do Governo, neste domínio, de promover a generalização das práticas gimnodesportivas a toda a juventude, visando a criação de hábitos desportivos de massa no País.

Em 1973, o Decreto-Lei n.º 223, de 11 de maio, criou o “*Conselho Coordenador da Saúde Escolar*”, complementando o Decreto-Lei n.º 178/71 e reconhecendo os serviços do IASE, entre os quais os Serviços Médico-Pedagógicos com as seguintes competências: “*contribuir para assegurar as atividades de saúde escolar nos estabelecimentos de ensino, em colaboração com os serviços de saúde escolar da Direção Geral de Saúde do Ministério de Saúde e Assistência; definir, em colaboração com os serviços docentes, as condições médico-pedagógicas dos alunos, participando nas atividades de observação e orientação educativa; estabelecer uma carreira médico-pedagógica para o pessoal ligado às atividades de saúde escolar*” (cit. in Rocha, 1994, p.9).

Em 1974, em virtude das atividades desenvolvidas no seio do Centro de Medicina Pedagógica de Lisboa, ocorreram transformações relevantes com a Renovação da Ficha Individual de Saúde Escolar, os Mapas de Turma e Guiões de Perguntas às professoras e Planeamento, importante para calendarizar ações e discutir prioridades.

A Portaria n.º 29/75, de 17 de janeiro, aprovou o Regulamento dos Serviços Médico-Pedagógicos, sendo competência da Direção “(...) assegurar nas escolas do magistério primário a formação indispensável dos futuros professores no campo da saúde” (cit. in Rocha, 1994, p. 10). Faziam parte desta Direção os Órgãos e Serviços Centrais – Divisão dos Centros de Medicina Pedagógica e Divisão de Apoio Médico-Pedagógico, e Locais – Centros de Medicina Pedagógica, com sede em cada uma das capitais de distrito que harmonizavam a sua atividade com a programação do centro de Medicina Pedagógica da sua região de planeamento. Aos Centros de Medicina Pedagógica competia a formação específica do pessoal de saúde escolar da região, a execução do plano de atividades respeitantes à investigação e ações dirigidas aos alunos, pessoal e instituições. As Unidades de Apoio Médico-Pedagógico tinham como função a formação do pessoal, diagnóstico e encaminhamento terapêutico e investigação, dando apoio e orientação médico-psicopedagógica e especializada. Eram constituídas por equipas multidisciplinares, com médicos escolares, psicólogos, técnicos de serviço social e professores com formação psicopedagógica e experiência pedagógica comprovada.

O Decreto-Lei n.º 257, de 18 junho de 1977, criou um único organismo centralizador do estudo, do planeamento e da coordenação de todas as ações médicas, a nível do Ministério da Educação e Investigação Científica. Ficaram dependentes da Direção Geral de Apoio Médico, através da direção dos Serviços Médico-Pedagógicos os médicos e as visitadoras do quadro da antiga saúde escolar (cit. por Rocha, 1994, p. 11).

Em 1981, o Decreto-Lei n.º 124, de 25 de maio, integrou a Direção Geral de Apoio Médico no Ministério da Qualidade de Vida, continuando os Serviços Médico-Pedagógicos e Serviços Médico-Sociais Universitários no Ministério da Educação e Ciência (Rocha, 1994, p.10).

O Despacho n.º 132/81, de 5 de junho, fez regressar a Direção dos Serviços Médico-Pedagógicos e os Serviços Médico-Universitários à competência do IASE. “As alterações verificadas provocaram atrasos no lançamento e implementação dos Centros Pedagógicos previstos na Portaria n.º 29/75, só se encontrando a funcionar o Centro de Medicina Pedagógica de Lisboa em 1982” (Rocha, 1994, p.10).

O Decreto-Lei n.º 107/82 de abril, recriou, na dependência da Direção de Lisboa dos Serviços Médico-Pedagógicos do IASE, os Centros de Medicina Pedagógica de Lisboa, Porto e Coimbra, em regime de instalação (Rocha, 1994, p.11).

Só em 1986 o Decreto-Lei n.º 107, de 21 de maio, estruturou os Centros de Medicina Pedagógica de Lisboa, Porto e Coimbra e lhes conferiu, entre outras, as seguintes atribuições: “Promover a formação e aperfeiçoamento de pessoal em saúde escolar e medicina pedagógica; desenvolver a investigação no âmbito da saúde escolar

e de medicina pedagógica; contribuir para a prevenção do insucesso escolar; vigiar e promover a saúde global da população escolar” (cit. in Rocha, 1994,p.11).

Os Centros de Medicina Pedagógica compreendiam os serviços de formação e documentação, médico-pedagógico e secção de administração geral.

Ao serviço médico-pedagógico competia “*a prestação direta de cuidados preventivos aos alunos e professores e médico-psicopedagógicos das atividades de educação para a saúde e de consultas de especialidades médicas*” (Decreto-Lei n.º 107/86, cit. in Rocha, 1994, p.11). Davam também apoio às equipas periféricas e prestavam assessoria ao diretor do Centro de Medicina Pedagógica.

As equipas periféricas eram formadas por um médico escolar e por pessoal de enfermagem e de serviço social, em número adequado, e tinham como competências: “*Efetuar exames gerais de saúde aos alunos, (...) e avaliar da sua aptidão para o exercício físico; proceder à avaliação médico-pedagógica dos alunos com dificuldades escolares; providenciar o encaminhamento e seguimento adequado dos casos (...) detetados; colaborar no seguimento dos alunos acidentados e na prevenção dos acidentes escolares; efetuar a vigilância epidemiológica dos alunos e do pessoal docente e não docente da escola; vigiar as condições de Higiene e segurança existentes nas instalações escolares e nas suas proximidades; vigiar a adequação dos alimentos fornecidos nos estabelecimentos de ensino e as condições higiénicas da sua preparação e conservação; atuar continuamente junto dos alunos, professores e pais numa perspectiva de educação para a saúde e higiene mental; manter atualizado o ficheiro (...)*” (Decreto-Lei n.º 107/86, cit. in Rocha, 1994, p.11).

Em 1986 a Lei de Bases Do Sistema Educativo, Lei n.º 46/86 de 14 de outubro, estabelece o quadro geral do sistema educativo e refere, no Artigo 28.º, que “*será realizado o acompanhamento do saudável crescimento e desenvolvimento dos alunos, o qual é assegurado, em princípio, por serviços especializados dos centros comunitários de saúde em articulação com as estruturas escolares*”. Esta Lei decretou a gratuidade da escolaridade obrigatória e os respetivos apoios e complementos educativos, como a alimentação, a distribuição diária de leite e de refeições subsidiadas ou mesmo gratuitas, garantindo a universalidade do acesso à escolaridade obrigatória de nove anos e o pleno desenvolvimento dos alunos. O programa de leite escolar tinha uma dupla finalidade: educativa e de saúde. Pretendia-se, desta forma, promover o consumo do leite e derivados, ao mesmo tempo que se fazia a associação a outros alimentos nutritivos, indispensáveis às necessidades alimentares dos alunos. Ao nível do apoio da saúde escolar, foram propostas ações de prevenção e educação para a saúde.

Os Centros de Medicina Pedagógica foram colocados sob a dependência das Direções Regionais de Educação em 1989, através do Decreto-Lei n.º 361, de 18 de

outubro que promulgou a lei orgânica das Direções Regionais de Educação (cit. por Rocha, 1994, p. 12).

De acordo com o artigo 24.º do Decreto-Lei n.º 35/90, de 25 de janeiro de 1990, o apoio da saúde escolar tinha como meta a promoção da saúde de todos os alunos inseridos na escolaridade obrigatória, havendo sido propostas “ações tendo por objetivos a educação para a saúde, a prevenção primária e secundária da doença e a adequação do processo educacional a eventuais dificuldades ou deficiências resultantes de afecções agudas ou crónicas de qualquer foro, no quadro do ensino geral ou especial”. Estas ações, nos termos do disposto no 28.º artigo da Lei de Bases, seriam desenvolvidas por serviços especializados dos Centros de Saúde, em articulação com serviços do Ministério da Saúde, bem como pelos Serviços de Medicina Pedagógica do Ministério da Educação e estruturas educacionais adequadas.

Já em 1987, o Governo, consciente da complexidade do problema do uso e abuso de substâncias tóxicas e do seu tráfico ilícito, tinha aprovado, através da Resolução de Conselho de Ministros n.º 23/87 de 31 de março, o plano integrado de combate à droga designado por *Projeto Vida*. Com o Resolução de Conselho de Ministros n.º 17/90, de 21 de abril de 1990, foi revogada a anterior Resolução de Conselho de Ministros sobre o Projeto Vida. Para implementar as medidas homologadas nas áreas de prevenção foi aprovado um grupo coordenador. Três anos depois do início da execução do Projeto Vida, e após análise do trabalho realizado, foram propostos ajustamentos, preconizadas medidas e introduzidas alterações estruturais através da criação de uma comissão interministerial (destinada a reforçar o combate à droga) e do Conselho Nacional do Projeto Vida, garante de eficácia das medidas adotadas, dos meios necessários, da avaliação do grau de execução e do plano de atividades. As ações de prevenção da toxicomania seriam concretizadas através do plano de prevenção em meio escolar, em articulação com os serviços de educação escolar e de educação para a saúde, objetivando este mesmo plano integrar as problemáticas da droga, da sida, do alcoolismo, do tabagismo e automedicação nos programas escolares, especificamente na Área-Escola. Os professores iriam participar em programas de formação, para ficarem sensibilizados para estas temáticas. Ao mesmo tempo, os profissionais de saúde, as associações de pais e estudantes e encarregados de educação seriam mobilizados com ações de sensibilização e informação, devendo a família ser o principal agente de ação promovendo a autoconfiança, a autoestima e a rejeição aos consumos. Seguir-se-ia a nomeação de professores operadores, responsáveis pelo desenvolvimento do plano de prevenção em meio escolar.

O Decreto-Lei n.º 248/92, de 2 de novembro de 1992 determinou, como área prioritária, o combate à droga, através do Projeto Vida, uma vez que a toxicod dependência era um problema da sociedade. Para conseguir desenvolver este

projeto era indispensável mobilizar todos os intervenientes da sociedade civil, das escolas e dos centros de saúde, promovendo um diálogo colaborativo.

O Despacho n.º 172 do Ministério da Educação, de 11 de maio de 1993 instituiu o Programa de Promoção e Educação para a Saúde, com os seguintes objetivos: assegurar e fomentar a articulação, no âmbito deste Ministério, das ações de promoção e educação para a saúde, nomeadamente as de prevenção da toxicodependência e da sida. Com a duração de cinco anos, este projeto teria início no ano letivo de 1993/1994, estando em estudo o eventual alargamento a todo o sistema educativo. Em 1995, com a Resolução n.º 34 de 1995 (DR 2ª série), de 27 de junho, o programa de Promoção e Educação para a Saúde desenvolveu imensas atividades ao longo dos cinco anos propostos, prosseguindo os objetivos iniciais, as atividades do Projeto Vida e a prevenção primária da toxicodependência. Em 1996 os professores e alunos envolvidos no Programa de Educação para a Saúde foram acompanhados por equipas pluridisciplinares, com finalidade de desenvolverem ações de formação neste âmbito, nomeadamente na prevenção da toxicodependência e da sida. A 23 de março de 1998, foi efetivado o 1.º Despacho Conjunto n.º 271 entre o Ministério de Educação e Ministério da Saúde, tendo como objetivo fulcral organizar o trabalho conjunto no âmbito da promoção e educação para a saúde, particularmente da Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde.

A Lei n.º 120, de 11 de agosto de 1999, reforçou as garantias do direito à saúde, versando a promoção de uma vida sexual e reprodutiva saudável e responsável. No âmbito da educação sexual consagrou o “ (...) reforço do acesso ao planeamento familiar e aos métodos contraceptivos, tendo em vista, nomeadamente, a prevenção de gravidezes indesejadas e o combate às doenças sexualmente transmissíveis, designadamente as transmitidas pelo HIV e pelo vírus das hepatites B e C”. A aplicação desta lei foi da competência dos estabelecimentos de ensino, havendo sido implementado um programa para a promoção da saúde e da sexualidade humana. O programa referido no ponto 1 do artigo 2.º da Lei acima mencionada consistiria na informação sobre a sexualidade humana, o aparelho reprodutivo e a fisiologia da reprodução, sida e outras doenças sexualmente transmissíveis, os métodos contraceptivos e o planeamento da família, as relações interpessoais, a partilha da responsabilidade e a igualdade entre os géneros. Preconizava-se que estes conteúdos fossem abordados nas disciplinas que permitiam uma abordagem interdisciplinar, com o sentido de desenvolver atitudes responsáveis e conscientes, de acordo com diferentes níveis etários e especificidade, numa atitude conjunta entre os agentes educativos. Para a concretização deste programa deveria haver uma colaboração estreita com serviços e profissionais de saúde da área de influência, assim como com as associações de pais e encarregados de educação. O artigo 3.º definiu a criação de um gabinete de apoio aos

alunos no domínio da sexualidade humana, que promovesse uma intervenção dos serviços especializados de saúde.

O 2.º Despacho Conjunto ME/MS n.º 734/2000, de 17 de janeiro, manteve a parceria entre os dois ministérios, assumindo o compromisso de fomentar o desenvolvimento sustentado da promoção da saúde em meio escolar.

A evolução da sociedade portuguesa, em termos de consciencialização dos direitos à educação e à saúde, refletiu-se nas questões da educação sexual, no planeamento familiar e na saúde reprodutiva. Desde 1984 que se criaram medidas, no sentido de reforçar “*a proteção à maternidade e à paternidade, introduzindo formação e informação sobre sexualidade humana nos currículos escolares, criando consultas de planeamento familiar nos serviços de saúde, fornecendo gratuitamente meios anticoncecionais e desenvolvendo medidas de proteção contra doenças transmitidas por via sexual*” (Decreto-Lei n.º 259/2000 de 17 de outubro). Este Decreto-Lei explicita a obrigatoriedade na organização curricular, nos ensinos básicos e secundário, da abordagem da promoção da saúde sexual e da sexualidade humana, numa perspetiva interdisciplinar e nas disciplinas curriculares que incluem a temática; o projeto educativo deveria integrar estratégias de promoção da saúde sexual, favorecer a articulação escola-família, a participação da comunidade escolar, bem como dinamizar parcerias com entidades externas à escola, mormente com o centro de saúde da respetiva área.

Em 1991, o Decreto-Lei n.º 6/2001, de 18 de janeiro, estabelece “ (...) *os princípios orientadores da organização e da gestão curricular do ensino básico, bem como da avaliação das aprendizagens e do processo de desenvolvimento do currículo nacional*”. Os princípios orientadores definidos neste decreto aplicam-se às demais ofertas formativas relativas ao ensino básico, no âmbito do sistema educativo.

Pelo Decreto-Lei n.º 210/2001, de 28 de julho, os funcionários que se encontravam “(...) *integrados nas carreiras de médico escolar e de enfermagem, oriundos dos ex-centros de medicina pedagógica, pertencentes ... ao quadro transitório do Ministério da Educação constante do anexo II ao Decreto-Lei n.º 141/93, de 26 de abril, ..., são integrados nos quadros de pessoal aprovados pela Portaria n.º 772-B/96, de 31 de dezembro, da administração regional de saúde correspondente ao seu atual local de trabalho*”.

A entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 9/2002, de 24 de janeiro, que regulou a implementação das medidas preconizadas pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 166/2000, de 29 de novembro, que aprovou o Plano de Ação contra o Alcoolismo, tendo como objetivo fundamental a luta contra o consumo excessivo ou o abuso de bebidas alcoólicas, considerou como bebida alcoólica “ (...) *toda a bebida que, por fermentação, destilação ou adição, contenha um título alcoométrico superior a 0,5%*

vol.” e vinculou também que: “é proibido vender ou, com objetivos comerciais, colocar à disposição bebidas alcoólicas em locais públicos a menores de 16 anos e a quem se apresente notoriamente embriagado ou aparente possuir anomalia psíquica; é proibido às pessoas referidas consumir bebidas alcoólicas em locais públicos e em locais abertos ao público; é ainda proibida a venda e o consumo de bebidas alcoólicas nas cantinas, bares e outros estabelecimentos de restauração e de bebidas acessíveis ao público localizados nos estabelecimentos de saúde e em máquinas automáticas; a violação do disposto, relativo a máquinas automáticas, acarreta responsabilidade solidária entre o proprietário do equipamento e o titular do espaço onde aquele se encontra instalado”. Este Decreto-Lei veio trazer várias alterações à legislação existente, nomeadamente a toda a legislação vigente relativa à proibição do exercício da atividade de comércio de bebidas alcoólicas junto de estabelecimentos escolares e introduziu a responsabilidade e envolvimento dos municípios, em colaboração com a Direção Regional de Educação, nas áreas de proibição referidas.

Através da análise do Despacho n.º 19737/2005, de 13 de setembro, podemos verificar que de “(...) *entre as múltiplas responsabilidades da escola atual estão a educação para a saúde, para a sexualidade e para os afetos.*” De referir que este mesmo Despacho definiu os modelos de aplicação e a efetivação de uma educação sexual em meio escolar, alicerçada nas orientações de um conjunto de especialistas nestas matérias, e criou um grupo de trabalho no Ministério da Educação, no âmbito da Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular, incumbido de proceder ao estudo e de propor os parâmetros gerais dos programas de educação sexual em meio escolar, na perspetiva da promoção da saúde escolar.

Pelo Despacho n.º 22251/2005 de 25 de outubro, foi aprovado o programa de generalização do fornecimento de refeições escolares aos alunos do 1.º ciclo do Ensino básico, com o objetivo de garantir, a todas as crianças que o frequentam uma refeição equilibrada, pretendendo-se a gestão de meios potenciadores da promoção do sucesso escolar e pôr termo a fatores que originam desigualdades nas condições de aprendizagem.

Pela análise do Despacho n.º 25995/2005, de 28 de novembro, consideraram-se as conclusões do relatório preliminar apresentado pelo grupo de trabalho criado pelo Despacho n.º 19737/2005, a quem competiu proceder ao estudo e propor os parâmetros gerais dos programas de educação sexual em meio escolar e ainda as conclusões do parecer apresentado pelo Conselho Nacional de Educação, que aprovou e reafirmou princípios orientadores das conclusões desses documentos, no que se refere ao modelo de educação para a promoção da saúde, designadamente no que respeita a: responsabilidade do Ministério da Educação na orientação deste processo, necessidade de articulação explícita com as famílias, necessidade de articulação estreita entre escolas

e centros de saúde, autonomia das escolas na definição, planificação e concretização do projeto educativo, transversalidade disciplinar combinada com inclusão temática na área curricular não disciplinar, obrigatoriedade por parte das escolas de concretizarem as orientações, e, dando cumprimento àquela área de ensino, recorrer a uma diversidade de metodologias que envolvam o aluno, e, ainda, a necessidade de designação do coordenador da área temática.

Com o Despacho n.º 2109/2006, de 26 de janeiro, e nos termos do determinado nos artigos 11.º do Decreto-Lei n.º 35/90, de 25 de janeiro, e artigo 2.º do Despacho n.º 15459/2001, de 26 de julho (na redação que lhe foi dada pelo despacho n.º 18797/2005, de 2 de agosto), foi determinado que “ (...) a execução do Programa de Leite Escolar é da competência dos Agrupamentos de escolas e das escolas do 1.º ciclo não agrupadas que providenciarão o fornecimento de leite e outros alimentos nutritivos. O financiamento será feito aos agrupamentos e escolas. É criado um grupo de trabalho incumbido de proceder à análise e ao acompanhamento da execução do referido programa.”

Na complementaridade das normativas publicadas em Diário da República, pode também perceber-se no Despacho Interno de 27 de setembro, de 2006, que “*tendo sido realizado um protocolo entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, em fevereiro de 2006 define-se o enquadramento a observar por Agrupamento/Escolas no que se refere à Promoção e Educação para a Saúde*”, determinando-se que os agrupamentos de escolas devem incluir no projeto educativo as temáticas da alimentação e atividade física, consumo de substâncias psicoativas, sexualidade, infeções sexualmente transmissíveis e violência em meio escolar. Todas estas ações devem estar em articulação com as famílias. Em cada agrupamento/escola deveria ser nomeado um coordenador responsável pela prossecução dos objetivos fixados no presente Despacho, devendo todo este projeto ser articulado com os Centros de Saúde.

Através da aplicação do Decreto-Lei n.º 223/2006, de 13 de novembro, é definida a “*Gestão do Programa de Leite Escolar: a aquisição de bens e serviços no âmbito deste programa feitas pelos agrupamentos serão realizadas por negociação ou ajuste direto, até aos limites comunitários.*”

Pelo Despacho n.º 2506/2007 de 20 de fevereiro, e de acordo com a legislação aprovada até à data, foi determinado que “*cada agrupamento/escola com programas/projetos de trabalho na área da educação para a saúde designará um coordenador para o efeito, de preferência tendo em conta a sua formação, experiência no setor podendo atribuir-lhe um crédito de três horas de redução da componente letiva.*”

Pela Circular interna n.º 11/DGIDC/2007 de 15 de maio, que se debruçou sobre as recomendações para os bufetes escolares, foi regulamentado que “*como complemento*

ao refeitório escolar deverá promover uma alimentação equilibrada, em ambiente condigno, com aplicação das regras de higiene e em estreita colaboração de toda a comunidade escolar.”

Pela Circular interna n.º 14/DGIDC/2007, de 25 de maio, que tinha como assunto os refeitórios escolares e as normas gerais de alimentação, foi regulamentado que *“Cabe à escola, o fornecimento de refeições saudáveis, equilibradas e seguras de encontro às necessidades nutricionais e energéticas dos jovens, promovendo ganhos em saúde e rendimento escolar.”* Esta circular estabelece, também, uma listagem de alimentos autorizados, normas de preparação, constituição de ementas e fornecimento das refeições.

Pela leitura e análise do Despacho n.º 12037/2007, de 18 de junho, podemos verificar que são alterados os artigos 4.º e 8.º do regulamento de acesso ao financiamento do programa de generalização do fornecimento de refeições escolares aos alunos do 1.º ciclo do E. B. que foi aprovado pelo despacho n.º 22251/2005, de 2 de outubro.

Com a Portaria n.º 655/2008, de 25 de julho, o Governo, através do Secretário de Estado da Juventude e do Desporto, ao abrigo das alíneas g) e q) do n.º 2 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 168/2007, de 3 de maio, criou o Programa *CUIDA-TE*, com o objetivo de promover a saúde juvenil e estilos de vida saudáveis junto da população jovem, aprovou o Regulamento do Programa *CUIDA-TE*, publicado em anexo aquela portaria e atribuiu a gestão deste Programa ao Instituto Português da Juventude.

Pela Lei n.º 60/2009, de 6 de agosto, foi estabelecido o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar (rede pública e privada), lei travejada pelo relatório final do Grupo de Trabalho de Educação Sexual, datado de 7 de setembro de 2007, e que é o resultado de várias atividades realizadas no espaço compreendido entre junho de 2005 e julho de 2007.

A Circular n.º I-DGIDC/2009/1176/NESASE, de 1 de setembro, esclarece a Lei n.º 60/2009, de 6 de agosto, que estabelece o regime de aplicação da Educação sexual em meio escolar, e recomenda que: quem coordena a área da educação sexual deve ser o mesmo indivíduo que coordena a educação para a saúde; compete ao professor coordenador propor e dinamizar a equipa multidisciplinar e o professor responsável pela educação para a saúde e pela educação sexual, em reunião própria com o diretor de turma e os outros docentes; deve integrar no plano curricular de turma um projeto de educação sexual que preveja a articulação de conteúdos, tendo sempre por base as finalidades da educação sexual.

Pela Portaria n.º 1242/2009, de 12 de outubro, *“É aprovado o Regulamento do Regime de Fruta Escolar, abreviadamente designado por RFE.”*

A Portaria n.º 196-A/2010, de 9 de abril, “*Procede à regulamentação da Lei n.º 60/2009, de 6 de agosto, que estabelece a educação sexual nos estabelecimentos do ensino básico e secundário e define as respetivas orientações curriculares adequadas para os diferentes níveis de ensino.*”

Conclusão

Em 1901 foi criada a Inspeção Sanitária e a Direção Técnica das Construções Escolares. Assim, competia ao médico municipal vacinar os alunos e fiscalizar a higiene das escolas públicas e privadas. No ano subsequente, foi publicado o regulamento com a legislação em saúde escolar. A inspeção sanitária passou a ser realizada pelos inspetores sanitários que prestavam serviço em qualquer parte do país, apesar de estarem sediados em Lisboa.

Em 1904, Miguel Bombarda alertou para a necessidade da higiene da infância, da proteção sanitária das crianças e da higiene escolar.

A Inspeção Sanitária, em 1918, foi substituída pela Repartição de Saúde Escolar e o serviço sanitário da escola passou a ser exercido, em todos os estabelecimentos do país, pelos médicos escolares que tinham funções idênticas às dos delegados de saúde.

Em 1933, foi criada a Direção Geral de Saúde Escolar, dando-se maior ênfase à participação do médico escolar. Posteriormente, surgiu a necessidade de criar outra entidade e apareceu a visitadora que possuía alguns conhecimentos de enfermagem e um perfil moral prudente e hábil.

Decorridos nove anos, a Direção Geral de Saúde Escolar foi transformada em Direção Geral da Educação Física, Desporto e Saúde Escolar, deixando os médicos escolares de pertencer a uma escola, mas a determinada localidade.

Em 1943, o Decreto-Lei n.º 32946 apresentou o regulamento geral da Direção-Geral da Educação Física e Saúde Escolar. O Estado dava particular ênfase à educação física, considerando-a como um método adequado para a vigilância das condições físicas e a progressão escolar.

Na década de 60, foi criado o Plano de Fomento que previa incentivos económicos para serem aplicados em ações de formação na área da saúde escolar.

Em janeiro de 1971, por Despacho do Ministro da Educação, Dr. Veiga Simão, emergiu a Comissão para o Estudo da Educação e Sexualidade. Nesse mesmo ano foi criada a saúde escolar no Ministério dos Assuntos Sociais e o Centro de Medicina Pedagógica de Lisboa, dinamizador e coordenador da nova perspetiva de saúde escolar.

A Lei n.º 46/86 de 14 de outubro - Lei De Bases Do Sistema Educativo – decretou a gratuidade da escolaridade obrigatória, dando apoio alimentar, com refeições

subsidiadas ou gratuitas. A saúde escolar tinha como finalidade o acompanhamento do desenvolvimento saudável dos alunos, apoiando-os.

Em 1987, o Governo aprovou o plano integrado de combate à droga designado por Projeto Vida. As ações concretizaram-se com base no plano de prevenção em meio escolar, articulando a educação escolar e a educação para a saúde.

De acordo com o artigo 24º do Decreto-Lei nº 35/90 de 25 de janeiro, de 1990, o apoio da saúde escolar tinha como meta a promoção da saúde de todos os alunos, inseridos na escolaridade obrigatória.

Em maio de 1993, foi instituído o Programa de Promoção e Educação para a Saúde com o objetivo de fomentar a articulação das ações de promoção e educação para a saúde.

Em 1998, foi efetivado o 1º Despacho-Conjunto entre o Ministério de Educação e Ministério da Saúde que tinha como importante objetivo organizar o trabalho conjunto no âmbito da promoção e educação para a saúde, particularmente da Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde.

A Lei nº 120 de 11 de agosto de 1999 reforçou as garantias do direito à saúde, promovendo uma vida sexual e reprodutiva saudável e responsável.

Em 2005, a educação para a saúde, para a sexualidade e para os afetos passam a fazer parte integrante da responsabilidade da escola. Também foi aprovado o programa de fornecimento de refeições escolares aos alunos do 1º ciclo do Ensino, no sentido de garantir refeições equilibradas para todas as crianças. No ano seguinte, foi realizado um protocolo entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, que definiu o enquadramento a observar por Agrupamento/Escolas no que se refere à Promoção e Educação para a Saúde.

Através da aplicação do Decreto-Lei nº 223/2006 de 13 de novembro foi definida a Gestão do Programa de Leite Escolar e, em 2007, foi regulamentado que os bufetes escolares deveriam promover uma alimentação equilibrada e saudável e com condições de higiene.

Em 2009, foi estabelecido o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar, na rede pública e privada, e aprovado o Regulamento do Regime de Fruta Escolar.

No presente ano, a portaria n.º196-A de 9 de abril estabelece a implementação da educação sexual nos estabelecimentos do ensino básico e secundário, alicerçada num Gabinete de Educação Para a Saúde, e define as respetivas orientações curriculares para cada nível de ensino. A afetividade e a dimensão ética da sexualidade são um dos baluartes desta nova visão do ser humano em crescimento.

Numa visão global, aferimos que a Saúde Escolar tem vindo a adaptar-se às necessidades das crianças e jovens e às preocupações dos formadores ao longo dos

tempos. Para isso, a educação e a saúde agregam parcerias que conduzem à promoção de estilos de vida saudáveis e alertam para comportamentos de risco com implicações na saúde e na qualidade de vida de todos os intervenientes.

O resultado desta pesquisa, sendo um trabalho de compilação legislativa sobre os assuntos que versam a saúde escolar em Portugal, permite uma melhor compreensão dos projetos de educação para a saúde, que se encontram em execução ou em fase de implementação na Escola, e que fundamentará o planeamento e programação de outros projetos nesta área.

Recebido: 13 de outubro de 2010.

Aceite: 14 de novembro de 2010.