

A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE NA CONSTRUÇÃO DO PROJECTO DE VIDA PESSOAL DA CRIANÇA E DO JOVEM

Glicéria de Fátima Baptista Gil
Jardim de Infância n.º 4 de Portimão - Portugal

RESUMO

Constituiu objectivo central deste estudo teórico reflectir sobre alguns componentes inerentes ao conceito de educação e promoção da saúde que contribuem para a construção do projecto de vida pessoal da criança e do jovem. Alguns estudos, nomeadamente os que incidem na socialização e na construção identitária do ser humano, afirmaram-se como os principais referenciais teóricos orientadores. A partir destas concepções teóricas delineou-se um cenário explicativo cujo percurso nos levou ao encontro de modelos teóricos que fundamentam o conceito de bem-estar e consequente satisfação com a vida. Perspectiva-se, deste modo, um novo “olhar” sobre a acção educativa e um posicionamento mais crítico face ao desenvolvimento de programas de educação e promoção da saúde.

Palavras-chave: Educação e Promoção da Saúde, Socialização, Construção identitária, Bem-estar e Satisfação com a Vida.

ABSTRACT

The goal of this theoretical study is to think about some components of the health education concept which are fundamental for the construction of the child and youngster's personal life project. Some studies, specially those which focus on socialization and human identity have been established as the main theoretical references. From those conceptions an explanatory scenery as been developed from those conceptions, taking us closer to the theoretical models which underlie concepts such as well-being and consequent life satisfaction. Thus, we believe that a “new look” on educational action and a more critical positioning towards the development of health education programs, is imperative.

Key words: Health Education and Helth Promotion, Socialization, Human Identity, Well-Being and Life Satisfaction.

INTRODUÇÃO

Falar de educação e promoção da saúde é tema comum nos nossos dias. A evolução da sociedade conduziu a um novo entendimento sobre o que é ser, estar e ter saúde, o que pode levantar algumas questões ligadas à aquisição de estilos de vida saudáveis. Nos tempos actuais impõe-se uma atitude de “vigilância crítica” sobre os muitos problemas que invadem a sociedade em geral e a escola em particular, pelo que julgamos pertinente reflectir sobre o modo como se processa a construção de identidade e suas relações com outros conceitos, nomeadamente com o conceito de bem-estar e consequente satisfação com a vida que se inserem numa perspectiva mais ampla, definida por alguns autores, como a *educação para a saúde* (Matos,1994;Costa e López, 1996;Alves,1999).Partindo desta definição vamos perspectivar as diferenças existentes entre o conceito de saúde de ontem e de hoje. Perante uma nova concepção de saúde que veicula alcançar o bem-estar físico, psíquico e social vamos referir primeiramente os aspectos que dizem respeito à socialização e à construção identitária do ser humano. Seguidamente e, através de dois estudos

desenvolvidos por Neto (s/d) e Canavarro (1999) vamos verificar que as relações interpessoais que se estabelecem entre as pessoas são factores preponderantes na construção da auto-estima. Quisemos aprofundar esta questão e socorremo-nos da teoria das necessidades de Maslow e Herzberg, uma vez que elas nos ajudam de um modo simples e claro a compreender o processo motivacional.

Finalmente vamos deter-nos em alguns modelos teóricos incidentes na educação para a saúde e focaremos algumas estratégias de intervenção passíveis de serem desenvolvidas junto das crianças e dos jovens.

A educação para a saúde: um percurso em busca da qualidade de vida

“ Em assumptos de educação o insucesso é da responsabilidade do educador: a creança tem de aceitar-se tal qual é e dar-se-lhe o maximo de perfeição possivel; é um ser em trabalho de formação produzido por factores internos e externos, que importa determinar e pôr em movimento.

O exame do alumno mostrando o seu desenvolvimento e estado sanitario, as suas energias physicas e psychicas, permite adaptar a sua cultura intellectual e moral à sua capacidade organica; elle é tanto mais necessario quanto a permanencia de muitas creanças reunidas na escola, numa immobilidade quasi absoluta e em posições por vezes viciosas, as expõe a doenças contagiosas e a deformações organicas mais ou menos permanentes.

(...) A presente “Caderneta Medico-Pedagogica”, inspirada em principios de boa pedagogia, nas ideias expostas nos congressos de hygiene escolar e no exemplo da França, da Allemanha, da Belgica, da Inglaterra, etc., está organizada por fórmula a poderem registar-se, num periodo de 7 annos, as observações adquiridas nos successivos exames medicos do alumno e as notas relativas ao seu progressivo desenvolvimento physico e psychico.

A presente Caderneta Medico-Pedagogica permite que a familia, o medico e o educador exerçam uma vigilancia cuidadosa a respeito da creança, fazendo convergir os seus esforços no sentido de lhe dar uma educação integral. Não tem ella a pretensão de ser um trabalho perfeito; mesmo modesta, porém, sendo usada na escola e na familia pôde prestar grandes beneficios à creança, com simultanea utilidade para a raça e para a nação!”

Coimbra, Julho de 1911.

Adriano José de Carvalho

Este texto serviu-nos de enquadramento temporal no que diz respeito ao processo de intervenção da saúde escolar no século passado. Cerca de 90 anos nos separam deste modo de encarar a saúde em ambiente escolar, pelo que as mudanças verificadas na sociedade levam-nos a procurar outros caminhos, outras abordagens para explicar a nossa “evolução” quer no campo da saúde e quer no da educação.

Tal como ontem, também hoje nos preocupamos com a saúde das crianças, adolescentes e jovens que frequentam as instituições escolares. Mas, o modo como hoje abordamos o conceito de saúde sofreu alterações que são o resultado da influência do homem na sociedade e vice-versa.

Sem dúvida, que a saúde é uma questão que a todos diz respeito. O segredo da vida prende-se com a maneira como lidamos com a doença. Já dizia Ridley (2001, p.20) “... a vida é uma coisa traiçoeira de definir, mas consiste em duas capacidades bem distintas: a capacidade de se replicar e a capacidade de criar ordem”. Apesar desta definição reportar-se a um dos maiores avanços científicos dos últimos tempos, o genoma humano, não deixa de ser importante referir que o genoma

humano, sendo o conjunto completo de genes alojados em 23 cromossomas, é nada mais nada menos que “*uma autobiografia da nossa espécie*” que nos leva a reflectir acerca do que é ser humano, ser pessoa, ter uma deficiência, estar vivo, estar consciente ou estar doente.

Num passado ainda não muito distante, o conceito de saúde dizia respeito à ausência de doença. Hoje, a definição de saúde alargou-se e pode-se definir como “*não apenas a ausência de doença mas um completo estado de bem estar físico, mental e social*” (OMS, 1993, citado por Matos, 2000, p.9). Esta definição incide numa concepção mais ampla dos determinantes da saúde, desde o cuidado com o corpo até a uma visão holística da saúde associada ao meio ambiente, à qualidade de vida, às políticas educativas e sociais, à solidariedade, à cooperação, à arte, à participação e à cidadania.

Este redimensionamento do sentido do que se entende por saúde enquanto projecto de vida pessoal e, numa perspectiva de equacionar uma nova forma de o entender, não podemos deixar de referir a definição que actualmente veicula o conceito de saúde, como “*a capacidade de cada homem, mulher ou criança para criar e lutar pelo seu projecto de vida, pessoal e original, em direcção ao bem-estar*” (Cristoph Djours citado por Navarro, 1995).

A nosso ver, esta perspectiva de equacionar a saúde, leva a que passemos a compreendê-la também como um processo de formação, conhecimento, informação, educação e comunicação. A partir desta visão da saúde, intimamente relacionada com a conquista de melhor qualidade de vida fortalecem-se entre os diversos grupos profissionais, as inúmeras lutas e debates por uma saúde que vá na direcção de possibilitar a transformação desta sociedade reprodutora de desigualdades, conforme a caracterizou Bourdieu (1970), numa sociedade mais justa, mais humana e mais solidária.

Consequentemente, a saúde passa a ser vista não só numa perspectiva biológica como também numa dimensão social e cultural, focando o campo educativo que para além da prevenção possibilite mudanças de práticas frente à saúde individual e colectiva. Existem consensos de que a adopção de medidas preventivas em saúde, hoje, contribuirão no futuro para que os indivíduos adoptem estilos de vida saudáveis (Kokko e Pulkkinen, 2000, Costa e López, 1996).

Assim, quando pensamos em promover a saúde junto de crianças e jovens, tomamos consciência de que o mundo da infância e adolescência é um mundo cheio de enigmas. É, na verdade, imperioso tentar compreender porque é que as crianças e jovens se comportam de determinada maneira, o que é que move alguns a adoptar condutas saudáveis e outros a assumirem condutas de risco, e porque será tão difícil comportarem-se de maneira saudável de modo a que possam ir construindo estilos de vida que contribuam para o seu bem-estar. Também, quando pensamos em qualidade de vida vemos-na como um valor intrínseco, genético, cultural e ecológico que se vai construindo ao longo do percurso existencial, e cujo resultado depende das opções de vida de cada um.

Sendo assim parece-nos chegado o momento de reflectirmos sobre alguns dos conceitos que podem ter influência no bem-estar físico, psíquico e social e consequentemente contribuir para uma melhor educação e promoção da saúde.

A SOCIALIZAÇÃO E A CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE

Como já referimos em artigo anterior¹, é através da socialização primária que a criança interage com os outros, interiorizando o mundo social que a rodeia e tornando-se membro da sociedade. Mas, ao longo deste processo, o problema da identidade não se coloca, uma vez que ela se vê numa identificação profunda com os adultos que lhe são significativos. Já com a socialização secundária, o indivíduo é introduzido num mundo social específico em que progressivamente vai-se tornando autónomo relativamente ao universo dos adultos mais próximos e aos da sua socialização familiar (Alves-Pinto, 1995, p.129).

No decurso da vida social as pessoas, ao relacionarem-se umas com as outras, vão desenvolvendo sentimentos de pertença a determinados grupos ou sectores sociais, de algum modo demarcados dos outros ou a eles contrapostos. Identificamo-nos com uma família e não com outras. A formação da identidade é, pois, um processo relacional e cultural.

Processo relacional, porque é resultado e componente do relacionamento entre as pessoas, e porque a construção da identidade de cada uma só se faz por demarcação face aos outros, de quem nos distinguimos ou a quem nos opomos. Processo cultural, porque envolve imagens, formas de expressão e práticas carregadas de simbolismo identitário.

Erikson, nos anos 60, deu um contributo importante para a compreensão desta problemática ao considerar que a construção da identidade na pessoa não é algo que diga respeito apenas à mesma, mas, pelo contrário, tem de ser referida atendendo ao contexto sócio-cultural em que ela se insere. A procura da identidade é algo que se vai desenrolando ao longo do ciclo de vida da pessoa, com o objectivo de conquista da sua autonomia psicossocial.

É necessário que, desde cedo, comecemos a responsabilizar os jovens para que caminhem com segurança na conquista da sua autonomia. Sem autonomia, começamos a perder a noção do que somos e valem e a desvalorizar o que de mais importante e vital possuímos, ser pessoa. A descoberta do valor pessoa pressupõe vontade para nos enfrentarmos tal como somos, coragem para nos aceitarmos e fé para acreditarmos nas nossas potencialidades de transformação.

O BEM-ESTAR E SEUS COMPONENTES: A IMPORTÂNCIA DA SATISFAÇÃO COM A VIDA

Neto (s/d, p.347) diz-nos que o conceito de bem-estar tem sido objecto de várias investigações. Partindo da identificação feita por Andrews e Withey em 1976, vai salientar três componentes independentes do bem-estar subjectivo. São eles: afecto positivo, afecto negativo e satisfação com a vida.

¹ Gil,G.(2001): “*Preciso de ti* – uma abordagem reflexiva sobre o abandono escolar como factor de exclusão social“ . O professor, n.º 7,III série, p.40-45.

As duas primeiras componentes referem-se aos aspectos afectivos e emocionais e a última refere-se, aos aspectos de juízo cognitivo. A satisfação com a vida será definida como uma avaliação global da qualidade de vida de uma indivíduo de acordo com os critérios por ele definidos (Shin e Johnson citados por Neto, *ibidem*).

O estudo que este autor desenvolveu junto de duzentos e dezassete adolescentes de escolas públicas do Porto, teve como base a aplicação de uma escala de satisfação com a vida, concebida por Diener *et al.* em 1985, cujo objectivo foi o de examinar se os resultados psicométricos referidos com essa escala se podiam generalizar a um grupo de adolescentes.

Dos resultados obtidos ressaltam diferenças, entre sexos, relativamente à satisfação global, tendo os rapazes uma maior satisfação com a vida do que as raparigas. Confirmou, assim, o postulado defendido por Diener, de que os indivíduos que estão satisfeitos com a sua vida estão em geral bem adaptados à sociedade e sem problemas do foro patológico. “*A satisfação com a vida estava associada negativamente a solidão, ansiedade social e timidez; e positivamente com autoconceito e atracção física*” (*ibid*,p.356). Uma auto-estima elevada será, então, um dos factores preditores do bem-estar podendo-se concluir que existe uma relação forte entre a auto-estima e o bem-estar, não podendo estas variáveis estar dissociadas. Quando falamos de uma devemos associá-la à outra.

Segundo o referido estudo, parece que também as competências sociais e a competência interpessoal são factores determinantes na satisfação com a vida. “*Aqueles que são eficazes nesta esfera são passíveis de ter mais amigos, enquanto aqueles que não o são, são passíveis de se tornarem isolados e sozinhos*” (*ibid*, p.357). Assim, verificamos a importância das interações que se estabelecem entre os sujeitos. Na perspectiva das relações interpessoais, falarmos do indivíduo em interacção implica considerarmos a existência num mesmo indivíduo de um saber que lhe possibilite o interagir.

Em 1999, Canavarro (p.25) desenvolveu um estudo sobre o desenvolvimento humano, com o objectivo de conhecer como é que as relações interpessoais afectam quem somos e em quem nos tornamos. Um dos aspectos a que esta autora deu ênfase, diz respeito à ideia de que cada pessoa viaja, ao longo do seu ciclo de vida, rodeada por um conjunto de pessoas a quem dá e de quem recebe suporte social (*ibid*, p.34). Este modelo teórico, que denominou *modelo em comboio*, baseia-se na ideia de que, desde o início de vida, o indivíduo está envolvido num conjunto de relações sociais que o vai acompanhar ao longo do tempo.

Ora, como já vimos, é através das relações que se estabelecem com os outros que a criança e o adolescente se vão adaptando a novas situações e a grupos diferentes, sendo estas etapas cruciais para determinar o sentido de boa parte do seu futuro. Em todos os momentos do ciclo de vida, a pessoa deverá aprender novos comportamentos e a realizar novas adaptações, porque a vida é feita de mudanças.

É aqui que tomamos consciência do papel importante do bem-estar associado às relações interpessoais como factor protector do desenvolvimento do ser humano.

Se quisermos definir o bem-estar, diríamos que este traduz a realização pessoal do indivíduo enquanto membro de uma sociedade, sendo composto por diversos indicadores, nomeadamente a autoconfiança, a auto-estima, a motivação, o reconhecimento, a integração, a satisfação ..., enfim, de um modo geral, pode definir-se como um estado de plenitude resultante do equilíbrio físico, psíquico e social.

Vejamos, em seguida, como a teoria das necessidades nos pode ajudar a compreender este processo, e como é importante o bem-estar para que a pessoa possa caminhar de encontro ao seu projecto de vida pessoal na interacção que estabelece com o mundo e com os outros.

A TEORIA DAS NECESSIDADES DE MASLOW

Como vamos ver em seguida, a teoria das necessidades vai ajudar-nos na compreensão dos comportamentos humanos, sendo as necessidades vistas como energizadoras ou desencadeadoras das respostas comportamentais.

A origem da motivação humana está nas suas necessidades internas e não nos factores externos que satisfazem essas necessidades. Maslow (1954) foi o investigador que estabeleceu uma estrutura conceptual no estudo da motivação humana, a partir da elaboração da teoria da Hierarquia das Necessidades Básicas (Jesus, 1996, p.53-54).

Segundo esta teoria, o ser humano é movido por necessidades motivacionais que são hierarquizadas em cinco níveis:

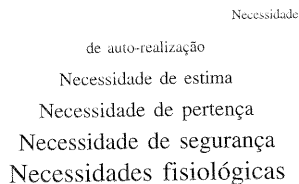


Figura 1 Pirâmide das necessidades (Maslow, 1954)

A forma piramidal sugere que os indivíduos possuem necessidades internas a serem satisfeitas, de um nível mais simples até um mais complexo. As necessidades fisiológicas dizem respeito a questões como a alimentação, a habitação, o vestuário, entre outras. Quando as necessidades fisiológicas estão razoavelmente satisfeitas, aparece uma nova categoria: as necessidades de segurança. Como exemplo desse tipo de necessidades salientamos: a protecção, a segurança, a estabilidade, a ausência de medo, etc. Quando estes dois tipos de necessidades estão satisfeitos, surgem as de amor e de afecto. A pessoa sentirá imperiosa necessidade de amigos, de relacionamentos afectivos e de integração nos grupos a que pertence.

Satisfeitas pelo menos parcialmente as necessidades de amor, a pessoa sente também a necessidade de fortalecer a sua auto-estima e de receber a estima dos outros. Estas necessidades têm os seguintes significados:

- Auto-estima: respeito por si próprio, competência, confiança;
- Estima dos outros: desejo de reputação e prestígio, dominação, reconhecimento, atenção, importância ou apreço dos demais.

A satisfação das necessidades de estima conduz ao desenvolvimento de sentimentos de autoconfiança, de capacidade de ser útil e ser necessário aos outros. Por outro lado, a frustração dessa necessidade poderá produzir sentimentos de impotência e inferioridade podendo levar a pessoa a apresentar, inclusive, manifestações neuróticas.

Por fim, quando todas estas necessidades estão satisfeitas, surge uma mais elevada, a necessidade de auto-realização. Isso implica a pessoa querer realizar as suas potencialidades, com um sentido de plenitude do ser. Estão embutidos aí os desejos de sucesso e realização pessoal.

Maslow acreditava que as pessoas só passavam de um degrau ao outro, na escala de necessidades, se o anterior estivesse satisfeito.

A TEORIA DOS DOIS FACTORES DE HERZBERG

Herzberg (1966) baseou-se nos estudos de Maslow e considerou as necessidades fisiológicas e de segurança como factores higiénicos (que se não satisfeitos, geram insatisfação, ao passo que, se satisfeitos, não geram satisfação).

Ainda segundo Herzberg (citado por Jesus, *ibid* p.55-56), as necessidades de estima e de auto-realização compõem o que o autor chamou de factores motivacionais. São estes que produzem efeitos duradouros nas pessoas, e englobam sentimentos profundos de satisfação, realização, crescimento e reconhecimento. Será na procura de atender a essas necessidades que observamos surgir o fenómeno da motivação como uma força interna, uma energia interior própria e exclusiva do ser humano. A nossa satisfação pessoal decorre dos factores motivacionais. É comum confundir-se muitas vezes a satisfação com a motivação. Silva (1998,p.149) clarifica a distinção entre estes dois conceitos referindo que a satisfação é uma variável que faz parte do processo motivacional mas não é uma causa de motivação.

Entendendo a satisfação como factor intrínseco, conclui-se que a mesma resulta das várias experiências desenvolvidas pelo indivíduo, enquanto a motivação deverá ser considerada como factor extrínseco, ou seja, anterior ao acto de experimentar. Quantas vezes não encontramos crianças e jovens satisfeitos por estar na escola, mas que não revelam motivação para estudar e cumprir, portanto, o seu dever de estudantes. Também encontramos outras crianças e jovens que se empenham, esforçando-se por alcançar resultados, mas que não se sentem satisfeitos com o seu esforço. Encontram-se angustiados e amargurados com a vida escolar que não lhes transmite o bem-estar tão importante e necessário para o seu desenvolvimento.

Podemos dizer que a satisfação existe em função dos nossos desejos. Desejamos o conforto ou o prazer que um bem nos proporciona, desejamos a estima e a aceitação dos outros, desejamos realizar-nos pessoal e profissionalmente, sendo os nossos desejos infindáveis. Isso coloca-nos numa busca constante: a satisfação de uma necessidade não nos paralisa, pelo contrário, desencadeia

dentro de nós outra necessidade a ser suprida, e lá vamos nós atrás dela. O estado de carência ou de desejo provoca em nós uma conduta de procura.

Daí que possamos afirmar que o ser humano, e mais especificamente as crianças e jovens, têm uma necessidade de saber e compreender e, por outro lado, motiva-os a curiosidade e a descoberta de novos horizontes e novas sensações.

A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS

O problema da educação para a saúde e a promoção de estilos de vida saudáveis está na ordem do dia. É consensual afirmarmos que os estilos de vida dos jovens de hoje não são iguais aos dos jovens de ontem. Tal como ontem, também hoje nos preocupamos em encontrar abordagens que nos permitam compreender as mudanças psicossociais da adolescência e formas de responder aos desafios da educação de hoje.

À escola, a sociedade envolvente atribui responsabilidades na educação daqueles que são o futuro do amanhã, e dela se espera que esse amanhã saia o mais bem preparado, qualitativamente enriquecido, para responder aos desafios que a sociedade lhe irá colocando.

Por outro lado, o conceito de educação tem vindo a sofrer alterações resultantes das mudanças que atravessam a sociedade. É do senso comum que a nossa sociedade não se caracteriza, como nas sociedades precedentes, por um conjunto coerente e bem determinado de valores, mas sim por múltiplas e exclusivas normas.

O actual sistema escolar já não transmite, como por exemplo, há umas décadas atrás, uma doutrinação homogénea. Actualmente, e com o objectivo de promover o desenvolvimento da identidade, não nos parece correcto dizer a um adolescente que seja ele mesmo, que faça escolhas individuais, que tenha os seus próprios valores e, ao mesmo tempo exigir-lhe que professe os valores de determinado grupo social (Galichet e Manderscheid, 1996, p.14). Segundo este autor, o modo como se pensa e se faz “educação para a saúde” nas escolas não se adequa à evolução da sociedade actual. Assim, a partir da *pedagogia do conflito* vai caracterizar o modo de interacção que se estabelece entre o “eu” e o “outro” e assim provocar alterações na construção da identidade que são o reflexo de uma situação que foi vivida e criada pelo próprio no processo conflitual que estabeleceu com os outros.

Por outro lado, Matos (o.c, p.9) salienta que a saúde não deverá ser vista como um objectivo individual mas sim um objectivo de toda a comunidade. A autora reforça a importância de que “os programas de promoção e educação para a saúde têm que visar não só acções sobre os indivíduos como também acções sobre o ambiente e sistema social e político” (ibidem). Assim, ao interiorizar estilos de vida saudáveis, o indivíduo irá no futuro intervir na sociedade, modificando-a. Esta perspectiva visa provocar, a médio e a longo prazo, alterações nos comportamentos e nos estilos de vida dos indivíduos. Por outro lado, também não podemos esquecer que os “problemas” da sociedade são vividos na e pela escola, e que compete a esta adequar as suas práticas à realidade do meio envolvente.

Ora, parece-nos por vezes difícil conciliar as normas que regem a sociedade com as normas consideradas pela escola como fundamentais para a construção identitária das crianças e jovens. Os mass-media têm aqui um papel bastante activo na “condução” daqueles que a escola pretende educar. O choque das diversas “culturas” salta à vista e, como poderá uma escola fazer valer os princípios de que determinados estilos de vida são um risco para a saúde, quando diariamente os órgãos de comunicação aliciam os indivíduos para o consumismo de produtos considerados prejudiciais à saúde? Este é um exemplo entre os inúmeros que poderíamos citar e que evidenciam a necessidade de encontrar outros caminhos, outras abordagens para a construção de uma sociedade e de uma escola promotora de saúde de todos e para todos. Desde 1994 que Portugal aderiu à Rede de Escolas Promotoras de saúde, tendo-se verificado desde aí um alargamento da rede. Segundo Burgher, Rasmussen e Rivett(1999) as escolas promotoras de saúde contribuem significativamente para a melhoria das condições de vida da comunidade onde se inserem.

Também Costa e López (1996, p.63-68) se interessaram pela educação pela saúde, desenvolvendo um modelo teórico que denominaram o modelo das sete esferas. Este modelo implica a potenciação do indivíduo para desenvolver-se e influir positivamente no ambiente que o rodeia. Baseia-se na perspectiva ecológica do desenvolvimento humano e parte de uma concepção clarificadora de valores e de identificação de factores de risco e factores protectores.

A necessidade de desenvolver programas de promoção da saúde em ambiente escolar prende-se, como já vimos, com as dificuldades que as instâncias socializadoras convencionais, neste caso a escola, têm em adequar-se à evolução da sociedade e em encontrar novas formas e estratégias de acompanhamento das crianças e dos jovens no seu projecto de vida pessoal. E, para que esse acompanhamento se possa realizar, é necessário criar condições de maturação pessoal. Ora, uma das condições absolutamente indispensáveis é a existência de espaços onde a relação seja possível. Isto é, espaços onde as crianças e os jovens se sintam em interacção com outros jovens e também com outros adultos e, em particular, com adultos que se situem como adultos capazes de estabelecer relação com os jovens (Sampaio, 1994). Estes espaços serão determinantes na experiência que possam fazer da sua capacidade de interagir e de, através dessa interacção, construir ou reconstruir a imagem que tem de si, dos outros e da sua intervenção no meio envolvente.

CONCLUSÃO

Partimos à procura do futuro da educação e promoção da saúde através de uma caminhada por algumas das temáticas inerentes ao desenvolvimento do ser humano. A “viagem” levou-nos desde a procura de um cenário que explicitasse a construção da identidade da criança e do jovem até ao conceito de bem-estar e consequente qualidade de vida.

Esta fez-se procurando encontrar, num primeiro momento e num determinado tempo, os fundamentos da saúde enquanto pressuposto de ausência de doença.

Depois, procurámos equacionar a ideia de vida saudável e as suas modificações ao longo dos tempos para chegarmos à definição do que se entende hoje como saúde.

Daí partimos, então, na busca dos aspectos que podem conduzir o indivíduo ao encontro do seu bem-estar físico, psíquico e social concretizado num projecto pessoal de satisfação com a vida.

Do percurso feito, valerá a pena sublinhar a consciencialização da integração da escola no grande ecossistema a que todos pertencemos, as consequências pedagógicas, psicológica, biológicas, culturais, sociais e organizacionais desta perspectivização da educação e promoção para a saúde, enquanto projecto de desenvolvimento pessoal que cada um vai construindo ao longo da sua trajectória de vida.

Perspectiva-se para a escola um novo “olhar” sobre a actuação educativa e um posicionamento mais crítico e mais aberto à mudança. Todavia, só o tempo dirá se essas responsabilidades e essas maneiras de agir na escola contribuirão para uma melhor qualidade de vida das crianças e jovens que nela vivem.. A certeza, porém, é que acreditamos no amanhã – um amanhã em que todos tenham oportunidade de viver a vida e sentir a “saúde” no que ela tem de melhor para nos oferecer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, A. (1999):** “A Educação para a Saúde em meio escolar”. O professor, n.º 67, III Série, pp.3-10.
- ALVES-PINTO, C.(1995):** Sociologia da Escola. Amadora, McGraw-Hill.
- BURGHEN, M. e RASMUSSEN, V. RIVETT, D.(1999):**The European network of health promoting schools, the alliance of education and health.
Em: URL <<http://www.who.dk/enhps/publication/enhps.pdf> >.
- CANAVARRO, M.(1999):** Relações Afectivas e Saúde Mental – uma abordagem ao longo do ciclo de vida. Coimbra, Quarteto, 1ª edição.
- CARVALHO, A.(1911):** “Caderneta Medico-Pedagógica”, J.Moura Marques.Coimbra, polic.
- COSTA, M., LÓPEZ, E.(1996):** Educación para la salud – una estrategia para cambiar los estilos de vida.Madrid, Ediciones Pirâmide.
- GALICHET, F. & MANDERSCHIED, J.C.(1996):** “L’éducation à la santé et la construction de l’identité dans le contexte des sociétés occidentales contemporaines”. Revue Française de Pédagogie, 114, pp.7-17.
- JESUS S.N.(1996):** A motivação para a profissão docente. Aveiro, Estante editora.
- KOKKO, K.ePULKKINEN, L.(2000):** Aggression in childhood and long term unemployment in adulthood: a cycle of maladaptation and some protective factors.
Em URL <<http://www.apa.org/journals/dev/dev364463.html> >.
- MATOS, M. et al.(2000):** “A saúde dos Adolescentes Portugueses – estudo nacional da rede europeia HBSC/OMS (1998)”. Análise Social & Saúde, Faculdade de Motricidade Humana/ Programa de Educação para Todos – Saúde.
- NAVARRO, M. F.(1995):** “Modelos de intervenção em saúde na Educação Pré-escolar e nos ensino Básico e Secundário”, polic.
- NETO, F.(s/d):** Estudos de Psicologia intercultural – Nós e Outros. Fundação Calouste Gulbenkian – Junta Nacional de Investigação Científica e Tecnológica.

RIDLEY,M.(2001): Genoma – autobiografia de uma espécie em 23 capítulos.Lisboa, Gradiva.

SAMPAIO,D.(1994): Inventem-se novos pais.Lisboa, Caminho.

SILVA,B.R.(1998):“Para uma análise da satisfação com o trabalho”.Sociologia – problemas e práticas, nº 26, Oeiras, Celta editora , pp.149-178.