

## A CRIANÇA E O ADOLESCENTE COMO ACTORES SOCIAIS: FOMENTANDO O “KIDPOWER”

Raquel Maria Ferreira Veloso Fontes\*  
Manuela Maria da Conceição Ferreira\*\*

### Resumo

Este artigo aborda o papel da criança e do adolescente na construção do mundo social, sugerindo uma rotura com os modelos tradicionais de abordagem da infância, para um novo paradigma, que os considera como actores sociais, capazes de participar na estruturação do seu percurso de vida, de saúde e de bem-estar. É evidenciada a necessidade de aplicação dos princípios da Sociologia da Infância no âmbito da Promoção da Saúde e da Educação para a Saúde, especialmente no que concerne ao planeamento das intervenções de Saúde Escolar.

**Palavras-chave:** Criança; Adolescente; *Empowerment*; Actor Social; Saúde Escolar.

### Introdução

Os modelos baseados no *empowerment* definem as práticas de promoção da saúde como um processo interactivo que visa, essencialmente, o desenvolvimento de intervenções concertadas tendo em vista o bem-estar das populações, a preservação do meio ambiente e a reorientação dos serviços de saúde, com o objectivo de promoverem o “*empowerment*” individual e comunitário (WHO, 1998; Tones, 1999, 2000). Procura, deste modo, que as pessoas se munam de competências e conhecimentos necessários a uma intervenção efectiva na sua vida (Navarro, 2000).

No que concerne à Saúde Escolar, estes processos devem ser implementados o mais precocemente possível com as crianças, de forma a serem-lhes proporcionadas condições para um desenvolvimento harmonioso, participativo, saudável, informado e feliz, conducente com os princípios da Sociologia da Infância, que reconhece que a

---

\* Professora da Escola Superior de Saúde do Vale do Ave do Instituto Politécnico de Saúde do Norte.(Autora)

\*\* Professora da Escola Superior de Saúde do Instituto Superior Politécnico de Viseu. (Co-Autora)

criança tem voz própria (Ferreira, 2002, 2004), e um papel activo a desempenhar na construção de um mundo social (Sarmiento & Cerizara, 2004; Soares e Tomás, 2004) e no planeamento e programação das acções de Saúde Escolar (Kalnins, Hart, Ballantyne, Quartaro, Love, Sturis & Pollack, 2002; Kalnins, McQueen, Backett, Curtice & Currie, 1992).

Esta ideia é partilhada pela OMS (1996), que refere como principal objectivo para o desenvolvimento nacional o enriquecimento das gerações mais novas com conhecimentos e recursos que lhes permitam entender as suas necessidades humanas básicas e crescer com todo o seu potencial.

### **Evolução histórica do papel da criança na sociedade**

A forma de encarar as crianças sofreu grandes modificações ao longo do tempo, levando à inclusão da infância como uma fase importante do desenvolvimento humano (Sarmiento, 2004).

Na idade média, não era atribuído qualquer estatuto social às crianças, nem autonomia existencial, sendo consideradas como meros seres biológicos. No Renascimento, o seu papel passou a assumir maior relevo, com uma progressiva tomada de consciência social da existência da infância. Além disso, a partir do século XVIII a infância começou a ser institucionalizada, através da criação das escolas estatais, sendo esta medida continuamente alargada, conduzindo ao que Ramirez (1991) apelidou como “institucionalização educativa da infância” (cit. por Sarmiento, 2004).

Ao mesmo tempo, a família passou a centrar a sua atenção no cuidado dos filhos, com maior investimento na sua formação escolar. Todos estes factores conduziram à produção de disciplinas e saberes em torno da infância como: a pediatria, a psicologia do desenvolvimento e a pedagogia (Rocha & Ferreira, 1994; Goldson, 1997, cit. por Sarmiento, 2004).

De acordo com o Sarmiento (2004), estes factores demonstram que existem várias culturas da infância, que variam de acordo com o momento histórico em que se desenrolam.

Contudo, atendendo à melhoria das condições de vida das crianças (especialmente nos países ocidentais) e à necessidade e tendência de consolidação da infância como objecto de estudo, na maioria das vezes, o espaço das crianças é constituído pelos adultos, sem se atender à participação e opinião destas (Tomás & Soares, 2003, cit. por Soares & Tomás, 2004).

A infância é entendida como uma fase onde as crianças necessitam de protecção e provisão, uma vez que, comparativamente aos adultos, têm menos

conhecimentos, força e maturidade, o que conduz a relações de poder desiguais (Mayall, 2002).

Este entendimento que os adultos atribuem à infância e às crianças conduz ao que Tomás e Soares (2003) chamam de “velhos paradigmas da infância”, sintetizando-os como: Paradigma da Protecção e do Controlo, Paradigma da Perigosidade e Paradigma da Propriedade.

De acordo com estes autores, a menoridade e o paternalismo encontram-se profundamente enraizados nestes paradigmas, sendo particularmente visíveis na actualidade, onde se continua a não incluir e dar voz às crianças nos processos de tomada de decisão sobre aquilo que lhes diz respeito, sendo moldadas pelos adultos de acordo com a leitura que estes fazem sobre o que consideram ser o melhor para estas.

Na segunda modernidade, que corresponde à fase em que actualmente nos encontramos, os processos de mudança promovem a reinstitucionalização da infância, pelo que Sarmento (2004) alerta para o facto das condições de existência das crianças na sociedade serem agora mais complexas. Na verdade, se por um lado a criação de uma infância global trouxe benefícios visíveis, por outro veio potenciar “desigualdades inerentes à condição social, ao sexo, à etnia, ao local de nascimento e residência e ao subgrupo étnico a que cada criança pertence” (Ibidem, p. 14). Ou seja, a forma como a criança vive este período é determinada tanto por condições sociais, como por tempos e espaços sociais próprios de cada contexto (Rocha, 2004).

Estas mudanças paradigmáticas implicam um olhar atento e crítico sobre a infância e o papel que as crianças têm na sociedade adulta, ao mesmo tempo que fazem das crianças contemporâneas construtoras activas do seu próprio lugar no mundo actual (Ibidem).

Neste contexto, Ferreira (2004) refere-se ao processo de *reprodução interpretativa* das crianças acerca do mundo social do adulto, na medida em que, o termo reprodução procura salientar que, através da sua participação efectiva no mundo adulto, também elas contribuem de forma activa e recíproca para a produção e mudança social desse mundo. O termo interpretativo prende-se com os aspectos criativos e inovadores que decorrem da reflexão e interpretação que as crianças fazem do mundo dos adultos e da forma como elas desenvolvem uma troca intensa de negociações e intencionalidades decorrentes da sua interacção com os outros. Assim sendo, o processo de reprodução social procura, por um lado, evidenciar a natureza criativa dos processos de reprodução social e, por outro, distanciar-se da ideia que as crianças apenas se limitam a imitar o mundo adulto (Ibidem).

De acordo com a supracitada autora esta constatação requer o abandono do paradigma tradicional de abordagem da infância – paradigma da *criança-objecto* – para

um novo paradigma – *paradigma da sociologia da infância*, que a considera como um actor social.

### **Reconhecimento da criança e adolescente como actores sociais no âmbito da Saúde Escolar**

A dinamização de acções de Educação para a Saúde (EPS) em contexto escolar implica a inclusão dos postulados defendidos pela Sociologia da Infância (Ferreira, 2002,2004; Hohmann & Weikart, 2004; Kalnins *et al.*, 2002; Mayall, 2002; Sarmiento, 2004; Soares & Tomás, 2004). Apela, deste modo, ao abandono da visão tradicionalista da criança como um mero receptor de educação, normas, crenças e valores de uma sociedade, e que se passe para a implementação de um novo tempo.

Tempo este em que as crianças são consideradas cidadãs activas e por isso têm o direito de fazer escolhas informadas, de tomar decisões relativas à organização dos seus quotidianos e de influenciar e/ou partilhar a tomada de decisões dos adultos, sempre que estas de alguma forma lhes digam respeito. (Soares & Tomás, 2004, p. 138)

Pretende-se, portanto, o respeito e valorização das perspectivas das crianças e do seu papel na construção das culturas infantis e das culturas do mundo adulto. Esta nova forma de ver as crianças, e também os adolescentes, implica uma revisão e reflexão profunda sobre o modo como se planeiam as acções de Promoção da Saúde (PS) e EPS nas escolas.

Em primeiro lugar, exige que se procure conhecer quais as necessidades de intervenção sentidas e manifestadas por esta população e, em segundo, implica que a avaliação do impacte das intervenções seja efectuada não só sob o ponto de vista dos adultos, mas também, e essencialmente, a partir das perspectivas e opiniões das crianças e adolescentes. Este último aspecto implica igualmente uma mudança no âmbito da investigação efectuada neste domínio. Implica considerar as dimensões contextuais em que a população alvo se insere, assim como as suas perspectivas sobre o que foi com elas desenvolvido, de modo a serem gerados um conjunto de dados que não somente forneçam novos tipos de questionamento crítico e de pesquisa, mas que também indiquem estratégias e formas alternativas de actuação (Rocha, 2004).

Os resultados emergentes da mais recente pesquisa no âmbito de EPS e PS em contexto escolar, revelam um consenso cada vez mais generalizado da necessidade de se conhecer e compreender como é que as próprias crianças e adolescentes percebem o

seu lugar na sociedade, a partir dos seus pontos de vista sobre as suas necessidades, relações e contribuições (James & Prout, 1990; Kalnins *et al.*, 1992, cit. por Kalnins *et al.*, 2002).

Para tal, torna-se necessário uma postura crítica dos tradicionais enquadramentos conceptuais da infância que tendem a considerar (Ferreira, 2004):

- a) As crianças como seres em défice, passivas e meros receptores de uma acção de socialização;
- b) A existência de um poder unilateral entre adultos e crianças, onde a socialização é efectuada de acordo com regras e objectivos previamente estabelecidos, através de um processo vertical e unívoco, conduzido exclusivamente por adultos;
- c) Do *brincar* como um símbolo representativo exclusivo das actividades da infância, decorrente de uma acção natural e espontânea das crianças, e não como fruto de um acto reflexivo;
- d) Do grupo de pares resultar de uma organização inata e imediata, cuja suposta homogeneidade está isenta de relações sociais desiguais.

Sarmiento e Cerisara (2004) defendem a perspectiva das escolas como uma polis de afirmação de cidadania, como um campo de possibilidades que assume a criança para além do seu ofício como aluno, ou seja, como um actor social concreto que, tal como as escolas têm responsabilidade sobre as crianças, também estas últimas possuem responsabilidades sobre as escolas. Defendem assim que, neste domínio, se avance para uma nova forma de se fazer pesquisa, colocando as crianças como protagonistas, para que “as suas vozes sejam efectivamente levadas a sério e tomadas em conta na construção do conhecimento” (p. 8).

Num estudo realizado por Rocha (2004), acerca da pesquisa que tem sido desenvolvida no Brasil no âmbito das Ciências Humanas e Sociais, relativamente à educação das crianças, verificou-se uma evolução e diversificação das áreas de abrangência das investigações. Na verdade, é possível constatar que, actualmente, a pesquisa procura considerar cada vez mais as dimensões contextuais das relações educativo-pedagógicas.

Anteriormente, eram valorizadas a cognição e o processo de ensino/aprendizagem, pelo que a criança, como sujeito no processo educativo, era vista como *sujeito-aluno* e não um *sujeito-criança*.

As pesquisas mais recentes apresentam contributos no sentido de conhecer a criança concreta, considerando a sua presença sociocultural e histórica, tendo como preocupação o registo e descrição sistemáticos das interacções entre as próprias

crianças, entre as crianças e adultos, estudando como e quando estas ocorrem, e que factores as favorecem ou dificultam no contexto educativo (Ibidem). Deste modo, o desenvolvimento infantil deixa de ser visto numa perspectiva individual e passa a ser analisado a partir do contexto em que ocorre e das relações que o permeiam.

Estas constatações obtidas a partir dos resultados da pesquisa, permitem reflectir que o adulto deixa de ser o único “agente de socialização das crianças”, considerando as crianças como parceiras na construção das suas relações sociais, uma vez que elas constroem e compartilham com os outros “conhecimentos, conflitos, resistências e aceitações pelos adultos” (Strenzel, 2000, cit. por Rocha, 2004, p. 251).

Annan (2001) defende que o desenvolvimento humano efectivo só pode existir se for garantido que cada criança obtém o melhor acompanhamento e encaminhamento possível nos primeiros anos de vida, se se acautelar que cada criança recebe uma educação básica de boa qualidade, reconhecendo-se o seu papel activo na construção da sua própria aprendizagem e do mundo, e se forem dadas aos adolescentes todas as oportunidades de desenvolverem plenamente as suas capacidades e participarem activamente na sociedade (cit. por Soares & Tomás, 2004).

As crianças e adolescentes, enquanto cidadãos, por direito, devem participar activamente na planificação e monitorização das estratégias nacionais de saúde e de educação. O seu envolvimento assegura que estas estão devidamente direccionadas para as suas necessidades (WHO, 2005b, p. 4).

A experiência demonstra que as crianças e os adolescentes têm um genuíno interesse nos assuntos relacionados com a sua saúde e bem-estar, e que a sua participação é crucial para que a implementação e desenvolvimento de estratégias, políticas e serviços de saúde a eles direccionados sejam bem sucedidas (WHO, 2005b). Para que esta participação seja realmente eficaz, implica o seu legítimo envolvimento. Os adolescentes são, invariavelmente, os que melhor entendem a cultura própria da sua idade e, como tal, estão em melhor posição para ajudar no planeamento/desenvolvimento de estratégias de saúde que os favoreçam.

Actualmente, as comunidades dispõem de mecanismos, testados com sucesso, que motivam a participação dos jovens, incluindo sobretudo os mais carenciados e marginalizados (Hagquist & Starring, 1997). Embora as crianças possam não estar habilitadas para se envolver na criação de políticas e planeamento de cuidados de saúde, é possível que os adultos que directamente interagem com elas, e que, com essa experiência, compreendem as suas reais necessidades, contribuam para esse planeamento em sua representação.

### Implementando o “Kidpower”...

O reconhecimento da criança como actor social vem reforçar a importância de se respeitar e aceitar a imagem da criança cidadã (Sarmiento, 1999, cit. por Soares & Tomás, 2004). Isto implica o abandono da visão da infância apenas numa perspectiva assistencialista, para uma perspectiva que considere as crianças como agentes participativos, com um importante papel a desempenhar na sociedade (Ibidem).

Esta visão vai de encontro aos princípios defendidos pelo *empowerment* que, constitui um processo de capacitação das pessoas para a construção da sua autonomia (WHO, 1998).

Partindo deste pressuposto, Banks (1991) defende a implementação do que denomina “*Kidpower*”, através do processo de *empowerment*. Para tal, preconiza que haja uma redefinição dos currículos escolares, de forma a promoverem a participação activa das crianças o mais precocemente possível na construção de um mundo melhor. Tem como principal objectivo facilitar o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos que conduzam as crianças e adolescentes a reflectir, observar, discutir e questionar o que os rodeia, assim como os problemas com que se deparam no dia-a-dia.

Hahn (1984) considera que, a partir deste processo, as crianças poderão tornar-se mais confiantes em si próprias e nos seus julgamentos, sentirem-se mais seguras na tomada de decisões difíceis e acreditarem na sua inter-relação com os outros (cit. por Pang, 1991). A ausência de participação é um factor potenciador de sentimentos de insegurança, impotência e alienação, pelo que a participação activa tem associada a sensação “de ser capaz de controlar aquilo que se pensava estar fora do alcance” (Soares & Tomás, 2004, p.150).

De acordo com Helman (2001), as crianças não são meros espectadores nos assuntos que dizem respeito à sua saúde, pelo que devem ser orientadas numa linguagem e caminho que faça sentido para elas.

O desenvolvimento da capacidade crítica nas crianças e adolescentes parece ser um bom preditor de escolhas saudáveis (Loureiro, 2004). Isso implica que seja reconhecido o direito destes expressarem os seus pontos de vista, dando-lhes a oportunidade de observar, aprender, julgar e escolher por si próprios (Ibidem).

Segundo esta autora, a capacidade crítica desenvolve-se a partir da reflexão contínua sobre diferentes situações e da tomada de consciência sobre os seus pensamentos e emoções, confrontando-os posteriormente com os conhecimentos adquiridos sobre o assunto.

O reconhecimento da participação das crianças e adolescentes implica, segundo Capucha (1998), uma mudança de mentalidades das pessoas, famílias e profissionais

que lidam com a infância e adolescência, de forma a serem iniciados processos que permitam o exercício dos direitos de cidadania e participação social (cit. por Soares & Tomás, 2004).

Para tal, torna-se necessária a garantia de uma dupla consciencialização: das crianças, como sujeitos de direitos activos e participativas; e dos adultos, enquanto promotores e incentivadores da construção de espaços onde as crianças se desenvolvam nessa perspectiva (Ibidem). A crescente pesquisa efectuada no âmbito da Sociologia da Infância influenciou a definição de políticas em torno deste novo paradigma.

Em 1989 foi adaptada, por consenso na Assembleia-Geral das Nações Unidas, a Convenção dos Direitos da Criança. Esta constitui o primeiro documento internacional a reconhecer que as crianças devem ser direccionadas para a participação nas decisões que lhes dizem respeito. Inclui, para além de outros direitos de extrema importância para a criança, o direito à opinião e participação – dois atributos essenciais para o exercício da cidadania (UNICEF, 2004).

Este documento é indispensável para a construção e consolidação deste novo paradigma da infância que, não só valoriza, mas defende a visão da infância cidadã com direito à afirmação e protagonismo no mundo actual.

No que diz respeito à saúde, em particular, a Associação Canadiana de Saúde Pública publicou um documento intitulado “Visão e Metas Nacionais para a Saúde das Crianças e Adolescentes no Canadá”, no qual dão particular destaque ao envolvimento e fortalecimento das crianças e adolescentes na manutenção da sua saúde, salientando que o envolvimento dos adolescentes neste processo deve ser profundo, uma vez que estes manifestam sentirem-se prontos para participarem nas suas comunidades (Kalnins, Hart, Ballantyne, Quartaro, Love, Sturis & Pollack, 2002). No entanto, esta participação só terá sucesso se forem criadas estruturas e políticas que a suportem (Mayall, 2002).

Na verdade, diversos estudos feitos na última década no âmbito da participação das crianças e adolescentes em iniciativas comunitárias vêm demonstrar que estas se manifestam preocupadas e interessadas em participar na resolução dos problemas de saúde da comunidade (Frasquilho, 1998; Kalnins *et al.*, 2002).

Um estudo realizado com crianças de 9 anos demonstrou como estas, em conjunto com os adultos, mobilizaram intervenções sobre aspectos relacionados com o consumo de drogas (Kelley, 1995; Delgado, 1996, cit. por Kalnins *et al.*, 2002).

Já uma investigação qualitativa sobre as preocupações das crianças acerca de estratégias para resolver os problemas de saúde da comunidade concluiu que as crianças estão interessadas em participar na alteração das condições que afectam a sua saúde. No entanto, reconhecem as limitações da sua posição marginal em relação à sociedade adulta, tendo a perfeita noção de que os adultos não os levam com seriedade (Kalnins *et al.*, 2002), desvalorizando as potencialidades do seu papel interventivo.



## Conclusão

A participação dos alunos deve fazer parte integrante de todos os debates que envolvam a educação em geral e a Educação para a Saúde e Promoção da Saúde em particular, na medida em que dos seus princípios básicos de funcionamento fazem parte a autodeterminação, participação, democracia, diversidade e equidade, aspectos considerados fundamentais no *empowerment* desta população ( Simovska, 2004).

Segundo Pang (1991) o *empowerment* pode ser usado nas crianças e adolescentes de forma a estimular as suas mentes, criatividade, capacidades e entusiasmo para participarem nas suas comunidades. Esta autora alerta que o exercício de cidadania não se focaliza apenas no direito de voto dos cidadãos adultos.

Pelo contrário, as crianças podem aprender e desenvolver as suas capacidades para produzirem mudança.

Neste sentido, as escolas assumem um papel preponderante, uma vez que podem providenciar oportunidades para que estas possam utilizar o seu conhecimento e capacidades neste momento preciso e não algures num futuro distante (Ibidem).

No que concerne à Saúde Escolar, o reconhecimento do processo de *empowerment*, enquadrado nos princípios da Sociologia da Infância acima mencionados, implica uma rotura com os modelos anteriormente preconizados.

No fundo, com a utilização deste modelo de intervenção, pretende-se o desenvolvimento de *processos participativos* que, segundo Navarro (2000), constituem a pedra basilar para o sucesso quando se pretende atingir quer objectivos de Saúde/Bem-estar quer Educativos.

Para que tal seja possível, é essencial criar uma consciência crítica nos profissionais de enfermagem, de modo a que estes sejam efectivos veículos de mudança, no sentido de produzirem reais melhorias na saúde e bem-estar da comunidade.

## Referências Bibliográficas

- Banks, J. A. (1991). A Curriculum for Empowerment, Action, and Change. In C. E. Sleeter (Eds.), *Empowerment through multicultural education* (pp.125-141). Albany: State University of New York.
- Ferreira, M. (2002, Novembro). Criança tem voz própria. *Jornal a Página da Educação*, 11(117), 1-5. Consultado em 25 de Março de 2005, através de <http://www.apagina.pt/arquivo/>
- Ferreira, M. (2004). Do “avesso” do brincar ou... as relações entre pares, as rotinas da cultura infantil e a construção da(s) ordem(ens) social(ais) instituinte(s) das crianças no Jardim de Infância. In M. Sarmiento e A., Cerisara. *Crianças e Miúdos: Perspectivas Sociopedagógicas da Infância e Educação* (pp. 55-104). Porto: Edições Asa.

- Frasquilho, M. (1998). Estilo de vida, comportamentos e educação para a saúde: Comportamento problema e comportamento saudável segundo os adolescentes. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 16 (1), 13-19.
- Hagquist, C., & Starring, B. (1997). Health education in schools – from information to empowerment models. *Health Promotion International*, 12(3), 225-232.
- Helman, C. G. (2001). *Culture, Health and Illness* (4<sup>th</sup> Ed.) London: Arnold.
- Hohmann, M., & Weikart, D. (2004). *Educar a criança* (3<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Kalnins, I., Hart, C., Ballantyne, P., Quartaro, G., Love, R., Sturis, G. & Pollack, P. (2002). Children's perceptions of strategies for resolving community health problems. *Health Promotion International*, 17(3), 223-233.
- Kalnins, I., McQueen, D., Backett, K., Curtice, L., & Currie, C. (1992). Children, empowerment and health promotion: some new directions in research and practice. *Health Promotion International*, 7(1), 53-59.
- Loureiro, I. (2004). A importância da educação alimentar: o papel das escolas promotoras de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 22(2), 43-55.
- Mayall, B. (2002). *Towards a Sociology for Childhood. Thinking from children's lives*. Buckingham: Open University Press.
- Navarro, M. F. (2000). Educar para a saúde ou para a vida? Conceitos e fundamentos para novas práticas. In J. Precioso et al. (Eds.). *Educação para a saúde* (2<sup>a</sup> ed., pp. 13-28). Braga: Departamento de Metodologias da Educação. Universidade do Minho.
- Pang, V. O. (1991). Teaching children about social issues: Kidpower. In C. E. Sleeter (Eds.), *Empowerment through multicultural education* (pp.179–197). Albany: State University of New York.
- Rocha, E. A. (2004). A criança e educação: caminhos da pesquisa. In M. Sarmiento e A., Cerisara. *Crianças e Miúdos: Perspectivas Sociopedagógicas da Infância e Educação* (pp. 245-256). Porto: Edições Asa.
- Sarmiento, M. (2004). A Escultura da Infância nas Encruzilhadas da Segunda Modernidade. In M. Sarmiento e A., Cerisara. *Crianças e Miúdos: Perspectivas Sociopedagógicas da Infância e Educação* (pp. 9-34). Porto: Edições Asa.
- Sarmiento, M. J. & Cerisara, A. (2004). *Crianças e Miúdos: Perspectivas Sociopedagógicas da Infância e Educação*. Porto: Edições Asa.
- Simovska, V. (2004). Student participation: a democratic education perspective-experience from the health-promoting schools in Macedonia. *Health Education Research*, 19(2), 198-207.
- Soares, N. F. & Tomás, C. (2004). Da emergência da participação à necessidade de consolidação da cidadania da infância... Os intrincados trilhos da acção, da participação e protagonismo social e político das crianças. In M. Sarmiento e A., Cerisara. *Crianças e Miúdos: Perspectivas Sociopedagógicas da Infância e Educação* (pp. 135-161). Porto: Edições Asa.
- Tones, K. (1999). Health promotion, health education and the public health (3<sup>rd</sup> revised edition). In R. Detels et al., *Oxford textbook of public health: the methods of public health* (pp. 1-67), Oxford: Oxford University Press.
- Tones, K. (2000). *Health Promotion and the Role of Nurses in Promoting the Public Health*. Comunicação apresentada no Seminário “A educação e promoção da saúde – uma abordagem de capacitação nos contextos hospitalar e comunitário” na ESECP.

UNICEF (2004). *A Convenção Sobre os Direitos da Criança*. [www.unicef.pt/docs/pdf\\_publicações/convenção\\_direitos\\_criança2004.pdf](http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicações/convenção_direitos_criança2004.pdf), consultado em 12 de Agosto 2006.

WHO (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: World Health Organization.

WHO (2005). *European strategy for child and adolescent health and development*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. <http://www.euro.who.int/Documents/E87710.pdf>, consultado em 17 de Agosto de 2006.