

# Avaliação de conhecimentos de adolescentes sobre estilos de vida salutareos

ADÉRITO LUIS ALVES DA CUNHA \*

## 1. Introdução

Os adolescentes são os adultos do futuro. Aqueles que atingirem a maioridade em 1987, serão já adultos de 31 anos no ano 2000. Os estilos de vida adquiridos na adolescência poderão ter implicações para toda a vida. A adolescência representa, por exemplo, a última oportunidade de, em tempo útil, modificar comportamentos e hábitos alimentares incorretos.

“A O.M.S. situa a adolescência entre os 10 e os 19 anos. Considera ainda dois sub-grupos. Um entre os 10-14 anos, denominado por puberdade, em que os aspectos do desenvolvimento físico são mais evidentes; outro entre os 15-19 anos, em que predominam aspectos do desenvolvimento psico-social” (Marques, 1985). Neste estudo segue-se o mesmo critério e aborda-se o grupo dos 15-19, precisamente por nele predominar o desenvolvimento psico-social.

“Quando falamos em saúde dos adolescentes o que sobressai é o facto de serem um grupo saudá-

vel, pois é nestas idades que os valores da mortalidade são mais baixos” (Marques, 1985).

As principais causas definidas de morte nos adolescentes dos 15-19 anos, em Portugal em 1984 foram:

- 1.º: E47 — Acidentes de transporte (275).
- 2.º: E55 — Outros acidentes, incluindo os efeitos tardios (75).
- 3.º: E54 — Suicídios e lesões auto-infligidas (70).
- 4.º: E56 — Outras violências (66).
- 5.º: E32 — Outras doenças do aparelho respiratório (30).
- 6.º: 22 — Doenças do sistema nervoso (28).
- 7.º: 09, 11, 12, 13 — Tumores malignos (27).
- 8.º: 141 — Leucemia (22).

Entre as mortes por acidentes de transporte destacam-se 267 por acidentes de trânsito de veículos a motor (E471)), sobretudo as 234 do sexo masculino (INE, 1984).

“Os adolescentes dos países desenvolvidos juntamente com as crianças em idade escolar têm a mais baixa taxa de mortalidade do mundo: o risco de morrer é 1-2<sup>o</sup> / 100 por ano. A principal causa de morte é por acidentes e as seguintes são a leucemia, os tumores malignos e os suicídios. As infecções perderam a sua importância entre as outras causas de morte, embora permaneçam um problema importante nas áreas menos desenvolvidas da Região Europeia” (OMS<sup>2</sup>, 1977).

“Embora a taxa de mortalidade entre os adolescentes seja baixa, a morbidade, um indicador niti-

□ Adérito Luís Alves da Cunha é biólogo, diplomado em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública e professor do ensino secundário.

damente mais importante do estado de saúde, é pouco clara. Por cada acidente fatal há mais acidentes não fatais, para cada suicídio consumado há muitas tentativas frustradas, mas os dados da morbilidade são escassos, enviesados e inadequados" (OMS<sup>2</sup>, 1977).

"A fase do desenvolvimento psico-social dos adolescentes é considerada pela generalidade dos autores como um "segundo nascimento". A socialização do indivíduo durante esta fase processa-se através de modificações psicológicas desencadeadas pela maturação somática e é influenciada pelo meio micro e macro-social, devendo culminar na aquisição de auto-domínio e independência. Considera-se um segundo nascimento, porque a fase de crescimento rápido e de desenvolvimento do pensamento lógico causam uma certa perturbação emocional ao adolescente, que passa a não se reconhecer nem se sujeitar dentro do seu corpo, como acontecia no período anterior. Inicia então um processo de busca de identidade. Interroga-se, assusta-se, experimenta-se, rejeita protecção que ainda deseja, compara-se ansiosamente com seus pares. Como compreende o que o rodeia de forma cada vez mais precisa, perde os ídolos da infância que constituíam a sua segurança e põe em causa os valores adultos. Nesta altura não é capaz de diferir a realização dos seus projectos. Comportam-se de facto, segundo o adulto, de forma estranha. Estes comportamentos são perfeitamente normais no adolescente e manifestam-se em relação à Família, à Escola e aos adultos em geral" (Navarro, 1985).

"O processo de socialização é ainda perturbado pela dificuldade de transmissão de normas e valores culturais em rapidíssima mutação e, o que é ainda mais perturbador, com valores diferentes consoante os diferentes agrupamentos da comunidade" (Navarro, 1985). Numa época de mutação dos valores culturais, existe um conflito entre os novos valores que o adolescente adquire na escola e pelos "mass media" e os valores tradicionais da sua família (OMS<sup>1</sup>, 1977).

Durante a adolescência dão-se várias mudanças significativas como, por exemplo, a passagem de um tipo de formação a outra, nomeadamente no final do ensino secundário.

"A maior parte dos adolescentes sente um pouco de ansiedade, de irritação e de depressão quando são confrontados com essas mudanças, mas normalmente adaptam-se sem se sentirem esmagados. De facto, com o tempo, a maior parte dos adolescentes experimentam diversos modos de fazer face a essas situações e progressivamente cada um retém um certo número que se adequa particularmente à sua personalidade. As estratégias podem ser muito variadas e a maior parte dos adolescentes têm uma aptidão notável para encontrar ou improvisar as soluções que pessoalmente mais lhes convêm. Mas muitos

escolhem estratégias que têm, a longo prazo, efeitos adversos sobre a sua saúde” (OMS<sup>1</sup>, 1977).

A adopção de estilos de vida salutarres é contrariada pela manutenção de alguns comportamentos não salutarres, verificando-se uma tendência nos países mais desenvolvidos tecnologicamente para continuar a adopção dos comportamentos não salutarres caso não haja uma intervenção correcta. Vejamos, por exemplo, o que se passa com o consumo do álcool.

“O consumo de álcool aumentou consideravelmente na maior parte dos países da Região Europeia, nos últimos 25-30 anos. Em 1950, só a França e Portugal tinham um consumo médio de 10 litros per-capita por ano. Em 1975, dez países estavam já acima deste nível. Estudos feitos na Áustria, República Federal Alemã e Portugal revelaram que 80% dos jovens com mais de 15 anos já começaram a beber”. Salienta-se que Portugal é o segundo país europeu com maior consumo de álcool, logo a seguir à França, onde, ao contrário de Portugal, o consumo tem vindo a diminuir (O'Neill, 1983). Nos Estados Unidos da América, a principal causa de morte dos 15-24 anos é a dos acidentes relacionados com a ingestão de álcool (Usdhen, 1979).

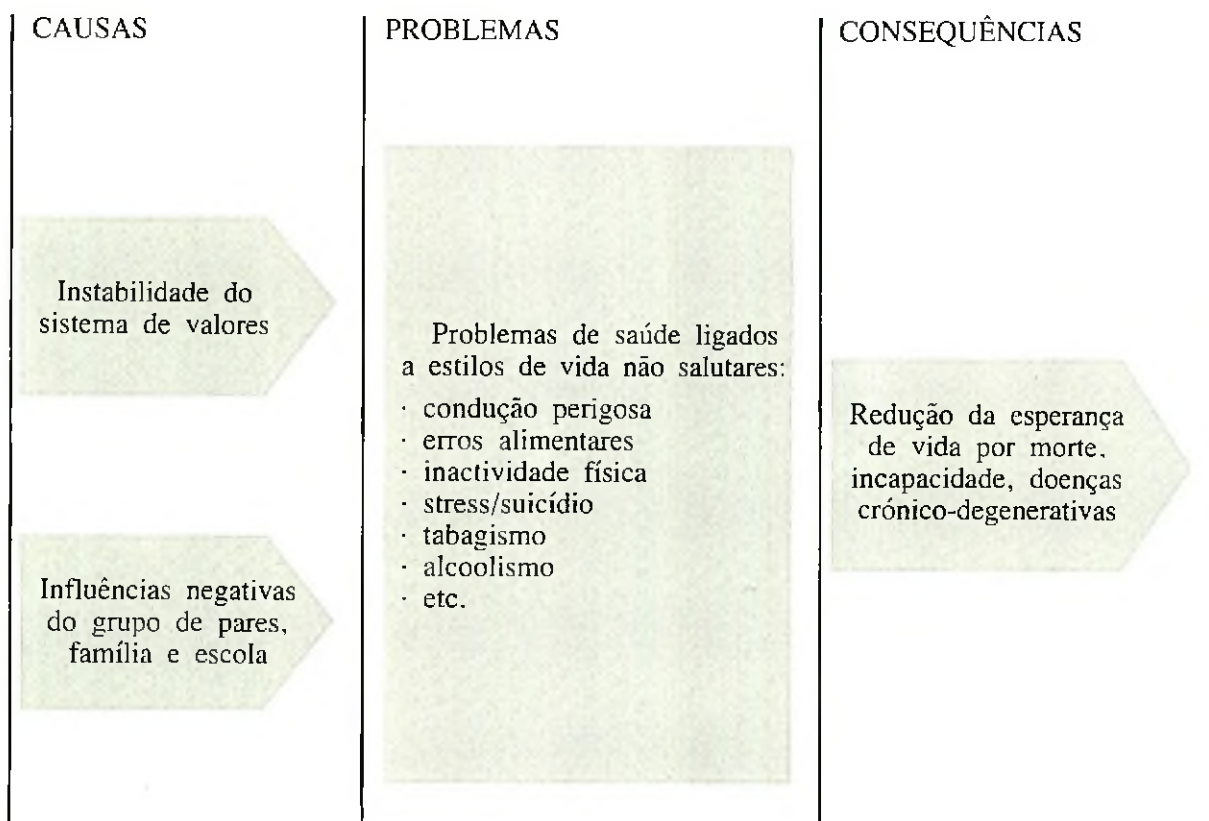
Podemos sintetizar o problema deste modo:

A OMS definiu cinco metas para a Região Europeia sobre Estilos de Vida propícios à saúde (metas 13 e 17), que apontam para a necessidade de fomentar uma série de comportamentos favoráveis à saúde — alimentação equilibrada, abstenção de fumar, actividade física suficiente e controle do stress — bem como para a necessidade de evitar comportamentos prejudiciais à saúde — consumo excessivo de álcool, uso de drogas ilícitas e produtos farmacêuticos com efeitos similares, condução perigosa de veículos a motor e comportamentos sociais violentos (OMS, 1984).

“Segundo o Modelo Sócio-Ecológico dos Determinantes do Comportamento Salutar” as pessoas adoptam novos comportamentos se as estratégias tiverem em conta:

— **Apreciação Cognitiva:** as pessoas têm de conhecer o novo comportamento, compreender a relação entre esse comportamento e a saúde, compreender que ele é consistente com valores existentes, experiências passadas e necessidades e compreender que o novo comportamento sugerido é superior à prática do que ele substitui;

— **Motivação/Nível de interesse:** Cada pessoa tem de ser motivada ou despertada para mudar de comportamento, que não deve ser difícil de compreender



ou de manter e tem de ser capaz de ser posto à prova numa base experimental ou limitada. Além disso, o comportamento, por si só, deve constituir a sua própria recompensa, embora a sua visibilidade para os outros possa também tornar-se um reforço:

— Métodos de Ajustamento/Reprodução: o novo comportamento será adoptado se ele for de encontro a necessidades ou possa ser usado para vencer dificuldades prévias” (Falck, 1985).

No curriculum actual dos ensinos preparatórios e secundário existem disciplinas de Biologia e de Saúde que abordam temas de saúde. Existe mesmo uma formação vocacional Saúde, que começa no 9.º ano, com uma área opcional, e continua no curso complementar, com quatro disciplinas obrigatórias dentro da componente vocacional: Noções Básicas de Saúde e Ecologia, no 10.º ano, e N.B.S. (Biologia Humana) e Socorrismo, no 11.º ano. No 12.º há, assim, alunos com essa formação e outros sem ela.

A nível dos centros de saúde existe uma proposta, renovada anualmente, do Serviço de Saúde Escolar da Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários, para programas específicos de saúde oral, educação alimentar e estudos de educação sexual. Mais recentemente, começou um projecto, “Saúde dos Adolescentes”, com uma proposta de programas da mesma Direcção Geral a iniciar, em 1987, em alguns centros de saúde.

No entanto, quer os programas do sistema educativo, quer os programas a nível dos centros de saúde, quando existem, parecem nem sempre terem em conta o conceito global de estilo de vida salutar.

A OMS definiu uma outra meta para a Região Europeia (meta 32) que menciona a necessidade de investigação, como modo de adquirir conhecimentos para se atingirem as outras metas e como é que devem ser aplicadas. Entre as investigações tidas por convenientes estão as que visam a compreensão dos factores que determinam os tipos de comportamentos em relação à saúde (OMS, 1984).

A OMS definiu também uma meta (n.º 37) que refere a necessidade de fornecer ao pessoal dos sectores relacionados com a saúde uma informação adequada sobre as políticas e os programas dos países ligados à Saúde para Todos e sobre a sua aplicação prática no seu próprio sector. Entre as soluções sugeridas nessa meta, diz-se que é necessário que os professores sejam capazes de ajudar os alunos a desenvolver a capacidade de tomar decisões racionais e a escolher modos de vida salutar (OMS, 1984).

O Plano de Acção Europeu de Investigação (ERAP) sugere uma série de soluções para concretizar as metas e um plano de acção para a investigação, com comentários e recomendações. Relativamente às metas sobre estilos de vida salutar recomenda, entre outros, realização de projectos para determinar modelos de integração da educação sobre estilos de vida nos curricula do sistema educativo, a

avaliação da educação para a saúde, o estudo dos factores relacionados com a manutenção da saúde, a análise estatística de graus de influência e interacções entre muitas variáveis e a identificação de papéis apropriados e funções de profissionais de saúde e educadores, bem como os mecanismos para a sua colaboração efectiva (OMS, 1986).

É nessa base que o autor realizou esse estudo, sobre a Avaliação de Conhecimentos de adolescentes sobre Estilos de Vida Salutar.

## 2. Finalidades

As finalidades deste estudo são:

— contribuir para o aumento da eficácia do processo de ensino/aprendizagem relativo a estudos de vida salutar;

— contribuir para a organização de metodologias de avaliação de conhecimentos sobre estilos de vida salutar.

## 3. Objectivos

Os objectivos definidos para este assunto são:

1. Avaliar o nível de conhecimentos de alunos do 12.º ano sobre estilos de vida salutar.

2. Comparar o nível desses conhecimentos:

— dos alunos que atingiram a maioridade há pelo menos um ano com os outros;

— dos alunos do sexo masculino com os do sexo feminino;

— dos alunos das classes sociais elevadas com os das classes sociais baixas;

— dos alunos provenientes da formação vocacional Saúde com os outros.

— dos alunos que se candidatam ao ensino superior com os outros.

## 4. Hipóteses

Para este estudo o autor formula as seguintes hipóteses nulas:

— O nível de conhecimentos dos alunos do 12.º ano sobre Estilos de Vida Salutar é independente da idade;

— O nível desses conhecimentos é independente do sexo;

— O nível desses conhecimentos é independente da classe social;

— O nível desses conhecimentos é independente de provirem da formação vocacional Saúde ou não;

— O nível desses conhecimentos é independente do facto de se candidatarem ao ingresso no ensino superior ou não.

## 5. Metodologia

Este estudo baseia-se na aplicação de um questionário a uma população de adolescentes alunos do 12.º ano da Escola Secundária Josefa de Óbidos.

### 5.1 População

O questionário foi respondido por 160 alunos das oito turmas do 12.º ano da Escola. Não foi escolhida qualquer amostra da população, dada que a forma mais viável da realização do questionário era durante uma aula, ocupando todos os alunos simultaneamente na mesma tarefa. Para além disso, o número relativamente pequeno de alunos desenhado do questionário permitia um tratamento fácil e rápido dos dados.

A população escolhida foi a dos alunos do 12.º ano por serem finalistas do ensino secundário, prestando-se, pois, a uma avaliação final de todos os conhecimentos adquiridos, por serem uns provenientes da Formação Vocacional Saúde e outros não: e, também, por constituírem um grupo de alto risco, devido a um elevado nível de "stress" conforme se verificou num estudo anterior.

### 5.2. Questionário

O questionário é de resposta anónima, visa a avaliação de conhecimentos sobre estilos de vida salutarres e a determinação do seu grau de relação com as variáveis do estudo. Consta de três partes: 1.ª — uma série de questões para identificação do aluno quanto às variáveis do estudo; 2.ª — uma introdução; 3.ª — o questionário propriamente dito.

As questões de identificação do aluno dizem respeito à idade, sexo, profissão do pai e da mãe, formação vocacional frequentada no curso complementar, candidatura ou não ao ensino superior e curso que vão seguir.

A introdução é uma alusão a um pedido de ajuda pelos membros do grupo de pares, um de cada sexo, com vista ao aumento da motivação para responder ao questionário.

O questionário propriamente dito é do tipo exame escrito dito objectivo, com 24 questões distribuídas equitativamente por oito grupos: I — alimentação, II — exercício físico, III — "stress"/suicídio, IV — consumo de tabaco, V — consumo de álcool, VI — consumo de drogas, VII — acidentes, VIII — prevenção da gravidez precoce não desejada e de doenças transmitidas sexualmente. Estes oito grupos correspondentes aos comportamentos favoráveis ou prejudiciais à saúde (OMS, 1984). O tipo de questionário escolhido foi o do exame dito objectivo, por se revelar o mais adequado ao presente estudo (Viana, 1982 e Guilherme, 1977).

O exame compõe-se de 24 itens e cada um tem pelo menos 5 alternativas, o que dá uma combinação número de itens-número de alternativas com um mínimo necessário de fidedignidade esperada (Viana, 1982). Estava previsto inicialmente que fosse composto por 50 itens, mas teve de ser reduzido para 24, a fim de permitir a sua execução numa aula de 50 minutos, dado que o tempo não deve constituir elemento de pressão sobre o examinado (Viana, 1982) e o tempo posto à disposição do autor foi esse.

### 5.3. Colheita e tratamento de dados

O questionário foi aplicado em três dias seguidos (5.ª f., 6.ª f. e 3.ª f.) de acordo com a disponibilidade das turmas, cada uma instruída em sua sala, e todas assistidas pelo autor.

A divisão das idades é entre 18 ou menos e 19 ou mais (maiores há pelo menos um ano). A divisão das classes sociais é feita de uma forma simples, segundo a profissão do pai e/ou a mãe, dividindo em dois grupos a classificação de Lucas (1985).

As respostas foram corrigidas segundo uma chave com várias possibilidades para as respostas de associação e com uma só para as de escolha única. Foi atribuída a pontuação 1 a cada resposta integralmente certa e a pontuação 0 nos restantes casos.

O tratamento dos dados foi feito com meios informáticos do autor (microcomputador ZX Spectrum 48 K) e do Centro de Cálculo da ENSP (microcomputador Wang).

A fim de aumentar a fidedignidade do teste, foram seleccionados os dois grupos extremos da distribuição das pontuações, conforme a indicação de Guilbert e Viana (1977 e 1982). Cruzaram-se estes dois grupos com a variável em estudo e aplicou-se o teste do  $\chi^2$  a esses cruzamentos, a fim de testar as hipóteses nulas ( $H_0$ ) formuladas anteriormente. Foram feitos cruzamentos com os grupos externos da pontuação total e com os das pontuações parciais para alguns dos 8 temas do questionário.

## 6. Resultados

### 6.1. Características da população

A média das idades é 18,7 e a mediana e a moda 19 anos.

A percentagem do sexo masculino é 30% (48 rapazes) e a do sexo feminino é 70% (112 raparigas). Às classes mais elevadas pertencem 42,5% (68 anos) e às baixas pertencem 57,5% (92 alunos). Quanto à formação vocacional que frequentaram anteriormente 38,75% vieram de Saúde (62 alunos) e 61,25% vieram de outras formações vocacionais (98 alunos). Relativamente à candidatura ao ensino su-

perior, 75,6% pensam candidatar-se (121 alunos) e 24,4% não se vão candidatar (39 alunos).

### 6.2. Nível de conhecimentos

A média do nível global de conhecimentos (pontuação total) é 12,49, o desvio-padrão 2,71 e a mediana e a moda 13, numa escala de 0 a 24 pontos. A distribuição das pontuações totais constitui uma curva de Gauss 23,13% dos alunos (37) obtiveram um total de 10 ou menos, 25,63% (41 alunos) obtiveram um total de 15 ou mais e os restantes 51,25% (82 alunos) obtiveram uma pontuação intermédia. Ao primeiro grupo deu-se a designação de grupo dos "fracos" e ao segundo a do grupo dos "fortes" conforme indicação de Guilbert e Viana (1977 e 1982).

Quanto ao nível específico de conhecimentos por cada um dos 8 temas, varia entre 0 e 4 e os resultados estão sintetizados no *Quadro 1*.

### 6.3. Verificação das hipóteses

As hipóteses de trabalho formuladas foram submetidas a análise estatística. Procedeu-se ao cruzamento dos grupos dos "fracos" e dos "fortes" com as variáveis do estudo. Depois, submeteram-se os resultados desses cruzamentos ao teste do  $X^2$ . As várias hipóteses nulas ( $H_0$ ) foram testadas, partindo do pressuposto de que se estava perante pares de variáveis independentes.

Todas as hipóteses nulas ( $H_0$ ) foram aceites relativamente ao nível global de conhecimentos. Não foi, pois, verificada qualquer associação significativa entre as variáveis estudadas e o nível global de conhecimentos.

Relativamente ao nível específico de conhecimentos, foram aceites todas as hipóteses nulas ( $H_0$ ) testadas, excepto uma. Verifica-se uma associação significativa entre o sexo feminino e o nível específico de conhecimentos sobre alimentação.

## 7. Discussão dos resultados

Foram controlados diversos factores que afectam a fidedignidade dos testes, quer relativos ao teste em si, quer relativos ao examinando. A conjugação número de itens-número de alternativas dá ao questionário utilizado uma fidedignidade esperada de cerca de 0,5. Com a consideração apenas dos grupos extremos tornou-se altamente fidedigno. Os itens são quase todos independentes, a correcção foi bastante objectiva, a possibilidade de acerto casual é baixa, têm poucos elementos capciosos ou que concorrem para falsas interpretações, foi dado tempo suficiente para todos os alunos resolverem o questionário, as instruções são quase todas claras, foi feita a motivação dos examinados e foram mínimas as perturbações e as fraudes na realização. Pode, pois, considerar-se que a fidedignidade do questionário utilizado, considerado no seu todo, foi alta (Guilbert, 1977). Assim, os resultados que dele decorrem merecem confiança e as conclusões são legítimas. O mesmo já não se pode afirmar relativamente aos sub-

**Quadro 1**  
Nível específico de conhecimentos

Temas	Média	Desvio padrão	Mediana	Moda
I — Alimentação	1,09	0,76	1	1
II — Exercício físico	2,12	0,74	2	2
III — Stress/suicídio	1,74	0,86	2	2
IV — Consumo de tabaco	1,80	0,77	2	2
V — Consumo de álcool	1,48	0,68	1	1
VI — Consumo de droga	1,73	0,51	2	2
VII — Acidentes	1,55	0,81	2	2
VIII — Gravidez precoce e DTS	0,96	0,71	1	1

questionários específicos para cada comportamento, pelo que os seus resultados devem ser aceites com reserva e as conclusões tiradas devem servir apenas como indicações que necessitam de ser confirmadas posteriormente.

Quanto à validade dos testes, a mais importante a considerar neste caso é a do conteúdo (Guilbert, 1977). Foram considerados quase todos os temas que constituem, simultaneamente, os comportamentos mais importantes para o estilo de vida e as rúbricas temáticas de disciplinas dos curricula do ensino secundário. Não foi considerado o tema das sociopatias/comportamentos sociais violentos, por não fazer parte daqueles curricula, embora tenham sido tratadas questões de educação sexual que também não fazem parte dos curricula, mas que são muito mais formuladas pelos alunos. Globalmente, podemos considerar a validade do conteúdo do questionário como alta (Guilbert, 1977).

Não foram calculados os índices de discriminação e os índices medianos de dificuldades dos itens que são atributos desejáveis, embora por si só não garantam qualidade do item, que depende também da natureza do item e do objectivo a verificar (Viana, 1982). Como esta análise estatística dos itens é uma etapa da elaboração dos testes padronizados, o programa de actuação elaborado na sequência deste estudo prevê a realização destes testes.

Mesmo tendo em conta a dificuldade do questionário, o nível global de conhecimentos é relativamente fraco. Numa escala de 0 a 20 a média é de 10,4. A distribuição traduzida por uma curva de Gauss representa o modo como uma dada característica resultante da interacção de factos que correm de acordo com as leis do acaso se distribui numa população. Mas as actividades de ensino/aprendizagem não devem ser actividades que se realizem ao sabor do acaso. B. Bloom defende ser possível a quase todos os alunos (95%) atingir as metas consideradas (Cortesão e Torres, 1983).

Estes resultados são preocupantes, dado que a maioria dos alunos nos vai abandonar a escola secundária para ingressar no ensino superior ou na vida activa, cerca de 79% já atingiu a maioridade e cerca de 40% são provenientes da formação vocacional Saúde e não sabem significativamente mais que os outros. Isto faz pensar que o processo de ensino/aprendizagem não está orientado para a aquisição de estilos de vida salutareis, nomeadamente na formação vocacional Saúde. Parece evidente a necessidade de ser revisto este processo, incluindo os meios auxiliares como os manuais escolares, daí o programa prever a revisão de um manual escolar do autor e outro.

Como se verificou não haver diferenças significativas de conhecimentos entre os alunos maiores e os outros, entre os rapazes e as raparigas, entre os alunos provenientes das classes sociais mais altas e mais baixas e da formação vocacional Saúde e das

outras, parece necessário que a Escola Secundária forneça mais conhecimentos sobre estilos de vida salutareis a todos os alunos. Quanto ao nível específico de conhecimentos, devemos ter em conta as reservas já referidas anteriormente e considerar os resultados apenas como indicações. O nível mais baixo no tema da gravidez precoce e doenças transmitidas sexualmente pode justificar-se pela ausência de educação sexual na escola e mesmo fora dela, salvo em algumas excepções. Os outros dois temas com níveis de conhecimentos mais baixos, alimentação e consumo de álcool, são abordados em várias disciplinas do curriculum. Parece que o processo de ensino/aprendizagem nessas disciplinas não é suficientemente eficaz, na perspectiva de estilos de vida salutareis, para combater a falta de conhecimentos, ligada à prática bastante acentuada de hábitos alimentares incorrectos e a um elevado consumo de álcool.

## 8. Conclusões

O nível global de conhecimentos sobre os estilos de vida salutareis dos adolescentes alunos do 12.º ano da Escola Secundária de Josefa de Óbidos é relativamente fraco. Esse nível é independente da idade, do sexo e da classe social dos alunos, da formação vocacional por eles frequentada no curso complementar e do facto de se candidatarem ou não ao ensino superior. Há indicações de que o nível específico de conhecimentos sobre alimentação seja independente da idade, de classe social dos alunos e da formação vocacional por eles frequentada no curso complementar, mas seja dependente do sexo. As raparigas sabem significativamente mais de alimentação do que os rapazes. Os níveis específicos de conhecimentos sobre os outros temas do estudo, segundo as indicações obtidas, são independentes da idade, do sexo, da classe social da formação vocacional frequentada no curso complementar. Os temas em que os conhecimentos parecem ser menores, por ordem decrescente, são consumo de álcool, alimentação (à excepção das raparigas) e prevenção da gravidez precoce não desejada e das DTS.

O programa de actuação deve, pois, incidir prioritariamente nestes três temas, embora não esquecendo os outros, tendo em conta que um estilo de vida salutar é um todo formado de comportamentos favoráveis à saúde e isento de comportamentos prejudiciais.

Agradeço a todos os que muito contribuíram para este estudo: Conselho Directivo, professores e alunos do 12.º ano da Escola Secundária Josefa de Óbidos: Drs. Fernando Vasco e Joana Godinho; e enf.ª Manuela Macedo.

□ Bibliografia

- ABRAMSOM, J.H.:  
Survey Methods in Community Medicine, 2.<sup>a</sup> ed., Churchill Livingstone, 1979.
- ASTRAND, P.O.:  
Saúde e Condição Física, Edição da Direcção Geral dos Desportos, Lisboa, 1977.
- CORTESÃO, L. E TORRES, M.A.:  
Avaliação Pedagógica II. Perspectivas de Sucesso. Porto Editora, Lda, Porto 1983.  
Lisboa, V Jornadas de Economia de Saúde, Maio, 1985.
- FALCK, V.T.:  
A Re-evaluation of Urban vs Rural as ways of life: implications for health educators. Hygie — vol. IV, 1985.
- GUILBERT, J.:  
Guia Pedagógico para os Profissionais de Saúde, O.M.S., Geneva, 1977 — Tradução portuguesa, ENSP, Lisboa, 1978.
- INE:  
Estatísticas de Saúde, Lisboa, 1984.
- JAVEAU, C.:  
L'Enquête par Questionnaire: Manuel à l'usage du praticien, 2.<sup>a</sup> ed. Revue, Editions de l'Université de Bruxelles, Bruxelles, 1978.
- LUCAS, J.S.:  
"Inequidade Social perante a doença e a morte em Portugal", ENSP, Lisboa, (mimeog.), 1985.
- MARQUES, F.S.:  
Aspectos Sociais na Adolescência. Revista Portuguesa de Pediatria, 16, 37-46, 1985.
- MINISTÉRIO DA QUALIDADE DE VIDA:  
A juventude, seu enquadramento — que respostas?  
Cadernos de Prevenção do Tabagismo. 1, 2 e 3. Gabinete de Defesa do Consumidor/Conselho de Prevenção do Tabagismo, Lisboa, 1984/85.
- NAVARRO, M.F.:  
Adolescentes Portugueses — Alguns Estudos. Edições de Saúde, ENSP, 1985.
- NOWLIS, H.:  
A Verdade sobre as drogas, Gabinete Coordenador do Combate à Droga, Lisboa, 1981.
- OMS<sup>1</sup> E:  
"Besoins Sanitaires des Adolescents", Serie Rap. Tech. 609, OMS, Genève, 1977.
- OMS<sup>2</sup> :  
"Problems of Children of School Age (14-18 years)", Report on a Working Group. OMS, Copenhagen, 1977.
- OMS:  
Buts Regionaux Proposés dans le Cadre de la Strategie Regionale de la Santé pour Tous. Bureau Regional de l'Europe, Copenhagen, 1984.
- OMS:  
Stratégie de la Recherche en Santé en vue de la Santé pour tous en l'an 2000, Rapport d'un Sous-Comité du CCRS, Geneve, 1986.
- O'NEILL, P.:  
Health Crisis 2000. O.M.S., Copenhagen, 1983.
- SILVA, J.L. E CUNHA, A.:  
"Stress" em alunos do 12.<sup>o</sup> ano (mimeografia).
- STEWART, P.:  
Condição Física Ideal, 2.<sup>a</sup> edição. Difel, Lisboa, 1979.

USD HEW:

Health People. U.S. Department of Health, Education and Welfare. Washigton, 1979.

VIANA, H.M.:

Testes em Educação, Edição da IBRASA, Lisboa, 1982.

□ Résumé

EVALUTION DES CONNAISSANCES DES ADOLESCENTS CONCERNANTS DES "STYLES DE VIE SALUTAIRES"

L'adolescence est, dans la vie d'un individu, un periode très important pour l'acquisition d'un style de vie salulaire.

Par conséquent on a besoin d'une connaissance et d'une compréhension des comportements salulaires ou pernicieux à la santé.

Après avoir fait une enquête à des élèves des classes terminales d'une École Secondaire, on a constaté que le niveau de ces connaissances ne comprend que 50% et cela est independent de l'âge, du sexe de la classe social au du développement vocational.

□ Summary

SURVEY ABOUT ADOLESCENT KNOWING CONCERNING "HEALTHFUL LIFE STYLES"

Adolescence is a very important period of life, as far as the acquisition of a pattern of life is concerned. By reason of that, one is required to know and to distinguish healthy from unhealthy ways of living.

However, a final examination proved that final year pupils (17/18) from a Secondary School don't have a high standard of that knowledge: the average is nearly 50% and it's independent of age, sex, social class and vocational development of the pupils.