

Prevalência de comportamentos de risco em adolescentes

Risk behaviors prevalence in adolescents

Renato Xavier Coutinho¹, Wendel Mombaque dos Santos²,
Vanderlei Folmer³, Robson Luiz Puntel³

Resumo

Este estudo visou analisar a prevalência de comportamentos de risco à saúde, tais como: sedentarismo, má alimentação, etilismo, adição em drogas, envolvimento em brigas e relações sexuais sem proteção, em adolescentes no município de Uruguaiiana (RS), Brasil. A coleta de dados foi realizada a partir de um questionário sobre comportamento de risco e estilo de vida, composto de 13 questões com variáveis demográficas, socioeconômicas e comportamentais. Os comportamentos de risco prevalentes foram nunca/raramente uso de preservativos nas relações sexuais, o consumo de bebidas alcoólicas e o envolvimento em brigas. Cerca de 30% dos adolescentes apresentaram pelo menos um comportamento de risco, e 20% apresentaram dois ou mais desses. Dada a frequência de exposição, torna-se necessário a implementação de medidas de saúde no contexto escolar visando a diminuição da exposição a esses fatores de risco, promovendo a saúde desses adolescentes.

Palavras-chave: comportamentos de risco; adolescentes; saúde.

Abstract

The aim of this study was to examine the prevalence of health risk behaviors such as inactivity, poor nutrition, alcoholism, drug addition, involvement in physical fights and the lack of use of condoms during sex, in adolescents of Uruguaiiana (RS), Brazil. The data were collected using a questionnaire on risk behavior and lifestyle, consisting of 13 questions with demographic, socioeconomic, and behavioral variables. We have founded that the risk behaviors more prevalent were never/rarely use of condoms during sexual intercourse, consumption of alcohol and engaging in fights. About 30% of adolescents presented, at least, one risk behavior and 20% presented two or more risk behaviors. Given this frequency of exposure to its risks, it is necessary to implement health measures in the school context, aimed to reduce exposure to these risk factors, promoting the health of adolescents.

Keywords: risk behaviors; adolescents; health.

Trabalho realizado na Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA) – Uruguaiiana (RS), Brasil.

¹Doutorando em Educação em Ciências pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – Santa Maria (RS), Brasil.

²Enfermeiro do Hospital Santa Casa de Caridade de Uruguaiiana – Uruguaiiana (RS), Brasil.

³Doutor em Bioquímica; Professor Adjunto da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA) – Uruguaiiana (RS), Brasil.

Endereço para correspondência: Renato Xavier Coutinho – Rua Homero Tarragó, 1169 – CEP: 97500-150 – Uruguaiiana (RS), Brasil –

E-mail: renatocoutinho@msn.com

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

A origem do termo qualidade de vida surgiu posteriormente à Segunda Guerra Mundial, cuja prosperidade econômica e o crescimento do poder aquisitivo associavam-no à satisfação, à realização psicológica e ao bem-estar^{1,2}. Ao se falar em qualidade de vida, devem-se considerar aspectos de bem-estar psicológico e social, condição de saúde, funcionamento emocional, desempenho funcional, satisfação com a vida, padrão de vida e suporte social³. Desta forma, devido à influência de múltiplos fatores na qualidade de vida, esta se constitui em um tema de grande relevância e pródigo para o trabalho interdisciplinar na escola.

A adolescência é o período entre 10 e 19 anos de idade, sendo uma fase que marca a passagem da infância à vida adulta. Essa fase é comumente caracterizada por transformações biopsicossociais, as quais facilitam a exposição a comportamentos de risco à saúde, demonstrando que a escola tem papel fundamental na orientação e prevenção destes comportamentos^{4,6}. Além disso, o desejo de novas experiências coexiste no adolescente com um sentimento de invulnerabilidade, desejando testar seus limites, sentindo a necessidade de confrontar, experimentar limites ou transgredi-los, constituindo assim um espaço de afirmação e conquista⁷.

Os estudos sobre qualidade de vida dirigidos para crianças e adolescentes vêm crescendo ao longo dos últimos anos. Atualmente, a literatura vem demonstrando que os estudos com adolescentes analisam especialmente a influência do estilo de vida sobre níveis de saúde e qualidade de vida dos mesmos⁸⁻¹⁴.

A intervenção e o monitoramento de comportamentos de risco à saúde em adolescentes têm sido considerados como prioridades de saúde pública e devem ser trabalhados no ambiente escolar^{4,7}. Quanto aos comportamentos de risco a que os adolescentes estão mais expostos, pode-se destacar: envolvimento em brigas, níveis insuficientes de atividade física, tabagismo, consumo abusivo de bebidas alcoólicas, consumo de drogas, alimentação inadequada, utilização ineficaz de métodos contraceptivos e exposição a doenças sexualmente transmissíveis, sendo que, na maioria das vezes, estes jovens estão expostos a mais de um destes fatores¹⁵⁻¹⁷.

Sendo assim, o estudo e diagnóstico da exposição dos adolescentes aos comportamentos de risco são fundamentais para as discussões em sala de aula, servindo de subsídio teórico-metodológico para a abordagem do assunto nas escolas. Além disso, este tema se relaciona diretamente com os temas transversais saúde, ética e orientação sexual, elencados pelos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN)¹⁸. Ainda, conforme os PCN¹⁸, o uso desses dados torna a escola um espaço de transformação ao incluir questões que possibilitam a compreensão e a crítica da realidade. Assim, a escola passa a ser

um local onde o adolescente pode refletir e mudar a própria vida, não tratando os conteúdos como dados abstratos a serem aprendidos apenas para “passar de ano”.

Deste modo, analisando cada um dos temas transversais por meio da ética, o aluno deve entender a justiça baseado na construção de uma sociedade e na equidade, tentar compreender os valores presentes na sociedade atual e o que deve ser mudado. Com relação à saúde, o aluno deverá compreender que ela é produzida nas relações com o meio físico e social, de modo a identificar os fatores de risco e adotar hábitos de autocuidado. Já em relação à orientação sexual, cabe ensinar ao aluno a respeitar a diversidade de comportamento relativo à sexualidade, a conhecer seu corpo e expressar seus sentimentos e respeitar os seus afetos e os dos outros¹⁹.

Alencar et al.²⁰ relatam que ao trabalhar o tema transversal orientação sexual na escola, os jovens têm a oportunidade de participar de um processo educativo que possibilita, pelo resgate de suas próprias experiências e crenças, a reflexão sobre sua autonomia na vivência de uma sexualidade saudável, respeitando a si próprios e ao outro. Evidenciando, com isso, a importância de trabalhar com dados contextualizados.

De fato, diversos problemas de saúde estão associados à exposição aos comportamentos de risco, principalmente as mortes causadas por fatores violentos e doenças sexualmente transmissíveis, as quais tendem a atingir fortemente a população de adolescentes^{8,15}. Estes problemas têm aumentado em frequência e intensidade, atingindo cada vez mais os jovens²¹. Dados oficiais sobre a exposição de adolescentes aos comportamentos contribuem para a identificação de grupos de risco e são necessários para o monitoramento dos níveis de saúde, subsidiando a implementação e desenvolvimento de políticas e programas educacionais que visem a promoção da saúde¹¹.

Assim, devido à grande diversidade de cultura e hábitos nas diferentes regiões do Brasil, surge a necessidade de estudos regionalizados, visto que a maioria dos estudos tem ficado restrito a grandes centros, sendo importante a descentralização dessas pesquisas. Deste modo, o presente estudo teve por objetivo determinar a prevalência de comportamentos de risco à saúde e analisar fatores associados à exposição a essas condutas em adolescentes do município de Uruguaiana (RS), a fim de fornecer subsídios que auxiliem as escolas e os órgãos públicos municipais a intervir de modo eficiente e eficaz na prevenção dos comportamentos de risco identificados nos adolescentes. Cabe ressaltar, ainda, que em Uruguaiana há altos índices de reprovação e abandono escolar²². Dessa forma, estudos com o objetivo de verificar os comportamentos de risco aos quais os escolares estão sujeitos revestem-se de grande importância, pois podem ser o ponto de partida para políticas educacionais voltadas às necessidades desses escolares.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo foi desenvolvido mediante coleta de dados por meio de um questionário sobre comportamento de risco e estilo de vida, composto de 13 questões de caráter quantitativo e qualitativo, desenvolvido com base em um instrumento já utilizado para adolescentes por Farias Júnior¹¹. O questionário é composto por questões de variáveis demográficas, socioeconômicas e comportamentais.

Para o cálculo amostral utilizou-se a fórmula de dimensionamento da amostra considerando um erro amostral de 5%, com nível de confiança de 99% para uma população em torno de 14 mil adolescentes no município, sendo necessária uma amostra de 634 para ser representativa.

Previamente à aplicação do instrumento, os alunos foram informados sobre a preservação do anonimato e os objetivos da pesquisa, sendo entregue o termo de consentimento livre e esclarecido aos participantes da pesquisa, garantindo que os dados serão utilizados especificamente para a pesquisa. O instrumento de coleta de dados foi aplicado a 656 alunos de uma escola pública, sendo aplicado exclusivamente pelos pesquisadores responsáveis pelo

projeto. Os critérios de exclusão foram: idade igual ou superior a 20 anos, igual ou menor a 13 anos, e o preenchimento incompleto do questionário.

A pesquisa não ocasionou riscos físicos e/ou morais, pois se desenvolveu de forma anônima e voluntária. Além disso, não houve obrigatoriedade de participação, podendo os adolescentes desistir a qualquer momento, desde que feita solicitação para a exclusão de seus dados. Ressaltamos, ainda, que este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CEP-UFSM) sob o número CAAE: 0273.0.243.000-09.

Os dados coletados no questionário foram digitados e analisados no programa SPSS Statistics 17.0, utilizando o teste de relação binomial, correlação, Teste U de Mann-Whitney e o teste de Friedman. Os dados foram divididos em grupos, cada um contendo duas variáveis. Além disso, cada comportamento de risco foi considerado variável dependente, e os fatores socioeconômicos e demográficos como variáveis independentes. A disposição dos dados foi feita conforme mostra a Quadro 1. Os dados foram considerados significativamente diferentes quando o $p < 0,05$.

Quadro 1. Variáveis, medidas e categorias utilizadas na análise dos dados

| Variáveis | Medidas | Categorias |
|---|--|---|
| Sexo ^A | | Masculino = 1 Feminino = 0 |
| Idade ^A | Diferença entre os anos da coleta de dados dos 14 aos 20 anos, sendo agrupados dos 14 aos 16 anos e dos 17 aos 20 anos | 14–16 anos = 0 17–20 anos = 1 |
| Local de residência ^A | Região da cidade em que mora | Central = 1 Periferia = 0 |
| Período de estudo ^A | Período em que estava matriculado | Diurno = 1 Noturno = 0 |
| Trabalho ^B | Trabalho independente de ser remunerado | Sim = 1 Não = 0 |
| Renda familiar ^B | Soma de todos os rendimentos da família mensalmente | Acima de R\$ 800 = 1 Até R\$ 800 = 0 |
| Atividade física ^C | Prática de atividades físicas de moderadas a vigorosas | Pratica = 1 Não Pratica = 0 |
| Consumo de frutas/verduras ^C | Consumo de frutas e verduras durante uma semana típica | Consome = 1 Não Consome = 0 |
| Tabagismo ^C | Consumo de tabaco no mínimo uma vez em uma semana típica | Não Fuma = 1 Fuma = 0 |
| Bebidas alcoólicas ^C | Consumo de bebidas alcoólicas no mínimo uma vez em uma semana típica | Não Consome = 1 Consome = 0 |
| Drogas ilícitas ^C | Consumo de drogas ilícitas no mínimo uma vez em uma semana típica | Não = 1 Sim = 0 |
| Brigas ^C | Envolvimento em brigas (lutas) nos últimos 12 meses antecedentes da pesquisa | Não = 1 Sim = 0 |
| Preservativos ^C | Frequência do uso de preservativos nas relações sexuais | Não raramente = 0 Sempre = 1 |

^AVariáveis demográficas; ^BVariáveis socioeconômicas; ^CVariáveis de comportamento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram considerados válidos apenas 635 questionários, o que representa 96,49% da população total de alunos pesquisada. O instrumento foi respondido por 365 mulheres e 270 homens, correspondendo respectivamente a 57,5 e 42,5%. A população do estudo foi composta principalmente por adolescentes de 14 a 16 anos, que estudam no período diurno, não trabalham e têm renda familiar acima de R\$ 800 mensais, conforme mostra a Tabela 1.

A Tabela 2 apresenta todos os comportamentos de risco pesquisados e seu nível de prevalência. O não consumo de frutas/verduras e o uso regular de tabaco foram os fatores de risco que apresentaram menor prevalência em todos os grupos observados. Entretanto, o raro/não uso de preservativos nas relações sexuais, o consumo de bebidas alcoólicas e o envolvimento em brigas foram os mais observados.

Os fatores de risco mais observados, independente das variáveis, foram o nunca/raramente uso de preservativos nas relações sexuais (21%), o consumo de bebidas alcoólicas (19%) e o envolvimento em brigas (15%).

A realização de pouca atividade física prevaleceu nos grupos de adolescentes mais velhos (16%) e que estudam no período

noturno (19%). Todos os grupos apresentaram prevalência deste fator superior a 8%, sendo menor no grupo dos homens. Esses resultados foram similares aos encontrados em estudos realizados

Tabela 1. Características socioeconômicas e demográficas

| Variável | Total | | Homem | | Mulher | |
|---|-------|------|-------|------|--------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Idade | | | | | | |
| 14 a 16 anos | 461 | 72,6 | 199 | 73,7 | 262 | 71,8 |
| 17 a 19 anos | 174 | 27,4 | 71 | 26,3 | 103 | 28,2 |
| Residência | | | | | | |
| Central | 366 | 57,6 | 131 | 48,5 | 235 | 64,4 |
| Periferia | 269 | 42,4 | 139 | 51,5 | 130 | 35,6 |
| Período de estudo | | | | | | |
| Diurno | 585 | 92,1 | 246 | 91,1 | 339 | 92,9 |
| Noturno | 50 | 7,9 | 24 | 8,9 | 26 | 7,1 |
| Trabalha independente de ser remunerado | | | | | | |
| Sim | 520 | 81,9 | 207 | 76,7 | 313 | 85,8 |
| Não | | | | | | |
| Renda | | | | | | |
| Até R\$ 800 mensais | 127 | 20 | 54 | 20 | 73 | 20 |
| Acima de R\$ 800 mensais | 508 | 80 | 216 | 80 | 292 | 80 |

Tabela 2. Análise de fatores de risco por grupos de risco

| Fatores de risco / Variáveis | Não faz atividade física | | Não consome frutas e verduras | | Fumante | | Bebe | | Uso de drogas | | Envolvimento em brigas | | Nunca/raramente usa preservativo | | |
|------------------------------|--------------------------|----|-------------------------------|----|---------|----|-------|----|---------------|----|------------------------|----|----------------------------------|----|-------|
| | % | p | % | p | % | p | % | p | % | p | % | p | % | p | |
| Sexo | Mulher | 13 | 0,045 | 05 | 0,722 | 02 | 0,009 | 16 | 0,045 | 04 | 0,771 | 07 | 0,000 | 24 | 0,451 |
| | Homem | 08 | 0,038 | 05 | 0,724 | 07 | 0,015 | 22 | 0,049 | 03 | 0,769 | 25 | 0,000 | 17 | 0,453 |
| Idade | 14-16 | 09 | 0,008 | 06 | 0,061 | 04 | 0,397 | 16 | 0,000 | 04 | 0,870 | 17 | 0,016 | 19 | 0,122 |
| | 17-19 | 16 | 0,018 | 02 | 0,023 | 06 | 0,429 | 29 | 0,001 | 03 | 0,868 | 09 | 0,007 | 25 | 0,138 |
| Local de residência | Periferia | 12 | 0,411 | 05 | 0,456 | 05 | 0,274 | 19 | 0,869 | 03 | 0,783 | 16 | 0,027 | 10 | 0,781 |
| | Centro | 10 | 0,417 | 04 | 0,465 | 04 | 0,289 | 19 | 0,869 | 04 | 0,781 | 14 | 0,027 | 21 | 0,780 |
| Período de estudo | Noturno | 19 | 0,042 | 04 | 0,756 | 04 | 0,834 | 29 | 0,066 | 04 | 0,890 | 12 | 0,492 | 29 | 0,141 |
| | Diurno | 10 | 0,112 | 05 | 0,737 | 04 | 0,826 | 18 | 0,115 | 03 | 0,895 | 15 | 0,456 | 20 | 0,192 |
| Trabalha | Não trabalha | 11 | 0,997 | 05 | 0,750 | 03 | 0,005 | 17 | 0,001 | 03 | 0,664 | 13 | 0,019 | 21 | 0,816 |
| | Trabalha | 11 | 0,997 | 04 | 0,739 | 09 | 0,037 | 30 | 0,004 | 04 | 0,685 | 22 | 0,039 | 22 | 0,818 |
| Renda | Até R\$ 800 | 10 | 0,663 | 03 | 0,296 | 05 | 0,597 | 23 | 0,179 | 06 | 0,078 | 14 | 0,856 | 23 | 0,442 |
| | Mais de R\$ 800 | 11 | 0,654 | 05 | 0,226 | 04 | 0,621 | 18 | 0,205 | 03 | 0,15 | 15 | 0,854 | 20 | 0,457 |
| Independente das variáveis | | 11 | 0,078 | 05 | 0,014 | 04 | 0,102 | 19 | 0,078 | 03 | 0,011 | 15 | 0,0263 | 21 | 0,088 |

no Brasil e Argentina^{11,23,24}, nos quais foi encontrado que os adolescentes que estudavam no período noturno e os mais velhos apresentavam menores índices de atividade física. Além disso, nossos dados estão de acordo com estudos que demonstram que, conforme o aumento da idade, há redução da atividade física^{25,26}.

O não consumo de frutas e verduras obteve baixa prevalência em todos os grupos, sendo abaixo de 6% e não havendo diferenças significativas entre estes grupos. Contudo, os valores encontrados entre os adolescentes de Uruguai são inferiores aos relatados em outras pesquisas com adolescentes^{11,15}.

O tabagismo apresentou maior prevalência nos adolescentes que trabalham (9%) e nos homens (7%), sendo similar aos dados de um estudo realizado com jovens da Região Sul do Brasil¹¹. A prevalência foi superior entre homens com idade maior e que trabalham, provavelmente pelo fato de que existem mais homens que trabalham, o que faz com que tenham condições de comprar o cigarro. Estes resultados foram similares a outras pesquisas com jovens portugueses e da cidade de Pelotas (RS), contudo menores que em estudos realizados com adolescentes latino-americanos^{24,27,28}.

Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, foi verificado que os que mais ingerem são: adolescentes mais velhos (29%) que estudam no período noturno (29%) e trabalham (30%). Porém, o índice de uso de bebidas alcoólicas entre adolescentes de Uruguai foi inferior ao encontrado em estudos norte-americanos¹⁵. A utilização abusiva de álcool pode ser influenciada pelas amizades, sendo que comparado com outras drogas lícitas ou ilícitas foi maior o índice, assemelhando-se a pesquisa com ibero-americanos^{29,30}.

O uso de drogas ilícitas obteve prevalência inferior a 6%, sendo valores abaixo dos relacionados por outras pesquisas^{11,15}. Contudo, sabemos que as respostas a estas perguntas podem ter sido influenciadas pelo constrangimento, pois mesmo a pesquisa sendo conduzida de forma anônima, os indivíduos podem sentir algum desconforto ao responder sobre este tema.

O envolvimento em brigas é mais evidente nos adolescentes do sexo masculino (25%), mais jovens (17%) e que trabalham (22%), assemelhando-se a outros estudos^{11,15}. Essa proximidade dos adolescentes com situações de risco pode estar associada principalmente com: curiosidade, pressão do grupo de amigos, necessidade de se identificar com o grupo e de estar inserido nele, desestruturação familiar, dificuldade para lidar com problemas próprios da idade, para adquirir coragem ou enfrentar situações novas, dificuldade ou vergonha de dizer não, conforme mostra trabalho prévio³¹.

Com relação ao nunca/raro uso de preservativos durante as relações sexuais, todos os grupos obtiveram prevalência superior a 10%, sendo mais elevado nos adolescentes que estudam durante a noite (29%) e menor nos que residem na periferia (10%), assemelhando-se a um estudo com latino-americanos na Espanha³².

Ao ser realizada a análise, conforme amostras independentes, verificou-se uma associação significativa entre sexo e fumo ($p=0,009$), sexo e envolvimento em brigas ($p=0,000$), idade e não realização de atividade física ($p=0,008$), idade e consumo de bebida alcoólica ($p=0,000$), trabalho e fumo ($p=0,005$) e trabalho e consumo de bebida alcoólica ($p=0,001$). Desta forma, os dados apresentados na Tabela 3 corroboram os aspectos discutidos

Tabela 3. Comportamentos de risco amostras independentes

| Fatores de risco / Variáveis | Não faz atividade física | | Não consome frutas e verduras | | Fumante | | Bebe | | Uso de drogas | | Envolvimento em brigas | | Nunca/raramente usa preservativo | | |
|------------------------------|--------------------------|----|-------------------------------|----|---------|----|-------|----|---------------|----|------------------------|----|----------------------------------|----|-------|
| | % | p | % | p | % | p | % | p | % | p | % | p | % | p | |
| Sexo | Mulher | 13 | 0,045 | 05 | 0,722 | 02 | 0,009 | 16 | 0,045 | 04 | 0,771 | 07 | 0,000 | 24 | 0,451 |
| | Homem | 08 | 0,038 | 05 | 0,724 | 07 | 0,015 | 22 | 0,049 | 03 | 0,769 | 25 | 0,000 | 17 | 0,453 |
| Idade | 14-16 | 09 | 0,008 | 06 | 0,061 | 04 | 0,397 | 16 | 0,000 | 04 | 0,870 | 17 | 0,016 | 19 | 0,122 |
| | 17-19 | 16 | 0,018 | 02 | 0,023 | 06 | 0,429 | 29 | 0,001 | 03 | 0,868 | 09 | 0,007 | 25 | 0,138 |
| Local de residência | Periferia | 12 | 0,411 | 05 | 0,456 | 05 | 0,274 | 19 | 0,869 | 03 | 0,783 | 16 | 0,027 | 10 | 0,781 |
| | Centro | 10 | 0,417 | 04 | 0,465 | 04 | 0,289 | 19 | 0,869 | 04 | 0,781 | 14 | 0,027 | 21 | 0,780 |
| Período de estudo | Noturno | 19 | 0,042 | 04 | 0,756 | 04 | 0,834 | 29 | 0,066 | 04 | 0,890 | 12 | 0,492 | 29 | 0,141 |
| | Diurno | 10 | 0,112 | 05 | 0,737 | 04 | 0,826 | 18 | 0,115 | 03 | 0,895 | 15 | 0,456 | 20 | 0,192 |
| Trabalha | Não trabalha | 11 | 0,997 | 05 | 0,750 | 03 | 0,005 | 17 | 0,001 | 03 | 0,664 | 13 | 0,019 | 21 | 0,816 |
| | Trabalha | 11 | 0,997 | 04 | 0,739 | 09 | 0,037 | 30 | 0,004 | 04 | 0,685 | 22 | 0,039 | 22 | 0,818 |
| Renda | Até R\$ 800 | 10 | 0,663 | 03 | 0,296 | 05 | 0,597 | 23 | 0,179 | 06 | 0,078 | 14 | 0,856 | 23 | 0,442 |
| | Mais de R\$ 800 | 11 | 0,654 | 05 | 0,226 | 04 | 0,621 | 18 | 0,205 | 03 | 0,15 | 15 | 0,854 | 20 | 0,457 |
| Independente das variáveis | | 11 | 0,078 | 05 | 0,014 | 04 | 0,102 | 19 | 0,078 | 03 | 0,011 | 15 | 0,0263 | 21 | 0,088 |

Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes.

anteriormente, demonstrando, com isso, a forte prevalência dos comportamentos de risco relacionados ao consumo de tabaco e bebidas alcoólicas.

Fazendo uma análise dos comportamentos de risco, independente do sexo, observamos que cerca de 50% dos estudantes não apresentaram conduta de risco (Gráfico 1), sendo um nível superior a estudos realizados, nacionais e internacionais^{11,33}; 34% deles apresentaram exposição a um comportamento de risco, e 14% apresentaram dois ou mais comportamentos de risco (Gráfico 1; variável global). Em geral, o sexo feminino apresentou maior incidência aos fatores de risco analisados.

A resistência a mudança de hábitos de vida muitas vezes advém da falta de conhecimento destes hábitos e sua melhoria, sendo que o maior desafio para os educadores consiste na adesão dos estudantes a medidas de educação para prevenir os riscos. Assim, na escola, por meio da identificação destes comportamentos de risco, é possível desenvolver conhecimentos, habilidades e destrezas para o autocuidado e prevenção das condutas de risco, dando condições para a melhoria da saúde e do desenvolvimento humano e facilitando a participação de todos os integrantes, além de colaborar na construção da cidadania, democracia e solidariedade entre os alunos^{34,35}.

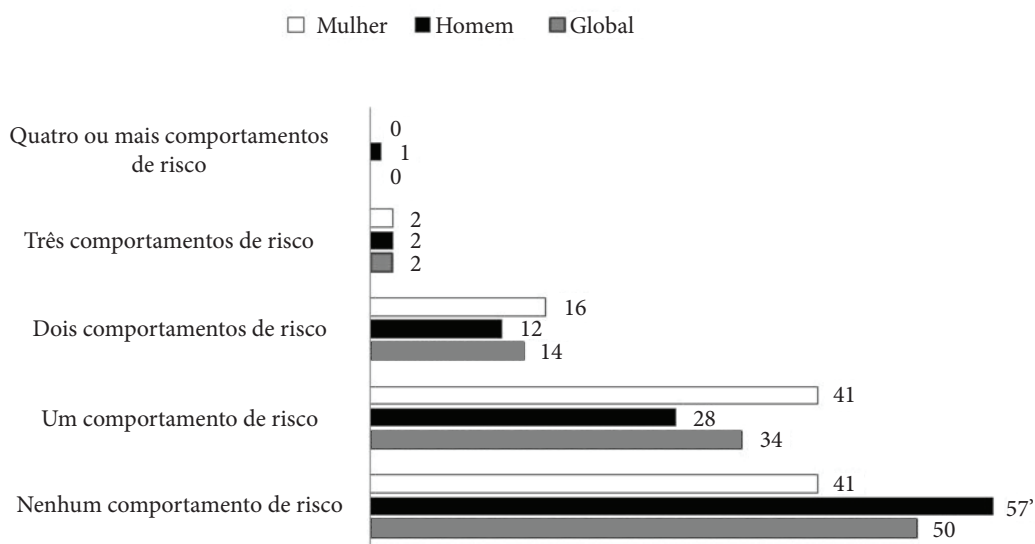
Mediante a análise cruzada dos fatores de risco, é possível demonstrar o quanto cada adolescente está exposto a um ou mais comportamentos de risco. Esta análise foi realizada independente do sexo, e por meio dela é possível verificar quais os comportamentos associados que apresentaram valor significativo.

Ao realizar a análise cruzada entre os fatores de risco independente do sexo, foi possível observar que entre

indivíduos que estavam expostos a apenas um comportamento de risco, o uso de tabaco, o não/raro uso de preservativos, o não consumo de frutas e verduras e a inatividades físicas apresentaram resultados significativos. Entre os que apresentaram dois comportamentos de risco foi encontrada significância em sete conjuntos. Já em relação à associação de três ou mais fatores de risco, apenas dois conjuntos apresentaram valores significativos (Tabela 4). A lista completa da análise cruzada dos comportamentos de risco que apresentaram resultados significativos está descrita na Tabela 4.

Assim, por meio destes dados é possível utilizar estratégias de promoção da saúde no espaço escolar, com enfoque integral: a educação para a saúde com o desenvolvimento de habilidades para a vida; criação e manutenção de ambientes saudáveis; e a oferta de serviços de saúde, alimentação e vida ativa para estes adolescentes. Portanto, com o desenvolvimento destas estratégias há a possibilidade de uma escola promotora da saúde, havendo articulação entre educação, saúde e sociedade³⁶.

Atualmente, a identificação de populações em risco tem sido prioridade da saúde pública, dando subsídios para ações de educação em saúde, nas quais a adoção de novas formas educativas visa a orientação da população estudada, pois este é um método útil e eficiente na prevenção de doenças e comportamentos de risco³⁴. Entretanto, a comparação entre resultados de outras pesquisas com os dados deste estudo pode tornar-se complicada, visto que muitas pesquisas não são compatíveis em vários fatores como idade, população estudada e forma de análise dos resultados. Para legitimar o trabalho, foram buscados estudos que utilizaram metodologias similares à empregada nesta pesquisa.



*O risco global compreende os fatores de risco independente do sexo.

Gráfico 1. Distribuição de Prevalência de Comportamentos de Risco Associado.

Tabela 4. Análise dos fatores de risco independente do sexo

| Comportamento(s) de risco | Valor p | n |
|---|---------|----|
| Não realiza atividade física | <0,001* | 30 |
| Fuma | <0,001* | 5 |
| Não/raramente utiliza preservativo | <0,001* | 67 |
| Não consome frutas/verduras | <0,001* | 13 |
| Fuma – Bebe | <0,001* | 5 |
| Bebe – Usa drogas | <0,001* | 6 |
| Não realiza atividade física – Não/raramente utiliza preservativo | <0,001* | 20 |
| Bebe – Não realiza atividade física | <0,001* | 5 |
| Não realiza atividade física – Não consome frutas/verduras | <0,001* | 6 |
| Não/raramente utiliza preservativo – Brigou | <0,001* | 11 |
| Não/raramente utiliza preservativo – Bebe | <0,001* | 12 |
| Usa drogas – Brigou – Bebe | 0,006* | 3 |
| Brigou – Bebe – Não/raramente utiliza preservativo | <0,001* | 4 |

*Friedman Test.

Os resultados apontam o envolvimento dos adolescentes em um ou mais comportamentos de risco, fatores estes que podem tanto prejudicar a saúde psicológica quanto física dos mesmos^{11,28}. Os principais comportamentos de risco encontrados foram o nunca/raramente uso de preservativos nas relações sexuais, o consumo de bebidas alcoólicas e o envolvimento em brigas, fatores estes que podem prejudicar a saúde dos adolescentes e criar hábitos que possam estender-se pela vida adulta.

Com relação ao nunca/raramente uso de preservativos nas relações sexuais, esse comportamento de risco pode expor estes adolescentes a doenças sexualmente transmissíveis, podendo ser a porta de entrada para o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), doença que pode debilitar seriamente as condições de saúde de seus portadores^{15,37}. Além disso, gravidez indesejada é outro fator comumente verificado em adolescentes que não fazem o uso correto de preservativos durante as relações sexuais³⁸. No ano de 2005, cerca de 22% dos partos foram de mães entre 10 e 19 anos de idade, demonstrando assim o alto índice de mães adolescentes no município²². Em 2009, na cidade de Uruguaiana, 20,3% dos nascidos vivos eram filhos de mães adolescentes³⁹.

Já o consumo de bebidas alcoólicas constitui um dos principais fatores presentes entre os adolescentes, principalmente pelo fácil acesso e por ser uma porta de entrada para a experimentação de outras drogas lícitas ou ilícitas. Não obstante, o consumo de álcool tem efeitos na estabilidade psicológica dos indivíduos, podendo repercutir no rendimento escolar, dependência, no envelhecimento e em morte violenta por acidentes automotivos ou envolvimento em brigas³¹. O envolvimento em brigas está fortemente

associado à presença de lesões corporais, de modo a ser o ponto de partida para a compra e utilização de armas brancas e de fogo, podendo assim estar relacionado com os índices de suicídio e homicídio⁴⁰. De fato, Uruguaiana tem apresentado um índice em torno de 10% com relação a morte causada por fatores externos, entre esses, homicídios, suicídios e acidentes de trânsito²².

Quanto aos fatores de risco que apresentaram menor prevalência entre os estudados, na ordem foram: a falta de atividade física, o não consumo de frutas e verduras, o uso de tabaco e drogas ilícitas. O hábito de realizar atividade física traz inúmeros benefícios para a saúde dos adolescentes, como o controle e manutenção do peso corporal e a redução de riscos cardiovasculares, devendo ser incentivada a prática regular de atividades físicas em todas as faixas etárias⁴¹. Esse comportamento de risco pode ser facilmente trabalhado no contexto escolar por meio do incentivo à participação em aulas de Educação Física. De fato, os adolescentes dispõem de aulas regulares de Educação Física, que devem, entre outros objetivos, estimular e aumentar a aptidão física dos adolescentes. Portanto, cabe ao professor de Educação Física demonstrar a importância da prática regular de exercícios físicos com vistas a reduzir a incidência de doenças relacionadas com a inatividade física, tais como doenças cardíacas e doenças relacionadas com a obesidade. Outro fator que contribui para benefícios à saúde é o consumo de frutas e verduras. Este tem várias implicações no crescimento, promoção da saúde e desenvolvimento do comportamento alimentar que seguirá pela vida adulta, e ao associar-se com a atividade física reduz significativamente o risco de doenças cardiovasculares e o sobrepeso⁴².

Em relação ao tabagismo, além de causar dependência pode incidir em doenças respiratórias e evoluir para neoplasias, prejudicando, deste modo, a saúde destes adolescentes tanto no domínio psicológico quanto físico, gerando perdas imediatas e futuras em sua qualidade de vida e sendo a porta de entrada para a utilização de outros tipos de drogas⁴³. O consumo de drogas ilícitas geralmente está associado com o uso de drogas lícitas (álcool e tabaco), expondo os adolescentes a episódios de depressão e transtorno de conduta social, podendo levar ao suicídio.

Deste modo, a saúde e orientação sexual e ética, segundo os PCN¹⁸, devem compor o currículo da formação de crianças e adolescentes com uma abordagem transversal e interdisciplinar, integrando todas as disciplinas com um discurso cotidiano do processo ensino/aprendizagem. Assim posto, Figueiredo et al.³⁶ argumentam que, em vez de ações pontuais e isoladas, a melhor contribuição que a Saúde poderia oferecer à Educação reside na possibilidade de uma ação integrada e articulada, que de maneira crítica e reflexiva possa significar oportunidade de atualização dos educadores, capacitando-os para a tarefa de ministrar o discurso sobre orientação à saúde, de forma transversal e interdisciplinar, na escola.

CONCLUSÃO

Este estudo foi o primeiro desenvolvido com uma amostra representativa de adolescentes estudantes de escola pública de Uruguaiana (RS), enfocando quais os comportamentos de risco a que os mesmos estão expostos, sendo importante para demonstrar a realidade deles nessa região. Assim, serve de subsídio para o desenvolvimento de ações conjuntas de

saúde pública para os três países que se relacionam na fronteira (Brasil, Argentina e Uruguai) e, principalmente, oferecendo meios que sustentem o desenvolvimento de ações no ambiente escolar que visem trabalhar os temas transversais saúde, orientação sexual e ética, tanto com alunos quanto com professores. Além disso, serve de referência para comparar com estudos realizados em outras localidades, salvo que as conclusões devem ser interpretadas considerando as peculiaridades deste município.

Portanto, a partir dos resultados deste estudo pretende-se respaldar o desenvolvimento de ações no contexto escolar, que tenham por objetivo trabalhar os conteúdos relacionados aos temas transversais saúde, ética e orientação sexual, de modo contextualizado, na realidade local. Igualmente, auxiliar no desenvolvimento de atividades que busquem a redução destes comportamentos de risco, procurando promover a saúde e a qualidade de vida dos adolescentes.

Limitações do estudo

As limitações do estudo incluem a coleta de dados em uma única escola, não havendo representação de alunos de escola de ensino privado. Além disso, a restrição da amostra a um único local pode evidenciar a maior incidência de alguns fatores de risco. Não foram coletados os dados dos alunos que não estavam em sala no dia da coleta dos dados. Finalmente, não pode ser descartado que o medo e a preocupação com a possível perda de privacidade tenha se tornado um viés para as informações coletadas.

REFERÊNCIAS

1. Lepège A, Hunt S. The problem of quality of life in medicine. *JAMA*. 1997;278(1):47-50.
2. Veenhoven R. The four qualities of life: ordering concepts and measures of the good life. *J Happiness Stud*. 2000;1:1-39.
3. Katschnig H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry? In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (eds.) *Quality of life in mental disorders*. New York: Wiley; 1997.
4. Brasil. Lei federal 8.069/90: disposição do estatuto da criança e do adolescente. *Diário Oficial da União*; 1990.
5. English A, Kapphahn C, Perkins J, Wibbelsman CJ. Meeting the health care needs of adolescents in managed care: a background paper. *J Adolesc Health*. 1998;22:278-92.
6. Goldberg TBL, Jaehn SM, Camapana AP, Kfoury JRN, Simões ACP, Curi PR. Avaliação do desenvolvimento afetivo-social do adolescente na faixa etária dos 15 aos 18 anos: estudo com adolescentes do município de Botucatu, São Paulo: características sociais e interação familiar. *J Pediatr*. 1987;63:213-17.
7. Silva AS, Deus AF. Comportamentos de consumo de haxixe e saúde mental em adolescentes: estudo comparativo. *Anál Psicol*. 2005;2:151-72.
8. Barros MDA, Ximenes R, Lima MLC. Mortalidade por causas externas em crianças e adolescentes: tendências de 1979 a 1995. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(2):142-49.
9. Casas F, Buxarrais MR, Figuer C, González M, Rodríguez JM, Tey A. Values and their influence in the life satisfaction of adolescents aged 12 to 16: a study of some correlates. *Psychol Spain*. 2005;9(1):21-3.

10. Diener E, Diener M. Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *J Pers Soc Psychol.* 1995;68(4):653-63.
11. Farias Júnior JC, Nahas MV, Barros MVG, Loch MR, Oliveira ESA, De Bem MFL, et al. Comportamentos de risco à saúde em adolescentes no Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Rev Panam Salud Publica.* 2009;25(4):344-52.
12. Maciel ELN, Oliveira CB, Frechiani JM, Sales CMM, Brotto LDA, Araújo MD. Projeto Aprendendo Saúde na Escola: a experiência de repercussões positivas na qualidade de vida e determinantes da saúde de membros de uma comunidade escolar em Vitória, Espírito Santo. *Cien Saude Colet.* 2010;15(2):389-96.
13. Topolski TD, Patrick DL, Edwards TC, Huebner CE, Connell FA, Mount KK. Quality of life and health-risk behaviors among adolescents. *J Adolesc Health.* 2001;29(6):426-35.
14. Zahran HS, Zack MM, Vernon-Smiley ME, Hertz MF. Health-related quality of life and behaviors risky to health among adults aged 18-24 years in secondary or higher education – United States, 2003–2005. *J Adolesc Health.* 2007;41(4):389-97.
15. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Youth risk behavior surveillance – United States, 2005. *MMWR;* 2006.
16. Currie C, Roberts C, Morgan A, Smith R, Settertobulte W, Samdal O. Young people's health in context. *Health Behavior in Schoolaged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey.* Copenhagen: World Health Organization; 2004.
17. Díez JMB, Pérez BA, Forcadell PP, Peñacoba RM, Sabaté MN, Boronat AA. Asociación entre la agrupación (clustering) de factores de riesgo cardiovascular y el riesgo de enfermedad cardiovascular. *Rev Esp Salud Publica.* 2002;76(1):7-15.
18. Brasil. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros curriculares nacionais: terceiro e quarto ciclos: apresentação dos temas transversais. Secretaria de Educação Fundamental. Brasília: MEC /SEF; 1998.
19. IPF. Instituto Paulo Freire. Inter-transdisciplinaridade e transversalidade. Disponível em <www.paulofreire.org/sitio.htm>. Acesso em: 28 jul 2010.
20. Alencar RA, Silva L, Silva FA, Diniz RES. Desenvolvimento de uma proposta de educação sexual para adolescentes. *Ciênc educ.* 2008;14(1):159-68.
21. Klein JD, Slap GB, Elster AB, Schonberg SK. Access to health care for adolescents: a position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health.* 1992;13:162-70.
22. Misoczky MCA. Diagnóstico Local de Saúde – Município de Uruguaiana. Porto Alegre; 2008.
23. Oehlschlaeger MHK, Pinheiro RT, Horta B, Gelatti C, San'Tana P. Prevalência e fatores de associados ao sedentarismo em adolescentes de área urbana. *Rev Saude Publica.* 2004; 38(2):157-63.
24. Mulassi A, Hadid C, Borracci RA, Labruna MC, Picarel AE, Robilotte AN, et al. Hábitos de alimentación, actividad física, tabaquismo y consumo de alcohol em adolescentes escolarizados de la provincia y el conurbano bonaerenses. *Arch Argent Pediatr.* 2010;108(1):45-54.
25. Telama R, Yang X. Decline of physical activity from youth to young adulthood in Finland. *Med Sci Sports Exerc.* 2000;32(9):1617-22.
26. Van Mechelen W. Physical activity of young people: the Amsterdam longitudinal growth and health study. *Med Sci Sports Exerc.* 2000;32(9):1610-616.
27. Azevedo A, Machado AP, Barros H. Tobacco smoking among Portuguese high-school students. *Bull World Health Organ.* 1999;77(6):509-14.
28. Horta RL, Horta BL, Pinheiro RT, Morales B, Strey MN. Tabaco, álcool e outras drogas entre adolescentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: uma perspectiva de gênero. *Cad Saude Publica.* 2007;23(4):775-83.
29. Glaser B, Shelton KH, Vand Deb Bree MBM. The moderating role of close friends in the relationship between conduct problems and adolescent substance use. *J Adolesc Health.* 2010;47:35-42.
30. Quevedo-blasco R, Diaz-piedra C, Guglielmi O. Análisis comparativo de las publicaciones sobre drogodependencias en las revistas de psicología clínica y psiquiatría iberoamericanas indexadas en el Journal Citation Reports. *Salud Ment* 2010;33:133-43.
31. Gaspar T, Gonçalves A, Ramos V, Matos MG. Desvantagem socioeconômica, etnicidade e consumo de álcool na adolescência. *Anál Psicol.* 2006;24(4):495-508.
32. Bermudez MP, Castro A, Madrid J, Buela-casal M. Análisis de La conducta sexual de adolescentes autóctonos e inmigrantes latinoamericanos em España. *Int J Clin Health Psychol.* 2010;10(1).
33. Leslie LK, James S, Monn A, Kauten MC, Zhang J, Aarons G. Health-risk behaviors in young adolescents in the Child Welfare System. *J Adolesc Health.* 2010;47:26-34.
34. Assis FCN, Lima CRC, Souza JY, Ribeiro SAB. A importância da educação na saúde. *Rev Elet Itinerarius Reflectionis.* 2009;7(2).
35. Harada J. Introdução. In: Sociedade Brasileira de Pediatria. Escola Promotora de Saúde. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2003.
36. Figueiredo TAM, Machado VLT, Abreu MMS. A saúde na escola: um breve resgate histórico. *Cien Saude Colet.* 2010;15(2):397-402.
37. Hidalgo I, Garrido G, Hernandez M. Health status and risk behavior of adolescents in the north of Madrid, Spain. *J Adolesc Health.* 2000;27(5):351-60.
38. Zulueta MA, Gámez DB. Embarazo y adolescência: Comportamiento clínicoepidemiológico em el Policlínico Parraga, Arroyo Narajano – 2005-2006. *Rev Haban Cienc méd.* 2010;9(2):246-53.
39. SINASC. Sistema de Informações de Nascidos Vivos. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/catalogo/sinasc.htm>>. Acesso em: 05 set 2010.
40. Silva RA, Jansen K, Godoy RV, Souza LDM, Horta BL, Pinheiro RT. Prevalência e fatores associados a porte de arma e envolvimento em agressão física entre adolescentes de 15 a 18 anos: estudo de base populacional. *Cad Saude Publica.* 2009;25(12):2737-45.
41. Moraes ACF, Fernandes CAM, Elias RGM, Nakashima ATA, Reichert FF, Falcão MC. Prevalência de inatividade física e fatores associados em adolescentes. *Rev Assoc Med Bras.* 2009;55(5):523-28.
42. Toral N. Comportamento alimentar de adolescentes em relação ao consumo de frutas e verduras. *Rev Nutr* 2006;19(3):331-40.
43. Vinagre MG, Lima ML. Consumo de álcool, tabaco e droga em adolescentes: experiências e julgamentos de risco. *Psicol saúde doenças.* 2006;7(1):73-81.

Recebido em: 01/09/2012
Aprovado em: 14/11/2013