

COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE DE ADOLESCENTES DO ENSINO MÉDIO

Risk behaviors for the health of adolescents from High School

Artigo Original

RESUMO

Objetivo: Investigar os comportamentos de risco (tabagismo, alcoolismo, uso de drogas e comportamento sexual) de adolescentes do ensino médio em escolas públicas de Florianópolis. **Métodos:** Tratou-se de um estudo transversal e analítico. A amostra foi composta por 720 escolares (252 rapazes e 468 moças), da faixa etária de 16 a 17 anos, de três escolas públicas de Florianópolis/SC. Os dados foram coletados por meio de dois questionários autoadministrados aos alunos e seus pais, no período de março a dezembro de 2005. As variáveis estudadas foram o uso de drogas lícitas e ilícitas e comportamento sexual de risco. Na análise dos dados, utilizou-se a estatística descritiva e o teste do qui-quadrado. **Resultados:** A idade de início para os comportamentos de risco deu-se entre 14 e 15 anos, para ambos os sexos. Pôde-se observar que 26 (3,6%) escolares ingeriam bebidas alcoólicas regularmente; 38 (5,3%) fumavam diariamente; 66 (9,2%) eram usuários de drogas ou já o tinham feito uso por várias vezes e 14 (2%) eram dependentes. Quanto ao aspecto sexual, 318 (44,5%) escolares possuíam comportamento sexual de risco e destes, 97 (13,6%) nem sempre usavam camisinha. Da amostra estudada, 545 (76,5%) escolares não apresentavam nenhum comportamento de risco. Dentre os comportamentos de risco, o risco sexual foi o mais prevalente (42,5%). **Conclusão:** O número de adolescentes com comportamentos de risco não foi elevado. No entanto, existe uma parcela de adolescentes tabagistas, etilistas e usuários de drogas ilícitas e com comportamentos sexuais de risco, o que chama a atenção para a necessidade de uma maior supervisão e orientação a estes escolares.

Descritores: Saúde do Adolescente; Sexo Inseguro; Assunção de Riscos; Comportamento Perigoso.

ABSTRACT

Objective: To investigate the risk behaviors (smoking addiction, alcoholism, drug use and sexual risk behavior) of adolescents from High School. **Methods:** It was an analytical and cross-sectional study. The sample consisted of 720 scholars (252 boys and 468 girls) from the age group of 16 to 17 years-old, from three public schools in Florianopolis/SC. The data was collected through two types of self administrated questionnaires; one for the parents and another one for the students, from March to December, 2005. The studied variables were legal and illegal drug use and sexual risk behavior. The descriptive statistics and the chi-squared test were used to carry out the data analysis. **Results:** The beginning of risk behaviors occurred between 14 and 15 years old, for both genders. It was observed that 26 (3.6%) scholars drank alcohol regularly; 38 (5.3%) smoked daily; 66 (9.2 %) were drug users or had used drugs several times and 14 (2%) were drug dependents. Concerning to sexual risk behavior, 318 (44.5%) scholars had sexual risk behavior and from those, 97 (13.6%) did not always use condom. From the studied sample, 545 (76.5%) scholars did not present any risk behavior. Among risk behaviors, sexual risk prevailed (42.5%). **Conclusion:** The number of adolescents with risk behavior was not high. Nevertheless, there is a small proportion of adolescents that smoke, drink and do drugs and have sexual risk behavior. This points out to the need of a bigger supervision and guidance for these students.

Descriptors: Adolescent Health; Unsafe Sex; Risk-Taking; Dangerous Behavior.

Eliane Denise da Silveira
Araújo⁽¹⁾
Nelson Blankb⁽²⁾
José Henrique Ramos⁽³⁾

1) Universidade Estadual de Ponta Grossa - UEPG

2) Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

3) Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC

Recebido em: 05/05/2008

Revisado em: 17/03/2009

Aceito em: 03/05/2009

INTRODUÇÃO

A adolescência é o período que se situa entre a infância e a idade adulta, e consiste numa fase de transição na qual ocorrem transformações de caráter físico, social e psíquico, como as transformações da puberdade; as mudanças na relação com os pais, amigos e sexo oposto; e as mudanças no nível cognitivo e no modo de se ver a si próprio⁽¹⁾.

Atualmente, os adolescentes se expõem diretamente a muitas situações de risco, com consequências danosas nos níveis individual, familiar e social^(1,2). O termo “comportamento de risco” refere-se à participação em atividades que possam comprometer a saúde física e mental do adolescente⁽³⁾.

Os adolescentes pertencem ao grupo da população mais sadio, que apresenta menos disfunções e que, em virtude disso, utiliza menos os serviços de saúde. No entanto, são os indivíduos mais expostos aos fatores de risco à saúde, como por exemplo: sexo inseguro, consumo de bebidas alcoólicas, tabaco e drogas, consumo inadequado de alimentos e sedentarismo⁽⁴⁾.

As primeiras experiências com fumo, bebida alcoólica, drogas e comportamento sexual de risco ocorrem quase sempre na adolescência, em ambos os sexos, muitas vezes em idades bem precoces, devido à grande vulnerabilidade do ponto de vista psicológico e social apresentada pelos adolescentes⁽⁵⁾.

Esta vulnerabilidade decorre do fato de que suas escolhas e decisões são geralmente condicionadas por terceiros, ou seja, pelo ambiente familiar, amigos e comunidade. A dependência econômica dos adolescentes para com a família e a falta do nível de maturidade necessário para assumir decisões responsáveis torna-os muito vulneráveis na tomada de decisões. Geralmente, a família ajuda nas decisões que implicam consequências em longo prazo, como, por exemplo, sobre valores socioeconômicos, morais e religiosos, adesão política, cuidados de saúde e hábitos de consumo, além de satisfazer as necessidades imediatas e básicas de abrigo, alimentação e educação. Já os amigos influenciam nos valores culturais e sociais mutáveis, ou seja, nas preferências de música, moda, linguagem, modelos de interação individuais e sexuais, e decisões relativas a necessidades em termos de identidade e status^(6,7).

A influência exercida fortemente pelos amigos tem grande importância na adolescência. Nesta fase, as atitudes impostas pelo grupo passam a ser soberanas, pois os adolescentes identificam-se com figuras de outros jovens. Isso os torna diretamente predispostos a serem influenciados por estereótipos e massificados por valores consumistas produzidos pelos meios de comunicação, o que reforça a preferência por determinados produtos e, o que

é mais preocupante, molda comportamentos, influenciando marcadamente o seu futuro estilo de vida^(8,9).

Logo, à medida que as influências exteriores passam a adquirir maior importância, as decisões que adotam e as relações que formam os adolescentes influenciam cada vez mais na sua saúde e no seu desenvolvimento físico e psicossocial⁽¹⁰⁾.

A adolescência é uma época para a experimentação natural de crises, conflitos, ambivalências, estresse, “tempestades” familiares, além de grandes oportunidades que quase sempre levam a situações de risco social associados ao aumento dos agravos à saúde^(1,9,11).

Deste modo, alguns problemas de saúde são resultantes de comportamentos de risco adotados pelos adolescentes, decorrentes do fato de se considerarem invulneráveis e indestrutíveis com o conceito de que nada lhes acontecerá, além da constante necessidade de experimentar o novo e desafiar o perigo. Por isso, a orientação dos pais, educadores e profissionais de saúde é de grande importância e deve ser efetiva para que a liberdade oferecida não se torne sinônimo de risco e que as atitudes indesejadas não se tornem hábito^(1,12).

Desta forma, a adolescência é uma fase de estruturação da personalidade e de definição da identidade. Os adolescentes, através de suas escolhas e decisões, adotam atitudes que irão propiciar a aquisição de experiências de vida que lhes permitam assumir, ou não, novas responsabilidades e comportamentos. Estes comportamentos determinarão a sua interação na sociedade e a aquisição de hábitos e atitudes que irão, conseqüentemente, interferir no seu estilo de vida e na sua situação de saúde de maneira geral. As formas e as consequências de todo esse processo manifestam-se de forma diferente segundo a idade, o gênero e o contexto social no qual o adolescente como grupo se insere^(9,10,11).

Os comportamentos de risco adotados pelos adolescentes contribuem para as principais causas de morbidade e mortalidade entre jovens e adultos. As doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez indesejada; bem como o desencadeamento de disfunções orgânicas, as quais predispõem ao surgimento de doenças crônico-degenerativas, são algumas das causas decorrentes da adoção de comportamentos de risco^(13,14).

O levantamento de informações, o monitoramento e a intervenção sobre comportamentos de risco à saúde em adolescentes escolares tem sido considerado prioridade da saúde pública⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Tendo em vista que uma grande parcela da população está exposta a um ou mais comportamentos de risco, os quais podem estar interrelacionados e se estender à idade adulta, este supervisionamento serve como mecanismo

de monitoração e vigilância com vistas à promoção da saúde e à melhoria das condições de vida de adolescentes, uma vez que pode evitar e, onde necessário, corrigir estes comportamentos, através da identificação e incentivo ao desenvolvimento de políticas e programas de promoção da saúde em ambiente escolar⁽¹⁷⁾.

Nesse sentido, este estudo objetivou investigar os comportamentos de risco (fumo, álcool, drogas e comportamento sexual de risco) de adolescentes, devido este ser um grupo vulnerável à adoção destes comportamentos, que poderão, se não identificados nesta fase, repercutir na idade adulta.

MÉTODOS

Tratou-se de um estudo transversal analítico, com coleta de dados, durante o ano escolar de 2005, no município de Florianópolis/SC. A população do estudo foi composta por 1963 escolares, de ambos os sexos, da faixa etária de 16 e 17 anos, matriculados em três escolas públicas, do ensino médio, da região central, da cidade de Florianópolis.

As idades de 16 e 17 anos foram escolhidas dada a semelhança de hábitos proporcionada pela proximidade das idades e possível aumento de fatores de confusão com inclusão de jovens de outras idades.

Os critérios de inclusão considerados foram: todos os alunos, de ambos os sexos, matriculados nas três escolas de ensino médio e com idades entre 16 e 17 anos. Excluiu-se: alunos que não responderam o questionário de forma completa, alunos não autorizados por seus pais e ou que não concordaram em participar da pesquisa por opção pessoal.

As escolas foram selecionadas intencionalmente, devido serem as maiores do município e localizadas na região central do mesmo. O tamanho da amostra foi calculado para uma prevalência dos vários componentes do estilo de vida de 50%, com uma margem de erro de 5%, e um nível de confiança de 95%. O “n” mínimo calculado para o estudo ser representativo das escolas foi de 637 adolescentes. Todos os alunos, das escolas selecionadas, foram convidados a participar voluntariamente da pesquisa. Participou do estudo um total de 720 escolares.

Foi aplicado um pré-teste do questionário em 10 escolares de uma escola pública de Florianópolis, com o intuito de identificar questões que poderiam ocasionar dúvidas aos alunos.

Para a realização da coleta de dados, primeiramente, entrou-se em contato com as escolas para solicitar autorização para realizar a pesquisa, e agendou-se o dia da coleta de dados. No dia marcado, de posse de uma lista contendo os nomes e a data de nascimento dos alunos, solicitava-lhes a participação na pesquisa. Os pesquisadores

explicavam de cinco a dez minutos o objetivo e a importância da pesquisa e como deveria ser respondido o questionário. Os alunos levavam para casa o termo de consentimento livre e esclarecido para os pais assinarem, autorizando seus filhos a participarem da pesquisa, e o questionário contendo informações socioeconômicas e demográficas, ao qual os pais deveriam responder. No próximo dia, os alunos, de posse destes dois documentos, poderiam responder ao questionário sobre estilo de vida. Assim, seriam recolhidos os três materiais no mesmo dia. Se, por algum motivo, os alunos não entregassem o termo de consentimento e o questionário dos pais respondido, eles não poderiam responder o questionário. Desta forma, era agendado outro dia para a repetição do processo de coleta de dados.

As variáveis analisadas no estudo foram: 1) características sociodemográficas (sexo, trabalho remunerado, moradia, estado civil dos pais e o grau de escolaridade do pai e da mãe, delimitados pelos anos referidos de estudo e 2) comportamentos de risco: fumo (se fuma diariamente), idade que começou a fumar, beber, usar drogas e que teve a primeira relação sexual, frequência que consome bebida alcoólica, drogas e comportamento sexual de risco (uso de camisinha) e risco. A variável “risco” foi construída através do somatório das variáveis: uso de droga, fumo, álcool e não uso da camisinha, onde foi feito um escore de 0 a 4 e a comparação foi realizada entre quem não apresentava nenhum fator de risco (0) e quem apresentava um ou mais fatores de risco (1 a 4).

Na análise dos dados, utilizaram-se os recursos da estatística descritiva através de média e desvio-padrão. Para a análise de diferenças entre grupos, utilizou-se o teste de qui-quadrado.

O projeto foi previamente submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina (Projeto nº 125/04). No banco de dados, não houve personalização dos registros de cada um dos entrevistados.

RESULTADOS

Participaram do estudo 720 (35%) escolares, sendo 252 (65%) do sexo masculino e 468 do feminino. Do total pesquisado 511 (71,2%) dos adolescentes não exerce trabalho remunerado, 468 (66,3%) tem pais casados, 475 (66,1%) moram com ambos os pais e tem pai e mãe com 11 anos ou mais de escolaridade 406 (58,1%).

Neste estudo, consumir bebida alcoólica, fumar e usar drogas teve início com uma idade média de 14 anos, tanto para o sexo masculino quanto para o feminino, e somente a relação sexual deu-se um pouco mais tarde (15 anos). Na tabela I estão apresentadas as idades de início para os comportamentos de risco (álcool, fumo, drogas e comportamento sexual de risco) dos escolares.

Tabela I – Distribuição dos adolescentes de 16 e 17 anos de idade segundo idade média (x) e desvio padrão (s) de início dos comportamentos de risco.

Comportamento de risco	Total			Masculino			Feminino			p
	n	\bar{x}	s	n	\bar{x}	s	n	\bar{x}	s	
Fumo	38	14,0	1,6	9	14,3	1,9	29	13,8	1,6	0,50
Álcool	368	14,4	1,4	137	14,4	1,3	230	14,4	1,4	0,69
Drogas	140	14,8	1,2	52	14,8	1,2	88	14,8	1,3	0,86
Relação sexual	314	15,0	1,1	132	14,8	1,1	181	15,0	1,0	0,08

Observou-se que 5,3% dos escolares fumavam diariamente e cerca de 3,6% (n=26) bebiam regularmente. Dos escolares estudados 108 (15%) referiram que beberam excessivamente em mais de uma ocasião e 102 (14,2%) referiram agressividade e embate corporal quando estavam alcoolizados. Com relação ao uso de drogas, 66 (9,2%) escolares referiram que usam ou já usaram drogas em mais de uma ocasião, destes, 14 (2%) declararam-se dependentes e 11 (1,5%) já tiveram comprometimento legal relacionado ao uso de droga.

A tabela II apresenta uma descrição sobre os comportamentos de risco dos adolescentes, referentes a fumo diário, uso de bebida alcoólica, bebida em excesso e brigas por causa de bebida alcoólica, uso de drogas, dependência de drogas e problemas por drogas, uso de camisinha e a variável “risco”.

No que concerne ao comportamento sexual de risco, 318 (44,5%) dos escolares de 16 e 17 anos já tiveram relação sexual, destes 97 (13,6%) nem sempre usam camisinha. Das alunas entrevistadas 73 (15,7%) referiram a não utilizarem preservativo, enquanto que 24 (9,6%) referiram o comportamento inseguro. A diferença entre os grupos foi estatisticamente significativa ($p < 0,00$).

Com relação à variável risco (somatório de fumo, álcool, drogas e comportamento sexual de risco), a maioria (545; 76,5%) dos escolares não apresenta nenhum destes comportamentos. Entre aqueles que apresentam um ou mais fatores de risco (167; 23,5%), o mais prevalente é o comportamento sexual de risco (42,5%), seguido pelo uso de droga (14,4%), uso de droga e comportamento sexual de risco (9,6%) e uso de droga e fumo (9%).

Controlando por sexo, no sexo masculino, o comportamento de risco mais prevalente foi o comportamento sexual de risco (6,8%), seguido pelo uso de droga (4,4%) e bebida alcoólica (3,2%). E no feminino, o mais prevalente foi o comportamento sexual de risco (11,7%), seguido do uso de drogas (2,8%) e fumo (2,6%).

DISCUSSÃO

O período de 14 a 17 anos (adolescência intermediária), é caracterizado pela separação psicológica da família, tornando as relações, com os grupos e colegas, mais próximas. Os conselhos dos pais e familiares já não são tão preponderantes nesta fase. Isto favorece aos adolescentes a escolha de hábitos de vida vivenciados pelo grupo, tornando-os influenciáveis e fáceis de manipular e, conseqüentemente, mais predispostos à aquisição de comportamentos de risco⁽¹⁸⁾.

Assim como neste trabalho, estudos^(19,20) apontam que o início dos comportamentos de risco se dá na fase da adolescência por volta dos 14 e 15 anos. Sabe-se que comportamentos de risco medidos na infância e adolescência estão associados a fatores de risco para doença cardiovascular e à presença de doenças cardiovasculares na fase adulta⁽¹⁴⁾. Daí a importância de se identificar os fatores de risco nesta fase, como forma de evitar a repercussão destes comportamentos na idade adulta.

Em adolescentes, o consumo de álcool e tabaco se associa com a autodeterminação, a diversão, e ao ócio da modernidade constituindo um elemento que dá status ao grupo que pertence⁽²¹⁾. Isto faz com que muitos jovens adquiram estes hábitos, sem pensar nas conseqüências posteriores a sua saúde.

Neste estudo, 5,3% dos adolescentes referiram fumar diariamente. A prevalência para o hábito de fumar tem sido descrita em estudos nacionais^(17,22-25) e internacionais^(13,15,16), que apontam o hábito de fumar entre 4% e 12,4% dos escolares.

Os dados deste estudo apontam para uma maior prevalência entre os indivíduos do sexo masculino em relação ao uso de álcool, uso de álcool em excesso, e mais chances de consumir álcool em idades precoces^(26,27). O consumo de bebida alcoólica foi inferior ao encontrado

Tabela II - Distribuição dos adolescentes de 16 e 17 anos de idade segundo os comportamentos de risco.

Variável	Total		Masculino		Feminino		p
	n	%	n	%	n	%	
Fuma diariamente							
Não	681	94,7	243	96,4	437	93,7	ns
Sim	38	5,3	9	3,5	29	6,2	
Bebe regularmente							
Nunca/Festas	694	96,4	238	94,4	455	97,4	0,05
Sim	26	3,6	14	5,5	12	2,5	
Bebeu demais							
Nunca	531	73,8	173	68,6	358	76,6	0,02
Uma vez	81	11,3	29	11,5	51	10,9	
Mais de uma vez	108	15	50	19,8	58	12,4	
Briga							
Não	615	85,8	205	81,3	409	88,1	0,01
Sim	102	14,2	47	18,6	55	11,8	
Uso de droga							
Nunca /uma vez	655	90,8	224	88,8	430	91,8	ns
Várias /uso regular	66	9,2	28	11,1	38	8,1	
Dependente de droga							
Não	703	98	243	97,5	459	98,2	ns
Sim	14	2	6	2,4	8	1,7	
Problemas por droga							
Não	709	98,5	248	98,4	460	98,5	ns
Sim	11	1,5	4	1,5	7	1,5	
Camisinha							
Nunca teve relação	397	55,5	114	45,6	283	60,9	0,00
Usa sempre	221	30,9	112	44,8	108	23,2	
Nunca /às vezes	97	13,6	24	9,6	73	15,7	
Comportamentos de risco							
Nenhum fator de risco	545	76,5	195	78	349	75,7	ns
Um ou mais fatores de risco	167	23,5	55	22	112	24,3	

em estudos nacionais^(17,22,28,29) e internacionais^(16,21), os quais apresentam valores de 8,5% a 38%. Essa diferença pode ser devido à diversidade dos procedimentos metodológicos utilizados nestes trabalhos.

Neste estudo, 14,2% dos escolares já se envolveram em brigas quando alcoolizados. Em estudo realizado por Carlini-Cotrin, Gazal-Carvalho e Gouveia⁽²²⁾, 23,6% dos estudantes que se envolveram em pelo menos uma briga com agressão física nos últimos doze meses afirmaram que quase todas as vezes que brigaram estavam sob efeito de bebidas alcoólicas. Desta forma, é notável a influência direta do álcool nas decisões dos adolescentes.

Com relação ao uso de drogas, a prevalência de uso pelos jovens de Florianópolis foi maior do que a observada na literatura nacional^(17,23,25,29) (2,3% a 6,3% aproximadamente), mas não superior à literatura internacional⁽¹⁶⁾ (38,1%).

O elevado valor obtido nesta pesquisa com relação ao consumo de drogas de forma regular (9,2%) em pesquisas nacionais pode ser devido às diferentes formas de classificação das demais pesquisas, o que dificulta a comparação. Entretanto, os valores aqui encontrados estão em consonância com um estudo específico sobre uso de drogas em adolescentes de uma escola pública de Florianópolis, demonstrando que o uso de maconha e anfetamina era mais que o dobro da média nacional e das outras capitais do país⁽³⁰⁾.

Outros estudos mostram uma tendência ao aumento da prevalência do consumo de drogas. Miranda, Gadelha e Szwarcwald⁽³¹⁾, com escolares de Vitória/ES, encontraram valores maiores de usuários de drogas (14%). Tavares, Béria e Lima⁽³²⁾ em Pelotas/RS, registraram uma prevalência de 19,4% e Guimarães et al.⁽²⁷⁾ observaram em escolares de

Assis/SP, uma prevalência de 24,6% para o uso de drogas. Quando comparados aos seus pares, o consumo pesado de drogas, levando à dependência, foi similar em outros estudos^(32,33). Contudo, com relação a problemas por drogas como briga, discussão etc., nada foi encontrado na literatura para possíveis comparações.

Em adolescentes com vida sexual ativa, a tendência é não utilizar preservativos regularmente nas relações sexuais. Estudos nacionais apontam que somente cerca de 30 a 34% dos escolares usam sempre camisinha nas relações sexuais⁽³⁴⁾. Em estudos internacionais^(13,16), cerca de 39% não usam camisinha regularmente. Esta prevalência elevada do uso irregular de preservativos acomete principalmente adolescentes do sexo feminino. Estas tendem a usar menos que os do sexo masculino, pois acreditam que não vão se contaminar e por confiarem nos seus parceiros^(17,35,36). Tal comportamento expõe essas jovens a doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez precoce e indesejada na adolescência⁽¹⁷⁾.

A maioria dos jovens investigados já iniciou sua sexualidade na adolescência, em maior proporção do sexo masculino^(20,22,37). Atualmente, grande parte deles já teve relações sexuais, tem maior número de parceiros e inicia a atividade sexual mais cedo^(21,37).

Neste estudo, ao considerar a exposição simultânea ao conjunto de comportamentos de risco (fumo, álcool, drogas e comportamento sexual de risco) à saúde, verificou-se que 23,5% dos adolescentes apresentaram um ou mais destes fatores. A prevalência elevada de exposição simultânea a diferentes comportamentos de risco em adolescentes tem sido descrita em vários estudos. Farias Junior e Lopes⁽²⁸⁾ estudaram os comportamentos de risco: níveis insuficientes de atividade física, consumo de bebidas alcoólicas e maus hábitos alimentares, e encontraram prevalência de 28,6% para adolescentes que têm um comportamento de risco, 49,1% para adolescentes com dois comportamentos de risco e 16,7% que têm maior ou igual a três destes comportamentos. Farias Junior, Nahas, Barros, Loch, Oliveira, De Bem et al.⁽¹⁷⁾ verificaram que 64,7% dos adolescentes estavam expostos a dois ou mais comportamentos de risco.

A exposição precoce e prolongada a alguns desses comportamentos de risco está associada à presença de fatores de risco para doença cardiovascular na adolescência e idade adulta^(38,39). Desta forma, salienta-se a importância da identificação e monitoramento destes comportamentos a fim de evitar a sua repercussão e consequentes agravos à saúde na idade adulta.

Embora os dados tenham sido relevantes, algumas limitações deste estudo devem ser destacadas. O estudo apresentou uma sobre representação sem significação estatística das adolescentes da amostra. Um dos motivos

para isso pode estar relacionado ao fato de as moças apresentarem um estilo de vida considerado moralmente mais adequado do que os do sexo masculino e, portanto, com menor resistência que estes para responderem ao questionário. Entretanto, os resultados encontrados e confrontados com a literatura também sugerem que, se isto ocorreu, não foi causa de importante viés.

Como é sabido, questões relacionadas a hábitos sexuais e uso de drogas envolvem aspectos sanitários, morais e legais que podem ter contribuído tanto para um viés de seleção, inibindo uma maior participação, quanto para um viés de classificação em relação às variáveis, ou seja, é possível que algumas questões, principalmente aquelas que podem carrear algum julgamento moral, tenham sido respondidas de maneira não sincera. Novamente, os resultados condizentes com os encontrados em outros estudos parecem indicar que este viés não deve ter sido de magnitude capaz de ter afetado de forma importante a validade da pesquisa. Concomitante a isto, em virtude dos diferentes instrumentos e pontos de corte utilizados nas pesquisas, as comparações com outros estudos se tornam bastante dificultadas.

Um último aspecto metodológico que deve ser considerado refere-se à validade externa dos resultados. É possível que os estudantes participantes, por pertencerem a escolas públicas da região central do município, representem uma parcela com nível socioeconômico mais elevado que os das escolas periféricas, sugerido, por exemplo, pelo alto nível de escolaridade da maioria dos pais. Portanto, apesar das escolas públicas pesquisadas serem as maiores do município, não é possível extrapolar os resultados para todos os estudantes de escolas públicas de 16 e 17 anos de Florianópolis.

CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo permitem concluir que há uma pequena proporção de adolescentes que fuma, bebe, usa drogas e apresenta comportamento sexual de risco. Dados estes que não são considerados alarmantes, tendo em vista que não diferem das demais regiões e localidades apresentadas na literatura.

Embora a proporção de adolescentes expostos a comportamentos de risco não tenha sido elevada, destaca-se a importância da contínua supervisão e monitoramento a estes escolares, como forma de evitar a reprodução destes comportamentos num futuro próximo. Ressalta-se, ainda, a importância da identificação da exposição simultânea a vários comportamentos de risco.

Neste estudo, o comportamento de risco mais prevalente foi o comportamento sexual de risco, o que

alerta para a necessidade de uma maior orientação sexual em ambiente familiar e educacional a estes escolares, a fim de evitar a aquisição de doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez indesejada na adolescência.

Na perspectiva da saúde pública, os dados aqui apresentados podem contribuir para subsidiar o desenvolvimento de programas de promoção da saúde no ambiente escolar, principalmente no que diz respeito aos subgrupos de riscos identificados. É importante, também, chamar a atenção para a realização de mais estudos sobre comportamentos de risco de adolescentes como forma de vigilância, a fim de localizar e evitar hábitos negativos de saúde no futuro.

REFERÊNCIAS

1. Martins MJD. Condutas agressivas na adolescência: fatores de risco e de proteção. *Anal Psicol.* 2005;2:129-35.
2. Muza GM, Costa MP. Elementos para a elaboração de um projeto de promoção à saúde e desenvolvimento dos adolescentes - o olhar dos adolescentes. *Cad Saúde Pública.* 2002;18(1):321-8.
3. Feijó RB, Oliveira EA. Comportamento de risco na adolescência. *J Pediatr.* 2001;7 Suppl 2:125-34.
4. Salgado HM. Saúde pública do México. *Salud de Adolescentes.* 2003;45 Suppl 1.
5. Kessler F, Diemen LV, Seganfredo AC, Brandão I, Saibro P, Scheidt B, et al. Psicodinâmica do adolescente envolvido com drogas. *Rev Psiquiat Rio Gd Sul.* 2003;25 Suppl1:33-41.
6. Jernigan DH. Global status report alcohol and young people. Geneva: World Health Organization; 2001.
7. Saito MI, Colli AS. Necessidades de saúde. In: Marcondes, E. *Pediatria Básica.* 9ª ed. São Paulo: Sarvier; 2002. p. 669-72.
8. Tamayo A, Campos APM, Matos DR, Mendes GR, Santos JB, Carvalho NT. A influência da atividade física regular sobre o autoconceito. *Estudos de Psicologia.* 2001;6(2):157-65.
9. Eisensten E. Adolescência e sociedade: expectativas diferentes ou complementares?. *Cienc Saúde Colet.* 2003;8(3):684-7.
10. Organização Mundial de Saúde. Promoción para la salud y el desarrollo de los adolescentes. Geneva: OMS; 1999.
11. Silva LEV, Leal MM. Problemas de saúde. Adolescência. In: Marcondes E. *Pediatria Básica.* 9 ed. São Paulo: Sarvier; 2002. p. 677-82.
12. Leal MM, Saito MI. Singularidades do desenvolvimento do adolescente: a síndrome da adolescência normal. In: Marcondes E. *Pediatria Básica.* 9ª ed. São Paulo: Sarvier; 2002. p.666-9.
13. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Ross J, Hawkins J, Harris WA, et al. Youth risk behavior surveillance — United States, 2005. *J Sch Health.* 2006;76(7):353-72.
14. Twisk JW, Kemper HC, Van Mechelen W, Post GB. Clustering of risk factors for coronary heart disease: the longitudinal relationship with lifestyle. *Ann Epidemiol.* 2001; 11(3):157–65.
15. Currie C, Roberts C, Morgan A, Smith R, Settertobulte W, Samdal O, et al. 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.
16. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Ross J, Hawkins J, et al. Youth risk behavior surveillance — United States, 2007. Morbidity and Mortality Weekly Report – MMWR. 2008;57(4):1-131.
17. Farias Junior JC, Nahas MV, Barros MVG, Loch MR, Oliveira ESA, De Bem MFL, et al. Comportamentos de risco a saúde em adolescentes no sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Rev Panam Salud Publica.* 2009;25(4):344-52.
18. Ferreira MA, Alvim NAT, Teixeira MLO, Veloso RC. Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. *Texto & Contexto Enferm.* 2007;16(2):217-24.
19. Rius C, Fernandez E, Schiaffino A, Borràs JM, Rodríguez-Artalejo F. Self perceived health and smoking in adolescents. *J Epidemiol Community Health.* 2004;58:698-9.
20. Trajman A, Belo MT, Teixeira EG, Dantas VCS, Salomão FM, Cunha AJL. Knowledge about STD/AIDS and sexual behavior among high school students in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2003;19(1):127-33.

21. Reyes WG, Diaz IG, Gómez CM. Comportamiento ante el alcohol de los estudiantes em las etapas de la adolescência. *Rev Cuba Med Gen Integr.* 2005;21(1-2).
22. Carlini-Cotrin B, Gazal-Carvalho C, Gouveia N. Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes públicas e privadas da área metropolitana do estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública.* 2000;34(6):636-45.
23. Novaes AJ. Estilo de vida relacionado à saúde e hábitos comportamentais em escolares do ensino médio do município de Blumenau/SC: a influência da escola [Dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
24. Farias Júnior JC. Estilo de vida de escolares do ensino médio no município de Florianópolis [Dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
25. Baús J, Kupek E, Pires M. Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. *Rev Saúde Pública.* 2002;36(1):40-6.
26. Herrera-Vasquez M, Wagner FA, Velasco-Mondragón E, Borges G, Lazcano-Ponce E. Inicio en el consumo de alcohol y tabaco y transición a otras drogas en estudiantes de Morelos, México. *Salud Pública Méx.* 2004;46(2):132-40.
27. Guimarães JL, Godinho PH, Cruz R, Kappann JI, Tosta Junior LA. Consumo de drogas psicoativas por adolescentes escolares de Assis/SP. *Rev Saúde Pública.* 2004;38(1):130-2.
28. Farias Junior JC, Lopes AS. Comportamentos de risco relacionados à saúde em adolescentes. *Rev Bras Ciênc Mov.* 2004;12(1):7-12.
29. Tavares BF, Béria JU, Lima MS. Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. *Rev Saúde Pública.* 2001;35(2):150-8.
30. Miranda AE, Gadelha AMJ, Szwarcwald CL. Padrão de comportamento relacionado às práticas sexuais e ao uso de drogas de adolescentes do sexo feminino residentes em Vitória, Espírito Santo. Brasil, 2002. *Cad Saúde Pública.* 2005;21(1):207-16.
31. Tavares BF, Béria JU, Lima MS. Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. *Rev Saúde Pública.* 2004;38(6):787-96.
32. Soldera M, Dalgalarondo P, Corrêa Filho HR, Silva CAM. Uso de drogas psicotrópicas por estudantes: prevalência e fatores sociais associados. *Rev Saúde Pública.* 2004;38(2):277-83.
33. Hounton SH, Carabin H, Henderson NJ. Towards an understanding of barriers to condom use in rural Benin using the Health Belief Model: a cross sectional survey. *BMC Public Health.* 2005;5(8):1-8.
34. Taquette SR, Vilhena MM, Campos de Paula M. Doenças sexualmente transmissíveis e gênero: um estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública.* 2001;20(1):282-90.
35. Jiménez AL, Gotlieb SLD, Hardy E, Zaneveld LJD. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres: associação com variáveis socioeconômicas e demográficas. *Cad Saúde Pública.* 2001;17(1):55-62.
36. Carreno I, Dias da Costa JS. Uso de preservativos nas relações sexuais: estudo de base populacional. *Rev Saúde Pública.* 2006;40(4):720-6.
37. Berenson GS, Srinivasan SR. Cardiovascular risk factors in youth with implications for aging: the Bogalusa Heart Study. *Neurobiol Aging.* 2005;26(3):303-7.
38. Raitakari OT, Juonala M, Kähönen M, Taittonen L, Laitinen T, Mäki-Torkko N, et al. Cardiovascular risk factors in childhood and carotid artery intima-media thickness in adulthood. The Cardiovascular Risk in Young Finns Study. *JAMA.* 2003;290(17): 2277-83.

Endereço para correspondência

Eliane Denise da Silveira Araújo
João Cecy Filho, 175
Uvaranas
Cep: 84020-020 - Ponta Grossa - PR
E-mail: eds_araujo@hotmail.com