

ELIANE DENISE DA SILVEIRA ARAÚJO

**CARACTERÍSTICAS DO ESTILO DE VIDA DE ADOLESCENTES DE 16 E 17
ANOS DE ESCOLAS PÚBLICAS DE FLORIANÓPOLIS/SC**

**Dissertação apresentada como requisito parcial
à obtenção do grau de Mestre em Saúde
Pública, Curso de Pós-Graduação em Saúde
Pública, Centro de Ciências da Saúde,
Universidade Federal de Santa Catarina.**

Orientador: Prof. Dr. Nelson Blank

FLORIANÓPOLIS

2005

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para que fosse possível a concretização deste estudo, e em particular:

A **Deus**, pois sem Ele os degraus da vitória seriam inexistentes.

Aos meus pais Dorani Araújo e Eilanes Maria Araújo e ao meu irmão Daniel Araújo, que, embora distantes, sempre me incentivaram a lutar pelos meus sonhos.

Ao Professor Doutor Nelson Blank, orientador desta dissertação, por seu irrestrito apoio, compreensão, paciência, competência e experiência; minha eterna gratidão.

Aos estabelecimentos de ensino, por meio de suas direções, pessoal administrativo e corpo docente, pela inestimável colaboração quanto ao acesso aos adolescentes analisados, tornando possível a realização deste estudo; minha sincera amizade.

A todos os amigos que presenciaram minha jornada e torceram para que tivesse sucesso, em especial aos meus amigos do peito: Juliana, George, Ana Lúcia, Hercílio, Robson, Rodrigo, Ana Paula, Joseane, Zé Henrique, Michela, Franciele, Luiza e Diana.

RESUMO

O objetivo geral desta dissertação foi estudar o estilo de vida de adolescentes, de ambos os sexos, de 16 e 17 anos, de escolas públicas de Florianópolis. A amostra foi composta por 720 escolares, sendo 252 rapazes e 468 moças. As informações sociodemográficas e de estilo de vida (atividade física, hábitos alimentares, álcool, fumo, drogas, comportamento sexual de risco e aspectos psicossociais) dos escolares foram coletadas a partir da utilização de dois questionários auto-administrados aplicados aos pais e alunos. Na análise dos dados, utilizaram-se os recursos da estatística descritiva (média e desvio padrão). Para a análise de diferenças entre grupos, utilizaram-se o teste do qui-quadrado e razões de prevalência com intervalos de confiança de 95%. Os resultados evidenciaram que a maioria dos adolescentes estudados pratica Educação Física regular na escola, faz atividade física organizada e apresenta uma alimentação adequada, sendo os rapazes em maior proporção do que as moças. A idade de início para os comportamentos de risco (álcool, fumo, drogas e comportamento sexual de risco) comprovada foi em média a de 14 a 15 anos, tanto para o sexo masculino quanto para o feminino. Pode-se observar que 5,3% dos escolares fumam diariamente, 3,6% ingerem bebidas alcoólicas regularmente, 9,2% são usuários de drogas ou já o fizeram por várias vezes e 2% são dependentes de drogas. No que concerne ao comportamento sexual de risco, 44,5% dos escolares de 16 e 17 anos já tiveram relação sexual; destes, 13,6% nem sempre usam camisinha; porém as moças usam significativamente menos que os rapazes. Em relação aos comportamentos de risco, a maioria (76,5%) dos escolares não apresenta nenhum comportamento de risco. Entre aqueles que apresentam um ou mais fatores de risco, o mais prevalente é o comportamento sexual de risco (42,5%). No que se refere aos aspectos psicossociais, as moças apresentam mais problemas de sono, dores de cabeça e angústia do que os rapazes. A maioria destes avalia sua saúde como boa e ótima e estão mais satisfeitos com a vida, com a alimentação e com a atividade física, em comparação com as moças. Contudo, estas se sentem mais satisfeitas do que os rapazes com relação à sexualidade. Foi encontrada associação positiva dos comportamentos de risco (álcool, fumo, drogas e comportamento sexual de risco) com os seguintes fatores: adolescentes que têm trabalho remunerado, que moram com um dos pais, que não fazem Educação Física regular, que são inativos, que possuem uma alimentação inadequada, que apresentam sintomas psicossomáticos, que se sentem insatisfeitos com a vida e têm problemas de sono, dores de cabeça e angústia. Salienta-se a importância do levantamento de informações sobre os comportamentos de risco à saúde, a fim de monitorar e estimular a implantação de mais estudos que corroborem com os dados até o momento obtidos e de programas de promoção à saúde direcionados a um estilo de vida mais saudável entre adolescentes.

Palavras-chave: estilo de vida, adolescentes, comportamentos de risco.

ABSTRACT

The general objective of this dissertation was to study the lifestyle of adolescents between 16 and 17 years old from Florianópolis' public schools. The sample was composed of 720 high school students, 252 males and 468 females. The socio-demographic and lifestyle information (physical activity, eating habits, alcohol, smoking, drugs, risky sexual behavior and psycho-sociological aspects) on high school students were collected using two questionnaires self conducted that was applied to parents and students. For the data analysis, the resources of descriptive statistics were used (mean and standard deviation). For the analysis of differences between groups, the chi-square and prevalence ratio with a 95% confidence interval were applied. The results have showed that most of youth join regular physical education programs at school, practice organized physical activities and feed themselves appropriately, the males more than the females. The initial age for risk behavior (alcohol, smoking, drugs and sex) was 14 and 15 years old on the average, for both males and females. It was observed that 5.3% of the high school students smoke daily, 3.6% drink regularly, 9.2% are drug users or have already done drugs for several times and 2% are drug addicted. Concerning sexual behavior, 44.5% of the high school students have already had sexual intercourse; among those, 13.6% haven't always used condoms; females have intercourses without condom significantly more than males. In regard to risk behavior, most of the students (76.5%) have presented none. Among those who have presented one or more risk behavior, the most prevalent is risky sexual behavior (42.5%). In regard to psychosocial aspects, females present more sleeping problems, headaches and anguish than males. Most males evaluate their health as good or great and they feel more satisfied with their lives, including feeding and physical activities. However, females feel more satisfied with their sexuality than males. It was found a positive association with the risk behavior (alcohol, smoking, drugs and risky sexual behavior) and the following factors: adolescents that work, live with just one of their parents, doesn't practice regular physical activity, are inactive, feed themselves inappropriately, present psychosomatic symptoms, feel unsatisfied with their lives and have sleeping problems, headaches and anguish. The importance of compiling information about risk behavior is stressed on this paper so that one can monitor and stimulate the implementation of other studies that corroborate with the obtained data until this moment and for health promotion programs addressed to a healthier lifestyle among adolescents.

Keywords: lifestyle, adolescents, risk behavior

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sócio-demográficas dos escolares de 16 e 17 anos de ambos os sexos de Florianópolis.....	80
Tabela 2 - Hábitos de atividade física dos escolares de 16 e 17 anos de ambos os sexos de Florianópolis.....	81
Tabela 3 - Hábitos alimentares dos escolares de 16 e 17 anos de ambos os sexos de Florianópolis.....	85
Tabela 4 - Aspectos psicossociais dos adolescentes de 16 e 17 anos de Florianópolis.....	89
Tabela 5 - Idade média e desvio padrão das idades de início aos comportamentos de risco (fumo, álcool, drogas e relação sexual) dos escolares de 16 e 17 anos de Florianópolis.....	91
Tabela 6 - Comportamentos de risco (fumo, álcool, drogas e comportamento sexual de risco) dos adolescentes de 16 e 17 anos de ambos os sexos de Florianópolis.....	93
Tabela 7 - Associação dos comportamentos de risco (fumo, álcool, drogas e comportamento sexual de risco) com as características sóciodemográficas.....	103
Tabela 8 - Associação dos comportamentos de risco (fumo, álcool, drogas e comportamento sexual de risco) com a atividade física e os hábitos alimentares.....	107
Tabela 9 - Associação dos comportamentos de risco (fumo, álcool, drogas e comportamento sexual de risco) com os aspectos psicossociais.....	110

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 PERGUNTAS DE PESQUISA	4
2.1 OBJETIVOS.....	4
2.1.1 Objetivo Geral.....	4
2.1.2 Objetivos Específicos.....	4
3 MARCO TEÓRICO	5
3.1 ADOLESCÊNCIA.....	5
3.1.1 Considerações sobre idade.....	9
3.1.2 Considerações sobre gênero.....	10
3.2 CONTEXTO E ESTILO DE VIDA.....	12
3.3 COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE.....	16
3.3.1 Inter-relação dos comportamentos de risco.....	19
3.3.2 Fumo.....	24
3.3.3 Álcool.....	29
3.3.4 Drogas.....	35
3.3.5 Comportamento sexual.....	41
3.4 HÁBITOS ALIMENTARES.....	47
3.5 ATIVIDADE FÍSICA.....	53
3.6 ASPECTOS PSICOSSOCIAIS.....	58
3.6.1 Relacionamento social.....	59
3.6.2 Pressão psicológica.....	61
3.6.3 Autoconceito do adolescente.....	66
4 METODOLOGIA	70

4.1 TIPO DE ESTUDO.....	70
4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO E AMOSTRA.....	70
4.3 COLETA DE DADOS.....	71
4.4 VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	75
4.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	78
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	79
5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	79
5.2 ATIVIDADE FÍSICA.....	80
5.3 HÁBITOS ALIMENTARES.....	84
5.4 ASPECTOS PSICOSSOCIAIS.....	87
5.5 COMPORTAMENTOS DE RISCO.....	91
5.5.1 Idade de início dos comportamentos de risco.....	91
5.5.2 Fumo.....	94
5.5.3 Álcool.....	95
5.5.4 Drogas.....	96
5.5.5 Comportamento sexual de risco.....	97
5.5.6 Comportamentos de risco.....	99
5.6 ASSOCIAÇÃO DOS COMPORTAMENTOS DE RISCO COM AS DEMAIS CARACTERÍSTICAS DO ESTILO DE VIDA ESTUDADAS.....	101
6. VALIDADE DO ESTUDO.....	113
7 CONCLUSÕES.....	115
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	117
ANEXOS.....	134

1 INTRODUÇÃO

Segundo Pitta (1995), a sociedade atual caracteriza-se pela tendência mundial de globalização decorrente da extensa rede de telecomunicações e de informações disponíveis, onde uma grande parcela da população mundial se integra em redes de informática e recebe diariamente notícias de outras sociedades. Essa maior interação e comunicabilidade fazem com que a noção do global seja incorporada à cultura.

Em consequência disso, a tecnologia, com seu poder de padronização através da mídia, passa a educar o homem e a moldá-lo, mudando até mesmo seu comportamento, hábitos e atitudes. Além de poder determinar a natureza do seu sistema de valores e de suas relações sociais.

Assim, a crescente modernização e a melhoria da informação e dos meios de comunicação de massa, através da informática e do fácil acesso à tecnologia, fazem com que haja na sociedade atual modificações nos padrões e hábitos culturais da população.

Os adolescentes, por estarem em uma fase da vida de constantes modificações e de estruturação da personalidade, tornam-se indivíduos extremamente vulneráveis a essas mudanças, moldando assim o seu estilo de vida baseado em valores culturais e sociais mutáveis.

Segundo Saito e Colli (2002), a influência da propaganda é um estímulo contínuo que acaba por criar ou moldar hábitos e atitudes nos adolescentes, desde que as imagens utilizadas sejam a de outros adolescentes, reforçando a influência grupal.

Esta expansão da cultura através da mídia (propaganda) expressa comportamentos de risco que podem ser adotados a partir da adolescência, como: a emergência das doenças sexualmente transmissíveis, o aumento do consumo de fumo, álcool e drogas, o sedentarismo e a inclusão de hábitos alimentares inadequados como o consumo de dietas hipercalóricas.

Todos estes fatores negativos influenciam e afetam diretamente os aspectos psicossociais dos adolescentes e conseqüentemente o seu estilo de vida de modo geral.

A saúde dos adolescentes é um componente de saúde pública que atualmente é motivo de grande preocupação mundial, já que quase todos os comportamentos adotados na adolescência podem repercutir ou se perpetuar na idade adulta (Organização Mundial da Saúde - WHO, 1999).

Então, por ser a adolescência uma fase onde o indivíduo passa a tomar maior número de decisões e escolher por si próprio dentre as alternativas que a vida lhe oferece e dado que muitos padrões de comportamento adquiridos na adolescência e problemas de saúde contraídos durante esta fase poderão permanecer para toda a vida, é imprescindível conhecer os hábitos de saúde e o estilo de vida dos adolescentes, como forma de prever e evitar um futuro indesejado.

Nesse contexto, é de extrema importância o levantamento de informações sobre os comportamentos de risco à saúde em adolescentes escolares, pois além de servir de mecanismo de monitorização e vigilância para identificar os adolescentes que têm comportamentos de risco à saúde, poderá subsidiar a implantação de programas de promoção à saúde em âmbito escolar e populacional e avaliar as possíveis ações intervencionistas que venham a ser desenvolvidas.

Desta forma, partindo da monitorização, a decorrente orientação para um estilo de vida saudável é muito importante pelo seu papel preventivo, podendo aumentar a capacidade dos adolescentes de adquirir competências que os preparem melhor para uma vida individual ativa e de qualidade na sociedade, além da capacidade para rejeitarem influências sociais negativas.

É imprescindível, então, na adolescência, uma educação adequada à adoção de um estilo de vida saudável, onde escola e família unidas poderão orientar o adolescente para

escolhas positivas, que repercutirão na idade adulta, onde os hábitos de vida e costumes já estão associados à pessoa.

Por conseguinte, considerando a adolescência como uma fase vulnerável à adoção de comportamentos de risco que podem se repercutir na idade adulta e reconhecendo que os problemas de saúde mais comuns entre os adolescentes estão inter-relacionados e associados a estes comportamentos, este estudo objetiva **descrever e analisar as características do estilo de vida de adolescentes de 16 e 17 anos, de ambos os sexos, de escolas públicas de Florianópolis/SC.**

2 PERGUNTAS DE PESQUISA

– Quais as características do estilo de vida de adolescentes de 16 e 17 anos de escolas públicas de Florianópolis?

– Em que medida os estilos de vida adotados pelos adolescentes se diferenciam em relação a gênero?

– Quais fatores estão associados aos adolescentes que apresentam comportamento de risco?

2.1 OBJETIVOS

2.1.1 Objetivo Geral:

– Estudar o estilo de vida de adolescentes de ambos os sexos, de 16 e 17 anos, de escolas públicas de Florianópolis/SC.

2.1.2 Objetivos Específicos

– Descrever alguns componentes do estilo de vida de adolescentes de 16 e 17 anos de escolas públicas de Florianópolis/SC;

– Estimar as possíveis diferenças de gênero entre alguns componentes do estilo de vida adotados pelos adolescentes;

– Verificar que fatores estão associados aos adolescentes que apresentam comportamentos de risco.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 ADOLESCÊNCIA

A Organização Mundial da Saúde - WHO (1999) define cronologicamente a adolescência pela faixa etária dos 10 aos 19 anos de idade e os jovens como pessoas de 15 a 24 anos de idade. O Estatuto da Criança e do Adolescente de acordo com a Lei 8.069 de 13 de julho de 1990 considera o adolescente aquela pessoa entre 12 e 18 anos de idade. Logo, a conceituação cronológica torna-se dificultada em virtude da intensa variabilidade individual e multiplicidade de alterações que ocorrem nas áreas biológica e psicossocial nesta fase.

Segundo a Organização Panamericana de Saúde – OPAS (1998), a adolescência abrange um contingente numérico importante. Em 1996, os adolescentes e jovens representavam 30% da população total, o equivalente a 148 milhões. Eles representavam na América Latina e Caribe 21%, e no Canadá e nos Estados Unidos da América 20%, da população total. Uma análise da estrutura demográfica mostrou que a idade mediana da maioria dos países era menos de 20 anos.

No Brasil, de acordo com o Censo Demográfico 2000, existem aproximadamente 7.198.433 adolescentes de 16 e 17 anos, o que representa 23,60% da população brasileira (IBGE, 2003).

Dessa forma, os adolescentes compõem um grupo de crescente importância demográfica e política que merece grande atenção, por seus problemas de saúde terem repercussão imediata, bem como por sua projeção nas idades posteriores e mais produtivas.

Baseado em Rodriguez e Lopez (1999), Schichor (2002) e Colli (2002), a adolescência é definida como a fase de transição gradual entre a infância e a idade adulta, caracterizada por intensas modificações físicas, psicológicas e sociais determinadas por

fatores genéticos, psíquicos e ambientais. Essas inúmeras transformações a que estão sujeitos os adolescentes ocorrem tanto no âmbito biológico como psicossocial.

Segundo Colli (2002), de acordo com o critério biológico ou físico, a adolescência corresponde ao período que vai desde o início da puberdade, caracterizada pelo aparecimento dos caracteres sexuais secundários e início da aceleração de crescimento, até o indivíduo atingir o desenvolvimento físico completo, ou seja, a parada de crescimento e o estabelecimento da função reprodutora.

Do ponto de vista social, a adolescência corresponde ao período da vida em que o indivíduo não é reconhecido pela sociedade nem como criança nem como adulto, perdendo direitos e privilégios de criança ao mesmo tempo em que passa a assumir responsabilidades de adulto.

No entanto, segundo o critério psicológico, a adolescência representa um período único de estruturação da personalidade, definição e busca da identidade e da interação social, além da aceleração do desenvolvimento intelectual e da evolução da sexualidade.

Para Leal e Saito (2002), Lamberte (2002) e Zagury (2003), de modo geral, algumas características são representativas desta fase da vida como: busca de si mesmo e da identidade, separação progressiva dos pais, tendência grupal, evolução da sexualidade, desenvolvimento do pensamento abstrato, capacidade de fantasiar, necessidade de intelectualizar, crises religiosas, atitude social reivindicatória, manifestações contraditórias da conduta e flutuações de humor e ânimo.

De acordo com Silva e Leal (2002) e Zagury (2003), características como contradições, insegurança e oposição são também representativas desta fase da vida. Ao mesmo tempo em que os adolescentes se sentem imortais, fortes e capazes de tudo, sentem-se também feios, desengonçados e deselegantes, o que pode ocasionar mau humor e indelicadezas, especialmente para com os familiares.

Segundo WHO (1999), Leal et al. (2002) e Eisenstein (2003), é necessário considerar o adolescente como ser integral, biopsicossocial, indivisível e em transformação, não podendo ser classificado nem como criança nem como adulto, pois apresenta características próprias e grande vulnerabilidade.

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 conseqüências 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 (Matos et al., 1996; Jernigan, 2001; Saito e Colli, 2002).

Para Strasburger e Brown (1997), Tamayo, Campos e Matos (2001) e Eisenstein (2003), 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.

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 (WHO, 1999).

Segundo WHO (1999), Silva e Leal (2002) e Eisenstein (2003), 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.

Assim, 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 (Leal e Saito, 2002).

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 conseqüências 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.

3.1.1 Considerações sobre idade

Segundo Leal e Saito (2002), é muito difícil definir cronologicamente uma divisão para a adolescência, que, devido aos aspectos característicos deste período, poder variar seu predomínio em uma ou outra fase. Além das diferenças de cultura, estilos de vida rural ou urbano e raça.

Para Schutt-Aine e Maddaleno (2003), a adolescência pode se conceituar dividindo o processo em três fases de desenvolvimento psicossocial:

- Adolescência precoce: entre 10 e 13 anos;
- Adolescência intermediária: entre 14 e 17 anos;
- Adolescência tardia: entre 17 e 21 anos.

Para Rodriguez e Lopez (1999) e Saito (2002), a adolescência precoce é caracterizada pelas mudanças biológicas decorrentes da puberdade, pela aceitação do corpo em transformação e pelas tentativas de independência, rebeldia e dificuldade em aceitar conselhos de adultos decorrentes da busca da identidade.

A adolescência intermediária, foco deste trabalho, é caracterizada pela separação psicológica progressiva da família, tornando as relações com o grupo mais próximas, o que favorece a tomada de decisões e escolhas referentes a hábitos de vida. Os comportamentos de risco originam-se da necessidade de experimentar o novo e desafiar o perigo. Daí a importância de se estudar esta fase, a fim de evitar a adoção de comportamentos de risco.

A adolescência tardia é caracterizada pela aquisição de um sentido estável de identidade, tanto sobre sexualidade quanto vocação, ou seja, há a consolidação da identidade com separação familiar e o poder de assumir responsabilidades e papéis adultos.

Neste estudo, escolheu-se trabalhar com adolescentes da fase intermediária de 16 e 17 anos, devido às semelhanças nos aspectos físico, psíquico e social encontradas nos comportamentos de adolescentes de idades próximas, havendo, portanto, pouca variabilidade.

3.1.2 Considerações sobre gênero

Para Nicholson (1994), Souza e Altmann (1999) e Korin (2001), gênero difere-se de sexo, pois este último descreve o corpo e a biologia, referindo-se à distinção biológica entre homem e mulher, enquanto gênero é associado aos traços de caráter e ao comportamento, compreendendo os significados culturais atribuídos a essas diferenças biológicas.

Desde o nascimento, o indivíduo se difere de acordo com o sexo, pois apresenta características de aparência externa diferenciadas e comportamentos que são moldados pela cultura da sociedade, baseados nesta diferenciação biológica. Assim, o indivíduo fala de determinada maneira, comporta-se diferentemente e se impõe sobre certas expectativas e desejos de forma diferente. Ele arrecada todo processo de atribuição das características masculinas e femininas às suas atividades e condutas, moldando os seus comportamentos, hábitos e atitudes, e, enfim, seu estilo de vida em todos os aspectos (Arango, Viveros e Leon de Leal, 1995 e WHO, 1999).

Segundo Souza e Altmann (1999) e Novaes (2002b), o social e o biológico estão estreita e continuamente ligados, moldando o modo de ser masculino e feminino, com atitudes e movimentos corporais socialmente entendidos como naturais de cada sexo. A educação tem influência primordial neste processo, pois implica o processo ensino-aprendizagem de valores, conhecimentos, posturas e movimentos corporais, considerados masculinos ou femininos.

Desta forma, a sociedade exerce uma pressão psicológica influenciando a imposição dos hábitos sociais sobre os dados biológicos característicos de cada sexo e possibilitando a educação do ser humano para a vida social, ou seja, estipulando os papéis de gênero: como o homem e a mulher devem agir e se comportar na sociedade.

Muitos estudos realizados no Brasil verificam as diferenças de gênero nos comportamentos de risco, como: fumo, álcool, drogas, comportamento sexual de risco, sedentarismo, hábitos alimentares e estresse, em adolescentes.

Nos estudos referentes a hábitos de fumar, que verificam diferenças entre gênero (Lolio et al., 1993; Bordin et al. 1993; Moreira et al., 1995; Muza et al., 1997; Carlini-Cotrin, Carvalho e Gouveia, 2000; Anteguini et al., 2001; Guimarães et al., 2004; Rius et al., 2004), o início deste hábito se dá em torno dos 14 anos, para o sexo masculino, e 15 anos, para o sexo feminino. Os rapazes apresentam maior prevalência de tabagismo do que as moças, 42% e 33%, respectivamente.

Com relação ao hábito de ingerir bebidas alcoólicas, os estudos de Godoi et al. (1991), Muza et al. (1997), Carlini-Cotrin, Gazal-Carvalho e Gouveia (2000), Tavares, Béria e Lima (2001) e Guimarães et al. (2004), indicam prevalências de 70%, para o sexo masculino, e 66%, para o sexo feminino.

Nos estudos sobre uso de drogas (Godoi et al., 1991; Muza et al., 1997; Scivoletto et al., 1999; Carlini-Cotrin, Gazal-Carvalho e Gouveia, 2000; Anteguini et al., 2001; Tavares, Béria e Lima, 2001, 2004; e Guimarães et al., 2004), as prevalências deste uso são de 32%, para o sexo masculino, e 15%, para o sexo feminino.

Com relação ao comportamento sexual, os rapazes iniciam mais cedo a atividade sexual do que as moças, 14,6 anos para rapazes e 15 anos para moças (Scivoletto et al., 1999; Taquete, Vilhena e Campos de Paula, 2001). De acordo com os estudos de Carlini-Cotrin, Gazal-Carvalho e Gouveia (2000), Anteguini et al. (2001), Taquete, Vilhena e Campos de

Paula (2001, 2004) e Trajman et al. (2003), em torno de 40% dos rapazes e 20% das moças já tiveram relação sexual antes dos 15 anos, e cerca de 30% dos adolescentes não utilizaram preservativo na última relação sexual.

Nos estudos referentes a hábitos de atividade física (Vargas et al. 1996; Silva e Malina, 2000; Guedes et al., 2001; Matsudo et al., 2002; Oehlschlaeger, et al. 2004) pode-se observar que os rapazes geralmente são mais ativos do que as moças, sendo estas 2,45 vezes mais sedentárias que estes. As moças vêem mais horas de televisão por dia (4,9 horas/dia) do que os rapazes (4,4 horas/dia). Além disso, os adolescentes do sexo masculino preferem realizar atividades em grupo, enquanto as moças preferem realizar esportes individuais (Martin et al., 1999).

Com relação aos hábitos alimentares, também há diferenciações entre gênero. Nos estudo de Carvalho et al. (2001), Kazapi et al. (2001), Garcia, Gambardella e Frutuoso (2003), os adolescentes do sexo masculino consomem mais alimentos energéticos (milho, manteiga, pizza, lasanha, sucos industrializados, refrigerantes) e ricos em proteínas, e baixo consumo de lipídios e doces, ao contrário das moças.

No que se refere a eventos da vida estressantes, os autores apontam que as moças apresentam maior nível de estresse do que os rapazes (Matos et al. 1996; Rius et al., 2004; Calais, Andrade e Lipp, 2003). No estudo de Calais, Andrade e Lipp (2003), o estresse foi representado nas moças por maior sensibilidade emotiva e irritabilidade e nos rapazes por pensamento constante sobre um só assunto seguido da sensação de desgaste físico.

3.2 CONTEXTO E ESTILO DE VIDA

O mercado, muitas vezes, é visto como o melhor protetor da saúde, em virtude da promoção de meios que facilitam a vida do homem na sociedade moderna oferecendo

conforto e praticidade. Em contrapartida, a doença pode resultar do produto deste mercado, como, por exemplo, as dietas hipergordurosas, a criação de carros velozes, drogas, violência, entre outros (Dallari, 1998). O mercado desresponsabiliza-se de qualquer agravo à saúde, proporcionado pela compra deste produto, tornando as escolhas efetuadas uma responsabilidade individual.

Assim, o indivíduo é responsabilizado por seu comportamento, como se estas escolhas individuais não tivessem influência sistêmica do contexto sócioeconômico-cultural onde vive, ou pelo significado social atribuído ao comportamento (Frohlich, Corin e Potvin, 2001; Chor, 1999).

No entanto, a saúde está diretamente relacionada aos comportamentos humanos gerados a partir destas escolhas, bem como pelas condições de vida, e às opções sociais e econômicas que podem constituir-se em uma ameaça ou um benefício à saúde do indivíduo. Assim, o conceito de saúde envolve tanto aspectos físicos, biológicos e geográficos como também aspectos sociais e culturais.

Segundo WHO (1999) e Traverso-Yépez e Pinheiro (2002), o desenvolvimento e a saúde do adolescente não dependem somente de cada pessoa, mas também de todo o contexto social que informa o processo de tomada de decisões.

O estilo de vida adotado pelo indivíduo tem influência direta na saúde. Decisões individuais sobre alimentação, atividade física, estresse, tabagismo, álcool, uso de drogas, entre outros, não configuram apenas uma escolha puramente pessoal, mas principalmente um condicionamento sociocultural.

Desta forma, tendo como referência a teoria de Weber, o estilo de vida do indivíduo é mais do que um fator individual, mas um fator social, que inclui não somente as diferenças entre classe social, mas também ocupação, educação e status (Frohlich, Corin e Potvin, 2001).

As escolhas e decisões individuais são influenciadas pelas oportunidades do meio e condições estruturais ou contexto social no qual o indivíduo está inserido (Cockerham, Abel e Luschen, 1993; Cockerham, Ruttem e Abel, 1997; Frohlich, Corin e Potvin, 2001). Conseqüentemente, o comportamento gerado por estas escolhas pode ter conseqüências positivas ou negativas, as quais formarão um padrão de práticas que constituem um estilo de vida (Cockerham, Ruttem e Abel, 1997).

Assim, a saúde dos adolescentes é diretamente vinculada a comportamentos saudáveis que eles escolhem adotar. Certos comportamentos que são estabelecidos durante a juventude podem causar sérios problemas de saúde para a pessoa tanto no presente quanto no futuro. Comportamentos como: o uso de tabaco, álcool e drogas, a adoção de uma alimentação inadequada, pouca ou nenhuma atividade física, e comportamentos sexuais de risco que podem resultar em HIV ou outras doenças sexualmente transmissíveis, a maioria das vezes cristalizam-se durante a juventude.

Segundo Cockerham, Abel e Luschen (1993) e Frohlich, Corin e Potvin (2001), a teoria de Weber consiste no fato de que o estilo de vida refere-se aos padrões voluntários de comportamento relacionados à saúde, baseados nas escolhas que estão disponíveis para as pessoas, de acordo com o contexto social no qual estão inseridos.

Logo, o estilo de vida pode ser compreendido como um conjunto de valores e comportamentos adotados pelos indivíduos dependentes das condições oferecidas pelo contexto sócioeconômico-cultural em que vivem. Ele pode ser caracterizado, por exemplo, pela escolha referente a hábitos alimentares e de atividade física, além da adoção de comportamentos preventivos (ex. o não-uso de drogas, tabaco e bebidas alcoólicas).

Estilos de vida não são, portanto, adotados aleatoriamente e independentes da estrutura e contexto social, mas são um conjunto de valores e comportamentos socialmente determinados.

No entanto, nem todas as pessoas podem realizar seus objetivos e desejos devido às circunstâncias e oportunidades que a vida lhes oferece. As diferenças de posição socioeconômica e as conseqüentes oportunidades é que irão determinar a realização ou não de determinadas escolhas. Assim, os indivíduos não estão totalmente livres para escolher o seu estilo de vida, ele é dependente das oportunidades e da estrutura social necessárias para auxiliar um particular estilo de vida (Cockerham, Ruttem e Abel, 1997; Cockerham, Abel e Luschen, 1993; Abel, 1991).

Em virtude da crescente urbanização e industrialização, a sociedade moderna oferece diversas opções e oportunidades que são mais acessíveis e favoráveis a quem tem melhores condições socioeconômicas. Logo, o estilo de vida adotado pelo indivíduo passa a ser condicionado por estas escolhas que são dependentes das oportunidades oferecidas pelo meio.

No entanto, a relação entre nível socioeconômico e comportamento de risco para a saúde não é linear em adolescentes como é freqüentemente encontrado em adultos. No trabalho de Tuinstra et al. (1998), os autores estudaram comportamentos de risco, como uso de cigarro, álcool, drogas e inatividade física, juntamente com o nível socioeconômico que foi medido pelo nível educacional e estado ocupacional dos pais, de 1.984 adolescentes de quatro províncias do norte de Netherlands. Não foi encontrada, neste estudo, relação direta e significativa entre nível socioeconômico e comportamentos de risco relacionados à saúde.

Resumindo, sabe-se que, para se ter uma vida saudável, deve-se adotar atitudes e hábitos positivos relacionados à saúde, como, por exemplo, não fumar, não ingerir bebidas alcoólicas, não usar drogas, usar cinto de segurança, praticar atividades físicas e manter uma alimentação balanceada e saudável. Contudo, o meio ambiente onde o indivíduo está inserido é um condicionante muito forte na determinação destas escolhas.

3.3 COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE

Segundo Muza e Costa (2002) e Salgado (2003), os adolescentes são o grupo da população mais sadio, que apresentam menos disfunções e que em virtude disso, utilizam menos serviços de saúde. No entanto, eles são o grupo que mais se iniciam a exposições a fatores de risco, como sexo inseguro, consumo de álcool, tabaco e drogas, consumo inadequado de alimentos e sedentarismo, que determinam problemas atuais e futuros como a aparição das enfermidades crônico-degenerativas, afetando-os com o passar do tempo.

O surgimento da maioria das enfermidades está diretamente relacionado com o modo como as pessoas vivem, ou seja, como comem, bebem, com suas atividades diárias e seu ambiente físico e social. No entanto, a prevenção destas e a promoção da saúde podem ser alcançadas por meio da redução da prevalência desses fatores que são possíveis de modificação (Chor, 1999).

Segundo Burak (1999), o conceito de risco em saúde, ou seja, a probabilidade de que aconteça algo indesejado, que afete a saúde de um indivíduo ou de um grupo, tem sido usado sobre todo o campo da saúde. Para Muza e Costa (2002), atualmente os adolescentes se expõem diretamente a muitas situações de risco, com conseqüências danosas para o seu desenvolvimento integral, alcançando também a família e a sociedade. O uso do cigarro, a ingestão do álcool e de outras substâncias, condutas violentas, hábitos alimentares inadequados, comportamento no trânsito, inatividade física e comportamento sexual desprotegido são alguns dos comportamentos de risco.

Segundo o Centers for Disease Control and Prevention - CDC (2003), antes de 1990, pouco era conhecido sobre a prevalência das práticas comportamentais por pessoas jovens e seus riscos à saúde. Em 1996, o estudo de Matos et al. (1996), em Estudo da Rede Européia HBSC/OMS, analisou o estilo de vida de 4.230 adolescentes portugueses de 11 a 15 anos, ou

seja, as expectativas dos adolescentes no que diz respeito ao futuro, consumo de álcool e tabaco, atividade física e lazer, hábitos alimentares, percepção da imagem corporal e da saúde, estresse, bem-estar físico e psicológico, consumo de medicamentos, ajustamento psicossocial (família e amigos), vida escolar, violência na escola e acidentes em meio escolar.

Também em 1996, tem-se o trabalho de Vargas et al. (1996), os quais estudaram o estilo de vida de 448 adolescentes de 16,6 anos de um colégio municipal de Santiago no Chile. Foram investigados neste estudo: o apoio familiar, a percepção da saúde atual, os hábitos alimentares e o tempo de assistência à televisão.

Kulbox e Cox (2002) estudaram 8.730 jovens americanos de 12 a 21 anos, sendo 52,3% mulheres, 67% brancos, 15% americanos-africanos, 18% hispânicos, 22% com idades entre 12 e 13 anos, 38,4% entre 14 e 17 anos e 39,4% entre 18 e 21 anos. Os comportamentos estudados foram: comportamentos específicos de segurança, uso de substâncias (álcool, tabaco, drogas), dieta, exercício físico e atividade sexual.

Outro grande estudo internacional foi o Youth Risk Behavior Surveillance System - YRBSS (2003), que monitorou comportamentos de risco à saúde, entre 13.000 estudantes americanos do 9º ao 12º Grau em escolas públicas e privadas em cinquenta estados do Distrito de Colômbia, como: violência, uso de tabaco, álcool e outras drogas, comportamento sexual que contribui para a gravidez e doenças sexualmente transmissíveis, incluindo infecção por HIV, comportamento alimentar não saudável e inatividade física levando ao sobrepeso.

Em 2004, o trabalho realizado por He et al. analisou o estilo de vida de 1.487 estudantes de uma escola pública de ensino médio de Cambridge, Massachusetts. Dentre os componentes do estilo de vida, foram analisados: uso de álcool, tabaco, drogas, comportamento sexual e tendência suicida, eventos estressantes, bem como morte da família, violência e hábitos pessoais (nutrição e atividade física).

No Brasil, alguns trabalhos foram realizados. No trabalho realizado por Carlini-Cotrin, Gazal-Carvalho e Gouveia (2000), os autores estudaram a frequência de vários comportamentos de saúde entre estudantes secundários de escolas estaduais e particulares da cidade de São Paulo, onde foi abordado: comportamento no trânsito, violência contra si e contra terceiros, consumo de substâncias (tabaco, álcool, maconha e inalantes), práticas sexuais, hábitos alimentares e controle de peso.

Em 2001, Anteguini et al. estudaram a prevalência dos comportamentos de risco de 2.059 escolares, de 13 a 17 anos, de escolas públicas e particulares de Santos/SP, identificando ambos fatores de risco e de proteção associados a esses comportamentos. Os comportamentos de risco para a saúde estudados foram: cigarro, uso de drogas, relação sexual antes dos 15 anos, identidade suicida, gravidez e uso de armas.

Mais especificamente na região Sul, em especial, Santa Catarina, foram encontrados alguns trabalhos sobre comportamentos de saúde. No estudo de Novaes (2002a), o autor descreveu as características predominantes do estilo de vida e hábitos comportamentais de 431 escolares, de 14 a 18 anos, que freqüentavam o ensino médio das redes pública e particular do município de Blumenau/SC. Os hábitos comportamentais analisados foram: atividade física habitual e atividade de lazer passivo, hábitos alimentares, fumo, bebidas alcoólicas, drogas ilícitas, atividade sexual, pressão arterial e colesterol, e respeito às regras de trânsito.

Já no estudo de Arruda (2002), com 1.024 escolares do sexo masculino, de 10 a 17 anos, de escolas públicas e particulares do município de Lages, região serrana do estado de Santa Catarina, os componentes do estilo de vida estudados foram somente os hábitos alimentares e de atividade física.

Outro estudo também realizado em Lages foi o de Marcon (2002), que observou o estilo de vida de pré-vestibulandos, no que se refere ao nível de atividade física, vulnerabilidade ao estresse e hábitos alimentares.

Mais especificamente em Florianópolis, em 2002, Farias Júnior descreveu a prevalência de comportamentos relacionados à saúde e analisou suas possíveis inter-relações em uma amostra de 1.107 escolares de escolas públicas e particulares do ensino médio do município de Florianópolis/SC. Foram estudados: o levantamento de informações sociodemográficas, prática de atividades físicas, hábitos alimentares, tabagismo e etilismo.

Também em Florianópolis e no mesmo período, Pires (2002) estudou o estilo de vida de 2.384 escolares de 11 a 17 anos de escolas públicas e particulares do município de Florianópolis/SC. As variáveis do estilo de vida estudadas foram: atividades diárias, níveis de estresse e hábitos alimentares.

Mais recentemente, no trabalho de De Bem (2003), foi estudado o estilo de vida e comportamentos de risco de 5.083 estudantes trabalhadores, de 15 a 19 anos, de ambos os sexos, do ensino médio de Santa Catarina. A autora pesquisou informações sobre trabalho, hábitos alimentares, controle de peso, características da Educação Física e atividade física habitual, comportamentos de risco (uso de fumo, bebidas alcoólicas, drogas ilícitas, comportamentos no trânsito, envolvimento em brigas e as implicações do envolvimento sexual de risco) e percepção da saúde e bem-estar.

3.3.1 Inter-relação dos comportamentos de risco

Para Cockerham, Ruttem e Abel (1997), Neumark-Sztainer et al. (1997) e Brenner e Collins (1998), certos comportamentos de risco (ex. uso de drogas) são precedidos por outros (ex: uso de tabaco e álcool). Há então, uma inter-relação dos comportamentos de risco, ou

seja, para adolescentes que apresentam um tipo de comportamento de risco, como o uso de uma substância ilícita, é mais provável apresentar outros tipos de comportamentos de risco, como, por exemplo, a relação sexual desprotegida. Bem como, indivíduos que tomam maior cuidado com sua saúde, por exemplo, na seleção da alimentação, são menos estressados e apresentam abstinência ou redução do uso de tabaco e álcool.

Um exemplo seria o estudo realizado no Estado de Morelas, no México, por Herrera-Vasquez et al. (2004), com 13.293 estudantes de 11 a 24 anos, onde os estudantes usuários de álcool ou tabaco, ou ambos apresentaram um risco 6,72 vezes maior de iniciar o uso de drogas que os não-usuários. Assim, se pode observar que ter usado álcool ou tabaco previamente associa-se com maiores probabilidades de iniciar o uso de outras drogas.

Para CDC (2003) e Schutt-Aine e Maddaleno (2003), adolescentes que participam de esportes, fazem exercício e comem de forma saudável são menos propensos a envolverem-se em condutas de risco para a saúde, e assumem práticas e comportamentos mais saudáveis, como atrasar o início da atividade sexual, abstinência de álcool, tabaco e outras drogas.

Assim, espera-se que a tendência do indivíduo para manter hábitos alimentares saudáveis e praticar atividades físicas venha acompanhada por um melhor manejo com o nível de estresse no seu dia-a-dia, além da adoção de comportamentos saudáveis como não fumar, não usar drogas e manter uma ingestão moderada (ou abstinência) no consumo de bebidas alcoólicas e uma boa qualidade nos relacionamentos sociais. Por conseguinte, pessoas que adotam comportamentos positivos em determinados aspectos tendem a manter comportamentos positivos nos demais componentes do estilo de vida. Em suma, sugere-se que os componentes do estilo de vida formem um conjunto de comportamentos individuais adotados pelo indivíduo.

Poucos estudos têm sido focados nos comportamentos de promoção da saúde, mostrando modestas associações que sugerem a presença de um grupo comum para vários comportamentos de risco.

No estudo de Neumark-Sztainer et al. (1997), com 36.284 adolescentes de Minneapolis/USA, os autores queriam, verificar se comportamentos alimentares são parte de um grupo de comportamentos relacionados à saúde e, mostrar se adolescentes engajados em outros comportamentos de risco é um risco para alimentação inadequada.

Forte associação foi encontrada com todos os comportamentos de promoção à saúde (escovar os dentes, uso de cinto de segurança e exercício). Entretanto, adolescentes engajados em um dos comportamentos de promoção à saúde têm menos risco de ter comportamento alimentar inadequado do que adolescentes não engajados nestes comportamentos de promoção à saúde.

Da mesma forma, todos os comportamentos de risco (uso de tabaco, álcool, maconha, atividade sexual de risco e alto nível de delinqüência) e comportamentos problemáticos na escola (baixo grau escolar) foram fortemente associados com o aumento do risco para alimentação inadequada. Por exemplo, adolescentes que usam tabaco são mais do que duas vezes provável a ter risco para alimentação inadequada.

Logo, adolescentes engajados nestes comportamentos são mais prováveis de ter uma ingestão dietética mais pobre do que aqueles não engajados nestes comportamentos. Assim, o comportamento alimentar parece ser parte de um grupo de comportamentos de promoção à saúde e mostra não ser isolado dos outros comportamentos.

No estudo de Brenner e Collins (1998), com 10.645 adolescentes americanos de 12 a 21 anos, os autores determinaram a ocorrência e a distribuição dos comportamentos de risco (uso de cinto de segurança, uso de armas, tabaco, álcool, drogas e comportamento sexual) por idade, sexo e grau escolar. Foi evidenciado neste estudo que a maioria dos escolares das

idades de 12 a 17 anos não apresentaram mais do que um dos comportamentos de risco à saúde selecionados. Entretanto, a prevalência dos múltiplos comportamentos de risco aumentou dramaticamente com a idade. Enquanto somente um em doze adolescentes com idades de 12 a 13 anos apresentou dois ou mais destes comportamentos, um terço dos adolescentes de 14 a 17 anos e a metade dos adolescentes de 18 a 21 anos apresentaram também dois ou mais destes comportamentos.

Anteguini et al. (2001) estudaram os comportamentos de risco (cigarro, uso de drogas, relação sexual antes dos 15 anos, gravidez, porte de armas, identidade suicida e tentativas de suicídio) de 2.059 escolares de 13 a 17 anos em Santos/SP.

Foram associados, significativamente, com o aumento do risco de uso de cigarro entre rapazes e moças: uso de drogas ilícitas, injetar drogas, porte de arma, história de abuso sexual, convites freqüentes a festas e arma disponível em casa.

Com o uso de drogas, associou-se positivamente nos rapazes: guardar uma arma no último mês, disponibilidade de arma na casa, história de abuso sexual e convites freqüentes a festas. Para moças, o uso de drogas somente teve possível associação com guardar uma arma no último mês.

Já os fatores de risco entre rapazes associados com relação sexual antes dos 15 anos foram: uso de drogas ilícitas, porte de arma no último mês, disponibilidade de arma na casa, convites freqüentes a festas, injetar drogas e história de abuso sexual. Para as moças teve associação com o uso de drogas ilícitas e história de abuso sexual.

Os fatores associados com o aumento de quase todos os fatores de risco para a saúde foram: portar arma, ter arma em casa, uso de drogas e história de abuso sexual. Já os fatores associados com a diminuição do envolvimento precoce em todos os comportamentos de risco à saúde para rapazes e moças incluem ter boa relação familiar e se sentir querido por amigos e professores.

No trabalho de Farias Júnior (2002), com 1.107 adolescentes escolares de Florianópolis, apenas 8% não têm nenhum comportamento de risco à saúde, ao passo que 28,2% apresentam um comportamento de risco, 37% dois comportamentos de risco e 26,8% três comportamentos de risco. Desta forma, aproximadamente, dois terços dos adolescentes (63,8%) estavam expostos a dois ou mais comportamentos de risco.

Neste estudo, para o grupo de adolescentes com um comportamento de risco à saúde, os níveis insuficientes de atividade física foram o comportamento de risco mais prevalente. No grupo com dois comportamentos de risco à saúde, foram os níveis insuficientes de atividade física seguido dos maus hábitos alimentares. No último grupo, caracterizado por mais de três comportamentos de risco, permanecia a mesma disposição descrita anteriormente e era acrescido o consumo de bebidas alcoólicas. Assim, os níveis insuficientes de atividade física, maus hábitos alimentares e o consumo de bebidas alcoólicas representaram os comportamentos de risco mais evidentes no estilo de vida dos adolescentes estudados.

No estudo de De Bem (2003), com adolescentes trabalhadores de 15 a 19 anos de escolas públicas estaduais do ensino médio de Santa Catarina, houve associação positiva entre o uso do fumo e o consumo de bebidas alcoólicas. O fumo ainda foi fortemente associado ao uso de drogas mais leves e pesadas. O consumo de álcool foi significativamente associado ao envolvimento em brigas, ao não-uso do preservativo e principalmente ao uso de drogas. A maior associação de todos os comportamentos de risco analisados foi entre o consumo de álcool e de drogas leves e pesadas; portanto, quanto mais freqüente é o uso do álcool maior é a associação com outras drogas.

Desta forma, é importante destacar que os comportamentos de risco à saúde estão interligados, exercendo influência de uns sobre os outros e, em conjunto, caracterizam o estilo de vida dos indivíduos. Sugere-se que pessoas que adotam comportamentos positivos em alguns aspectos como bom relacionamento social e individual e hábitos saudáveis de

alimentação e prática de atividades físicas apresentarão boa auto-estima, menos estresse e conseqüentemente adotarão um estilo de vida saudável em sua cotidianidade, que repercutirá em uma boa qualidade de vida presente e futura.

3.3.2 Fumo

O tabaco é uma droga lícita, largamente utilizada em todo o mundo. No entanto, embora a indiscutível evidência dos efeitos adversos do fumo para a saúde, milhões de pessoas continuam fumando. Geralmente, o início do uso dá-se principalmente na fase da adolescência. Segundo WHO (1999), aproximadamente 90% dos adultos fumantes adquiriram o vício nesta fase da vida.

De acordo com a literatura, Muza et al. (1997) apontaram as idades de início do hábito de fumar entre 14 e 16 anos. Para Godoi et al. (1991) e Ivanovic, Castro e Ivanovic (1997), foi de 13 e 14 anos. Para Malcon, Menezes e Chatkin (2003), a maioria dos adolescentes (55%) começou a fumar entre 13 e 15 anos e 22,5% entre 7 e 12 anos.

Comparando os sexos, pode-se observar que os rapazes iniciam o hábito de fumar mais cedo que as moças. Segundo Bordin et al. (1993), a média de idade foi de 14,7 anos para o sexo masculino e 15 anos para o sexo feminino. Para Moreira et al. (1995), o início do hábito de fumar foi em média aos 16 anos para o sexo masculino e 17,8 anos para o sexo feminino. Da mesma forma, para Rius et al. (2004), a média de idade do início do hábito de fumar foi de 14,9 anos para moças e 14,7 anos para rapazes.

Os fatores de risco para o hábito de fumar podem ser: sexo masculino, ter maior idade, prática de tabagismo pelos pais ou irmãos, três ou mais amigos fumantes, baixa auto-estima, pouca atividade física, baixa escolaridade, baixo rendimento escolar, frequência em curso noturno, defasagem escolar, trabalho, ingestão de bebidas alcoólicas no último mês

(González e Berger, 2002; Ivanovic, Castro e Ivanovic, 1997; Londoño, 1992; Malcon, 2000; Barbosa, Carlini-Cotrin e Silva Filho, 1989; Horta et al., 2001; Malcon, Menezes e Chatekin, 2003; Malcon et al., 2003), ingestão de drogas, história de abuso sexual, disponibilidade de arma em casa (Anteguini et al., 2001) e ter pais separados.

Para Horta et al. (2001), Baús, Kupeck e Pires (2002) e Malcon et al. (2003), pais separados e a moradia com outras pessoas (que não os pais biológicos) aumentam as chances de uso de cigarro na vida. No trabalho de Baús, Kupeck e Pires (2002), o risco do uso de cigarro na vida foi 84% maior para alunos cujos pais estavam separados.

Em estudo realizado por Horta et al. (2001), com indivíduos de 12 a 18 anos da cidade de Pelotas/RS, encontrou-se que os adolescentes, que não estavam estudando, que eram repetentes, cujos pais estavam separados ou que relataram terem abusado de bebidas alcoólicas no último mês apresentaram uma maior chance para tabagismo.

Contudo, para Anteguini et al. (2001), os fatores associados com um risco reduzido de fumo para rapazes foram ter boa relação familiar e se sentir querido pelos amigos, e somente ter boa relação familiar foi significativamente associado com baixo fumo por moças.

Já no trabalho de González e Berger (2002), entre os fatores protetores tem-se: a participação de esportes, boa apreciação de si mesmos, conviver com amigos que não fumam (em especial seu melhor amigo), ter pais que não fumam e possuir um bom conhecimento do dano que provoca o tabagismo para a saúde.

Diversas pesquisas são realizadas verificando a prevalência do tabagismo em adolescentes. No entanto, de acordo com Malcon et al. (2003), há uma grande variação nos níveis de prevalência entre as pesquisas realizadas em vários países. Esta variação depende do grupo etário focado nas pesquisas e da definição de fumante utilizada no estudo.

Em pesquisas com adolescentes de outros países, pode-se destacar o trabalho realizado no Chile, por Ivanovic, Castro e Ivanovic (1997), com escolares chilenos, o qual

determinou a prevalência do tabagismo de 2.967 escolares de educação básica e média da região metropolitana do Chile. A prevalência do tabagismo foi de 10,6% e aumentou significativamente com a idade, de 1,3% nos escolares menores de 13 anos, e 15,4% a 36,9% nos adolescentes entre 13 e 15 anos e 16 anos, respectivamente, e foi maior nos escolares do sexo feminino (11,4%) em comparação com os do sexo masculino (9,8%).

Na Argentina, o estudo de Bianculli et al. (1998), com 386 adolescentes, mostrou que 8,5% dos adolescentes fumavam regularmente e 3,5% esporadicamente.

No estudo de González e Berger (2002), os autores estabeleceram o consumo de tabaco em adolescentes de 12 a 15 anos do ensino médio da cidade de Valparaíso no Chile e sua relação com fatores de risco e de proteção. Cerca de 50% dos adolescentes fumavam e a maioria iniciou este hábito aos 12 e 13 anos.

No estudo de Vittetoe et al. (2002), os autores examinaram a associação entre problemas comportamentais e uso de tabaco entre estudantes adolescentes de escolas públicas e particulares de 12 a 19 anos de seis países da América Central e República Dominicana. Os resultados mostraram que a estimativa de ocorrência de fumo de tabaco foi de 25,5% em El Salvador, 25% em Honduras, 20,6% na Costa Rica, 13,3% na Guatemala, 7,5% na Nicarágua, 6,2% no Panamá e 3,4% na República Dominicana.

Malcon et al. (2003), realizaram uma revisão sistemática da literatura através das bases de dados *on-line* Medline (1966-2002) e Lilacs (1982-2002), além de documentos governamentais e não-governamentais e *sites* na internet, e descreveram a prevalência de tabagismo e fatores de risco em adolescentes na América do Sul. Como resultados: os estudos que utilizaram o critério “uso diário” como definição para fumante apontaram prevalências variando de 10,6% a 58,3%. Os estudos em escolares no Brasil que utilizaram como definição para fumante o “uso regular” de cigarros e o “uso no último mês”, mostraram prevalências consistentes entre 10% e 16%. Já os que utilizaram o critério “uso nos últimos trinta dias”

para definir o fumante mostraram uma prevalência de 11,1% a 12,1% para tabagismo entre adolescentes.

No trabalho realizado por Rius et al. (2004), com 2.261 adolescentes espanhóis de 16 a 18 anos, a prevalência de fumantes diários (adolescentes que declararam fumar ao menos um cigarro por dia no período da pesquisa) foi de 26% entre rapazes e houve aumento com a idade: 16,2%, 26,4% e 33,8%, para aqueles com idades de 16, 17 e 18 anos, respectivamente. Para as moças, a prevalência de fumantes diários foi de 22,6% e aumentou com a idade (15,3%, 24,9% e 27,4%, para aqueles com idades de 16, 17 e 18 anos, respectivamente).

Um outro estudo internacional é o de Herrera-Vasquez et al. (2004), com 13.293 estudantes de 11 a 24 anos do México, onde os autores estimaram que 60% dos rapazes iniciaram o uso de tabaco aos 18 anos, sendo que as moças iniciaram um ano depois. O uso de álcool ou tabaco alguma vez na vida foi, para estudantes de 16 a 18 anos, de 59,87%, sendo 37,29% para as moças e 53,90% para os rapazes.

No Brasil, alguns estudos sobre prevalência estão sendo realizados. Na região Sudeste, pode-se apontar, em 1993, o estudo de Lolio et al., que pesquisou a prevalência de tabagismo de 1.199 indivíduos de 15 a 74 anos de idade no município de Araraquara/SP. Os indivíduos de 15 a 24 anos apresentaram uma prevalência de tabagismo de 27,6%.

Em 1997, o estudo de Muza et al. descreveu a prevalência do consumo de substâncias psicoativas entre 1.025 adolescentes do ensino médio do município de Ribeirão Preto/SP. A prevalência de uso na vida foi de 37,7% (16 e 17 anos= 43,1%), uso no último mês (15,8%) e uso diário (4,1%).

No ano de 2000, em São Paulo, foram encontradas prevalências de 7,1% do hábito de fumar, referente ao consumo habitual de cigarro nos últimos trinta dias, sendo 5,7% para o sexo masculino e 4,6% para o sexo feminino, entre estudantes secundários de escolas

estaduais de 15 a 18 anos da cidade de São Paulo (Carlini-Cotrim, Gazal- Carvalho e Gouveia, 2000).

Em 2001, o estudo de Anteguini et al. realizado com escolares de Santos/SP, apresentou a prevalência de fumo entre adolescentes brasileiros de 16 e 17 anos de 18,7% para o sexo masculino e 14,1% para o sexo feminino.

No entanto, um estudo mais recente, realizado por Guimarães et al. (2004) também em São Paulo, realizado com escolares de ensino fundamental e médio de escolas públicas e particulares da cidade de Assis/SP, encontrou prevalências de uso na vida, entre os escolares de 16 e 18 anos, de 36,6% .

Na região Sul do Brasil, alguns trabalhos estão sendo realizados. Em Pelotas/RS, tem-se em 2001, o estudo de Tavares, Béria e Lima com 2.410 adolescentes de 10 a 19 anos, matriculados em escolas públicas e particulares na zona urbana do município de Pelotas, que estudou a prevalência do uso de drogas (incluindo tabaco). Os resultados mostraram 41% de uso na vida, 20,7% de uso no último mês e 11,6% de uso freqüente de tabaco por adolescentes.

No estudo realizado por Horta et al. (2001), também em Pelotas, foi estudado a prevalência e os fatores de risco para o tabagismo em uma amostra de 632 adolescentes de 12 a 18 anos. Como resultados: 11,1% dos adolescentes eram fumantes, 6,8% ex-fumantes e 82,1% nunca haviam fumado regularmente. Entre os fumantes, 42,9% fumavam menos de dez cigarros por dia e 30% vinte ou mais cigarros.

Mais recentemente, em 2003, Malcon, Menezes e Chatkin estudaram a prevalência e os fatores de risco associados ao tabagismo em 1.187 adolescentes de 10 a 19 anos da zona urbana de Pelotas/RS. A prevalência de tabagismo encontrada foi de 12,1%, sendo a prevalência similar em ambos os sexos. A prevalência de fumo alguma vez na vida foi de 26,7% e este, inclui fumo atual, fumo ocasional e ex-fumante.

Em Santa Catarina, no estudo de Novaes (2002a), com 431 escolares de escolas públicas e particulares, entre 14 e 18 anos da cidade de Blumenau/SC, a maioria dos adolescentes pesquisados (60,6%) nunca experimentou cigarro, contudo pequena parcela dos adolescentes (7,4%) fumava regularmente.

Já em Florianópolis, alguns trabalhos foram realizados. Em 2002, no estudo de Baús, Kupek e Pires, os autores analisaram a prevalência e os fatores de risco relacionados ao uso indevido de drogas (inclusive cigarro) de 478 estudantes de escolas públicas de ensino fundamental e médio da cidade de Florianópolis/SC. Como resultado: 41,8% dos escolares já haviam fumado na vida e 9% fumavam freqüentemente (mais de seis vezes por mês).

No estudo de Farias Júnior (2002), com 1.107 escolares com idade média de 16,4 anos, de escolas públicas e particulares do município de Florianópolis/SC, 8,9% dos adolescentes referiram fumar, e a prevalência de fumantes foi maior nas moças (10,8%) do que nos rapazes (6,8%).

Sendo assim, há uma diversidade muito grande dos dados encontrados. Esta diversidade entre as definições utilizadas para a medida do tabagismo em adolescentes e as diferentes faixas etárias empregadas nos diversos estudos analisados são limitações que impedem estabelecer uma evolução temporal para a freqüência do fumo em adolescentes.

3.3.3 Álcool

Segundo Jernigan (2001) e Pechansky, Szobot e Scivoletto (2004), o álcool é uma das substâncias psicoativas mais precocemente consumidas pelos adolescentes. Nos Estados Unidos, a média de idade do início do uso de álcool é 13,1 anos, em especial nos rapazes.

No estudo de Herrera-Vasquez et al. (2004), com escolares de Morelos no México, 60% dos rapazes iniciaram o uso do álcool aos 17 anos, já as moças iniciaram um pouco mais

tarde, aos 18 anos. Aos 15 anos, 50% dos estudantes já haviam iniciado o consumo de álcool e tabaco.

No Brasil, conforme o estudo de Muza et al. (1997), a idade da primeira experiência com álcool foi em menores de 11 anos. No estudo de Araújo e Gomes (1998), a média de idade é de 14 anos para aqueles que não beberam no último mês e 12 anos para aqueles que beberam de uma a cinco vezes ou seis ou mais vezes neste período. Contudo, para Godoi et al. (1991), a idade da primeira experiência com álcool foi entre 13 e 14 anos.

Segundo Jernigan (2001), quanto mais cedo a pessoa começa a ingerir bebidas alcoólicas, mais tende a se tornar dependente na idade adulta e mais propícia a sofrer acidentes com veículo motor, queda, queimaduras, incêndios e afogamentos. Em geral, os adolescentes de 13 a 16 anos têm sido o mais freqüente consumidor, e as idades de mais altos níveis de abuso de álcool têm sido nas idades de 17 e 18 anos, e o mais freqüente lugar para a iniciação e o consumo de álcool é no ambiente familiar. Na região africana e na região das Américas, os rapazes são mais propícios do que as moças para beber e beber em excesso. No México e no Brasil, o consumo entre as garotas está aumentando nas áreas urbanas. Contudo, diferenças entre sexo são mais prevalentes na América Central e América do Sul do que na América do Norte.

Em idades precoces, as pessoas jovens são mais vulneráveis aos efeitos da bebida alcoólica do que pessoas de mais idade, por este motivo alguns riscos decorrentes do álcool são mais freqüentes nesta etapa de desenvolvimento. O álcool influi diretamente nas decisões dos adolescentes, pelo fato de estarem mais suscetíveis ao desafio às regras e acreditarem na sua onipotência, envolvendo-se assim em situações de maior risco, muitas vezes com conseqüências mais graves (Jernigan, 2001 e Pechansky, Szobot e Scivoletto, 2004).

Segundo estes mesmos autores, o uso de álcool na adolescência está associado à aquisição de vários comportamentos de risco, à perda de dinheiro, objetos ou roupas,

acidentes, brigas, vitimização por roubo ou problemas com a polícia, batidas de carro ou moto por excesso de álcool, homicídios, suicídios, afogamento, morte violenta, queda no desempenho escolar, dificuldades de aprendizado e de relacionamento com amigos, professores e ou parentes além de promover experiências sexuais indesejadas ou sexo desprotegido. Além disso, expõe o adolescente a um maior risco de dependência química na idade adulta e pode interferir na neuroquímica cerebral, no pior ajustamento social e no retardo do desenvolvimento de suas habilidades, ainda em desenvolvimento na adolescência.

Para Pechansky, Szobot e Scivoletto (2004), a queda no rendimento escolar, provocada pelo excesso de bebida alcoólica, pode diminuir a auto-estima do jovem, o que pode levá-lo a um maior envolvimento com experimentação, consumo e abuso de substâncias psicoativas. Segundo Herrera-Vasquez et al. (2004), o consumo de álcool e tabaco é um importante antecedente para o início no consumo de outras substâncias.

Além disso, como o adolescente ainda está construindo a sua identidade, ele pode habituar-se a vivenciar situações apenas sob efeito do álcool, associando, por exemplo, o lazer ao consumo de álcool, e só conseguir divertir-se quando está bebendo. No entanto, quando o álcool não está presente, sente-se incapaz de desempenhar estas atividades (Pechansky, Szobot e Scivoletto, 2004).

Segundo Carlini-Cotrin, Gazal-Carvalho e Gouveia et al. (2000), a idade, o sexo, a classe socioeconômica, o ambiente familiar e os amigos são grandes influenciadores e fatores de risco para o consumo de álcool. A maioria dos adolescentes bebe com amigos (53,5%), embora uma proporção bastante razoável beba com a família (39,4%).

Para Araújo e Gomes (1998) e Diez (1998), a influência familiar é primordial na escolha e aquisição ou não do hábito de ingerir bebidas alcoólicas. Assim, a prevenção deveria envolver os pais nos processos preventivos com a finalidade de criar um ambiente familiar positivo com respeito ao uso de bebidas alcoólicas de forma moderada e consciente.

No estudo de Diez (1998), com 11.000 adolescentes de ambos os sexos de 15 a 19 anos de Valência, detectou-se que o consumo de álcool em adolescentes está significativamente relacionado ao consumo de álcool por outros membros de sua família, e com a utilização por parte dos pais de estratégias educativas baseadas principalmente na reprovação e na ausência de compreensão e afeto.

Também no trabalho de Mathews e Pillon (2004), com adolescentes peruanos, de 12 a 18 anos, filhos de pais alcoolistas, foi encontrado o uso experimental de álcool, alguns casos, até embriaguez, porém não com padrão de uso freqüente. Logo, os fatores de risco e de proteção para o uso de álcool entre os adolescentes estão em maior ou menor grau associado aos comportamentos familiares, grupos de amigos, parentes e o contexto social em que estão inseridos.

Alguns trabalhos estão sendo feitos fora e dentro do Brasil. Em estudo realizado no Estado de Morelas, no México, Herrera-Vasquez et al. (2004), com 13.293 estudantes de 11 a 24 anos, estimaram em seu estudo que o uso de álcool ou tabaco alguma vez na vida foi para 16 e 18 anos de 59,87%, sendo 37,29% para as moças e 53,90% para rapazes.

No Brasil, tem-se o IV Levantamento do Cebrid (1997), abrangendo estudantes de ensino fundamental e médio da rede estadual de ensino das cidades de Belém, Belo Horizonte, Brasília, Curitiba, Fortaleza, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, Salvador e São Paulo. A prevalência de uso de álcool na vida da cidade de Curitiba foi de 79,6% e uso freqüente de 18,6%, e na cidade de Porto Alegre, uso na vida foi de 77% e uso freqüente de 16,3%. Dados gerais apontam para o Brasil, uso na vida de 75,9% e uso freqüente de 15%.

Em 1997, Muza et al., estudaram as taxas de prevalência do consumo de substâncias psicoativas entre 1.025 adolescentes escolares de ensino fundamental e médio (8ª série e ensino médio) de Ribeirão Preto/SP. Como resultados, o consumo de bebidas alcoólicas alguma vez na vida foi de 88,9%, o uso no último mês de 56,4% e uso diário de 8,5%. Os

rapazes consomem mais que as moças, 92,3% e 86,2%, respectivamente. A prevalência de uso de álcool na vida de acordo com a idade de 16 e 17 anos foi de 89,6%.

Em 2000, no estudo de Carlini-Cotrin, Gazal-Carvalho e Gouveia (2000), com 871 escolares secundários de escolas estaduais e particulares da cidade de São Paulo, os alunos de 15 a 18 anos apresentaram consumo de risco de álcool (últimos trinta dias) de 14,3%, sendo 13,1% para o sexo masculino e 7,7% para o feminino. Dos 23,6% estudantes que referiram um consumo de risco de álcool e envolveram-se em pelo menos uma briga com agressão física, nos últimos doze meses, afirmaram que em algumas ou todas as vezes que brigaram estavam sob efeito de bebidas alcoólicas.

De acordo com Carlini (2002), no I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, a prevalência de dependência de álcool foi de 5,2%, e de uso na vida de 48,3% entre adolescentes de 12 a 17 anos, em 107 grandes cidades brasileiras. Analisando-se os dados de acordo com a região brasileira, a maior prevalência de uso na vida de álcool foi encontrada na região Sul (54,5%) e maior prevalência de dependência de álcool nas regiões Norte e Nordeste (9,2% e 9,3%, respectivamente).

Em 2004, Guimarães et al. quantificaram o consumo de drogas inclusive álcool entre 2.123 estudantes de ensino fundamental e médio de escolas públicas e privadas da cidade de Assis/SP. Na idade de 16 a 18 anos, a prevalência de uso na vida de álcool foi de 84,6%, sendo 70,7% para o sexo masculino e 68,4% para o sexo feminino, não havendo diferenças significativas entre os sexos.

Mais especificamente na região Sul, Florianópolis/SC, Farias Júnior (2002) encontrou o consumo de bebidas alcoólicas em 38% dos adolescentes, tanto do sexo masculino quanto feminino. Já no estudo de Novaes (2002a), também com escolares de Florianópolis, a maioria dos adolescentes pesquisados (89,7%) já experimentaram bebidas alcoólicas, não havendo diferenças entre os sexos.

No estudo de Baús, Kupek e Pires (2002), com 478 estudantes de 13 a 18 anos da cidade de Florianópolis/SC, a prevalência de álcool foi de 86,8%, e notou-se uso elevado e freqüente (seis ou mais vezes por mês) de 24,2%.

Em Porto Alegre/RS, tem-se o trabalho de Araújo e Gomes (1998), com 188 estudantes secundaristas de uma escola pública daquela cidade, os quais responderam a um protocolo sobre tipos de bebida alcoólica, locais de consumo, idades de experimentação, uso mais comum e efeitos esperados em relação à informação de consumo de álcool no mês anterior. De acordo com os resultados, os adolescentes foram divididos entre: aqueles que não beberam no último mês (n=70, 37,2%), aqueles que beberam de uma a cinco vezes neste período (n=78, 41,5%) e aqueles que beberam seis ou mais vezes no último mês (n=40, 21,3%). Não houve diferenças entre os sexos quanto ao consumo, e as festas foram mencionadas como ocasiões de maior consumo de álcool.

Tavares, Beria e Lima (2001) estudaram 2.410 escolares de 10 a 19 anos, da cidade de Pelotas/RS, e encontraram a prevalência de uso na vida de 86,8%, uso no último mês de 62,3%, uso freqüente de 16,8% e uso pesado de 5%. Uso no mês, uso freqüente, uso pesado e intoxicações por álcool foram mais prevalentes entre os rapazes. Mais especificamente na idade de 16 a 18 anos, a prevalência de uso na vida foi de 95%.

Em suma, os trabalhos apontam para o sexo masculino maiores valores de prevalência e mais chances de consumir álcool em idades precoces (Muza et al., 1997; Carlini-Cotrin, Gazal-Carvalho e Gouveia, 2000; Tavares, Béria e Lima, 2001; Herrera-Vasquez et al., 2004).

3.3.4 Drogas

Segundo Muza et al. (1997) e Kessler et al. (2003), as primeiras experiências com drogas ocorrem quase sempre na adolescência, tanto pelos rapazes quanto pelas moças, muitas vezes em idades bem precoces, devido a grande vulnerabilidade do ponto de visto psicológico e social apresentada pelos adolescentes.

No estudo de Godoi et al. (1991), a idade média de início do uso de drogas foi de 13 e 14 anos para maconha, inalantes, alucinógenos e morfina e 15 e 16 anos para cocaína, anfetamina e tranqüilizantes. No trabalho de Muza et al. (1997) a idade média foi de 14 e 16 anos. Contudo, no estudo de Scivoletto et al. (1999), a média de idade foi bem maior (17,9 anos) para o início do uso de drogas.

O uso de drogas por estudantes não é causado por um único fator, mas por uma combinação de fatores genéticos, psicológicos, familiares, socioeconômicos e culturais. Segundo Tavares, Beria e Lima (2004) e Soldera et al. (2004), diversas características familiares e sociais estão associadas ao uso de drogas pelos adolescentes. Dentre os fatores que estão relacionados ao uso de drogas têm-se: idade, gênero, cor, condições de moradia, saneamento, aglomeração, composição da família e relacionamento familiar, eventos estressantes como doença crônica na família, familiar que usa drogas, morte de familiar, assalto ou roubo, migração, desemprego do responsável, separação dos pais, abuso sexual e maus-tratos, além de frequência e tipos de esportes, crenças e atividades religiosas.

Para Soldera et al. (2004), o uso de drogas pode ser determinado e associado a fatores protetores e facilitadores (de risco). Como fatores protetores, pode ser identificada a educação marcadamente religiosa na infância, o que talvez indique um meio familiar mais controlador ou estruturado.

Segundo Soldera et al. (2004) e Tavares, Béria e Lima (2004) estudantes com uma educação religiosa na infância mais intensa fazem menos uso de drogas.

Em pesquisa realizada por Dalgarrondo et al. (2004), em 1998, 2.287 estudantes de escolas públicas e particulares responderam um questionário sobre uso de álcool, tabaco, remédios, solventes, maconha, cocaína e êxtase. As variáveis religiosas analisadas foram: a afiliação religiosa, comparecimento na igreja, auto-avaliação da religiosidade, e a instrução religiosa na infância. O uso pesado de pelo menos uma droga durante o último mês foi mais freqüente entre estudantes que não tiveram uma educação religiosa durante a infância. O uso no último mês de cocaína, êxtase e abuso de remédios foram mais freqüentes entre aqueles estudantes que não tinham religião (cocaína e remédios) e que não tiveram uma educação religiosa durante a infância (êxtase e remédios).

Outro fator protetor é a existência de boa relação e estrutura familiar, e se sentir querido pelos amigos e professores. Foi encontrado nos estudos de Anteguini et al. (2001), Soldera et al. (2004) e Tavares, Béria e Lima (2004) menor uso pesado de drogas por estudantes que se sentiam de certa forma apoiados e compreendidos pela família.

Como fatores facilitadores, ou de risco, ao uso de drogas, podem-se citar: o gênero masculino, a idade, maior disponibilidade financeira (melhor nível socioeconômico e trabalho), desestruturação familiar (sentir-se menos apoiado e compreendido pela família) e ausência de religião (Soldera et al., 2004). Além de porte de arma no último mês, disponibilidade de arma em casa, história de abuso sexual e convites freqüentes a festas (Anteguini et al., 2001).

Outro fator importante seria a separação dos pais como influenciador ao uso de drogas por adolescentes. Pesquisas identificaram o uso de drogas em nível de risco para adolescentes pertencentes a famílias com pais separados ou famílias com relacionamentos muito deteriorados (Soldera et al., 2004). Para Baús, Kupeck e Pires (2002), pais separados

aumentam as chances de uso de cigarro e maconha na vida. O risco de uso de maconha na vida foi 67% maior para alunos cujos pais estavam separados.

No estudo de Tavares, Beria e Lima (2004), com 2.410 estudantes de 10 a 19 anos de Pelotas/RS, houve associação com o uso de drogas: a separação dos pais, relacionamento ruim ou péssimo com o pai e com a mãe, ter pai liberal, a presença em casa de familiar usuário de drogas, ter sofrido maus-tratos e ter sido assaltado e roubado no ano anterior.

No trabalho de Rebolledo, Medina e Pillon (2004), com estudantes de 12 a 17 anos de escolas públicas de Naguanagua, Carabobo, Venezuela, foram estudadas as seguintes variáveis: conduta (expressão de raiva, isolamento social, autocontrole), saúde mental (sintomas depressivos e ansiedade, sintomas psicóticos, isolamento, rebeldia e comportamento anti-social), habilidades sociais (assertividade, segurança e confiança), família (antecedentes familiares de uso de drogas e problemas legais, supervisão parental, normas e limites familiares), escola (atitude e satisfação com os estudos, rendimento acadêmico, faltas às aulas e abandono dos estudos, conseqüências do uso de drogas nos estudos), amigos (características dos amigos, pressão grupal, uso e venda de drogas por parte dos amigos, conduta anti-social dos amigos) e recreação (uso do tempo livre, uso de drogas como forma de recreação e satisfação com o uso do tempo).

As áreas de alto risco, neste estudo, associadas ao uso de drogas foram: família (80,41%) e saúde mental (63,67%), enquanto que as de risco moderado foram: recreação (48,98%), conduta (46,73%), e escola (39,39%), e as de baixo risco: amigos (31,63%), habilidades sociais (31,02%) e uso de drogas (3,67%).

Com relação ao uso pesado de drogas, no estudo de Soldera et al. (2004), o uso foi maior entre os estudantes de escola pública central, que estudavam no período noturno, que trabalhavam, pertencentes aos níveis socioeconômicos A e B, e cuja educação religiosa na

infância foi pouco intensa. Assim, uma maior disponibilidade de dinheiro também facilita o uso pesado de drogas.

As conseqüências decorrentes do uso de drogas na vida dos adolescentes são inúmeras e muito graves. No estudo de Tavares, Béria e Lima (2001), existe associação entre o uso de drogas e o mau desempenho escolar entre adolescentes, ou seja, existe associação positiva entre uso de drogas e maior número de faltas à escola no mês anterior e maior número de reprovações escolares.

Dados de prevalência sobre uso de drogas podem ser encontrados na literatura. O estudo internacional de Herrera-Vasquez et al. (2004), com 13.293 estudantes de 11 a 24 anos do México, encontrou, entre adolescentes de 16 a 18 anos, uso de drogas “alguma vez na vida” de 15,59%, sendo 7,23% para o sexo masculino e 2,05% para o sexo feminino.

No Brasil vários estudos isolados e regionais têm demonstrado preocupação com o uso de drogas psicotrópicas entre estudantes. Porém a comparação desses resultados nem sempre é possível por problemas metodológicos encontrados em alguns desses estudos além de diferentes questionários utilizados em cada pesquisa.

Segundo o IV Levantamento do Cebrid (1997), escolares de 16 a 18 anos de ensino fundamental e médio da rede estadual de ensino de dez capitais brasileiras, apresentaram a prevalência do consumo de drogas na vida de 31,2%, sendo em cada cidade: Belém (24,5%), Belo Horizonte (23,1%), Brasília (25%), Curitiba (26,3%), Fortaleza (28,1%), Porto Alegre (29,5%), Recife (25,9%), Rio de Janeiro (22%), Salvador (20,9%), São Paulo (18,5%). Já a análise de uso freqüente de drogas foi de 3,2% nas dez capitais brasileiras, sendo em Belém (3,6%), Belo Horizonte (3,2%), Brasília (3,2%), Curitiba (3,3%), Fortaleza (3,7%), Porto Alegre (5,2%), Recife (2,9%), Rio de Janeiro (2,4%), Salvador (2,7%), São Paulo (2,3%).

Para Muza et al. (1997), que estudaram o consumo de substâncias psicoativas de 1.025 adolescentes escolares de 16 e 17 anos, de ensino fundamental (oitava série) e médio de

escolas públicas e privadas de Ribeirão Preto/SP, a prevalência do consumo de drogas na vida foi de 39,8%.

No estudo de Scivoletto et al. (1999), com 689 escolares de 13 a 21 anos, de escolas públicas de ensino médio da cidade de São Paulo, os resultados mostraram que 53,1% dos escolares já haviam feito uso de alguma droga ilícita alguma vez na vida. Quanto ao gênero, 50,8% eram do sexo masculino e 49,2% do sexo feminino.

No trabalho de Carlini-Cotrin, Gazal-Carvalho e Gouveia (2000), os autores estudaram a frequência dos comportamentos de saúde entre 871 estudantes secundários de escolas estaduais e particulares da cidade de São Paulo. Nas escolas estaduais, 8,8% dos escolares de 15 a 18 anos usaram inalantes nos últimos doze meses, sendo 7,6% para o sexo masculino e 9,6% para o sexo feminino. Já o uso de maconha nos últimos meses, foi de 6,5% entre os escolares de 15 a 18 anos, sendo 7,1% para o sexo masculino e 1,8% para o sexo feminino.

Segundo o trabalho de Guimarães et al. (2004), foi estudado o consumo de diferentes drogas psicoativas entre 20% dos estudantes de ensino fundamental (quinta à oitava série) e ensino médio das escolas públicas e privadas da cidade de Assis/SP. Constatou-se que na rede pública 16,6% dos estudantes já experimentaram alguma droga e 2,4% faziam uso freqüente. As substâncias mais consumidas foram solventes (8,9%), maconha (6,3%), ansiolíticos (3,5%), anfetamínicos (2,2%) e cocaína (1,7%). Separando por faixa etária, na idade de 16 a 18 anos, 24,6% usavam drogas, sendo 19,7% do sexo masculino e 16% do sexo feminino.

No estudo de Soldera et al. (2004), os autores determinaram a prevalência do uso pesado de drogas de 2.287 estudantes de ensino fundamental e médio de escolas públicas e particulares da cidade de Campinas/SP. Nesse estudo, considerou-se “uso pesado”, o uso de drogas em vinte dias ou mais dos trinta dias que antecederam a pesquisa. A prevalência do

uso pesado de drogas foi para maconha 4,4%, solventes 1,8%, cocaína 1,4%, medicamentos 1,1% e êxtase 0,7%.

Miranda, Gadelha e Szwarcwald (2005) descreveram o padrão de comportamento de adolescentes do sexo feminino de 15 a 19 anos residentes na região de Maruípe, em Vitória, assistidas pelo Programa de Saúde da Família – PSF, relacionado às práticas sexuais e uso de drogas, e concluíram que 14% das adolescentes usavam alguma droga ilícita.

Na região Sul, tem-se o estudo de Novaes (2002a), com 431 adolescentes de escolas públicas e particulares de 14 a 18 anos, de Blumenau/SC, onde foi verificado que uma parte considerável dos adolescentes (14,5%) já experimentou algum tipo de droga ilícita e 6,3% são usuários atualmente.

Em Florianópolis, o estudo realizado por Baús, Kupeck e Pires (2002), verificou a prevalência e os fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre 478 escolares de 13 a 18 anos, de escolas públicas de ensino fundamental e médio. Como resultado, a prevalência do uso de maconha na vida foi de 19,9%, cocaína 2,9%, solventes 18,2% e anfetamínicos 8,4%. Já a prevalência de uso freqüente (mais de seis vezes por mês) foi: maconha 4,9%, cocaína 0,2%, solventes 2,5% e anfetamínicos 2,3%.

Em Pelotas/RS, no estudo de Tavares, Béria e Lima (2001), foi analisada a prevalência do uso de drogas de 2.410 adolescentes, de 10 a 19 anos, de escolas de ensino fundamental e médio daquela cidade. Nas idades de 16 a 18 anos, o uso de drogas foi: maconha (18,1%), solventes (13,5%), ansiolíticos (9,9%), anfetamínicos (5,3%) e cocaína (4,2%). Separando por sexo, o uso de drogas no mês para o sexo masculino representou 10,8% e para o feminino 10,6%. O uso freqüente, para o sexo masculino foi de 4,7% e para o feminino 3,6%. O uso pesado para o sexo masculino foi de 2,7% e para o feminino 2,4%, não havendo diferenças significativas entre os sexos.

Em outro estudo realizado pelos mesmos autores, Tavares, Beria, Lima (2004), investigaram os fatores associados ao uso de drogas entre 2.410 escolares de 10 a 19 anos de escolas públicas e particulares da cidade de Pelotas/SR, e encontraram uma prevalência de uso, no ano, de drogas para a faixa etária de 14 a 16 anos de 19,4% e de 17 a 19 anos de 20,3%.

3.3.5 Comportamento sexual

Segundo Paiva, Peres e Blessa (2002) e Schutt-Aine e Maddaleno (2003), o comportamento sexual é definido pela forma como o indivíduo na sociedade pensa, age e sente, de acordo com o seu sexo. O indivíduo desde criança aprende o que é definido “ser homem” e “ser mulher” na sociedade, formando os modelos sexuais que irão delimitar o comportamento sexual dele no seu meio.

Para esses autores, desde a infância, as moças são educadas que ser mulher é ser meiga, sensível, delicada e feminina, não saber muito sobre o sexo, cabendo esta responsabilidade ao homem. Para a mulher ter uma relação sexual, é preciso amar e ter uma relação de compromisso com alguém. O maior medo das moças é o de serem confundidas com escoladas e disponíveis. Propor o preservativo e ter que negociar seu uso é ter que se contrapor a este modelo de mulher, saber mais que o homem e ser experiente diante do sexo. Em geral, conhecem muito pouco sobre seu próprio corpo, como funciona o aparelho reprodutor e como fazer para evitar a gravidez.

O modelo sexual masculino prevê que os rapazes separam o sexo por prazer daquele que é feito com amor. Para a maioria dos garotos, ser homem significa ser provedor, ser sexualmente ativo, forte, alguém que assume riscos e que tem filhos. A sua função pode incluir dominar as mulheres, assumir riscos e tratá-las como objetos sexuais. Assim, ser

homem é não controlar muito seus impulsos sexuais e agressivos. Colocar o preservativo e se preocupar com a parceira é sinônimo de regar estes sinais de virilidade. Quanto ao seu corpo, sabem tudo sobre seu prazer e o pênis que manipulam, e nada sobre a reprodução. Ser homem também é ter jeito de homem, é ser forte, pensar muito em sexo e gostar de mulher e futebol. O medo dos rapazes é o de serem confundidos com o homossexual.

Embora, o crescente avanço da modernidade e a modificação progressiva constante dos costumes e conceitos, valores culturais muito fortes continuam ainda hoje a perpetuar na sociedade, pois são passados de geração a geração, caracterizando as diferenças entre sexos. Valores estes que marcam cotidianamente o modo de ser e agir dos adolescentes na atualidade. Assim, o comportamento sexual se reflete na cultura e nos conceitos da sociedade delimitando hábitos e atitudes.

A iniciação sexual tem se dado cada vez mais cedo entre adolescentes. A média de idade para o início da relação sexual foi, no estudo de Chirinos (1999), aos 14 anos; para Scivoletto et al. (1999), foi de 15,2 e 15,7 anos. Para Chirinos, Salazar e Brinds (2000) e Peres et al. (2002), a idade média de início da relação sexual foi de 13 anos. No estudo de Taquete, Vilhena e Campos de Paula (2001) foi de 14,6 anos para rapazes e 15 anos para moças; e, para Trajman et al. (2003), foi de 13 a 15 anos.

Segundo Anteguini et al. (2001), os fatores de risco entre os rapazes associados com relação sexual antes dos 15 anos foram: uso de drogas ilícitas, porte de arma no último mês, disponibilidade de arma na casa, convites frequentes a festas, ingestão de drogas e história de abuso sexual. Para as moças, houve associação somente com o uso de drogas ilícitas e história de abuso sexual. Fatores protetores entre os rapazes foram: ter pai com bom nível educacional, se sentir querido pelos professores, viver com ambos os pais, ter pais casados e ter uma boa relação familiar. Contudo, para as moças foram: ter boa relação familiar, participar de jogos esportivos, ter pais casados e viver com ambos os pais.

No estudo de Chirinos, Salazar e Brinds, (2000), a atividade sexual precoce se associou à idade, a viver com os pais ou com uma família reestruturada, em atividades como ir a festas, uso de álcool, tabaco e drogas, e ver revistas ou vídeos pornográficos.

A associação de drogas quando relacionada com a idade de início da atividade sexual mostra que, quanto maior o número de drogas usadas, mais precoce é o início da atividade sexual. No trabalho de Scivoletto et al. (1999), foi estudada a relação entre consumo de drogas e comportamento sexual de 689 estudantes de 13 a 21 anos de uma escola pública de ensino médio, na cidade de São Paulo, e comparadas as diferenças de comportamento sexual entre os usuários e os não-usuários de drogas. Os usuários de drogas ilícitas referiram: maior história de relação sexual completa (80,8% já tiveram relação sexual), início mais precoce da atividade sexual (15,2 anos), mais pagamento por sexo e tendência a menor uso de preservativos (somente 56,8% usavam preservativos).

Para Taquere, Vilhena e Campos de Paula (2004), o uso de álcool, tabaco e drogas, histórico de abuso sexual, o uso infrequente do preservativo, a violência, o atraso escolar, bem como a baixa idade das relações sexuais e a variabilidade de parceiros são as principais variáveis associadas ao surgimento das doenças sexualmente transmissíveis tão prevalentes na adolescência.

Embora os adolescentes saibam da importância do preservativo, não o usam. Algumas dificuldades são impostas para o seu não-uso: o fato de acreditar que não vão se contaminar, de confiar nos seus parceiros (Jiménez et al., 2001), esquecimento, custos e desprazer na relação sexual (Taquere, Vilhena e Campos de Paula, 2004), além de considerarem-no de pouca eficácia, com percepção de pouca qualidade (Hounton, Carabin e Henderson, 2005), frágil e desprazeroso (Paiva, Peres e Blessa, 2002).

No estudo de Hounton, Carabin e Henderson (2005), com 235 indivíduos de Benin, África, com idades a partir de 15 anos, somente 34% da amostra declararam usar sempre

camisinha nas relações sexuais, e 60,2% dos jovens de 15 a 24 anos declararam não usá-la. Com relação ao gênero, 61,9% dos homens e 72,5% das mulheres declararam não usar camisinha e 63,2% dos homens e 52,5% das mulheres declararam não usá-la durante a última relação sexual. Assim, as mulheres declararam usar camisinha menos do que os homens, mas declararam usá-la durante a última relação sexual mais do que os homens.

Outra dificuldade para o seu não-uso é a violência. A violência quando está presente nos relacionamentos interpessoais geralmente decorrente de fatores como: falta de dinheiro e de emprego, uso de drogas e álcool, ciúme e infidelidade, pode dificultar a proteção sexual. Autores como Taquette et al. (2003) e Ruzany et al. (2003), observaram que existe grande associação entre o não-uso do preservativo e a agressividade nas relações amorosas, devido ao fato de não haver negociação quanto ao uso de preservativo quando o parceiro é violento.

Dentre os fatores que contribuem para o não-uso ou uso inconstante do preservativo tem-se: pessoas de baixa renda e conhecimento insatisfatório. No trabalho de Trajman et al. (2003), com 945 estudantes de 13 a 21 anos do Rio de Janeiro, houve associação entre baixa renda familiar e conhecimento insatisfatório, e uso inconstante de preservativo. Não houve, entretanto, associação entre conhecimento insatisfatório e uso inconstante de preservativo. As variáveis associadas com o uso de preservativo no controle da análise multivariada foi: renda familiar, idade menor de 15 anos e conhecimento insatisfatório sobre DST/Aids na escola.

Assim, adolescentes com cinco ou mais anos de escolaridade são menos prováveis de ter a primeira relação sexual na adolescência, mais propensos a usar métodos anticoncepcionais nesta relação e apresentam menos riscos de ter filhos, quando comparados com adolescentes com menos de cinco anos de escolaridade (Leite, Rodrigues e Fonseca, 2004).

No entanto, dentre os fatores preditores que favorecem o uso do preservativo têm-se: adolescentes com cinco ou mais anos de escolaridade (Leite, Rodrigues e Fonseca, 2004),

nível socioeconômico alto, gênero masculino, suporte dos pais e conhecimento satisfatório sobre HIV/Aids (Hoyos e Sierra, 2001). Separando por sexo: para os rapazes, ter iniciação sexual mais tardia com parceira estável, contar com a família como fonte potencial de contraceptivos e acesso a serviços de saúde; e para as moças ter iniciado a vida sexual há pouco tempo e ter o pai como fonte de informação sobre sexualidade, contracepção e prevenção de DST/AIDS (Almeida et al., 2003).

Estudos estão sendo realizados como forma de conhecer o comportamento sexual de risco dos adolescentes. No estudo de Chirinos et al. (1999), com 935 mulheres de 12 a 19 anos de colégios secundários de Lima/Peru, 8% da amostra já tinha tido relações sexuais.

Em 2000, no estudo de Chirinos, Salazar, Brinds, com 991 estudantes entre 12 e 19 anos de colégios secundários de Lima, Peru, foi evidenciado que 43% dos estudantes já haviam tido relações sexuais alguma vez na vida, e 88% da amostra usavam camisinha.

No estudo de Hoyos e Sierra (2001) com 251 adolescentes mexicanos de 15 a 19 anos que relataram atividade sexual, a frequência de uso consistente de camisinha foi de 30,7% e teve uma prevalência de uso irregular.

Segundo Dillard (2002), nos Estados Unidos, 45,6% dos estudantes do ensino médio já se relacionaram sexualmente. Os rapazes (48,5%) tiveram significativamente mais relações sexuais do que as moças (42,9%). Entre os rapazes 68,8% dos americanos africanos, 53% dos latinos e 45,1% dos brancos disseram ter tido relação sexual, e entre as moças, 53,4% dos americanos africanos, 44% dos latinos e 41,3% dos brancos disseram já ter se relacionado sexualmente.

No Brasil, Carlini-Cotrim, Gazal-Carvalho e Gouveia (2000), estudaram os comportamentos de saúde de 871 estudantes secundários de escolas estaduais e particulares da cidade de São Paulo. Os alunos de 15 a 18 anos que tiveram relação sexual representaram 47,4%, sendo 49% para o sexo masculino e 20,5% para o sexo feminino, apresentando

diferença significativa entre os sexos. Indivíduos que não utilizaram preservativo na última relação sexual representaram 34,1%, sendo 33,5% para o sexo masculino e 35,2% para o sexo feminino e os estudantes que não utilizaram método anticoncepcional na última relação foi 21,3%, sendo 25,1% para o sexo masculino e 18,7% para o feminino. Mais de um terço daqueles que já tiveram relação sexual completa deixaram de usar preservativos e cerca de um quarto deles não usaram qualquer método anticoncepcional na última relação.

No estudo realizado por Taquette, Vilhena e Campos de Paula (2001), realizado com 356 adolescentes de 12 a 19 anos e que procuravam atendimento médico no NESSA, no Rio de Janeiro, foi verificado que os rapazes têm maior número de parceiros e iniciam a atividade sexual mais cedo. As moças, por sua vez, usam menos preservativo e são vítimas mais freqüentes de abuso sexual.

Já no estudo de Jiménez et al. (2001), com 635 mulheres adolescentes e adultas de Campinas/SP, observou-se que grande parte delas não se prevenia das doenças sexualmente transmissíveis, em particular, as de nível socioeconômico baixo. O preservativo masculino foi o método de prevenção mais referido. Ocorreu associação positiva entre escolaridade acima da oitava série e uso de camisinha, bem como negativa entre idade e uso desse método.

Também em 2001, no estudo de Anteguini et al., com 2.059 escolares de 13 a 17 anos de escolas públicas e particulares de Santos/SP, foi encontrada uma prevalência, de escolares de 16 e 17 anos, de 44,2% nos indivíduos do sexo masculino e 15,8% no sexo feminino, dos indivíduos que tiveram relação sexual antes dos 15 anos, apresentando diferenças significativas entre os sexos.

Em 2003, tem-se o trabalho de Trajman et al., que realizaram um estudo transversal com 945 estudantes do ensino médio, de 13 a 21 anos, de dez escolas do Rio de Janeiro. Neste estudo, 59% dos estudantes analisados já haviam iniciado sua vida sexual e 34% declararam usar sempre camisinha nas relações sexuais, 28% às vezes e 7% nunca.

Mais recentemente, no estudo de Leite, Rodrigues e Fonseca (2004), com adolescentes da região Nordeste e Sudeste do Brasil, os autores evidenciaram que adolescentes da região sudeste são mais propensos a usar métodos anticoncepcionais na primeira relação sexual do que adolescentes da região Nordeste.

Pesquisas sobre comportamento sexual de risco em adolescentes não foram encontradas em Florianópolis/SC. Sugere-se, então, mais pesquisas evidenciando este fator de risco e a promoção de programas educacionais que focalizem o comportamento de risco para doenças sexualmente transmissíveis em adolescentes. O estudo de Faustini et al. (2003) comprova que um programa de orientação desenvolvido com adolescentes promove aumento significativo de conhecimento, o que pode favorecer maiores cuidados como o uso de preservativo nas relações sexuais.

3.4 HÁBITOS ALIMENTARES

Segundo Ruffo (1997), Eisensten (2000) e Saito (2002), a adolescência é um período internamente anabólico influenciado pelo aumento da atividade hormonal. Assim, as necessidades nutricionais nessa fase são influenciadas pela aceleração do crescimento decorrente da puberdade.

Além dos fatores hormonais, os fatores ambientais exercem poderosa influência sobre a nutrição do adolescente. Dentre eles temos: a família, a escola e o trabalho. A família é o primeiro grupo de referência com seus conhecimentos sobre alimentação, valor de cada alimento, tabus e situação socioeconômica. A escola tem papel formador, baseado na transmissão de conhecimentos relacionados à importância dos diversos nutrientes, grupos fundamentais de alimentos, substituições e excessos. No entanto, determinados períodos escolares podem prejudicar o horário das refeições, levando à supressão ou substituições

inadequadas. O trabalho estabelece novos horários para refeições, transporte de alimentos de casa para o emprego e até mesmo a incorporação de novos hábitos e padrões alimentares (Saito, 2002).

A televisão também é uma grande influenciadora na adoção de hábitos alimentares. No estudo de Almeida, Nascimento e Quaioti (2002), os autores analisaram a quantidade e a qualidade de produtos alimentícios veiculados por três redes principais de canal aberto da televisão brasileira, em três períodos do dia. Como resultados, os produtos alimentícios, quando comparados a outros produtos, foram os mais freqüentemente veiculados, independente do horário ou do dia da gravação. Além disso, a televisão promove uma grande quantidade de produtos com altos teores de gordura e/ou açúcar e sal, contribuindo para mudanças nos hábitos alimentares de crianças e adolescentes.

Para Serra (2001), a mídia utiliza estratégias de convencimento, persuasão e sedução e pode influenciar o público leitor em relação às suas decisões, atitudes e comportamentos ligados à prática alimentar. Analisando a revista “Capricho”, que é uma revista lida, principalmente, pelo público jovem, foi possível verificar matérias que preconizam a padronização de dietas não levando em consideração as diferenças individuais, veiculam dietas descomprometidas com o equilíbrio entre os nutrientes, estimulam o uso indiscriminado de produtos dietéticos e medicamentos inibidores de apetite e encorajam uma excessiva prática desportiva.

Segundo Tojo (1991), os hábitos de omitir refeições, especialmente café da manhã, bem como o consumo de refeições rápidas, os chamados *fast-foods*, fazem parte do estilo de vida dos adolescentes. No estudo de Fonseca, Sichieri e Veiga (1998), fazer dieta simplesmente omitindo refeições para emagrecer foi sete vezes mais freqüente entre moças do que entre rapazes com sobrepeso.

Assim, a influência da família, da escola, do trabalho e da mídia no comportamento alimentar e o decorrente hábito de omitir refeições e o consumo de refeições rápidas contribuem muito para as modificações nos hábitos alimentares de forma negativa e conseqüentemente para o surgimento de diversas doenças crônicas.

É evidente, então, o mau hábito alimentar dos adolescentes na atualidade. Segundo Eaton, Shostak e Konner (1998), os hábitos alimentares mudaram muito, atualmente a alimentação é processada, centrada em produtos industrializados, refinados e submetidos a agrotóxicos, pobre em fibras vegetais e rica em gorduras saturadas.

Em pesquisa realizada com adolescentes portugueses, Matos et al. (1996) observaram que, considerando o consumo de alimentos, cerca de 18,1% dos adolescentes bebem café diariamente, mais da metade destes (61%) bebem refrigerante e consomem doces diariamente e não chega à metade (40%) o número de alunos que consome vegetais diariamente.

No estudo de Vargas et al. (1996), foi estudado o estilo de vida de 448 estudantes de 16,6 anos de um colégio municipal de Santiago no Chile. Como resultado, somente 14,3% dos adolescentes comiam em horários habituais, os rapazes não comiam vegetais e a ingestão de açúcares foi de 14,4% e de colesterol 6,7%.

No Brasil, em pesquisa realizada por Priore (1998), com 320 adolescentes de 12 a 18 anos, da rede pública estadual de São Paulo, entre as preferências alimentares dos adolescentes têm-se: refrigerante (56,5%) e massa (37,1%), e entre as recusas: hortaliças (69,9%) e carne ou ovos (32,6%). Carne, derivados lácteos, arroz, doce, pão, leguminosas, sanduíches e refrigerantes foram os alimentos consumidos por mais da metade dos adolescentes. Com relação às principais refeições, o jantar foi a refeição que os adolescentes mais deixaram de fazer. A ingestão de calorias, macro e micronutrientes em todas as faixas etárias quando significativa foi maior para o sexo masculino.

Gama (1999), investigou o padrão alimentar de 724 adolescentes de escolas particulares e estaduais do bairro de Vila Mariana/SP, agrupados de acordo com o sexo e segundo os grupos etários (10 a 12 anos, 13 a 15 anos e 16 a 19 anos). A prevalência para o consumo de proteínas em todos os grupos de estudantes foi menor que 5%, não apresentando diferenças entre sexos, faixa etária e nível socioeconômico. Quanto à ingestão de carboidratos, cerca de 30% de todos os grupos estudados apresentaram consumo abaixo do recomendado.

No trabalho de Albano (2000), foi identificado o comportamento alimentar de 327 adolescentes de 15 a 19 anos, de uma escola estadual de São Paulo. Foram verificados inadequações alimentares quanto ao grupo de hortaliças, frutas, carnes e leite ou derivados.

Na pesquisa realizada por Carvalho et al. (2001), foi estudado o consumo alimentar de 334 adolescentes de 10 a 19 anos, matriculados em um colégio particular de Teresina/Piauí; e verificou-se hábito alimentar inadequado, devido ao grande consumo de alimentos ou preparações gordurosas, alimentos ricos em açúcares com pouca fibra e de menor valor nutricional, como pães, doces, balas, gomas de mascar, bombons, sorvetes, refrigerantes e tabletes de chocolate. Os rapazes consumiram com maior frequência do que as moças alimentos energéticos (milho, manteiga, pizza, lasanha, sucos industrializados, refrigerantes) e construtores (frango, ovos, leguminosas). Os adolescentes de 10 a 13 anos consumiram com maior frequência: milho, mel, açúcar e rapadura, enquanto aqueles com idade entre 17 e 19 anos consumiram mais arroz, bolos, biscoitos, roscas, balas, gomas de mascar, refrigerantes e frutas verde-amarelas.

Contudo, no trabalho de Vilela et al. (2004), os autores investigaram a frequência de possíveis transtornos da alimentação e comportamentos alimentares inadequados de 1.807 estudantes, entre 7 e 19 anos, de escolas públicas do ensino fundamental e médio de seis cidades do interior de Minas Gerais. Os resultados mostraram que 13,3% dos alunos

apresentaram transtornos de alimentação com predominância significativa no sexo feminino, 59% estavam insatisfeitos com sua imagem corporal e 40% faziam dieta para emagrecer. Assim, há uma alta prevalência de possíveis transtornos alimentares assim como comportamentos alimentares inadequados principalmente em adolescentes do sexo feminino.

Na região Sul, no trabalho de Feijó et al. (1997), foram avaliados os hábitos alimentares de adolescentes de 14 a 18 anos, em duas escolas de ensino médio, de classe média alta, de Porto Alegre. Para isso, foi aplicado um questionário a 675 alunos com questões referentes à frequência de lanches e de refeições nos principais horários de alimentação (café da manhã, almoço e jantar). Como resultado: 26% tomavam café da manhã duas ou menos vezes por semana e 65% consideraram sua alimentação boa ou muito boa, principalmente entre o sexo masculino.

No estudo de Novaes (2002a), com 431 escolares, de 14 a 18 anos, de ensino médio de escolas públicas e particulares de Blumenau/SC, foi evidenciado que 75,1% da amostra não possuía o hábito de alimentar-se diariamente com cinco ou mais porções de frutas e/ou verduras. Além de que, dos adolescentes pesquisados 70,3% não se preocupavam em evitar gorduras.

No estudo de Farias Júnior (2002), o autor analisou o estilo de vida de 1.107 escolares de 16,4 anos, de escolas públicas e particulares do ensino médio do município de Florianópolis/SC e verificou que somente cerca de 31,3% dos rapazes e 35,1% das moças relataram consumir frutas diariamente. O consumo diário de verduras foi referido por 26,1% dos rapazes e 34,2% das moças.

No trabalho de Pires (2002), com escolares de Florianópolis, os alimentos mais consumidos pelos adolescentes foram: refrigerantes, doces, frituras, frutas e verduras, de um a três dias por semana; e laticínios, massas/cereais e carnes/ovos, pelo menos uma vez por dia. Somente 14,2% dos escolares referiram não consumir frutas e 25% não consumir vegetais

diariamente. Assim, os escolares referiram consumir em maior proporção todos os dias alimentos saudáveis (carnes, ovos, massas, cereais, laticínios, frutas e verduras) em detrimento aos alimentos não saudáveis (doces, refrigerantes e frituras).

Contudo, os rapazes tendem a consumir mais carboidratos e proteínas e menos lipídios ao contrário das moças. No estudo de Kazapi et al. (2001), avaliou-se a adequação do consumo de energia e macronutrientes de 797 adolescentes de 10 a 18 anos, de escolas públicas e privadas do município de Florianópolis/SC. Nas escolas da rede pública, encontrou-se uma maior prevalência de alto consumo de carboidratos e proteínas e uma baixa ingestão de lipídios entre os adolescentes do sexo masculino. Este apresentou maior prevalência (32,58%) do que o sexo feminino (23,15%) com relação aos adolescentes que tinham consumo energético acima do adequado.

Desta forma, observa-se o mau hábito alimentar da população, decorrente do consumo exagerado de alimentos gordurosos e saturados e a não-inclusão na dieta de alimentos menos calóricos e ricos em fibras, como frutas e verduras. A preocupação de que este hábito esteja com alta prevalência entre os adolescentes, com possibilidade de conseqüências para um estado negativo de saúde no futuro, aponta para a necessidade de ações preventivas, programas focando a promoção da saúde e mais pesquisas corroborando ou não os resultados até o momento obtidos.

Para Ziwan (1999), a adolescência é um período primordial para intervenções preventivas, visando aumentar a consciência, o conhecimento, as habilidades e a motivação do indivíduo no sentido de escolhas dietéticas saudáveis. As necessidades nutricionais devem ser ensinadas a todos os adolescentes, como a importância da adoção de uma alimentação balanceada, compreendendo frutas, verduras e legumes, bem como grãos integrais e a escolha de uma dieta com baixo teor de gorduras saturadas e colesterol, além da manutenção de um peso saudável equilibrando a ingestão e o dispêndio de energia.

3.5 ATIVIDADE FÍSICA

A sociedade moderna, embora cada vez mais agitada e competitiva, induz a uma diminuição da atividade física (Gomes, Siqueira e Sichieri, 2001; Ministério da Saúde, 2002; Alves, 2003; Mendonça e Anjos, 2004). A diminuição do trabalho braçal pesado e as comodidades oferecidas na sociedade atual oferecem todas as condições para não se realizar esforços físicos, tornando o homem cada vez mais sedentário e podendo trazer diversas conseqüências à sua saúde.

Entre os fatores que podem contribuir para a redução da prática de atividades físicas, têm-se: a prática de lazer passivo através da busca por meios de diversão mais cômodos e que não exigem esforço físico como o uso da televisão, computador e videogames; a preocupação dos pais em relação à segurança dos filhos; o desinteresse das escolas em promover este tipo de atividade; a disponibilidade da tecnologia; o uso de automóveis e a progressiva redução dos espaços livres nos centros urbanos para a prática de atividades físicas, o que contribui constantemente para um estilo de vida inativo não somente em adultos, mas também em crianças e adolescentes (Weineck, 1991; Harsha, 1995; Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte, 1998; OMS/FIMS, 1998; Barros e Farias Júnior, 1999; Andersen, 1999; Ministério da Saúde, 2002 e Alves, 2003).

Com relação ao hábito de ver televisão, o tempo em horas diárias que o adolescente gasta na frente da televisão pode servir como indicador de vida sedentária. Segundo Alves (2003), a criança ou adolescente vêm atualmente em média 27 horas de televisão por semana, isso corresponde a sua principal atividade, sendo somente ultrapassada pelas horas de sono.

Para Andersen (1999), cerca de 26% das crianças americanas vêem quatro ou mais horas de televisão por dia. Rapazes e moças que vêem televisão e não são regularmente ativas são mais gordas do que crianças que assistem pouco televisão e são mais ativas.

Diversas pesquisas são realizadas com o intuito de verificar o tempo que o adolescente permanece na frente da televisão. No trabalho realizado por Vargas et al. (1996), com 448 estudantes chilenos, os adolescentes do sexo masculino viam televisão 3,2 horas por dia e as moças 3,7 horas. Silva e Malina (2000), com 325 adolescentes de Niterói/RJ, a média de assistência à TV foi de 4,4 e 4,9 horas/dia para os sexos masculino e feminino, respectivamente. Já no trabalho de Guedes et al. (2001) com 281 adolescentes de Londrina/PR, as moças permaneceram menor tempo em frente da TV e do vídeo do que os rapazes (3:30 e 4:00 hs/dia).

Segundo o Ministério da Saúde (2002), a prática da atividade física diminui com a idade, tendo início durante a adolescência e declinando na idade adulta. De acordo com Weineck (1991) e a Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte (1998), a carência motora surge atualmente desde a infância e a adolescência. Os compromissos estudantis e/ou profissionais favorecem a que o avançar da idade seja acompanhado de uma tendência a um declínio do gasto energético médio diário à custa de uma menor atividade física. Além disso, a escola acentua a hipotividade das crianças e dos adolescentes, através da obrigatoriedade de ficar sentado durante as aulas.

Segundo Vieira, Priori e Fisberg (2002), WHO (2003) e Bracco et al. (2003) a atividade física regular fornece aos adolescentes benefícios substanciais de saúde como físicos, mentais e sociais. A prática regular de atividades físicas em crianças e adolescentes ajuda na construção e manutenção de ossos, músculos e articulações saudáveis, no aumento da massa magra, na diminuição da gordura corporal, na melhora dos níveis de eficiência cardiorrespiratória, de resistência muscular e força isométrica, além de facilitar o

desenvolvimento das habilidades motoras e o controle dos sentimentos de ansiedade e depressão. Promove e estimula a aquisição de comportamentos saudáveis como o não-uso do tabaco, álcool e drogas, bem como a adoção de uma dieta e descanso adequado e práticas melhores de segurança. Assim, a atividade física auxilia no desenvolvimento do adolescente e na redução dos riscos de futuras doenças, além de exercer importantes efeitos psicossociais.

Para Brownell (1995) e Priore (1998), além dos benefícios fisiológicos, a atividade física gera efeitos psicológicos positivos, tais como melhora do humor, redução do estresse, aumento da auto-estima devido à melhora da auto-eficiência e esquemas cognitivos que favorecem o raciocínio otimista. Além disso, pode estimular o espírito comunitário, a criatividade e outros aspectos que concorrem para completar a formação integral da personalidade do indivíduo.

Em pesquisa realizada por Boas (2003), foi investigado a relação entre o nível de atividade física e o nível de estresse, entre 134 adolescentes de ambos os sexos de 16 a 19 anos, no período pré-vestibular, e constatou-se que 63,5% dos indivíduos ativos apresentaram nível médio/alto de estresse e 44,8% dos muito ativos nível médio de estresse. Esses dados apontam para uma sensível diminuição do estresse em indivíduos que são fisicamente ativos, quando comparados com os que apresentam um nível menos intenso de atividade física.

A falta de atividade física na infância e na adolescência leva a variados prejuízos das funções biológicas como: distúrbios da regulação cardiovascular (desregulação hipertônica), distúrbios da digestão, insônia, resistência ao estresse psicofísico reduzido, hiperexcitação nervosa, capacidade de recuperação deficiente, aumento da gordura corporal, podendo resultar em obesidade, além de deficiências posturais orgânicas e coordenativas que são posteriormente percebidas por inúmeras condições dolorosas na região da coluna vertebral (dor lombar e dos pés) (Weineck, 1991).

Tendo em vista que nem todas as pessoas podem freqüentar clubes ou academias, a valorização da Educação Física na escola e o estímulo à promoção do esporte, em nível comunitário, figura-se como estratégia fundamental na busca pela saúde integral do adolescente (WHO, 2003).

Priore (1998), em seu estudo com adolescentes estudantes de 12 a 18 anos, da rede pública do município de São Paulo, encontrou que cerca de 93% dos escolares participavam de aulas de Educação Física; destes, 24,8% também desenvolviam outras atividades desportivas. Do total de estudados, 24,4% realizavam atividades físicas extracurriculares; destes, 93,6% realizavam duas ou mais vezes por semana e 5,1% as mantinham nos finais de semana. Também foi constatado que 23,4% realizavam duas ou mais modalidades desportivas diferentes durante a semana. Os estudantes que não participavam de aulas de Educação Física alegaram como motivo a falta de disposição do responsável pela aula e/ou da escola em integrá-los com o conteúdo da prática esportiva e com os demais colegas.

Diversos estudos são realizados com adolescentes como forma de verificar seus hábitos de atividade física. De acordo com Matos et al. (1996), através de uma pesquisa sobre o estilo de vida de adolescentes portugueses, foi possível observar que, quanto à prática de atividades físicas fora da escola, cerca de 33,3% dos escolares praticam $\frac{1}{2}$ hora ou menos, 46,6% praticam de 1 a 3 horas e 20,1% praticam 4 horas ou mais de atividade física por dia.

Vargas et al. (1996) estudaram o estilo de vida de 448 estudantes de 16,6 anos de um colégio municipal de Santiago, no Chile, e foi encontrado que 32,7% dos escolares faziam pouca atividade física, e somente 86,5% dos rapazes e 59,6% das moças eram ativos fisicamente.

No Brasil, tem-se o estudo de Silva e Malina (2000), com 325 adolescentes da rede pública de Niterói/RJ, onde 85% dos rapazes e 94% das moças foram classificados como sedentários. As atividades físicas mais praticadas foram o futebol entre os rapazes e a

caminhada entre as moças. Além disso, os adolescentes apresentaram maior nível de atividade física nos finais de semana em comparação aos dias de semana.

No estudo de Matsudo et al. (2002), foi avaliado o nível de atividade física de 2001 indivíduos de 14 a 77 anos, do estado de São Paulo. Dos 364 indivíduos de 15 a 29 anos, os muito ativos apresentaram uma prevalência de 10,5%, os ativos de 45,8%, os irregularmente ativos A de 15,7%, os irregularmente ativo B de 20,3% e os sedentários de 7,7%. No sexo feminino, os indivíduos muito ativos apresentaram uma prevalência de 6%, os ativos de 44,5%, os irregularmente ativos A de 18,4%, os irregularmente ativos B de 21,2% e os sedentários de 9,9%. No sexo masculino, 14,4% foram considerados muito ativos, 47% ativos, 13,4% irregularmente ativos A, 19,5% irregularmente ativos B e 5,8% sedentários. O sedentarismo foi maior nas classes A (55,3%) e E (60%), sendo que nas classes B, C e D a porcentagem variou de 42% a 49%.

Em Santa Catarina, o trabalho de Novaes (2002a), com 341 escolares de 14 a 18 anos, de escolas públicas e particulares de Blumenau/SC, registrou que mais da metade dos adolescentes (57,8%) não possuíam o hábito de praticar atividades físicas.

Mais especificamente em Florianópolis, segundo o trabalho de Farias Júnior (2002), com 1.107 escolares, a proporção de adolescentes insuficientemente ativos foi elevada, principalmente nas moças (78,1%), em comparação com os rapazes (52,7%).

Segundo os trabalhos de Lopes (2001), Guedes et al. (2001) e Pires (2002) os rapazes são mais ativos que as moças, especialmente nos níveis de esforço moderado e vigoroso.

Contudo, ser do sexo feminino, pertencer à classe social baixa, ter uma baixa escolaridade e ser filho de mãe com baixa escolaridade são fatores associados ao sedentarismo. Para Oelschlaeger et al. (2004), os autores determinaram a prevalência e os fatores de risco associados ao sedentarismo em adolescentes de 15 a 18 anos, de Pelotas/RS. Dos 960 adolescentes, 39% foram considerados sedentários (participavam de atividades

físicas por um tempo menor do que 20 minutos diários e uma frequência menor do que três vezes por semana). As moças foram 2,45 vezes mais sedentárias que os rapazes. Os adolescentes das classes sociais mais baixas foram 1,35 vezes mais sedentários. Além disso, escolaridade inferior a quatro anos de estudo do adolescente foi 1,30 vezes e da mãe 1,75 vezes maior de risco para o sedentarismo.

Desta forma, baseando-se nestas pesquisas, é evidente a crescente tendência dos adolescentes à inatividade física. Parece ser importante estimular e promover programas de atividades físicas neste período da vida, tendo em vista que esta fase parece ser um período importante para se estabelecer padrões de atividade física.

3.6 ASPECTOS PSICOSSOCIAIS

Segundo Barreto (1997), as transformações sofridas na adolescência como: afirmação da personalidade, exercício pleno da sexualidade e função reprodutora, crescimento espiritual, conclusão de projetos de vida produtiva, auto-estima, independência e autonomia levam à estruturação do perfil psíquico do adolescente.

A adolescência constitui uma etapa crítica no desenvolvimento de cada indivíduo, onde se encontram momentos de grande satisfação e outros de frustração e derrota. Caracterizada por um período de riscos, problemas e conflitos, a adolescência permite ao indivíduo captar a realidade, mas também pode trazer algumas conseqüências. A *dificuldade de relacionamento com a família e os amigos* e uma certa *pressão psicológica* decorrente das intempéries desta fase, conseqüentemente pode afetar *o modo de percepção e o autoconceito do adolescente* com relação à sua vida de modo geral.

3.6.1 Relacionamento social

A vida humana, por natureza, é assentada em relacionamentos e é preciso estar bem consigo mesmo e cultivar os relacionamentos com outras pessoas para se ter uma vida com qualidade (Offer, 1996).

Segundo Nahas, Barros e Francalacci (2000), o relacionamento que as pessoas apresentam consigo mesmo através da reflexão, meditação ou oração e o relacionamento com as demais pessoas são os componentes fundamentais do bem-estar individual e espiritual trazendo paz interior e melhoria da auto-estima, oportunizando conseqüentemente uma melhor qualidade de vida aos indivíduos.

Ornish (1996), refere-se a duas perspectivas de intimidade ou relacionamento: horizontal, quando se desenvolve contatos e conexões com outras pessoas (grupos de apoio, desenvolvimento de habilidades comunicativas, confiança, perdão, altruísmo, etc) e vertical, quando o relacionamento (conexão) se dá consigo mesmo.

Para Rodriguez e Lopez (1999), Leal e Saito (2002) e Assis e Avanci (2005), na infância, o grupo social mais importante e com o qual o indivíduo mais se relaciona é a família. Com o advento da adolescência, as ligações afetivas até então vinculadas somente aos familiares passam a ser dirigidas ao grupo. Grupo este que vai permitir que ocorram trocas, formação de opiniões e competências sociais, de modo formal e informal. Assim, tanto a dinâmica do relacionamento familiar quanto as experiências escolares produzem forte impacto no desenvolvimento do adolescente.

Segundo Assis e Avanci (2005), a escola na sociedade atual significa um espaço não só de aprendizagem, mas também um local onde o adolescente encontra ou não o pertencimento a um determinado grupo.

Para Rodriguez e Lopez (1999), o grupo familiar, então, entra em competência com o grupo coletâneo, de onde obtém valores, sexualidade, vestimenta, estilo de vida, política, diversões e perspectivas de futuro até consolidar-se o processo de separação progressivo dos pais, iniciado no nascimento.

Como parte da separação, os adolescentes preocupam-se em ser diferentes dos pais e podem tornar-se distante destes, redirecionando as energias emocionais e sexuais para os relacionamentos com os colegas (Dalton e Forman, 1997, Strasburger e Brown, 1997).

Para Leal e Saito (2002) o relacionamento com o grupo torna o adolescente menos solitário (já que não é mais tão vinculado à família), mais forte, aumentando a sua auto-estima. As atitudes impostas pelo grupo passam a ser soberanas, pois dele advém o suporte emocional.

À medida que os encontros aumentam, a necessidade de pertencer a grupos do mesmo sexo diminui. A atratividade física e a popularidade permanecem fatores fundamentais tanto para as relações com colegas quanto para a auto-estima (Dalton e Forman, 1997).

Na literatura, poucos estudos são encontrados evidenciando os relacionamentos sociais dos adolescentes. No estudo de Matos et al. (1996), com adolescentes portugueses, os rapazes têm mais tendência a ter um grupo de amigos íntimos, com quem ficam depois das aulas e saem à noite, do que as moças. No estudo de Novaes (2002a), com adolescentes de 14 a 18 anos, de Blumenau/SC, a maioria dos alunos pesquisados (92,5%) estava completamente satisfeito com os seus colegas.

Segundo Antoniazzi et al. (2001), a amizade representa um aspecto importante durante a infância e a adolescência. O autor investigou o desenvolvimento dos conceitos de amizade e inimizade de 176 crianças e adolescentes, de 5, 9 e 13 anos de escolas privadas. Como resultado do estudo, os rapazes indicam ter na média mais amigos do que as moças.

No estudo de Jaehn et al. (1988), com escolares de 15 a 18 anos de Botucatu/SP, 83% dos adolescentes responderam que possuem muitos conhecidos, 48% muitos amigos e 85% deles consideram-se pertencentes a uma turma. A escolha de amigos tanto para o sexo masculino (73,6%) como para o feminino (65,7%) foi definida por considerá-los bons amigos e bons companheiros.

3.6.2 Pressão psicológica

Para Dell’Aglia, Borges e Santos (2004), eventos estressores tais como mudanças de vida, perdas ou micro eventos diários, vêm sendo considerados como fatores de risco para a ocorrência de depressão na adolescência.

Segundo Silva e Leal (2002) e Bonica e Daniel (2003), os adolescentes sofrem diariamente uma variedade de situações estressoras. Os vários sintomas, como depressão, ciúmes, manifestações anti-sociais, mentira, medo, ansiedade, insatisfação, busca de novas sensações, narcisismo exagerado e outros, decorrentes dos conflitos emocionais apresentados nesta fase do processo de desenvolvimento, promovem uma pressão psicológica no adolescente.

Crianças e adolescentes tendem a reagir a esta pressão psicológica com o comprometimento das funções fisiológicas, com distúrbios da alimentação e do sono, com expressões de ódio ou medo, como em acessos de fúria ou com comportamento de isolamento e fuga, demonstrando dificuldades de relações com amigos e membros da família, como comprometimento do desempenho escolar, pelo desenvolvimento de síndromes psicológicas específicas, como fobias ou distúrbios psicossomáticos ou por regressão a formas anteriores e mais infantis de funcionamento (Dalton e Forman, 1997).

Para Walker (2004) e Hendrickson (2004), além destes, podem surgir comportamento anti-social, como roubo, agressão, rebeldia em casa, dificuldade de concentração, comportamentos impulsivos, obsessões e medos irrealistas, comportamento agressivo, sentimentos de humilhação e de culpa e baixa auto-estima.

Segundo Kreipe e Mc Anarney (1997), os adolescentes mais jovens deprimidos, cujo desenvolvimento cognitivo é operacional concreto, não são capazes de reconhecer seu estado afetivo, mas a condição é indicada por tédio, inquietude, dificuldade para concentrar-se ou queda do rendimento escolar, preocupação com dores e fadiga, abandono do lar, brigas corporais com pessoas da mesma idade, fuga, entre outros. Os adolescentes de mais idade que têm mentalidade operacional formal podem ser capazes de refletir sobre seus próprios sentimentos de depressão e tristeza. No entanto, o distúrbio de humor pode ser caracterizado por sintomas como se sentir triste ou melancólico por mais de três horas, três vezes por semana, hipersonia, alterações do apetite, perda de interesse sexual, retardo psicomotor ou fadiga, incapacidade de concentrar-se e sentimentos de culpa excessiva, desvalia, autocensura ou desesperança.

No entanto, o adolescente é um ser inconstante, pode manifestar microcrises depressivas como sentimentos de angústia, solidão, refúgio de si mesmo, ao mesmo tempo em que pode sentir sensações de sucesso e euforia, sentindo-se indestrutível, imortal e onipotente (Leal e Saito, 2002).

No adolescente, a comunicação principal se dá através da ação; no entanto, o isolamento e a falta de ação também é, para ele, uma forma de comunicação. A depressão no adolescente ocorre quando ele apresenta dificuldade em demonstrar e exteriorizar seus sentimentos. Assim, a solução de seus conflitos pode se traduzir na atitude de recorrer às drogas, ao álcool, à rebeldia e desobediência, à promiscuidade sexual, aos comportamentos agressivos e inclusive ao suicídio (Ballone, 2004).

Segundo Garrido, Garcia e Carballo (2000), a tentativa do suicídio é a emergência psiquiátrica mais freqüente nos adolescentes. A idade média é de 15 anos, sendo 87% moças. A substância tóxica mais usada é originária de remédios, que, na maioria das vezes (82,6%), foi obtida no seu próprio lar.

Autores como Kendler, Karkowski e Prescott (1999), Margis et al. (2003) e Walker (2004) apontam que o estresse é influenciado por fatores genéticos. No estudo de Silberg et al. (1999), a taxa de herdabilidade para depressão em adolescentes foi estimada em 30% e o restante foi devido a fatores ambientais, entre os quais os eventos estressores. Assim, parte da suscetibilidade para depressão e para responder com depressão aos eventos da vida estressores parece estar ligada a um mesmo conjunto de genes.

No estudo realizado por Silberg et al. (1999), com adolescentes gêmeos foram classificados como eventos depressogênicos entre os rapazes, não poder participar do time de esporte ou de uma banda de música, e perder um amigo por brigas verbais, e entre as moças, romper com um namorado.

Além dos fatores genéticos, existem diversos outros fatores que podem levar uma criança ou adolescente a desenvolver um processo de estresse, dentre eles: separação dos pais, mudança de residência, violência familiar e/ou abuso sexual e obesidade, resultando em perda de auto-estima e depressão (Walker, 2004, Hendrickson, 2004).

Para Ribeiro (1988), a separação dos pais pode constituir-se em um fator de estresse que pode ter influência no desenvolvimento dos filhos. Souza (2000) e Steinman e Petersen (2001) analisaram os efeitos do divórcio em adolescentes, e verificaram que a separação conjugal pode ocasionar no adolescente estresse de efeito agudo com tempo limitado ou mais duradouro, além de poder afetar o desenvolvimento psicossocial do adolescente normal, ocasionando solidão, isolamento, insegurança e ausência ou incapacidade de encontrar fontes de apoio, decorrente da saída de casa de uma das figuras parentais.

No que concerne à mudança de residência, Skreblin e Sujoldzic (2003) realizaram uma pesquisa com 510 adolescentes de 14 a 19 anos, e verificaram que a mudança de lugar é um fator de risco para angústia psicológica e para aquisição de um comportamento alimentar inadequado.

Adolescentes que são expostos à violência ou sofreram traumas na infância e adolescência, como violência familiar ou abuso sexual também são bastante favoráveis ao estresse, podendo resultar em estresse pós-traumático. No estudo realizado por Silva et al. (2000), os autores examinaram 100 adolescentes, 59 tinham experimentado um trauma que foi qualificado como início de doença pós-traumática. As idades variaram de 3 a 18 anos, 39 (66%) eram rapazes, 22% das 59 crianças que tinham sido traumatizadas tiveram estresse pós-traumático, 32% tiveram alguns sintomas e 46% tiveram nenhum sintoma. As crianças com comportamento agressivo preexistido eram as mais prováveis de serem as vítimas de abuso físico.

Além disso, a obesidade pode ser decorrente do estresse bem como ser um fator de risco para este. Crianças e adolescentes obesos freqüentemente apresentam baixa auto-estima, o que pode provocar maior ansiedade e conseqüentemente maior ingestão calórica de alimentos como forma de controlar o estresse e a frustração decorrente do excesso de peso. Catwright et al. (2003), verificaram o estresse e a prática de dieta em 4.320 adolescentes de 11 anos. O estresse foi associado com maior ingestão de comida gordurosa, menor ingestão de frutas e verduras, mais salgadinhos e uma probabilidade reduzida de uso de café da manhã. Estes efeitos eram independentes de indivíduo (sexo, peso), fator social (estado socioeconômico) e fatores étnicos. Assim, o estresse pode contribuir a longo tempo para risco de doenças se o indivíduo mantiver uma alimentação não saudável.

No estudo de Pires (2002), com 2.384 escolares de 11 a 17 anos de Florianópolis, verificou-se que 52,8% dos escolares apresentaram sintomas de estresse, destes 54,6% eram

moças e 45,4% eram rapazes. Dos cinco sintomas mais referidos pelos escolares, “pensar sempre na mesma coisa” foi o mais citado pelas moças e rapazes, com 29,6% e 21,7% respectivamente. Em segundo lugar, ficou “levantar da cama cansado” para ambos os sexos e em terceiro lugar, “muita irritabilidade”, referido pelas moças e “sono perturbado”, citado pelos rapazes.

No estudo de Matos et al. (1996), constatou-se que a irritabilidade foi mencionada por 40,4% das moças e 37,3% dos rapazes, enquanto que o cansaço matinal por 17,7% e 18,5% das moças e rapazes, respectivamente. Os sintomas relacionados com o sono, como “levantar cansado da cama” e “dormir pouco ou muito sono”, citados pelas moças e rapazes parecem evidenciar que a intensidade de preocupações dos adolescentes possivelmente não diferem das dos adultos.

No trabalho de Calais, Andrade e Lipp (2003), com 295 estudantes de 15 a 28 anos, as mulheres apresentaram maior nível de estresse. A sintomatologia apresentada foi predominantemente psicológica, e os sintomas mais prevalentes foram “sensibilidade emotiva excessiva” para as mulheres e, para os homens, “pensamento recorrente”. As mulheres apresentaram mais do que os homens: esquecimento, mal-estar, desgaste, mudança de apetite, problemas dermatológicos, cansaço, gastrite, tontura, emotividade, dúvidas, pensar recorrente, irritação e diminuição da libido.

Segundo Sparrenberger, Santos e Lima (2003), as mulheres, os mais velhos, os mais pobres e os indivíduos de menor escolaridade são os grupos que apresentam as prevalências mais altas de estresse quando comparados com os seus pares.

No estudo de Dell’Aglia, Borges e Santos (2004), foram investigados eventos estressores e depressão em 160 adolescentes do sexo feminino de 12 a 21 anos, inseridas em diferentes contextos (família e instituições governamentais). Foi encontrada uma correlação positiva entre a frequência de eventos estressores e depressão e foi observada uma diferença

significativa nos escores de depressão, indicando valores mais altos entre as adolescentes institucionalizadas.

Desta forma, denota-se a importância de mais estudos com o objetivo de identificar adolescentes com sintomas de estresse como forma de evitar que este problema persista na idade futura e/ou venha trazer várias outras conseqüências à saúde do indivíduo.

Alguns autores dão algumas sugestões para burlar e controlar o estresse. No trabalho de Novaes (2002a), com escolares de 14 a 18 anos, de Blumenau/SC, mais da metade dos adolescentes (55,7%) possuíam o hábito de reservar cinco minutos no seu dia para relaxar, e essa atividade não diferia entre os sexos. Esta pode ser uma alternativa para a diminuição ou prevenção do estresse em adolescentes.

Segundo Nahas, Barros e Francallaci (2000), é importante reservar cinco minutos por dia para meditar e ater-se a questões interiores, orando, ouvindo música, apreciando uma bela paisagem ou simplesmente relaxando confortavelmente num ambiente calmo.

3.6.3 Autoconceito do adolescente.

Para Tamayo, Campos e Matos (2001), o autoconceito é caracterizado pela percepção das características pessoais do indivíduo utilizadas para a definição de si mesmo e regulação de seu comportamento. Ele é influenciado pelas variáveis positivas como: a popularidade com colegas e amigos, a opinião e *feedback* do outro significativo, a beleza e a aparência física, a aceitação social e a atitude positiva dos outros. No entanto, outros fatores revelam efeito negativo sobre o autoconceito como: neuroticismo, atuação de conflitos nas relações sociais, psicopatia e alcoolismo.

Nos trabalhos de Magagnin e Korbes (2000) e Diez e Hernandis (2000), os bons níveis de comunicação e relacionamento com os pais estão diretamente ligados a um autoconceito significativamente mais positivo do adolescente.

O autoconceito tende a declinar da pré-adolescência até a metade dessa fase de desenvolvimento, quando então começa a aumentar. Assim, os primeiros anos da adolescência se caracterizam por mais negativismo que os anos mais tardios (Bee, 1996).

Com relação a diferenças de gênero, segundo Mruk (1995), o maior cuidado dispensado culturalmente às moças pode torná-las mais vulneráveis e menos confiantes em si. As moças valorizam mais temas como a aceitação e rejeição de si mesmas, enquanto os rapazes tendem a avaliar a si próprios a partir da dimensão da competência (sucesso e fracasso). Segundo ele, essas diferenças podem ser resultantes da biologia ou da cultura e do aprendizado, decorrentes da interação social e das experiências interpessoais do indivíduo.

Para Sánchez e Escribano (1999), tanto o autoconceito quanto a auto-estima são os fatores decisivos na relação do indivíduo consigo mesmo e com os outros, exercendo uma forte influência na percepção dos acontecimentos e das pessoas ao seu redor, influenciando de forma considerável o comportamento e as vivências dele no seu meio.

Adolescentes de elevada auto-estima tendem a um afeto positivo, acreditam na sua competência e no seu valor, demonstram capacidade para lidar com desafios, são eficientes e conseguem se adaptar mais facilmente a uma situação. Essas pessoas são mais independentes, autônomas e percebem a realidade mais acuradamente. Já os adolescentes com baixa auto-estima são mais sensíveis a críticas. Sofrem de um afeto negativo, com sentimentos de inferioridade, menos valia, isolamento, insegurança e têm um grande senso de proteção consigo (Assis e Avanci, 2003).

Assis et al. (2003) publicaram um artigo em que abordam o sentimento que o adolescente possui sobre si mesmo, seus valores e competência. Fizeram um inquérito

epidemiológico que investiga o autoconceito e a auto-estima de 1.686 adolescentes escolares das escolas públicas e particulares, de São Gonçalo, município do Estado do Rio de Janeiro. Os resultados indicaram que os adolescentes têm uma visão muito positiva de si próprios, revelada pela idéia de alegria, bom humor, extroversão e satisfação corporal, características de uma fase de desenvolvimento pontuadas por mudanças emocionais e físicas, conflitos e transformações. Trata-se de uma visão que enfatiza os atributos positivos em detrimento das qualidades negativas.

O conceito de si mesmo interpreta os fatos que acontecem na vida diária, assim as crenças e os valores, que os adolescentes têm de si mesmos, determinam muitas das reações emocionais e comportamentais no seu cotidiano (Zagury, 2003; Eisenstein, 2003).

Para Zamberlan, Freitas e Fukamori (1999), a pouca importância atribuída à vida é um fator de risco muitas vezes associado ao contexto em que se processa o desenvolvimento. Adolescentes com um autoconceito negativo de sua vida podem tender a adotar comportamentos de risco à saúde. Por exemplo, no estudo de González e Berger (2002), a boa apreciação de si mesmo serve como fator protetor para o não-uso de tabaco por adolescentes.

Poucos estudos descritivos foram realizados analisando o autoconceito do adolescente e o seu grau de satisfação com os aspectos do estilo de vida. No estudo de Matos et al. (1996), com adolescentes portugueses, a maioria dos adolescentes descreve-se como saudável, feliz, mas sentindo-se por vezes só. No que se refere a diferenças entre sexos, os rapazes descrevem-se mais freqüentemente como saudáveis e felizes, e as moças referem mais freqüentemente sentirem-se sós. Também no estudo de Starfield et al. (2002), os adolescentes se sentem satisfeitos na sua conceitualização de saúde.

Assim, é importante destacar a necessidade de mais estudos que corroborem os dados até o momento obtidos ou venham a trazer descobertas e ou alternativas sobre a saúde e o

estilo de vida dos adolescentes, para que se possa ter um entendimento mais profundo da vida do jovem na atualidade.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo transversal, analítico.

4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO E AMOSTRA

A população do estudo foi composta por escolares de ambos os sexos, da faixa etária de 16 e 17 anos, do município de Florianópolis/SC.

De acordo com a Secretaria do Estado da Educação e do Desporto, através dos dados do Censo Escolar-SC (2003), Florianópolis conta com 108 estabelecimentos escolares de ensino fundamental (5ª a 8ª série) e ensino médio (antigo 2º Grau), sendo 67 instituições públicas e 41 instituições particulares, perfazendo um total de aproximadamente 50.345 escolares. No ano de 2003, matricularam-se no município 35.858 escolares (71,2%), em escolas públicas, e 14.487 (28,8%) em, escolas particulares.

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%, resultando num total de 380 adolescentes de escola privada e 380 adolescentes de escola pública.

Uma amostra aleatória simples seria realizada dentre as escolas públicas e particulares que tivessem mais de duzentos alunos matriculados na faixa etária de 16 e 17 anos.

No entanto, em virtude da ocorrência de vários problemas que resultaram na impossibilidade de realizar a pesquisa nas escolas privadas, manteve-se o valor total de 720 escolares de escolas públicas, com o intuito de aumentar o poder estatístico da pesquisa.

A pesquisa foi realizada em três escolas públicas: duas estaduais e uma federal, da região central da cidade de Florianópolis/SC, com escolares do ensino médio de 16 e 17 anos. Uma das escolas contava 634 escolares no período matutino e vespertino, destes 248 responderam, sendo a taxa de não resposta de 60,88%; a outra escola estadual contava 1.157 escolares no período matutino e vespertino, destes 406 responderam com taxa de não resposta de 64,90%; e a escola federal contava com 172 alunos somente no período matutino, destes 66 responderam com taxa de não resposta de 61,63%. O número total de alunos do sexo masculino nas três escolas foi de 844, ou seja, 42,99%, e o feminino foi de 1.119 alunos, ou seja, 57% do total de alunos (1.963).

4.3 COLETA DE DADOS

Primeiramente, em março de 2004, o projeto foi submetido ao processo de qualificação pelos componentes da banca examinadora, sofrendo as alterações necessárias, e, em abril de 2004, encaminhado à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Do período de abril a junho de 2004, após muitas discussões sobre como se alcançaria os objetivos, elaboraram-se os questionários sobre informações socioeconômico-demográficas e estilo de vida. Foi aplicado um pré-teste em 10 escolares de uma escola pública de Florianópolis, com o intuito de identificar questões que poderiam ocasionar dúvidas aos alunos.

Posteriormente, foi solicitado à Secretaria de Educação, do Estado de Santa Catarina, o número total de alunos, classificados por escola, de 16 e 17 anos, matriculados nas escolas públicas e particulares de Florianópolis. Os dados atualizados contendo estes valores somente estariam disponíveis em agosto de 2004, o que fez com que os pesquisadores dependessem destes valores para calcular a amostra e o que conseqüentemente atrasou o trabalho proposto.

De posse destes dados e tendo em vista que a pesquisa inicial tinha o intuito de verificar possíveis diferenças socioeconômicas no estilo de vida entre os adolescentes de escolas públicas e particulares, realizou-se o sorteio aleatório das escolas que tinham mais de duzentos alunos matriculados na faixa etária de 16 e 17 anos.

A partir deste momento, entrou-se em contato com as escolas para solicitar autorização para realizar a pesquisa. No entanto, a receptividade não foi muito positiva, principalmente no que concerne às escolas particulares, o que fez com que os pesquisadores repensassem o processo de amostragem.

Os motivos alegados para justificar a recusa das escolas em participar da pesquisa foram:

- por ser incômodo os pesquisadores entrarem em sala de aula por 10 minutos, interrompendo o conteúdo ministrado pelo professor, a fim de explicar o processo de pesquisa aos alunos.

- por se tratar de uma pesquisa realizada através da entrega de três materiais: dois questionários, um para os alunos e outro para os pais, além de uma carta pedindo o consentimento dos pais, autorizando seus filhos a participarem da pesquisa. No primeiro dia seria entregue somente o pedido de autorização e o questionário ao que os pais deviam responder e no outro dia, quando os alunos trouxessem o material devidamente respondido e assinado, daí então seria aplicado o questionário de estilo de vida dos adolescentes. Caso os alunos esquecessem, os pesquisadores retornariam nos dias subseqüentes até realizar todo o

processo de pesquisa com todos os alunos. Isso causaria envolvimento e conseqüentemente transtorno ao andamento das aulas.

– por serem alunos de 16 e 17 anos, a maioria estava, nesta faixa etária, matriculados nos terceiros anos do ensino médio, preparando-se para o vestibular. As interrupções nas aulas poderiam dificultar o processo de ensino-aprendizagem dos alunos.

– o questionário continha perguntas sobre estresse, uso de cigarro, álcool e drogas, além de perguntas sobre comportamento sexual, atividade física, hábitos alimentares e aspectos psicossociais, o que fez com que a direção das escolas principalmente das particulares ficasse temerosa com os resultados encontrados, a publicação e a conseqüente repercussão destes resultados na mídia, podendo afetar ou não “a imagem” da escola.

– e o grande número de alunos que se queria coletar, 380 da escola pública e 380 da escola particular, além da necessidade de que todas as turmas participassem da pesquisa.

Assim, devido à inviabilidade do projeto ser aleatório e à recusa de algumas escolas, decidiu-se escolher algumas escolas menores que concordariam em participar da pesquisa. Foram escolhidas três escolas públicas e cinco particulares, as quais contemplariam o número necessário para a amostra. Começou-se pelas escolas particulares, onde foi aplicado o questionário em quatro escolas das cinco escolhidas.

Primeiramente, agendava-se o dia de coleta de dados, entrava-se em sala de aula, e 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 questionário no dia combinado, era marcado para o dia posterior e assim até obter o máximo de questionários possíveis.

A taxa de não resposta foi muito alta, o que obrigou aos pesquisadores a novamente repensar e reformular o questionário de maneira mais prática e com perguntas que eles não se recusariam a responder. A partir deste momento, decidiu-se escolher duas grandes escolas particulares e duas grandes escolas públicas, que compreendessem o número total necessário para amostra.

Das duas escolas particulares, a primeira recusou-se a participar da pesquisa, embora já tivesse autorizado. E a segunda, somente autorizou a coleta de dados com os alunos se fosse feito nas aulas de Educação Física. Tendo em vista que nem todos os alunos fazem aulas de Educação Física, por ser neste ano uma disciplina facultativa, a amostra não seria representativa de todos os alunos da escola, representando somente os alunos freqüentadores das aulas de Educação Física.

Por este motivo, os pesquisadores desistiram de realizar a pesquisa com escolas particulares e resolveram trabalhar somente com as escolas públicas, as quais se apresentaram mais disponíveis em participar da pesquisa. Assim, foram escolhidas duas escolas estaduais maiores e uma federal da região central da cidade. Para realizar a coleta de dados, os dois questionários foram distribuídos no mesmo momento juntamente com o pedido de autorização dos pais. Os alunos levariam para casa a autorização e o questionário dos pais e o questionário dos alunos e trariam respondidos no próximo dia. Caso esquecessem, os pesquisadores retornariam nos dias posteriores até recolher todos os questionários.

Das três escolas que participaram da pesquisa, 720 alunos responderam. A taxa total de não resposta foi de 61,23%. Dentre as justificativas à taxa de não resposta foi porque:

- os alunos esqueceram de trazer o questionário dos pais preenchido e/ou a autorização dos pais para responder ao questionário;
- os alunos não quiseram participar da pesquisa por opção pessoal;
- por ser final de semestre, os alunos estavam em período de provas finais;
- os alunos receberam, olharam o questionário e não trouxeram no outro dia por motivo de desistência de participação;
- os pais não autorizaram seus filhos a participar da pesquisa, devido a informações sobre comportamento sexual, uso de drogas, bebidas alcoólicas e uso de cigarro.

4.4 VARIÁVEIS DE ESTUDO

As variáveis utilizadas no estudo foram as seguintes:

Características sócio-demográficas

Sexo: masculino e feminino

Trabalho remunerado: sim e não

Com quem mora: sozinho/com outros, mora com pai ou com a mãe ou mora com ambos.

Estado civil dos pais: casado, separado/viúvo e solteiro.

O grau de escolaridade do pai e da mãe foi delimitado pelos anos referidos de estudo:

- onze anos ou mais;
- oito anos a menos de onze anos;
- menos de oito anos.

Atividade física

Educação Física regular: sim e não

Atividade física organizada em academia, escola de futebol, vôlei, basquete, natação, balé, etc., que dure pelo menos 40 minutos: sim e não.

Atividade física organizada por semana: mais de três vezes por semana e de uma a três vezes por semana.

Horas de TV e computador: até duas horas por dia, de três a quatro horas por dia e mais de quatro horas por dia.

Nível de atividade física: ativo, intermediário ativo e inativo.

Ativo – aqueles que praticavam Educação Física regular e faziam atividade física organizada;

Intermediário ativo – aqueles que faziam Educação Física regular e não faziam atividade física organizada ou o contrário, aqueles que não faziam Educação Física regular na escola, mas faziam atividade física organizada;

Não ativo – aqueles que não faziam Educação Física na escola ou fora dela.

Alimentação

Cafê da manhã: sim e não

Números de copos de leite e ou iogurte: mais de dois copos por dia, de um a dois copos por dia e nenhum.

Fruta, vitamina ou suco de fruta natural: sim e não.

Verduras (ex. alface, rúcula, agrião, etc) e legumes (ex. tomate, cenoura, abobrinha, etc.): mais de uma vez ao dia, às vezes/uma vez ao dia e nunca.

Lanches gordos (pizza, hambúrguer, empanadas, esfirras, pastéis, cachorro-quente, chips): até uma vez por semana, de duas a três vezes por semana e mais de três vezes por semana.

Doces, sorvete e chocolate: até uma vez por semana, de duas a três vezes por semana e mais de três vezes por semana.

Alimentação saudável: saudável e não saudável. Foi obtida através do somatório das variáveis: café, leite, fruta, verdura, gordura e doce. Obteve-se um escore de 0 a 10 e tomou-se como ponto de corte a mediana (4). O escore de 0 a 4 foi considerado alimentação saudável e o de 4 a 10 alimentação não saudável.

Aspectos psicossociais

Problemas de sono: não, mais ou menos e freqüentemente.

Dores de cabeça: não, mais ou menos e freqüentemente.

Angústia: não, mais ou menos e freqüentemente.

Sintomas psicossomáticos: Foi obtida através do somatório das variáveis: problemas de sono, dores de cabeça e angústia, onde foi obtido um escore de 0 a 6. A comparação foi realizada entre quem apresentava (1 a 6) e quem não apresentava nenhum sintoma (0).

Melhor amigo: não e sim

Satisfação com amigos: satisfeito e insatisfeito

Satisfação com a vida: satisfeito e insatisfeito

Saúde avaliada: ruim/mais ou menos, e boa/ótima.

Satisfação com a alimentação: satisfeito e insatisfeito.

Satisfação com a atividade física: satisfeito e insatisfeito.

Satisfação com a sexualidade: satisfeito e insatisfeito.

O índice de satisfação geral é o somatório das variáveis: satisfação com a atividade física, satisfação com a alimentação, satisfação com amigos e satisfação com a sexualidade, onde foi obtido um escore de 0 a 11. O escore de 0 a 4 foi considerado satisfeito e maior do que 4 insatisfeito.

Comportamentos de risco (fumo, álcool, drogas e comportamento sexual de risco)

Fuma diariamente: sim e não.

Idade que começou a fumar: idade em anos completos.

Idade que começou a beber: idade em anos completos.

Idade que começou a usar drogas: idade em anos completos.

Idade da primeira relação sexual: idade em anos completos.

Bebe regularmente: nunca bebe/festas e bebe regularmente.

Bebeu demais: nunca bebeu, bebeu uma vez, e bebeu mais de uma vez.

Briga por ter bebido demais: sim e não.

Uso de droga (ex. maconha, cocaína, cola, cogumelos, LSD, craque, êxtase, lança-perfume, etc.): nunca/uma vez e várias vezes/usa de forma regular.

Dependente de droga: sim e não.

Problemas por droga: sim e não.

Camisinha: nunca teve relação, nunca/às vezes usa camisinha e sempre usa camisinha nas relações sexuais.

A variável “risco” foi feita através do somatório das variáveis: uso de droga, fumo, álcool, 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): não e sim.

4.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As diferenças de gênero foram estimadas através do teste do qui-quadrado para variáveis qualitativas e análise de variância para variáveis quantitativas.

A associação dos comportamentos de risco com as características sociodemográficas, atividade física, hábitos alimentares e aspectos psicossociais foi analisada através da razão de prevalência e intervalos de confiança de 95%.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para uma melhor compreensão do leitor acerca dos resultados e discussões, este capítulo foi subdividido em:

- Características sociodemográficas;
- Atividade física;
- Hábitos alimentares;
- Aspectos psicossociais;
- Comportamentos de risco (fumo, álcool, drogas e comportamento sexual de risco);
- Associação dos comportamentos de risco com as demais características do estilo de

vida estudadas.

5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Participaram do estudo 720 escolares, sendo 252 rapazes (35%) e 468 moças (65%).

Na tabela 1, são apresentadas as características sociodemográficas dos escolares como sexo, trabalho remunerado além da escola, com quem mora, estado civil e escolaridade dos pais.

Observa-se que a maioria dos adolescentes não exerce trabalho remunerado, tem pais casados, moram com ambos os pais, e tem pai e mãe com 11 anos ou mais de escolaridade.

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos escolares de 16 e 17 anos de ambos os sexos, de Florianópolis

Variável	Total		Masculino		Feminino		p
	%	n	%	n	%	n	
Sexo							
Masculino	35,0	252					
Feminino	65,0	468					
Trabalha							
Não	71,2	511	67,73	170	72,96	340	ns
Sim	28,8	207	32,27	81	27,04	126	
Com quem mora							
Com ambos os pais	66,1	475	70,40	176	63,89	299	ns
Com pai ou mãe	27,8	200	24,00	60	29,70	139	
Sozinho ou outros	6,1	44	5,60	14	6,41	30	
Estado civil dos pais							
Casado	66,3	468	66,94	164	66,09	304	ns
Separado/viúvo	20,7	146	18,78	46	21,74	100	
Solteiro	13,0	92	14,29	35	12,17	56	
Escolaridade do pai							
11 anos ou mais	58,1	406	65,18	161	54,32	245	0,002
8 a menos de 11 anos	21,0	147	21,05	52	20,84	94	
Menos de 8 anos	20,9	146	13,77	34	24,83	112	
Escolaridade da mãe							
11 anos ou mais	55,5	396	58,57	147	54,01	249	ns
8 a menos de 11 anos	25,0	178	25,90	65	24,51	113	
Mais de 8 anos	19,5	139	15,54	39	21,48	99	

5.2 ATIVIDADE FÍSICA

Na tabela 2, são apresentados os hábitos de atividade física dos escolares referente à: prática de Educação Física regular, prática de atividade física organizada fora da escola, atividade física organizada por semana, horas de televisão e computador por dia e nível de atividade física dos adolescentes.

Conforme observado na tabela com relação aos hábitos de atividade física, a maioria dos adolescentes estudados pratica Educação Física regular na escola, mas não faz atividade física organizada, sendo os rapazes em maior proporção do que as moças. Contudo, a atividade física organizada é realizada, na maioria das vezes, de uma a três vezes por semana.

A maioria dos adolescentes assiste até duas horas de TV por dia e é classificada como intermediário ativo, sendo as moças em maior proporção. No entanto, os rapazes são mais ativos que as moças em sua cotidianidade.

Tabela 2 - Hábitos de atividade física dos escolares de 16 e 17 anos de ambos os sexos de Florianópolis

Variável	Total		Masculino		Feminino		p
	%	n	%	n	%	n	
Educação Física regular							
Sim	69,1	498	72,62	183	67,31	315	ns
Não	30,9	223	27,38	69	32,69	153	
Atividade física organizada							
Sim	40,4	291	55,95	141	32,12	150	<0,001
Não	59,6	429	44,05	111	67,88	317	
Atividade física organizada por semana							
>3 vezes/semana	38,4	113	42,96	61	34,21	52	ns
1 a 3 vezes/semana	61,6	181	57,04	81	65,79	100	
Nível de atividade física							
Ativo	30,6	220	43,65	110	23,55	110	0,001
Intermediário ativo	48,3	348	41,27	104	52,25	244	
Inativo	21,1	152	15,08	38	24,20	113	
Horas de televisão							
Até 2 hs/dia	45,5	327	40,80	102	47,97	224	ns
3 a 4 hs/dia	28,3	203	28,40	71	28,27	132	
>4 horas/dia	26,2	188	30,80	77	23,77	111	

Em virtude dos diferentes instrumentos e pontos de corte utilizados nas pesquisas para determinar os níveis de atividade física, a realização de comparações com outros estudos se torna bastante dificultada.

Com relação ao tempo de assistência aos programas de TV, os dados encontrados neste trabalho estão abaixo dos valores encontrados na literatura. Foi encontrado que a maioria dos escolares vêem TV e/ou usam computador até duas horas por dia, tanto do sexo masculino quanto do feminino. Comparando com outros estudos, tanto em trabalhos internacionais (Vargas, 1996; Andersen, 1999) quanto nacionais (Silva e Malina, 2000;

Guedes et al., 2001), observa-se que rapazes e moças vêem TV de 3,2 horas a 4,9 horas por dia.

Esta diferença encontrada entre o tempo de assistência aos programas de TV e/ou uso de computador pode ser explicada pelo diferente tempo de classificação, das horas de TV, nas pesquisas. Nos estudos apresentados para comparação, foram verificados os valores médios do tempo gasto para ver televisão, o que pode permitir uma maior variabilidade dos resultados. Contudo, neste estudo, foi calculada a prevalência dos alunos de acordo com o tempo de permanência na frente da televisão e/ou computador, já estipulado em questionário (até 2 hs/dia, 3 a 4 horas e mais de 4 horas por dia).

O tempo em horas diárias que o adolescente gasta na frente da televisão e/ou computador pode servir como indicador de vida sedentária, além de contribuir para a obesidade. Atualmente, com o acesso ao uso de computadores não só a televisão tornou-se uma vilã pela forma de prática de lazer passivo, mas também o computador se tornou um grande atrativo.

Para Alves (2003), um adolescente assiste a, diariamente, uma média de 27 horas de programas de televisão por semana. Somando a isso, o tempo do uso de computadores com o tempo que o adolescente é obrigado a ficar sentado na escola, sobra pouco tempo para atividades práticas. Assim, o tempo que o adolescente fica na frente da televisão e/ou computador poderia ser ocupado por atividades físicas que exijam maior gasto energético, mas que também sejam divertidas.

No entanto, na escola, embora reduzida, há ainda a existência das aulas de Educação Física. Priore (1998) afirma, em seu estudo, que cerca de 93% dos escolares participavam das aulas de Educação Física.

O que confirma os dados encontrados, apontando que, embora desvalorizada e perdendo seu espaço, a Educação Física escolar continua sendo bastante praticada. Ela é uma

opção para pessoas que não podem pagar para freqüentar clubes ou academias, pois é aberta a todos os alunos, não discriminando condições socioeconômicas.

No que se refere à prática de atividade física organizada, o estudo de Matos et al. (1996), com adolescentes portugueses, mostra que cerca de 46,6% praticavam de 1 a 3 horas diárias de atividade física fora da escola. Já o estudo nacional de Priore (1998), com adolescentes paulistas, mostra que dos escolares que realizavam atividades físicas extracurriculares (24,4%) o faziam duas ou mais vezes por semana (93,6%), o que reforça os dados encontrados neste trabalho.

Além disso, este estudo corrobora com os trabalhos internacionais (Vargas et al., 1996), nacionais (Silva e Malina, 2000; Guedes et al., 2001; Matsudo et al., 2002), e da região Sul (Lopes, 2001; Pires, 2002; Farias Júnior, 2002; Oelschlaeger et al., 2004), os quais apontam que os rapazes são mais ativos que as moças em sua cotidianidade.

O estudo foi também semelhante aos dados de prevalência encontrados no trabalho de Matsudo et al. (2002), com adolescentes paulistas, onde os ativos apresentaram uma prevalência de 45,8%, os irregularmente ativos de 36% e os sedentários ou inativos de 7,7%.

Comparando com outros estudos, verificou-se que os adolescentes de Florianópolis mostraram-se menos inativos do que os adolescentes pesquisados nos estudos internacionais (Vargas et al., 1996), nacionais (Silva e Malina, 2000) e da região Sul (Guedes et al., 2001; Novaes, 2002a; Farias Júnior, 2002; Oelschlaeger et al., 2004).

O fato de haver poucos indivíduos inativos pode ser justificado pela seleção das escolas. As escolas selecionadas para participar da pesquisa são grandes e com grande número de alunos, localizadas em bairros privilegiados e que possivelmente apresentam alunos de famílias de nível socioeconômico mais elevado, além de pais com melhor nível de instrução, o que pode favorecer a busca por atividade física organizada fora da escola e estimular a prática de lazer ativo.

Para Oelschlaeger et al. (2004), o nível socioeconômico baixo está diretamente relacionado ao sedentarismo e a pouca atividade física. Conseqüentemente, indivíduos economicamente favorecidos tendem a manter maiores cuidados com sua saúde, como a aquisição de práticas habituais de atividade física.

Contudo, é complicado medir o nível de atividade física de escolares baseado no seu nível socioeconômico, pois, por um lado, têm-se indivíduos melhores favorecidos economicamente que têm a oportunidade de praticar atividade física como forma de lazer em academias de ginástica e escolinhas de esportes. Por outro, indivíduos de classes socioeconômicas menos favorecidas poderiam apresentar maior envolvimento em atividades físicas através de atividades laborais e como meio de locomoção.

5.3 HÁBITOS ALIMENTARES

A tabela 3, apresenta uma descrição dos hábitos alimentares dos escolares, referentes à café da manhã, números de copos de leite e ou iogurte, consumo de fruta, vitamina ou suco de fruta natural, verduras (ex. alface, rúcula, agrião, etc.) e legumes (ex. tomate, cenoura, abobrinha, etc.), lanches gordos como pizza, hambúrguer, empanadas, esfirras, pastéis, cachorro-quente, chips; doces, sorvete e chocolate, e a presença ou não de uma alimentação adequada.

Observa-se que a maioria dos escolares apresenta uma alimentação adequada, sendo os rapazes em maior proporção do que as moças. Isto pode ser justificado analisando os tipos de alimentos consumidos, ou seja, os rapazes tomam mais copos de leite do que as moças, enquanto estas comem mais doces.

Tabela 3 - Hábitos alimentares dos escolares de 16 e 17 anos de ambos os sexos de Florianópolis

Variável	Total		Masculino		Feminino		p
	%	n	%	n	%	n	
Café da manhã							
Sim	64,6	465	60,71	153	66,81	312	ns
Não	35,4	255	39,29	99	33,19	155	
Nº de copos de leite							
> 2 copos/dia	9,5	68	13,89	35	7,08	33	0,009
1 a 2 copos/dia	62,9	452	61,51	155	63,52	296	
Nenhum	27,7	199	24,60	62	29,40	137	
Fruta							
Sim	56,8	409	59,13	149	55,46	259	ns
Não	43,2	311	40,87	103	44,54	208	
Verduras							
>1x/dia	10,7	77	9,92	25	11,13	52	ns
Às vezes/ 1x/dia	77,8	560	76,98	194	78,16	365	
Nunca	11,5	83	13,10	33	10,71	50	
Doces							
Até 1x/sem	46,5	335	58,33	147	40,04	187	0,001
2 a 3 x/sem	34,7	250	30,56	77	37,04	173	
>3 x/sem	18,8	135	11,11	28	22,91	107	
Lanches gordos							
Até 1x/sem	51,1	368	49,60	125	51,82	242	ns
2 a 3 x/sem	34,7	250	34,52	87	34,90	163	
>3 x/sem	14,2	102	15,87	40	13,28	62	
Alimentação saudável							
saudável	55,4	398	61,51	155	51,93	242	0,015
não-saudável	44,6	321	38,49	97	48,07	224	

Os dados encontrados neste estudo corroboram com os estudos de Priore (1998), Kazapi et al. (2001) e Carvalho et al. (2001), onde apontam que os rapazes tendem a consumir mais carboidratos e proteínas e menos lipídios e doces, ao contrário das moças.

Comparando com a literatura, pode-se observar que a frequência de alimentos como doces e lanches gordos apresentaram uma frequência baixa. Por exemplo, no trabalho de Farias Júnior (2002), o consumo de doces por mais de três dias por semana foi referido por 68,4% dos rapazes e 64,8% das moças. Da mesma forma, nos trabalhos de Carvalho (2001), Matos et al. (1996) e Priore (1998), cerca de 60% dos adolescentes demonstraram grande ingestão de doces diariamente. Somente no estudo de Vargas (1996), a ingestão de doces foi menor (14,4%).

Com relação aos lanches gordos, este estudo assemelha-se aos resultados encontrados no trabalho de Farias Júnior (2002), no qual o consumo de frituras em mais de quatro dias/semana foi de 12 a 20% dos adolescentes. Contudo, no trabalho de Novaes (2002a), 70,3% dos escolares não se preocupavam em evitar gorduras.

Com relação a hábitos saudáveis como café da manhã e consumo de frutas e verduras, houve também uma frequência baixa em comparação com a literatura.

Estudos demonstram que somente 26% dos escolares tomam café da manhã duas ou mais vezes por semana (Feijó et al.,1997) e 18,1% dos adolescentes bebem café diariamente (Matos et al.,1996).

No trabalho de Novaes (2002a), 75,1% dos escolares não possuíam o hábito de alimentar-se diariamente com cinco ou mais porções de frutas e ou verduras. No estudo de Farias Júnior (2002), somente 31,3% dos rapazes e 35,1% das moças relataram consumir frutas diariamente, e no de Pires (2002), somente 14,2% dos escolares referiram não consumir frutas.

No que concerne aos vegetais, somente cerca de 25 a 40% dos adolescentes têm o hábito de consumir vegetais diariamente (Matos et al., 1996; Vargas, 1996; Priore, 1998; Farias Júnior, 2002). No entanto, no estudo de Pires (2002), somente 25% dos escolares não consumiram verduras diariamente.

Com relação à ingestão de leite, os resultados obtidos estão acima dos valores encontrados no estudo de Farias Júnior (2002), onde a proporção de adolescentes que referiu não consumir leite e derivados é bem pequena, 8,7% dos rapazes e 8,9% das moças em comparação com 27,7% neste estudo.

No entanto, é importante chamar a atenção para o fato de que grande parte dos adolescentes, quase a metade (44,6%), não apresenta uma alimentação considerada saudável,

sendo as moças em maior proporção, provavelmente pela grande quantidade de doces ingeridos.

Em virtude das diferentes formas de obtenção e classificação dos resultados, a comparação com outros estudos torna-se dificultada. Contudo, observa-se o hábito alimentar inadequado dos adolescentes, em virtude do consumo de alimentos calóricos e gordurosos, ao contrário de uma dieta balanceada e rica em frutas e verduras.

Muitas vezes a vida diária dos escolares implica ter que se alimentar fora de casa com mais frequência, tornando-os responsáveis por sua própria dieta, o que pode favorecer maus hábitos alimentares e substituições inadequadas. Segundo Weiss (1998), os adolescentes geralmente preferem lanches com muita gordura, açúcar e sal como: salgadinho, batata frita, pizza, cachorro-quente e doces. Esses alimentos são ricos em sódio e apresentam um desequilíbrio entre as calorias e os nutrientes.

Salienta-se, então, a necessidade de programas de orientação alimentar na escola e mais pesquisas reforçando e discutindo os dados encontrados, como forma de evitar um estado de saúde negativo no futuro e a alta prevalência deste hábito entre os adolescentes.

5.4 ASPECTOS PSICOSSOCIAIS

Na tabela 4, encontram-se os aspectos psicossociais dos adolescentes como os sintomas psicossomáticos, relacionamento social, satisfação com a vida e com os aspectos do estilo de vida.

Nota-se que as moças apresentam mais problemas de sono, dores de cabeça e angústia do que os rapazes. Assim, os sintomas psicossomáticos (o somatório destes sintomas) são mais frequentes no sexo feminino. A maioria dos escolares apresenta um melhor amigo, sendo as moças em maior proporção. No entanto, a maioria dos rapazes avalia

sua saúde como boa e ótima e estão mais satisfeitos com a vida, em comparação com as moças.

Com relação à satisfação dos componentes do estilo de vida, os rapazes se sentem mais satisfeitos do que as moças com a alimentação e com a atividade física. Contudo, as moças se sentem mais satisfeitas do que os rapazes com relação à sexualidade.

Baseado no índice de satisfação geral obtido, que inclui a satisfação com a alimentação, com a atividade física, com a sexualidade e com os amigos, os rapazes se sentem mais satisfeitos do que as moças na sua cotidianidade.

Tabela 4 - Aspectos psicossociais dos adolescentes de 16 e 17 anos de Florianópolis

Variável	Total		Masculino		Feminino		p
	%	n	%	n	%	n	
Problemas de sono							
Não	48,5	348	56,00	140	44,42	207	0,008
Mais ou menos	41,0	294	33,60	84	45,06	210	
Freqüentemente	10,5	75	10,40	26	10,52	49	
Dores de cabeça							
Não	47,2	337	67,74	168	36,13	168	0,001
Mais ou menos	42,3	302	29,03	72	49,46	230	
Freqüentemente	10,5	75	3,23	8	14,41	67	
Angústia							
Não	27,3	196	42,23	106	19,06	89	0,001
Mais ou menos	53,8	387	46,22	116	58,03	271	
Freqüentemente	18,9	136	11,55	29	22,91	107	
Sintomas psicossomáticos							
Não	59,4	423	76,52	189	50,22	233	<0,001
Sim	40,6	289	23,48	58	49,78	231	
Melhor amigo							
Sim	89,1	640	79,68	200	94,42	440	<0,001
Não	10,9	78	20,32	51	5,58	26	
Satisfação amigos							
Satisfeito	90,8	653	91,63	230	90,36	422	ns
Insatisfeito	9,2	66	8,37	21	9,64	45	
Satisfação com a vida							
Satisfeito	81,6	587	86,06	216	79,23	370	0,026
Insatisfeito	18,4	132	13,94	35	20,77	97	
Saúde avaliada							
Boa, ótima	84,0	604	88,84	223	81,37	380	0,010
Ruim, mais ou menos	16,0	115	11,16	28	18,63	87	
Satisfação alimentação							
Satisfeito	75,0	540	81,75	206	71,31	333	<0,001
Insatisfeito	25,0	180	18,25	46	28,69	134	
Satisfação atividade física							
Satisfeito	39,2	278	55,02	137	30,72	141	<0,001
Insatisfeito	60,8	431	44,98	112	69,28	318	
Satisfação sexualidade							
Satisfeito	87,7	620	79,84	198	91,92	421	<0,001
Insatisfeito	12,3	87	20,16	50	8,08	37	
Índice de satisfação geral							
Satisfeito	69,0	479	75,10	184	65,63	294	0,010
Insatisfeito	31,0	215	24,90	61	34,38	154	

De acordo com a literatura, as moças apresentam maior nível de estresse, o que reforça os dados encontrados neste trabalho, resultando em mais esquecimento, mal-estar, desgaste, mudança de apetite, problema dermatológico, cansaço, gastrite, tontura,

emotividade, dúvidas, pensar recorrente, irritação e diminuição da libido maior do que os rapazes (Calais, Andrade e Lipp, 2003).

No estudo de Matos et al. (1996), foram evidenciados os sintomas como: irritabilidade, cansaço matinal, levantar cansado da cama, dormir pouco ou muito.

No trabalho de Pires (2002), 52,8% dos escolares apresentaram sintomas de estresse, destes 54,6% eram moças e 45,4% eram rapazes. Foram referidos como sintomas: pensar sempre na mesma coisa, levantar da cama cansado, irritabilidade e sono perturbado.

Para Calais, Andrade e Lipp (2003), os sintomas mais prevalentes, em seu estudo, foram sensibilidade emotiva excessiva para as mulheres e pensamento recorrente para os homens.

Assim, em comparação com os estudos encontrados na literatura, as moças mostram-se mais estressadas do que os rapazes, e, dentre os sintomas mais freqüentes, encontram-se problemas de sono e angústia. Contudo, dor de cabeça não foi referido como sintoma nos estudos.

Com relação ao grau de satisfação, a literatura reforça os dados encontrados. Os adolescentes em sua maioria se sentem satisfeitos com relação à sua saúde (Starfield et al., 2002), e os rapazes se sentem mais freqüentemente como saudáveis e felizes em comparação com as moças (Matos et al., 1996). No estudo de Feijó (1997), 65% dos adolescentes estão satisfeitos com a alimentação, considerando-a boa ou muito boa, principalmente entre o sexo masculino.

Assim, pode-se notar que o grau de satisfação dos adolescentes é evidente, principalmente no sexo masculino. As moças são mais estressadas e menos satisfeitas, somente apresentando melhor satisfação com a sexualidade. Fato este que pode ser justificado por talvez não se preocuparem tanto com a relação sexual precoce, como acontece com os

rapazes, como também pelo fato de que a pergunta sobre satisfação da sexualidade foi respondida tanto por moças que já tiveram relação sexual quanto pelas que não a tiveram.

5.5 COMPORTAMENTOS DE RISCO

5.5.1 Idade de início dos comportamentos de risco

Na tabela 5, são apresentados os valores médios e desvios padrões das idades de início dos comportamentos de risco à saúde como fumo, álcool, drogas e comportamento sexual de risco.

Observa-se que a idade de início para os comportamentos de risco foi em média aos 14 anos, tanto para o sexo masculino quanto para o feminino, e somente a relação sexual deu-se um pouco mais tarde (15 anos).

Tabela 5 - Idade média e desvio-padrão das idades de início aos comportamentos de risco (fumo, álcool, drogas e relação sexual) dos escolares de 16 e 17 anos de Florianópolis

Comportamento de risco	Total			Masculino			Feminino			p
	n	\bar{x}	s	n	\bar{x}	s	n	\bar{x}	s	
Fumo	38	14,00	1,69	9	14,33	1,94	29	13,89	1,63	0,50
Álcool	368	14,45	1,40	137	14,48	1,38	230	14,42	1,42	0,69
Drogas	140	14,86	1,28	52	14,88	1,23	88	14,84	1,33	0,86
Relação sexual	314	15,01	1,12	132	14,81	1,13	181	15,03	1,07	0,08

Os dados encontrados neste trabalho estão de acordo com a literatura especializada. Com relação ao início do hábito de fumar, estudos internacionais (Ivanovic, Castro e Ivanovic, 1997; Gozález e Berger, 2002; Rius et al., 2004), estudos nacionais (Muza et al., 1997; Godoi et al., 1991; Bordin et al., 1993) e da região Sul (Malcon, Menezes e Chatkin, 2003) apontam para as idades entre 12 e 15 anos como as idades de início ao fumo. Somente

nos estudos de Moreira et al. (1995) e Herrera-Vasquez et al. (2004), o uso do tabaco iniciou-se um pouco mais tarde entre 16 e 19 anos.

Os estudos sobre uso de álcool apresentaram resultados semelhantes aos da literatura. No estudo realizado por Godoi et al. (1991), com escolares do Distrito Federal, e no trabalho de Araújo e Gomes (1998), com escolares de Porto Alegre/RS, a idade média da primeira experiência com álcool foi entre 13 e 14 anos, com exceção dos trabalhos de Muza et al. (1997) e Herrera-Vasquez et al. (2004). No primeiro, com escolares de Ribeirão Preto/SP, a idade da primeira experiência com álcool foi em menores de 11 anos e no segundo, cerca de 60% dos rapazes iniciaram o uso de álcool aos 17 anos e as moças aos 18 anos.

No que se refere ao uso de drogas, os estudos nacionais de Muza et al. (1997) e Godoi et al. (1991) reforçam os dados encontrados nesta pesquisa onde a maioria iniciou o uso de drogas aos 14 anos. Somente difere do estudo de Scivoletto et al. (1999) cuja média de idade foi bem maior (17,9 anos) para o início do uso de drogas.

No que se refere ao comportamento sexual de risco, 44,53% já tiveram relação sexual. Este estudo diferenciou-se dos estudos de Chirinos, Salazar e Brinds (2000) e Peres et al. (2002), onde a idade média de início da relação sexual ocorreu aos 13 anos. No entanto, corrobora com os estudos nacionais de Taquete, Vilhena e Campos de Paula (2001), Scivoletto et al. (1999) e Trajman et al. (2003), onde a idade para o início da relação sexual foi de 14 e 15 anos. A iniciação precoce da relação sexual é considerada comportamento sexual de risco, pelo fato de que na adolescência os adolescentes podem não ter o nível de maturidade necessário para assumir decisões responsáveis, podendo implicar em relação sexual desprotegida, ocasionando gravidez e diversas doenças sexualmente transmissíveis.

Desta forma, os dados obtidos neste estudo estão de acordo com os dados encontrados na literatura chamando a atenção para o fato de que realmente o início dos

comportamentos de risco se dá na fase da adolescência por volta dos 14 e 15 anos. Daí a importância de identificar os fatores de risco nesta fase como forma de evitar futuras doenças.

Na tabela 6, são apresentados os comportamentos de risco: fumo, álcool, drogas e comportamento sexual de risco dos adolescentes.

Tabela 6 - Comportamentos de risco (fumo, álcool, drogas e comportamento sexual de risco) dos adolescentes de 16 e 17 anos de ambos os sexos de Florianópolis

Variável	Total		Masculino		Feminino		p
	%	n	%	n	%	n	
Fuma diariamente							
Não	94,7	681	96,43	243	93,78	437	ns
Sim	5,3	38	3,57	9	6,22	29	
Bebe regularmente							
Nunca/festas	96,4	694	94,44	238	97,43	455	0,057
Sim	3,6	26	5,56	14	2,57	12	
Bebeu demais							
Nunca	73,8	531	68,65	173	76,66	358	0,024
1 vez	11,3	81	11,51	29	10,92	51	
Mais de 1 vez	15,0	108	19,84	50	12,42	58	
Briga							
Não	85,8	615	81,35	205	88,15	409	0,018
Sim	14,2	102	18,65	47	11,85	55	
Uso de droga							
Nunca/uma vez	90,8	655	88,89	224	91,88	430	ns
Várias/uso Regular	9,2	66	11,11	28	8,12	38	
Dependente de droga							
Não	98,0	703	97,59	243	98,29	459	ns
Sim	2,0	14	2,41	6	1,71	8	
Problemas por droga							
Não	98,5	709	98,41	248	98,50	460	ns
Sim	1,5	11	1,59	4	1,50	7	
Camisinha							
Nunca teve relação	55,5	397	45,60	114	60,99	283	0,001
Usa sempre	30,9	221	44,80	112	23,28	108	
Nunca/às vezes	13,6	97	9,60	24	15,73	73	
Comportamentos de risco							
Nenhum fator de risco	76,5	545	78,00	195	75,70	349	ns
Um ou mais fatores de risco	23,5	167	22,00	55	24,30	112	

5.5.2 Fumo

De acordo com a tabela 6, pode-se observar que 5,3% dos escolares fumam diariamente. Comparando com estudos internacionais, estes dados se assemelham ao estudo de Bianculli et al. (1998), com escolares argentinos, onde 8,5% dos adolescentes fumavam regularmente e 3,5% esporadicamente.

Comparando com pesquisas brasileiras, o trabalho de Carlini-Cotrim, Gazal-Carvalho e Gouveia (2000), com escolares paulistas, mostrou a prevalência de tabagismo de 7,1%. Muza et al. (1997), com escolares de Ribeirão Preto/SP, registraram a prevalência de uso diário de cigarro de 4,1%.

Contudo, estudos da região Sul do país, como o de Novaes (2002a), com escolares de Blumenau/SC, encontrou que somente 7,4% dos adolescentes fumavam regularmente. Já nos estudo de Farias Júnior (2002) e Baús, Kupeck e Pires (2002), com escolares de Florianópolis/SC, 8,9% e 9% dos escolares referiram fumar regularmente e/ou mais de seis vezes por mês.

No entanto, a maioria dos estudos brasileiros aponta valores de 10 a 20% para o hábito de fumar (Ivanovic, Castro e Ivanovic, 1997; Anteguini et al., 2001; Horta et al. 2001; Tavares, Béria e Lima, 2001; Vittetoe et al., 2002, Malcon et al., 2003; Malcon, Menezes e Chatkin, 2003).

Os diferentes valores de prevalência encontrados nas pesquisas podem ser devido à diversidade dos procedimentos metodológicos, utilizados na classificação dos fumantes.

Contudo, o fato de os dados de prevalência de fumo entre adolescentes não serem alarmantes pode ser devido a sua subestimação, decorrentes da insegurança dos adolescentes de expor a situação real encontrada devido ao: medo de que os pais soubessem dos resultados,

medo de que os resultados fossem vistos por outros colegas e a consequência da descoberta destes resultados.

5.5.3 Álcool

No que se refere ao hábito de ingerir bebidas alcoólicas, cerca de 3,6% dos escolares bebem regularmente. Dos que beberam demais mais de uma vez, têm-se 15% dos escolares. Com relação a brigas por causa de álcool, 14,2% dos escolares já brigaram quando estavam alcoolizados. Contudo, os rapazes são os que mais bebem, bebem em excesso e brigam quando alcoolizados.

Comparando com a literatura, os trabalhos apontam, para o sexo masculino, maiores valores de prevalência de uso de álcool, de álcool em excesso, e mais chances de consumir álcool em idades precoces (Muza et al., 1997; Carlini-Cotrin, Gazal-Carvalho e Gouveia, 2000; Tavares, Béria e Lima, 2001; Herrera-Vasquez et al., 2004 e Guimarães et al., 2004).

Comparando os valores de prevalência, os dados encontrados neste estudo são inferiores aos estudos nacionais (Cebriid, 1997; Muza et al., 1997; Carlini-Cotrin, Gazal-Carvalho e Gouveia, 2000), que apresentam valores de 8,5% a 15%, e da região Sul (Farias Júnior, 2002; Baús, Kupeck e Pires, 2002; Araújo e Gomes, 1998; Tavares, Beria e Lima, 2001) de 16,8% a 38%. As justificativas pela diferença de valores encontrada podem ser as mesmas relacionadas ao fumo.

No estudo de Carlini-Cotrin, Gazal-Carvalho e Gouveia (2000), dos 23,6% estudantes, que referiram consumir álcool e envolveram-se em pelo menos uma briga com agressão física nos últimos doze meses, afirmaram que em algumas ou todas as vezes que brigaram estavam sob efeito de bebidas alcoólicas.

5.5.4 Drogas

A tabela 6 mostra que 9,2% dos escolares são usuários ou já usaram várias vezes drogas, 2% são dependentes de drogas e 1,5% já tiveram problemas por drogas como brigas, discussões, etc., não havendo diferenças entre os sexos.

Os dados são preocupantes, pois estão acima dos valores encontrados na literatura. No estudo do Cebrid (1997), o uso freqüente de drogas foi em Belém (3,6%), Belo Horizonte (3,2%), Brasília (3,2%), Curitiba (3,3%), Fortaleza (3,7%), Porto Alegre (5,2%), Recife (2,9%), Rio de Janeiro (2,4%), Salvador (2,7%), São Paulo (2,3%), ou seja, 3,2% nas dez capitais brasileiras. Carlini-Cotrin, Gazal-Carvalho e Gouveia (2000) com escolares paulistas, encontraram em seu trabalho que 8,8% dos escolares usavam inalantes e 6,5% usavam maconha.

Na região Sul, no estudo de Novaes (2002a), 6,3% dos escolares de Blumenau/SC são usuários. Tavares, Beria e Lima (2001) com escolares pelotenses encontraram prevalência de 4,7% para o masculino e 3,6% para o feminino. Em Florianópolis, Baús, Kupeck e Pires (2002), mostraram prevalência de maconha de 4,9%, cocaína de 0,2%, solventes de 2,5% e anfetamínicos de 2,3%. Dados gerais de uso de drogas não foram encontrados em Florianópolis.

O elevado valor obtido nesta pesquisa com relação ao consumo de drogas de forma regular pode ser devido às diferentes formas de classificação das demais pesquisas, o que dificulta a comparação.

No entanto, em estudos mais atuais, há uma tendência do aumento da prevalência do consumo de drogas. Miranda, Gadelha e Szwarcwald (2005), com escolares de Vitória/ES, encontraram valores maiores de usuários de drogas 14%. No estudo de Guimarães et al. (2004) com escolares de Assis/SP 24,6% usavam drogas. No trabalho de Tavares, Beria e

Lima (2004), com escolares de Pelotas/RS, foi encontrado a prevalência de 19,4% para os usuários de drogas. O que pode denotar o aumento do consumo de drogas psicoativas com o passar dos anos nos escolares.

Com relação ao uso pesado, levando à dependência de drogas, os dados estão de acordo com a literatura. No estudo de Soldera et al. (2004), com escolares de Campinas/SP, a prevalência de uso pesado foi para maconha (4,4%), solventes (1,8%), cocaína (1,4%), medicamentos (1,1%) e êxtase (0,7%). Já no estudo de Tavares, Béria e Lima (2001), com escolares pelotenses, o uso pesado para o sexo masculino foi de 2,7% e para o feminino de 2,4%, não havendo diferenças significativas.

Contudo, com relação a problemas por drogas como briga, discussão, etc., nada foi encontrado na literatura.

Sabe-se da dificuldade em obter dados reais dos adolescentes referente ao uso de drogas lícitas e ilícitas, devido à subestimação de dados que podem ocorrer em virtude do medo que os adolescentes têm que seus pais descubram os resultados, embora o questionário tenha sido anônimo. Daí a necessidade constante de estudos que reforcem os dados encontrados para que se obtenha valores mais próximos da realidade.

5.5.5 Comportamento sexual de risco

No que concerne ao comportamento sexual de risco, 44,5% dos escolares de 16 e 17 anos já tiveram relação sexual, destes 13,6% nem sempre usam camisinha. Sendo que as moças usam menos que os rapazes.

Estes dados estão de acordo com a literatura, onde somente cerca de 30 a 34% dos escolares usam sempre camisinha nas relações sexuais (Hoyos e Sierra, 2001; Trajman et al., 2003; Hounton, Carabin e Hendersen, 2005).

Com relação às diferenças entre sexos, segundo Taquete, Vilhena e Campos de Paula (2001), as moças usam menos preservativo. Fato este que pode ser justificado por acreditar que não vão se contaminar e de confiar nos seus parceiros (Jiménez et al.,2001).

Também está de acordo com a literatura, a prevalência de adolescentes que já tiveram relação sexual. No estudo de Chirinos, Salazar e Brinds (2000), com escolares de Lima/Peru, 43% deles já tiveram relação sexual alguma vez na vida. Nos Estados Unidos, 45,6% dos estudantes já tiveram relação sexual (Dillard, 2002).

Em estudos nacionais Trajman et al. (2003), com escolares do Rio de Janeiro, encontraram valores de 59% e Carlini-Cotrin, Gazal-Carvalho e Gouveia (2000), com escolares paulistas, cerca de 47,4% dos escolares já tiveram relação sexual. No estudo de Anteguini et al. (2001), com escolares de Santos/SP, 44% dos rapazes e 15,8% das moças já tiveram relação sexual.

Assim, a maioria dos jovens já iniciou sua sexualidade na adolescência, em maior proporção os rapazes. Estes dados também se apóiam na literatura. Para Dillard (2002), Taquete, Vilhena e Campos de Paula (2001), Anteguini (2001) e Carlini-Cotrin, Gazal-Carvalho e Gouveia (2000), grande parte dos rapazes geralmente na adolescência já teve relações sexuais, tem maior número de parceiros e inicia a atividade sexual mais cedo.

Assim, pode-se verificar como os aspectos culturais de gênero continuam reforçados na sociedade. A moça difere constantemente do rapaz, principalmente no que concerne à sexualidade.

Para Paiva, Peres e Blessa (2002), desde criança o indivíduo aprende a definir o que é ser homem e mulher na sociedade, ou seja, ele é educado, desde cedo, por valores morais e éticos formando conscientemente modelos sexuais que irão delimitar o seu comportamento no meio social onde vive.

Assim, para a moça ter uma relação sexual, é preciso amar, ter um maior envolvimento e uma relação de compromisso com alguém, bem o oposto do modo de pensar dos rapazes, que separam o sexo por prazer daquele que é feito com amor. Para eles, as barreiras para o sexo são bem menores do que para o sexo feminino, por isso estão predispostos a mais riscos e iniciam mais cedo a atividade sexual do que as moças.

5.5.6 Comportamentos de risco

Com relação aos comportamentos de risco (fumo, álcool, drogas e comportamento sexual de risco), a maioria dos escolares não apresenta nenhum comportamento de risco. Entre aqueles que apresentam um ou mais fatores de risco, 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%). Somando estes, 75,5% dos escolares têm um ou mais fatores de risco.

Separando por sexo, dos adolescentes do sexo masculino que têm algum comportamento de risco, o mais prevalente foi o comportamento sexual de risco (6,8%), seguido pelo uso de droga (4,4%) e bebida alcoólica (3,2%). No entanto, para o sexo feminino, o mais prevalente foi o comportamento sexual de risco (11,7%), seguido do uso de droga (2,8%) e fumo (2,6%).

Comparando com a literatura, de acordo com o estudo de Brenner e Collins (1998), a maioria dos escolares de 12 a 17 anos não apresentou mais do que um dos comportamentos de risco à saúde (uso de cinto de segurança, porte de arma, tabaco, álcool, drogas e comportamento sexual de risco). Aproximadamente, 1/4 dos respondentes relataram ter um comportamento de risco e 1/3 apresentaram dois ou mais destes comportamentos. Para os escolares de 14 a 17 anos com um comportamento de risco, 36% relataram ter tido relação

sexual nos últimos três meses, 34,8% relataram o não-uso de cinto de segurança ou porte de armas e 15,8% fumavam. O episódio de ter bebido foi também comum entre adolescentes, cerca de 22,4% dos respondentes com um comportamento de risco relataram este como seu único comportamento de risco.

Contudo, no trabalho de Farias Júnior (2002), com adolescentes de Florianópolis, apenas 8% não têm nenhum comportamento de risco a saúde, ao passo que 28,2% têm um comportamento de risco, 37% dois comportamentos de risco e 26,8% têm maior ou igual a três comportamentos de risco à saúde. Assim, aproximadamente 2/3 dos adolescentes (63,8%) estavam expostos a dois ou mais comportamentos de risco a saúde.

Neste trabalho, os níveis insuficientes de atividade física representaram o comportamento de risco mais prevalente para o grupo de adolescentes de Florianópolis, com um comportamento de risco. No grupo com dois comportamentos de risco, níveis insuficientes de atividade física permaneciam em primeiro lugar, sendo acrescido os maus hábitos alimentares como segundo comportamento de risco mais prevalente. No último grupo (maior ou igual a três comportamentos de risco), permanecia a mesma disposição anteriormente descrita e era acrescido o consumo de bebidas alcoólicas. Os níveis insuficientes de atividade física, maus hábitos alimentares e o consumo de bebidas alcoólicas representaram os comportamentos de risco à saúde mais evidentes no estilo de vida dos adolescentes estudados.

Assim, a diferença encontrada nas pesquisas entre a prevalência da exposição a comportamentos de risco pode ser justificada pela diferenciação dos comportamentos de risco analisados. Neste estudo, foram analisados fumo, álcool, drogas e comportamento sexual de risco, e no estudo de Farias Júnior (2002), por exemplo, foram analisados atividade física, hábitos alimentares e o consumo de bebidas alcoólicas, o que pode dificultar a comparação dos resultados. Contudo, este estudo, apresentou resultado semelhante ao estudo de Brenner e

Collins (1998), onde o comportamento sexual de risco foi o comportamento de risco mais prevalente em ambos os estudos.

5.6 ASSOCIAÇÃO DOS COMPORTAMENTOS DE RISCO COM AS DEMAIS CARACTERÍSTICAS DO ESTILO DE VIDA ESTUDADAS

A maioria das pesquisas encontradas na literatura (Neumark-Stainer et al., 1997; Ivanovic, Castro e Ivanovic, 1997; Scivoletto et al., 1999; Chirinos, Salazar e Brinds, 2000; Jiménez et al., 2001; Anteguini et al., 2001; Tavares, Béria e Lima, 2001; De Bem, 2003; Trajman et al., 2003; Taquete, Vilhena e Campos de Paula, 2004; Leite, Rodrigues e Fonseca, 2004) aponta associações entre uso de fumo e álcool, e estes ao conseqüente uso de drogas e comportamento sexual de risco. Também relaciona estes comportamentos de risco a fatores como: porte de arma, nível socioeconômico, grau de conhecimento sobre o assunto, idade, desempenho escolar, turno escolar noturno e história de abuso sexual, mas poucos são os estudos associando os comportamentos de risco a variáveis como atividade física, hábitos alimentares, trabalho, etc.

Assim, devido à existência de poucos estudos sobre comportamentos de risco, fica difícil a comparação. Neste estudo foram analisados os comportamentos de risco que exigem atitude e escolha do indivíduo em adotar determinado comportamento, por exemplo: fumo, álcool, drogas e comportamento sexual de risco. Estes comportamentos diferem da atividade física e hábitos alimentares, os quais independem das atitudes do indivíduo e mais do contexto onde o indivíduo se insere.

Por exemplo, o adolescente escolhe fazer atividade física por prazer como jogar voleibol, basquetebol, natação e não como opção individual de estilo de vida para ter maior cuidado a saúde, ou seja, dificilmente é uma atitude consciente e planejada tentando evitar um

dano. Já o uso de drogas é opcional, o adolescente pode optar em usá-la ou não, em virtude das conseqüências que poderá trazer à saúde.

As tabelas 7, 8 e 9 apresentam as razões de prevalência das variáveis estudadas em relação aos indivíduos que têm um ou mais fatores de risco, comparado com quem não tem nenhum fator de risco. Por exemplo, conforme a tabela 7, os indivíduos que trabalham fora apresentam um ou mais fatores de risco 1,38 vezes mais do que aqueles que não trabalham.

Foi encontrada associação positiva dos comportamentos de risco (álcool, fumo, drogas e comportamento sexual de risco) com os seguintes fatores: adolescentes que têm trabalho remunerado, que moram com um dos pais, que não fazem Educação Física regular, que são inativos, que possuem alimentação inadequada, que apresentam sintomas psicossomáticos, que se sentem insatisfeitos com a vida, e que têm problemas de sono, dores de cabeça e angústia.

Tabela 7 – Associação dos comportamentos de risco (fumo, álcool, drogas e comportamento sexual de risco) com as características sociodemográficas

Variável	Total		Masculino		Feminino	
	RP (IC 95%)	p	RP (IC 95%)	p	RP (IC 95%)	p
Sexo						
Masculino	1,00					
Feminino	1,10	0,49				
	(0,83 - 1,47)					
Estado civil						
Casado	1,00		1,00		1,00	
Separado/viúvo	1,01	0,93	1,43	0,20	0,85	0,46
	(0,73 - 1,42)		(0,82 - 2,40)		(0,55 - 1,30)	
Solteiro	1,10	0,64	1,30	0,42	1,03	0,91
	(0,74 - 1,62)		(0,68 - 2,48)		(0,63 - 1,68)	
Escolaridade do pai						
11 anos ou mais	1,00		1,00		1,00	
8 anos a 11 anos	0,81	0,24	0,96	0,90	0,73	0,18
	(0,56 - 1,16)		(0,53 - 1,75)		(0,47 - 1,15)	
Menos de 8 anos	0,74	0,12	0,67	0,36	0,73	0,14
	(0,51 - 1,08)		(0,28 - 1,58)		(0,47 - 1,11)	
Escolaridade da mãe						
11 anos ou mais	1,00		1,00		1,00	
8 a 11 anos	0,86	0,36	0,57	0,09	1,04	0,83
	(0,61 - 1,20)		(0,31 - 1,08)		(0,70 - 1,56)	
Menos de 8 anos	0,83	0,34	0,49	0,11	1,00	0,97
	(0,57 - 1,21)		(0,21 - 1,17)		(0,66 - 1,54)	
Trabalho remunerado						
Não	1,00		1,00		1,00	
Sim	1,38	0,02	1,86	0,00	1,18	0,35
	(1,05 - 1,81)		(1,17 - 2,94)		(0,83 - 1,67)	
Com quem mora						
Com ambos os pais	1,00		1,00		1,00	
Com pai ou mãe	1,37	0,02	1,67	0,04	1,25	0,20
	(1,03 - 1,81)		(1,03 - 2,71)		(0,88 - 1,76)	
Sozinho, outros	1,18	0,54	1,13	0,82	1,19	0,59
	(0,69 - 2,04)		(0,39 - 3,23)		(0,63 - 2,24)	

Com relação à realização de trabalho remunerado por adolescentes, segundo o IBGE (2003), no Brasil, de acordo com os dados do censo de 2000, cerca de nove milhões de adolescentes de 15 a 19 anos estão inseridos no mercado de trabalho. Para Fischer et al. (2003), o trabalho desenvolvido precocemente por adolescentes pode ter conseqüências positivas e também negativas ao seu desenvolvimento físico e psicossocial, pois de um lado contribui para o amadurecimento pessoal, possibilita novas experiências e a independência

econômica e de outro porque causa danos à saúde, gera aborrecimentos, representa uma obrigação e compete com o tempo destinado ao estudo e ao lazer.

Os motivos para o trabalho precoce podem ser definidos como pobreza, necessidade de colaborar com os pais em atividades econômicas realizadas no domicílio, desejo dos pais de que trabalhem, necessidade de ganhar a vida por si mesmos, aliado à consideração de que é melhor trabalhar do que ficar ocioso (Oliveira e Robazi, 2001).

No trabalho de Pinheiro (1999), dentre as justificativas para o trabalho precoce, 39% representa a necessidade econômica, 31,2% a independência financeira seguida dos motivos ligados ao prazer de trabalhar, ao amadurecimento e às perspectivas de um futuro melhor.

No trabalho de Facchini et al. (2003), os rapazes trabalhadores são mais jovens, estão em maior proporção no mercado de trabalho e contribuem mais para a renda familiar. Em contraste, as moças especialmente as mais jovens têm jornadas maiores, inclusive noturna, recebem menos e contribuem proporcionalmente mais para o pagamento das despesas familiares.

O trabalho pode servir para ocupar o tempo, tirar a criança ou adolescente da rua e impedir a marginalidade e o envolvimento com drogas, aprender uma profissão e ajudar na família (Minayo-Gomes e Meirelles, 1997; Oliveira et al., 2001).

No entanto, estudos apontam o trabalho remunerado como fator de risco para tabagismo em adolescentes (Barbosa, Carlini-Cotrin, Silva Filho, 1989; Schio et al., 1992, Muza e Costa, 1993 e Malcon et al., 2003).

No estudo de De Bem (2003), em todos os comportamentos de risco observados (fumo, bebidas alcoólicas, envolvimento com brigas, não uso de preservativos e drogas), os escolares trabalhadores apresentaram índices mais altos quando relacionados aos alunos não trabalhadores, como também foi muito alto o envolvimento de escolares em comportamentos de risco em todas as regiões.

Assim, o fato de os adolescentes trabalhadores apresentarem maior risco para o tabagismo e outros comportamentos de risco pode estar associado à facilidade financeira decorrente do trabalho remunerado, o qual pode facilitar a aquisição de tais comportamentos através da compra de cigarros, álcool e drogas.

No que concerne a variável com quem mora, os adolescentes que moram com o pai ou com a mãe apresentaram um ou mais fatores de risco 1,37 vezes mais do que indivíduos que moram com ambos os pais ou sozinho/outros, em especial do sexo masculino.

Nos trabalhos de Muza e Costa (1993) e Horta et al. (2001), houve associação entre o hábito de fumar e a separação dos pais.

De acordo com o estudo de Baús, Kupeck e Pires (2002), a situação pais separados aumenta as chances de uso de cigarro e maconha na vida. O risco de uso de cigarro e maconha na vida foi de 84 e 67% maior, respectivamente, para alunos cujos pais estavam separados.

No estudo de Tavares, Béria e Lima (2004), após controle para fatores de confusão, permaneceu a associação entre uso de drogas (exceto álcool e tabaco) e separação dos pais, relacionamento ruim com os pais e ter pai liberal.

De Micheli e Formigoni (2001), estudando uma amostra de 213 adolescentes brasileiros no que compete à situação familiar, verificaram que a presença somente da mãe no domicílio do adolescente estava associada a um aumento de 22 vezes na chance de este ser dependente de drogas, quando comparado com adolescentes que viviam com ambos os pais.

Para Pechansky, Szobot e Scivolletto (2004), todo o trauma familiar, separação, brigas e agressões contribuem para a dependência de álcool ou outras drogas. Portanto, o papel dos pais e do ambiente familiar é marcante no desenvolvimento do adolescente e conseqüentemente na sua relação com álcool e outras drogas.

Segundo Brook e Brook (1996), a falta de suporte parental, uso de drogas pelos próprios pais, atitudes permissivas dos pais perante o uso de drogas, incapacidade de controle

dos filhos pelos pais, indisciplina e uso de drogas pelos irmãos são todos fatores predisponentes à maior iniciação ou continuação de uso de drogas por parte dos adolescentes.

Contudo, não só o cigarro, álcool e drogas se associam à moradia com os pais. No estudo de Chirinos, Salazar e Brinds (2000), a iniciação tardia à atividade sexual se associou aos adolescentes que vivem com os pais ou com a família reestruturada.

Desta forma, pode-se verificar que um ambiente estruturado onde o adolescente convive em harmonia com seus pais contribui muito para uma educação positiva, visando à não-aquisição de comportamentos negativos de saúde como fumo, álcool, drogas e iniciação sexual precoce e desprotegida.

Os adolescentes que relataram morar sozinho ou outros representa uma proporção muito pequena, por este motivo não se associou aos comportamentos de risco estudados.

A tabela 8 relaciona os comportamentos de risco com os hábitos alimentares e de atividade física.

Tabela 8 - Associação dos comportamentos de risco (fumo, álcool, drogas e comportamento sexual de risco) com a atividade física e os hábitos alimentares

Variável	Total		Masculino		Feminino	
	RP (IC 95%)	p	RP (IC 95%)	p	RP (IC 95%)	p
Educação Física regular						
Sim	1,00		1,00		1,00	
Não	1,99	<0,01	1,62	0,04	2,20	0,00
	(1,54 – 2,58)		(1,01 – 2,59)		(1,60 – 3,02)	
Atividade física organizada						
Sim	1,00		1,00		1,00	
Não	1,02	0,89	1,12	0,63	0,94	0,72
	(0,78 – 1,34)		(0,70 – 1,79)		(0,66 – 1,32)	
Satisfação com a atividade física						
Satisfeito	1,00		1,00		1,00	
Insatisfeito	1,21	0,18	1,14	0,59	1,25	0,25
	(0,91 – 1,61)		(0,71 – 1,82)		(0,85 – 1,83)	
Horas de TV e computador						
Até 2 horas por dia	1,00		1,00		1,00	
3 a 4 horas por dia	0,73	0,08	0,65	0,19	0,77	0,23
	(0,51 – 1,04)		(0,34 – 1,23)		(0,50 – 1,18)	
Mais de 4 horas por dia	1,21	0,21	1,01	0,98	1,34	0,11
	(0,90 – 1,62)		(0,60 – 1,69)		(0,93 – 1,92)	
Nível de atividade física						
Ativo	1,00		1,00		1,00	
Intermediário ativo	1,02	0,90	1,19	0,52	0,92	0,73
	(0,72 – 1,44)		(0,70 – 2,04)		(0,59 – 1,46)	
Inativo	1,88	<0,01	1,70	0,09	1,88	0,00
	(1,33 – 2,64)		(0,92 – 3,15)		(1,21 – 2,93)	
Alimentação						
Adequada	1,00		1,00		1,00	
Inadequada	1,40	0,01	1,22	0,40	1,48	0,02
	(1,07 – 1,82)		(0,76 – 1,95)		(1,06 – 2,05)	
Satisfação com a alimentação						
Satisfeito	1,00	0,35	1,00		1,00	
Insatisfeito	1,15		0,98	0,96	1,19	0,31
	(0,85 – 1,54)		(0,54 – 1,81)		(0,85 – 1,68)	

Com relação à atividade física, neste estudo, indivíduos que não praticam Educação Física regular apresentam um ou mais fatores de risco, 1,99 vezes mais do que indivíduos que a praticam regularmente. Da mesma forma, os indivíduos inativos apresentam um ou mais fatores de risco 1,88 vezes mais do que os indivíduos ativos ou intermediário ativo.

Para Nieman (1998), indivíduos mais ativos tendem a adotar comportamentos e atitudes mais positivas em relação à saúde, como menor envolvimento com o uso de fumo, bebidas alcoólicas e hábitos alimentares não saudáveis. No entanto, no trabalho de Malcon (2000), o autor não encontrou associação entre a prática de esporte e o tabagismo em adolescentes, após análise multivariada. Da mesma forma, no trabalho de Farias Júnior (2002), os níveis de atividade física somente estavam associados ao consumo de frutas e verduras.

Assim, poucos estudos na literatura foram encontrados fazendo associações entre atividade física e demais comportamentos de risco. Geralmente, a atividade física é associada somente com a adoção de hábitos alimentares saudáveis. Daí a necessidade de mais estudos que reforcem os dados encontrados e apontem a atividade física como comportamento positivo associado à diminuição dos demais comportamentos de risco à saúde.

Analisando os hábitos alimentares, os indivíduos que apresentam uma alimentação inadequada apresentam um ou mais fatores de risco 1,40 vezes mais do que os indivíduos que tem alimentação adequada.

No estudo de Farias Júnior (2002), os hábitos alimentares mostraram-se dissociados do consumo de fumo e bebidas alcoólicas nos adolescentes de ambos os sexos, mesmo depois de controlado por sexo, idade e nível socioeconômico.

No entanto, para Neumark-Sztainer et al. (1997), o comportamento alimentar parece ser parte de um grupo de comportamentos de promoção à saúde e mostra não ser isolado dos outros comportamentos. Neste estudo, com 36.284 estudantes de escolas públicas secundárias de Minnesota do 7º ao 12º ano, foi encontrada forte associação entre todos os comportamentos de promoção à saúde (escovar os dentes regularmente, uso de cinto de segurança, exercício uma a três vezes e mais de três vezes por semana). Para estes autores, adolescentes engajados em alguns dos comportamentos de promoção à saúde têm menos

riscos de ter comportamento alimentar inadequado do que adolescentes que não se engajam nestes comportamentos de promoção à saúde.

Assim, hábitos alimentares e de atividade física saudáveis contribuem para a não-adoção de comportamentos de risco. Estes dados confirmam a hipótese de que indivíduos que cuidam da saúde, de maneira geral, como praticar atividade física e manter uma alimentação adequada, têm menos chances de adotar comportamentos não saudáveis e de risco à saúde, como o uso de fumo, álcool, drogas e comportamento sexual de risco.

A tabela 9 associa os comportamentos de risco com os aspectos psicossociais.

Tabela 9 - Associação dos comportamentos de risco (fumo, álcool, drogas e comportamento sexual de risco) com os aspectos psicossociais

Variável	Total		Masculino		Feminino	
	RP (IC 95%)	p	RP (IC 95%)	p	RP (IC 95%)	p
Saúde avaliada						
Boa, ótima	1,00		1,00		1,00	
Ruim, mais ou menos	1,07	0,71	0,79	0,58	1,14	0,50
	(0,75 - 1,51)		(0,34 - 1,82)		(0,77 - 1,69)	
Sintomas psicossomáticos						
Não	1,00		1,00		1,00	
Sim	1,41	0,01	1,16	0,58	1,50	0,01
	(1,08 - 1,84)		(0,68 - 1,99)		(1,07 - 2,09)	
Problemas de sono						
Não	1,00		1,00		1,00	
Mais ou menos	1,51	0,05	1,33	0,28	1,56	0,01
	(1,13 - 2,01)		(0,79 - 2,25)		(1,09 - 2,21)	
Freqüentemente	1,53	0,04	2,01	0,03	1,28	0,38
	(1,00 - 2,34)		(1,07 - 3,80)		(0,73 - 2,27)	
Dores de cabeça						
Não	1,00		1,00		1,00	
Mais ou menos	1,21	0,19	1,03	0,90	1,27	0,20
	(0,91 - 1,60)		(0,61 - 1,73)		(0,88 - 1,83)	
Freqüentemente	1,20	0,42	1,16	0,81	1,21	0,46
	(0,77 - 1,86)		(0,34 - 4,00)		(0,73 - 2,00)	
Angústia						
Não	1,00		1,00		1,00	
Mais ou menos	1,46	0,03	1,16	0,55	1,87	0,03
	(1,02 - 2,08)		(0,70 - 1,93)		(1,06 - 3,29)	
Freqüentemente	1,70	0,01	1,21	0,62	2,21	0,01
	(1,13 - 2,56)		(0,57 - 2,56)		(1,21 - 4,04)	
Melhor amigo						
Sim	1,00		1,00		1,00	
Não	0,92	0,71	0,87	0,65	1,11	0,75
	(0,59 - 1,43)		(0,47 - 1,60)		(0,57 - 2,14)	
Satisfação com amigos						
Satisfeito	1,00		1,00		1,00	
Insatisfeito	1,33	0,15	1,59	0,17	1,21	0,43
	(0,90 - 1,97)		(0,82 - 3,06)		(0,74 - 1,98)	
Satisfação com a vida						
Satisfeito	1,00		1,00		1,00	
Insatisfeito	1,38	0,03	1,53	0,13	1,30	0,15
	(1,01 - 1,86)		(0,88 - 2,68)		(0,90 - 1,87)	
Satisfação geral						
Satisfeito	1,00		1,00		1,00	
Insatisfeito	1,03	0,82	1,33	0,27	0,91	0,59
	(0,77 - 1,39)		(0,80 - 2,22)		(0,63 - 1,30)	

Com relação aos aspectos psicossociais, os indivíduos que apresentam os sintomas psicossomáticos, em especial problemas de sono e angústia, têm um ou mais fatores de risco 1,41 vezes mais do que os indivíduos que não apresentam estes sintomas.

A adolescência já é por si só uma fase propícia à aquisição de comportamentos de risco, por ser caracterizada por crises, conflitos, ambivalências, estresse e tempestades familiares, que quase sempre levam a situações de risco social associados ao aumento dos agravos à saúde (Eisensten, 2003).

Poucos trabalhos foram encontrados na literatura sobre estas questões. Para Pechansky, Szobot e Scivoletto (2004), há uma predisposição de cerca de 30 a 40% para adolescentes usuários de drogas terem algum problema como: ansiedade, transtorno de conduta, depressão e déficit de atenção com hiperatividade.

Indivíduos com problemas de sono e angústia podem procurar as drogas, o fumo e o álcool como fuga para seus problemas pessoais. Quando crônico, esta busca por comportamentos de risco pode se tornar um hábito para toda a vida.

Para Zagury (2003) e Eisensten (2003), a visão que o jovem possui sobre si mesmo, o aspecto valorativo de si e a satisfação com a vida são questões que exercem muita interferência na ação individual, motivo que reforça a sua importância na vida social e o afasta de atitudes de risco. Por este motivo, indivíduos que se sentem insatisfeitos com a vida têm mais chances de adotar comportamentos de risco.

Neste estudo, os indivíduos que se sentem insatisfeitos com a vida apresentam um ou mais fatores de risco 1,38 vezes mais do que os indivíduos que se sentem satisfeitos com a vida.

Para Zamberlan (1999), a pouca importância atribuída à vida é um fator de risco muitas vezes associado ao contexto em que se processa o desenvolvimento. Adolescentes com um autoconceito negativo de sua vida podem tender a adotar comportamentos de risco à

saúde. Por exemplo, no estudo de González e Berger (2002), a boa apreciação de si mesmo serve como fator protetor para o não-uso de tabaco por adolescentes.

O autoconceito do adolescente sobre sua vida e o modo como ele lida com seus problemas pessoais irá delimitar o seu grau de satisfação com a vida de forma geral. Quanto mais negativo e depreciativo ele se sentir, maior a necessidade e a busca por meios que lhe dêem prazer momentâneo, os quais podem lhe trazer posteriormente conseqüências graves à sua saúde.

6 VALIDADE DO ESTUDO

Este é um estudo transversal, que procurou descrever algumas características do estilo de vida de adolescentes, de 16 e 17 anos, de escolas públicas localizadas na região central de Florianópolis. Ele diferencia-se dos demais trabalhos encontrados na literatura, pelo fato de que a maioria dos estudos abrange apenas alguns comportamentos do estilo de vida.

Logo, este trabalho teve o intuito de estudar um conjunto de variáveis diferentes das demais pesquisas, além de abranger um grande conjunto de informações sobre os componentes do estilo de vida, obtendo uma visão global sobre os aspectos comportamentais e psicossociais dos adolescentes relacionados à saúde. Por este motivo, decidiu-se estudar comportamentos de risco como: fumo, álcool, drogas e comportamento sexual de risco, e fazer associações destes com as demais características do estilo de vida: atividade física, hábitos alimentares e aspectos psicossociais (relacionamento social, pressão psicológica e autoconceito do adolescente).

O estudo apresentou uma alta taxa de não resposta que pode ter implicado um viés de seleção. Por exemplo, os adolescentes que não responderam ao questionário podem ser aqueles com estilo de vida menos saudável. Entretanto, os resultados encontrados não diferem substancialmente daqueles encontrados na literatura de modo geral, o que sugere que a não-resposta tenha se dado de forma aleatória, em consequência da própria dificuldade de pesquisas com escolares.

Houve ainda uma sobre representação das adolescentes na amostra. Um dos motivos para isso pode estar relacionado ao fato de as moças apresentarem um estilo de vida mais adequado moralmente falando do que os rapazes e, portanto, com menor resistência que estes para responderem ao questionário. Entretanto, os resultados encontrados e confrontados da literatura também sugerem que, se isto ocorreu, não foi causa de importante viés.

Um viés de classificação em relação às variáveis não pode ser totalmente descartado, ou seja, é possível que algumas questões, principalmente aquelas de cunho moral, tenham sido respondidas de maneira não sincera. Entretanto, não parece haver motivos para que isso tenha ocorrido de maneira diferenciada entre rapazes e moças. Novamente, os resultados condizentes com os encontrados em outros estudos sugerem que este viés não deve ter sido de magnitude capaz de afetar a validade da pesquisa.

7 CONCLUSÕES

Este trabalho teve o objetivo de estudar o estilo de vida de escolares de ambos os sexos, de 16 e 17 anos, de escolas públicas de Florianópolis. Foram estudadas: as informações sociodemográficas, as características de atividade física e de hábitos alimentares, os comportamentos de risco (fumo, álcool, drogas e comportamento sexual de risco) e os aspectos psicossociais. Além de terem sido feitas associações dos comportamentos de risco com demais aspectos do estilo de vida.

Especificamente, os resultados encontrados neste estudo foram: a maioria dos adolescentes pesquisados não trabalha e apresenta uma boa estrutura familiar, ou seja, tem pais casados, moram com ambos os pais, e tem pai e mãe com 11 anos ou mais de escolaridade.

A maioria dos adolescentes pratica Educação Física regular, são classificados como intermediário ativo e apresentam uma alimentação considerada saudável. Sendo que os rapazes são mais ativos do que as moças e apresentam melhores hábitos alimentares.

As moças apresentam mais sintomas psicossomáticos (problemas de sono, dores de cabeça e angústia) do que os rapazes. O que reforça a melhor satisfação apresentada pelos rapazes na sua cotidianidade.

Com relação aos comportamentos de risco, a idade de início deu-se entre 14 e 15 anos em ambos os sexos. A maioria dos escolares não apresenta nenhum comportamento de risco, sendo que dos que apresentam um ou mais fatores de risco o mais prevalente é o comportamento sexual de risco.

Em suma, pode-se observar, de modo geral, que a grande maioria dos adolescentes apresenta um estilo de vida próximo do adequado, não sendo diferente das demais regiões e localidades. Eles apresentam comportamentos de saúde positivos, como atividade física e

alimentação, adequados. Somente pequena parcela dos adolescentes fuma, bebe, usa drogas e tem comportamento sexual de risco. A grande maioria está satisfeita com a sua vida e a sua saúde de modo geral. O que é um ponto a ser curiosamente discutido e aprofundado em outras pesquisas.

É importante chamar a atenção para a realização de mais estudos sobre estilo de vida de adolescentes como forma de vigilância e supervisionamento, a fim de localizar e evitar hábitos negativos de saúde tanto no presente quanto no futuro. Sabe-se que indivíduos que apresentam um estilo de vida não saudável na adolescência podem tender a manter este comportamento até mesmo na idade adulta, podendo trazer diversas conseqüências como sedentarismo, obesidade, doenças crônico-degenerativas entre outros.

Recomenda-se que sejam realizados estudos com a população de escolares em instituições privadas no município; que sejam implantados programas de intervenção para a promoção da saúde; que sejam incluídos conteúdos relacionados à saúde do adolescente em disciplinas curriculares e principalmente na Educação Física e que sejam desenvolvidas mais pesquisas na área do estilo de vida de saúde em adolescentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEL, T. Measuring health lifestyles in a comparative analysis: theoretical issues and empirical findings. **Soc. Sci. Med.**, v.32, n. 8, p. 899-908, 1991.

ALBANO, M. R. C. **Comportamento alimentar e atividades físicas desenvolvidas por estudantes adolescentes de uma escola técnica de São Paulo**. 2000. 73 f. Dissertação (Mestrado em Nutrição) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

ALMEIDA, M. C. C. et al. Uso de Contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 566-575, 2003.

ALMEIDA, S. S.; NASCIMENTO, P. C.; QUAIOTI, T. C. B. Quantidade e qualidade de produtos alimentícios anunciados na televisão brasileira. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 353-355, 2002.

ALVES, J. G. B. Atividade física em crianças: promovendo a saúde do adulto. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 3, n. 1, p. 5-6, jan./mar. 2003.

ANDERSEN, R. E. Exercise, an active lifestyle, and obesity - making the exercise prescription work. **The Physician and Sportsmedicine**, v. 27, n. 10, p. 41-52, 1999.

ANTEGUINI, M. et al. Health Risk Behaviors and Associated Risk and Protective Factors among Brazilian Adolescents in Santos, Brazil. **Journal of Adolescent Health**, v. 28, n. 4, p. 295-302, 2001.

ANTONIAZZI, A. S. et al. O desenvolvimento do conceito de amigo e inimigo em crianças e pré-adolescentes. **Psico. USF**, v. 6, n. 2, p. 1-9, jul./dez. 2001.

ARANGO, L. G.; VIVEROS, M.; LEON DE LEAL, M. **Genero e identidad: ensayos sobre lo femenino y lo masculino**. Santa Ediciones Uniades, 1995.

ARAÚJO, L. B.; GOMES, W. B. Adolescência e as expectativas em relação ao efeito do álcool. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v.11, n. 1, p. 05-33, 1998.

ARRUDA, E. L. M. **Gordura corporal, nível habitual de atividade física e hábitos alimentares de escolares masculinos do município de Lages - região serrana de Santa Catarina - Brasil.** 2002. 109 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

ASSIS, S. G. et al. A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 669-680, 2003.

ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q. Labirinto de espelhos: formação da auto-estima na infância e adolescência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 657-664, mar./abr.2005.

ASSIS, S.; AVANCI, J. **O auto-conceito, a auto-estima e a violência. Estudo socioepidemiológico em escolares de São Gonçalo, RJ.** Relatório Final de Pesquisa. Claves, Rio de Janeiro, 2003.

BALLONE G.J. **Suicídio na Adolescência.** PsiqWeb. Disponível em:<<http://www.virtualpsy.org/infantil/suicidio.html>>. Acesso em: 08 mar. 2004.

BARBOSA, M. T. S.; CARLINI-COTRIN, B.; SILVA FILHO, A. R. O uso do tabaco por estudantes de 1º e 2º graus em dez capitais brasileiras: possíveis contribuições da estatística multivariada para compreensão do fenômeno. **Revista de Saúde Pública**, v. 23, n. 5, p. 401-409, 1989.

BARRETO, D. **Depressión em la adolescência.** Quito, Grunenthal, 1997. v. 2. 8 p.

BARROS, M. V. G.; FARIAS JÚNIOR, J. C. Atividade física como fator de saúde e qualidade de vida. In: SIMPÓSIO NORDESTINO DE ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE, 1, 1999, Olinda/PE. **Anais...**Olinda: ESEF/UPE, 1999. p. 14-23.

BAÚS, J.; KUPEK, E.; PIRES, M. Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 40-46, 2002.

BEE, H. **A criança em desenvolvimento.** Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1996.

BIANCULLI, C. et al. Factores de riesgo para la salud y la situación nutricional de los adolescentes urbanos en Argentina. **Adolescencia Latinoamericana**, Porto Alegre/RS, v. 1, n. 2, p. 92-104, 1998.

BOAS, J. P. C. V. **Adolescentes em situação de pré-vestibular: atividade física e estresse**. 2003. 90 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Departamento Materno-Infantil, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

BONICA, C.; DANIEL, J. H. Helping adolescents cope with stress during stressful times. **Curr. Opin. Pediatr.**, Massachusetts, USA, v. 15, n. 4, p. 385-390, 2003.

BORDIN, R. et al. Smoking prevalence among students from a metropolitan área in the southern region of Brazil, 1991. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 185-189, 1993.

BRACCO, M. M. et al. Atividade Física na infância e adolescência: impacto na saúde pública. **Revista de Ciências Médicas**, v. 12, n. 1, p. 89-97, jan./ mar. 2003.

BRENER, N. D.; COLLINS, J. L. Co-occurrence of health-risk behavior among adolescents in the United States. **Journal of Adolescent Health**, v. 22, p. 209-213, 1998.

BROOK, J. S.; BROOK, D.W. Risk and protective factors for drug use. In: MCOY METSCH LK, INCIARD J.A. (Ed). **Intervening with drug-involved youth**. Sage Publications, 1996. p. 23-43.

BROWNELL, K.D. Exercise and obesity treatment: psychological aspects. **Int. J. Obes.**, v. 19, p. 122-125, 1995.

BURAK, S. D. Protección, riesgo y vulnerabilidad. **Adolescência Latinoamericana**, Porto Alegre/RS, v.1, n. 4, 1999.

CALAIS, S. L.; ANDRADE, L. M. B.; LIPP, M. E. N. Diferenças de sexo e escolaridade na manifestação de stress em adultos jovens. **Psicologia: Reflexão & Crítica**, Porto Alegre/RS, v. 16, n. 2, p. 257-263, 2003.

CARLINI, E. A. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil; estudo envolvendo as maiores cidades do País, 2001**. São Paulo: CEBRID, UNIFESP, 2002. 280 p.

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. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 636-645, 2000.

CARVALHO, C. M. R. G. et al. Consumo alimentar de adolescentes matriculados em um colégio particular de Teresina, Piauí, Brasil. **Revista de Nutrição**, Campinas/SP, v. 14, n. 2, p. 85-93, 2001.

CATWRIGHT, M. et al. Stress and dietary practices in adolescents. **Health Psychol.**, v. 22, n. 4, p. 362-369, 2003.

CEBRID. **IV Levantamento sobre o Uso de Drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras-1997**. Departamento de Psicobiologia: Unifesp/EPM, 1997.

CENSO ESCOLAR - SC. **Dados preliminares. Cadastro de Estabelecimentos e Número de alunos por nível de ensino do município de Florianópolis/SC-2003**. Estado de Santa Catarina. Secretaria de Estado da Educação e Inovação. Diretoria de Planejamento. Gerência de Informações Educacionais, 2003.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION-CDC 2003. **Assessing Health Risk Behaviors Among Young People: Youth Risk Behavior Surveillance System 2003**. Disponível em: <www.cdc.gov/yrbss>. Acesso em: 15 ago 2004.

CHIRINOS, J. et al. Perfil de las estudiantes adolescentes sexualmente activas en colegios secundarios de Lima/Peru. **Rev. Méd. Hered.**, v. 10, n. 2, p. 49-61, jun. 1999.

CHIRINOS, J. L.; SALAZAR, V.C.; BRINDS, C. D. A profile of sexually active male adolescent high school students in Lima, Peru. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n. 3, p. 733-746, 2000.

CHOR, D. Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p. 423-425, 1999.

COCKERHAM, W. C.; ABEL, T.; LUSCHEN, G. Max Weber, formal rationality and health lifestyles. **The sociological Quarterly**, v. 34, n.3, p. 413, 1993.

COCKERHAM, W. C.; RUTTEM, A.; ABEL, T. Conceptualizing contemporary health lifestyles: moving beyond Weber. **The sociological Quarterly**, v. 38, n. 2, p. 321, 1997.

COLLI, A. S. Conceito de Adolescência. In: MARCONDES, E. (Ed.). **Pediatria Básica**. 9ª ed. São Paulo: Sarvier, 2002. p. 655.

DALGALARRONDO, P. et al. Religion and drug use by adolescents. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 82-90, 2004.

DALLARI, S. G. A bioética e a saúde pública. In: COSTA, S. I. F.; OSELKA, G.; GARRAFA, V (Ed.). **Iniciação à Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 205-216.

DALTON, R.; FORMAN, M. A. Problemas psicossociais. In: NELSON, W. E.; BEHRMAN, R. E.; KLIEGMAN, R.; ARVIN, A. M. **Tratado de Pediatria**. 15 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997, v.2. p. 88-89.

DE BEM, M. F. L. **Estilo de vida e comportamentos de risco de estudantes trabalhadores do ensino médio de Santa Catarina**. 2003. 147 f. Tese (Doutorado em Ergonomia)-Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

DE MICHELI, D.; FORMIGONI, M. L. O. S. As razões para o primeiro uso de drogas e as circunstâncias familiares prevêm os padrões de uso futuro? **Jornal Brasileiro de Dependência Química**, v. 2, n. 1, p. 20-30, 2001.

DELL'AGLIO, D. D.; BORGES, J. L.; SANTOS, S. S. Eventos estressores e depressão em adolescentes do sexo feminino. **Psico.**, Porto Alegre, v. 35, n. 1, p. 43-50, jan./jun. 2004.

DIEZ, J. P. Family modeling and the educational role of parents as regards the factors contribution to the use of alcohol among adolescents. **Rev. Esp. Salud Publica**, Madrid, v. 72, n. 3, p. 251-266, 1998.

DIEZ, J. P.; HERNANDIS, S. P. Autoconcepto y niveles de comunicación familiar en adolescentes. **Acta psiquiátr. Psicol. Am. Lat.**, v. 46, n. 2, p. 167-174, jun. 2000.

DILLARD, K. Adolescent sexual behavior. **I: Demographics. Advocates for youth**, 2002. Disponível em: <www.advocatesforyouth.org>. Acesso em: 20 fev. 2005.

EATON, S. B.; SHOSTAK, M.; KONNER, M. **The paelolithic prescription: a program of diet & exercise and a design for living**. New York: Harper & Row, 1998.

EISENSTEN, E. Discussants. Adolescência e sociedade: expectativas diferentes ou complementares? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 684-687, 2003.

FARIAS JÚNIOR, J. C. **Estilo de vida de escolares do ensino médio no município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.** 2002. 92 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

FACCHINI, L. A. et al. Trabalho infantil em Pelotas: perfil ocupacional e contribuição à economia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 4, p. 953-961, 2003.

FAUSTINI, D. M. T. et al. Programa de Orientação desenvolvido com adolescentes em centro de saúde: conhecimentos adquiridos sobre os temas abordados por uma equipe multidisciplinar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 783-790, 2003.

FEIJÓ, R. B. et al. Estudo de hábitos alimentares em uma amostra de estudantes secundaristas de Porto Alegre. **Pediatria**. São Paulo, v.19, n. 4, p. 257-262, out./dez. 1997.

FISCHER, F. M. et al. Efeitos do trabalho sobre a saúde de adolescentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 4, p. 973-984, 2003.

FONSECA, V. M.; SICHIERI, R.; VEIGA, G. V. Fatores associados à obesidade em adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 6, p. 541-549, 1998.

FROHLICH, K. L.; CORIN, E.; POTVIN, L. A. theoretical proposal for the relationship between context and disease. **Sociology of Health & Illness**, Malden, USA, v. 23, n. 6, p. 776-797, 2001.

GAMA, C. M. **Consumo alimentar e estado nutricional de adolescentes matriculados em escolas da rede particular e estadual do bairro de Vila Mariana, São Paulo.** 1999. 265 f. Tese - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

GARCIA, G. C. B.; GAMBARDELLA, A. M. D.; FRUTUOSO, M. F. P. Estado Nutricional e consumo alimentar de adolescentes de um centro de juventude da cidade de São Paulo. **Revista de Nutrição**, Campinas/SP, v. 16, n. 1, p. 41-50, 2003.

GARRIDO, R. R.; GARCIA, G. J. J.; CARBALLO, R. E. Voluntary intoxication as a form of attempted suicid. **Anales Espanoles de Pediatria**, n. 3, p. 213-216, 2000.

GODOI, A. M. M. et al. Consumo de substâncias psicoativas entre estudantes da rede privada. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 2, p.150-156, 1991.

GOMES, V. B.; SIQUEIRA, K. S.; SICHIERI, R. Atividade Física em uma amostra probabilística da população do município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n. 4, p. 969-976, jul./ago. 2001.

GONZÁLEZ, L. H.; BERGER, K. V. Consumo de tabaco en adolescentes: factores de riesgo y factores protectores. **Cien. Enferm.**, v. 8, n. 2, p. 27-35, 2002.

GUEDES, D. P. et al. Níveis de prática de atividade física habitual em adolescentes. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 6, p. 187-199, 2001.

GUIMARÃES, J. L. et al. Consumo de drogas psicoativas por adolescentes escolares de Assis/SP. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 1, p.130 -132, 2004.

HARSHA, D. W. The benefits of physical activity in childhood. **Am. J. Med. Scienc.**, v. 310 (suppl.1), p. 109-113, 1995.

HE, K. et al. Defining and Understanding Healthy Lifestyles choices for Adolescents. **Journal of Adolescent Health**, United States, v. 35, p. 26-33, 2004.

HENDRICKSON, G. Stress in adolescents. **North Memorial Health Care**. Disponível em: <<http://www.nothmemorial.org/HealthEncyclopedia/content/3162.as>>. Acesso em: 08 mar. 2004.

HERRERA-VASQUEZ, M. et al. Inicio en el consumo de alcohol y tabaco y transición a otras drogas en estudiantes de Morelos, México. **Salud Pública de México**, Morelos/México, v. 46, n. 2, p. 132-140, 2004.

HORTA, B. L. et al. Tabagismo em adolescentes de área urbana na região Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 2, p.159-164, 2001.

HOUNTON, S. H.; CARABIN, H.; HENDERSON, N. J. Towards an understanding of barriers to condom use in rural Benin using the Health Belief Model: A cross sectional survey. **BMC Public Health**, v. 5, n. 8, p. 1-8. Disponível em: <[http://www.biomedcentral.com/1471-2458/5/8\(2005\)](http://www.biomedcentral.com/1471-2458/5/8(2005))>. Acesso em: 8 maio 2005.

HOYOS, R. C.; SIERRA, A. V. El estrato socioeconómico como factor predictor del uso constante de condón en adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 6, p. 531-538, 2001.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2000. Características Gerais da população. Resultados da Amostra.** Rio de Janeiro: IBGE, 2003.

IVANOVIC, D. M.; CASTRO, C. G.; IVANOVIC, R. M. Factores affecting chilean elementary and high school children's smoking. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 30-43, 1997.

JAEHN, S. M., et al. Avaliação do desenvolvimento afetivo-social do adolescente na faixa etária dos 15 aos 18 anos: estudo com adolescentes do município de Botucatu/São Paulo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 4, p. 111-114, abr. 1988.

JERNIGAN, D. H. **Global status report alcohol and young people.** WHO- World Health Organization. Geneva, 2001. 53 p.

JIMÉNEZ, A. L. et al. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres: associação com variáveis socioeconômicas e demográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 55-62, 2001.

KAZAPI, J. M. et al. Consumo de energia e macronutrientes por adolescentes de escolas públicas e privadas. **Revista de Nutrição**, Campinas/SP, v. 14 (suppl), p. 27-33, 2001.

KENDLER, K. S.; KARKOWSKI, L. M.; PRESCOTT, C. A. Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. **Am. J. Psychiatry**, v. 156, p. 837-841, 1999.

KESSLER, F. et al. Psicodinâmica do adolescente envolvido com drogas. **Revista de Psiquiatria**, Porto Alegre/RS, v. 25, suppl 1, p. 33-41, 2003.

KORIN, D. Nuevas perspectivas de género en salud. **Adolescência Latinoamericana**, Porto Alegre/RS, v. 2, n.2, p. 67-79, 2001.

KREIPE, R. E.; MC ANARNEY, E. R. Medicina da adolescência. Crescimento e desenvolvimento do adolescente. In: NELSON, W. E.; BEHRMAN, R. E.; KLIEGMAN, R.; ARVIN, A. M. **Tratado de Pediatria.** 15 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997, v.2. p. 175-205.

KULBOX, P. A.; COX, C. Dimensions of adolescent health behavior. **Journal of Adolescent Health**, United States, v. 31, p. 394-400, 2002.

LAMBERTE, M. T. M. R. A condição subjetiva na adolescência. In: MARCONDES, E. (Ed.). **Pediatria Básica**. 9ª ed. São Paulo: Sarvier, 2002. p. 806-812.

LEAL, M. M. et al. Semiologia do Adolescente. In: MARCONDES, E. (Ed.). **Pediatria Básica**. 9ª ed. São Paulo: Sarvier, 2002. p. 157-170.

LEAL, M. M.; SAITO, M. I. Singularidades do desenvolvimento do adolescente: a Síndrome da Adolescência Normal. In: MARCONDES, E. (Ed.). **Pediatria Básica**. 9ª ed. São Paulo: Sarvier, 2002. p. 666-669.

LEITE, J. C.; RODRIGUES, R. N.; FONSECA, M. C. Fatores associados com o comportamento sexual e reprodutivo entre adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 474-481, 2004.

LOLIO, C. A. et al. Prevalência de tabagismo em localidade urbana da região Sudeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 262-265, 1993.

LONDOÑO, J. L. F. Factores relacionados con el consumo de cigarrillos en escolares adolescentes de la ciudad de Medellín. **Bol. of Sanit. Panam.**, v.112, n. 2, p. 131-137,1992.

LOPES, A. S. Estilo de vida e gordura corporal de crianças entre 7 e 10 anos do Estado de Santa Catarina - Brasil. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE CIÊNCIAS DO ESPORTE, 24, 2001, São Paulo. **Anais...**São Paulo, CELAFISCS, 2001. p. 154.

MAGAGNIN, C.; KORBES, J. M. Autoconceito do adolescente: relacionamento familiar e limites. **Aletheia**, v. 12, p. 65-81, jul./dez. 2000.

MALCON, M. C. et al. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes na América do Sul: uma revisão sistemática da literatura. **Rev. Panam. Salud Pública**, v.13, n. 4, p. 222-228, 2003.

MALCON, M. C. **Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes: um estudo de base populacional, Pelotas/RS**. 2000. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas/RS.

MALCON, M. C.; MENEZES, A. M.; CHATKIN, M. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 1-7, 2003.

MARCON, M. A. **Estilo de vida de pré-vestibulandos da cidade de Lages/SC: nível de atividade física habitual, vulnerabilidade ao estresse e hábitos alimentares.** 2002. 79 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC.

MARGIS, R. et al. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Revista de Psiquiatria**, Porto Alegre/RS, v. 25, n. 1, p. 65-74, 2003.

MARTIN, A. R. et al. Ejercicio físico y hábitos alimentarios: un estudo en adolescentes de Cádiz. **Revista Española de Saúde Pública**, Madrid, v. 73, n. 1, 1999.

MATOS, M. G. et al. **Saúde e estilo de vida nos jovens portugueses.** Estudo Nacional da Rede Européia HBSC/OMS, 1996.

MATSUDO, S. M. et al. Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, Brasília, v.10, n. 4, p. 41-50, 2002.

MATTHEWS, J. S.; PILLON, S. C. Factores protectores y de riesgo asociados al uso de alcohol en adolescentes hijos de padre alcohólico, en el Perú. **Revista Latinoamérica de Enfermagem**, v.12 (nº especial), p. 359-368, mar./abril. 2004.

MENDONÇA, C. P.; ANJOS, L. A. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n. 3, p. 698-709, maio/jun. 2004.

MINAYO-GOMEZ, C.; MEIRELLES, Z. V. Crianças e adolescentes trabalhadores: um compromisso para a saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13 (supl 2), p. 135-140, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Promoção da Atividade Física “Agita Brasil”: Atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 254-256, 2002.

MIRANDA, A. E.; GADELHA, A. M. J.; SZWARCOWALD, C. L. Padrão de comportamento relacionado às práticas sexuais e ao uso de drogas de adolescentes do sexo feminino residentes em Vitória, Espírito Santo. Brasil, 2002. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 207-216, jan./fev. 2005.

MOREIRA, L. B. et al. Prevalência de tabagismo e fatores associados em área metropolitana da região Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 46-51, 1995.

MRUK, C. **Self-esteem: research, theory and practice**. Springer Publishing Company, Nova York, 1995.

MUZA, G. M. et al. Consumo de substancias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP, Brasil - I. Prevalência de consumo por sexo, idade e tipo de substância. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 21-29, 1997.

MUZA, G. M.; COSTA, M. P. Elementos para a elaboração de um projeto de promoção à saúde e desenvolvimento dos adolescentes - o olhar dos adolescentes. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n. 1, p. 321-328, 2002.

MUZA, G. M.; COSTA, M. P. Aspectos sócio-familiares do consumo de tabaco por adolescentes escolares da rede privada do Distrito Federal. **Revista ABP-APAC**, v.15, n. 1, p. 31-36, 1993.

NAHAS, M. V.; BARROS, M. V. G.; FRANCALACCI, V. O Pentáculo do Bem-Estar – base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Londrina/PR, v. 5, n. 2, p. 48-59, 2000.

NEUMARK-SZTAINER, D. et al. Co variations of eating behaviors with other health-related behaviors among adolescents. **Journal of adolescent health**, v. 20, p. 450-458, 1997.

NICHOLSON, L. Interpreting gender. **Sings: Journal of women in culture and society**, Chicago, v. 20, n. 1, p. 79-105, 1994.

NIEMAN, D. C. **The exercise health connection**. Champaign, I L: Human Kinetics,1998.

NOVAESa, A. J. **Estilo de vida relacionado à saúde e hábitos comportamentais em escolares do ensino médio do município de Blumenau/SC: a influência da escola**. 2002. 116 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

NOVAESb, S. B. A sociologia e o individual. Os espaços privado e público da saúde reprodutiva. In: SCAVONE, L.; BATISTA, L. E. (Ed.). **Pesquisa de gênero: entre o público e o privado**. Araraquara/SP: Editora Cultura Acadêmica, 2002. p. 15-25.

OEHLSCHALAEGER, M. H. K. et al. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo em adolescentes da área urbana. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p.157-163, 2004.

OFFER, A. **In pursuit of the quality of life**. New York: Oxford University Press Inc, 1996.

OLIVEIRA, B. R. G.; ROBAZZI, M. L. C. C. O trabalho na vida dos adolescentes: alguns fatores determinantes para o trabalho precoce. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, v.9, n. 3, p. 83-89, maio 2001.

OLIVEIRA, D. C. et al. Futuro e liberdade: o trabalho e a instituição escolar nas representações sociais de adolescentes. **Estudos de Psicologia**, v.6, n. 2, p. 245-258, 2001.

OMS/FIMS (Comitê da OMS/FIMS em atividade física e saúde). Exercício para a Saúde. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, Niterói/RJ, v. 4, n. 4, p. 120-121, 1998.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **A saúde no Brasil**. Brasília: Escritório de Representação no Brasil, 1998.

ORNISH, D. **Program for reversing heart disease**. New York: Ivy Books, 1996.

PAIVA, V.; PERES, C.; BLESSA, C. Jovens e adolescentes em tempos de aids: reflexões sobre uma década de trabalho de prevenção. **Psicol. USP**, São Paulo, v.13, n. 1, p. 55-78, 2002.

PECHANSCKY, F.; SZOBOT, C. M.; SCIVOLETTO, S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, suppl 1, p. 14-17, 2004.

PERES, C. A. et al. Prevenção da Aids com adolescentes encarcerados em São Paulo/SP. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, suppl. 4, p. 76-81, 2002.

PINHEIRO, A. B. **O trabalho precoce em adolescentes matriculados em escolas municipais da Zona Sul do Rio de Janeiro**. 1999. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro.

PIRES, M. C. **Crescimento, composição corporal e estilo de vida de escolares no município de Florianópolis-SC, Brasil.** 2002. 122 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física - Atividade Física e Saúde) - Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

PITTA, A. M. R. **Saúde & Comunicação: Visibilidades e Silêncios.** São Paulo: Editora Hucitec. Abrasco, 1995.

PRIORE, S. E. **Composição corporal e hábitos alimentares de adolescentes: uma contribuição à interpretação de indicadores de estado nutricional.** 1998. 211 f. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

REBOLLEDO, E. A. O.; MEDINA, N. M. O.; PILLON, S. C. Factores de riesgo asociados al uso de drogas em estudiantes adolescentes. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, Ribeirão Preto/SP, v. 12 (nº especial), p. 369-375, 2004.

RIBEIRO, M. A. Conseqüências do divórcio parental em crianças e adolescentes. **Psicol. Teor. Pesq.**, v. 4, n. 3, p. 283-294, 1988.

RIUS, C. et al. Self perceived health and smoking in adolescents. **J. Epidemiol. Community Health**, v. 58, p. 698-699, 2004.

RODRIGUEZ, J. A. M.; LOPEZ, B. A. La familia y el adolescente. Trabajo de revisión. **Rev. Med. Hosp. Gen. Mex.**, v. 62, n. 3, p. 191-197, 1999.

RUFFO, P. Nutrição na adolescência. **Mundo Saúde**, v.21, n. 2, p. 86-93, mar./abr. 1997.

RUZANI, M. H et al. A violência nas relações afetivas dificulta a prevenção de DST/AIDS? **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 4, p. 349-354, 2003.

SAITO, M. I. Nutrição. In: MARCONDES, E. (Ed.). **Pediatria Básica.** 9ª ed. São Paulo: Sarvier, 2002. p. 672-677.

SAITO, M. I.; COLLI, A. S. Necessidades de saúde. In: MARCONDES, E. (Ed.). **Pediatria Básica.** 9ª ed. São Paulo: Sarvier, 2002. p. 669-672.

SALGADO, H. M. Saúde pública do México. **Salud de Adolescentes.** Editorial, v. 45, suppl 1, 2003.

SÁNCHEZ, A.V.; ESCRIBANO, E. A. **Medição do autoconceito**. Bauru: Edusc, 1999.

SCHICHOR, A. Medicina do adolescente. In: DWORKIN, P. H. **Pediatria**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabra Koogan, 2002. p. 116-149.

SCHIO, C. et al. O tabagismo entre estudantes secundaristas da zona urbana de Porto Alegre. **Rev. HCPA**, v.12, n. 2, p. 117-120, 1992.

SCHUTT-AINE, J.; MADDALENO, M. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en la América: Implicaciones en Programas y Políticas. OPS, Washington, D. C., 2003.

SCIVOLETTO, S. et al. Relação entre consumo de drogas e comportamento sexual de estudantes de 2º grau de São Paulo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 87-94, 1999.

SERRA, G. M. A. **Saúde e nutrição na adolescência: o discurso sobre dietas na revista Capricho**. 2001. 136 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

SILBERG, J. et al. The influence of genetic factors and life stress on depression among adolescents girls. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 56, p. 225-232, 1999.

SILVA, L. E. V.; LEAL, M. M. Problemas de saúde. Adolescência. In: MARCONDES, E. (Ed.). **Pediatria Básica**. 9ª ed. São Paulo: Sarvier, 2002. p. 677-682.

SILVA, R. C. R.; MALINA, R. M. Nível de atividade física em adolescentes do município de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 1091-1097, 2000.

SILVA, R. R. et al. Stress and vulnerability to posttraumatic stress disorder in children and adolescents. **Am. J. Psychiatry**, v. 157, p. 1229-1235, 2000.

SKREBLIN, L.; SUJOLDZIC, A. Acculturation process and its effects on dietary habits, nutritional behavior and body-image in adolescents. **Coll. Antropol.**, Zagreb, Croácia, v. 27, n. 2, p. 469-477, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DO ESPORTE. Atividade física e saúde na infância e adolescência. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, Niterói/RJ, v. 4, n. 4, p. 107-109, 1998.

SOLDERA, M. et al. Uso de drogas psicotrópicas por estudantes: prevalência e fatores sociais associados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 277-283, 2004.

SOUZA, E. S.; ALTMANN, H. Meninos e meninas: expectativas corporais e implicações na educação física escolar. **Caderno CEDES**, Campinas/SP, ano XIX, nº 48, p. 52-68, 1999.

SOUZA, R. M. Depois que papai e mamãe se separaram: um relato dos filhos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 203-211, 2000.

SPARRENBERGER, F.; SANTOS, I.; LIMA, R. C. Epidemiologia do distress psicológico: estudo transversal de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 434-439, 2003.

STARFIELD, B. et al. Social class gradients in health during adolescence. **J. Epidemiol. Community Health**, v. 56, p. 354-361, 2002.

STEINMAN, S.; PETERSEN, V. The impact of parental divorce for adolescents: a consideration of intervention beyond the crisis. **Adolesc. Med.**, Ohio, USA, v. 12, n. 3, p. 493-507, 2001.

STRASBURGER, V. C.; BROWN, R. T. **Adolescent medicine: a practical guide**. 2 nd. Philadelphia: Lippincott - Raven, 1997.

TAMAYO, A.; CAMPOS, A. P. M.; MATOS, D. R. A. influência da atividade física regular sobre o autoconceito. **Estudos de Psicologia**, Natal/RN, v. 6, n. 2, p. 157-165, 2001.

TAQUETTE, S. R. et al. Relacionamento violento na adolescência e risco de DST/AIDS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1437-1444, 2003.

TAQUETTE, S. R.; VILHENA, M. M.; CAMPOS DE PAULA, M. Doenças sexualmente transmissíveis e gênero: um estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 282-290, 2001.

TAQUETTE, S. R.; VILHENA, M. M.; CAMPOS DE PAULA, M. Doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: estudo de fatores de risco. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba/MG, v. 37, n. 3, p. 210-214, 2004.

TAVARES, B. F.; BÉRIA, J. U.; LIMA, M. S. Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 787 -796, 2004.

TAVARES, B. F.; BÉRIA, J. U.; LIMA, M. S. Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 2, p.150 -158, 2001.

TOJO, R. et al. Nutricion em el adolescente. Factores de riesgo biopsicosociales. **An. Españoles Pediatr.**, v. 35, suppl. 46, p. 74-83, 1991.

TRAJMAN, A. et al. Knowledge about STD/AIDS and sexual behavior among high school students in Rio de Janeiro, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n.1, p 127-133, 2003.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A.; PINHEIRO, V. S. Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre/RS, v. 14, n. 2, p. 133-147, 2002.

TUINSTRA, J. et al. Socioeconomic differences in health risk behavior in adolescence: do they exist? **Soc. Sci. Med.**, Germany, v. 47, n. 1, p. 67-74, 1998.

VARGAS, C. N. et al. Life style in adolescents at Santiago. **Revista Chilena de Pediatría**, Santiago, v. 67, n. 6, p. 276-281, 1996.

VIEIRA, V. C. R.; PRIORI, S. E.; FISBERG, M. A atividade física na adolescência. **Adolescência Latinoamericana**, Porto Alegre/RS, v. 3, n. 1, p. 0-0, 2002.

VILELA, J. E. M. et al. Transtornos alimentares em escolares. **Jornal de Pediatría**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 1, p. 49-54, 2004.

VITTETOE, K. et al. Behavioral problems and tobacco use among adolescents in Central America and the Dominican Republic. **Pan. Am. J. Public. Health**, Washington/EUA, v. 11, n. 2, p. 76-82, 2002.

WALKER, J. Teens in distress series adolescent stress and depression. **The Center for 4 - H Youth Development**. Disponível em: _____ : <<http://www.extension.umn.edu/distribution/youthdevelopment/DA3083.html>> Acesso em: 08 mar. 2004.

WEINECK, J. O significado da carga corporal/esportiva como estímulo necessário ao desenvolvimento de crianças e jovens – o significado da escola para uma melhor educação motora. In: _____. **Biologia do Esporte**. São Paulo: Editora Manole Ltda, 1991, p. 285-292.

WEISS, S. E. **Alimentos saudáveis - alimentos perigosos: guia prático para uma alimentação rica e saudável.** Rio de Janeiro: Readers Digest Brasil, 1998.

WHO - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Children's and adolescent's health in Europe.** Copenhagen, Vienna, 2003.

WHO - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Promocion para la salute y el desarrollo de los adolescentes.** Genebra: OMS, 1999.

YOUTH RISK BEHAVIOR SURVEILLANCE SYSTEM – YRBSS, 2003. Centers for Disease Control and Prevention. **Morbidity & Mortality Weekly Report**, v. 53, may 2004. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/SS/SS5302.pdf>>. Acesso em: 10. jan. 2005.

ZAGURY, T. Discussants. O adolescente e a felicidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n. 3, p. 681-689, 2003.

ZAMBERLAN, M. A. T; FREITAS, M. G.; FUKAMORI, L. Relações pais e filhos adolescentes e estratégias de prevenção a riscos. **Paidéia**, v. 9, n. 17, p. 35-49, jul./dez. 1999.

ZIWIAN, Z. L. J. Educação nutricional na adolescência: importância do comportamento alimentar na busca da saúde perfeita. **Hig. Aliment.**, v. 13, n. 61, p. 85-87, abr./maio 1999.

ANEXOS



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Email: pgsp@ccs.ufsc.br**

Vimos através deste solicitar sua autorização para a realização da pesquisa **“Estilo de Vida e Diferenças Socioeconômicas de Adolescentes Escolares de 16 e 17 Anos de Florianópolis/SC”** neste centro escolar.

Essa pesquisa, destinada à obtenção do grau de mestre em saúde pública, tem como objetivo descrever e analisar o estilo de vida adotado pelos adolescentes escolares de 16 e 17 anos de Florianópolis/SC, enfatizando possíveis diferenças socioeconômicas. Para tanto, será aplicado um questionário englobando variáveis socioeconômicas demográficas e de estilo de vida, dentre eles, as características nutricionais, o nível de atividade física habitual, o stress e a forma como se lida com ele, o comportamento preventivo (uso de cinto de segurança, uso de preservativo nas relações sexuais, consumo de bebidas alcoólicas, uso de cigarro e drogas), e o relacionamento social, ou seja, o relacionamento que os indivíduos apresentam com os demais no seu convívio social.

A intenção da pesquisa é fornecer suporte epidemiológico ao tema (estilo de vida de adolescentes e a influência das diferenças socioeconômicas), pois este ainda se encontra pouco desenvolvido no meio científico. Para a população participante, espera-se que a pesquisa forneça suporte científico para que atenções sejam voltadas para esse grupo de adolescentes, possibilitando melhor conhecimento sobre seu estado de saúde e as influências geradas pelo meio.

Após o término da pesquisa, cada instituição receberá os resultados através de um relatório que será entregue à direção.

Gratos pela atenção

Eliane Denise da Silveira Araújo (pesquisadora principal)

Prof. Dr. Nelson Blank (pesquisador responsável)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Eliane Denise da Silveira Araújo, estudante de mestrado da UFSC e estou desenvolvendo a pesquisa **“Estilo de Vida e Diferenças Socioeconômicas de Adolescentes Escolares de 16 e 17 anos de Florianópolis/SC”**, com o objetivo de analisar os componentes do estilo de vida dos escolares de 16 e 17 anos, de ambos os sexos, em Florianópolis/SC, em relação às suas características e possíveis diferenças socioeconômicas. Para isso, será aplicado um questionário para a obtenção dos dados socioeconômicos-demográficos e estilo de vida, o qual conterá características de atividade física, hábitos alimentares, nível de stress, comportamento preventivo e relacionamento social. Preciso, portanto de seu consentimento para que seu filho possa responder o questionário. Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo pode entrar em contato pelo telefone (48) 99070168. Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizados neste trabalho.

Eliane Denise da Silveira Araújo (pesquisador principal)

Prof. Dr. Nelson Blank (pesquisador responsável)

Eu, _____, fui esclarecido sobre a pesquisa **“Estilo de Vida e Diferenças Socioeconômicas de Adolescentes Escolares de 16 e 17 anos de Florianópolis/SC”** e concordo que meu filho participe da mesma.

Florianópolis, ___ de _____ de 2004.

Assinatura: _____

QUESTIONÁRIO

Atualmente, estilo de vida e de comportamento em saúde, têm sido uma preocupação de pesquisadores e trabalhadores. Esta pesquisa objetiva identificar o estilo de vida e o comportamento em saúde de seu filho. Na escola, seu filho irá preencher um outro questionário. Está absolutamente *garantido o sigilo total da identidade dos participantes desta pesquisa*. Este é um questionário fácil de ser preenchido. Os resultados constituirão uma *Dissertação de Mestrado em Saúde Pública*.

Sua participação e opiniões verdadeiras são fundamentais para desenvolver este trabalho. Participe! Sua contribuição é muito importante! Obrigada.

Prof^a. Eliane Araújo – Mestrado em Saúde Pública – UFSC.

ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

- a) Responda todas as questões. Opte sempre pela alternativa que mais se aproxima de sua condição.
- b) Seja totalmente honesto em suas respostas. Disso depende os bons resultados e as corretas conclusões

Nº _____

Data ____/____/2004

Informações socioeconômicas

1. Qual o seu estado civil? SE1 _____
 (1) casado ou c/relação estável
 (2) solteiro ou s/relação estável
 (3) separado
 (4) viúvo
2. Quantas pessoas moram na sua residência? _____ pessoas. SE2 _____
3. Quantos filhos o (a) Sr.(a) tem? _____ filhos. SE3 _____
4. Quantos cômodos (excluindo banheiro e cozinha) têm a sua residência? SE4 _____
 _____ cômodos.
5. Qual o grau de escolaridade do pai da família? SE5 _____
 (1) Nunca freqüentou a escola
 (2) Primeiro grau incompleto
 (3) Primeiro grau completo
 (4) Segundo grau incompleto
 (5) Segundo grau completo
 (6) Curso superior incompleto
 (7) Curso superior completo
6. Qual o grau de escolaridade da mãe da família? SE6 _____
 (1) Nunca freqüentou a escola
 (2) Primeiro grau incompleto
 (3) Primeiro grau completo
 (4) Segundo grau incompleto
 (5) Segundo grau completo
 (6) Curso superior incompleto
 (7) Curso superior completo
7. Qual a profissão do pai da família? **(especifique a profissão, ex: mecânico, professor de ensino primário. Se aposentado, especifique a última profissão, ou se autônomo especifique qual a profissão que exerce como autônomo)** SE7 _____

8. Qual a profissão da mãe da família? **(especifique a profissão)** SE8 _____

9. Qual o consumo médio de energia elétrica da sua residência dos últimos três meses? **(procure na sua última conta de luz onde está escrito 'média dos últimos três meses (KWh)')** SE9 _____
 _____ KWh
10. Qual o CEP da sua residência? CEP _____ - _____ CEP _____

QUESTIONÁRIO

ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

a) Responda todas as questões. Opte sempre pela alternativa que mais se aproxima de sua condição.

b) Seja totalmente honesto em suas respostas. Disso depende os bons resultados e as corretas conclusões

N°	Data	/	/2004
Informações sócio-demográficas			
1. Tipo de escola			SD1 _____
(1) Pública (2) Particular			
2. Qual o seu sexo?			SD2 _____
(1) Masculino (2) Feminino			
3. Qual a sua idade?			SD3 _____
(1) 16 anos (2) 17 anos			
4. Além de estudar, você trabalha?			SD4 _____
(1) Não (2) Sim			
5. Com quem você mora?			SD5 _____
(1) Sozinho (2) Com o pai (3) Com a mãe (4) Com ambos (5) Com outros			
Atividade física			
6. Você frequenta as aulas de Educação Física regularmente?			AF1 _____
(1) Não (2) Sim			
7. Você frequenta algum tipo de atividade física organizada em academia, escola de futebol, vôlei, basquete, natação, balé, etc., que dure ao menos 40 minutos?			AF2 _____
(1) Não (2) Sim			
8. Se sim, quantas vezes por semana?			AF3 _____
(1) Não freqüento (2) Uma vez/semana (3) Duas a três vezes/semana (4) Quatro ou mais vezes/semana			

9. Você costuma praticar alguma atividade física (além da respondida na pergunta 7), que dure pelo menos 40 minutos?	AF4 _____
(1) Não (2) Sim	
10. Se sim, quantas vezes por semana?	AF5 _____
(1) Não pratico (2) Uma vez/semana (3) Duas a três vezes/semana (4) Quatro ou mais vezes/semana	
11. Você se sente satisfeito com a sua atividade física?	AF6 _____
(1) Não (2) Mais ou menos (3) Sim	
12. Você gostaria de fazer mais atividade física?	AF7 _____
(1) Não (2) Sim	
13. Quantas horas por dia, em média, você costuma assistir TV, jogar videogame e/ou ficar no computador?	AF8 _____
(1) Menos de 1 hora/dia	
(2) Uma a duas horas/dia	
(3) Três a quatro horas/dia	
(4) Mais de quatro horas/dia	
Hábitos alimentares	
14. Você tem o hábito de tomar café da manhã regularmente?	HA1 _____
(1) Não (2) Sim, geralmente em casa (3) Sim, geralmente na escola ou outro local	
15. Quantos copos de leite (e/ou iogurte) você costuma tomar por dia?	HA2 _____
(1) Não costumo tomar leite e/ou iogurte (2) Um copo/dia (3) Um a dois copos/dia (4) Mais de dois copos/dia	
16. Você costuma comer diariamente ao menos duas frutas ou tomar alguma vitamina ou suco de fruta natural?	HA3 _____
(1) Não (2) Sim	
17. Você costuma comer verduras (ex. alface, rúcula, agrião, etc) e legumes (ex. tomate, cenoura, abobrinha, etc.)?	HA4 _____
(1) Nunca como (2) Às vezes (3) Ao menos uma vez/dia (4) Mais de uma vez/dia	
18. Com que frequência você costuma comer, por semana , ao menos uma porção de alimentos como pizza, hambúrguer, empanadas, esfirras, pastéis, cachorro-quente, chips?	HA5 _____
(1) Nunca como (2) Uma vez/semana (3) Duas a três vezes/semana	

(4) Mais de três vezes/semana	
19. Com que frequência você costuma comer, por semana , ao menos uma porção de doce, sorvete, chocolate?	HA6 _____
(1) Nunca como	
(2) Uma vez/semana	
(3) Duas a três vezes/semana	
(4) Mais de três vezes/semana	
20. Como você se sente com o tipo de alimentação que você usa?	HA7 _____
(1) Muito insatisfeito	
(2) Insatisfeito	
(3) Satisfeito	
(4) Plenamente satisfeito	
Aspectos psicossociais	
21. Você fuma diariamente?	AP1 _____
(1) Não	
(2) Sim	
22. Com que idade você começou a fumar?	AP2 _____
(1) Não fumo	
(2) Idade que comecei a fumar _____ anos	
23. Você costuma beber bebidas alcoólicas regularmente?	AP3 _____
(1) Nunca bebo	
(2) Só em festas	
(3) Sim, eu bebo regularmente	
24. Com que idade você começou a beber bebidas alcoólicas?	AP4 _____
(1) Nunca bebo	
(2) Idade em que comecei a beber _____ anos	
25. Nos últimos três meses, quantas vezes, em média, você acha que bebeu demais?	AP5 _____
(1) Nunca bebo	
(2) Nunca bebi demais	
(3) Uma vez	
(4) Duas vezes	
(5) Mais de duas vezes	
26. Você já teve algum problema (briga, discussão, passar mal, etc.) por ter bebido demais?	AP6 _____
(1) Não	
(2) Sim	
27. Você já experimentou algum tipo de droga (ex. maconha, cocaína, cola, cogumelos, LSD, craque, êxtase, lança-perfume, etc.)?	AP7 _____
(1) Nunca experimentei	
(2) Uma vez	
(3) Várias vezes	
(4) Uso alguma droga regularmente	
28. Com que idade você experimentou alguma droga pela primeira vez?	AP8 _____
(1) Nunca experimentei	
(2) Idade em que experimentei _____ anos	
29. Você acha que é dependente de alguma droga?	AP9 _____
(1) Não	

(2) Sim	
30. Você já teve algum problema por causa de droga?	AP10 _____
(1) Não	
(2) Sim	
31. Você já teve relações sexuais?	AP11 _____
(1) Não	
(2) Sim	
32. Com que idade você teve a primeira relação sexual?	AP12 _____
(1) Nunca tive	
(2) Idade da primeira relação _____ anos	
33. Você ou seu parceiro usa camisinha nas relações sexuais?	AP13 _____
(1) Nunca tive relações sexuais	
(2) Nunca uso	
(3) Às vezes	
(4) Sempre	
34. Alguma vez você ou seu parceiro transou sem camisinha?	AP14 _____
(1) Não	
(2) Sim	
35. Como você se sente com relação a sua sexualidade (mesmo se ainda não transou)?	AP15 _____
(1) Muito insatisfeito	
(2) Insatisfeito	
(3) Satisfeito	
(4) Plenamente satisfeito	
36. Como você avalia a sua saúde atualmente?	AP16 _____
(1) Ruim	
(2) Mais ou menos	
(3) Boa	
(4) Ótima	
37. Nos últimos 15 dias, você tem tido problemas de sono?	ST1 _____
(1) Não	
(2) Às vezes	
(3) Frequentemente	
38. Nos últimos 15 dias, você tem tido dores de cabeça?	ST2 _____
(1) Não	
(2) Às vezes	
(3) Frequentemente	
39. Nos últimos 15 dias, você tem se sentido angustiado, nervoso, ansioso, ou deprimido?	ST3 _____
(1) Não	
(2) Às vezes	
(3) Frequentemente	
40. Você tem algum “melhor amigo ou amiga” com quem possa conversar sobre seus problemas pessoais?	AP17 _____
(1) Não	
(2) Sim	
41. Como você se sente em relação ao seu relacionamento com os colegas e/ou amigos?	AP18 _____
(1) Muito insatisfeito	

(2) Insatisfeito	
(3) Satisfeito	
(4) Plenamente satisfeito	
42. Como você se sente em relação a sua vida, de modo geral?	AP19 _____
(1) Muito insatisfeito	
(2) Insatisfeito	
(3) Satisfeito	
(4) Plenamente satisfeito	
43. Qual a profissão do seu pai (especifique a profissão)?	PM _____
44. Qual a profissão da sua mãe? (especifique a profissão)?	PP _____