

Comportamentos de risco relacionados à saúde em adolescentes escolares da zona rural

Risk behaviors in adolescents related health school of rural area

Samuel Völz Lopes*
Grégore Iven Mielke**
Marcelo Cozzensa da Silva**

269

Artigo Original • Original Paper
O Mundo da Saúde, São Paulo - 2015;39(3):269-278

Resumo

Comportamentos de risco à saúde são frequentemente iniciados na infância e adolescência, e representam um grande risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis. O presente estudo teve por objetivo analisar a prevalência de comportamentos de risco à saúde em adolescentes estudantes de escolas de ensino médio da zona rural da região sul do Rio Grande do Sul (RS). A amostra foi composta por todos adolescentes que estavam cursando o ensino médio em escolas públicas da zona rural de Pelotas, cobertas pela 5ª Coordenadoria Regional de Educação (CRE). Os adolescentes responderam a um questionário com questões demográficas (sexo, idade, cor da pele), socioeconômicas (escolaridade, nível econômico) e de comportamentos de risco (hábito de fumar, o consumo de bebidas alcoólicas, inatividade física, exposição à violência, sexo sem uso de preservativos e baixo consumo de frutas/verduras). Participaram do estudo 510 alunos entre 13 e 19 anos, matriculados em 10 escolas rurais. Os comportamentos de risco com maior prevalência em ambos os sexos, foram o consumo de álcool (69,9%), inatividade física (46,7%) e baixo consumo de frutas ou verduras (54,9%). Adolescentes obesos referiram se envolver em brigas, aproximadamente quatro vezes mais dos que os considerados dentro do peso ideal. Conclui-se que a prevalência de comportamentos de risco a saúde em adolescentes escolares rurais foi elevada. Ainda há escassez de dados de estudos em zona rural, portanto os apresentados neste artigo servem para a estruturação de programas de intervenção em saúde.

Palavras-chave: Comportamento de Risco. Adolescente. Rural. Saúde.

Abstract

Health risk behaviors are often started in childhood and adolescence and represent a major risk to development non-communicable chronic diseases. The present study aimed to examine the prevalence of health risk behaviors in adolescent students in rural high schools in southern of Rio Grande do Sul. The sample consisted of all teenagers who had brought the parents or guardians permission to participate in the study and where attending school in the public schools of rural zone of Pelotas, covered by the 5th Regional Education Coordinator (CRE). The teenagers answered a questionnaire with demographic questions (gender, age, ethnicity), socioeconomic (schooling, economic level) and risk behaviors (smoking, alcohol consumption, physical inactivity, exposure to violence, sex without condom use and low fruit / vegetables intake). Study participants were 510 students between 13 and 19 years old enrolled in 10 rural schools. Risk behaviors with the highest prevalence in both sexes, were alcohol abuse (69.9%), physical inactivity (46.7%) and low consumption of fruit or vegetables (54.9%). Obese adolescents have mentioned engaging in fights, about four times more than those considered in the ideal weight. The conclusion was that the prevalence of health risk behaviors among rural adolescents was high. Although there are few data from studies in rural areas, those presented in this article are to structure health intervention programs.

Keywords: Risk Behavior. Adolescent. Rural. Health.

DOI: 10.15343/0104-7809.20153903269278

* Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Universidade Federal de Pelotas (UFPel), RS, Brasil. E-mail: samuelvolzlopes@gmail.com

** Universidade Federal de Pelotas (UFPel), RS, Brasil.

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

INTRODUÇÃO

O estilo de vida pode ser determinante das condições de saúde, especialmente quando comportamentos se associam como os principais fatores no desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis. A adolescência, período entre os 10 e 19 anos, é um intervalo de tempo de grandes mudanças físicas e psicológicas associadas com a maturação¹. A sensação de liberdade na tomada de decisões pode levar os jovens a adotar comportamentos que proporcionam risco à saúde. O consumo de bebidas alcoólicas, níveis insuficientes de atividade física, hábitos alimentares inadequados, tabagismo, consumo de drogas ilícitas, envolvimento em brigas e não utilização de preservativos nas relações sexuais são comportamentos que podem contribuir para o surgimento e/ou agravamento de morbidades e mortalidade entre os jovens².

Os jovens, raramente apresentam sintomas associados às doenças degenerativas e, por isso, pouco se têm investido na formação escolar quanto à adoção de hábitos de vida futuros que possam prevenir o aparecimento dessas doenças³. Porém, as escolas se caracterizam como espaços fundamentais na promoção de hábitos de saúde devido à grande abrangência de crianças e adolescentes nela inseridos.

O somatório de comportamentos de risco está associado com a diminuição da expectativa de vida⁴. Por isso, o levantamento de dados, monitoramento e intervenção sobre comportamentos de risco entre adolescentes, tem sido prioridade⁵ entre órgãos de saúde mundial^{2, 1}. No Brasil, estudos sobre diversos fatores de risco e proteção à saúde dos adolescentes foram desenvolvidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em parceria com o Ministério da Saúde através da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), junto aos escolares do 9º ano do ensino fundamental das 26 capitais estaduais e do Distrito Federal^{6, 7}. No estado de Santa Catarina foi conduzido um estudo sobre comportamentos de risco à saúde de adolescentes de escolas estaduais da zona urbana e rural⁵. No entanto, ainda se têm pouco conhecimento sobre os hábitos comportamentais de saúde de adolescentes da zona rural do RS.

A zona rural difere da zona urbana em aspectos ambientais, estruturais e culturais. De acordo com Glaner (2005), o meio ambiente é um determinante do estilo de vida, assim pessoas de uma mesma região geográfica, separadas por alguns quilômetros podem ter estilos de vida completamente diferentes em relação aos hábitos, principalmente entre os meios rural e urbano⁸. É importante saber a prevalência de comportamentos de risco de adolescentes escolares rurais e estabelecer os determinantes associados às mudanças de comportamentos, para estruturar políticas adequadas à faixa etária e localidade.

Dessa forma, o presente estudo teve o objetivo de identificar a prevalência de comportamento de risco à saúde e fatores associados em adolescentes matriculados em escolas públicas de ensino médio da zona rural da região sul do RS.

MÉTODOS

Este estudo se caracterizou como sendo do tipo observacional de corte transversal do tipo censo. A população alvo foi composta por adolescentes entre 13 e 19 anos que cursavam o ensino médio em escolas públicas da zona rural cobertas pela 5ª CRE. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas, na data de 28 de novembro de 2011, sob protocolo nº 038/2011.

Foi solicitada junto à 5ª CRE uma autorização para a realização da pesquisa nas escolas. Houve um contato preliminar com cada escola para explicar os objetivos do estudo e saber se havia interesse da mesma em participar da pesquisa. Em caso positivo, foi solicitada à escola a listagem de matriculados no ensino médio. Na primeira visita realizada, os objetivos da pesquisa foram explicitados e, posteriormente, entregue a cada aluno um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a ser preenchido por pais ou responsáveis. Em uma data posterior, foi aplicado o questionário e realizadas medidas antropométricas. Entre a primeira e segunda visita, foi feito contato com os professores das escolas, pedindo que lembrassem os alunos da

entrega dos TCLEs e salientassem a importância do estudo.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário codificado, pré-testado, contendo 89 perguntas referentes a temas de interesse de quatro pesquisadores os quais formaram um consórcio de pesquisa para a realização do estudo. Foram coletadas variáveis demográficas (sexo: masculino, feminino; idade: anos completos e cor da pele: branco, não branco); socioeconômicas (escolaridade: 1º ano, 2º ano, 3º ano do ensino médio e nível econômico: dividido em tercís), comportamentais (hábito de fumar, consumo de bebidas alcoólicas, prática de atividade física, exposição à violência, sexo sem uso de preservativos e baixo consumo de frutas/verduras), e antropométricas (peso: em quilogramas e estatura: em centímetros).

Para o presente estudo foi construída uma variável de indicador econômico baseada na presença de bens relatados pelo adolescente. Foram considerados os seguintes itens: televisão de plasma/LCD, LED, aparelho de DVD, Blue-Ray, linha de telefone fixa, computador, notebook, netbook, linha de internet, iphone, ipad, tablet, MP3, MP4, carro, moto, geladeira, freezer, fogão, máquina de lavar e micro-ondas. Foi construído um escore que pontuou cada item com um peso equivalente ao inverso da frequência de posse ou presença no total da amostra estudada, atribuindo assim um escore para cada adolescente somando-se os pesos dos respectivos itens. Para fins de análise o indicador econômico foi dividido em tercís. Abordagem semelhante foi utilizada por Levy⁹.

O consumo de álcool, tabagismo, comportamentos sexuais e exposição à violência foram verificados através do instrumento utilizado no *Youth Risk Behavior Survey* (YRBS)², o qual considera como consumo abusivo de álcool o adolescente que responder ter consumido álcool nos últimos 30 dias, fumante o que tiver fumado pelo menos um cigarro nos últimos 30 dias, comportamento sexual de risco o que tiver se relacionado sexualmente alguma vez na vida sem uso de preservativos e exposto à violência aquele que tiver se envolvido com violência (bri-

gas, ameaças, porte de armas ou obrigação a se relacionar sexualmente) nos últimos 12 meses.

No que se refere à alimentação, o consumo inadequado de frutas e verduras foi avaliado através de duas questões do instrumento de triagem de consumo alimentar do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), proposto pelo Ministério da Saúde¹⁰. Assim, ter consumido frutas e verduras em menos de cinco dias na semana anterior foi considerado como consumo inadequado.

Para mensurar o nível de atividade física foi utilizado o Questionário de Atividade Física para Adolescentes (QAFA)¹¹ e considerado insuficientemente ativo o adolescente que não atingiu pelo menos 300 minutos de atividades físicas moderadas na última semana¹.

O peso dos indivíduos foi medido com uma balança da marca Slim Control® com precisão de 100 g. A altura foi medida com uma fita métrica metálica inextensível de 150 cm, com precisão de 1 milímetro. A fita métrica foi fixada verticalmente em uma parede, à altura de 1 metro do chão e os adolescentes foram medidos descalços, com o mínimo de roupas, em local privativo.

Foi realizada uma breve explicação aos alunos dos objetivos do estudo e esclarecimento sobre a preservação do anonimato. O questionário foi autoaplicado, e dúvidas individuais foram esclarecidas coletivamente antes da aplicação do mesmo.

Os dados foram duplamente digitados no programa EpiData 3.1, no qual foi, também, realizada análise para verificação de inconsistência das digitações. A análise estatística foi realizada no programa STATA 12.0.

O plano de análise proposto definiu as seguintes etapas: inicialmente foi realizada a análise univariada de todas as informações coletadas, com cálculo das medidas de tendência central e dispersão para as variáveis contínuas e de proporções para as variáveis categóricas. A seguir, foi processada a análise bivariada através dos testes de Qui-quadrado e Tendência Linear para variáveis categóricas, examinando as associações entre comportamentos de risco e variáveis independentes.

RESULTADOS

A região de cobertura da 5ª CRE é composta por 10 escolas de nível educacional de ensino médio, localizadas na zona rural. A soma de todos os alunos devidamente matriculados nas escolas selecionadas foi igual a 1502. Destes, apenas 1102 estavam frequentando a escola e se enquadravam na faixa etária definida para o presente estudo. Foram considerados como perdas aqueles alunos que não apresentaram o TCLE assinado por seus responsáveis (n=448), ou não se encontravam na escola nos dias de aplicação do questionário (n=144). No total, incluindo todas as escolas, 510 alunos participaram do estudo, resultando em uma proporção de perdas de 53,7%.

Na Tabela 1, são apresentadas as variáveis demográficas, comportamentais e antropométricas dos escolares participantes da pesquisa. A maioria da população era do sexo feminino (59,0%), de cor da pele branca (92,3%), com idades entre 15 e 17 anos (80,0%). Aproximadamente 38,0% dos alunos estavam frequentando o 1º ano do Ensino Médio. Um percentual de 7,4% dos alunos afirmou ter fumado nos 30 dias antecedentes à pesquisa, e também quase 70% dos participantes haviam consumido bebida alcoólica nesse mesmo período. Quanto ao nível de atividade física, 53,3% dos alunos foram considerados ativos, e 82,9% estavam na categoria de normalidade referente ao Índice de Massa Corporal (IMC).

Os comportamentos de risco que apresentaram maior prevalência em ambos os sexos, foram o consumo de álcool (69,9%), seguido do baixo consumo de frutas ou verduras (54,9%), como mostra a Tabela 2.

Ter se relacionado alguma vez na vida, sem o uso de preservativos foi reportado em maior proporção por meninas (21,9%) do que por meninos (14,2%). Em geral, adolescentes mais velhos tiveram maior prevalência de comportamentos sexuais de risco e de inatividade física, em relação aos mais novos (Tabela 2).

As adolescentes do sexo feminino referiram maior consumo de álcool e níveis insuficientes de atividade física. Os alunos do sexo masculi-

no, por sua vez, apresentaram maior prevalência de tabagismo, baixo consumo de frutas/verduras e envolvimento em brigas (Figura 1).

Tabela 1. Descrição das variáveis demográficas, comportamentais e nutricional de adolescentes escolares, pertencentes à 5ª CRE de ensino médio da zona rural, 2012.

Variáveis	N	%
Sexo (N= 510)		
Masculino	209	41,0
Feminino	301	59,0
Idade (N= 510)		
13/14 anos	25	4,9
15 anos	131	25,7
16 anos	141	27,7
17 anos	125	24,5
18/19 anos	88	17,2
Cor da pele (N= 510)		
Branca	454	92,3
Não branca	38	7,7
Indicador econômico (N= 488)		
1º tercil (mais baixo)	163	33,4
2º tercil	163	33,4
3º tercil (mais elevado)	162	33,2
Escolaridade (N= 510)		
1º ano	192	37,7
2º ano	154	30,1
3º ano	164	32,2
Tabagismo nos últimos 30 dias (N= 510)		
Não	465	92,6
Sim	37	7,4
Consumo de álcool nos últimos 30 dias (N= 510)		
Não	167	33,1
Sim	338	69,9
Nível de atividade física (N= 510)		
Insuficientemente ativo	238	46,7
Ativo	272	53,3
IMC (N= 510)		
Normal	422	82,9
Sobrepeso	60	11,8
Obesidade	27	5,3

Tabela 2. Prevalência de comportamentos de risco à saúde segundo variáveis independentes de adolescentes escolares da zona rural, pertencentes a 5ª CRE, 2012

Variáveis	Tabagismo	Consumo de álcool	Comportamento sexual de risco	Baixo consumo de frutas ou verduras	Envolvimento em brigas	Atividade física insuficiente
Sexo, p	0,006	0,5	0,03	0,04	0,002	<0,001
Masculino	11,2	65,2	14,2	59,7	16,2	30,6
Feminino	4,7	68,1	21,9	50,2	7,4	57,8
Idade (anos), p*	0,4	0,7	<0,001	0,3	0,4	0,3
13 /15	6,9	63,2	8,1	53,6	11,7	44,2
16	5,9	71,0	15,3	49,3	13,0	52,5
17	8,8	68,0	23,2	55,7	8,9	52,0
18 / 19	9,1	65,2	34,9	60,0	9,1	34,1
Cor da pele, p	0,9	0,1	0,4	0,9	0,1	0,4
Branco	7,6	68,3	18,2	54,2	10,2	46,5
Não Branco	8,1	56,8	24,3	52,8	18,4	39,5
Escolaridade, p*	0,004	0,2	0,3	0,9	0,003	0,2
1º ano ensino médio	11,7	63,7	15,8	53,4	15,4	42,2
2º ano ensino médio	6,0	67,8	20,7	54,2	11,3	50,3
3º ano ensino médio	3,7	69,8	20,3	54,5	5,5	48,8
Indicador econômico, p*	0,4	0,8	0,4	<0,001	0,5	<0,001
1º tercil	9,0	62,7	21,2	62,0	9,3	54,6
2º tercil	6,9	74,1	17,7	56,5	9,8	47,9
3º tercil	6,5	64,4	17,5	43,0	11,5	36,4
Estado nutricional, p*	0,4	0,9	0,09	0,6	0,8	0,3
Eutrófico	6,8	66,7	17,4	54,4	11,0	46,2
Sobrepeso	11,7	68,3	24,1	42,4	11,7	43,3
Obesidade	7,4	66,7	28,0	73,1	8,3	63,0

* p para tendência linear

A Tabela 3 mostra que a variável sexo apresentou associação com cinco de seis comportamentos de risco e com relação à idade, houve uma associação significativa em forma de U com comportamento sexual de risco.

Os alunos com maior escolaridade tiveram proteção contra a o tabagismo e envolvimento em brigas. Também, conforme aumentou a classificação econômica dos adolescentes, diminuiu o risco para o baixo consumo de frutas e de serem insuficientemente ativos no lazer. Em relação ao estado nutricional, adolescentes obesos referiram se envolver em brigas, aproximadamente cinco vezes mais do que os adoles-

centes dentro do peso ideal. Análises ajustadas para as associações entre os comportamentos de risco e as variáveis independentes foram realizadas através de regressão de Poisson, entretanto, devido à similaridade dos resultados, optamos por apresentar no presente artigo apenas os resultados da análise bruta.

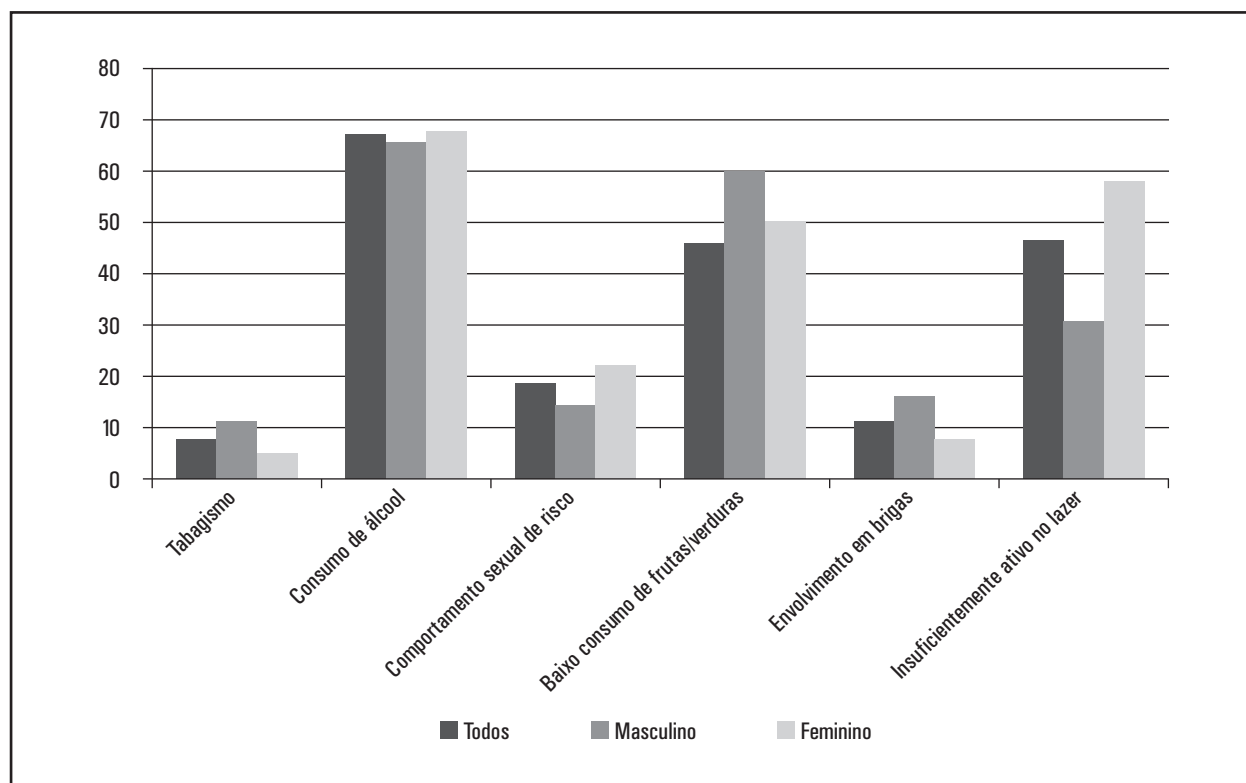
DISCUSSÃO

Embora a produção científica sobre saúde no Brasil esteja aumentando, até então pouco estudo tem como foco de suas investigações os adolescentes da zona rural. Este é um dos primeiros estudos que investigou comportamentos

de risco à saúde numa amostra de escolares da zona rural. As informações deste estudo poderão ser úteis para a elaboração de políticas públi-

cas que atendam a população de adolescentes que residem na zona rural, visto que alguns resultados são surpreendentes.

Figura 1. Prevalência de comportamentos de risco à saúde, por sexo, em adolescentes escolares da zona rural, pertencentes a 5ª CRE, 2012



Com relação ao tabagismo, a prevalência de 7,4% de adolescentes considerados fumantes foi próxima da média de 6,3% encontrada na Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE)⁶ em um estudo conduzido em 2009, com adolescentes das 27 capitais brasileiras. Porém, nossos percentuais foram inferiores aos 16,6% de fumantes, encontrados, em um estudo com adolescentes da zona urbana de Pelotas-RS, no ano de 2002¹².

Dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL)¹³ mostram que o percentual de adultos fumantes vem diminuindo no Brasil. Campanhas do Governo para controle do tabagismo, como o aumento no preço do cigarro, proibição da venda para menores de 18 anos¹⁴ e conscientização populacional dos danos à saúde que o cigarro pode causar, são fatores relacionados à diminuição do número

de fumantes. O Instituto Nacional do Câncer (INCA) tem desenvolvido atividades para ambientes livres de tabaco em escolas através do Programa Saber Saúde¹⁵, o qual fomenta ações educativas, normativas e organizacionais que visam estimular mudanças de comportamento relacionadas ao tabagismo entre professores, alunos e toda a comunidade que interage com a escola. Embora no Brasil o cenário em relação ao tabagismo seja animador, ações como as do Programa Saber Saúde¹⁵ devem ser ampliadas até que se alcance a extinção do tabagismo entre a população.

Por se tratar de zona rural, esperava-se que o consumo de alimentos industrializados apresentasse um menor grau e que haveria altos índices de ingestão de frutas/verduras, devido ao fácil acesso. Apesar disso, mais da metade dos adolescentes escolares rurais apresentaram baixo consumo de frutas/verduras. Evidencia-se

a necessidade de programas alimentares educativos em escolas rurais, que devem ocorrer por intermédio de estratégias que superem a mera

transmissão de informações e que propiciem aos escolares um ambiente com opções de lanches nutricionalmente equilibrados¹⁶.

Tabela 3. Razão de prevalência, intervalo de confiança e valores *p* das associações entre variáveis independentes e comportamentos de risco à saúde de adolescentes escolares da zona rural, pertencentes a 5ª CRE, 2012

Variáveis	Tabagismo	Consumo de álcool	Comportamento sexual de risco	Baixo consumo de frutas ou verduras	Envolvimento em brigas	Atividade física insuficiente
Sexo, p	0,008	< 0,5	0,04	0,04	0,007	0,001
Masculino	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Feminino	0,42 (0,2-0,8)	1,00 (0,9-1,2)	1,50 (1,0-2,3)	1,24 (1,0-1,5)	0,37 (0,2-0,8)	1,89 (1,5-2,3)
Idade (anos), p*	0,6	0,6	<0,001	0,3	0,3	0,5
13 / 14	-	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
15	1,0	1,06 (0,7-1,5)	1,17 (0,6-2,1)	1,02 (0,6-1,6)	1,39 (0,3-7,4)	1,27 (0,7-2,2)
16	0,74 (0,3-1,8)	1,18 (0,8-1,7)	0,90 (0,5-1,5)	1,10 (0,7-1,8)	1,80 (0,3-9,7)	1,46 (0,8-2,5)
17	1,1 (0,5-2,6)	1,13 (0,8-1,6)	0,46 (0,3-0,8)	0,97 (0,6-1,6)	1,34 (0,2-7,7)	1,44 (0,8-2,5)
18 / 19	1,2 (0,5-2,8)	1,09 (0,8-1,6)	0,67 (0,4-1,3)	0,87 (0,5-1,4)	0,65 (0,1-3,6)	0,95 (0,5-1,7)
Cor da pele, p	0,9	0,3	0,3	0,9	0,6	0,4
Branco	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Não Branco	1,07 (0,3-3,3)	0,83 (0,6-1,1)	0,34 (0,7-2,4)	1,03 (0,7-1,5)	1,20 (0,5-2,7)	0,85 (0,6-1,3)
Escolaridade, p	0,006	0,2	0,3	0,9	0,01	0,2
1º ano ensino médio	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
2º ano ensino médio	0,51 (0,2-1,1)	1,06 (0,9-1,2)	1,30 (0,8-2,1)	0,98 (0,8-1,2)	0,62 (0,3-1,4)	1,19 (0,9-1,5)
3º ano ensino médio	0,30 (0,1-0,8)	1,09 (0,9-1,3)	1,30 (0,8-2,0)	0,99 (0,8-1,2)	0,28 (0,1-0,8)	1,16 (0,9-1,4)
Indicador econômico, p*	0,4	0,8	0,4	<0,001	0,1	<0,001
1º tercil	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
2º tercil	0,76 (0,4-1,6)	1,18 (1,0-1,4)	0,83 (0,5-1,3)	0,91 (0,8-1,1)	0,65 (0,3-1,5)	0,88 (0,7-1,1)
3º tercil	0,72 (0,3-1,6)	1,03 (0,9-1,2)	0,82 (0,5-1,3)	0,69 (0,6-0,8)	2,0 (0,8-4,7)	0,67 (0,5-0,9)
Estado nutricional, p*	0,4	0,9	0,07	0,6	0,01	0,2
Eutrófico	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Sobrepeso	1,70 (0,8-3,8)	1,03 (0,8-1,2)	1,39 (0,8-2,3)	1,26 (1,0-1,6)	1,16 (0,5-2,7)	0,94 (0,7-1,3)
Obesidade	1,1 (0,3-4,3)	1,00 (0,8-1,3)	1,61 (0,8-3,1)	0,59 (0,3-1,1)	4,80 (1,7-13,5)	1,36 (1,0-1,8)

* na associação entre tabagismo e idade o grupo de referência é o de 15 anos

Alunos do 3º ano, com idade de 16 anos e com sobrepeso, apresentaram maior consumo de álcool. Esse resultado foi duas vezes maior do que os encontrados na zona urbana da cidade de João Pessoa – PB¹⁷ e semelhante aos dados obtidos em Cuiabá, zona urbana de Mato Grosso – MT¹⁸, onde os percentuais foram mais elevados entre os adolescentes que trabalham. É provável que os adolescentes da zona rural do RS também trabalhem em atividades do campo para ajudar no sustento da família e, de acordo com o estudo de Souza et al.¹⁸, atividades laborais podem ocasionar situações que estimulam o acesso e o consumo de álcool, tornando-se assim um fator de exposição.

Constatamos que 18,1% dos adolescentes já haviam se relacionado sexualmente sem uso de preservativos, sendo que este comportamento ocorre mais entre o sexo feminino. Comparando esse dado com outro estudo conduzido com escolares na zona urbana e rural do estado de Santa Catarina⁵, percebe-se que os nossos percentuais são muito inferiores, visto que aproximadamente 38% dos adolescentes catarinenses já haviam se relacionado sexualmente sem uso de preservativo. Também foi inferior aos 39,8% dos estudantes de ensino médio dos Estados Unidos que tiveram a última relação sexual sem o uso de preservativos².

Entre adolescentes com faixa etária de 18 a 19 anos, 34,9% tiveram relação sexual sem o uso de preservativo. Na adolescência ocorre a puberdade e muitas vezes o início da vida sexual. Nessa fase é fundamental a orientação e o cuidado, que podem resguardar o adolescente da gravidez precoce e do contágio de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), como a AIDS⁷. A escola deve atuar como fonte de informação, promovendo a educação sexual dos adolescentes na tentativa de evitar a iniciação precoce. Um estudo revelou que a iniciação sexual tardia foi fundamental no uso de preservativos, principalmente na primeira relação e que essa prática tende a ser mantida nas relações posteriores¹⁹.

A prevalência de inatividade física encontrada segue o padrão encontrado em estudos

no Brasil^{20,7} e exterior^{2,1}, que também relatam meninos sendo mais ativos que meninas. Um estudo da Organização Mundial da Saúde (OMS) realizado em 39 países do continente europeu e América do Norte mostrou que mais de dois terços dos adolescentes não atingiram a recomendação de atividade física de 60 minutos por dia, em cinco ou mais dias da semana¹. Nosso estudo encontrou que, aproximadamente, três em cada dez (30,6%) adolescentes do sexo masculino não atingiram a recomendação. Entre as adolescentes do sexo feminino, essa proporção dobra, cerca de seis em cada dez (57,8%) são classificadas como insuficientemente ativas.

Há evidências de que fatores econômicos, ambientais e sociais afetam as chances de jovens serem ativos²¹. Na zona rural, a falta de acesso e infraestrutura são fatores ambientais determinantes para prática de atividade física. Neste contexto, as escolas que possuem estruturas adequadas para a prática de atividade física, podem servir como alternativa para o público local.

Na associação de escolaridade com envolvimento em brigas e tabagismo (Tabela 3), foi possível ver que quanto menor a escolaridade, maior o risco para consumo de tabaco e envolvimento em brigas. Além da relação com os anos de estudo, esses fatores podem estar relacionados com o ingresso na escola, aceitação popular e busca por novas amizades. Um estudo realizado em São Paulo-SP mostrou que o consumo de tabaco está ligado também a aspectos sociais, em situações em que o cigarro se transforma em um meio para se inserir ou pertencer a um determinado grupo, representar a independência e disfarçar a timidez ou rebeldia²².

Com base nos resultados, adolescentes com nível econômico mais elevado reportaram maior consumo de frutas/verduras e menor risco de serem insuficientemente ativos no lazer. Na cidade de João Pessoa-PB, adolescentes classificados como insuficientemente ativos apresentaram maiores chances de terem baixo consumo de frutas e verduras, durante uma semana típica, quando comparados a seus pares fisicamente ativos¹⁷. Esses resultados são consistentes com alguns estudos prévios, que também indicam

maior frequência de consumo de frutas e verduras nos adolescentes fisicamente ativos^{23, 24}.

Ao analisar o estado nutricional, verificamos que adolescentes obesos apresentaram associação com envolvimento em brigas. Alunos podem ser vítimas de depreciação, humilhação e preconceito no âmbito escolar a partir do excesso de gordura no corpo²⁵ e lançam mão da agressão física como forma de defesa.

Apesar de ser um estudo de censo, não conseguimos alcançar a todos os alunos. A dificuldade de acesso na zona rural é um fator a se considerar e, devido a isso, realizamos duas visitas por escola, uma para a entrega de termos, e outra para recolhê-los e aplicar o questionário. Entre as visitas às escolas, pedimos aos alunos para deixarem os TCLEs assinados pelos responsáveis, com a direção ou com os professores de Educação Física. Porém, muitos alunos esqueceram e não puderam participar da pesquisa.

É importante salientar que este é o primeiro estudo a verificar os comportamentos de risco à saúde de adolescentes da zona rural da região sul do Rio Grande do Sul. Algumas limitações devem ser descritas e analisadas. Uma delas é o número de perdas e recusas do estudo. Esse número em dados percentuais representa 66,0%, mas pode estar superestimado devido ao fato de que muitos alunos da lista de matriculados não estarem frequentando a escola regularmente. Os professores relataram que na época de plantio

e colheita, a evasão nas escolas rurais é muito grande devido ao fato de que geralmente essas atividades são realizadas por toda a família, incluindo filhos. Além disso, a coleta de dados foi realizada em um único dia e, portanto, os alunos que não estavam presentes ou não entregaram o TCLE assinado pelos responsáveis, não puderam participar do estudo. Entretanto, acredita-se que os resultados encontrados não invalidariam a validade interna do estudo, pois as perdas e recusas foram semelhantes aos percentuais de sexo, idade e cor da pele da população do estudo.

CONCLUSÃO

Existem poucos dados de estudos conduzidos na zona rural. Desta forma, sugere-se a realização de novos estudos em populações rurais para dar maior subsídio sobre informações importantes a esse tipo de população, ainda pouco estudada dentro do contexto nacional e internacional.

O presente estudo mostrou que comportamentos de risco à saúde são elevados entre adolescentes escolares da zona rural da região sul do Rio Grande do Sul, principalmente o uso de álcool, a inatividade física e o baixo consumo de frutas e verduras. Dessa forma, os dados obtidos poderão ser úteis para a estruturação de programas de intervenção em saúde de adolescentes, especialmente aqueles residentes na zona rural.

Agradecemos à 5ª Coordenadoria Regional de Educação – Pelotas, Rio Grande do Sul, aos diretores, professores e alunos participantes.

REFERÊNCIAS

1. Currie C, Zanetti C, Morgan A, Currie D, Looze M, Roberts C, et al. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6).
2. Centers for Disease Control and Prevention. Youth Risk Behavior Surveillance — United States, 2011. MMWR. 2012; 61(4). [citado 2014 mar 18]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/ss/ss6104.pdf>
3. Guedes DP. Educação para a saúde mediante programas de educação física escolar. Rev Motriz. 1999; 5(1):10-14.
4. World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment: Global Report 2005; [citado 2014 mar 26]. Disponível em: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/
5. Farias Júnior JC, Nahas MV, Barros MVG, Loch MR, Oliveira ESA, De Bem MFL, et al. Comportamentos de risco à saúde em adolescentes no Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. Rev Panam Salud Pública. 2009; 25(4):34-52.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) 2012. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.
8. Glaner MF. Aptidão física relacionada à saúde de adolescentes rurais e urbanos em relação a critérios de referência. *Rev Bras Edu Fís Esporte*. 2005; 19(1):13-24.
9. Levy RB, Castro IRR, Cardoso LO, Tavares LF, Sardinha LMV, Gomes FS, *et al*. Consumo e comportamento alimentar entre adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009. *Rev Ciên Saúde Colet*. 2010; 15(2):3085-3097.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). [citado 2014 mar 19]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vigilancia_alimentar.php
11. Farias Júnior JC, Lopes AS, Mota J, Santos MP, Ribeiro JC, Hallal PC. Validade e reprodutibilidade de um questionário para medida de atividade física em adolescentes: uma adaptação do Self-Administered Physical Activity Checklist. *Rev Bras Epidemiol*. 2012; 15(1):198-210.
12. Horta RL, Horta BL, Pinheiro RT, Morales B, Strey MN. Tabaco, álcool e outras drogas entre adolescentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: uma perspectiva de gênero. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(4):775-783.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção Para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, VIGITEL. Distrito Federal, Brasil, 2011.
14. Brasil. Lei nº 10.702, de 14 de julho de 2003. Altera a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4o do art. 220 da Constituição Federal. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*, 15 jul 2003. [citado 2014 mar 18]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.702.htm
15. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Controle de Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer. [citado 2014 mar 19]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/estrategias.pdf>
16. Gabriel CG, Santos MV, Vasconcelos FAG. Avaliação de um programa para promoção de hábitos alimentares saudáveis em escolares de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2008; 8(3):299-308.
17. Farias Júnior JC, Mendes JKF, Barbosa DBM. Associação entre comportamentos de risco à saúde em adolescentes. *Rev Bras Cineantro Desempenho Hum*. 2007; 9(3):250-256.
18. Souza DPO, Arecob KN, Filho DXS. Álcool e alcoolismo entre adolescentes da rede estadual de ensino de Cuiabá, Mato Grosso. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(4):585-592.
19. Teixeira AMFB, Kanauth DR, Fachel JMG, Leal AF. Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(7):1385-1396.
20. Tassitano RM, Bezerra J, Tenório MCM, Colares V, Barros MVG, Hallal PC. Atividade física em adolescentes brasileiros: uma revisão sistemática. *Rev Bras Cineantro e Desempenho Hum*. 2007; 9(1):55-60.
21. Biddle S. Correlates of physical activity in children review 2: a review of quantitative systematic reviews. London, National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE Public Health Collaborating Centre – Physical Activity), 2007.
22. Hortense FTP, Carmagnani MIS, Brêta ACP. O significado do tabagismo no contexto do câncer de laringe. *Rev Bras Enferm*. 2008; 61(2):24-30.
23. Pate RR, Heath GW, Dowda M, Trost SG. Associations between physical activity and other health behaviors in a representative sample of US adolescents. *Am J Public Health*. 1996; 86(11):1577-1581.
24. Baumert PW, Henderson JM, Thompson NJ. Health risk behavior of adolescent participants in organized sports. *J Adolesc Health*. 1998; 22(6):460-465.
25. Mattos RS, Perfeito R, Carvalho MCVS, Retondar J. Obesidade e bullying na infância e adolescência: o estigma da gordura. *Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde*. 2012; 7(2):71-84.