

# Revista de Saúde Pública

---

# Journal of Public Health

## Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo

Health behavior among students of public and  
private schools in S. Paulo, Brazil

Beatriz Carlini-Cotrim, Cynthia Gazal-Carvalho e Nélon Gouveia

*Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.  
São Paulo, SP, Brasil*

# Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo\*

## Health behavior among students of public and private schools in S. Paulo, Brazil

Beatriz Carlini-Cotrim, Cynthia Gazal-Carvalho e Néelson Gouveia

*Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil*

### Descritores

Atitude frente à saúde<sup>#</sup>.  
Comportamento do adolescente<sup>#</sup>.  
Correr o risco<sup>#</sup>. Saúde escolar<sup>#</sup>.  
Comportamento sexual<sup>#</sup>. Transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas<sup>#</sup>. Consumo de bebidas alcoólicas. Motocicletas. Tentativa de suicídio. – Violência. Abuso de maconha. Preservativos, utilização.

### Keywords

*Attitude to health<sup>#</sup>. Adolescent behavior<sup>#</sup>. Sexual behavior<sup>#</sup>. Risk taking<sup>#</sup>. School health<sup>#</sup>. Substance-related disorders<sup>#</sup>. Alcohol drinking. Motorcycles. Suicide, attempts. – Violence.*

### Resumo

#### Objetivo

Estudar a frequência de vários comportamentos de saúde entre estudantes secundários de escolas estaduais e particulares da cidade de São Paulo, SP.

#### Métodos

Estudo de corte transversal, com o sorteio de dez escolas estaduais e a seleção de sete particulares. Em cada escola, quatro salas de aula foram sorteadas, entre a sétima série do ensino fundamental e a terceira série do ensino médio. Para a coleta de dados, utilizou-se a versão do questionário de autopreenchimento utilizado pelo "Centers for Disease Control" para monitorar comportamentos de risco entre jovens.

#### Resultados

Uma proporção significativa de estudantes engajam-se em comportamentos de risco à saúde, principalmente na faixa de 15 a 18 anos de idade. Nas escolas públicas, os comportamentos mais frequentes foram: andar de motocicleta sem capacete (70,4% dos estudantes que andaram de motocicleta); não utilização de preservativos na última relação sexual (34% dos sexualmente ativos); andar armado (4,8% dos respondentes no último ano) e tentar suicídio (8,6% nos últimos 12 meses). Nas escolas privadas, o uso de substâncias psicoativas foi o comportamento de risco mais proeminente: 25% relatou pelo menos um episódio de uso de álcool; 20,2% usou algum inalante no último ano; e 22,2% consumiu maconha no mesmo período. As estudantes do sexo feminino relataram menos comportamentos de risco, à exceção de tentativas de suicídio e de controle de peso por métodos não saudáveis.

#### Conclusões

As informações obtidas podem contribuir para a estruturação de ações programáticas que considerem a distribuição de comportamentos de saúde na clientela-alvo.

### Abstract

#### Objective

*To investigate the prevalence of several health behaviors among students of public and private schools in S. Paulo, Brazil.*

#### Methods

*An epidemiological survey about health behaviors among high school students was carried out in S. Paulo in 1998. Seventh to eleventh graders from ten public and*

### Correspondência para/Correspondence to:

Beatriz Carlini-Cotrim  
Faculdade de Medicina da USP  
Av. Dr. Arnaldo, 455  
01246-903 São Paulo, SP, Brasil  
E-mail: bccotrim@usp.br

\*Trabalho financiado pela Fapesp (Projeto Jovem Pesquisador 1995/9302-0).  
Edição subvencionada pela Fapesp (Processo nº 00/01601-8).  
Recebido em 6/12/1999. Reapresentado em 2/6/2000. Aprovado em 1/8/2000.

*seven private schools were interviewed. All students were asked to fill out a Portuguese version of the questionnaire used by the Centers for Disease Control and Prevention in their annual "Youth Health Risk Behavior Survey". This questionnaire includes questions on driving-related behavior, violence, substance abuse, sexual practices, dietary habits and body weight control.*

#### **Results**

*A significant proportion of the students, mainly in the range of 15–18 years old, reported engaging in health-risk behaviors. In public schools, the most prominent risk behaviors were: riding a motorcycle without helmets (reported by 70.4% of the students who were either passengers or the driver); not using condoms in the last sexual intercourse (34% among those sexually active); carrying guns (4.8% in the last year), and suicide attempts (8.6% in the last year). In private schools, substance abuse was the most prominent risk-behavior: 25% reported at least one episode of binge-drinking in the last 30 days, 20.2% sniffed solvents at least once in the last year and 22.2% smoked marijuana in the same period; 13.8% reported using tobacco on a regular basis. Not wearing helmets while riding a motorcycle was also very high, reported by 66.3%. Female students reported less risk-behaviors, except for suicide attempts and unhealthy weight control methods.*

#### **Conclusions**

*The information gathered could contribute to the development of preventive programs at school level, which takes into consideration the students' risk behaviors.*

## INTRODUÇÃO

O atual cenário de morbimortalidade do País – no qual as doenças crônico-degenerativas, as neoplasias e as causas externas destacam-se como principais causas de morte e de adoecimento – vem demandando um melhor conhecimento da prevalência de certos comportamentos que aumentam os riscos de desenvolvimento destes agravos.

Padrões de uso de cigarro, do álcool e de outras substâncias, hábitos alimentares, prática de exercícios físicos, condutas violentas e comportamento no trânsito são alguns dos tópicos que vêm sendo estudados na literatura, por constituírem fatores contribuintes para o evento desses quadros. Nos Estados Unidos, o Centers for Disease Control (CDC) monitora anualmente o comportamento de jovens norte-americanos nos aspectos acima citados<sup>6</sup> por entender que a possível intervenção e mudança de determinadas condutas poderiam ter impacto positivo no quadro de saúde da juventude e dos adultos.

No Brasil, as pesquisas sobre comportamentos de saúde entre jovens ainda são escassas e se concentram em questões ligadas à gravidez precoce, ao uso de anticoncepcionais<sup>2,4</sup> e ao uso de substâncias.<sup>5,8</sup> Pouco se conhece sobre outros comportamentos na área de saúde e ainda menos quanto à sobreposição de diferentes comportamentos de risco entre jovens.

Além disso, a maioria dos dados brasileiros sobre os temas acima mencionados provêm de jovens que

freqüentam escolas públicas, devido à natural tendência das autoridades públicas de cederem espaços para pesquisa. Por outro lado, é histórica a reticência dos estabelecimentos particulares de ensino de permitir atividades de investigação entre seus alunos. Tal realidade acaba por implicar uma visão parcial da situação dos jovens estudantes, na qual a classe média e a alta não aparecem representadas.

O presente trabalho apresenta inquérito epidemiológico sobre comportamentos de saúde entre estudantes secundários de 12 a 18 anos de duas redes de ensino: rede estadual e rede privada da cidade de São Paulo, SP. Pretende-se com isso contribuir para que a estruturação de ações programáticas de saúde na escola possam levar em consideração a distribuição de comportamentos de saúde na clientela-alvo destes programas.

## MÉTODOS

Um estudo epidemiológico de corte transversal foi conduzido entre duas populações de jovens: a) estudantes da rede estadual de ensino que freqüentavam desde a sétima série do ensino fundamental até a terceira série do ensino médio, em 1998, entre 12 e 18 anos de idade; b) estudantes da rede privada de ensino que freqüentavam escolas localizadas em regiões nobres da cidade, das mesmas séries, ano e idade.

### **Amostras**

As composições das amostras das redes estadual e privada de ensino seguiram procedimentos diferen-

tes, determinados pelas condições diversas de coleta de dados.

Para a *rede estadual*, sortearam-se aleatoriamente dez escolas que mantivessem classes de sétima série em diante, a partir de listagem oferecida pela Secretaria de Estado da Educação. Solicitou-se à Coordenadoria de Ensino da Região Metropolitana da Grande São Paulo (COGSP) permissão para a coleta de dados nessas unidades. Obtida a autorização, foi solicitada aos dez estabelecimentos de ensino a lista de todas as classes em funcionamento das séries mencionadas. Em cada uma das dez escolas foram sorteadas quatro salas de aula, incluindo os turnos, diurno ou noturno. O critério para o sorteio das classes foi o seguinte: uma sala de sétima série, uma de oitava, uma da primeira série do segundo grau e uma da segunda ou terceira série do segundo grau.

Para a *rede particular*, foram selecionadas nove escolas, com mensalidades de valores altos,\* visando a atingir populações estudantis de alto poder aquisitivo. Procurou-se mesclar escolas religiosas de diferentes orientações, escolas laicas conhecidas como “tradicionais” e “alternativas” e escolas pequenas (cerca de 900 alunos) com escolas grandes (cerca de 5.000 alunos). A direção de cada uma dessas escolas foi contatada e, na maioria dos casos, foram feitas reuniões para esclarecer os objetivos da pesquisa, garantir o anonimato da escola e colher os dados necessários para o sorteio das classes. Das nove escolas contatadas, uma se recusou a autorizar a coleta de dados e outra só pôde colocar à disposição suas classes para pesquisa quando a coleta de dados já havia sido concluída (agosto/98). Assim, em cada uma das sete escolas que compuseram a amostra final, foram sorteadas quatro salas de aula: uma sala de sétima ou oitava e uma de cada uma das três séries do ensino médio. Nenhuma das escolas privadas pesquisadas oferecia curso noturno.

Tratando-se de um inquérito sobre comportamentos de saúde de adolescentes, e para melhor comparabilidade, somente foram integrados à análise os estudantes entre 12 e 18 anos, desprezando-se a proporção de estudantes de outras idades, presentes principalmente na rede estadual de ensino (11,8% e 0,2% do total pesquisado nas redes estadual e particular, respectivamente).

### Instrumento e coleta de dados

Foi utilizada uma versão traduzida para o português do questionário utilizado pelo CDC<sup>6</sup> na sua pes-

quisa anual, para estudantes secundários. Trata-se de um questionário de autopreenchimento, anônimo, com 84 questões, para ser aplicado coletivamente em sala de aula. Seu conteúdo aborda alguns tópicos centrais: 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. A versão em português foi testada em termos de clareza e de adequação em duas salas de aula (sétima e oitava séries de uma escola estadual que não integrou a amostra) e, a partir deste teste-piloto, foram feitas pequenas modificações, visando sua adaptação à realidade brasileira. Sua aplicação nas salas sorteadas foi feita por um dos autores do presente trabalho e por mais dois auxiliares de pesquisa, devidamente orientados. A aplicação se deu sem a presença do professor na sala de aula, durante uma hora-aula. Após o seu preenchimento, o aluno era solicitado a colocar o questionário em uma urna.

### Análise dos dados

Os dados colhidos estão apresentados através da frequência de vários comportamentos no total das duas amostras, por sexo e por faixa etária. Foi utilizado o programa Epi Info 6.04 para a análise das diferenças na distribuição dos comportamentos por sexo e por faixa etária. Aplicou-se o teste do qui-quadrado, com nível de significância de 5%.

Devido à enorme quantidade de dados gerados pela pesquisa, foi previamente determinado um recorte dos comportamentos de saúde estudados. Assim, procurou-se selecionar padrões de comportamento que são considerados de risco à saúde pela literatura especializada (por exemplo, consumo intenso de bebidas alcoólicas em um curto espaço de tempo) ou que freqüentemente têm sido alvo de preocupação da opinião pública (por exemplo, consumo de maconha). Com isso, o recorte temporal (últimos 12 meses ou 30 dias) e de frequência (uma vez, várias vezes, e outros) variaram, dependendo do comportamento em questão. O objetivo foi propiciar ao leitor o mapeamento de comportamentos que potencialmente merecem ações preventivas e educacionais. Enquanto que para comportamento violento apresentou-se o recorte de “porte de arma pelo menos uma vez nos últimos 12 meses”, para consumo de álcool considerou-se “consumo de 5 doses em 2 horas nos últimos 30 dias”. A seleção de dois comportamentos – “ter andado de motocicleta nos últimos 12 meses” e “já ter tido relação sexual com penetração” — foi somente para facilitar a interpretação de comportamentos de risco relacionados a estas condutas, não podendo ser considerados arriscados *per se*.

\*Entre R\$ 500,00 e R\$ 800,00 (valores de 1998).

Os comportamentos selecionados foram:

- Comportamento no trânsito: não-utilização de cinto de segurança – nunca ou raramente ter usado cinto de segurança ao utilizar veículo a motor nos últimos 12 meses; locomoção com motocicleta – como passageiro ou motorista, nos últimos 12 meses; locomoção de moto sem uso de capacete – nunca ou raramente ter usado capacete ao utilizar motocicleta nos últimos 12 meses;
- Agressão contra si ou terceiros: porte de armas – ter portado armas brancas ou de fogo pelo menos uma vez nos últimos 12 meses; porte de arma de fogo – ter portado armas de fogo pelo menos 1 vez nos últimos doze meses; envolvimento em brigas – ter se envolvido em briga(s) com agressão física duas vezes ou mais nos últimos 12 meses; tentativa de suicídio – ter tentado suicídio nos últimos 12 meses;
- Consumo de substâncias: uso habitual de cigarros – ter fumado pelo menos em 20 dias nos últimos 30 dias ou ter fumado seis cigarros ou mais nos dias em que fumou, nos últimos 30 dias; consumo de álcool de risco – ter tomado 5 doses de bebidas no intervalo de duas horas pelo menos uma vez nos últimos 30 dias e ter se sentido embriagado (bêbado) pelo menos uma vez nesse mesmo intervalo de tempo. Considerou-se uma dose de bebida: uma dose de bebida destilada (40 ml), um cálice de vinho do Porto ou licor (85 ml), 1 taça de vinho (140 ml) ou uma lata de cerveja ou chope (340 ml); uso de inalantes – ter inalado algum produto solvente nos últimos 12 meses, tais como acetona, benzina, cola, corretor de texto, esmalte, éter, gasolina, lança-perfume, loló, tinta/removedor de tinta, “thinner”, água raz ou sprays/aerossóis; uso de maconha – ter fumado maconha pelo menos uma vez nos últimos 12 meses;
- Comportamento sexual: relação sexual com penetração – ter tido pelo menos uma relação sexual completa, na vida; sexo sem preservativos – não ter usado preservativo na última relação sexual com penetração; sexo sem método anticoncepcional – não ter usado nenhum método anticoncepcional na última relação sexual com penetração;
- Controle de peso: vômito provocado/uso de laxantes – ter provocado vômito ou usado laxantes com a intenção de perder peso, nos últimos 30 dias; pílula para dieta – ter tomado alguma pílula para dieta nos últimos 30 dias.

## RESULTADOS

Com os procedimentos adotados, 993 estudantes da rede estadual e 815 da rede particular de ensino participaram inicialmente da pesquisa. Esses números re-

presentam 72% e 90% dos alunos entre 12 e 18 anos de idade, efetivamente matriculados nas classes sorteadas das redes estadual e particular de ensino, respectivamente (esta diferença deve-se ao abandono e à evasão escolar). Assim, as amostras estudadas foram constituídas de 871 alunos da rede estadual de ensino e de 804 da rede particular. O índice de resposta em branco foi reduzido, variando de 0,3% a 4,7% (rede estadual) e zero a 4,0% (rede particular), conforme a questão do questionário. As percentagens apresentadas no estudo foram calculadas eliminando-se a proporção de respostas em branco encontradas para cada comportamento.

### Rede estadual de ensino

Do total de 871 de estudantes pesquisados, 52,6% eram do sexo feminino e 47,2% do masculino. Dois estudantes não indicaram sexo. Em termos de faixa etária, 43,2% dos estudantes tinham idades entre 12 e 14 anos de idade e 56,8% tinham entre 15 e 18.

A Tabela 1 descreve a frequência dos comportamentos de saúde selecionados na amostra da rede estadual de ensino. Os comportamentos de risco de maior prevalência encontram-se nas áreas de trânsito, de violência e de comportamento sexual: muitos estudantes da rede estadual ainda não possuem o hábito de colocar o cinto de segurança (17%), e o hábito não tão raro de andar de motocicleta (39,1% no último ano) é quase sinônimo de ausência do uso de capacete (70,4% daqueles que andaram de moto nos últimos 12 meses). Também, pela gravidade do comportamento e pela idade precoce dos pesquisados, o porte de armas de fogo é bastante preocupante: 4,8% dos estudantes, chegando a quase 9% entre aqueles do sexo masculino. Da mesma forma, a tentativa de suicídio encontra prevalência notável, chegando a 12,7% nos últimos 12 meses entre as estudantes do sexo feminino. Na área sexual, 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. O consumo de substâncias não sobressaiu perante outros comportamentos de risco.

Na grande maioria dos casos, os estudantes do sexo masculino apresentaram maiores prevalências dos comportamentos estudados. Em alguns casos – uso habitual de cigarros, não-utilização de preservativos ou uso de inalantes – encontrou-se igual proporção para os dois sexos. No entanto, as estudantes do sexo feminino apresentaram mais freqüentemente tentativas de suicídio e uso de estratégias não saudáveis de controle de peso.

**Tabela 1** – Comportamentos de saúde entre 871 estudantes da rede estadual de ensino (sétima série do ensino fundamental à terceira série do ensino médio), Região Metropolitana de São Paulo, SP, Brasil, 1998.

Comportamentos de saúde	Total N=871 (%)	Sexo		p	Faixa Etária		p
		M N=411 (%)	F N=458 (%)		12-14a N=376 (%)	15-18a N=495 (%)	
Trânsito (últimos 12 meses)							
Não utilizaram cinto de segurança	17,0	14,6	19,2	0,078	16,8	17,2	0,873
Andaram de motocicleta	39,1	41,9	36,5	0,101	32,2	44,3	<0,001
Não usaram capacete*	70,4	73,0	67,7	0,282	65,6	73,1	0,147
Agressão contra si ou terceiros (últimos 12 meses)							
Portaram armas	7,9	12,9	3,3	<0,001	6,0	9,4	0,062
Portaram arma de fogo	4,8	8,7	1,3	<0,001	3,0	6,2	0,031
Envolveram-se em brigas**	15,2	22,4	9,0	<0,001	14,2	16,1	0,445
Tentaram suicídio	8,6	3,9	12,7	<0,001	6,7	10,0	0,083
Consumo de substâncias							
Consumo habitual de cigarro (últimos 30 dias)	5,1	5,7	4,6	0,460	2,5	7,1	0,003
Consumo de risco de álcool (últimos 30 dias)	10,2	13,1	7,7	0,008	4,8	14,3	<0,001
Uso de inalantes (últimos 12 meses)	8,7	7,6	9,6	0,285	8,5	8,8	0,891
Uso de maconha (últimos 12 meses)	4,3	7,1	1,8	<0,001	1,3	6,5	<0,001
Comportamento sexual							
Tiveram relação sexual	33,8	49,0	20,5	<0,001	16,3	47,4	<0,001
Não utilizaram preservativos (última relação)	34,0	33,5	35,2	0,784	33,9	34,1	0,979
Não utilizaram método anticoncepcional (última relação)***	23,0	25,1	18,7	0,230	29,8	21,3	0,175
Controle de peso (últimos 30 dias)							
Vômito/laxantes	1,5	0,2	2,6	0,004	1,6	1,4	0,836
Pílula para dieta	2,1	1,0	3,1	0,032	2,1	2,0	0,924

p = pelo teste do qui-quadrado

\*percentagem calculada entre aqueles que andaram de moto nos últimos 12 meses

\*\*duas ou mais vezes

\*\*\*percentagem calculada entre aqueles que já tiveram relação sexual

Os estudantes que responderam ter cheirado inalantes ou ingerido bebidas alcoólicas nos últimos doze meses foram convidados a dar algumas informações sobre seu último episódio de consumo.

Os inalantes preferidos na última ocasião de consumo foram acetona (20,4%), tinta/removedor/“thinner” (12,2%), esmalte (11,2%) e cola (8,2%). O consumo se deu em proporções quase idênticas com amigos (34,1%) ou sozinho (32,9%), enquanto 23,2% os usaram na companhia de algum membro da família. O ambiente doméstico foi o mais referido como local de uso (56,1%), seguido da rua (23,2%) e de outros (15,8%).

Já a bebida mais consumida foi a cerveja (55,7%), seguida por vinho (24,1%), sidra ou champanhe (21,7%) e destilados, como uísque, vodka e tequila (8,1%). A maioria bebeu com amigos (53,5%), embora uma proporção bastante razoável tenha bebido com a família (39,4%).

A exposição a situações de risco, sob efeito de bebidas alcoólicas, foi também pesquisada entre aqueles que referiram um consumo de risco de álcool nos últimos 30 dias. De fato, 23,6% dos estudantes que referiram um consumo de risco para 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 o efeito de bebidas alcoólicas; da mesma forma, 21% dos estudantes sob esse risco, que disseram ser sexu-

almente ativos, tiveram sua última relação sexual sob efeito de álcool. Também, 20,6% dos bebedores de risco que sofreram algum acidente relataram ter bebido antes do evento. As prevalências dos mesmos comportamentos entre os estudantes que já relataram beber, mas não no padrão de risco selecionado, foram 7,2% (briga), 5,2% (sexo) e 4,4% (acidentes).

### Rede particular de ensino

Do total de 804 estudantes pesquisados, 50,9% eram do sexo feminino e 49,1% do sexo masculino. Em termos de faixa etária, 30,8% dos estudantes tinham idades entre 12 e 14 anos e 69,2% tinham entre 15 e 18 anos.

A Tabela 2 descreve a frequência dos comportamentos de saúde selecionados na amostra da rede particular de ensino. Os comportamentos de risco de maior prevalência encontram-se nas áreas de consumo de drogas, de violência e de trânsito: o consumo de maconha e o uso de risco de álcool são praticados por cerca de um quarto da amostra pesquisada, sendo o uso habitual de cigarros e o uso de inalantes também consideráveis. Quase 12% relataram porte de armas, sendo que 2,8% admitiram ter portado armas de fogo nos últimos 12 meses. Da mesma forma, a tentativa de suicídio encontra prevalência alta, chegando a 8,3% nos últimos 12 meses entre as estudantes do sexo feminino. Em relação aos comportamentos no trânsito, o uso do cinto de segurança é uma constante, mas o hábito não tão raro de andar de mo-

**Tabela 2** – Comportamentos de saúde entre 804 estudantes da rede particular de ensino (sétima série do ensino fundamental à terceira série do ensino médio). Região Metropolitana de São Paulo, SP, Brasil, 1998.

Comportamentos de saúde	Total N=804 (%)	Sexo		p	Faixa etária		p
		M N=395 (%)	F N=409 (%)		12-14a N=248 (%)	15-18a N=556 (%)	
Trânsito (últimos 12 meses)							
Não utilizaram cinto de segurança	1,4	1,3	1,5	0,81	2,4	0,9	0,086
Andaram de motocicleta	39,4	44,3	34,7	0,005	35,5	41,2	0,127
Não usaram capacete*	66,3	64,2	69,0	0,365	55,8	70,3	0,015
Agressão contra si ou terceiros (últimos 12 meses)							
Portaram armas	11,9	20,8	3,2	<0,001	11,3	12,2	0,726
Portaram arma de fogo	2,8	5,3	0,2	<0,001	4,0	2,2	0,137
Envolveram-se em brigas**	20,3	31,6	9,6	<0,001	24,7	18,4	0,041
Tentaram suicídio	5,5	2,6	8,3	<0,001	3,6	6,3	0,124
Consumo de substâncias							
Consumo habitual de cigarro (últimos 30 dias)	13,8	12,3	15,3	0,223	4,5	18,0	<0,001
Consumo de risco de álcool (últimos 30 dias)	25,0	30,8	19,5	<0,001	7,3	33,0	<0,001
Uso de inalantes (últimos 12 meses)	20,2	21,1	19,4	0,548	12,6	23,6	<0,001
Uso de maconha (últimos 12 meses)	22,2	26,6	17,8	0,003	6,9	29,0	<0,001
Comportamento sexual							
Tiveram relação sexual	28,0	39,2	17,2	<0,001	8,9	36,6	<0,001
Não utilizaram preservativos (última relação)	10,4	7,8	16,2	0,062	9,5	10,5	0,889
Não utilizaram método anticoncepcional (última relação)***	6,5	6,7	6,1	0,859	10,5	6,1	0,459
Controle de peso (últimos 30 dias)							
Vômito/laxantes	2,9	0,5	5,1	<0,001	2,0	3,2	0,334
Pílula para dieta	3,1	1,8	4,4	0,031	1,2	4,0	0,038

p = pelo teste do qui-quadrado

\*percentagem calculada entre aqueles que andaram de moto nos últimos 12 meses

\*\*duas ou mais vezes

\*\*\*percentagem calculada entre aqueles que já tiveram relação sexual

motocicleta (39,4% no último ano) é quase sempre desacompanhado do uso de capacete (66,3% daqueles que andaram de moto nos últimos 12 meses). Na grande maioria dos casos, os estudantes do sexo masculino apresentaram maiores prevalências dos comportamentos estudados. Em alguns casos – uso habitual de cigarros, não-utilização de métodos anticoncepcionais ou uso de inalantes – encontrou-se igual proporção para os dois sexos. No entanto, as estudantes do sexo feminino apresentaram mais freqüentemente comportamentos de tentativas de suicídio e o uso de estratégias não saudáveis de controle de peso.

Finalmente, os estudantes que responderam ter cheirado inalantes ou ingerido bebidas alcoólicas, nos últimos 12 meses, foram convidados a fornecer algumas informações sobre seu último episódio de consumo. O inalante preferido na última ocasião de consumo foi o lança-perfume (50%), seguido pela acetona (9,6%), benzina (9,6%) e esmalte (4,8%). O consumo se deu sobretudo com amigos (71,7%), mas acontecendo eventualmente também sozinho. O ambiente doméstico foi o mais indicado como local de uso (38,3%), seguido da rua (23,9%) e de outros (17,2%, sobretudo carnavalesco e viagens).

A cerveja (49,1%) foi a bebida mais consumida, seguida por pinga (27,7%), uísque ou vodca (19,2%) e licor ou champanhe (14,1%). Os vinhos só foram referidos por 5,6% dos estudantes. A maioria bebeu com amigos (68,1%), embora cerca de um quarto tenha bebido com a família (22,4%).

A exposição a situações de risco sob efeito de bebidas alcoólicas foi também pesquisada entre aqueles que relataram um consumo de risco de álcool nos últimos 30 dias. De fato, 35,3% dos estudantes sob esse risco e que se envolveram em pelo menos uma briga com agressão física nos últimos 12 meses, afirmaram que em “algumas ou todas as vezes” que brigaram estavam sob o efeito de bebidas alcoólicas; da mesma forma, 34,7% dos estudantes que disseram ser sexualmente ativos, tiveram sua última relação sexual após beber. Também, 15,8% dos estudantes que sofreram algum acidente relataram ter bebido antes do evento. As prevalências dos mesmos comportamentos entre os estudantes que já relataram beber, mas não no padrão de risco selecionado, foram 3,3% (briga); 12% (sexo) e 2,1% (acidentes).

## DISCUSSÃO

Os dois inquéritos epidemiológicos, realizados no presente estudo, constituem-se nos primeiros que mensuraram simultaneamente a prevalência de vários comportamentos de saúde de jovens no País, permitindo o estabelecimento de prioridades educacionais na área. A coleta de dados em duas amostras estudantis provenientes de redes de ensino com características diversas permite o conhecimento da prevalência desses comportamentos em estudantes de diferentes estratos socioeconômicos.

Algumas limitações metodológicas do presente trabalho devem ser levadas em consideração na discussão dos resultados obtidos. Primeiramente, os procedi-

mentos adotados na constituição das amostras estudadas foram diferentes, limitando a comparabilidade. No caso da rede particular de ensino, não foi usado nenhum tipo de procedimento aleatório de seleção das escolas, pois privilegiou-se a viabilidade da coleta de dados, numa população de difícil acesso, por procedimentos rotineiros de pesquisa. No entanto, uma vez obtida a permissão da coleta de dados, em escolas previamente selecionadas, procedeu-se ao sorteio das salas de aula pesquisadas no sentido de amenizar as possibilidades de vies inerentes da seleção de uma amostra de conveniência. No caso da amostra da rede estadual, procedeu-se a uma seleção aleatória de escolas e de salas de aula pesquisadas.

Em segundo lugar, os dados colhidos foram obtidos por meio do auto-relato, através de questionários não validados. Esta é uma limitação inerente a estudos deste tipo, em âmbito mundial. Essa limitação tem sido contornada utilizando-se procedimentos que foram também adotados no presente trabalho: questionários anônimos, preenchimento voluntário, aplicação da pesquisa sem a presença de funcionários da escola e garantia verbal e escrita (na apresentação do questionário) quanto ao caráter confidencial das informações fornecidas. De todo modo, cabe considerar que a tendência mais provável de vies das informações obtidas seria no sentido de um sub-relato dos comportamentos pesquisados, uma vez que eles são, na ampla maioria dos casos, de natureza íntima e muitas vezes ilegais.

Em terceiro lugar – e o que talvez seja a limitação mais importante de um estudo em amostras de estudantes num país como o Brasil – cabe considerar que os dados obtidos dizem respeito à população de adolescentes que ainda estão frequentando a escola, nada informando sobre o significativo contingente de jovens que já não estudam. De fato, em 1995, a PNAD<sup>11</sup> revelava que 21,3% dos adolescentes entre 15 e 17 anos que habitavam a Região Metropolitana de São Paulo não frequentavam a escola. É legítimo supor que esta proporção, não desprezível, de adolescentes exiba um perfil diferente de comportamentos de saúde em relação àqueles que permanecem na escola, em parte como resultado da própria impossibilidade de continuar estudando. Afinal, a evasão escolar não é um processo aleatório, mas atinge sobretudo os estudantes de baixa renda que não conseguem ser bem sucedidos numa estrutura escolar que não faz nenhum esforço para retê-los. Como discute Madeira,<sup>11</sup> de um lado, não há evidências de que os jovens que se evadem da escola sejam mais pobres ou necessitem ingressar no mercado de trabalho mais do que o jovem que continua estudando na rede pública; de outro, há

fortes indicadores de que um grande número de jovens acaba por abandonar precocemente a escola após percorrer uma trajetória de fracassos (como sucessivas repetências, notas baixas, problemas com professores) que se prolonga, geralmente por anos, com conseqüente devastação da auto-estima, que finalmente os faz decidir pelo abandono dos estudos.

O presente estudo revelou que uma proporção significativa de jovens estudantes das amostras estudadas engajam-se em comportamentos de risco à saúde, principalmente na faixa de 15 a 18 anos de idade. Os dados colhidos apontaram, também, que em alguns casos os estudantes da rede particular de ensino apresentaram maiores prevalências de comportamentos de risco à saúde, comparados aos seus colegas da rede pública. Isto contraria o senso comum de que as escolas particulares seriam mais protegidas de certos problemas, como o uso de drogas ilícitas, de álcool e de tabaco, ou mesmo de comportamentos violentos. Valois et al<sup>15</sup> comentam, ao achar dados semelhantes em amostras de estudantes norte-americanos: “os achados da literatura vêm sugerindo que frequentar escolas particulares não parece ser uma panacéia para proteção dos adolescentes à exposição de comportamentos de risco”.

Quanto ao comportamento no *trânsito*, o estudo revela que a locomoção em motocicletas é prática comum (quase 40% nas duas amostras), o que *per se* merece alguma atenção. De fato, trabalhos brasileiros e internacionais têm sugerido que esse meio de locomoção expõe seus usuários a uma vulnerabilidade maior a acidentes do que outros meios de locomoção, medida tanto em termos da relação acidentes/frota, quanto pela relação vítimas/acidente.<sup>9</sup> Há evidências, também, de que as principais vítimas desse tipo de acidente na cidade de São Paulo são os jovens do sexo masculino, entre 15 e 24 anos, e que o uso de capacete é uma iniciativa rara, nas duas redes de ensino, nos dois sexos, em qualquer idade.<sup>9</sup> Tal achado inspira preocupação, se for considerado que o uso de capacete tem se constituído num fator importante na prevenção de lesões cranianas, diminuindo a gravidade das lesões e os óbitos atribuíveis às mesmas. Enquanto as taxas de não-uso de capacete, no presente estudo, se situaram em torno de 70%, o mesmo é verdade para 44% dos estudantes norte-americanos que foram pesquisados pelo CDC em 1995, com o mesmo questionário usado no presente estudo e em população de faixa etária semelhante.<sup>6</sup> Deve-se notar, no entanto, que as iniciativas de educação para o trânsito, a usuários desses veículos, são ainda relativamente raras em nosso meio.\*

\* Cabe destacar a iniciativa do Centro de Treinamento e Educação de Trânsito (CETET) da Companhia de Engenharia de Tráfego de São Paulo (CET-SP), que vem, desde 1990, oferecendo treinamento e orientação a motociclistas, no sentido de uma direção mais cautelosa e competente. Comunicação pessoal.

Já a prática do uso do cinto de segurança apresentou níveis elevados, sendo adotado por praticamente todos os estudantes da rede particular. É legítimo supor que talvez uma barreira importante para a adoção mais freqüente do mesmo comportamento entre estudantes da rede pública seja a ausência de disponibilidade de carros equipados com cintos, devido ao uso de automóveis antigos, indevidamente mantidos. De qualquer modo, mesmo o uso do cinto na rede estadual mantém-se ainda um pouco acima da média norte-americana de 22%.<sup>6</sup> Deve ser lembrado, no entanto, que enquanto os estudantes brasileiros de 16 a 18 anos ainda dependem de um adulto para se locomoverem em automóveis, o mesmo não acontece nos Estados Unidos. Naquele país, os jovens já podem dirigir a partir dos 16 anos de idade, aumentando portanto a locomoção em automóveis longe da supervisão de um adulto, o que, por sua vez, poderia eventualmente diminuir o uso do cinto de segurança.

Os comportamentos de *agressão* sugerem que o porte de armas brancas e de fogo não são eventos tão raros como se poderia supor, dada a idade precoce dos pesquisados. De fato, o auto-relato dos estudantes é bastante coerente com a atual epidemia de violência que atravessa o País, com um crescimento constante, desde a década de 80, das taxas de homicídio na população em geral, mas principalmente entre os jovens e adolescentes do sexo masculino.<sup>12</sup> Como mostram Szwarcwald & Leal,<sup>14</sup> a taxa de mortalidade de jovens brasileiros entre 15 e 19 anos apresentou variação negativa entre os censos de 1980 e de 1991 para todas as causas, exceto as externas. Já a taxa de mortalidade por arma de fogo, nesse grupo etário, aumentou de 14, em 1980, para 37 por 100.000 habitantes em 1991, sendo responsável, segundo os citados autores, por grande parte do incremento da taxa geral de mortalidade específica para este grupo etário. Nesse sentido, o estabelecimento de legislações mais restritivas em relação à comercialização de armas de fogo, uma fiscalização maior e a punição do comércio ilegal, além do desenvolvimento de campanhas educacionais desestimulando o armamento civil, parecem medidas imperativas, que têm sido eficazes quando aplicadas de maneira consistente.<sup>10</sup>

Os relatos de tentativa de suicídio, mais freqüentes entre estudantes do sexo feminino do que masculino, atingindo quase 13% das estudantes da rede estadual, são semelhantes aos encontrados nos Estados Unidos, tanto na proporção sexo feminino/masculino, como na prevalência total.<sup>6</sup> Tal achado é consistente com os dados da literatura da área, que aponta maior prevalência de tentativa de suicídios entre mulheres e maior proporção de suicídios efetivamente consumados entre homens. Considerando o provável sofrimen-

to psíquico e o risco à saúde física envolvidos nessas tentativas, futuros estudos poderiam dedicar melhor atenção aos determinantes desses atos e testar intervenções preventivas especialmente entre mulheres, maiores vítimas desse agravo.

O *consumo de substâncias* nas duas redes de ensino apresentou diferenças, com uma proporção 2 a 4 vezes maior na amostra da rede privada para todas as substâncias e padrões de uso pesquisados, mesmo quando comparados os mesmos grupos etários. Por outro lado, as prevalências obtidas para a rede estadual foram bastante semelhantes às encontradas nas tradicionais pesquisas nacionais realizadas pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicótropas para a cidade de São Paulo, em 1997, nesta mesma rede de ensino.<sup>8</sup> Assim, parece provável que os estudantes da rede particular realmente apresentem um comportamento de uso de substâncias bem mais intenso do que os da rede pública, o que aliás já foi constatado em 1989, em várias cidades brasileiras.<sup>5</sup> As razões dessa diferença podem ser várias, mas deve sem dúvida ser levado em conta o maior poder aquisitivo dos jovens da rede privada, que possibilita um consumo maior de toda a sorte de mercadorias e serviços, inclusive de substâncias psicoativas. Um outro fator diz respeito à rede estadual de ensino ser freqüentada pelos setores jovens de baixa renda que conseguiram permanecer num sistema de ensino excludente, que em geral tem muito pouca tolerância e nenhuma intenção educativa em relação a comportamentos que sejam vistos como inadequados.<sup>11</sup> Conforme sugerem vários trabalhos em outros países, o uso de drogas entre jovens que freqüentaram a rede pública e se evadiram precocemente da escola pode ser bem diferente do que entre aqueles que sobreviveram ao sistema escolar.<sup>3</sup> Assim, enquanto resta pouca dúvida de que a escola seja a melhor via de acesso para programas de prevenção ao abuso de drogas entre jovens de alta renda que freqüentam a rede particular, o mesmo não parece ser necessariamente verdade para jovens de baixa renda, que talvez sejam melhor atingidos via programas de comunidade ou em centros de atenção primária à saúde.

Por outro lado, é na rede estadual que se encontrou a maior proporção tanto de *atividade sexual*, como de atividade sexual sem uso de preservativos e mesmo sem nenhum outro método anticoncepcional. Estas práticas expõem os adolescentes ao risco de contraírem doenças sexualmente transmissíveis, inclusive Aids, e de eventualmente terem que lidar com uma gravidez precoce ou indesejada. Mundialmente, vive-se um quadro preocupante de aumento específico da taxa de fecundidade entre as adolescentes de 15 a 19 anos, combinado com a diminuição geral de taxas de

fecundidade na população; o Brasil não tem sido exceção a esta regra.<sup>4</sup> Os dados brasileiros revelam, também, que as taxas de gravidez precoce são maiores na população adolescente de menor renda,<sup>4</sup> o que é compatível com os resultados do presente estudo. Entre as possíveis conseqüências de uma gravidez precoce, observa-se a interrupção prematura dos estudos, além dos riscos biológicos, inerentes a uma gravidez de risco quanto aos problemas de hipertensão e de formação incompleta do aparelho reprodutivo.<sup>4</sup>

São várias as razões desses comportamentos sexuais desprotegidos entre adolescentes. Um dos fatores levados em consideração é a desinformação, na medida em que os adolescentes parecem desconhecer seu período fértil,<sup>4</sup> usam métodos anticoncepcionais de modo incorreto<sup>4</sup> ou simplesmente não acreditam que exista risco de gravidez desde a primeira relação sexual.<sup>2</sup> No entanto, simplesmente fornecer informação não parece ser suficiente, na medida em que nem sempre conhecimento consegue ser transformado em práticas mais seguras.<sup>2</sup> De acordo com Boruchovitch,<sup>2</sup> “as evidências sugerem que os cursos de educação sexual não têm se mostrado eficazes em ajudar adolescentes a transformarem a informação científica em comportamentos saudáveis. (...) De fato, a relação entre a aquisição de conhecimento e adoção de medidas anticoncepcionais na adolescência é muito pequena”.

Seria preciso combinar o fornecimento de informações com programas de educação sexual que levem em conta o prazer e a legitimidade das práticas sexuais

e que utilizem técnicas onde o adolescente possa aumentar sua capacidade de tomar decisões e de desenvolver uma postura de auto-responsabilidade.<sup>2</sup> Como sugerem Arilha & Calazans,<sup>1</sup> é preciso minimizar a idéia do uso da gestação entre adolescentes como “realização de projetos individuais e muitas vezes ‘conjugais’ de conquista de *status* e de busca de autonomia (...) desenvolvendo estratégias de construção de alternativas legítimas de conquista da cidadania e da autonomia para adolescentes de ambos os sexos”.

As estratégias não saudáveis de controle de peso pesquisadas no presente estudo são de baixa prevalência, mas bem mais frequentes em adolescentes do sexo feminino, à semelhança do que acontece nos Estados Unidos.<sup>6</sup> Segundo Fonseca et al,<sup>7</sup> “o padrão estético de magreza parece predominar entre as meninas e elas os atingem com hábitos e consumo alimentar inadequados”. Futuras pesquisas poderão determinar em que medida a adoção de estratégias de controle de peso em idades tão precoces está associada a desenvolvimento de transtornos alimentares futuros ou até imediatos.

Em conclusão, os dados aqui apresentados merecem ser analisados posteriormente, destacando-se a interação dos vários comportamentos de risco à saúde que foram medidos. Várias pesquisas apontam a tendência desses comportamentos se sobreporem simultaneamente<sup>13</sup> ou se manifestarem seqüencialmente,<sup>3</sup> sugerindo a pertinência de abordagens holísticas de educação à saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Arilha M, Calazans G. Sexualidade na adolescência: o que há de novo? In: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento. *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*. Brasília (DF); 1998. p. 687-708.
2. Boruchovitch E. Fatores associados a não-utilização de anticoncepcionais na adolescência. *Rev Saúde Pública* 1992;26:437-43.
3. Brener ND, Collins JL. Co-occurrence of health-risk behaviors among adolescents in the United States. *J Adolesc Health* 1998;22:209-13.
4. Camarano AA. Fecundidade e anticoncepção da população jovem. In: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento. *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*. Brasília (DF); 1998. p.109-33.
5. Carlini EA, Carlini-Cotrim B, Silva-Filho A, Barbosa MTS. *2º Levantamento Nacional sobre o uso de psicotrópicos em estudantes de 1º e 2º graus — 1989*. São Paulo; Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicótropicas (CEBRID); 1989.
6. Centers for Disease Control and Prevention. Youth risk behavior surveillance – United States, 1995. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1996;45(SS4):1-83.
7. Fonseca VM, Sichieri R, Veiga GV. Fatores associados à obesidade em adolescentes. *Rev Saúde Pública* 1998;32:541-9.
8. Galduróz JC, Noto A, Carlini EA. *3º Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras — 1993*. São Paulo; Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicótropicas (CEBRID); 1997.
9. Koizumi MS. Injury patterns in motorcycle accident victims. *Rev Saúde Pública* 1992;26:306-15.
10. Loftin C, McDowall D, Wiersma B, Cottey T. Effects of restrictive licensing of handguns on homicide and suicide in the District of Columbia. *N Engl J Med* 1991;325:1615-20.

11. Madeira FR. Recado dos jovens: mais qualificação. In: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento. *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*. Brasília (DF); 1998. p. 427-98.
12. Mello Jorge MHP. Análise dos dados de mortalidade. *Rev Saúde Pública* 1997;31(4 Supl):5-25.
13. Orpinas PK, Basen-Engquist K, Grunbaum JÁ, Parcel GS. The co-morbidity of violence-related behaviors with health-risk behaviors in a population of high school students. *J Adolesc Health* 1995;16:216-25.
14. Szwarcwald CL, Leal MC. Sobrevivência ameaçada dos jovens brasileiros: a dimensão da mortalidade por armas de fogo. In: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento. *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*. Brasília (DF); 1998. p. 363-98.
15. Valois RF, Thatcher WG, Drane JW, Reiningger BM. Comparison of selected health risk behaviors between adolescents in public and private high schools in South Carolina. *J School Health* 1997;67:434-40.