

Comportamentos de risco à saúde de adolescentes e atividades educativas da Estratégia Saúde da Família em Cuiabá, Mato Grosso, 2011*

doi: 10.5123/S1679-49742016000200008

Adolescent health risk behaviors and Family Health Strategy educational activities in Cuiabá, Mato Grosso State, Brazil, 2011

Raquel Raizel¹Valdemar Guedes da Silva²Allan da Mata Godois³Mariano Martínez Espinosa⁴Amélia Dreyer Machado⁵Sebastião Júnior Henrique Duarte⁶Christianne de Faria Coelho Ravagnani²¹Universidade de São Paulo, Faculdade de Ciências Farmacêuticas, São Paulo-SP, Brasil²Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Educação Física, Cuiabá-MT, Brasil³Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Nutrição, Cuiabá-MT, Brasil⁴Universidade Federal de Mato Grosso, Departamento de Estatística, Cuiabá-MT, Brasil⁵Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de Nutrição, Realeza-PR, Brasil⁶Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Curso de Enfermagem, Três Lagoas-MS, Brasil

Resumo

Objetivo: analisar comportamentos de risco à saúde de adolescentes e ações educativas da Estratégia Saúde da Família (ESF) em Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. **Métodos:** estudo transversal com dados de inquérito realizado com adolescentes cadastrados em unidades da ESF em 2011-2012; a regressão de Poisson foi empregada para estimar razões de prevalência (RP) e intervalos de confiança de 95% (IC_{95%}). **Resultados:** houve baixa participação em ações educativas sobre álcool (23%), alimentação (10%) e atividade física (9%); meninas apresentaram maior prevalência de atividade física insuficiente (RP=0,76 – IC_{95%} 0,68;0,85); o consumo de álcool foi associado à idade de 15 a 19 anos (RP=1,48 – IC_{95%} 1,29;1,71); e o baixo consumo de frutas e hortaliças associou-se à renda ≤2 salários mínimos (RP=1,17 – IC_{95%} 1,02;1,33). **Conclusão:** não houve associação significativa entre os comportamentos de risco à saúde e a participação dos adolescentes em ações educativas promovidas pela ESF.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Consumo de Alimentos; Atividade Motora; Bebidas Alcoólicas; Atenção Primária à Saúde; Estudos Transversais.

Abstract

Objective: to analyze health risk behaviors in adolescents and Family Health Strategy (FHS) educational activities in Cuiabá, Mato Grosso State, Brazil. **Methods:** a cross-sectional study was conducted using data from a survey with adolescents registered with FHS in 2011/2012; Poisson regression was used to estimate prevalence ratios (PR) and 95% confidence interval (CI95%). **Results:** there was low participation in educational activities on alcohol (23%), food (10%) and physical activity (9%); insufficient physical activity was higher in girls (PR=0.76 – 95%CI 0.68;0.85), alcohol consumption was associated with the 15-19 age range (PR=1.48 – 95%CI 1.29;1.71) and low fruit and vegetable intake was associated with income of ≤2 minimum wages (PR=1.17 – 95%CI 1.02;1.33). **Conclusion:** there was no significant association between adolescent risk behaviors and their participation in FHS educational activities.

Key words: Health Education; Food Consumption; Motor Activity; Alcoholic Beverages; Primary Health Care; Cross-Sectional Studies.

* Estudo financiado com recursos do Fundo Nacional de Saúde/Ministério da Saúde: Processo nº 25000215838/2011-98.

Endereço para correspondência:

Raquel Raizel – Av. Professor Lineu Prestes, nº 580, Butantã, São Paulo-SP, Brasil. CEP: 05508-000
E-mail: raqzel@usp.br

Introdução

Os comportamentos de risco à saúde, tais como nível insuficiente de atividade física, tabagismo, baixa ingestão de frutas e hortaliças e consumo abusivo de bebida alcoólica, têm sido frequentemente encontrados na população adolescente.^{1,2} São comportamentos associados a doenças crônicas, como obesidade, diabetes, hipertensão arterial, doenças respiratórias, dislipidemias, câncer³ e doenças cardiovasculares,⁴ que lideram as causas de óbito na vida adulta, no país e no mundo.⁵

A baixa ingestão de frutas e hortaliças predispõe o surgimento de carências nutricionais, o que pode comprometer o pleno crescimento e desenvolvimento do adolescente.⁶ Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), em 2012, apenas 43,4% dos escolares brasileiros consumiam hortaliças e 30,2% consumiam frutas frescas em cinco ou mais dias da semana.⁷ A pesquisa também mostrou que 63,1% dos adolescentes foram classificados como insuficientemente ativos. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), menos de um em cada quatro adolescentes atende as diretrizes recomendadas para atividade física.⁵

A promoção de práticas saudáveis durante a adolescência é fundamental para a prevenção de problemas de saúde nessa fase do ciclo vital e na idade adulta.

O consumo abusivo de bebida alcoólica na adolescência pode levar a problemas de saúde nas demais fases do ciclo vital e afetar a expectativa de vida. O consumo de álcool é a principal causa de lesão, violência e mortes prematuras,⁵ e está associado a indicadores de estresse psicossocial como tristeza, solidão, insônia e pensamento de suicídio.⁸ Os dados da PeNSE⁷ ainda apontaram que 50,3% dos adolescentes brasileiros haviam consumido pelo menos uma dose de bebida alcoólica durante a vida.

A promoção de práticas saudáveis durante a adolescência é fundamental para a prevenção de problemas de saúde nessa fase do ciclo vital e na idade adulta.⁵ Considerando-se a contribuição dos

comportamentos de risco à saúde para o aumento dos problemas de Saúde Pública, é necessário investigar modelos assistenciais realmente efetivos.

O aconselhamento na Atenção Primária à Saúde (APS) pode gerar impactos positivos sobre a mudança de comportamento, além de estreitar o vínculo entre a população e os profissionais de saúde.^{9,10} Contudo, informações sobre a relação entre a assistência prestada na APS e a exposição de adolescentes a comportamentos de risco à saúde ainda são escassas. O objetivo deste trabalho foi analisar comportamentos de risco à saúde de adolescentes e atividades educativas da Estratégia Saúde da Família no município de Cuiabá, estado de Mato Grosso, Brasil.

Métodos

O presente estudo é parte da pesquisa 'A saúde do adolescente na Atenção Primária de Cuiabá: sob a ótica da multidisciplinaridade', realizada na cidade de Cuiabá-MT, em 2011. Trata-se de um estudo transversal, baseado em dados de um inquérito com adolescentes de 12 a 19 anos, cadastrados em unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) com atuação do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde).

O município estudado é geograficamente dividido em quatro regionais administrativas: Sul, Norte, Leste e Oeste. Em 2011, de acordo com o dimensionamento realizado pela Secretaria Municipal de Saúde, o projeto PET-Saúde estava implantado em 19 das 60 equipes da ESF localizadas na zona urbana, abrangendo todas as regionais. A população urbana do município era de 540.814 habitantes¹¹ e, segundo levantamento das fichas cadastrais nas ESF, 10.596 adolescentes estavam registrados nas 19 ESF cobertas pelo PET-Saúde, em 2011.

Desse total, foram excluídos os adolescentes residentes em microrregiões não assistidas por agentes comunitários de saúde (ACS). Para determinação do tamanho amostral, foram considerados, a população estimada de 7.014 adolescentes; um nível de confiança de 95%, erro amostral de cinco pontos percentuais e uma proporção esperada de 50%, uma vez que não havia conhecimento sobre os fatores comportamentais na cidade estudada. Sendo assim, o cálculo do tamanho amostral (n)

foi realizado por meio da equação para proporções com populações finitas,

$$n = \frac{n^*}{1 + (n^*/N)}$$

onde n^* é dado pela seguinte fórmula,

$$n^* = \frac{z^2 \alpha / 2p(1-p)}{d^2}$$

N representa o tamanho da população de estudo, p é a proporção esperada de adolescentes com a característica de interesse na população, d representa o erro amostral, α é o nível de significância adotado e $z^{\alpha/2}$ indica o nível de confiança. Com base nessas informações, obteve-se um tamanho amostral de 364 adolescentes, sobre os quais foi acrescentado o percentual de 20% para compensar possíveis perdas e recusas, definindo-se uma amostra de 437 adolescentes para o estudo.

Os adolescentes tinham fichas cadastrais nas ESF (Ficha A), que foram utilizadas para o sorteio da amostra. Esse processo consistiu da seleção de um ponto de partida aleatório e sucessiva escolha de cada elemento, respeitando-se o intervalo de amostragem que resulta da divisão do tamanho da população (N) pelo tamanho da amostra (n). Os critérios de exclusão adotados foram os seguintes: adolescentes com algum comprometimento físico ou mental, relatado pelos pais ou responsável, que impossibilitasse o preenchimento do questionário, e aqueles que se recusaram a participar do estudo.

Os adolescentes preencheram um questionário adaptado do instrumento utilizado no Inquérito Mundial de Saúde do Escolar – Global School-Based Student Health Survey (GSHS) –, proposto pela OMS.¹² Esse questionário é subdividido em módulos sobre os comportamentos de saúde e condições socioeconômicas. Foram acrescentadas questões referentes a atividades de educação em saúde desenvolvidas pela ESF: cinco perguntas sobre educação em saúde e dez perguntas sobre a relação do adolescente com a unidade de saúde.

Foi realizado estudo-piloto com adolescentes de uma equipe da Saúde da Família não pertencente ao PET-Saúde, de modo a garantir a neutralidade dos sujeitos e, após o pré-teste, o questionário foi ajustado. Cada adolescente preencheu o questionário no próprio domicílio, sob a supervisão dos alunos bolsistas do programa PET-Saúde, vinculados aos cursos de Educação Física, Enfermagem, Nutrição, Medicina e Serviço Social da Universidade Federal de Mato Grosso. Os entrevistadores receberam capacitação de oito horas,

para padronização dos procedimentos de coleta de dados, e foram auxiliados pelos ACS.

O estudo considerou como variáveis independentes a participação em atividades educativas da ESF, categorizada em 'sim' ou 'não', e características sociodemográficas (sexo, idade, renda e escolaridade materna). Os desfechos analisados foram os fatores de risco comportamentais: baixo consumo de frutas e hortaliças, nível insuficiente de atividade física e consumo de álcool. O tabagismo não foi objeto do presente estudo.

Quanto às atividades educativas da ESF, os adolescentes relataram se alguma vez haviam participado de alguma atividade no posto de saúde do bairro que tratasse dos seguintes temas: efeitos do álcool e riscos de seu uso para a saúde; alimentação saudável; e importância da prática de atividade física para a saúde. A idade foi categorizada em duas faixas etárias, em anos: 12 a 14; e 15 a 19. A renda familiar foi categorizada em dois grupos, por salários mínimos percebidos (1-2 e ≥ 3), e a escolaridade materna, em anos de estudos (<8 e ≥ 8).

Foi considerada como baixo consumo a ingestão de frutas e hortaliças menor que duas vezes ao dia e de suco de frutas menor que uma vez ao dia, tendo por base o parâmetro de consumo preconizado pela OMS, de cinco porções/dia – três porções de frutas e duas de hortaliças.⁵ Foi considerado insuficientemente ativo o adolescente que relatou não praticar 60 minutos de atividade física de intensidade moderada a vigorosa em pelo menos cinco dias da semana.¹³ O consumo de álcool foi estabelecido quando o adolescente referiu ter consumido uma dose de bebida alcoólica nos últimos 30 dias.

A análise estatística foi realizada pelo aplicativo Stata 13.0. Primeiramente, as prevalências foram estimadas segundo sexo, faixa etária, renda familiar, nível de escolaridade materna e participação em atividades educativas da ESF. As associações foram analisadas pelo teste do qui-quadrado de Pearson, por meio da razão de prevalência bruta (RPb) com intervalo de confiança de 95% (IC_{95%}) e nível de significância estabelecido em 5%. Foram realizados modelos de regressão de Poisson múltipla com variância robusta,¹⁴ incluindo as variáveis que apresentaram $p < 0,20$. Os modelos foram ajustados para as seguintes variáveis: (i) sexo e idade e (ii) sexo, renda familiar e ações sobre alimentação, considerando-se os desfechos 'atividade física

insuficiente' e 'baixo consumo de frutas e hortaliças', respectivamente. Não houve análise ajustada para o desfecho 'consumo de álcool', tendo em vista que apenas a variável 'idade' apresentou $p < 0,20$.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética Envolvendo Seres Humanos do Hospital Júlio Müller: Protocolo nº 693/2009. A coleta e análise dos dados foi realizada conforme os princípios éticos preconizados pelo Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde: Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. A concordância formal do adolescente ou seu responsável (para participantes com idade abaixo de 18 anos) foi condicionada à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Foram entrevistados 399 adolescentes (média de 15,3 e desvio-padrão de 2,1 anos de idade), 38 se recusaram a participar ou devolveram o questionário em branco (8,7% de perdas/recusas); a amostra final manteve-se acima do inicialmente previsto (364 adolescentes). A maioria dos adolescentes era do sexo feminino (59%), com renda familiar de até dois salários mínimos (54%) e escolaridade materna igual ou superior a oito anos de estudo (53%). Apenas uma pequena parte dos adolescentes relatou ter participado de ações de aconselhamento sobre uso de álcool (23%), alimentação saudável (10%) e atividade física (9%). A prática insuficiente de atividade física foi o fator de risco mais prevalente (82%), seguindo-se baixo consumo de frutas e hortaliças (74%) e consumo de álcool (13%) (Tabela 1).

Ao analisar os fatores associados com a adoção de comportamentos de risco à saúde, observou-se que os adolescentes de 15 a 19 anos foram mais propensos ao uso de bebidas alcoólicas ($R_{Pb}=1,48 - IC_{95\%} 1,29;1,71$) e à atividade física insuficiente ($R_{Pb}=1,27 - IC_{95\%} 1,01;1,62$). A participação nas ações de aconselhamento sobre consumo de álcool e atividade física não apresentou associação significativa com a adoção de comportamentos de risco à saúde. Houve associação significativa entre nível insuficiente de atividade física e sexo (feminino *versus* masculino: $R_{Pb}=0,49 - IC_{95\%} 0,40;0,61$), indicando que as meninas apresentaram maior probabilidade de serem insuficientemente ativas. Após o ajuste, a associação entre as variáveis 'sexo' e 'atividade física insuficiente'

($R_{Pa}=0,76 - IC_{95\%} 0,68;0,85$) permaneceu significativa (Tabela 2).

A prevalência de adolescentes com ingestão de frutas e hortaliças menor que duas vezes ao dia e suco de frutas menor que uma vez ao dia foi significativamente maior entre aqueles que relataram ter renda familiar abaixo de dois salários mínimos ($R_{Pa}=1,17 - IC_{95\%} 1,02;1,33$). Adolescentes que não participaram de ações de incentivo à alimentação saudável apresentaram maior prevalência de consumo insuficiente de frutas e hortaliças ($R_{Pb}=1,08 - IC_{95\%} 1,00;1,18$); contudo, após o ajuste para as variáveis 'sexo' e 'renda familiar', não se observou associação significativa (Tabela 2).

Discussão

O estudo não encontrou associação significativa entre os comportamentos de risco à saúde e a participação dos adolescentes em ações educativas promovidas pela ESF. Além do que, houve baixo relato de participação desse público nesse tipo de atividades. Menos de um quarto dos adolescentes eram suficientemente ativos fisicamente, e apresentavam consumo adequado de hortaliças. Verificou-se associação significativa entre atividade física insuficiente e sexo feminino, o consumo de álcool foi associado à faixa etária de 15 a 19 anos, e o baixo consumo de frutas e hortaliças, associado à menor renda familiar.

As equipes da ESF atendem principalmente populações com baixo nível socioeconômico, consequentemente, mais suscetíveis aos comportamentos de risco à saúde,^{10,15} conforme evidenciado neste estudo. Embora não se tenha observado associação significativa, a frequência de relato dos comportamentos de risco à saúde foi menor entre os adolescentes que participavam das atividades de educação em saúde promovidas pela ESF.

A prevalência de adolescentes com baixa ingestão de frutas e hortaliças foi alta (74%). Outros estudos encontraram, por exemplo, no estado de Pernambuco, 51,4% dos adolescentes com baixo consumo de frutas e verduras;¹ e na cidade de Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul, 75,2% dos adolescentes referiram o consumo de menos de três porções de frutas e 77,6% o consumo de menos de duas porções de hortaliças ao dia.¹⁶ Os diferentes critérios adotados para classificação da alimentação e os métodos utili-

Tabela 1 – Características de adolescentes atendidos pela Estratégia Saúde da Família (n=399) no município de Cuiabá, Mato Grosso, 2011

Variáveis	n ^a	%
Sexo		
Feminino	236	59
Masculino	163	41
Idade (em anos)		
12-14	152	38
15-19	245	62
Renda familiar (em salários mínimos)^b		
≤2	197	54
>2	167	46
Escolaridade da mãe (em anos de estudo)		
<8	182	47
≥8	208	53
Ações educativas sobre álcool		
Não	297	77
Sim	91	23
Ações educativas sobre alimentação		
Não	346	90
Sim	37	10
Ações educativas sobre atividade física^b		
Não	342	91
Sim	33	9
Consumo de álcool (nos últimos 30 dias)		
Não	343	87
Sim	52	13
Alimentação		
Inadequada	293	74
Adequada	105	26
Atividade física		
Insuficientemente ativo	324	82
Ativo	73	18

a) n de acordo com valores ignorados por ausência de resposta.

b) Variáveis com maior número de respostas ignoradas: renda familiar, 35; e ações educativas sobre atividade física, 24.

zados em cada estudo podem justificar a variabilidade observada. Além disso, a qualidade da dieta tem sido associada a preços dos alimentos e nível socioeconômico,¹⁶⁻¹⁸ reforçando as associações entre baixo consumo de frutas e hortaliças e baixa renda familiar encontradas aqui.

A renda é o preditor independente mais fortemente determinante para o hábito de comprar frutas e hortaliças: indivíduos com menor nível educacional são menos propensos a adquirir^{19,20} ou consumir esses alimentos.¹⁶ O nível educacional pode determinar a dieta, pois reflete a capacidade de uma pessoa acessar e interpretar informações relacionadas à saúde.²¹ Por isso, embora os hábitos alimentares de crianças e adolescentes possam estar associados aos hábitos do pai, independentemente dos da mãe,²² era esperado que a baixa escolaridade materna aumentasse a prevalência

de consumo insuficiente de frutas e hortaliças, hipótese não confirmada por este estudo.

Quanto à atividade física, cerca de 80% dos adolescentes (13 a 15 anos), em 105 países avaliados pelo GSHS, não praticavam 60 minutos de atividade física moderada a vigorosa por dia.²³ Em Cuiabá, os dados encontrados pela PeNSE em 2012 apontaram prevalência de 78,9% de adolescentes insuficientemente ativos, inferior apenas se comparada às prevalências correspondentes a cidades do Nordeste e ao Rio de Janeiro.⁷ Em outros estudos realizados no Brasil, a prevalência de adolescentes insuficientemente ativos variou de 36 a 86%.^{1,4,24-26} Estudos nacionais têm apontado prevalências de 23 a 32% de adolescentes expostos ao consumo de álcool.^{1,4,8,27} Segundo um estudo realizado na Finlândia, 9% dos adolescentes daquele país nórdico consumiam álcool,²⁸ embora

Tabela 2 – Fatores associados a comportamentos de risco à saúde de adolescentes atendidos pela Estratégia Saúde da Família (n=399) no município de Cuiabá, Mato Grosso, 2011

Variáveis	Consumo de álcool			Atividade física insuficiente			Baixo consumo de frutas e verduras				
	n (%)	RPb ^a (IC _{95%} ^b)	Valor p	n (%)	RPb ^a (IC _{95%} ^b)	Valor p	RPb ^a (IC _{95%} ^b)	n (%)	RPb ^a (IC _{95%} ^b)	Valor p	RPa ^c (IC _{95%} ^b)
Sexo	Feminino	34 (16)	1,00	212 (91)	1,00		1,00	167 (71)	1,00		1,00
	Masculino	18 (11)	0,76 (0,45;1,30)	0,314	112 (69)	0,49 (0,40;0,61)	<0,001	0,76 (0,68;0,85)	126 (77)	1,09 (0,97;1,22)	0,165
Idade (em anos)	12-14	7 (5)	1,00	114 (76)	1,00		1,00	113 (75)	1,00		
	15-19	45 (18)	1,48 (1,29;1,71)	<0,001	208 (85)	1,27 (1,01;1,62)	0,027	1,09 (0,99;1,21)	179 (73)	0,98 (0,87;1,10)	0,697
Renda familiar (em salários mínimos)	>2	26 (16)	1,00	76 (79)	1,00			51 (69)	1,00		1,00
	≤2	24 (12)	0,77 (0,46;1,29)	0,326	129 (83)	1,05 (0,95;1,16)	0,316	–	140 (76)	1,12 (0,99;1,28)	0,073
Escolaridade materna	≥8	27 (13)	1,00	168 (81)	1,00			150 (72)	1,00		
	<8	24 (13)	1,02 (0,61;1,71)	0,933	149 (82)	1,02 (0,93;1,12)	0,694	–	137 (75)	1,04 (0,93;1,17)	0,480
Ações sobre álcool	Sim	3 (12)	1,00	35 (79)	1,00			31 (68)	1,00		
	Não	48 (13)	1,09 (0,58;2,05)	0,779	282 (82)	1,03 (0,91;1,16)	–	–	256 (75)	1,09 (0,93;1,28)	–
Ações sobre atividade física	Sim	4 (12)	1,00	26 (79)	1,00			23 (70)	1,00		
	Não	46 (14)	0,98 (0,86;1,12)	–	280 (82)	1,04 (0,87;1,25)	0,636	–	255 (75)	1,07 (0,84;1,35)	–
Ações sobre alimentação	Sim	3 (8)	1,00	28 (76)	1,00			22 (60)	1,00		1,00
	Não	48 (14)	0,93 (0,84;1,04)	–	284 (82)	1,08 (0,89;1,31)	–	–	258 (75)	1,08 (1,00;1,18)	0,048

a) RPb: razão de prevalência bruta

b) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%

c) RPa: razão de prevalência ajustada

Nota:

Os modelos de regressão de Poisson para os desfechos 'atividade física insuficiente' e 'baixo consumo de frutas e hortaliças' foram ajustados para as variáveis que apresentaram p<0,20. Não houve análise ajustada para o desfecho 'consumo de álcool', tendo em vista que apenas a variável 'idade' apresentou p<0,20.

sua amostra fosse constituída por adolescentes de uma faixa etária mais restrita, dos 11 aos 15 anos, o estudo finlandês justificaria a hipótese da iniciação ao consumo de álcool ocorrer próxima à transição para a vida adulta,¹ evidenciada neste estudo. Outro aspecto relevante sobre o consumo de álcool está relacionado aos indicadores de estresse psicossocial,⁸ o que representa risco à saúde se considerados os demais prejuízos decorrentes do uso de álcool nessa fase da vida.^{1,8,29}

Entre as limitações encontradas para o estudo em tela, primeiramente, cabe destacar que os dados nos quais se baseou foram obtidos com a aplicação de questionário junto a adolescentes, de modo a não ser possível aferir a real oferta e implementação das atividades educativas conduzidas pela equipe da ESF, incluindo métodos, frequência e público-alvo. Em entrevistas realizadas com 146 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e ACS) das 19 ESF estudadas, apenas 39% relataram conduzir algum programa voltado à saúde do adolescente e 59% confirmaram a existência de ações educativas (dados não apresentados). Esses dados destacam a necessidade de investigar a oferta dessas atividades nas unidades de saúde. Os adolescentes foram questionados quanto a sua participação em atividades realizadas no 'posto de saúde do bairro', o que caracteriza o local de realização; assim, não é possível afirmar que todas as atividades fossem oferecidas a todos os adolescentes pesquisados.

Outras limitações desta pesquisa devem ser consideradas. O GSHS é um instrumento baseado no autorrelato, o que pode contribuir para uma medida imprecisa das frequências nas variáveis avaliadas. Além disso, o desenho transversal do estudo impossibilita inferir a relação temporal entre os eventos estudados. Ademais, não foram investigados fatores

de influência direta sobre as variáveis testadas, como quadro de sobrepeso/obesidade ou vício alcoólico. O tabagismo também é um fator de risco à saúde que não pode ser ignorado. Embora o inquérito tenha abordado esse tema, ele foi tratado em outro estudo (ainda não publicado).

Mesmo com certo grau de imprecisão, as medidas coletadas são úteis para distinguir – e evidenciar – características na população, e indicar caminhos para estudos de intervenção sobre esses fatores de risco. Outrossim, o presente trabalho tem caráter domiciliar e investigou a relação e envolvimento da população atendida com as equipes da ESF, o que constitui um ponto forte da pesquisa.

A renda familiar foi significativamente associada ao baixo consumo de frutas e hortaliças. Adolescentes mais próximos à idade adulta apresentaram maior prevalência de consumo de álcool, e a prevalência de atividade física insuficiente foi maior entre meninas. A baixa participação de adolescentes em ações de promoção da saúde indica a necessidade de políticas de Saúde Pública mais efetivas. Sugere-se o monitoramento de programas de atividades educativas de prevenção aos agravos à saúde, principalmente voltados à adolescência, quando os indivíduos formam hábitos que tendem a permanecer na vida adulta.

Contribuição dos autores

Raizel R, Silva VG, Godois AM, Espinosa MM, Machado AD, Duarte SJH e Ravagnani CFC participaram da concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados, redação, revisão e aprovação final do manuscrito, e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

Referências

1. Brito ALS, Hardman CM, Barros MV. Prevalence and factors associated with the co-occurrence of health risk behaviors in adolescents. *Rev Paul Pediatr*. 2015 Dec;33(4):423-30.
2. Kim SA, Grimm KA, Harris DM, Scanlon KS. Fruit and vegetable consumption among high school students: United States, 2010. *Morb Mortal Wkly Rep Surveill Summ*. 2011 Nov;60(46):1583-6.
3. U.S. Department of Agriculture; U.S. Department of Health and Human Services. Dietary guidelines for americans 2010 [Internet]. 7th ed. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 2010 [cited 2016 Mar 1]. Available from: <http://health.gov/dietaryguidelines/dga2010/dietaryguidelines2010.pdf>
4. Farias Júnior JC, Mendes JKE, Barbosa DBM, Lopes AS. Fatores de risco cardiovascular em adolescentes:

- prevalência e associação com fatores sociodemográficos. *Rev Bras Epidemiol*. 2011 mar;14(1):50-62.
5. World Health Organization. Adolescents: health risks and solutions [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014 [citado 2016 Mar 1]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/>
6. Leal GVS, Philippi ST, Matsudo SMM, Toassa EC. Consumo alimentar e padrão de refeições de adolescentes, São Paulo, Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2010 set;13(3):457-67.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2012 [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2012 [citado 2016 mar 1]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/2012/>
8. Carvalho PD, Barros MVG, Lima RA, Santos CM, Mélo EN. Condutas de risco à saúde e indicadores de estresse psicossocial em adolescentes estudantes do ensino médio. *Cad Saude Publica*. 2011 nov;27(11):2095-105.
9. Cohen DJ, Balasubramanian BA, Isaacson NE, Clark EC, Etz RS, Crabtree BF. Coordination of health behavior counseling in primary care. *Ann Fam Med*. 2011 Sep;9(5):406-15.
10. Gomes KO, Cotta RMM, Araújo RMA, Cherchiglia ML, Martins TCP. Atenção Primária à Saúde: a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do sistema único de saúde. *Cien Saude Coletiva*. 2011;16 supl 1:881-92.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População urbana: Cuiabá (MT) [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010. [citado 2016 Mar 1]. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_pu_hom_mul.php?codigo=510340
12. Centers for Disease Control and Prevention. Global School-based Student Health Survey (GSHS). Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2015 [cited 2011 Feb 2]. Available from: www.cdc.gov/GSHS/
13. Strong WB, Malina RM, Blimkie CJ, Daniels SR, Dishman RK, Gutin B, *et al*. Evidence based physical activity for school-age youth. *J Pediatr*. 2005 Jun;146(6):732-7.
14. Coutinho LMS, Scazufca M, Menezes PR. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. *Rev Saude Publica*. 2008 dez;42(6):992-8.
15. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011 May;377(9779):1778-97.
16. Rieth MA, Moreira MB, Fuchs FD, Moreira LB, Fuchs SC. Fruits and vegetables intake and characteristics associated among adolescents from Southern Brazil. *Nutr J*. 2012 Nov;11:95.
17. Bigio RS, Verly Júnior E, Castro MA, César CLG, Fisberg RM, Marchioni DML. Determinantes do consumo de frutas e hortaliças em adolescentes por regressão quantílica. *Rev Saude Publica*. 2011 jun;45(3):448-56.
18. Beydoun MA, Powell LM, Chen X, Wang Y. Food prices are associated with dietary quality, fast food consumption, and body mass index among U.S. children and adolescents. *J Nutr*. 2011 Feb;141(2):304-11.
19. Neutzling MB, Araújo CL, Vieira ME, Hallal PC, Menezes AM, Victora CG. Intake of fat and fiber-rich foods according to socioeconomic status: the 11-year follow-up of the 1993 Pelotas (Brazil) birth cohort study. *Cad Saude Publica*. 2010 Oct;26(10):1904-11.
20. Turrell G, Hewitt B, Patterson C, Oldenburg B. Measuring socio-economic position in dietary research: is choice of socio-economic indicator important? *Public Health Nutr*. 2003 Apr;6(2):191-200.
21. Galobardes B, Morabia A, Bernstein MS. Diet and socioeconomic position: does the use of different indicators matter? *Int J Epidemiol*. 2001 Apr;30(2):334-40.
22. Bernardo CO, Vasconcelos FAG. Association of parent's nutritional status and sociodemographic and dietary factors with overweight/obesity in schoolchildren 7 to 14 years old. *Cad Saude Publica*. 2012 Feb;28(2):291-304.
23. Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, Guthold R, Haskell W, Ekelund U. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *Lancet*. 2012 Jul;380(9838):247-57.
24. Beck CC, Lopes AS, Giuliano ICB, Borgatto AF. Fatores de risco cardiovascular em adolescentes de município do sul do Brasil: prevalência e associações com variáveis sociodemográficas. *Rev Bras Epidemiol*. 2011 mar;14(1):36-49.
25. Dumith SC, Domingues MR, Gigante DP, Hallal PC, Menezes AMB, Kohl HW. Prevalence and correlates of physical activity among adolescents from Southern Brazil. *Rev Saude Publica*. 2010 Jun;44(3):457-67.

26. Tenório MCM, Barros MVG, Tassitano RM, Bezerra J, Tenório JM, Hallal PC. Atividade física e comportamento sedentário em adolescentes estudantes do ensino médio. *Rev Bras Epidemiol*. 2010 mar;13(1):105-17.
27. Elicker E, Palazzo LS, Aerts DRGC, Alves GG, Câmara S. Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares de Porto Velho-RO, Brasil. *Epidemiol Serv Saude*. 2015 jul-set;24(3):399-410.
28. Vuori MT, Kannas LK, Villberg J, Ojala SA, Tynjala JA, Valimaa RS. Is physical activity associated with low-risk health behaviours among 15-year-old adolescents in Finland? *Scand J Public Health*. 2012 Feb;40(1):61-8.
29. Committee on Substance Abuse. Alcohol use by youth and adolescents: a pediatric concern. *Pediatrics*. 2010 May;125(5):1078-87.

Recebido em 17/12/2014

Aprovado em 10/02/2016