







Artigo original

Comportamentos de promoção da saúde de adolescentes escolares

Health promotion behaviors of school adolescents

Comportamientos de promoción de la salud de adolescentes escolares

Francisco Ayslan Ferreira Torres^I , Paloma Loiola Leite^I ,
Leonarda Marques Pereira^I , John Carlos de Souza Leite^{II} ,
Maria Rocineide Ferreira da Silva^{II} , Lucas Dias Soares Machado^I 

^I Universidade Regional do Cariri, Iguatu, Ceará, Brasil

^{II} Universidade Estadual do Ceará, Iguatu, Ceará, Brasil

Resumo

Objetivo: identificar os comportamentos de promoção da saúde de adolescentes escolares. **Método:** estudo transversal, realizado com 60 adolescentes, em 2020, utilizando-se questionário sociodemográfico e versão brasileira da *Adolescent Health Promotion Scale*. Análise estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** identificou-se comportamentos de promoção da saúde em uma frequência menor que “algumas vezes”, com Escore Global de 2,93. Dimensão valorização da vida apresentou os menores escores, ao passo que a dimensão exercício físico demonstrou os melhores. Participantes do sexo feminino obtiveram maiores escores globais e nas dimensões nutrição e exercício físico. As correlações bivariadas entre as dimensões da escala reconheceram associações entre 0,20 e 0,59. **Conclusão:** o comportamento de adolescentes para promoção da saúde circunda atitudes de frequência mediana nas dimensões nutrição, suporte social, responsabilidade pela saúde, valorização da vida, exercício físico, controle de estresse, apontando a necessidade de estratégias promotoras da saúde capazes de empoderar e assegurar o protagonismo na própria saúde.

Descritores: Adolescente; Promoção da Saúde; Comportamento do Adolescente; Desenvolvimento do Adolescente; Saúde do Adolescente

Abstract

Objective: to identify the health promotion behaviors of school adolescents. **Method:** cross-sectional study, conducted with 60 adolescents, in 2020, using a sociodemographic questionnaire and the Brazilian version of the *Adolescent Health Promotion Scale*. Descriptive and inferential statistical analysis. **Results:** health promotion behaviors were identified in a frequency lower than “sometimes”, with a Global Score of 2.93. Dimension appreciation of life presented the lowest scores, while the physical exercise dimension showed the best. Female participants obtained higher global scores and in the dimensions nutrition and physical exercise. The

bivariate correlations between the scale dimensions recognized associations between 0.20 and 0.59. **Conclusion:** the behavior of adolescents for health promotion surrounds attitudes of median frequency in the dimensions nutrition, social support, responsibility for health, appreciation of life, physical exercise, stress control, strategies capable of empowering and ensuring the protagonism in their own health.

Descriptors: Adolescent; Health Promotion; Adolescent Behavior; Adolescent Development; Adolescent Health

Resumen

Objetivo: identificar los comportamientos de promoción de la salud de adolescentes escolares.

Método: estudio transversal, realizado con 60 adolescentes, en 2020, utilizándose cuestionario sociodemográfico y versión brasileña de la *Adolescent Health Promotion Scale*. Análisis estadístico descriptivo e inferencial. **Resultados:** se identificaron comportamientos de promoción de la salud en una frecuencia menor que “algunas veces”, con Escore Global de 2,93. Dimensión valoración de la vida presentó los puntajes más pequeños, mientras que la dimensión ejercicio físico demostró los mejores. Las participantes femeninas obtuvieron mayores puntuaciones globales y en las dimensiones nutrición y ejercicio físico. Las correlaciones bivariadas entre las dimensiones de la escala reconocieron asociaciones entre 0,20 y 0,59. **Conclusión:** el comportamiento de adolescentes para promoción de la salud circunda actitudes de frecuencia mediana en las dimensiones nutrición, apoyo social, responsabilidad por la salud, valoración de la vida, ejercicio físico, control de estrés, señalando la necesidad de estrategias promotoras de la salud capaces de empoderar y asegurar el protagonismo en la propia salud.

Descriptorios: Adolescente; Promoción de la Salud; Conducta del Adolescente; Desarrollo del Adolescente; Salud del Adolescente

Introdução

A promoção da saúde consiste em um campo de teorias e práticas que se contrapõe ao modelo biologicista, hospitalocêntrico, contribuindo para melhores condições de vida e saúde. Consiste na capacitação de indivíduos e suas coletividades para atuarem sobre suas condições de vida e saúde, incluindo uma maior participação nesse processo.¹ Trata-se de um paradigma que mobiliza a compreensão holística das pessoas e dos macrodeterminantes do processo saúde-doença-cuidado.¹ Transcende a prevenção de doenças e o olhar biológico sobre o outro, concentrando-se na mobilização de recursos positivos que atribuem sentido à vida.²

Dentre os campos relevantes à promoção da saúde destaca-se a atenção ao período da adolescência, fase de transição entre a infância e a vida adulta, delimitado, para fins de planejamento das políticas públicas de saúde, como a idade entre 10 e 19 anos, segundo o Ministério da Saúde. Caracterizada como fase do ciclo vital, a adolescência é demarcada por transformações biológicas, sociais, psicológicas e culturais relevantes ao desenvolvimento

humano, repleta de peculiaridades, incertezas e que é considerada como transitória entre a infância e vida adulta, demandando cuidados específicos.³

Frente às influências do meio social, cultural e econômico sobre o adolecer, é mister a inclusão do adolescente nas proposições promotoras de saúde, reconhecendo seu potencial e favorecendo o protagonismo e a colaboração com outros atores, como jovens e profissionais de saúde, por meio de atitudes dialógicas.³

Ademais, o adolecer é ainda marcado por diversos comportamentos de risco que contribuem com as principais causas de morbidade e mortalidade prematura. São comportamentos tais como o uso abusivo de bebidas alcoólicas e drogas ilícitas, tabagismo, prostituição, exposição às infecções sexualmente transmissíveis, violência, gravidez não planejada, sedentarismo, má alimentação, entre outros, carecendo da execução de políticas públicas em saúde que contemplem essa temporalidade vital.⁴⁻⁵

Neste sentido, é relevante a atenção holística ao adolescente, considerando a intrínseca relação entre nutrição, suporte social, responsabilidade pela saúde, valorização da vida, exercício físico e controle do estresse e a promoção da saúde, uma vez que convergem dos determinantes sociais da saúde e suas manifestações sobre o processo saúde-doença-cuidado.⁴

Sendo a adolescência uma fase manifestada por descobertas, experiências, construção da identidade e modificações, tanto no corpo quanto na mente, é neste meio que se demanda buscar estratégias de promover a saúde, limitando a vivência de ocasiões de desamparo e problemas evitáveis, objetivando um desenvolvimento saudável.⁵

Destarte, parte-se do pressuposto de que a promoção da saúde de adolescentes auxilia na redução e desenvolvimento de doenças nessa faixa etária, tornando necessária a elaboração de estratégias ancoradas no reconhecimento dos comportamentos adolescentes resultantes da maturação biológica e interação das dimensões sociais, e as relações com pares e ambiente.⁴ A promoção da saúde demonstra relevância, ainda, na potencialização do viver com qualidade e saúde. Assim, objetivou-se identificar os comportamentos de promoção da saúde de adolescentes escolares.

Método

Estudo epidemiológico de corte transversal com abordagem quantitativa realizado com adolescentes escolares da rede estadual de ensino em município do Centro-Sul do Ceará, no período de setembro a novembro de 2020. Tratou-se da etapa de diagnóstico de comportamentos para embasar a construção de uma tecnologia educativa desenvolvida pelo projeto de extensão universitária “Coisa de Adolescente”, caracterizando-se como momento de aproximação com os adolescentes e reconhecimento das necessidades em saúde.

Por tanto, o estudo teve como *locus* uma escola da rede estadual de ensino, que oferta o ensino médio profissionalizante a jovens e adolescentes, disponibilizando formação técnica nos cursos de administração, computação e enfermagem. A escolha deu-se posta a parceria firmada com o núcleo pedagógico para o desenvolvimento de ações de ensino, pesquisa e extensão.

Para a coleta de dados, o pesquisador coordenador do projeto de extensão em questão, identificou três discentes do curso de graduação em Enfermagem, integrantes do projeto para a coleta dos dados. Na ocasião, os pesquisadores-discentes foram capacitados quanto ao contato, apresentação da proposta, uso dos termos de consentimento e assentimento, disponibilização do instrumento e retirada de dúvidas. A seguir, contactaram a coordenação da instituição de ensino com fins de apresentar a proposta, solicitar autorização para aplicação do instrumento de coleta de dados e pactuar a logística frente as adaptações pedagógicas vivenciadas no contexto pandêmico ocasionado pela COVID-19.

O distanciamento social prezado ao enfrentar a pandemia em curso durante a realização deste estudo implicou na execução de aulas remotas e baixa adesão dos adolescentes nas atividades propostas. Assim, estimou-se junto a coordenação da escola que de 440 estudantes matriculados, cerca de 30% (n=132) esteve acompanhando regularmente as atividades letivas. A partir deste quantitativo realizou-se o cálculo amostral por meio do *G*Power* 3.1.9.7, definindo os valores de 0,05 para o erro amostral, 0,95 para o nível de confiança e 0,50 para o efeito estimado. A amostra calculada foi de 54 adolescentes, alcançando-se a participação de 60 discentes.

Delimitou-se como critérios de elegibilidade: ser adolescente na faixa etária entre 10 e 19 anos, regularmente matriculado e acompanhando as atividades letivas remotamente.

Tratou-se como perda os adolescentes que não devolveram o questionário respondido dentro do período de coleta de dados ou preenchidos de modo incompleto.

A captação dos participantes deu-se de forma *online*, respeitou o quadro epidemiológico e sanitário da pandemia e conforme logística pedagógica adotada pela instituição de ensino. Nestas condições, o instrumento de coleta de dados foi adaptado para aplicação remota por meio da ferramenta *Google Forms*®.

O contato com os estudantes ocorreu por meio do Ambiente Virtual de Aprendizagem adotado pela rede estadual de ensino para continuidade remota das atividades, bem como redes sociais utilizadas para interação entre docentes e discentes da instituição. A proposta foi apresentada aos professores e o *link* de acesso ao questionário foi fornecido junto a um vídeo curto gravado pelos pesquisadores, direcionado aos adolescentes, no qual elucidava-se o objetivo do estudo e eram realizadas as orientações para consentimento dos pais, assentimento dos participantes e preenchimento do instrumento. O *link* do questionário, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Assentimento foram encaminhados para cada turma com intervalos de 10 dias, correspondendo a três ciclos de convites à participação.

Para além desta via, foram disponibilizadas cópias impressas dos termos e questionário para os adolescentes que assim desejassem. Esta medida buscou otimizar o alcance da amostra definida.

O questionário de coleta de dados estruturou-se em questões de caracterização dos participantes composto pelas variáveis idade, sexo, raça e estado civil; e pelo instrumento *Adolescent Health Promotion Scale* (AHPS). A versão brasileira da AHPS é composta por 34 itens divididos em seis dimensões relacionadas à promoção da saúde: (a) nutrição, (b) suporte social, (c) responsabilidade pela saúde, (d) valorização da vida, (e) exercício físico e (f) controle do estresse. Por sua estrutura escalar, o respondente indica o grau que mais se aplica ao seu caso entre cinco pontos (1= nunca; 5=sempre). No estudo de validação brasileiro, a AHPS apresentou adequada consistência interna (alfa de *Cronbach* > 0,70 para todas as subescalas), bem como adequados índices de ajuste testados por meio de razão entre qui-quadrado e graus de liberdade (χ^2/gf), *Comparative Fit Index* (CFI), *Goodness-of-Fit Index* (GFI), *Adjusted Goodness-of-Fit Index*

(AGFI) e *Root Mean Square Residual* (RMSR) ($1 < \chi^2/df < 3$, CFI, GFI e AGFI $\geq 0,9$; RMSR $\leq 0,08$).⁴ Tomou-se o escore da AHPS como variável desfecho de interesse.

Para a análise dos dados utilizou-se estatística descritiva para as variáveis sexo, cor/raça, religião, estado civil e idade, por meio de frequência absoluta e relativa. Para cada variável atribuiu-se frequência absoluta, frequência relativa, média e desvio padrão do escore de comportamentos de promoção da saúde.

Foi realizado teste de Mann-Whitney com objetivo de investigar em que medida os escores de comportamentos de promoção da saúde eram equivalentes entre os adolescentes quanto ao sexo e estado civil, bem como teste de Kruskal-Wallis com a mesma finalidade para as variáveis idade, cor/raça e religião. Ambos os testes foram utilizados na verificação de equivalência dos escores das dimensões da AHPS entre as categorias das variáveis sociodemográficas.

Quanto a escala em uso, calculou-se média, desvio-padrão, assimetria e curtose dos itens e escore de cada dimensão. O escore global foi calculado conforme média dos escores das dimensões. A normalidade dos dados das dimensões foi avaliada por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov. Os resultados demonstraram que estas apresentaram distribuição normal ($p > 0,05$).

Calculou-se o Coeficiente de alfa de *Cronbach* e correlações bivariadas inter dimensões para averiguar a consistência interna da escala aplicada a este contexto ($\alpha = 0,907$). As análises estatísticas foram realizadas com auxílio do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.

A pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos (Resoluções 466/2012 – 510/2016 – 580/2018, do Ministério da saúde), com aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Regional do Cariri, sob o parecer de nº 4.205.242 em 11 de agosto de 2020.

Resultados

Participaram do estudo 60 adolescentes, em sua maioria do sexo feminino ($n = 37$; 61,7%), com idade média de 16,73 anos ($DP = 1,02$) e prevalência da raça parda ($n = 40$;

66,7%) e solteiros/as (n=50; 83,3%). Observou-se que em relação a religião, a maioria era católico (n = 24; 40%), enquanto 28,3 % declararam não ter religião (n =23), 16,7% evangélicos (n= 10) e 5% de outra religião (n =3), conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos adolescentes relacionadas com o escore global de comportamentos de promoção da saúde. Iguatu, Ceará, Brasil, 2020 (n=60)

Variáveis	n* (% [†])	μ [‡] (DP [§])	p-valor
Sexo			
Masculino	23 (38,3)	2,61 (0,66)	0,007
Feminino	37 (61,7)	3,36 (0,51)	
Idade			
14	1 (1,7)	2,56 (-)	0,782 [¶]
15	6 (10)	2,82 (0,72)	
16	17 (28,3)	2,97 (0,63)	
17	20 (33,3)	3,00 (0,62)	
18	16 (26,7)	2,86 (0,54)	
Cor/Raça			
Pardo	40 (66,7)	2,78 (0,58)	0,95 [¶]
Preto	5 (8,3)	3,32 (0,66)	
Branco	12 (20)	3,16 (0,46)	
Amarelo	2 (3,3)	3,50 (0,52)	
Indígena	1 (1,7)	3,36 (-)	
Religião			
Sem religião	23 (38,3)	2,94 (0,53)	0,742 [¶]
Católica	24 (40)	2,89 (0,67)	
Evangélica	10 (16,7)	2,90 (0,60)	
Outra	3 (5)	3,32 (0,54)	
Estado civil			
Solteiro/a	50 (83,3)	2,90 (0,59)	0,351
Casado/morando com um/a companheiro/a	10 (16,7)	3,10 (0,59)	

*Frequência absoluta; [†]frequência relativa; [‡]média; [§]desvio padrão; ^{||}Mann-Whitney; [¶]Kruskal-Wallis.

Em sua relação com o escore de comportamento para promoção da saúde, detectou-se que adolescentes do sexo feminino apresentam maior escore de comportamentos de promoção da saúde quando comparado com adolescentes do sexo masculino ($U= 249,000$, $z= -2,684$, $p<0,05$). Demais variáveis não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre suas categorias.

Observou-se, a partir do escore global, que se refere a totalidade das dimensões, a manifestação de comportamentos de promoção da saúde menor que algumas vezes. Esse perfil assemelha-se nas dimensões nutrição (2,72), controle do estresse (2,74) e valorização da vida, o menor dos escores (2,41).

Na dimensão nutrição, fazer três refeições diariamente e beber pelo menos 1,5 litro de água por dia distanciam-se da média da dimensão, correspondendo a poucas vezes. Do mesmo modo, preocupar-se com outras pessoas apresentou o menor dos escores da dimensão suporte social. Em contraponto, nesta dimensão, observa-se uma maior inclinação para falar com outras pessoas sobre seus problemas, embora ainda na margem de resposta de algumas vezes.

A dimensão responsabilidade pela saúde reúne os melhores escores, identificando-se maior disposição para conversas com profissionais sobre sua saúde, selecionar alimentos sem conservantes e ler os rótulos das embalagens quando compra alimentos.

A dimensão valorização da vida, por sua vez, com o menor dos escores, reúne os itens procura corrigir seus defeitos e procura identificar o que é importante para si, destacados entre os menores da escala, relacionados a atitudes e poucas vezes manifestadas. Reconhecem-se, deste modo, escores menores relacionados a aspectos psicossociais dos adolescentes.

A dimensão exercício físico demonstrou-se mais promissora entre as demais, com índices de maior frequência quanto a realização de alongamento todos os dias e prática de exercícios físicos de modo vigoroso e por no mínimo 30 minutos, três vezes na semana. Enquanto isso, a participação nas aulas de educação física na escola não foi mais frequente que a média geral – algumas vezes. Por fim, a dimensão de controle de estresse permeia a média do escore geral desta escala, conforme explícito na Tabela 2.

Tabela 2 - Estatística descritiva equivalente aos itens da Adolescent Health Promotion Scale (AHPS). Iguatu, Ceará, Brasil, 2020 (n=60)

Item	Média	Desvio Padrão	Assimetria	Curtose
D1 - Nutrição	2,72			
Faz três refeições diariamente	2,18	1,20	0,60	-0,75
Prefere alimentos com pouca gordura	3,07	1,32	-0,39	-1,00
Inclui alimentos ricos em fibra na alimentação	2,75	1,21	0,03	-0,98
Bebe pelo menos 1,5 litro de água por dia	2,38	1,29	0,51	-0,75
Inclui cinco grupos de alimentos nas refeições	3,23	1,11	-0,51	-0,58
D2 - Suporte Social	3,00			
Compartilha seus sentimentos com outras pessoas	3,45	1,03	-1,10	1,02
Preocupa-se com as outras pessoas	1,92	0,86	0,48	-0,75
Fala sobre suas preocupações com outras pessoas	3,55	0,98	-0,75	0,64
Gosta de se relacionar com os familiares	2,60	1,29	0,01	-1,43
Conversa sobre seus problemas com outras	3,48	1,12	-0,61	-0,01

pessoas				
D3 - Responsabilidade pela saúde	3,36			
Lê os rótulos das embalagens quando compra alimentos	3,55	1,35	-0,67	-6,87
Preocupa-se em manter o peso corporal	3,03	1,49	-0,18	-1,38
Conversa com profissionais sobre sua saúde	4,30	0,85	-1,31	2,30
Observa/analisa seu corpo pelo menos uma vez por mês	2,78	1,43	0,14	-1,25
Lê informações sobre saúde	2,95	1,24	0,09	-0,91
Seleciona alimentos sem conservantes	3,57	1,33	-0,61	-0,68
D4 - Valorização da vida	2,41			
Gosta de si mesmo/a	2,37	1,48	0,52	-1,22
Sente-se feliz e satisfeito/a	2,62	1,39	0,21	-1,29
Normalmente pensa de maneira positiva	2,72	1,12	0,21	-0,56
Entende e aceita seus pontos fortes e fracos	2,40	1,31	0,40	-1,07
Procura corrigir seus defeitos	2,00	0,92	0,67	-0,28
Procura identificar o que é importante para si	2,15	1,23	0,71	-,55
Sente-se interessado/a e desafiado/a todos os dias	2,72	1,19	0,02	-0,81
Acredita que a vida tem um propósito	2,32	1,35	0,48	-1,13
D5 - Exercício físico	3,37			
Realiza exercícios de alongamento todos os dias	3,77	1,39	-0,84	-0,56
Realiza 30 min de exercícios vigorosos três vezes na semana	3,88	1,48	-1,07	-0,37
Participa das aulas de educação física na escola	2,63	1,54	0,18	-1,57
Faz aquecimento antes de realizar exercícios vigorosos	3,23	1,61	-0,29	-1,50
D6 - Controle de estresse	2,74			
Dedica algum tempo diariamente para relaxar	2,67	1,24	0,12	-1,04
Procura identificar as causas de seu estresse	2,97	1,31	-0,02	-1,16
Presta atenção nas mudanças de humor	2,62	1,27	0,10	-1,27
Dorme de 6 a 8 horas por noite	2,62	1,46	0,19	-1,41
Realiza planos e estabelece prioridades	2,73	1,35	0,08	-1,23
Procura não perder o controle quando algo injusto ocorre consigo	2,83	1,36	0,06	-1,20
Escore Global	2,93			

Quanto a equivalência dos escores nas dimensões da AHPS entre as características sexo, idade, religião, cor/raça e estado civil, identificou-se significância estatística entre sexo e as dimensões Nutrição ($U=187,000$, $z= -3,640$, $p<0,001$) e Exercício Físico ($U= 229,500$, $z= -2,990$, $p<0,003$), apontando que o sexo feminino retém escores maiores que o sexo masculino. Os níveis de escore da dimensão Responsabilidade pela Saúde foram distintos entre as raças ($H(4)= 11,756$, $p<0,05$), em que as raças amarela e preta apresentam escores maiores que as demais (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos escores de comportamentos de promoção da saúde de adolescentes por dimensão em função do sexo, idade, religião, cor/raça e estado civil. Iguatu, CE, 2020 (n=60)

Características	Dimensões da <i>Adolescent Health Promotion Scale</i> (μ^* / DP [†])					
	D1	D2	D3	D4	D5	D6
Sexo						
Masculino	2,26 (0,63)	3,04 (0,63)	3,29 (0,87)	2,21 (0,77)	2,82 (1,09)	2,49 (0,82)
Feminino	3,01 (0,73)	2,97 (0,66)	3,41 (0,78)	2,54 (1,00)	3,73 (0,93)	2,90 (0,82)
p-valor [‡]	0,000	0,630	0,709	0,254	0,003	0,065
Idade						
14	2,80 (-)	2,60 (-)	2,50 (-)	1,38 (-)	3,75 (-)	2,33 (-)
15	2,5 (0,72)	2,73 (0,79)	3,17 (0,83)	2,40 (0,74)	3,29 (1,16)	2,81 (1,02)
16	2,80 (0,91)	3,12 (0,51)	3,42 (0,72)	2,44 (0,87)	3,34 (1,17)	2,71 (0,91)
17	2,77 (0,77)	3,06 (0,68)	3,39 (0,71)	2,68 (1,06)	3,50 (1,14)	2,73 (0,88)
18	2,66 (0,74)	2,93 (0,71)	3,40 (1,05)	2,11 (0,81)	3,28 (1,01)	2,78 (0,72)
p-valor [§]	0,949	0,620	0,743	0,308	0,915	0,974
Cor/raça						
Pardo	2,60 (0,67)	2,87 (0,62)	3,12 (0,78)	2,30 (0,90)	3,16 (1,10)	2,63 (0,81)
Preto	3,20 (1,21)	3,28 (0,91)	4,03 (0,99)	2,68 (1,29)	3,70 (1,02)	3,07 (1,08)
Branco	2,77 (0,91)	3,27 (0,59)	3,71 (0,59)	2,49 (0,92)	3,94 (0,88)	2,81 (0,90)
Amarelo	3,50 (0,42)	3,20 (0,57)	4,17 (0,24)	3,06 (0,27)	3,50 (1,77)	3,58 (0,12)
Indígena	3,40 (-)	3,20 (-)	4,00 (-)	3,25 (-)	3,50 (-)	2,83 (-)
p-valor [§]	0,150	0,285	0,019	0,472	0,210	0,258
Religião						
Sem religião	2,70 (0,93)	3,19 (0,66)	3,33 (0,84)	2,51 (0,86)	3,36 (1,10)	2,57 (0,69)
Católica	2,70 (0,68)	2,88 (0,68)	3,43 (0,90)	2,20 (0,87)	3,34 (1,15)	2,78 (0,94)
Evangélica	2,80 (0,73)	2,78 (0,48)	3,25 (0,61)	2,45 (1,04)	3,23 (0,99)	2,93 (0,99)
Outra	2,80 (0,87)	3,20 (0,40)	3,44 (0,79)	3,17 (1,38)	4,33 (0,38)	3,00 (0,60)
p-valor [§]	0,990	0,156	0,928	0,342	0,360	0,590
Estado civil						
Solteiro	2,68 (0,79)	2,96 (0,66)	3,38 (0,79)	2,35 (0,90)	3,31 (1,00)	2,73 (0,85)
Casado/mora com um companheiro/a	2,92 (0,74)	3,18 (0,52)	3,30 (0,97)	2,69 (1,05)	3,75 (1,44)	2,78 (0,82)
p-valor [‡]	0,365	0,324	0,976	0,366	0,258	0,781

Nota: *média; [†]desvio-padrão; D1: Nutrição; D2: Suporte social; D3: Responsabilidade pela saúde; D4: Valorização da vida; D5: Exercício físico; D6: Controle do estresse; [‡]Mann-Whitney; [§]Kruskal-Wallis; - valor padrão igual a zero.

Os valores de média variaram entre 2,41 e 3,37, com desvios-padrão de 0,64 a 1,08 (Tabela 4). A confiabilidade da escala aplicada neste contexto atesta-se posto o distanciamento dos escores dimensionais dos valores extremos de resposta possível (1 ou 5).

Tabela 4 – Estatística descritiva, coeficiente alfa de *Cronbach* e correlações bivariadas entre as dimensões da escala *Adolescent Health Promotion Scale* (AHPS). Iguatu, Ceará, Brasil, 2020 (n=60)

Dimensões	μ^*	DP [†]	α^\ddagger	Nutrição	Suporte Social	Responsabilidade pela Saúde	Valorização da Vida	Exercício Físico
Nutrição	2,723	0,780	0,745					
Suporte Social	3,000	0,644	0,794	0,200				
Responsabilidade pela Saúde	3,363	0,814	0,746	0,548	0,253			
Valorização da Vida	2,410	0,923	0,735	0,396	0,495	0,332		
Exercício Físico	3,379	1,081	0,762	0,545	0,179	0,521	0,420	
Controle do Estresse	2,738	0,836	0,760	0,381	0,225	0,424	0,593	0,284

*Média; [†]desvio padrão; [‡]Alfa de Cronbach.

As correlações bivariadas entre escalas apresentaram valores entre 0,20 e 0,59. Por sua vez, o coeficiente do alfa de *Cronbach* variou de 0,73 a 0,79, apontando homogeneidade entre as dimensões e índices desejáveis de consistências interna.

Discussão

Atuar sob a lógica da promoção da saúde concerne com o enfrentamento da culpabilização e da responsabilidade individual, englobando a capacitação e fomento da autonomia para tomar decisões assertivas e positivas à saúde. Na adolescência, promover saúde deve considerar que os hábitos, crenças e atitudes podem perdurar na vida adulta e, portanto, devem ser orientados no sentido da saúde.⁶

As rápidas e complexas transformações vivenciadas por adolescentes contribuem para a vulnerabilidade desse público, incluindo maus hábitos alimentares, sedentarismo, problemas de autoestima e negligência consigo e com o ambiente ao seu redor. Logo, faz-se necessário um adequado acompanhamento do processo de saúde-doença-cuidado destes jovens, identificando e acompanhando os comportamentos de promoção da saúde capazes de auxiliar na redução de aparecimento e desenvolvimento de doenças, a curto e longo prazo.^{4,7-8}

A AHPS, em seu escore global, permite uma análise do comportamento para promoção da saúde dos adolescentes, estando à disposição para se cuidar desde uma

ausência absoluta a um cuidado presente e contínuo.⁴ Nesse ínterim, os participantes do estudo demonstraram não ter a saúde como uma prioridade no viver, prevalecendo comportamentos medianos de promoção da saúde nas dimensões de nutrição, suporte social, responsabilidade pela saúde, valorização da vida, exercício físico e controle de estresse.

Tais achados se relacionam às características deste público. Os adolescentes tendem a se relacionar com grupos semelhantes, relações estas que carregam em si identidade cultural, seja nos modos de se vestir ou de alimentar-se. Estes comportamentos comuns sinalizam a garantia de aceitação no grupo e nas relações sociais.⁹

O apoio social mostra-se como um importante correlato na fase da adolescência, estando manifestado essencialmente na forma de suporte social às escolhas, demandas e atitudes destes adolescentes. É eminente a associação positiva do suporte social de amigos, bem como a importância deste reforço por parte da família. Contudo, recomenda-se que o reforço positivo seja ponderado em intervenções, uma vez que o reconhecimento por parte da família tende a expandir a autoeficácia das atividades e sentimentos expressados pelos adolescentes.¹⁰

Sabe-se que a família é considerada um agente social primordial para o desenvolvimento dos adolescentes, uma vez que os auxiliam na mobilização de habilidades, bem como apontam crenças que podem ajudar a moldar atitudes e comportamentos.¹¹

Entretanto, é válido ressaltar que de modo inverso, a falta de apoio e/ou pressão excessiva pelos parentes pode favorecer o desenvolvimento de baixa autoestima, tendo em vista que nesta fase os adolescentes carecem de afeto, apoio e presença familiar.¹² Neste estudo, o relacionamento de 30% dos adolescentes com seus familiares, conforme auto relato, possibilita refletir sobre a construção de vínculos frágeis que ocasionam instabilidades parentais e expõe esses adolescentes a riscos por falta de diálogo.

Na dimensão nutrição, com relação a escolha de alimentos saudáveis e quantidade de refeições diárias, a maioria dos adolescentes alimenta-se mais que cinco vezes ao dia, mas, preferindo alimentos como biscoitos doces, guloseimas, frituras e enlatados. Entende-se que diversos fatores podem influenciar os hábitos alimentares de adolescente, tais como aqueles referentes aos próprios indivíduos (fatores biológicos) ou aqueles relacionados ao ambiente familiar e social, contexto no qual a família desempenha um papel importante na adoção de hábitos alimentares saudáveis.¹³ Para

além do reconhecimento da relevância das refeições na construção de uma dieta saudável e que atende as necessidades calóricas e nutricionais desses adolescentes, há uma dimensão social, não investigada nesse estudo, que permite reconhecer o acesso às refeições, aspecto crucial para a promoção da saúde.

O padrão alimentar do adolescente na atualidade é muito influenciado pelas mídias sociais. Observa-se que a insatisfação com a imagem corporal, se encontra na maioria dos adolescentes, tanto os com excesso de peso como os de baixo peso. Com isso, buscam padrões alimentares próprios, sem ajuda profissional, que acabam gerando maus hábitos e frustrando-se por não conseguirem atingir seus objetivos.¹⁴ Esta prerrogativa confirma-se pelo déficit de acesso a informações qualificadas, diretas, objetivas e dinâmicas, capazes de envolver o público adolescente suprimindo suas curiosidades e dúvidas sem, no entanto, amparar-se em sensacionalismos e *fake news*.

A inquietação dos adolescentes em almejar o padrão corporal mais próximo dos estabelecidos pela sociedade é frequente, os quais buscam por uma aparência vista como adequada, com características específicas para cada sexo. Porém, a apreensão por vezes pode ser percebida como benéfica se usada de forma correta, pois os adolescentes com percepção do peso corporal abaixo do esperado apresentam mais iniciativas para ganhar peso e aqueles que se veem acima do peso têm mais iniciativas para redução do peso.¹⁵ Assim, quando essas inquietações estão bem orientadas e amparadas por meio do suporte social e rede de profissionais de saúde e educação, pode-se proporcionar medidas transformadoras condizentes com a saúde, bem-estar e desejo dos adolescentes, de forma convergente.

A busca por orientações junto a profissionais, relatada como frequente pelos participantes desse estudo, representa um avanço nos aspectos identificados na literatura que reconhecem que este público não tem o hábito de ler informações sobre saúde e não procura profissionais para receber tais informações, preferindo usar os meios tecnológicos para isso, mas não buscando em fontes confiáveis. Para medidas mais efetivas faz-se necessário ações educativas voltadas a esta população, bem como adoção de estratégias participativas, com intuito de inserir os adolescentes no compartilhamento de experiências motivando um aprendizado positivo. Destarte,

reafirma-se a insuficiência de estratégias de educação em saúde engessadas, não participativas e de caráter hierárquico vertical.^{1,8,16}

Em relação ao padrão de sono, este é afetado muitas vezes por hábitos de vida inadequados, proporcionando um menor tempo de sono a esses indivíduos. Essa menor duração e, em alguns casos, pior qualidade do sono, está associada a fatores comportamentais menos saudáveis, como maior ingestão de alimentos gordurosos e açucarados, consumo de álcool, fumo, menor prática de atividade física e muito tempo na frente de telas.¹⁷

Estudo realizado com 1.471 escolares mostrou que grande parte destes participam das aulas de educação física, sendo 56,4%. Contudo, a não adesão a essas aulas se dá mais por alunos de escolas particulares, evidenciando como motivo o uso exacerbado dos meios tecnológicos como televisão, videogames, *smartphones*, computadores e *notebook*.¹⁸

No entanto, no que concerne à realização de exercícios físicos vigorosos por no mínimo três vezes por semana, com duração de 30 minutos, estes adotam comportamentos mais saudáveis e revelam melhores níveis de estabilidade emocional e de autoconceito geral. Além de se sentirem bem consigo mesmos e terem maior autoestima.¹⁹ A constância em atividades físicas muitas vezes está associada a autovalorização e ao meio social em que este adolescente está inserido.

Para além da saúde física, a prática de exercício físico também contribui para a saúde mental por estar relacionado a benefícios para a função cerebral, de modo a proporcionar sentimentos de alegria, satisfação e bem-estar e diminuir a ansiedade.²⁰

Em relação a valorização da vida, os adolescentes apresentam menores níveis de comportamento que o escore global, enfatizando que as transformações que ocorrem nesta fase afetam de modo significativo o bem-estar emocional, possivelmente sendo um reflexo da autocrítica, especialmente associada à sua imagem, ao grau que passam por mudanças físicas.²¹

A análise da relação entre autoestima, resiliência e as diversas formas comportamentais de risco entre adolescentes demonstrou que a autoestima negativa tende a desenvolver função importante no comportamento de risco destes adolescentes. Portanto, o reconhecimento dos próprios pontos fortes e fracos

determinam seus valores e crenças, além de possibilitar o processo de aceitação dos próprios erros, de forma a promover e desenvolver condições e capacidades positivas do desenvolvimento humano saudável. Dentre essas capacidades positivas está o bem-estar, o qual promove às pessoas vivências prazerosas, com uma melhor visão de si e dos outros.²²⁻²³

O estresse é definido como uma ameaça real ou imaginária ao modo de estabilidade do organismo humano que tem a competência de intervir nas respostas mais apropriadas e esperadas em certas situações, sendo considerado um agente prejudicial à saúde e bem-estar dos indivíduos.¹⁸ Na adolescência, esse sentimento está presente rotineiramente, pois esta população não procura identificar as causas desse estresse, bem como não dedicam tempo para relaxar, estando sempre ocupados com atividades extras.

O adolescente precisa de planejamento nas suas atividades, bem como de momentos de relaxamento para redução dos níveis de estresse, tendo em vista que este é descrito por fases, e em algumas delas os sintomas podem ser mais graves, podendo o organismo entrar em colapso e o indivíduo chegar à exaustão.²⁴ É imprescindível o estabelecimento de metas e prioridades na rotina diária desses adolescentes para que consigam controlar esses sentimentos e não cheguem a problemas psicológicos.

A perda de controle nesta fase é comum, pois por vezes esses adolescentes passam por cobranças muitas vezes excessivas pelos pais e/ou professores em relação ao bom desempenho escolar e sucesso profissional. Mas, estas cobranças em alguns cenários tornam-se incentivos, visto que esses adolescentes se encontram em um período de assumir responsabilidades e adentrar na vida adulta. Portanto, um acompanhamento do desenvolvimento e tomada de decisões dos adolescentes pode contribuir positivamente com sua formação pessoal e profissional.²⁵

Por fim, reconhecer os comportamentos para promoção da saúde de adolescentes oferta subsídios ao planejamento de nível micro, de pais, equipes de saúde e escola; a nível macro, como a implementação de políticas públicas concernentes com a valorização da juventude e *empowerment* adolescente.

Reconhece-se que a conjuntura epidemiológica e sanitária vivenciada paralelamente à realização desse estudo caracteriza-se como fator limitante de sua

condução. A ausência de uma amostra maior também é uma limitação do estudo por impossibilitar outras inferências estatísticas.

As discussões tecidas permitem aproximação com o comportamento de adolescentes, fundamental para a atuação pautada em evidências científicas e direcionadas ao processo saúde-doença-cuidado e seus determinantes, oportunizando-se como contribuições do estudo.

Conclusão

O comportamento de adolescentes para promoção da saúde circunda atitudes de frequência mediana nas dimensões nutrição, suporte social, responsabilidade pela saúde, valorização da vida, exercício físico, controle de estresse e, logo, de um modo geral.

A compreensão das demandas e das necessidades de saúde dos adolescentes pode ajudar no desenvolvimento de estratégias para melhoria do cuidado, envolvendo o jovem como protagonista. É importante que os adolescentes sejam agentes ativos de sua própria mudança, fazendo parte das ações implementadas para seu desenvolvimento integral e garantindo ações de promoção de sua saúde mais efetivas.

Por fim, a aplicação da escala em outros contextos que não o escolar pode ser útil na captação de outras nuances do adolescer necessárias à promoção da sua saúde.

Referências

1. Machado LDS, Xavier SPL, Maia ER, Vasconcelos MIO, Silva MRF, Machado MFAS. Concepções e expressões da promoção da saúde no processo formativo da residência multiprofissional. *Texto Contexto Enferm.* 2021;30:e20200129. doi: 10.1590/1980-265X-TCE-2020-0129
2. Bittencourt MS. Health promotion: a step beyond prevention in cardiology. *Am Heart J.* 2017;198:178-9. doi: 10.1016/j.ahj.2017.11.003
3. Brasil EGM, Silva RM, Silva MRF, Rodrigues DP, Queiroz MVO. Promoção da saúde de adolescentes e programa saúde na escola: complexidade na articulação saúde e educação. *Rev Esc Enferm USP.* 2017;51:e03276. doi: 10.1590/S1980-220X2016039303276
4. Guedes DP, Zuppa MA. Propriedades psicométricas da versão brasileira da *adolescent health promotion scale* (AHPS). *Ciênc Saúde Colet.* 2020;25(6):2357-68. doi: 10.1590/1413-81232020256.23252018
5. Souza JB, Barbosa SDSP, Martins EL, Zanettini A, Urio A, Xirello T. A música como prática de promoção da saúde na adolescência. *Rev Enferm UFSM.* 2019;15(1):1-14. doi: 10.5902/2179769230379
6. Lopes IE, Nogueira JAD, Rocha DG. Eixos de ação do programa saúde na escola e promoção da saúde: revisão integrativa. *Saúde Debate.* 2018;42(118):773-89. doi: 10.1590/0103-1104201811819

7. Chen MY, Lai LJ, Chen HC, Gaete J. Development and validation of the short-form adolescent health promotion scale. *BMC Public Health*. 2014;14(1106). doi: 10.1186/1471-2458-14-1106
8. Pereira LM, Leite PL, Torres FAF, Bezerra AM, Vieira CMA, Silva MRF, et al. Tecnologias educacionais para promoção da saúde de adolescentes: evidências da literatura. *Rev Enferm UFPE On Line*. 2021;15:e247457. doi: 10.5205/1981-8963.2021.247457
9. Luz RT, Coelho EAC, Teixeira MA, Barros AR, Carvalho MFAA, Almeida MS. Estilo de vida e a interface com demandas de saúde de adolescentes. *REME Rev Min Enferm*. 2018;22:e-1097. doi: 10.5935/1415-2762.20180027
10. Piola TS, Bacil EDA, Silva MP, Pacífico AB, Campos C. Associação entre apoio social e nível de atividade física em adolescentes. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2018;23:e0021. doi: 10.12820/rbafs.23e0021
11. Lisboa T, Silva WR, Alexandre JM, Beltrame TS. Suporte social da família e amigos para a prática de atividade física de adolescentes: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Colet*. 2018;26(4):351-9. doi: 10.1590/1414-462X201800040463
12. Cardoso AS, Ceconello AM. Fatores de risco e proteção para o suicídio na adolescência: uma revisão de literatura. *Perspectiva*. 2019;4(2):101-7. doi: 10.29327/211045.4.2-5
13. Maia EG, Silva LES, Santos MAS, Barufaldi LA, Silva SU, Claro RM. Padrões alimentares, características sociodemográficas e comportamentais entre adolescentes brasileiros. *Rev Bras Epidemiol*. 2018;21:e180009. doi: 10.1590/1980-549720180009
14. Pinho L, Brito MFSF, Silva RRV, Messias RB, Silva CSO, Barbosa DA, et al. Percepção da imagem corporal e estado nutricional em adolescentes de escolas públicas. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(Suppl 2):240-6. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0644
15. Frank R, Claumann GS, Felden EPG, Silva DAS, Pelegrini A. Percepção do peso corporal e comportamentos para controle de peso em adolescentes. *J Pediatr*. 2018;94(1):40-7. doi: 10.1016/j.jped.2017.03.008
16. Diniz CBC, Feitosa AA, Coutinho BLM, Gomes SC, Sant'anna AL, Araújo AF, et al. Acompanhamento nutricional de adolescentes no Programa Saúde na Escola. *J Hum Growth Dev*. 2020;30(1):32-9. doi: 10.7322/jhgd.v30.9961
17. Oliveira G, Silva IB, Oliveira ERA. O sono na adolescência e os fatores associados ao sono inadequado. *Rev Bras Pesqui Saúde [Internet]*. 2019 [acesso em 2022 abr 01];21(1):135-45. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/26477/18217>
18. Santos JP, Mendonça JGR, Barba CH, Carvalho Filho JJ, Bernaldino ES, Farias ES, et al. Fatores associados à não participação nas aulas de educação física escolar em adolescentes. *J Phys Educ*. 2019;30:e3028. doi: 10.4025/jphyseduc.v30i1.3028
19. Alves DM, Almeida LM, Fernandes HM. Estilos de vida e autoconceito: um estudo comparativo em adolescentes. *Rev Iberoam Psicol Ejerc Deporte [Internet]*. 2017 [acesso em 2022 abr 01];12(2):237-47. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3111/311151242007.pdf>
20. Campos CG, Muniz LA, Belo VS, Romano MCC, Lima MC. Conhecimento de adolescentes acerca dos benefícios do exercício físico para a saúde mental. *Ciênc Saúde Colet*. 2019;24(8):2951-8. doi: 10.1590/1413-81232018248.17982017
21. Oliveira MR, Machado JSA. O insustentável peso da autoimagem: (re)apresentações na sociedade do espetáculo. *Ciênc Saúde Colet*. 2021;26(7):2663-72. doi: 10.1590/1413-81232021267.08782021
22. Paixão RF, Patias ND, Dell'aglio DD. Autoestima e sintomas de transtornos mentais na adolescência: variáveis associadas. *Psicol*. 2018;34:e34436. doi: 10.1590/0102.3772e34436

23. Silva DG, Giordani JP, Dell'aglio DD. Relações entre satisfação com a vida, com a família e com as amizades e religiosidade na adolescência. *Estud Interdiscip Psicol.* 2017;8(1):38-54. doi: 10.5433/2236-6407.2016v8n1p38

24. Fernandes AO, Monteiro NRO. Comportamentos pró-sociais de adolescentes em acolhimento institucional. *Psicol.* 2017;33:e3331. doi: 10.1590/0102.3772e3331

25. Rodrigues J, Souza JRS. Principais transtornos detectados na adolescência: onde entram a família e a escola? *Rev Khora [Internet]*. 2019 [acesso em 2022 abr 01];6(7). Disponível em: <http://site.feuc.br/khora/index.php/vol/article/viewFile/172/119>

Fomento / Agradecimento: Ao Fundo Estadual de Combate à Pobreza – FECOP pelo financiamento das bolsas de extensão e Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) da Universidade Regional do Cariri.

Contribuições de autoria

1 – Francisco Ayslan Ferreira Torres

Autor Correspondente

Graduando em Enfermagem - E-mail: ayslantorresj1@gmail.com

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito, revisão e aprovação final.

2 – Paloma Loiola Leite

Graduanda em Enfermagem - E-mail: ploiolaleite@gmail.com

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito, revisão e aprovação final.

3 – Leonarda Marques Pereira

Enfermeira - leonardamarques73@gmail.com

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito, revisão e aprovação final.

4 – John Carlos de Souza Leite

Enfermeiro, Mestre em Saúde - E-mail: johncarlosleite@hotmail.com

Revisão e aprovação da versão final.

5 – Maria Rocineide Ferreira da Silva

Enfermeira, Doutora em Saúde Coletiva - E-mail: rocineideferreira@gmail.com

Revisão e aprovação da versão final.

6 – Lucas Dias Soares Machado

Enfermeiro, Mestre em Enfermagem - E-mail: lucasdsmachado@hotmail.com

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito, revisão e aprovação final.

Editora Científica: Tânia Solange Bosi de Souza Magnago

Editora Associada: Aline Cammarano Ribeiro

Como citar este artigo

Torres FAF, Leite PL, Pereira LM, Leite JCS, Silva MRF, Machado LDS. Health promotion behaviors of school adolescents. *Rev. Enferm. UFSM.* 2022 [Access at: Year Month Day]; vol.12, e54:1-18. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769270034>