

Indicadores de saúde dos adolescentes nos países do Mercosul: análise dos dados de inquéritos escolares

Adolescent health indicators in Mercosur countries: Analysis of school survey data

Évelin Angélica Herculano de Morais¹, Alanna Gomes da Silva¹, Juliana Bottoni de Souza¹, Júlia Bicas Buback¹, Dolores Ondarsuhu², Mery Natali Silva Abreu¹, Deborah Carvalho Malta¹

DOI: 10.1590/2358-289820241439366P

RESUMO Comportamentos de risco na adolescência impactam a saúde de curto e longo prazo. A análise de dados de saúde dos países do Mercado Comum do Sul (Mercosul) pode fortalecer a vigilância e apoiar políticas públicas. Objetivou-se comparar as prevalências de indicadores em saúde de adolescentes nos países do Mercosul. Estudo descritivo, com dados do ‘Global School-based Student Health Survey’ na Argentina (2018), no Paraguai (2017) e no Uruguai (2019), e da ‘Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar’ no Brasil (2015 e 2019). Analisaram-se as prevalências e os intervalos de confiança de 95% de indicadores para a população total de adolescentes e segundo o gênero. A experimentação do álcool antes dos 14 anos foi maior na Argentina enquanto a embriaguez foi maior no Brasil. O consumo atual de cigarro e o uso de qualquer produto do tabaco foram mais elevados na Argentina. A prática regular de atividade física foi menor no Brasil, já o comportamento sedentário foi maior no Uruguai. O Brasil teve o menor uso de preservativo na última relação sexual. Houve diferenças dos comportamentos de risco para saúde entre os adolescentes dos países estudados. Os resultados podem auxiliar entidades governamentais desses países a promoverem intercâmbio de boas práticas.

PALAVRAS-CHAVE Saúde do adolescente. Comportamentos de risco à saúde. Inquéritos epidemiológicos. Mercosul. Vigilância em saúde pública.

ABSTRACT Risk behaviours in adolescence have a short- and long-term impact on health. Analysing health data from the Southern Common Market (Mercosur) countries can strengthen surveillance and support public policies. To compare the prevalence of health indicators among adolescents in Mercosur countries. A descriptive study was conducted using data from the Global School-based Student Health Survey in Argentina (2018), Paraguay (2017), and Uruguay (2019), as well as from the National Survey of School Health in Brazil (2015 and 2019). Prevalence and 95% confidence intervals of indicators were analysed for the total adolescent population and by gender. Alcohol experimentation before the age of 14 was higher in Argentina, while drunkenness was higher in Brazil. Current cigarette smoking and any tobacco product use were higher in Argentina. Regular physical activity was lower in Brazil. Sedentary behaviour was higher in Uruguay. Brazil had the lowest condom use at last sexual intercourse. There were differences in health risk behaviours among adolescents in the studied countries. These results can assist governmental entities in these countries in promoting the exchange of best practices.

KEYWORDS Adolescent health. Health risk behaviors. Health surveys. Mercosur. Public health surveillance.

¹ Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.
evelinmorais@yahoo.com

² Pan American Health Organization (PAHO) – Washington (DC), Estados Unidos da América.



Introdução

Cerca de 40 milhões de adolescentes entre 10 e 19 anos vivem nos países do Mercado Comum do Sul (Mercosul) (Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai), o que representa quase 40% da população de adolescentes da América Latina e do Caribe¹. Esses países apresentam diferenças na forma de oferecer os serviços de saúde, bem como na organização política e administrativa. Tudo isso impacta nas formas de vida e saúde da população², especialmente na adolescência por corresponder a uma fase de transformações físicas e psíquicas e que sofre influência do contexto social, econômico, cultural e familiar³.

Tais cenários podem predispor os adolescentes a novas experiências e comportamentos de risco à saúde, como uso de drogas, sedentarismo, comportamento sexual de risco, além dos acidentes³. Esses comportamentos são os principais precursores para o desenvolvimento de várias doenças e agravos, contribuindo para o aumento da morbidade e da mortalidade juvenil⁴.

Globalmente, os adolescentes têm demonstrado múltiplos fatores de risco comportamentais. Um estudo com 89 países evidenciou que 34,9% dos adolescentes apresentaram três ou mais fatores de risco comportamentais simultâneos, e nas Américas, a prevalência foi 56,2%⁴. Grande parte desses fatores relaciona-se, por exemplo, com as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), principais causas de morte no mundo⁵, com maior ocorrência em países de baixa e média renda⁶. Apesar de esses óbitos se concentrarem na fase adulta, fatores de risco para DCNT têm sido observados entre crianças e adolescentes⁷.

Diante disso, esforços internacionais têm sido feitos para apoiar o desenvolvimento de políticas e programas para promoção da saúde e prevenção de doenças entre os adolescentes, além do monitoramento de

fatores de risco e agravos. Nessa perspectiva, os países do Mercosul também têm se dedicado ao processo de vigilância em saúde dos adolescentes por meio de inquéritos epidemiológicos, como o Global School-based Student Health Survey (GSHS)⁸, e no Brasil, com a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE)⁹, com escopo semelhante ao GSHS.

Assim, torna-se possível analisar e comparar os principais indicadores de saúde dos adolescentes que os predispõem às preponderantes causas de morbimortalidade. Dessa forma, é possível priorizar intervenções baseadas em problemas de saúde identificados, promover a redução de desigualdades e ainda subsidiar análises futuras para aprofundamento das causas ou fatores envolvidos aos comportamentos de risco. A integração proporcionada pelo Mercosul extrapola os objetivos iniciais baseados em economia, abrangendo ainda a dimensão social e de saúde. Nesse âmbito, esse acordo internacional também visa à troca e à implementação conjunta de ações de atenção à saúde pautadas em informações representativas de suas populações de interesse, provenientes principalmente de inquéritos epidemiológicos¹⁰.

Este estudo também está alinhado à Agenda 2030¹¹ que possui metas específicas com vistas às melhorias da saúde e do bem-estar dos adolescentes, sendo imprescindível monitorar, comparar e possibilitar o compartilhamento de estratégias em prol de um esforço global para esse público. Portanto, analisar os dados de saúde desses países enfocados nos adolescentes contribui para fortalecer seus sistemas de vigilância, conhecer a situação de saúde e colaborar para o desenvolvimento de políticas públicas efetivas para a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos. Assim, o objetivo foi comparar as prevalências de indicadores em saúde de adolescentes nos países do Mercosul.

Material e métodos

Desenho do estudo

Estudo transversal, com análise secundária de dados provenientes do GSHS realizado na Argentina em 2018, no Paraguai em 2017 e no Uruguai em 2019, e da PeNSE realizada no Brasil em 2015 e 2019.

O GSHS

O GSHS foi desenvolvido, a partir de 2003, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no Centro para Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos da América¹². A pesquisa compreende dez módulos temáticos com os principais aspectos que influenciam a saúde do adolescente e sobre os quais os países participantes precisam investigar pelo menos seis¹².

Argentina, Uruguai e Paraguai foram apoiados pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)/OMS e pelo CDC para o desenvolvimento da pesquisa. Na Argentina, foram realizadas três edições (2007, 2012 e 2018) da Encuesta Mundial de Salud Escolar (Emse). A pesquisa foi desenvolvida pelo Ministério da Saúde e Desenvolvimento Social da Nação, com a colaboração dos Ministérios da Educação Nacional e Provinciais¹³. No Uruguai, também ocorreram três edições da Emse (2006, 2012 e 2019), desenvolvidas pelo Ministério da Saúde Pública e pelo Ministério de Desenvolvimento Social do país¹⁴. Já no Paraguai, a Emse foi desenvolvida pela primeira vez em 2017, pelo Ministério da Saúde Pública e Bem-estar Social e pelo Ministério da Educação e Ciências do país, também apoiados pela Opas/OMS e CDC¹⁵. As pesquisas mais recentes de cada país foram representativas dos adolescentes de 13 a 17 anos.

A PENSE

No Brasil, a PeNSE é realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no Ministério da Saúde, com quatro edições (2009,

2012, 2015 e 2019). Seu questionário aborda aspectos da saúde dos adolescentes, como fatores de risco e proteção para sua saúde, uso de serviços, entre outros⁹. Na edição de 2015, a PeNSE realizou dois planos amostrais distintos, sendo uma amostra representativa dos escolares do 9º ano do ensino fundamental, garantindo a comparabilidade para os anos anteriores, e a segunda amostra (amostra 2) de escolares de 13 a 17 anos, com o intuito de gerar dados comparáveis ao GSHS¹⁶. Em 2019, a amostra foi representativa dos escolares de 13 a 17 anos¹⁷.

População do estudo e amostragem da PeNSE e do GSHS

Os dados foram oriundos de questionários respondidos por adolescentes de 13 a 17 anos, que frequentavam a sala de aula e que foram recrutados por meio de um processo de seleção de amostra padronizado, com uma metodologia comum^{12,16,17}. Os inquéritos dos países supracitados tiveram planos de amostragem por conglomerados em dois estágios, cujas escolas correspondem ao primeiro estágio de seleção e às turmas de alunos matriculados ao segundo. Todos os alunos das turmas selecionadas foram convidados a participar da pesquisa, e aqueles que concordaram compuseram a amostra de alunos^{12,16,17}.

Coleta de dados da PeNSE e do GSHS

Em ambas as pesquisas, o questionário foi autoaplicado durante um período de aula. No Brasil, a coleta de dados foi realizada por meio de *smartphone*^{16,17}. Os demais países utilizaram questionário de papel escaneável com preenchimento a lápis¹². As taxas de resposta das escolas, dos escolares e o número de escolares participantes de cada país podem ser observados na *tabela 1*. As estimativas das taxas de resposta brasileiras foram calculadas com base nos valores esperados, coletados e validados. Para este estudo, utilizaram-se os dados disponíveis na plataforma do GSHS¹⁸ e da PeNSE⁹.

Tabela 1. Taxas de resposta escolar, estudantil e número de participantes da Argentina, Paraguai, Uruguai e Brasil, 2015, 2017, 2018 e 2019

	Argentina	Paraguai	Uruguai	Brasil	Brasil
	2018	2017	2019	2015*	2019
Taxa de resposta escolar	86%	100%	94%	97,6%	97,3%
Taxa de resposta estudantil	74%	87%	69%	84,9%	84,7%
Total de estudantes que participaram (questionários válidos)	56.981	3.149	3.162	10.926	159.245

Fonte: elaboração própria com informações provenientes da Opas/OMS, 2017, 2018, 2019, 2020¹²; e do IBGE⁹, 2016, 2021.

* Amostra 2.

Variáveis deste estudo

A descrição das variáveis está apresentada no *quadro 1* (indicadores de saúde de

adolescentes participantes do GSHS e da PeNSE), cujas respostas foram dicotomizadas (sim/não).

Quadro 1. Descrição dos indicadores de saúde de adolescentes participantes do GSHS e PeNSE, Argentina, Paraguai, Uruguai e Brasil, 2015, 2017, 2018 e 2019

Indicador	Descrição
Bebidas alcoólicas	
Consumo atual de álcool	Estudantes que beberam álcool recentemente (pelo menos uma dose de álcool em pelo menos um dia nos últimos 30 dias antes da pesquisa) (%)
Experimentação precoce do álcool (antes dos 14 anos)	Estudantes que consumiram álcool antes dos 14 anos de idade pela primeira vez entre os alunos que já ingeriram bebida alcoólica (%)
Episódio de embriaguez na vida	Estudantes que consumiram álcool excessivamente a ponto de ficarem embriagados uma ou mais vezes na vida (%)
Fumo	
Consumo atual de cigarro	Estudantes que consumiram cigarros recentemente (fumaram cigarros pelo menos um dia nos últimos 30 dias antes da pesquisa) (%)
Uso de qualquer produto do tabaco	Estudantes que usaram qualquer produto do tabaco recentemente (usou qualquer produto do tabaco pelo menos um dia nos últimos 30 dias antes da pesquisa) (%)
Atividade física	
Prática regular de atividade física	Estudantes que estavam fisicamente ativos pelo menos 60 minutos por dia nos 7 dias antes da pesquisa (%)
Participação em aula de educação física	Estudantes que participaram da aula de educação física três ou mais dias na semana durante o ano escolar (%)
Comportamento sedentário	Estudantes que passaram três ou mais horas por dia sentados assistindo televisão, jogando jogos no computador ou falando com seus amigos quando não estavam na escola ou fazendo o dever de casa durante um dia típico (%)
Saúde mental	
Ausência de amigos próximos	Estudantes que não tinham amigos próximos (%)

Quadro 1. Descrição dos indicadores de saúde de adolescentes participantes do GSHS e PeNSE, Argentina, Paraguai, Uruguai e Brasil, 2015, 2017, 2018 e 2019

Indicador	Descrição
Comportamentos sexuais	
Tiveram relação sexual na vida	Estudantes que já tiveram relação sexual (%)
Iniciação sexual precoce (antes dos 14 anos)	Estudantes que tiveram relação sexual pela primeira vez antes dos 14 anos entre os estudantes que já tiveram relação sexual (%)
Uso de preservativo na última relação sexual	Estudantes que usaram preservativo na última relação sexual entre estudantes que nunca tiveram relação sexual (%)
Violência e lesão grave	
Envolvimento em briga física	Estudantes que se envolveram em briga física uma ou mais vezes nos últimos 12 meses antes da pesquisa (%)
Presença de lesão grave	Estudantes que foram gravemente feridos uma ou mais vezes nos últimos 12 meses antes da pesquisa (%)

Fonte: elaboração própria com informações provenientes da Opas/OMS, 2020¹².

Análises dos dados deste estudo

Para todos os indicadores, foram analisadas as prevalências e seus respectivos Intervalos de Confiança (IC) de 95% para a população total de escolares, considerando o gênero (feminino e masculino) para cada país. A comparação entre as prevalências dos países foi realizada pelo IC95%, considerando-se como diferenças estatisticamente significativas a não ocorrência de sobreposição dos intervalos.

Devido à mudança na estrutura de algumas perguntas do questionário da PeNSE, utilizou-se a edição de 2015 para manter a comparação entre as variáveis de interesse: prática de Atividade Física (AF) regular, envolvimento em briga física e relato de lesão grave. Para as demais, considerou-se a edição de 2019.

Os indicadores de saúde dos adolescentes de cada país foram organizados em planilhas do Microsoft Excel versão 16[®], e os dados referentes da PeNSE foram analisados no Stata, versão 14.2, empregando o módulo *survey*, que considera os pesos de pós-estratificação.

Aspectos éticos do GSHS e da PeNSE

Todos os países que realizam o GSHS obtêm aprovações éticas de suas agências governamentais nacionais e de comitê institucional de ética. As edições da PeNSE foram aprovadas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Os estudantes que concordaram em participar das pesquisas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para o GSHS, foi obtido, ainda, consentimento dos pais, de forma passiva. No caso deste estudo, os dados utilizados são de domínio público, estando disponíveis nas plataformas mencionadas, sem a necessidade de autorização prévia para uso.

Resultados

A caracterização quanto ao gênero e à faixa etária dos adolescentes participantes dos inquéritos de cada país pode ser observada na *tabela 2*.

Tabela 2. Descrição das características dos adolescentes que participaram do GSHS e da PeNSE, 2015, 2017, 2018 e 2019

	Argentina	Paraguai	Uruguai	Brasil	Brasil
	(GSHS) 2018	(GSHS) 2017	(GSHS) 2019	(PeNSE) 2015	(PeNSE) 2019
Sexo					
Masculino	48%	48,8%	45,2%	50,3%	49,3%
Feminino	52%	51,2%	54,8%	49,7%	50,7%
Faixa etária					
13 a 15 anos	67,7%	56,3%	52,1%	61,9%	64,7%
16 a 17 anos	31,5%	33,4%	37,6%	38,1%	35,3%

Fonte: elaboração própria com informações provenientes da Opas/OMS, 2017, 2018, 2019, 2020¹²; e do IBGE⁹, 2016, 2021.

Em relação ao consumo atual de bebidas alcoólicas, as maiores prevalências foram entre os adolescentes da Argentina (54,1%; IC95% 52,7-55,4%) e do Uruguai (54,6%; IC95% 51,6-57,5%). Os escolares da Argentina apresentaram

maior prevalência de experimentação precoce do álcool (65,7%; IC95% 64,3-67%) enquanto a prevalência de embriaguez foi maior no Brasil (47%; IC95% 46-47,9%) (tabela 3).

Tabela 3. Distribuição da prevalência de indicadores em saúde de adolescentes de 13 a 17 anos, de ambos os sexos, dos países do Mercosul, 2015, 2017, 2018 e 2019

	Argentina	Paraguai	Uruguai	Brasil
	2018	2017	2019	2019/2015
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Bebidas alcoólicas				
Consumo atual de bebidas alcoólicas	54,1 (52,7-55,4)	35,7 (32-39,7)	54,6 (51,6-57,5)	28,1 (27,3-28,8)
Experimentação precoce do álcool (antes dos 14 anos)	65,7 (64,3-67)	46,5 (41,3-51,9)	55,2 (50,7-59,5)	34,6 (33,8-35,3)
Episódio de embriaguez na vida	37,3 (35,6-39)	22,5 (19,7-25,7)	40,2 (37,2-43,3)	47 (46-47,9)
Fumo				
Consumo atual de cigarro	19 (18-20)	**	13 (10,9-15,3)	6,8 (6,3-7,3)
Uso de qualquer produto do tabaco	20,4 (19,4-21,5)	**	14,1 (11,9-16,7)	12,3 (11,8 - 12,9)
Atividade física				
Prática regular de atividade física	16,5 (15,8-17,3)	17,2 (15-19,7)	13,8 (12,1-15,6)	7,6 (6,9-8,4)*
Participação em aula de educação física	37,5 (35,9-39)	20,2 (17,4-23,4)	26,6 (23,5-30,1)	8,9 (8,3-9,5)
Comportamento sedentário	55,3 (53,6-57)	35,1 (30,2-40,4)	62,9 (61-64,8)	53,1 (52,3-54)
Saúde mental				
Ausência de amigo próximo	5,6 (5,2-5,9)	5,7 (4,6-6,9)	5,9 (4,8-7,1)	4 (3,7-4,3)

Tabela 3. Distribuição da prevalência de indicadores em saúde de adolescentes de 13 a 17 anos, de ambos os sexos, dos países do Mercosul, 2015, 2017, 2018 e 2019

	Argentina	Paraguai	Uruguai	Brasil
	2018	2017	2019	2019/2015
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Comportamentos sexuais				
Tiveram relação sexual na vida	41,9 (39,9-44)	29,5 (25,5-33,9)	44,7 (40,7-48,7)	35,4 (34,5-36,3)
Iniciação sexual precoce (antes dos 14 anos)	35,9 (34,1-37,8)	23,5 (19,5-27,9)	25,8 (21,8-30,3)	36,6 (35,5-37,7)
Uso de preservativo na última relação sexual	78,3 (76,9-79,5)	74,7 (71,5-77,7)	78,4 (74,6-81,7)	59,1 (58-60,3)
Violência ou lesão não intencional				
Envolvimento em briga física	24,6 (23,4-25,9)	18,8 (16,2-21,7)	18,6 (17,2 -20,1)	21,4 (20,2-22,5)*
Presença de lesão grave	33,2 (32,3-34)	36,4 (33,8-39,1)	35,5 (33,1-38)	12,8 (11,7-13,9)*

Fonte: elaboração própria, 2024.

* PeNSE 2015. ** Dados indisponíveis.

O consumo atual de cigarro e o uso de qualquer produto do tabaco foram mais elevados entre escolares da Argentina (19%; IC95% 18-20% e 20,4%; IC95% 19,4-21,5% respectivamente). Já o Brasil apresentou as menores prevalências de uso de cigarro (*tabela 3*). Esses resultados exigem cautela pela ausência de dados do Paraguai.

A prática regular de AF (7,6%; IC95% 6,9-8,4%) e a participação em aula de educação física (8,9%; IC95% 8,3-9,5%) tiveram menor prevalência entre os adolescentes brasileiros. Já o comportamento sedentário foi mais prevalente entre os adolescentes uruguaios (62,9%; IC95% 61-64,8%) (*tabela 3*).

No que tange à saúde mental, a ausência de amigo próximo foi menor entre os adolescentes brasileiros (4%; IC95% 3,7-4,3%). Com relação aos comportamentos sexuais, a menor prevalência de adolescentes que tiveram relação sexual na vida foi no Paraguai (29,5%; IC95% 25,5-33,9%), bem como a menor ocorrência de iniciação sexual precoce (23,5%; IC95% 19,5-27,9%), seguido dos adolescentes

do Uruguai (25,8%; IC95% 21,8-30,3%). No Brasil, houve a menor prevalência de uso de preservativo na última relação sexual (59,1%; IC95% 58-60,3%) (*tabela 3*).

A prevalência de envolvimento em briga física foi maior na Argentina (24,6%; IC95% 23,4-25,9%), e o relato de lesão grave foi menor no Brasil (12,8%; IC95% 11,7-13,9%) (*tabela 3*).

Segundo o gênero, o consumo atual de bebidas alcoólicas apresentou maiores prevalências entre as meninas no Uruguai (58,3%; IC95% 55,1-61,3%) se comparadas com os meninos (49,7%; IC95% 45,9-53,6%). Situação similar ocorreu no Brasil (30,1%; IC95% 29,2-31% entre as meninas e 26%; IC95% 25-26,9% entre os meninos). A prevalência da experimentação precoce de bebidas alcoólicas foi menor entre os adolescentes do gênero masculino no Brasil (32,3%; IC95% 31,5-33,2%) e mais elevada entre os adolescentes do mesmo gênero na Argentina (69,2%; IC95% 67,5-70,9%). Os episódios de embriaguez foram semelhantes entre os gêneros em cada país (*tabela 4*).

Tabela 4. Distribuição da prevalência de indicadores de saúde de adolescentes de 13 a 17 anos dos países do Mercosul, estratificada por gênero

	Argentina 2018 % (IC95%)		Paraguai 2017 % (IC95%)		Uruguai 2019 % (IC95%)		Brasil 2019/2015 % (IC95%)	
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
Bebidas alcóolicas								
Consumo atual de álcool	55,7 (54,2-57,2)	52,3 (50,6-54,1)	35,4 (31,4-39,6)	35,8 (31,5-40,3)	58,3 (55,1-61,3)	49,7 (45,9-53,6)	30,1 (29,2-31)	26 (25-26,9)
Experimentação precoce do álcool (antes dos 14 anos)	62,4 (60,5-64,3)	69,2 (67,5-70,9)	46,8 (40,8-52,9)	46,7 (41,2-52,3)	54 (48,6-59,3)	56,6 (52-61,2)	36,8 (35,7-37,8)	32,3 (31,5-33,2)
Episódio de embriaguez na vida	38,8 (37,2-40,4)	35,6 (33,3-37,9)	22,3 (19,5-25,4)	22,7 (18,9-27)	43,2 (39,6-46,8)	36,3 (32,7-40,1)	47,6 (46,5-48,8)	46,2 (45,1-47,3)
Fumo								
Consumo atual de cigarro	20,5 (19,3-21,8)	17,2 (16-18,4)	**	**	15,1 (12,5-18,1)	10,3 (8,4-12,5)	6,5 (5,8-7,2)	7,1 (6,6-7,6)
Uso de qualquer produto do tabaco	21,8 (20,5-23)	18,8 (17,6-20,1)	**	**	16,1 (13,3-19,5)	11,6 (9,6-13,8)	12 (11,2-12,8)	12,8 (12,2-13,5)
Atividade física								
Prática regular de atividade física	12,9 (12,2-13,6)	20,4 (19,3-21,4)	12,1 (10,3-14,3)	22,4 (19,1-26,1)	9,5 (7,7-11,6)	18,8 (15,7-22,4)	3,1 (2,2-4,3)*	10 (8,5-11,7)*
Participação em aula de educação física	34,9 (33-36,7)	40,3 (38,6-41,9)	14,9 (11,8-18,6)	25,6 (22,1-29,6)	26,4 (22,8-30,4)	27,1 (23,7-30,9)	7,8 (7,3-8,4)	10,1 (9,3-10,9)
Comportamento sedentário	57,7 (55,9-59,5)	52,8 (51-54,7)	37,9 (32,5-43,6)	32,4 (27,2-38,1)	61,8 (59,2-64,2)	64,3 (61,3-67,2)	54,3 (53,4-55,2)	51,9 (50,8-53)
Saúde mental								
Ausência de amigo próximo	5,3 (4,8-5,8)	5,9 (5,4-6,4)	6,6 (5,1-8,5)	4,7 (3,4-6,6)	5,8 (4,6-7,3)	5,8 (4,2-8,1)	3,8 (3,4-4,1)	4,2 (3,8-4,6)
Comportamentos sexuais								
Tiveram relação sexual na vida	36,3 (34,2-38,4)	48,1 (45,7-50,4)	20,4 (17,2-24,1)	38,9 (33,5-44,7)	43,8 (39,5-48,2)	45,2 (40,8-49,7)	31 (30-32,1)	39,9 (38,8-41,1)
Iniciação sexual precoce (antes dos 14 anos)	25,7 (24,1-27,3)	44,1 (41,1-47,1)	17,1 (12,7-22,7)	26,7 (22,1-31,9)	20,5 (16,2-25,7)	32 (27-37,5)	26,5 (24,8-28,1)	44,7 (43,4-46,1)
Uso de preservativo na última relação sexual	73,9 (72,4-75,4)	81,9 (80,1-83,5)	70,8 (64,7-76,2)	76,4 (72,3-80)	72,1 (67,6-76,2)	85,8 (81,5-89,3)	54,3 (53,7-56)	63 (61,7-64,3)
Violência ou lesão grave								
Envolvimento em briga física	16,5 (15,2-17,9)	33,3 (31,5-35,1)	12,2 (9,8-15)	25,3 (22-29)	10,7 (9,2-12,4)	28 (25,2-31)	14 (12,6-15,3)*	28,7 (27-30,3)*
Tiveram lesão grave	28,4 (26,9-29,9)	38,3 (36,6-40,1)	29,6 (26,6-32,8)	43,2 (39,8-46,7)	33,1 (29,8-36,7)	38 (35,1-41)	16,7 (14,8-18,6)*	15 (13,5-16,5)*

Fonte: elaboração própria (2024) com informações provenientes da Opas/OMS, 2017, 2018, 2019, 2020¹²; e do IBGE, 2016, 2021⁹.

* PeNSE, 2015. ** Dados indisponíveis.

A prevalência do consumo atual de cigarros (20,5%; IC95% 19,3-21,8%) e o uso de qualquer produto do tabaco (21,8%; IC95% 20,5-23%) foram mais elevados entre as meninas argentinas (ressalva-se a ausência desses dados no Paraguai).

A prática regular de AF foi maior entre os meninos em todos os países. A participação nas aulas de educação física também foi mais elevada entre meninos na Argentina, no Paraguai e no Brasil. Houve diferença de gênero no que tange ao comportamento

sedentário, sendo maior entre as meninas argentinas (57,7%; IC95% 55,9-59,5%) e brasileiras (54,3%; IC95% 53,4-55,2%).

A ausência de amigos próximos teve prevalências semelhantes em ambos os gêneros em todos os países. Já no que se refere aos comportamentos sexuais, os meninos na Argentina, no Paraguai e no Brasil apresentaram as maiores prevalências de relação sexual na vida se comparados às meninas. A relação sexual precoce e o uso do preservativo foram mais elevados entre os meninos na Argentina, no Brasil e no Uruguai.

Os meninos relataram mais brigas físicas se comparados às meninas em todos os países. O relato de lesão grave foi mais frequente entre os meninos na Argentina (38,3%; IC95% 36,6-40,1%) e no Paraguai (43,2%; IC95% 39,8-46,7%).

Discussão

Os adolescentes argentinos e uruguaios demonstraram maiores ocorrências de experimentação e consumo de álcool recente, e mais episódios de embriaguez foram relatados pelos brasileiros. As prevalências relacionadas com o fumo foram mais elevadas na Argentina e foram expressivamente menores entre os adolescentes do Brasil. Para estes, também foram menos observadas a prática de AF regular e a participação em aulas de educação física. Os uruguaios foram os que mais apresentaram comportamento sedentário, e os adolescentes paraguaios exibiram menor prevalência de relação sexual na vida. Já os brasileiros relataram menos uso de preservativo na última relação sexual. O envolvimento em briga física foi maior na Argentina, e a ocorrência de lesão grave foi menor no Brasil.

Com relação às diferenças de gênero, as meninas apresentaram maiores prevalências de consumo de álcool recente (exceto Paraguai). Quanto aos comportamentos sexuais na Argentina, no Paraguai e no Brasil, houve mais relatos de relação sexual ao longo

da vida em comparação às meninas. Já a iniciação sexual precoce e o uso de preservativo foram mais frequentes entre os meninos na Argentina, no Brasil e no Uruguai. Os meninos também apresentaram maiores prevalências no envolvimento em brigas físicas e em prática de AF regular.

Mais da metade dos adolescentes uruguaios e argentinos relataram consumo de álcool recente. Isso representa o dobro da prevalência geral (25%) de estudo com 57 países de baixa e média renda no mundo¹⁹. Na Argentina, apesar de haver intervenções para controle de bebidas alcoólicas para esse público, não há, de fato, uma política nacional, com regulamentos jurídicos acerca do patrocínio do álcool e restrições para vendas locais²⁰. No Uruguai, ressaltam-se a disponibilidade, a facilidade de acesso e a tolerância ao consumo de álcool enquanto parte de uma cultura de prazer coletivo²¹.

O mesmo padrão de uso de álcool entre os países foi observado comparando-se os adolescentes segundo o gênero. Entretanto, destaca-se maior prevalência de consumo atual de álcool entre as uruguaias, as argentinas e as brasileiras, o que também tem sido observado em estudos europeus²⁰. O aumento de consumo de álcool entre as adolescentes pode estar relacionado com maior tolerância social²², incentivo de *marketing*²³ e mídia social²⁴.

Na Argentina, também foi observado o maior consumo de álcool de forma precoce, o que corrobora estudo anterior do país²⁵. Apesar de a idade legal ser a partir dos 18 anos, o álcool é de fácil acesso, configurando-se a substância mais consumida entre os escolares²⁵. Tais achados podem estar relacionados com a grande aceitação social não só na Argentina, mas também no Brasil e na maioria dos países³, o que evidencia falhas no controle do consumo de álcool entre adolescentes.

Já a maior prevalência de relato de episódios de embriaguez na vida foi observada entre os adolescentes brasileiros, que inclusive apresentaram aumento dessa prática nos

últimos anos²⁶. A embriaguez é facilitada pelo acesso ao álcool em festas, bares, entre os pares e até familiares, o que indica normalização desse consumo entre adolescentes e falhas na fiscalização e na supervisão familiar²⁷. Altas prevalências de consumo excessivo de álcool também foram encontradas na Rússia, em Angola e em outros países latino-americanos, como Bolívia e Peru²⁰. Esse comportamento pode acarretar problemas graves, como brigas físicas, acidentes, sexo desprotegido²⁸ e intoxicação alcóolica²⁷.

O tabagismo é o principal fator de risco para diversas doenças crônicas²⁹, e na adolescência torna-se ainda mais preocupante, uma vez que é nessa fase que o hábito de fumar se inicia e se consolida³⁰. As menores prevalências de uso de cigarro entre escolares brasileiros podem estar relacionadas com a adoção de medidas regulatórias recomendadas pela OMS, tornando o Brasil uma referência mundial no controle do tabagismo³¹.

Entretanto, as maiores prevalências do uso de outros produtos do tabaco, observadas na Argentina, já se configuram em uma preocupação mundial, com destaque para os cigarros eletrônicos³². Embora os produtos do tabaco sejam proibidos para menores de 18 anos nos países estudados, sendo ainda o cigarro eletrônico proibido em qualquer faixa etária à época das pesquisas, os adolescentes têm usado esses dispositivos principalmente influenciados pela mídia, sabores, aromas, percepção de serem menos nocivos e pressão dos amigos³³, além do uso ser associado ao consumo de álcool³⁴. No Brasil, embora o uso do cigarro convencional apresente estabilidade, há prevalências elevadas do uso de outros produtos do tabaco, como narguilé e cigarro eletrônico³⁵, o que pode ser atribuído ao enfraquecimento de políticas de controle nos anos recentes³⁶.

A prática sexual foi mais relatada no Uruguai e na Argentina, com prevalências pouco maiores do que 67 países de baixa e média renda (40,6%)³⁷. Esse comportamento é condicionado pelo desenvolvimento cognitivo e emocional, além das influências exercidas

pelos pares, pais, cultura e normas sociais. As barreiras socioeconômicas podem comprometer o acesso a informações de qualidade, aumentando a vulnerabilidade de determinados grupos. Embora ambos os países possuam arcabouços legais mais estruturados em comparação com outros membros do Mercosul³⁸ e apresentem bons resultados em indicadores relacionados, como a redução da gravidez na adolescência^{38,39}, esforços para diminuir as desigualdades no acesso aos direitos sexuais e reprodutivos ainda são necessários³⁹.

Os meninos apresentaram maiores prevalências de sexo na vida, consistente com achados prévios⁴⁰. A pressão social para que os meninos iniciem a vida sexual como prova de masculinidade é uma marcante diferença de gênero. Enquanto as meninas costumam começar a vida sexual mais tarde, em relações estáveis, os meninos tendem a iniciar mais cedo, em envolvimento eventuais⁴¹.

A iniciação sexual precoce foi maior entre os adolescentes do Brasil e da Argentina conforme estudo realizado na trílice fronteira (Brasil, Argentina e Paraguai)⁴². Tal prática é considerada comportamento de risco por ser associada a Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), gravidez não planejada, aborto inseguro⁴³, além de problemas de saúde mental⁴⁴. As prevalências desse indicador nesses países foram maiores do que a média encontrada em estudo com 50 países⁴⁵. Tais diferenças podem estar relacionadas com fatores religiosos, sociais e culturais, e merecem maior exploração para compreender e reduzir essas prevalências⁴⁵. Fatores psicossociais, como solidão, *bullying*, uso de tabaco, álcool e drogas, estão associados à iniciação sexual precoce, com pouca variação global⁴⁵.

No que concerne às diferenças de gênero, outros estudos também destacam que o gênero masculino tem prevalências mais elevadas de iniciação sexual precoce^{42,45}. Esse panorama é proveniente de uma cultura que encoraja meninos a iniciarem a prática sexual e que condena meninas que fazem isso⁴⁶.

Os adolescentes brasileiros apresentaram menores prevalências de uso de preservativo

na última relação sexual, indicando que quase 40% deles fizeram sexo desprotegido na última vez (*tabela 3*). Resultados semelhantes foram encontrados no Brasil com população acima de 15 anos⁴⁶ e entre adolescentes de outros países⁴⁰. Fatores relacionados com o não uso do preservativo envolvem a concepção de que esse método diminui o prazer sexual, ideia de baixo risco de contrair IST, confiança na parceria estável⁴⁷, indisponibilidade do preservativo⁴⁸.

A distribuição de preservativos ocorre de forma gratuita pelo Sistema Único de Saúde do Brasil⁴⁹, porém, medidas em prol da prática de uso do preservativo devem ser ampliadas. A educação sexual no País é vista como polêmica, muitas vezes influenciada por conceitos religiosos e ideológicos, e não como uma política pública consolidada. Uma educação sexual de qualidade deve promover o conhecimento do corpo e dos tipos de relacionamentos³⁸. O processo de tomada de decisões dos adolescentes é multifacetado e envolve tanto pensamentos racionais quanto afetivos, fazendo com que iniciativas nesse contexto considerem a complexidade dessa escolha⁵⁰.

O gênero também é um fator relacionado com o uso de preservativo, estando as pessoas do gênero feminino mais propensas ao não uso desse método⁴⁶ conforme identificado no estudo atual. Essa desigualdade de gênero provavelmente ocorre devido ao estabelecimento de parcerias estáveis e ao uso de outros métodos contraceptivos, o que deixa as adolescentes mais vulneráveis às IST⁴⁶.

Em geral, as prevalências de briga física entre os países analisados foram próximas, pouco maiores na Argentina, indicando que quase um quarto dos adolescentes argentinos se envolveu em briga física no ano anterior (*tabela 3*). Revisão com países de baixa e média renda, incluindo Argentina e Uruguai, encontrou piores prevalências em países africanos, alguns oceânicos e asiáticos⁵¹. Entre os fatores relacionados com a violência física entre os adolescentes, destacam-se o consumo de álcool e de drogas ilícitas, morar em locais violentos,

conflitos familiares e sintomas depressivos⁵².

O gênero masculino é considerado fator associado ao envolvimento em brigas físicas⁵², o que corrobora este estudo. Geralmente, os meninos buscam, por meio da agressão física, uma superioridade social em prol de relacionamentos, seguidores, reputação e popularidade⁵³. Já as adolescentes tendem a ser mais tolerantes e amistosas, evitando violência⁵⁴.

As prevalências de relato de lesão grave foram consideravelmente menores entre os adolescentes brasileiros. Os demais países apresentaram valores semelhantes e próximos a 35% (*tabela 3*) maior do que no Canadá (31,4%)⁵⁵ e menor do que em Mauritius (39%)⁵⁶. A maioria dessas lesões ocorre de forma não intencional⁵⁵, mas relacionam-se a fome, brigas físicas, faltar aulas sem permissão, ausência de amigos próximos, uso de drogas ilícitas⁵⁶ e lícitas^{55,56} e ansiedade⁵⁵.

O Brasil foi o país com menos relatos de prática de AF regular. Em 50 países de baixa e média renda, essa prevalência foi superior (14,9%)⁵⁷, mas ainda aquém, sendo um problema de saúde pública mundial. Há controvérsias sobre a influência do desenvolvimento econômico do País na rotina de AF dos adolescentes⁵⁸. No entanto, acredita-se que o crescente comportamento sedentário está ligado ao maior acesso à internet, jogos de computador, celular e TV⁵⁸.

No Brasil, também foram encontradas piores prevalências de participação em aula de educação física, consideravelmente menores que aquelas encontradas em outros países de baixa e média renda (24,1%)⁵⁷. De fato, menor participação nessas aulas foi anteriormente associada a AF insuficiente⁵⁷. Medidas que promovam a criação de ambientes ativos, como o estabelecimento de um número mínimo de horas de AF nos currículos escolares, podem então contribuir para o aumento da prática dessas atividades⁵⁹.

Em todos os países, houve variação importante na prática de AF regular e na participação em aula de educação física entre os gêneros, sendo menores entre as meninas. Tais achados

corroboram estudo anterior com países latinos, incluindo aqueles do Mercosul⁶⁰. Nesse contexto, é importante considerar a influência dos papéis de gênero. Mulheres latino-americanas já foram consideradas o grupo adulto com maior inatividade física no mundo⁶¹. Barreiras sociais como estereótipos, insegurança sobre a imagem corporal e aceitabilidade cultural podem reduzir o entusiasmo por AF⁶².

Referente a isso, destaca-se que a prevalência de comportamento sedentário foi alta em todos os países. Três deles possuíam mais da metade da sua população adolescente com comportamento sedentário (exceto Paraguai) (tabela 3). Pior cenário foi observado no Uruguai, onde mais de 60% dos escolares relataram esse hábito. O comportamento sedentário está associado a pior saúde mental⁶³ e a um maior risco de mortalidade por causas cardiovasculares, câncer e diabetes tipo 2⁶⁴. Iniciativas em torno da promoção de esportes no tempo livre e em comunidades⁵⁸ ou equipamentos sociais podem ajudar a minimizar esse quadro.

Entre as limitações do estudo, destaca-se a exclusão de adolescentes fora da escola. Contudo, pesquisas semelhantes têm sido realizadas em todo o mundo⁸, já que são facilitadas pela integração dos setores de saúde e educação, sendo a escola local privilegiado para monitoramento de indicadores de saúde dos alunos³. Além disso, os estratos utilizados para cálculo amostral aumentam a representatividade do público-alvo. Outra limitação refere-se ao viés de informação, com possibilidade de coleta de informações sub ou sobrerrelatadas, uma vez que são dados de questionário. Todavia, comportamentos autorrelatados entre os adolescentes possuem validade⁶⁵, e o caráter anônimo da pesquisa pode reduzir essa tendência. O tamanho das populações de estudo também deve ser considerado, uma vez que há grande variabilidade. Resgata-se ainda a mudança na estrutura de algumas perguntas da PeNSE, fazendo-se necessário utilizar dados da edição 2015.

Conclusões

Houve diferenças entre os indicadores de saúde dos adolescentes dos países do Mercosul. A Argentina apresentou maiores prevalências de experimentação precoce de bebidas alcólicas, consumo atual de cigarro, uso de qualquer produto do tabaco e envolvimento em briga física. Igualmente ao Uruguai, a Argentina também apresentou maiores prevalências de consumo atual de bebidas alcólicas. O Uruguai teve maior prevalência de comportamento sedentário. O Brasil apresentou maiores prevalências de embriaguez, menores ocorrências de fumo, ausência de amigo próximo, AF regular, participação em aulas de educação física, uso de preservativo na última relação sexual e lesões graves. No Paraguai, foram encontradas menores prevalências de relação sexual na vida. A ausência de dados referentes ao uso de tabaco do Paraguai deve ser considerada, podendo ser maiores, iguais ou menores daquelas observadas nos demais países estudados.

Os melhores desempenhos no que tange a consumo de cigarro e lesões graves no Brasil, comportamento sedentário no Paraguai e uso de preservativo em todos com exceção do Brasil podem direcionar o compartilhamento de estratégias nesses domínios. Estes resultados podem auxiliar entidades governamentais dos países analisados a promoverem intercâmbio de boas práticas, de acordo com o desempenho dos indicadores em cada território, uma vez que essa troca se configura em um dos propósitos do Mercosul.

Colaboradoras

Morais EAH (0000-0003-0156-3449)* contribuiu para concepção e *design*, aquisição, análise e interpretação de dados, redação e revisão crítica para conteúdo intelectual e aprovação final. Silva AG (0000-0003-2587-5658)* contribuiu para concepção, análise e interpretação de dados, redação e revisão crítica

para conteúdo intelectual e aprovação final. Souza JB (0000-0002-9308-7445)* contribuiu para *design*, análise e interpretação de dados, e aprovação final do manuscrito. Buback JB (0000-0002-8292-7015)* contribuiu para análise e interpretação de dados, e aprovação final. Ondarsuhu D (0000-0003-0506-3046)* contribuiu para concepção, análise e

interpretação de dados do manuscrito. Abreu MNS (0000-0002-6691-3537)* contribuiu para análise e interpretação de dados, revisão crítica para conteúdo intelectual e aprovação final. Malta DC (0000-0002-8214-5734)* contribuiu para concepção e *design*, análise e interpretação de dados, redação e revisão crítica para conteúdo intelectual e aprovação final. ■

Referências

1. United Nations International Children's Emergency Fund. Adolescents. Investing in a safe, healthy and productive transition from childhood to adulthood is critical [Internet]. [local desconhecido]: Unicef; 2024 [acesso em 2023 set 23]. Disponível em: <https://data.unicef.org/topic/adolescents/overview/>
2. Instituto Social del MERCOSUR. Saúde [Internet]. Paraguay: Mercosur; 2023 [acesso em 2023 set 23]. Disponível em: <https://www.ismercosur.org/pt/saude/>
3. Inchley JCD, Budisavljevic S, Torsheim T, et al., editores. Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report [Internet]. Geneva: WHO Regional Office for Europe; 2020 [acesso em 2023 jun 12]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/332104/97892289055017-eng.pdf>
4. Uddin R, Lee EY, Khan SR, et al. Clustering of lifestyle risk factors for non-communicable diseases in 304,779 adolescents from 89 countries: A global perspective. *Prev Med.* 2020;131:105955. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.105955>
5. World Health Organization. Noncommunicable diseases: progress monitor 2020. [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [acesso em 2023 jun 12]. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/330805>
6. Wang Y, Wang J. Modelling and prediction of global non-communicable diseases. *BMC Public Health.* 2020;20(1):822. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08890-4>
7. Rodrigues STP, Matozinhos FP, Gratão LHA, et al. Coexistence of risk factors for cardiovascular diseases among Brazilian adolescents: Individual characteristics and school environment. *PLoS ONE.* 2021;16(7):e0254838. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254838>
8. World Health Organization. GSHS questionnaire [Internet]. [local desconhecido]: WHO; 2023 [acesso em 2023 set 23]. Disponível em: <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/global-school-based-student-health-survey/questionnaire>
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PeNSE – Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar [Internet]. [Rio de Janeiro]: IBGE; 2022 [acesso em 2023 out 23]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9134-pesquisa-nacional-de-saude-do-escolar.html>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

10. Ministério da Saúde (BR), Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde. Saúde e Política Externa: os 20 anos da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (1998-2018) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 [acesso em 2023 out 23]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/saude_politica_externa_20_anos_aisa.pdf
11. Cruz DKA, Nóbrega AAD, Montenegro MDMS, et al. Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e as fontes de dados para o monitoramento das metas no Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2022;31(esp1):e20211047. DOI: <https://doi.org/10.1590/SS2237-9622202200010.especial>
12. Organización Panamericana de la Salud. GSHS – Global School-based Student Health Survey [Internet]. [local desconhecido]: Opas; 2018 [acesso em 2023 set 23]. Disponível em: <https://www.paho.org/en/documents/global-school-based-student-health-survey-gshs-overview>
13. Ministerio de Salud (Argentina). 3o Encuesta Mundial de Salud Escolar. Argentina; 2018.
14. Ministerio de Salud Pública (Uruguay). Encuesta mundial de salud en estudiantes. EMSE 2019. Informe final [Internet]. [local desconhecido]: Ministerio de Salud Pública; 2019 [acesso em 2023 set 13]. 116 p. Disponível em: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/MSP_ENCUESTA_MUNDIAL_SALUD_ESTUDIANTES_2019.pdf
15. Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. Encuesta Global de Salud Escolar (GSHS) Paraguay 2017 [Internet]. Asunción: Opas; OMS; 2017 [acesso em 2023 nov 23]. 78 p. Disponível em: <https://dvent.mspbs.gov.py/encuesta-global-de-salud-escolar-gshs-2017/>
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2015 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2016 [acesso em 2023 nov 23]. 132 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=297870>
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2019 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2021 [acesso em 2023 nov 23]. 156 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101852>
18. Organización Panamericana de la Salud. Global School-Based Student Health Survey Results Tool [Internet]. [local desconhecido]: Opas; 2020 [acesso em 2023 set 23]. Disponível em: <https://www.paho.org/en/enlace/global-school-based-student-health-survey-results-tool>
19. Ma C, Bovet P, Yang L, et al. Alcohol use among young adolescents in low-income and middle-income countries: a population-based study. *Lancet Child Adolesc Health*. 2018;2(6):415-429. DOI: [https://doi.org/10.1016/s2352-4642\(18\)30112-3](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(18)30112-3)
20. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: WHO; 2018.
21. Junta Nacional de Drogas (Uruguay), Observatório Uruguayo de Drogas. VIII Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. Informe de investigación. [local desconhecido]: Junta Nacional de Drogas; 2020. 116 p.
22. Keyes KM, Miech R. Age, period, and cohort effects in heavy episodic drinking in the US from 1985 to 2009. *Drug Alcohol Depend*. 2013;132(1-2):140-148. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.01.019>
23. Petticrew M, Shemilt I, Lorenc T, et al. Alcohol advertising and public health: systems perspectives versus narrow perspectives. *J Epidemiol Community Health*. 2017;71(3):308-312. DOI: <https://doi.org/10.1136/jech-2016-207644>
24. Brunborg GS, Skogen JC, Burdzovic AJ. Time spent on social media and alcohol use among adolescents: A longitudinal study. *Addict Behav*. 2022;130:107294. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2022.107294>
25. Biolatto S, Drogo C, Pardal MA, et al. Uso de sustancias psicoactivas en estudiantes de escuelas secundarias de Rosario (Argentina). *Acta Toxicol Argent* [Internet].

- 2020 [acesso em 2023 out 21];28(2):45-52. Disponível em: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-37432020000200045&lng=es&nrn=iso&tlng=es
26. Ferreira ACM, Silva AGD, Sá ACMGND, et al. Fatores de risco e proteção para as doenças crônicas não transmissíveis entre escolares brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015 e 2019. *REME Rev Min Enferm.* 2022;26. DOI: <https://doi.org/10.35699/2316-9389.2022.38620>
 27. Malta DC, Silva AGD, Prates EJS, et al. Convergence in alcohol abuse in Brazilian capitals between genders, 2006 to 2019: what population surveys show. *Rev Bras Epidemiol.* 2021;24(supl1):e210022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210022.supl1>
 28. Moura LRD, Santos KFD, Souza HGD, et al. Fatores sociodemográficos e comportamentos de risco associados ao consumo do álcool: um recorte do Erica. *Saúde debate.* 2018;42(esp4):145-155. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s411>
 29. Peacock A, Leung J, Larney S, et al. Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report. *Addiction.* 2018;113(10):1905-1026. DOI: <https://doi.org/10.1111/add.14234>
 30. Hall WD, Patton G, Stockings E, et al. Why young people's substance use matters for global health. *Lancet Psychiatry.* 2016;3(3):265-279. DOI: [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)00013-4](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)00013-4)
 31. Malta DC, Duncan BB, Barros MBDA, et al. Medidas de austeridade fiscal comprometem metas de controle de doenças não transmissíveis no Brasil. *Ciênc saúde coletiva.* 2018;23(10):3115-3122. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.25222018>
 32. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2021: addressing new and emerging products. Geneva: WHO; 2021. 212 p.
 33. Lourdes TGR, Hamid HAA, Yusoff MF, et al. Factors associated with e-cigarette usage and the reasons for initiation among Malaysian adolescents. *Asia Pac J Public Health.* 2019;31(supl7):44S-52S. DOI: <https://doi.org/10.1177/1010539519870663>
 34. Rothrock AN, Andris H, Swetland SB, et al. Association of e-cigarettes with adolescent alcohol use and binge drinking-drunkenness: A systematic review and meta-analysis. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2020;46(6):684-698. DOI: <https://doi.org/10.1080/00952990.2020.1771723>
 35. Malta DC, Gomes CS, Alves FTA, et al. O uso de cigarro, narguilé, cigarro eletrônico e outros indicadores do tabaco entre escolares brasileiros: dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2019. *Rev Bras Epidemiol.* 2022;25:e220014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720220014.2>
 36. Silva TPR, Matozinhos FP, Gratão LHA, et al. Coexistence of risk factors for cardiovascular diseases among Brazilian adolescents: Individual characteristics and school environment. *PLoS One.* 2021;16(7):e0254838. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254838>
 37. Mahumud RA, Rahman Mda, Gow J, et al. The global and regional burden of sexual behaviors and food insecurity and their combined association on the magnitude of suicidal behaviors among 121,248 adolescent girls: An international observational study in 67 low- and middle-income and high-income countries. *J Affect Disord.* 2022;298:481-491. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.11.023>
 38. Cavazotti Aires D. Educação sexual: um direito humano. Leis vigentes na Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai. *Rev Fac Der.* 2021;50:1-23. DOI: <https://doi.org/10.22187/rfd2021n50a16>
 39. United Nations International Children's Emergency Fund. Argentina. La salud sexual y reproductiva es un derecho de las adolescencias [Internet]. [local desconhecido]: Unicef; 2024 [acesso em 2023 out 21]. Disponível em: <https://www.unicef.org/argentina/historias/la-salud-sexual-y-reproductiva-es-un-derecho-de-las-adolescencias>
 40. Jing Z, Li J, Wang Y, et al. Prevalence and trends of sexual behaviors among young adolescents aged 12 ye-

- ars to 15 years in Low and Middle-Income Countries: Population-based study. *JMIR Public Health Surveill.* 2023;9:e45236. DOI: <https://doi.org/10.2196/45236>
41. Oliveira-Campos M, Oliveira MMD, Silva SUD, et al. Fatores de risco e proteção para as doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes nas capitais brasileiras. *Rev Bras Epidemiol.* 2018;21(supl1):e180002. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180002.supl.1>
 42. Priotto E, Führ A, Gomes L, et al. Iniciação sexual e práticas contraceptivas de adolescentes na triplíce fronteira entre Brasil, Argentina e Paraguai. *Rev Panam Salud Publica.* 2018;1-9. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.16>
 43. Melesse DY, Mutua MK, Choudhury A, et al. Adolescent sexual and reproductive health in sub-Saharan Africa: who is left behind? *BMJ Glob Health.* 2020;5(1):e002231. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-002231>
 44. Lanari D, Mangiacavchi L, Pasqualini M. Adolescent sexual behaviour and academic performance of Italian students. *Genus.* 2020;76(1):21. DOI: <https://doi.org/10.1186/s41118-020-00093-4>
 45. Kushal SA, Amin YM, Reza S, et al. Regional and sex differences in the prevalence and correlates of early sexual initiation among adolescents aged 12–15 years in 50 Countries. *J Adolesc Health.* 2022;70(4):607-616. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.10.027>
 46. Felisbino-Mendes MS, Paula TFD, Machado ÍE, et al. Análise dos indicadores de saúde sexual e reprodutiva de adolescentes brasileiros, 2009, 2012 e 2015. *Rev Bras Epidemiol.* 2018;21(supl1):e180013. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180013.supl.1>
 47. Ajayi AI, Ismail KO, Akpan W. Factors associated with consistent condom use: a cross-sectional survey of two Nigerian universities. *BMC Public Health.* 2019;19(1):1207. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7543-1>
 48. Moreira ADS, Alves JS, Melo GCD, et al. Fatores associados ao não uso de preservativo por adolescentes brasileiros: uma revisão sistemática. *RSD.* 2022;11(5):e54011528450. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i5.28450>
 49. Ministério da Saúde (BR), Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Usar preservativos masculinos, femininos e gel lubrificantes. Gov.br [Internet]. 2022 ago 16 [acesso em 2023 out 21]. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/prevencao-combinada/usar-preservativos-masculinos-femininos-e-gel-lubrificantes>
 50. Davids EL, Zembe Y, De Vries PJ, et al. Exploring condom use decision-making among adolescents: the synergistic role of affective and rational processes. *BMC Public Health.* 2021;21(1):1894. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11926-y>
 51. Nivette A, Sutherland A, Eisner M, et al. Sex differences in adolescent physical aggression: Evidence from sixty-three low-and middle-income countries. *Aggress Behav.* 2019;45(1):82-92. DOI: <https://doi.org/10.1002/ab.21799>
 52. Romeiro JS, Corrêa MM, Pazó R, et al. Violência física e fatores associados em participantes da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). *Ciênc saúde coletiva.* 2021;26(2):611-624. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.04552020>
 53. Hoff KE, Reese-Weber M, Joel Schneider W, et al. The association between high status positions and aggressive behavior in early adolescence. *J Sch Psychol.* 2009;47(6):395-426. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2009.07.003>
 54. Van Lange PA, Kruglanski AW, Higgins ET. Handbook of theories of social psychology. London: SAGE Publications Ltd, 2012. DOI: <https://doi.org/10.4135/9781446249215>
 55. MacNabb K, Smith N, Robinson A, et al. Self-reported injuries among Canadian adolescents: rates and

- key correlates. *Health Promot Chronic Dis Prev Can.* 2022;42(5):199-208. DOI: <https://doi.org/10.24095/hpcdp.42.5.03>
56. Mireku DO, Sarfo JO, Ansah EW, et al. Prevalence and Correlates of Serious Injuries among Adolescents in Mauritius. *Scientific World J.* 2021;2021:3733762. DOI: <https://doi.org/10.1155/2021/3733762>
57. Zhan X, Clark CCT, Bao R, et al. Association between physical education classes and physical activity among 187,386 adolescents aged 13–17 years from 50 low- and middle-income countries. *J Pediatr (Rio J).* 2021;97(5):571-578. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.11.009>
58. Ma C, Zhang Y, Zhao M, et al. Physical activity and sedentary behavior among young adolescents in 68 LMICs, and their relationships with National Economic Development. *IJERPH.* 2020;17(21):7752. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17217752>
59. Ferrar KE, Olds TS, Walters JL. All the stereotypes confirmed: Differences in how Australian boys and girls use their time. *Health Educ Behav.* 2012;39(5):589-595. DOI: <https://doi.org/10.1177/1090198111423942>
60. Brazo-Sayavera J, Aubert S, Barnes JD, et al. Gender differences in physical activity and sedentary behavior: Results from over 200,000 Latin-American children and adolescents. *PLoS ONE.* 2021;16(8):e0255353. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255353>
61. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, et al. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1·9 million participants. *Lancet Glob Health.* 2018;6(10):e1077-e1086. DOI: [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(18\)30357-7](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(18)30357-7)
62. The Lancet Public Health. Time to tackle the physical activity gender gap. *Lancet Public Health.* 2019;4(8):e360. DOI: [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(19\)30135-5](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(19)30135-5)
63. Sampasa-Kanyinga H, Colman I, Goldfield GS, et al. Combinations of physical activity, sedentary time, and sleep duration and their associations with depressive symptoms and other mental health problems in children and adolescents: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2020;17(1):72. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12966-020-00976-x>
64. Patterson R, McNamara E, Tainio M, et al. Sedentary behaviour and risk of all-cause, cardiovascular and cancer mortality, and incident type 2 diabetes: a systematic review and dose response meta-analysis. *Eur J Epidemiol.* 2018;33(9):811-829. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10654-018-0380-1>
65. Brener ND, Billy JOG, Grady WR. Assessment of factors affecting the validity of self-reported health-risk behavior among adolescents: evidence from the scientific literature. *J Adolesc Health.* 2003;33(6):436-457. DOI: [https://doi.org/10.1016/s1054-139x\(03\)00052-1](https://doi.org/10.1016/s1054-139x(03)00052-1)

Recebido em 20/03/2024

Aprovado em 27/09/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Jamilli Silva Santos