

Autocontrole e comportamento de risco à saúde entre adolescentes em São Paulo

Relação entre ambos pode ajudar no desenvolvimento de programas que visem melhorar esse traço socioemocional e substituir o foco em torno de comportamentos específicos, como o uso abusivo de substâncias

Roberta Astolfi

6 de outubro de 2021

EDUARDO KNAPP/FOLHAPRESS



Consumo exagerado de alimentos ultraprocessados é um dos comportamentos de risco estudados em sua associação com a falta de autocontrole

O autocontrole (AC), assim como outros constructos equivalentes (autorregulação, capacidade de adiar gratificação, etc.) é objeto de estudo da psicologia ao menos desde a década de 1970. Em 1990, Gottfredson e Hirsh lançaram a obra *Teoria Geral do Crime (TGC)*, cuja proposta central era que o autocontrole explicaria a diferença da ocorrência de comportamento criminoso entre os indivíduos. Segundo a TGC, infringir a lei seria apenas um dos problemas na vida de uma pessoa com baixos níveis de autocontrole, pois essas pessoas teriam maior propensão ao abuso de substâncias psicoativas, comportamento sexual de risco, dificuldade para estudar e trabalhar e assim por diante.

O AC pode ser definido como "a capacidade de autorregular o comportamento e inibir impulsos" (ANDERSON et al., 2015) ou "a capacidade de perseguir objetivos de longo prazo apesar das tentações, distrações ou estados aversivos de curto prazo" (PASCHKE et al., 2016).

Corroborando as previsões da TGC, estudos com adolescentes ao redor do mundo mostraram associação do AC com ofensas criminais, comportamento agressivo, uso de substâncias psicoativas legais e ilegais, perpetração de *bullying*, hábitos alimentares não saudáveis e comportamento sedentário. No Brasil, estudos que utilizam o AC como variável explicativa para comportamentos de

risco são praticamente inexistentes. Em 2017, o Projeto São Paulo para o Desenvolvimento Social de Crianças e Adolescentes (SP-PROSO) coletou dados sobre saúde, comportamento e bem-estar de uma amostra representativa de adolescentes cursando o 9º ano de escolas públicas e privadas na capital².

Em artigo publicado recentemente, os dados do SP-PROSO foram utilizados para investigar a associação entre o AC e seis comportamentos de risco à saúde (CRS): *binge drink*³, uso de maconha, uso de tabaco, alto consumo de alimentos ultraprocessados, comportamento sedentário e perpetração de *bullying*. Foi avaliada a associação entre AC e cada um dos CRS isoladamente, bem como do AC com o acúmulo dos CRS investigados. A seguir são sintetizadas algumas das informações mais relevantes, que podem contribuir para a reflexão sobre desenho de políticas públicas de prevenção à violência e outros CRS entre adolescentes.

O AC foi medido em uma escala com dez perguntas da qual foi extraída a média individual. A seguir, a amostra foi dividida em quartis: muito alto, alto, médio e baixo AC. Os comportamentos de risco à saúde (*binge drink*³, uso de maconha, tabaco, alto consumo de alimentos ultraprocessados, comportamento sedentário e perpetração de *bullying*) foram operacionalizados em presente ou ausente e uma variável somativa de desfecho foi criada para designar múltiplos comportamentos de risco à saúde (MCRS), variando de zero (nenhum) até quatro ou mais.

	Descrição	Operacionalização
Autocontrole	Medido através de proposições (Ex.: "Quase sempre faço coisas sem pensar") sobre as quais os adolescentes podiam responder em escala de Lickert com quatro pontos, variando entre concordo totalmente e discordo totalmente.	Um score de média simples foi calculado para cada respondente. A amostra foi dividida em quartis: muito alto, alto, médio e baixo.
Binge drinking, uso de maconha, cigarro (tabaco) perpetração de bullying.	Os comportamentos foram medidos em relação aos últimos 12 meses anteriores à pesquisa, pelo menos uma vez. No caso do bullying, foi incluída uma condicional de recorrência (comportamento ocorreu ao menos uma vez ao mês nos últimos 12 meses).	Presente ou ausente
Alto consumo de alimentos ultraprocessados	O comportamento foi medido tendo como referência a semana anterior à pesquisa.	O consumo de cada alimento foi somado e a amostra foi dividida em quartis. O maior quartil foi considerado de alto consumo. Presente ou ausente.
Sedentarismo	Número de horas (estimadas) em que o adolescente permanecia sentado ao dia fora de horários de aulas.	A partir de oito horas sentado foi considerado comportamento sedentário.
Múltiplos comportamentos de risco à saúde		Um score somativo foi feito para cada respondente. O valor final foi codificado entre 0 (nenhum comportamento) e 5 (quatro, cinco ou seis).

Para a análise foram empregadas regressão logística e regressão logística multinomial em que os grupos de alto, médio e baixo AC foram comparados, cada um, com o grupo de muito alto AC. Outras variáveis conhecidas associadas a esses comportamentos foram incluídas na análise para que pudéssemos minimizar as chances de encontrar correlações espúrias^[1].

Em nossos resultados, o AC se mostrou associado a todos os CRS, exceto o sedentarismo^[2]. Porém, as diferenças entre os grupos de muito alto AC e alto AC só apareceu para o consumo de cigarro. Mesmo no grupo dos adolescentes com médio AC não houve mudança na chance de os adolescentes consumirem alimentos ultraprocessados em excesso ou de terem usado maconha em comparação com o grupo de muito alto AC. Já os adolescentes no grupo de baixo AC apresentaram maior chance de exibir todos os CRS (com exceção do sedentarismo, como explicitado anteriormente) em comparação com os adolescentes do grupo de muito alto AC.

Na análise dos MCRS, a associação não apareceu na comparação entre o grupo de mais alto AC e o grupo de alto AC. Ela apareceu na comparação com o grupo de médio e baixo AC, sendo que nessa última o tamanho de efeito aumentou em um padrão acentuado à medida que mais comportamentos de risco à saúde iam sendo considerados. No caso mais extremo, adolescentes com nível baixo de AC apresentaram 15 vezes mais chances de exibir quatro ou mais CRS quando comparados aos adolescentes do grupo de muito alto AC.

Parece haver um grupo de adolescentes com níveis muito baixos de AC e em posição de pronunciada vulnerabilidade para MCRS.

Se o AC está relacionado a uma grande variedade de CRS, programas que visem melhorar esse traço socioemocional podem substituir programas focados em comportamentos específicos (como o uso abusivo de substâncias). Outro ponto importante a considerar é se o AC tem associação com o acúmulo de comportamentos de risco, é válido considerar a priorização de programas focalizados em adolescentes com mais baixo AC, especialmente porque intervenções intensivas, não muito viáveis em programas universais, tendem a ter melhores efeitos (SCHNEIDER, 2016).

Por outro lado, se considerarmos o adolescentes com níveis intermediários de AC, melhorar essa característica individual pode não trazer ganhos muito expressivos, uma vez que esses comportamentos podem ter sido escolhidos racionalmente e não ser apenas a consequência indesejada de tentações imediatas. É preciso lembrar que a adolescência é fase de construção da autonomia e exibir certos CRS pode fazer parte desse processo.

A busca por apoiar crianças e adolescentes em seu processo de desenvolvimento é uma tarefa complexa e deve ser feita com base em dois eixos fundamentais: os princípios da dignidade da pessoa humana e as melhores evidências empíricas disponíveis. Esse estudo foi uma tentativa de fazer uma pequena contribuição nesse segundo eixo.

¹ Esse texto sintetiza parte do artigo "Association between self-control and health risk behaviors: a cross-sectional study with 9th grade adolescents in São Paulo", publicado recentemente na revista BMC Public Health (ASTOLFI et al., 2021)).

² O SP-PROSO é uma parceria entre o Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP e o Violence Research Center, da Universidade de Cambridge. Para saber mais acesse: sites.usp.br/sp-proso

[1] Consumo de cinco ou mais doses em uma única ocasião.

[2] Sexo biológico (menino e menina), status socioeconômico da família, tipo de escola (pública ou privada), idade, grupo de pares, parentalidade positiva, valores morais, desordem e violência na escola e desordem e violência no bairro.

5 Uma das dimensões da escala diz respeito à preferência por atividades físicas em oposição a atividades reflexivas ou contemplativas. Sem esses itens a associação apareceu.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, S. et al. Ecology matters: Neighborhood differences in the protective role of self-control and social support for adolescent antisocial behavior. *American Journal of Orthopsychiatry*, v. 85, n. 6, p. 536–549, 2015.

ASTOLFI, R. C. et al. Association between self-control and health risk behaviors: a cross-sectional study with 9th grade adolescents in São Paulo. *BMC Public Health*, v. 21, n. 1, p. 1706, 19 dez. 2021.

GOTTFREDSON, M.; HIRSCHI, T. *The General Theory of Crime*. [s.l.] Stanford University Press, 1990.

PASCHKE, L. M. et al. Individual differences in self-reported self-control predict successful emotion regulation. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, v. 11, n. 8, p. 1193–1204, 2016.

SCHNEIDER, A. Visitas domiciliares para promoção do desenvolvimento infantil: lições do programa Nurse-Family Partnership. In: CARDIA, N.; ALVES, R.; ASTOLFI, R. (Eds.). *Visitação domiciliar*. São Paulo: Edusp, 2016. p. 512.

Roberta Astolfi

Mestre em ciência política e doutoranda em saúde coletiva pela USP. Consultora e associada ao Fórum Brasileiro de Segurança Pública

<https://backup.forumseguranca.org.br/multiplas-vozes/o6ejvaogij>

