UNIVERSIDADE SANTO AMARO

PROGRAMA DE MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Ricardo Destra Lievirisci

PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCO PARA ESTILO DE VIDA SEDENTÁRIO ENTRE ESCOLARES BRASILEIROS: ANÁLISE DE INQUÉRITO NACIONAL DE SAÚDE

São Paulo

2017

Ricardo Destra Lievirisci

PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCO PARA ESTILO DE VIDA SEDENTÁRIO ENTRE ESCOLARES BRASILEIROS: ANÁLISE DE INQUÉRITO NACIONAL DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade Santo Amaro– UNISA, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.
Orientador: Prof. Dr. Túlio Konstantyner
Co-Orientadora: Profa. Dra. Patrícia Colombo.

São Paulo

2017

FICHA CATALOGRÁFICA

Destra, Ricardo Lievirisci
Prevalência e fatores de risco para estilo de vida sedentário entre escolares brasileiros: análise de inquérito nacional de saúde / Ricardo Lievirisci, Destra . -- São Paulo ,2017
114 f.

Dissertação (Educação Física) - Universidade Santo Amaro, 2017

Orientador(a): Tulio Konstantyner,
Coorientador(a): Patrícia Colombo de Souza

1.Sedentarismo. 2.Inatividade física. 3.Escolares. I.Konstantyner, Tulio, orient. II.De Souza, Patrícia C., coorient. III.Universidade Santo Amaro IV.Titulo

Dedico este trabalho a minha mãe ***Neyde Destra*** e a minha esposa, ***Fernanda Perlini Cotarelli***, exemplos de mulheres à frente de seu tempo, sempre me estimulando e incentivando a procura do conhecimento e da excelência como educador físico.

“O sonho é que leva a gente para a frente. Se a gente for seguir a razão, fica aquietado, acomodado”.

Ariano Suassuna

AGRADECIMENTOS

A DEUS, que em toda minha vida colocou obstáculos e me ajudou a transpô-los, tornando-me mais forte e persistente a cada dificuldade, nunca deixando-me desistir.

A todos os professores doutores da Universidade Santo Amaro – UNISA, pelo apoio, orientação e correções em tempo integral durante a minha participação no mestrado.

Ao meu orientador, Professor Dr. ***Túlio Konstantyner***, por seu apoio, amizade e paciência, além de sua dedicação, competência e especial atenção nas revisões e sugestões, fatores fundamentais para a conclusão deste trabalho.

À coorientadora Professora Dra. ***Patrícia Colombo de Souza***, que sempre esteve disponível para esclarecimentos e orientações, mostrando-me os primeiros passos no sentido da pesquisa científica.

Ao meu irmão, amigo, aprendiz e mentor Professor Ms. ***Maurício Pires de Araújo*** que, mesmo em horas de papos informais, fez com que meus pensamentos fossem direcionados a uma perspectiva científica, esclarecendo dúvidas e sugerindo argumentos.

Aos colegas da turma de mestrado que, por se tratar de um grupo muito heterogêneo e, apesar dos poucos momentos de contato pessoal, mostraram as diversas formas de encarar a mesma situação problema, ampliando o leque de opções de solução para um mesmo questionamento.

Aos familiares e amigos (novos e antigos) que sempre me incentivaram e apoiaram durante essa jornada

RESUMO

No Brasil, como em todo o mundo, a infância e a adolescentes estão expostos a baixos níveis de atividade física, a obesidade na infância é particularmente preocupante porque está ligada a problemas de saúde imediatos e a longo prazo e tendem a persistir na idade adulta, sendo nessa fase da vida que ocorrem mudanças físicas e emocionais que ampliam o campo da socialização numa evolução não linear de experiências e autonomia, inclusive no campo da sexualidade. Agravando a situação, os níveis de atividade física são cada vez menores, apesar do reconhecimento da importância da atividade física como fator de promoção da saúde e de prevenção de doenças. Os especialistas em educação afirmam que a escola e a família compartilham funções sociais, políticas e educacionais, na medida em que contribuem e influenciam na formação do cidadão, sendo a família, como agente socializador, como rede de apoio e desenvolvimento humano e a escola, um local de diversidade cultural, atividades, regras e valores, um ambiente onde ocorre a construção de laços afetivos e o preparo para a inserção dos indivíduos na sociedade sendo, portanto, os principais locais de inserção e multiplicação de conhecimentos sobre a promoção de saEstimar a prevalência e os fatores de risco para estilo de vida sedentário entre escolares brasileiros matriculados no 9º ano do Ensino Fundamental II. Estudo transversal(**documental?)** baseado em dados secundários gerados pela PeNSE 2012 Pesquisa Nacional de Saúde Escolar(PeNSE), que foi um inquérito representativo brasileiro. A população de estudo foi formada por 109.104 escolares do 9º ano do Ensino Fundamental II.

A prevalência de estilo de vida sedentário foi de 6,62%. Foram identificados de forma independente, 11 fatores de risco para estilo de vida sedentário: a macrorregião nordeste (OR=1,72; p<0,001), escola pública (OR=1,16; p=0,020), gênero feminino (OR=2,30; p<0,001), idade maior que 14 anos (OR=1,42; p<0,001), ausência de estudo materno (OR=1,47; p<0,001), ausência de estudo paterno (OR=1,39; p<0,001), não consumo de alimentos tradicionais (OR=1,82; p<0,001), não almoçar e jantar frequentemente com os pais ou responsáveis (OR=1,19; p<0,001), uso de drogas ilícitas (OR=1,14; p=0,008), auto imagem de magreza (OR=1,11; p=0,005) e auto imagem de obesidade (OR=1,13; p=0,003). A macrorregião Sul foi um fator protetor do estilo de vida sedentário (OR=0,57; p<0,001). Existe uma grande prevalência e diversos fatores de risco que podem levar o escolar de 9º ano ao sedentarismo.

Palavras-chave: Inatividade Física. Atividade Motora. Promoção da Saúde.

ABSTRACT

In Brazil, as in the whole world, childhood and adolescence are exposed to low levels of physical activity; childhood obesity is particularly worrying because it is linked to immediate and long-term health problems and tends to persist in adulthood, during which stage physical and emotional changes occur that extend the field of socialization into a non-linear evolution of experiences and autonomy, including in the field of sexuality. Worsening the situation, the levels of physical activity are becoming smaller, despite the recognition of the importance of physical activity as a factor of health promotion and prevention of diseases. The education specialists affirm that the school and the family share social, political and educational functions, insofar as they contribute and influence the formation of the citizen, being the family, as socializing agent, as a network of support and human development and the school, a place of cultural diversity, activities, rules and values, an environment where the building of affective bonds takes place and the preparation for the insertion of the individuals in the society, being, therefore, the main places of insertion and multiplication of knowledge on the health promotion. To estimate the prevalence and risk factors for sedentary lifestyle of Brazilian schoolchildren enrolled in the 9th year of Elementary School II. Cross-sectional study based on secondary data generated by PeNSE 2012 (National School Health Survey), which was a representative Brazilian survey. The study population consisted of 109.104 students from the 9th grade of Elementary School II. **Results:** the prevalence of sedentary lifestyle was 6.62%. Northeast macroregion (OR = 1.72, p <0.001), public school (OR = 1.16, p = 0.020), female gender (OR = (OR = 1.47, p <0.001), absence of paternal study (OR = 1.30, p <0.001), age greater than 14 years , P <0.001), non-traditional food intake (OR = 1.82, p <0.001), not having lunch and frequent supper with parents or guardians (OR = 1.19, p <0.001), drug use (OR = 1.14, p = 0.008), self-image of thinness (OR = 1.11, p = 0.005) and self-image of obesity (OR = 1.13, p = 0.003). The South macroregion was a protective factor of the sedentary lifestyle (OR = 0.57, p <0.001). There is a high prevalence and a collection of risk factors that may lead the 9th grade school to sedentarism.

Keywords: Physical Inactivity. Motor Activity. Health Promotion.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 11
1.1 ADOLESCÊNCIA 11
1.2 A ESCOLA E A FAMÍLIA 11
1.3 ATIVIDADE FÍSICA NA ADOLESCÊNCIA 13
1.4 OBESIDADE 16
1.5 SEDENTARISMO 16
2 OBJETIVO 18
3 MÉTODOS 18
3.1 DESENHO DE ESTUDO 18
3.2 ANÁLISE ESTATÍSTICA 20
3.3 ASPECTOS ÉTICOS 20
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO 22
5 CONCLUSÃO 61
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 62
REFERÊNCIAS 66
ANEXOS 82
GLOSSÁRIO 84

1 INTRODUÇÃO

1.1 Adolescência

É a fase da vida que tem características próprias, marcada pela passagem da infância para a idade adulta, com mudanças físicas e emocionais que ampliam o campo da socialização numa evolução não linear de experiências e autonomia, inclusive no campo da sexualidade. Segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS (World Health Organization - WHO), os limites etários que definem esta fase são dos 10 aos 19 anos[1]. Embora a adolescência tenha características específicas e marcas que a distingue, ela é vivenciada de formas diferenciadas por cada sujeito, em cada sociedade, num determinado tempo histórico, em cada grupo social e cultural. Portanto, a adolescência exige um olhar específico para as suas particularidades[2].

Os adolescentes que formam o grupo pertencente ao nono ano do Ensino Fundamental II, em especial, encontram-se em uma fase de muitas mudanças internas (corpo, voz, hormônios, amadurecimento), bem como externas (passagem para o Ensino Médio, cobrança na escolha de uma carreira futura, desinteresse por quaisquer atividades físicas propostas no ambiente escolar ou familiar e inserção, na sua grande maioria, do grupo masculino ao ambiente de academias para obter uma imagem corporal “ideal” segundo os padrões de beleza vigentes na mídia. Ao mesmo tempo em que experimentam diversas mudanças, vivenciam um importante momento para a adoção de novas práticas, comportamentos e ganho de autonomia e, também, de exposição a diversas situações que envolvem riscos presentes e futuros para a sua saúde, como a exposição a diversos fatores de risco comportamentais como tabagismo, consumo de álcool, alimentação inadequada e sedentarismo, estando estes fatores associados ao desenvolvimento da maioria das doenças crônicas não transmissíveis, como as cardiovasculares, diabetes e câncer, que lideram as causas de óbito na vida adulta, no país e no mundo[3].

1.2 A Escola e a Família

No Brasil, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios[4], o acesso à escola é de 97,4% para a população de seis a 14 anos, independentemente da

classe social e, portanto, a escola constitui-se como importante *locus* no monitoramento da saúde do escolar, pois a escola e a família compartilham funções sociais, políticas e educacionais, na medida em que contribuem e influenciam na formação do cidadão.

A escola é um local de diversidade cultural, atividades, regras e valores, um ambiente onde ocorre a construção de laços afetivos e o preparo para a inserção dos indivíduos na sociedade[5,6], acolhendo o escolar durante relevante parte de sua vida, com grande potencial para influenciar na adoção de modos de vida mais saudáveis. Os escolares empoderados podem estimular mudanças em suas famílias, fomentando novos hábitos alimentares e de atividade física. Os programas educacionais desenvolvidos nas escolas têm apresentado resultados satisfatórios para a melhoria das condições de saúde, como aumento no nível de conhecimento sobre alimentação e prática de atividade física. Além disso, esses programas abrigam amplas possibilidades de participação dos escolares por meio de processos lúdicos e interativos. Nesse sentido, a escola tem se confirmado como um importante local para a realização de intervenções interdisciplinares com foco na promoção da atividade física.

A família, nomeadamente os pais, representa um papel central no delineamento do padrão comportamental, como agente socializador e como rede de apoio e desenvolvimento humano que, por sua vez, proporciona o contexto para a experiência alimentar inicial da criança. As atitudes e práticas alimentares dos pais determinam os hábitos alimentares dos filhos, na medida em que controlam o tipo e quantidade de alimentos ingeridos, os horários das refeições e o contexto social em que se inserem, além de estabelecerem o caráter emocional do momento da refeição[7]. Em paralelo à família, a escola tem também um papel fundamental no nível da escolha dos modelos alimentares, não só através do conhecimento, mas também das atitudes, comportamentos e ambiente[8].

Segundo a OMS, no mundo, mais de 100 países já fazem monitoramento da saúde dos estudantes, ajudando na modificação de currículos e estruturando programas de saúde voltados para a faixa etária dos adolescentes[9].

1.3 Atividade Física na adolescência

Apesar do reconhecimento da importância da atividade física como fator de promoção da saúde e de prevenção de doenças, a prevalência de exposição a baixos níveis de atividade física é elevada e parece afetar pessoas de todas as idades.

Ao classificar os problemas comportamentais de saúde de jovens em países em desenvolvimento, a OMS destaca que, além do uso de diferentes drogas, estão a falta de atividade física e dieta inadequada, devendo-se então promover todas as tentativas, enquanto a pessoa é jovem, para manter os fatores de risco sob controle. Para tanto, é necessário entender a importância de cada componente da Atividade Física Relacionada à Saúde - AFRS e realizar as devidas mensurações para diagnosticar a aptidão física da pessoa em questão.

Atualmente, um dos mais importantes fatores envolvidos na construção da identidade dos adolescentes é a Mídia, pois produz modelos de vida, de consumo e de comportamento, divulga conhecimentos e debate temas que certamente influenciam a vida de todos.

Atrelado a isso, a busca da imagem corporal perfeita é um dos fenômenos mais impressionantes na sociedade atual, que acarreta custos elevados e riscos à saúde, visto que os modelos de referência, quase inatingíveis, distantes da realidade da maioria das pessoas, geram estresse, ansiedade e insatisfação com o corpo.

Face a todas as premissas aqui expostas, fica evidente que diagnosticar a AFRS e o crescimento físico em adolescentes, constituindo-se num importante indicador da saúde dentro do contexto no qual estão inseridos, além do estímulo a promoção da saúde desta faixa etária.

A realidade encontrada e comprovada é de uma rotina que leva o indivíduo a uma vida demasiadamente estática, o que leva a uma tendência sedentária na vida adulta e, consequentemente, a um nível maior de incidência de doenças crônicas não transmissíveis – DCNT, o que justifica a necessidade da prática regular de atividades físicas que proporciona benefícios para a saúde, além do bem estar diário.

No ano de 2010 analisaram dados de atividade física de adolescentes (13-15 anos de idade) de 105 países. Os achados mostraram que mais de 80% dos adolescentes não atendiam a recomendação de pelo menos 60 minutos diários de atividades físicas de intensidade moderada a vigorosa[1º].

No Brasil, em resposta a essas questões, dá-se a implantação do Sistema Nacional de Monitoramento da Saúde do Escolar, que surge como uma resposta ao Programa Saúde na Escola – PSE[11] instituído pelo Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, que tem como objetivo integrar as redes públicas de educação básica e de atenção à saúde nos territórios de responsabilidade das Equipes de Saúde da Família, com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde.Outro estudo realizado no Brasil, com abrangência nacional, é o Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes[12], realizado com cerca de 78 mil adolescentes de 12 a 17 anos, a prevalência de inatividade física no lazer foi de 54,3%, com predominância para o sexo feminino (70,7%). O conjunto de evidências sobre o tema indica que a prática insuficiente de atividade física ultrapassa os 50% e é mais prevalente entre jovens do sexo feminino em comparação com o masculino, sugerindo atenção especial à promoção da atividade física nesse segmento populacional.

Para que se pudesse ter acesso a alguma base de dados referente a este público de adolescentes, foi elaborada a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE[13], primeira iniciativa nacional, que perguntou diretamente aos adolescentes sobre fatores de risco e de proteção, constituindo num importante instrumento para subsidiar com informações os gestores, dando sustentabilidade ao Sistema Nacional de Monitoramento da Saúde do Escolar e apoiando as políticas públicas de proteção à saúde dos adolescentes.

Pioneira não só em seu objeto como em seu método, a PeNSE, já em sua primeira edição realizada em 2009, ousou lançar mão de tecnologias inovadoras, como o *Personal Digital Assistent (PDA)*, que permitiram que o escolar, de posse de um smartphone fornecido pelos profissionais credenciados, respondesse diretamente a um questionário eletrônico, sem que houvesse necessidade de interferência do entrevistador.

Tal método permitiu que a pesquisa fosse realizada simultaneamente por um grande número de escolares, de forma independente e espontânea, resguardada a privacidade e o sigilo das informações. Além disso, a PeNSE incorporou práticas participativas, ao incluir em seus trabalhos reuniões e discussões conjuntas entre representantes e gestores da Saúde e da Educação em diferentes esferas administrativas e de governo. Estas reuniões de esclarecimento e mobilização contaram com a participação dos responsáveis pela vigilância das doenças e agravos não transmissíveis dos estados e municípios envolvidos, além de diretores de escolas e representantes das Secretarias estaduais e Municipais de Educação, contribuindo para o êxito da pesquisa que em 2012, englobou 109.104 escolares de 2.842 escolas.

A PeNSE em 2012 incluiu uma amostra de escolas que permite a representação nacional e a estratificação para as Grandes Regiões do Brasil, passando a fornecer dados e indicadores mais adequados para retratar o país e que permitem comparabilidade com indicadores internacionais.

Foram abordados diversos temas e questões importantes para o conhecimento da saúde dos escolares, compreendendo: aspectos socioeconômicos; contextos social e familiar; hábitos alimentares; prática de atividade física; experimentação e consumo de cigarro, álcool e outras drogas; saúde sexual e reprodutiva; violência, segurança e acidentes; percepção da imagem corporal; trabalho entre escolares; hábitos de higiene; saúde mental; uso de serviços de saúde; prevalência de asma, dentre outros. Em alguns temas, novas perguntas foram adicionadas ou alteradas, no sentido de facilitar a obtenção das respostas e/ou adequá-las ao cálculo de indicadores e parâmetros internacionais.

Como consequência dessas evidências, instituições científicas de todo o mundo vêm trabalhando para definir a dose mínima de atividades físicas necessárias para derivar benefícios à saúde de adolescentes. A mais recente, publicada em 2001, segundo a OMS sugere que os jovens devam participar diariamente de atividades físicas de intensidade moderada a vigorosa por, pelo menos, 60 minutos todos os dias.

Apesar do reconhecimento da importância da atividade física como fator de promoção da saúde e de prevenção de doenças, a prevalência de exposição a

baixos níveis de atividade física é elevada e parece afetar pessoas de todas as idades.

1.4 Obesidade

Ogden et. al.[14] sugerem que as taxas de obesidade infantil nos Estados Unidos podem estar se nivelando ou começando a diminuir, apesar de a obesidade entre crianças e jovens ser um dos problemas de saúde pública mais persistentes nos Estados Unidos. Aproximadamente 22,8% de crianças de 2 a 5 anos, 34,2% de crianças de 6 a 11 anos e 34,5% de 12-19 anos de idade estão com sobrepeso ou obesos. A obesidade na infância é particularmente preocupante porque está ligada a problemas de saúde imediatos e a longo prazo e tende a persistir na idade adulta[5'6]. Se não forem revertidas, as atuais taxas de obesidade entre crianças e jovens dos Estados Unidos vai afetar dramaticamente a saúde pública bem no meio do século 21.

No Brasil, segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria[15], evidências indicam que a atividade física durante a infância e a adolescência pode contribuir para o enfrentamento da obesidade ao menos por três caminhos: I) A prática de atividade física na infância e adolescência que auxilia no equilíbrio do balanço energético e, consequentemente, na prevenção e tratamento da obesidade e de doenças relacionadas à obesidade nesta fase da vida; II) Estimular os jovens a serem ativos tornando-os futuros adultos ativos, aumentando o gasto energético durante todo o ciclo de vida; III) Jovens ativos possuem menor probabilidade de desenvolver obesidade e doenças relacionadas à obesidade na fase adulta.

1.5 Sedentarismo

No Brasil, de acordo com a região onde o levantamento foi realizado, de 39% a 93% dos adolescentes estão expostos a baixos níveis de atividade física. Isto é importante porque existem evidências sugerindo que a inatividade física e o sedentarismo são comportamentos independentes e têm diferentes efeitos sobre a saúde[16'17], apesar dos malefícios de ambos. Diante do exposto, existe uma relativa

escassez de estudos que analisem simultaneamente tanto o padrão de atividades físicas quanto a exposição a comportamentos sedentários.

A OMS tem utilizado os níveis de atividades físicas, ou sua ausência, como dados relevantes para o levantamento da saúde em diversos países. Mas apesar de grandes avanços nos métodos e técnicas, há ainda uma grande dificuldade para medir os dados com precisão. A PeNSE, por meio de seu método tecnológico, facilita a coleta de dados e uma posterior análise, detectando os fatores de risco à saúde e dando oportunidade de analisar e escolher as tomadas de decisões corretas no combate aos fatores de risco e aumentando os níveis de proteção à saúde dos adolescentes.

2 OBJETIVO

Observar e estimar a prevalência e os fatores de risco para estilo de vida sedentário de escolares brasileiros matriculados no 9º do Ensino Fundamental II, A realidade encontrada e comprovada é de uma rotina que leva o indivíduo a uma vida demasiadamente inativa, o que leva a uma tendência sedentária na vida adulta e, consequentemente, a um nível maior de incidência de doenças crônicas não transmissíveis – DCNT, o que justifica os benefícios para a saúde e o bem- estar decorrentes da prática regular de atividade física, pois existe uma relação inversa entre o nível de atividade física e o risco de ocorrência de diversas doenças crônicas não transmissíveis, como o câncer e a hipertensão.

Identificar ações que mobilizem os escolares brasileiros a uma vida ativa após detecção de fatores de risco, direcionando estratégias de prevenção profilática ao sedentarismo, estimulando a aquisição de hábitos saudáveis.

3 MÉTODOS

3.1 Desenho de estudo

Os métodos foram baseados em Severino et. al.[18], que afirma que o conhecimento dos fenômenos limita-se à expressão de uma relação funcional de causa e efeito que só pode ser mensurada com uma função matemática. Sendo assim, as leis científicas revestem-se de formulação matemática, resultando assim,

em uma relação quantitativa. Trata-se de um estudo baseado em dados secundários gerados pela PeNSE 2012, onde a população de estudo foi formada por escolares do 9º ano do Ensino Fundamental II (8ª série) das escolas públicas e privadas de todos os estados brasileiros e do Distrito Federal.

Trata-se de uma amostra representativa do Brasil, nas 5 macrorregiões, 26 capitais dos estados e no Distrito Federal (N=109.104). Para o plano amostral foi realizado uma estratificação com cada uma das 26 capitais estaduais e o Distrito Federal que foram definidos como estrato geográfico. Os demais municípios foram agrupados dentro de cada uma das cinco macrorregiões, formando outros cinco estratos geográficos.

A amostra de cada estrato foi alocada proporcionalmente ao número de escolas segundo a dependência administrativa das escolas (privada e pública). Para cada estrato, uma amostra de conglomerados em dois estágios foi selecionada do seguinte modo: no 1º estágio, escola; no 2º estágio, turmas elegíveis nas escolas selecionadas (9º ano do Ensino Fundamental II). Nos estratos formados pelos municípios que não são capitais, optou-se por agrupar os conglomerados seguindo critérios de homogeneidade e vizinhança em grupos de 300 a 600 turmas aproximadamente, selecionando-se uma amostra desses grupos em cada região, e em seguida selecionando as escolas. Para os municípios que não são capitais, as unidades primárias de amostragem foram os agrupamentos de municípios, e as unidades secundárias foram as escolas, e as turmas dessas escolas foram as unidades terciárias de amostragem. Em ambos os casos, todos os alunos das turmas selecionadas presentes no dia da coleta de dados formaram a amostra de estudantes e foram convidados a participar da pesquisa. Foram excluídas do cadastro as escolas com menos de 15 alunos da série desejada, pois, ainda que representasse cerca de 10% das escolas, totalizavam menos de 1% do total de alunos. Não houve coleta de dados realizada pelos pesquisadores deste projeto, sendo todas as informações utilizadas fornecidas pela Pense 2012.

Os pesquisadores de campo da Pense 2012 visitaram as escolas selecionadas e instruíram os alunos a como responder um questionário estruturado autoaplicável que foi inserido em smartphone fornecido pelos pesquisadores, com cerca de 120 perguntas.

Dentre as questões incluídas havia 11 relacionadas à atividade física e caracterizadas pela intensidade das práticas executadas (nº de horas ou de dias), perguntas estas pertinentes a este projeto. As respostas referentes à atividade física foram compiladas com base na criação de um perfil de práticas executadas em quatro níveis de intensidade (ativo, moderadamente ativo, insuficientemente ativo ou inativo).

3.2 Análise Estatística

Os dados foram apresentados utilizando estatística descritiva com médias e desvio padrão e prevalências com intervalo de confiança. O cálculo antropométrico foi baseado na informação dada pelo aluno, sendo o padrão de referência o da OMS[19] e os desvios nutricionais foram expressos em score z para os indicadores peso para idade (P/I), peso pela estatura (P/E), índice de massa corporal para idade (IMC/I), estatura para idade (E/I). A estatística analítica foi utilizada de forma bivariada ou múltipla, de acordo com a possibilidade relacionada à distribuição das variáveis da amostra. As informações coletadas foram digitadas em banco de dados eletrônico e foi realizada a análise de consistência interna antes de serem liberadas para o cálculo das estimativas e associações. Para tanto, foi utilizado o software estatístico STATA 14 e foram consideradas associações estatisticamente significantes, aquelas com valores de $p < 0,05$ (erro alfa máximo de 5%).

3.3 Aspectos Éticos

Participaram da pesquisa os alunos cujos pais concordaram e assinaram o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, sendo que a pesquisa não oferecia constrangimento à saúde do escolar, mas poderia suscitar sensibilidade, por parte do aluno, a alguma questão investigada. Desse modo, medidas foram tomadas para proteger o adolescente e deixá-lo confortável. A participação foi voluntária e o estudante tinha a possibilidade de deixar de responder qualquer pergunta ou todo o questionário.

As informações do estudante são sigilosas e a escola também não foi identificada. A realização da pesquisa foi precedida de contato com as Secretarias

Estaduais e Municipais de Educação e com a direção das escolas selecionadas em cada município. A PeNSE foi aprovada pelo Conselho de Ética em Pesquisas do Ministério de Saúde, sob o parecer nº 192/2012, referente ao registro nº 16805 do CONEP/MS, em 27/03/2012. O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Santo Amaro – UNISA, parecer nº 1.803.746.

4 RESULTADOS e DISCUSSÃO

A atividade física auxilia no desenvolvimento do adolescente e na redução dos riscos de futuras doenças, além de exercer importantes efeitos psicossociais. Ainda existem, porém, vários mitos acerca da prática de exercícios físicos na adolescência e inúmeras dúvidas quanto à influência exata da mesma em fenômenos como o crescimento esquelético e a maturação biológica. Pelo lado negativo, a atividade física nesta faixa etária não é isenta de riscos, sendo que estes envolvem desde lesões corporais até deficiências nutricionais. Pelo lado positivo, é um importante auxiliar para o aprimoramento e desenvolvimento do adolescente, nos seus aspectos morfofisiopsicológicos, podendo aperfeiçoar o potencial físico determinado pela herança e preparar o indivíduo para um aproveitamento melhor de suas possibilidades. Paralelamente à boa nutrição, a adequada atividade física deve ser reconhecida como elemento de grande importância para o crescimento e desenvolvimento normal durante a adolescência, bem como para diminuição dos riscos de futuras doenças.

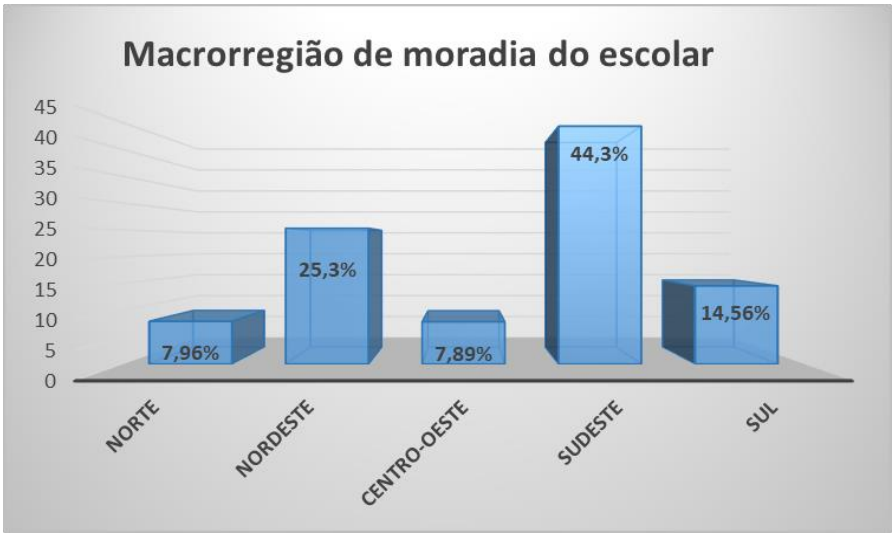
Quanto à região de moradia, evidencia-se um fator de grande relevância na análise de condições à pratica de atividade física. Em Pesquisa Global de Saúde Estudantil - PGSE[20] entre 2003 e 2007, Peltzer K.[21] constatou que em oito países africanos a prevalência de inatividade física foi de 85,8% entre adolescentes. Al Shuhi et al.[22] encontraram uma prevalência de inatividade física de 81% em análise em dez países do Mediterrâneo Oriental, e entre crianças de 10 a 17 anos na Malásia, 57,3% estavam fisicamente inativas.

Fazendo uso dos resultados da análise estatísitica dos dados da PeNSE 2012 da realidade nacional, um dos preditores de importância significativa foi a região de moradia do escolar, que, aparentemente interfere substancialmente na qualidade de vida das pessoas.

Analisando os dados obtidos pela PeNSE, foi utilizada como referência a Região Sudeste, por apresentar um maior número de amostras e ser o maior centro urbano do país, destacando a Região Nordeste como fator de risco à inatividade e a Região Sul como fator de proteção ao sedentarismo.

A seguir, o gráfico 1 apresenta os percentuais da amostra divididos pelas 5 mcroorregiões, destacando a Região Sudeste como referência por conter a maior quantidade da população estudada.

Gráfico 1 - Prevalências das características epidemiológicas de escolares brasileiros matriculados no 9º ano do Ensino Fundamental II por macrorregiões.



Fonte: O autor (2017)

A tabela 1 apresenta a análise de Odds Ratio (OR) cru e ajustado sobre a inatividade dos escolares segundo as macrorregiões, destacando a região Nordeste como potencial fator de risco e a Região Sul como fator de proteção.

Tabela 1 – Comparativo de coeficientes de escolares inativos nas diversas macrorregiões do Brasil.

Variáveis	Categorias	%	OR cru(p)	OR ajustado (p)
Macrorregião de moradia da criança	Norte	6,98	1,24 (0,168)	1,19 (0,169)
	Nordeste	10,32	**1,85 (<0,001)**	**1,72 (<0,001)**
	Centro-Oeste	5,61	1,03 (0,763)	1,05 (0,591)
	Sudeste	5,73	**1,00**	**1,00**

Sul	3,26	**0,58(<0,001)**	**0,57(<0,001)**

Fonte: O autor (2017)

Outro dado alarmante vem de uma das diversas pesquisas da OMS em adolescentes com idade inferior a 15 anos, onde constatou-se que dois terços desses adolescentes não cumpriam as linhas mínimas de recomendações de atividade física, ou seja, uma hora ou mais de atividade, a uma intensidade no mínimo moderada, em cinco ou mais dias de semana.

Kuntlezman & Reiff[23] afirmam que as crianças e adolescentes de hoje estão mais sedentárias e alguns fatores relacionados à redução na prática de exercícios nessa faixa etária são citados por Harsha et. al.[24]: uso da televisão, computador e vídeo games como forma de diversão; preocupação dos pais em relação à segurança dos filhos e desinteresse das escolas em promover atividades físicas diversificadas. Alves et al.[25] verificaram ainda que 42,5% dos adolescentes começaram a desenvolver algum tipo de atividade física antes dos 12 anos de idade, 51% entre 12 e 16 anos e 6,5% após os 16 anos. 47% mencionaram interrupção na prática de atividade física, sendo que esta ocorreu predominantemente após os 15 anos. Segundo os autores, o início da atividade esportiva, na maioria dos casos, provavelmente coincidiu com o estirão de crescimento. É nesta fase que os garotos adquirem habilidades físicas, motoras e sociais que os tornam cada vez mais aptos e envolvidos com a prática de esportes. Segundo Furter et. al.[26] "é o esporte que manifesta o movimento centrífugo da atividade juvenil, enquanto o universo lúdico da criança é essencialmente centrípeto".

Rocket et al.[27] em estudo prospectivo de um ano com pré-adolescentes e adolescentes de ambos os gêneros, constataram que, ao final desse período, os que dedicaram mais tempo à atividades de tela (TV, computador, tablete, smartphone, etc) tiveram aumento significativamente maior no IMC. Estudando 391 adolescentes do Rio de Janeiro, Fonseca et al.[28] constataram que as horas de TV e/ou videogame estavam significativamente associadas ao IMC. Dietz & Gortmaker[29] também demonstraram que o ato de assistir à TV possui relação linear com a prevalência de obesidade na infância e adolescência.

Denadai et al.[30] estudaram os efeitos do exercício moderado e da orientação nutricional sobre a composição corporal de adolescentes obesos avaliados por densitometria óssea. Os resultados deste estudo sugeriram que o exercício aeróbio e a orientação nutricional podem promover importantes adaptações sobre a composição corporal destes indivíduos, atenuando os efeitos adversos decorrentes da obesidade, constatando que exercício físico e controle alimentar combinados e adotados de forma gradual proporcionam redução de gordura corporal e aumento de massa magra.

Browneel et. al.[31] afirmam que, além dos benefícios fisiológicos, o exercício físico gera efeitos psicológicos positivos, tais como melhora do humor, redução do estresse, aumento da autoestima devido à melhora da autoeficiência e esquemas cognitivos que favorecem o raciocínio otimista.

Segundo French et al.[32] a prática de esportes pode representar fator de proteção para o desenvolvimento de transtornos alimentares, como a anorexia e a bulimia, talvez devido ao fato de elevar a autoestima e o apoio social e diminuir a sensação de depressão e estresse. Esses autores identificaram em seu estudo que a prática de atividade física estava relacionada a um padrão e preferências alimentares mais adequados.

Wardley et al.[33] afirmam que a realização de exercícios prolongados ou vigorosos que excedam a 10 horas semanais sem uma correta reposição nutricional e de calorias pode acarretar sérios riscos ao organismo do adolescente.

A prática de atividade física periódica é a forma mais eficaz para prevenir a maioria das doenças crônicas, incluindo doenças cardiovasculares e diabetes[34], além de ajudar na estruturação óssea e músculos saudáveis, controlar o peso, reduzir a pressão arterial, garantir um perfil de sangue saudável, reduzir a gordura sarturada e trans e promover o bem-estar psicológico[35].

Segundo a OMS estima-se que aproximadamente 60% da população mundial não pratica atividade física nos níveis mínimos necessários para a manutenção de saúde e os comportamentos de atividade física que são adquiridos na infância e adolescência são mantidos para o resto da vida, bem como o comportamento sedentário que é adotada durante a juventude se perpetue no futuro[36].

Segundo Barbosa et. al.[37],14% dos adolescentes brasileiros praticam esportes, em nível competitivo, com dedicação aos treinamentos e aumento de carga dedicada, contribuindo para o adolescente se fixar no esporte de uma maneira definitiva, com repercussões positivas para sua vida. Por outro lado, caso não se alcance os resultados esperados por ele, pode haver um desânimo e abandono ou ainda levar a um aumento nos riscos envolvidos nos treinamentos. Segundo o autor, a prática esportiva não deve impedir o desenvolvimento de outras potencialidades do adolescente nos campos da cultura, música, artes e comunicação social. O esporte encarado como única ou principal atividade pode ser maléfico, devido à pressão no sentido do esforço exagerado, provocando ansiedade pelos treinamentos e competições, causando um desequilíbrio com relação as suas satisfações físicas e emocionais.

Para que se efetive uma prática esportiva saudável, é necessário que o ambiente que cerca o adolescente esteja em condições favoráveis e nem sempre isso é visto. Diversos fatores podem interferir na qualidade de vida do adolescente, criando obstáculos no seu cotidiano que façam com que o mesmo abandone a prática esportiva e torne-se sedentarismo. O nível socioeconômico é uma determinante que tem sido referenciado como modulador da prática de atividade física e de aptidão física relacionada à saúde. Melhores condições socioeconomicas podem facilitar o acesso à instituições organizadas de prática de esporte (academias, clubes, dentre outros); além disso, jovens pertencentes a classes sociais mais elevadas, em geral, limitam-se ao desenvolvimento de atividades estudantis, o que poderia justificar um maior tempo disponível para lazer; associando-se melhores condições sociais com melhor nível cultural, pode-se pensar que tais indivíduos estariam mais preocupados em desenvolver atividades físicas de forma regrada, visando à promoção da saúde[38].

Alves et al.[38] não observaram correlação significativa entre padrão socioeconômico e prática de atividade esportiva, apesar de que melhores condições sociais estavam associadas à maior frequência de prática sob a forma de treinamento.

Segundo Seabra et al.[39], existe associação positiva entre o nível socioeconômico e o engajamento em prática de atividades físicas. Assim, o suporte

social, o local de moradia, o IDH da cidade, a renda dos pais e o tipo de escola em que se estuda representam desigualdades sociais na oportunidade da prática esportiva e no aprimoramento da aptidão física.

Os resultados dos níveis de atividade física de escolares de acordo com o *International Physical Activy Questionare-IPAQ*[40], mostraram que: (35,1%) são muito ativos, (32,8%) são ativos, (30,5%) são irregularmente ativos e (2%) são sedentários. De acordo com a tabela desenvolvida pela ABIPEME- Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado[41], a classificação socioeconômica de escolares apresentou predominantemente pertencentes à classe C (63,3%), seguido da classe B (26,7%), classe D (9,1%), classe A (0,7%) e nenhum escolar foi classificado pertencente a classe E. Conclui-se, portanto, que quanto maior o nível socioeconômico maior o nível de atividade física; na classe B o nível de muito ativos foi mais que o dobro em relação aos da classe C (54,3% e 25,3% respectivamente), enquanto que nas classes de baixo nível socioeconômico os valores foram equivalentes em termos de muito ativos e irregularmente ativos (41,6% e 41,6% respectivamente). A classe C, de maior prevalência da pesquisa, apresentou valores similares em termos ativos e irregularmente ativos (38,5% e 35,5% respectivamente), e (0,7%) de sedentários.

Em um estudo representativo da população de Barcelona, abrangendo indivíduos acima de 13 anos, Dominguez-Berjón et al.[42] também observaram uma relação direta entre classe social e prática usual de atividade física entre os indivíduos do sexo masculino, ou seja, o hábito de fazer exercícios era menos comum nas classes sociais mais baixas.

Como parte de programas da Escola Promotora de Saúde, as escolas podem e devem oferecer oportunidades de atividades físicas durante o horário escolar, principalmente nas aulas de Educação Física, e fora do horário escolar, para que todos os estudantes possam praticar esportes, pois ajudam as crianças a ficarem alertas e concentrarem-se melhor, pois está cientificamente comprovado que alunos fisicamente ativos são mais propensos a obter melhores resultados acadêmicos[43].

Priore et. al.[44]**,** em seu estudo com adolescentes de 12 a 18 anos estudantes da rede pública do município de São Paulo, encontraram que cerca de 93%

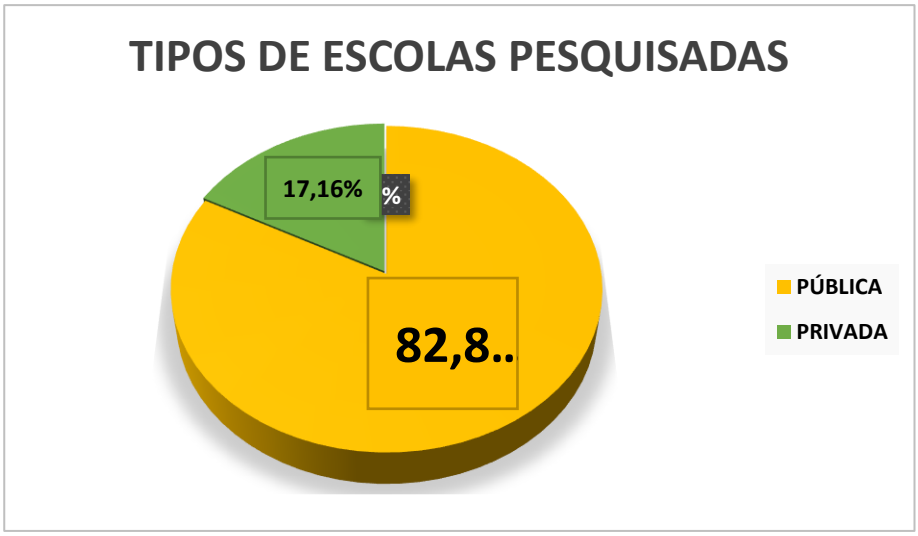
participavam de aulas de educação física. Destes, 24,8% também desenvolviam outras atividades desportivas. Do total de avaliados, 24,4% realizavam atividades físicas extracurriculares; destes, 93,6% realizavam duas ou mais vezes por semana e 5,1% as mantinham nos finais de semana. Também foi constatado que 23,4% realizavam duas ou mais modalidades desportivas diferentes durante a semana. Os estudantes que não participavam de aulas de educação física alegaram como motivo a falta de disposição do responsável pela aula e/ou da escola em integrá-los com o conteúdo da prática esportiva e com os demais colegas. Frente ao descompasso verificado entre as aulas de educação física e o desejo dos adolescentes com relação a este tipo de atividade, os autores reforçam a necessidade de maior integração entre a escola e o aluno neste aspecto. No adolescente, especificamente, a Educação Física engloba um esforço de adaptação ao corpo e uma reflexão de comportamento corporal. Assim, ela não deve se limitar ao desenvolvimento muscular, e sim levar ao reconhecimento da importância da forma, da dinâmica e do estilo do movimento. O corpo não pode ser considerado apenas um conjunto de ossos e músculos a serem treinados, mas como a totalidade do indivíduo que se expressa por meio de movimentos, sentimentos e atuações no mundo. Assim, a Educação Física deve levar o adolescente a um dispêndio de energia em atividades prazerosas e recreativas, permitindo o relaxamento, a possibilidade de perceber o corpo e saber controlá-lo, estimulando a convivência em grupo e a obter um relacionamento intenso com seus pares. As atividades devem ser motivantes e participativas e o corpo, um instrumento de contato com os outros. A Educação Física deve promover a obtenção de um acervo corporal que lhe será útil na sua vida em sociedade, ajudando-o a descobrir a pluralidade e a riqueza de movimentos que o seu corpo lhe possibilita. Por fim, deve aliar o cognitivo ao afetivo-vivencial, permitindo a continuidade de seu desenvolvimento global[45]. Em relação aos adolescentes que trabalham, o autor argumenta que a prática da Educação Física pode contribuir com aspectos que o trabalho e outras matérias escolares, quer isoladamente, quer conjuntamente, não desenvolvem. Desta forma, estes adolescentes não só não podem se privar dessa prática, como devem beneficiarem-se intensamente dela, proporcionando o desenvolvimento físico e mental que assegurará o equilíbrio orgânico, melhorando a aptidão física e estimulando o espírito comunitário, por meio de exercícios em grupo, a criatividade e outros aspectos que concorrem para completar a formação integral da personalidade do

indivíduo[46,47]. Neste sentido, *Barros et. al.*[48] alertam para a importância de se recuperar o sentido educativo da atividade física/esporte e estimular as iniciativas comunitárias voltadas para o esporte como lazer.

Apesar do número considerável de estudos realizados no Brasil abordando a AFRS, observa-se uma ausência de estudos que analisem a aptidão física de adolescentes que vivem em áreas com médio/baixo índice de desenvolvimento humano. Como essas áreas são típicas no Brasil, investigar a AFRS desses adolescentes poderá servir como ponto de partida para o desenvolvimento de programas de promoção da saúde. A melhoria da AFRS pode prevenir algumas das principais causas de morbimortalidade na população brasileira, resultando na diminuição direta dos gastos públicos com cuidados médicos e melhoria da qualidade de vida.

O gráfico 2 apresenta os percentuais da amostra estudada segundo o tipo de escola, pública ou privada.

Gráfico 2 – Prevalências das características epidemiológicas de escolares brasileiros matriculados no 9º ano do Ensino Fundamental II por tipos de escola.



Fonte: O autor (2017)

A tabela 2 estabelece apresenta a análise de OR cru e ajustado pelo tipo de escola.

Tabela 2 – Comparativo de coeficientes de escolares inativos conforme o tipo de escola.

Variáveis	Categorias	%	OR cru (p)	OR ajustado (p)
Tipo de escola	Pública Privada	7,13 4,17	**1,24(0,001)**	**1,16(0,020)**

Fonte: O autor (2017)

Outro fator determinante nos níveis de atividade física relacionadas à saúde é o gênero. Guthold et al.[49] encontraram entre os adolescentes que frequentam a escola (13-15 anos) em 34 países, principalmente de baixa e média renda, que participaram da Pesquisa Global de Saúde Estudantil- GSHS[20] entre 2003 e 2007 que, em geral, 76,2% dos meninos e 84,6% das meninas eram fisicamente inativos, não atendendo às recomendações da OMS, mostrando que, hoje em dia, menos de

um terço de todas as crianças e adolescentes atendem às diretrizes atuais de atividade física.

Em outro estudo, Tergerson e King[50], estudaram 535 adolescentes escolares (245 meninos e 290 meninas) e os resultados indicaram que entre as meninas a barreira mais relatada para se exercitar foi a “falta de tempo para o exercício”, enquanto para os meninos foi “preferir utilizar o tempo para fazer outras coisas”.

Em um levantamento longitudinal de três anos realizado por Kimm et al.[51], com 2.379 meninas, foi observado que entre as 10 barreiras investigadas, “preferir fazer outras coisas ao invés de se exercitar” foi a principal preditora de menores níveis de atividade física, indicando que as barreiras de caráter individual ou pessoal parecem ser mais consistentemente associadas com menores níveis de atividade física entre adolescentes, onde 60% citaram ainda a “falta de tempo” como a principal barreira para a participação em atividades físicas, seguida de “cansaço excessivo” e “a falta de interesse”. Outro estudo acompanhou meninas adolescentes com risco de comportamentos sedentários e sobrepeso e identificou que os dois fatores mais consistentemente associados com mudanças na atividade física foram ausência de tempo e suporte de pessoas (companhia) para a prática de atividade física.

Com escassas evidências na literatura brasileira e as barreiras sendo fortes determinantes na participação de atividades físicas, é importante a realização de estudos com adolescentes que procurem elucidar quais as principais barreiras e a partir destas informações contribuir com recomendações para o aumento de comportamentos fisicamente ativos na população jovem.

De maneira geral, os meninos tendem a possuir maiores níveis de atividade física quando comparados com as meninas, já existindo algum consenso na literatura de que esta diferença pode ser explicada por fatores socioculturais. Desde as idades mais precoces, já é concebida a ideia de que homens e mulheres possuem papéis diferentes na sociedade, sendo os homens mais tradicionalmente caracterizados por tarefas voltadas ao trabalho e atividades manuais enquanto as mulheres são caracterizadas para atividades familiares e tarefas domésticas. Esta diferença pode ainda ser maior quando o instrumento utilizado para avaliar a atividade física não contempla atividades ocupacionais, tarefas domésticas,

transporte ou atividades familiares. No entanto, mesmo quando são utilizados métodos objetivos para avaliar atividade física, os meninos são mais fisicamente ativos do que as meninas.

A grande maioria dos estudos realizados tem mostrado que o sexo masculino é fisicamente mais ativo que o feminino[52'53]. As diferenças que se registram entre sexos estão algo dependentes do tipo e da intensidade da atividade física realizada. Diversos estudos epidemiológicos descritivos, reconhecem um envolvimento superior dos meninos em atividades físicas de natureza desportiva e de intensidade vigorosa[54'55], contrariamente às meninas que parecem mostrar prevalências superiores de participação em atividades físicas de lazer e de baixa intensidade[56]. As razões para as diferenças na participação em atividades físicas de tipo e intensidade variados não são claras. Diversos autores referem a existência de fatores de aspecto social e biológico com potencialidade para condicionar a atividade física. Segundo Wold & Hendry[57], o maior envolvimento dos meninos pode ser explicado em parte por aspectos de natureza sociocultural. Enquanto os meninos eram desde as idades mais baixas orientados para atividades de âmbito laboral, as meninas eram direcionadas para a família e para atividades de expressão. Weinberg & Gould[58], reforçam esta ideia ao relatarem que, desde o nascimento, as meninas e os meninos são tratados de forma diferente pelos adultos e pela sociedade, tendo os meninos uma maior permissão para explorar o seu ambiente físico. Estes autores salientam ainda que, durante dé- cadas, a sociedade não atribuía ao sexo feminino o mesmo estatuto social do masculino visto não considerar aceitável a participação de meninas em atividades com elevadas exigências físicas e em que o contacto corporal estivesse presente, pois poderia comprometer a sua feminilidade. Do mesmo modo, McKenzie et al.[59] destacam que a maior participação em atividades desportivas dos meninos poderá resultar do maior número de reforços positivos de incentivo à sua prática que recebem durante o período escolar e fora dele nos clubes e associações desportivas. Outras explicações avançadas para o menor envolvimento desportivo das meninas são as diferentes concepções do corpo, capacidades e atitudes necessárias à prática de atividades desportivas[60]. Do ponto de vista sociocultural, a concepção do corpo que está normalmente associada ao desporto não se enquadra muito bem nos modelos femininos atuais da corporalidade. Efetivamente, o corpo ideal feminino caracteriza-se pela graciosidade,

elegância, beleza e relativa fragilidade, o que parece não se ajustar às imagens do corpo desportivo. Pelo contrário, um corpo musculado, forte, resistente e "agressivo", característico do sexo masculino, parece estar associado aos ideais de sucesso da grande maioria das modalidades desportivas. Esses fatores levam a que as meninas coloquem algumas reservas acerca da possibilidade da prática desportiva intensa afetar a sua feminilidade[58]. Para além de fatores de âmbito social, as diferenças entre sexos podem ser igualmente devidas a fatores biológicos. Bar-Or & Rowland[61] relatam que o aumento da gordura corporal, o alargamento pélvico, bem como o desconforto do período menstrual poderão ser razões suficientes para o menor envolvimento em atividades físicas por parte das meninas. Em suma, ainda que exista alguma evidência da maior participação dos meninos em atividades físicas, especialmente as de âmbito desportivo e de intensidade vigorosa, e das meninas em atividades de lazer e de baixa intensidade, de uma forma geral observa-se um maior envolvimento do sexo masculino em atividades físicas. A presença deste dimorfismo sexual deve ser seriamente considerada pelos gestores de programas de intervenção no amplo universo da Saúde Pública, particularmente a fim de eliminar preconceitos sociais sobre o papel da mulher na prática de atividade física generalizada, culturalmente referenciada e prestigiante do ponto de vista pessoal.

No presente estudo, a barreira "falta de companhia dos amigos" e "não ter alguém para levar", obtiveram a maior frequência de relatos entre os meninos. Esse resultado revela que o apoio social exerce importante influência no comportamento fisicamente ativo dos meninos.

As barreiras mais relatadas entre os meninos não foram as mais fortemente associadas com a inatividade física, apresentando um maior caráter social, enquanto que entre as meninas aparecem em destaque fatores mais cognitivos e ambientais. No entanto, as barreias mais prevalentes não foram as mais fortemente associadas com a atividade física.

De fato, "preferir fazer outras coisas", "ter preguiça" e não "ter como pagar" foram as três barreiras mais fortemente associadas entre os meninos. O estudo realizado por Brown et. al.[62], com adolescentes americanos, também demonstrou que a barreira mais fortemente associada com a atividade física entre adolescentes de ambos os gêneros foi a baixa motivação, seguida por falta de tempo.

Apesar destas evidências, são escassas as informações sobre a as barreiras mais relatadas entre os jovens brasileiros. Até o presente momento foi encontrado apenas um estudo científico sobre o tema na literatura brasileira[63]e a maioria das evidências disponíveis sobre a prevalência de barreiras para atividade física na população brasileira são oriundas de estudos realizados com adultos[64,65].

Contudo, quando são analisados estudos que testaram a associação entre barreiras e atividade física somente entre meninas os resultados são mais consistentes, monstrando existir uma associação de magnitude pequena para moderada. Entre os meninos parece que as intervenções devem incluir atividades que favoreçam o aumento das relações sociais, e entre as meninas é fundamental que as intervenções devam interferir na dificuldade encontrada para realizar os movimentos. Os resultados mostram que é muito importante que as intervenções sejam atrativas o suficiente para superar a preferência em fazer outras coisas e o fato de achar a atividade física “chata”. Entretanto, algumas questões não puderam ser mais bem exploradas no escopo do estudo, como a existência de reais barreiras para a atividade física e não apenas aquelas percebidas. Outro ponto importante a ser considerado é que as barreiras foram auto reportadas e, portanto, aspectos que se apresentem como motivos reais podem se confundir com possíveis “desculpas” relacionadas à prática de atividade físicas.

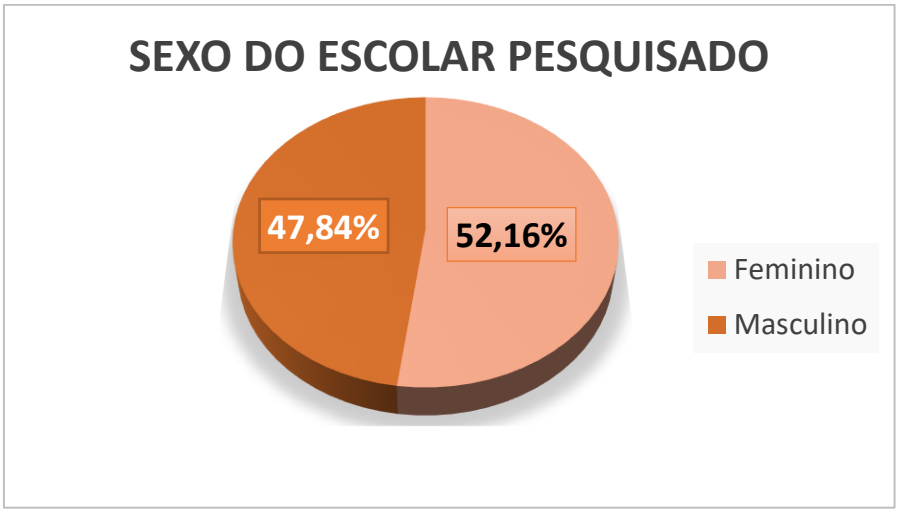
Os resultados desses estudos oferecem direcionamento para que profissionais de saúde e gestores de políticas de promoção da atividade física possam desenvolver estratégias de intervenção direcionadas às barreiras mais frequentes entre os jovens e, portanto, com maior chance de efetividade.

Uma parcela considerável da atividade física praticada por meninos ocorre fora das escolas e academias, sendo realizada no bairro, no deslocamento para a casa dos amigos, no trajeto casa-escola e em outros percursos feitos a pé ou de bicicleta. Os meninos possuem claramente mais liberdade de ir e vir do que as meninas, de tal modo que, comparados às meninas, deslocam-se para locais mais distantes do domicílio. As meninas passam por um processo semelhante de negociação, mas as suas chances de sucesso são menores. Geralmente, elas recebem autorização para deslocamentos maiores quando estão acompanhadas de amigas, visto que, nesse caso, alguns perigos da rua podem ser minimizados. A imposição das mães para

que as meninas se restringissem ao espaço da casa ou da vizinhança reflete a rua como um espaço mais masculino. Casa e rua são duas categorias sociológicas bastante trabalhadas no Brasil[66].

O gráfico 3 apresenta os percentuais da amostra segundo o sexo dos escolares estudados.

Gráfico 3 – Prevalências das características epidemiológicas de escolares brasileiros matriculados no 9º ano do Ensino Fundamental II por sexo.



Fonte: O autor (2017)

A tabela 3 estabelece a análise de OR cru e ajustado segundo o sexo dos escolares.

Tabela 3 – Comparativo de coeficientes de escolares inativos conforme o sexo.

Variáveis	Categorias	%	OR cru (p)	OR ajustado (p)
Sexo da criança	Feminino Masculino	8,90 4,15	2,29 (<0,001)	2,30 (<0,001)

Fonte: O autor (2017)

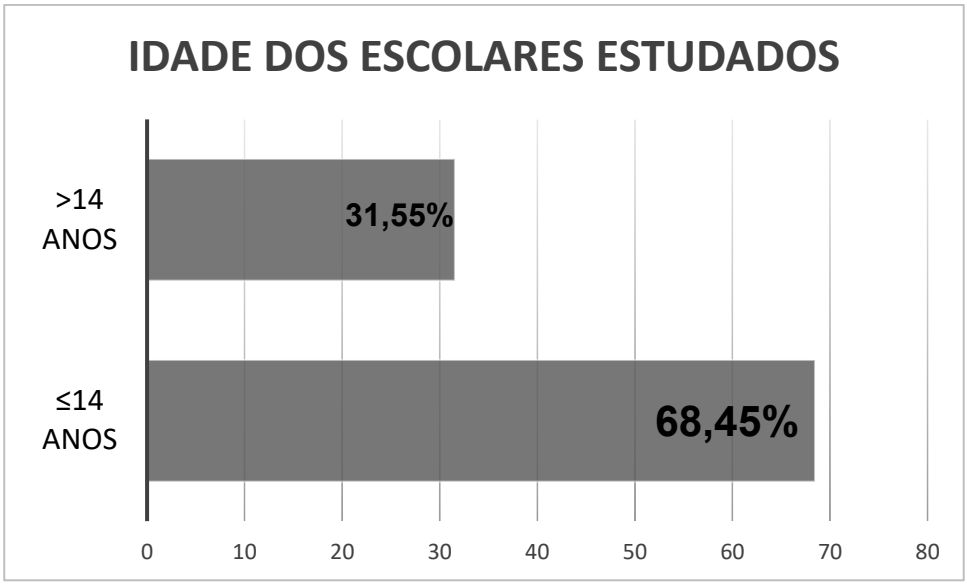
Entre 10 e 11 anos de idade, os adolescentes sentem que as exigências em relação a brincar e praticar esportes se modifica, pois ingressam em uma fase do aperfeiçoamento desportivo, onde a criança já experimenta e participa plenamente de ações baseadas na cooperação e colaboração. Neste caso, o jogo assume um aspecto sócio-desportivo, em que seus participantes interagem desempenhando um papel definido a ser cumprido. O objetivo dessa etapa é introduzir os elementos técnicos fundamentais, táticas gerais e regras através de jogos educativos e

contestes e atividades esportivas com regras. Para o autor, essa é considerada uma excelente faixa etária para o aprendizado. Assim, as atividades físicas esportivas a serem oferecidas nessa faixa etária devem ter o intuito de ampliar o repertório de movimentos dos fundamentos básicos dos diversos esportes e, também, instrumentalizar as crianças com elementos psicossociais que permitam a socialização e as ações cooperativas através de jogos e brincadeiras[63]. Apesar disso, o estudo de Hallal et al.[67]em adolescentes brasileiros de 10-12 anos de idade mostrou prevalências de sedentarismo (menos de 300 minutos de atividade física por semana) de 58%.

Segundo Bailey et al.[68]**,** a associação de comportamento sedentário (ACS) com doenças metabólicas tem sido cada vez mais estudada nos últimos anos, com especial atenção para crianças e adolescentes, pois a tendência observada na diminuição da atividade física relacionada à saúde (AFRS) está ligado ao aumento da idade em escolares, conforme os estudos de Nilsson A. et al.[69]**,** que relacionou atividade física objetivamente avaliada e do tempo sedentário em crianças, e o de Nader et. al.[70]**,**que mensurou os níveis de atividade física moderada a vigorosa de 9 a 15 anos. Estes estudos são de suma importância pois trazem à tona a realidade que crianças mais jovens são, em geral, mais ativas, independentemente do sexo.

O gráfico 4 apresenta os percentuais dos escolares estudados pela idade, estabelecendo o padrão de 14 anos ou menos e acima da idade.

Gráfico 4 – Prevalências das características epidemiológicas de escolares brasileiros matriculados no 9º ano do Ensino Fundamental II por idade.



Fonte: O autor (2017)

A tabela 4 estabelece a análise de OR cru e ajustado relativo à idade dos escolares.

Tabela 4 – Comparativo de coeficientes de escolares inativos conforme a idade.

Variáveis	**Categorias**	**%**	**OR cru (p)**	**OR ajustado (p)**
Idade da criança	>14 anos	8,66	1,50 (<0,001)	1,42 (<0,001)
	≤14 anos	5,69		

Fonte: O autor (2017)

Dentre os diversos fatores que interferem nos resultados da PeNSE, a família é um preditor importante pois é considerada como uma das instituições tradicionais de educação que mais influencia no envolvimento e participação de crianças e adolescentes em comportamentos saudáveis, apresentando uma estreita associação entre as atividades desenvolvidas pelos seus progenitores e suas

características (nível de escolaridade) e a de seus descendentes. Segundo Ducan et al[71], muitos dos comportamentos saudáveis são iniciados e mantidos no contexto familiar, podendo a família (pais e irmãos) ser considerada como um dos principais fatores de âmbito social capaz de influenciar nos comportamentos dos adolescentes. A família, como instituição social, representa o modelo pelo qual valores, comportamentos e atitudes são transmitidos ao longo do tempo, consolidando a incorporação de elementos que irão moldar a personalidade e o caráter, pois a convivência aliada ao diálogo, críticas, elogios e censuras representam os fatores que influenciam constantemente a autoestima do adolescente.

Apesar disso, a grande maioria das pesquisas identifica a existência de agregação familiar nos hábitos de atividade física de adolescentes, independentemente do sexo dos progenitores, mostrando que pais fisicamente ativos tendem a ter descendentes igualmente ativos, tendo um impacto substancial no envolvimento, interesse e participação em atividades físicas dos seus descendentes.

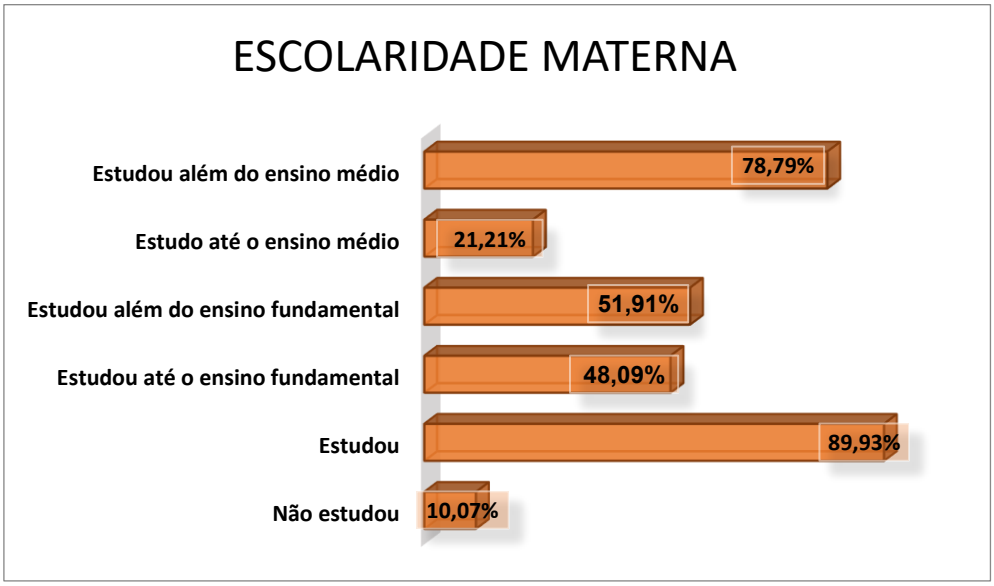
Na literatura encontram-se descritos diferentes mecanismos pelos quais a família poderá promover os hábitos de atividade física dos adolescentes. Segundo Taylor et al.[72], os progenitores podem promover ou limitar a atividade física dos seus descendentes de uma forma direta e/ou indireta. Por um lado, têm a possibilidade de condicionar o acesso a equipamentos e a envolvimentos que facilitam a prática de atividade física; por outro, podem funcionar como modelos de participação nessas atividades. A modelação é um conceito central na teoria da aprendizagem social que considera que os seres humanos podem aprender mediante observação dos comportamentos dos outros. A aplicação desse conceito ao domínio da atividade física resulta na hipótese de que os adolescentes cujos pais participam de atividades físicas têm maior probabilidade de serem igualmente ativos.

Hallal et al.[73]**,** constataram que o envolvimento e a participação da família e dos pares em atividades físicas parecem estar positivamente associada à atividade física de adolescentes, pois a família é consensualmente considerada como o primeiro e o principal agente de socialização na transmissão de comportamentos e estilos de vida ativos. Os estudos de Sallis et al.[74] e Bauman et al.[75] reforçam a ideia de que durante a primeira década de vida que a influência da família na atividade

física melhor se expressa por meio da modelação de interesses e habilidades, no reforço de comportamentos e no possibilitar o acesso às atividades. A entrada na adolescência tende a ser um período crítico de afirmação, de autonomia e de independência em que os jovens tendem a “ignorar” os conselhos, os valores e as atitudes dos seus pais, dando provavelmente mais relevância aos hábitos e comportamentos dos seus pares ou de outros agentes socialmente relevantes.

O gráfico 5 apresenta a relação em percentuais da escolaridade das mães dos escolares da amostra.

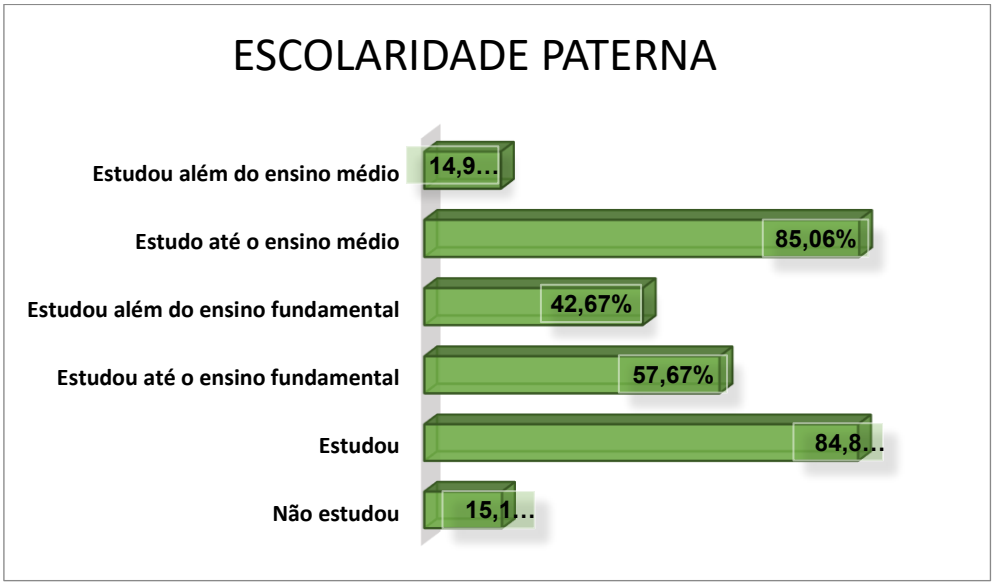
Gráfico 5 – Prevalências das características epidemiológicas de escolares brasileiros matriculados no 9º ano do Ensino Fundamental II relacionado a escolaridade materna.



Fonte: O autor (2017)

O gráfico 6 apresenta a relação em percentuais da escolaridade dos pais dos escolares da amostra.

Gráfico 6 – Prevalências das características epidemiológicas de escolares brasileiros matriculados no 9º ano do Ensino Fundamental II relacionados a escolaridade paterna.



Fonte: O autor (2017)

A tabela 5 apresenta a análise de OR cru e ajustado dos escolares em relação aos pais e mães que estudaram ou não.

Tabela 5 – Comparativo de coeficientes de escolares inativos relacionado com a escolaridade dos pais.

Variáveis	Categorias	%	OR (p)	OR ajustado (p)
Escolaridade materna	Não estudou	12,5	2,01 (<0,001)	**1,47 (<0,001)**
	Estudou	5,89		
Escolaridade paterna	Não estudou	11,87	1,92 (<0,001)	**1,39 (<0,001)**
	Estudou	5,68		

Fonte: O autor (2017)

A alimentação, na qualidade dos alimentos e sua forma de consumo, é um preditor que influencia nos hábitos saudáveis dos adolescentes. O Brasil, por meio de sua política de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), tem realizado diversas ações, tais como o Plano Nacional de Produtos da Cadeia da Sóciobiodiversidade e a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. Nesse contexto, surge a questão dos alimentos tradicionais, os quais são consumidos localmente e negligenciados em termos de propriedades de saúde. De acordo com a definição acima, SAN está focado não só na erradicação da fome, mas também na garantia do exercício do Direito Humano à alimentação Adequada, o que significa que as pessoas têm acesso a uma dieta contendo não só uma quantidade adequada de calorias, mas também todos os micronutrientes (vitaminas, minerais) e outros compostos que são importantes para a saúde e nutrição. Além disso, essa dieta deve considerar o fator da cultura e do ambiente em que cada indivíduo está imerso. Na verdade, o valor nutricional de um alimento tem de ser considerado, mas o seu papel social e antropológico não pode ser esquecido[76].

Nos últimos anos, surgiu na Europa um movimento denominado *Slow Food* que pretende resgatar as tradições relacionadas ao alimento e a seu consumo. Tradições essas que estavam sendo esquecidas como, por exemplo, o prazer de se alimentar, utilizando produtos artesanais de qualidade especial, que são manufaturados de forma que se respeite tanto o meio ambiente quanto as pessoas responsáveis pela produção e os consumidores.

Diante desse quadro, o consumidor passou a buscar e a privilegiar a qualidade presente nos alimentos tradicionais. A busca por essa qualidade é tanto por uma questão de saúde, como também, pela qualidade simbólica presente nesses alimentos, como tradição, origens e raízes, pois esses alimentos trazem arraigados na sua constituição a história particular de uma comunidade, de um território, de um grupo ou de uma região que o fizeram como únicos. Os produtos tradicionais, também são denominados produtos com história, pois se constituem e fazem parte da história social de uma determinada cultura. Vindos de um longo tempo, através de gerações que os foram produzindo e recriando, esses produtos

marcam um processo que reúne relações sociais e familiares, num encontro entre o saber e a experiência; portanto, a produção desses alimentos é, ainda, uma arte construída ao longo do tempo através da tradição familiar[77]. Portanto, a produção desses alimentos seria uma alternativa para o desenvolvimento local, assegurando aos pequenos produtores a valorização de sua cultura, de sua história e de sua produção. Assim o objetivo desse artigo visa apresentar uma proposta de produção para o desenvolvimento de alimentos tradicionais baseada no modelo de Processo e Desenvolvimentos de Produtos Rurais (PDP-rural), proposto por Zuin & Alliprandini[78].

A redescoberta dos produtos tradicionais deve-se, em muito, a busca do consumidor por um alimento mais saudável, natural, saboroso e de origem conhecida, identificando nos alimentos tradicionais esse tipo de atributo, indicando que o consumidor se dispõe a pagar mais caro, caso seja necessário, por esse tipo de produto em relação a um similar industrializado[79].

A obesidade é considerada como um problema nutricional associada a uma alta incidência de doenças cardiovasculares, câncer e diabetes, influenciando, assim, o perfil de morbimortalidade das populações. Pelo menos 40% da população adulta brasileira apresentam excesso de peso e, ao mesmo tempo, a obesidade é encontrada em 8,9% dos homens adultos e 13,1% das mulheres adultas[80]. Vellasquez-meléndez et al.[81], descobriram que 33,6% das mulheres apresentavam síndrome metabólica em assentamentos rurais do Vale do Jequitinhonha.

Isto ilustra a importância de se estudar a relação entre o aumento do consumo de frutas e do estado nutricional e de saúde[82]. Frutas e legumes, em geral, têm desempenhado um papel importante na prevenção de Doenças Crônicas Não Tranmissíveis - DCNT. Com base na discussão acima e com o objetivo de apoiar a cadeia de alimentos tradicionais brasileiros, ações devem ser realizadas para reunir diferentes áreas do conhecimento científico de forma interdisciplinar, integrando também questões relativas a aspectos ambientais, econômicos, nutricionais e de saúde.

Quanto aos hábitos alimentares, fator preponderante e influenciador nos níveis de sedentarismo, devem ser observados fatores como a ingestão de alimentos

tradicionais e a frequência semanal em que o escolar participe de almoço ou jantar com pai, mãe ou responsável.

No Brasil, as pesquisas normalmente avaliam o consumo de alimentos e de nutrientes em diferentes populações e localidades, mas sem o devido aprofundamento na avaliação dos fatores que são determinantes para a escolha, compra e consumo de alimentos. Sendo assim, há a necessidade de entender melhor por que os indivíduos comem e o que comem, para que possam ser desenvolvidas intervenções direcionadas para modificação do consumo.

Quando avaliado o fato das crianças ou adolescentes com pré-obesidade ou obesidade poderem ser aquelas que realizam refeições fora de casa ou que não realizam algumas das refeições principais no lar, o aumento da prevalência da pré-obesidade e obesidade resulta de uma modificação no modo de vida, nomeadamente dos comportamentos alimentares (privações alimentares e ingestão excessiva de calorias), menor prática de atividade física e um aumento considerável na realização de atividades sedentárias (televisão e jogos de computador)[83].

O acesso e a disponibilidade dos alimentos no domicílio têm sido descritos como fatores importantes sobre a escolha de frutas e vegetais entre crianças e adolescentes. A ausência de alimentos saudáveis em casa diminui a exposição a este tipo de alimento e pode levar a criança a um desconhecimento de sua existência e seus benefícios. A presença das frutas e vegetais na alimentação do brasileiro está significativamente e diretamente relacionada ao aumento da renda, segundo os dados da POF- Pesquisa de Orçamento Familiar[84] de 2002-2003. Além disso, fatores como a redução do preço desses alimentos e o aumento dos outros contribuem positivamente para seu consumo entre os brasileiros. Outros fatores para a aquisição de alimentos saudáveis na casa são a renda familiar e a escolaridade do chefe da família e/ou dos membros dessa família.

Estudos realizados em diferentes países mostram que a influência da renda sobre o consumo alimentar é considerável, além da escolaridade dos pais ou responsáveis influenciar na escolha dos alimentos, pois está relacionada ao maior acesso à informação, assim como a renda, possibilitando escolhas variadas e mais saudáveis. Famílias que têm menor nível socioeconômico e, principalmente as mães com menor nível de escolaridade, consomem mais doces e produtos ricos em

gordura saturadas. A escolaridade do chefe da família também está relacionada ao acesso de alimentos dentro da casa pois, quanto maior a escolaridade, entende-se que o chefe da família teve maior acesso a informações, inclusive nutricionais, refletindo em alimentação de melhor qualidade. Além do acesso a informações, os indivíduos com maior escolaridade normalmente apresentam renda maior, o que possibilita maior aquisição de alimentos saudáveis em maior variedade, proporcionando um aumento na qualidade alimentar aos membros da família. A escolaridade do indivíduo também está relacionada ao conhecimento, o que inclui o nutricional, e proporciona melhores escolhas e, consequentemente, melhor consumo. No Brasil, Figueredo et al.[85] e Jaime e Monteiro[86] observaram que em adultos de ambos os gêneros o consumo de frutas e vegetais aumenta positivamente com a idade e o nível de escolaridade.

Diariamente são veiculadas mensagens e ofertas de alimentos, dietas e comportamentos. A variedade dos alimentos nos mercados aumentou significativamente ao longo do tempo, particularmente a respeito da oferta de alimentos de pior qualidade nutricional, especialmente aqueles com alta densidade energética. Uma das influências mais importantes dos nossos tempos é o consumo de alimentos fora do domicílio, especialmente do tipo *fast food*. Esse “estilo de alimentação” se torna cada vez mais presente, aumentando a proporção dos gastos realizados com alimentação fora do domicílio de 34% para 49%, entre 1972 e 2006, nos Estados Unidos. No Brasil, segundo os dados da POF, entre os gastos das famílias brasileiras com alimentação, cerca de 24% representam despesas com alimentação fora do domicílio, sendo o gasto maior com o almoço e jantar (10%) e 4% com lanches. Bauer et al.[87] realizaram um estudo longitudinal sobre a tendência de consumo de *fast food* em 2516 adolescentes norte-americanos entre 1999 e 2004. Foi observado aumento no consumo no período de cinco anos entre os adolescentes do gênero masculino pertencentes à menor camada de renda. A transição entre o começo e a metade da adolescência também foi um período de aumento no consumo desse tipo de alimentação.

Segundo estimativas da OMS, em 2020, as DCNT serão responsáveis por aproximadamente três quartos de todas as mortes no mundo em desenvolvimento devido a fatores de risco comportamentais e biológicos, persistindo desde a infância até a idade adulta[88’89], desencadeando um emergente problema de saúde pública

nos países em desenvolvimento, aumentando a incidência de sobrepeso na infância, levando a um futuro problema de saúde pública em escala mundial[90].

Sobrepeso e obesidade na infância e na adolescência são importantes problemas de saúde pública, com aumento crescente da incidência e da prevalência em todo o mundo. Dados da OMS indicam que, na população mundial, 10% das crianças e dos adolescentes entre cinco e 17 anos apresentam excesso de peso[91]. Entre os adolescentes brasileiros de 10 a 19 anos, 19,4% das meninas e 21,7% dos meninos encontram-se nessas mesmas condições[84]. O declínio nos níveis de atividade física (AF) bem como a aquisição de hábitos alimentares inadequados são os principais responsáveis pelo aumento da taxa de fatores de risco em todo o mundo[92'93].

O crescimento econômico e a modernização, historicamente associados a melhoria nos níveis de saúde, estão ligados diretamente ao marketing globalizado, facilitando a disponibilização de produtos insalubres, como tabaco, álcool, alimentos altamente processados e bebidas açucaradas, juntamente com as facilidades tecnológicas da vida urbana que levam a uma transição dos estilos de vida ativos para sedentários e, pela primeira vez na história, está tornando muitas pessoas anteriormente pobres em doentes.

Esta situação alarmante é, em grande parte, o resultado de uma mudança das dietas tradicionais para uma dieta nociva, envelhecimento da população e aumento do consumo de álcool e tabaco, sendo todas essas causas profundas das doenças crônicas, das quais os setores de saúde podem intervir, mas que tem pouco controle sobre os fatores de risco.

"Os hábitos alimentares se modificam, e muito rapidamente. A mídia os constrói e os substitui". Ao analisar esta citação de Sichieri et. al.[82], essa influência pode ser verificada em estudo desenvolvido no Brasil com adolescentes de classe econômica baixa, o qual mostrou que a propaganda recebe lugar de destaque como fonte de informação sobre questões nutricionais, entre os adolescentes.

Portanto, acredita-se que o acesso a informações sobre alimentação e nutrição e o monitoramento do consumo alimentar são importantes para a identificação de um comportamento de risco, bem como para garantir o pleno

potencial de crescimento e desenvolvimento dos adolescentes. Estas ações devem englobar também as cantinas escolares, pois a escola é o segundo ambiente mais frequentado pelo adolescente.

Segundo Danelon et al.[94] “as cantinas escolares comercializam alimentos com elevada densidade energética, cujo consumo frequente pelos alunos pode contribuir para a prevalência de excesso de peso entre os indivíduos”. Por este motivo, o autor explica que a regulamentação dos alimentos comercializados pelas cantinas pode ser uma medida de impacto em curto período de tempo, mas não substitui a necessidade de orientação nutricional para os alunos, a fim de que estes possam selecionar de forma consciente os alimentos que comporão a sua dieta.

Accioly et. al.[95] destaca que as cantinas no interior das próprias escolas e o comércio ambulante nos arredores das instituições oferecem, por vezes, alimentos de baixo valor nutricional, geralmente ricos em energia, gorduras saturadas e trans, açúcares e sais e pobres em vitaminas e sais minerais.

Outro fator de prevalência de risco ao sedentarismo é a frequência que os escolares almoçam ou jantam com os pais ou responsáveis na semana. Segundo Nemark-Sztainer et. al.[96], a frequência de refeições em família está positivamente associada ao consumo de frutas, vegetais, grãos e alimentos ricos em cálcio e negativamente associada ao consumo de refrigerantes. Os adolescentes alegam ter falta de tempo devido às diversas atividades, como a prática de esportes e tarefas escolares, além do desejo por autonomia, insatisfação com relação à família e não gostar dos alimentos servidos em casa. Os adolescentes mencionaram também que os pais têm muitas ocupações, as quais constituem barreiras para realizar refeições em família[97’98].

As tendências de “conveniência e praticidade” são motivadas principalmente pelo ritmo de vida nos centros urbanos e pelas mudanças verificadas na estrutura tradicional das famílias, fatores que estimulam a demanda por produtos que permitem a economia de tempo e de esforço dos consumidores. Por isso, cresce a procura por refeições prontas e semiprontas, alimentos de fácil preparo, embalagens de fácil abertura, fechamento e descarte, com destaque para produtos com preparo em forno de microondas, além de serviços e produtos de *delivery*. A respeito de

substituir refeições, 62% dos jovens analisados referiram substituir o jantar por lanches e 29%, o almoço. Reato et al.[99] analisaram os hábitos alimentares de 174 adolescentes e observaram que a substituição do almoço ou do jantar por lanches ocorreu uma ou duas vezes por semana para 40% dos entrevistados.

Esse padrão irregular de realização de refeições e consumo inadequado dos grupos alimentares pode acarretar excesso de peso e obesidade. Os resultados aqui apresentados mostram a necessidade de conhecer melhor o padrão das refeições dos adolescentes a fim de melhorar a qualidade de vida. É desejável desenhar programas de educação nutricional para estimular o consumo de refeições pelo adolescente acompanhado de sua família.

A tabela 6 apresenta os percentuais dos escolares referente a seus hábitos alimentares diários.

Tabela 6 – Prevalências das características epidemiológicas de escolares brasileiros matriculados no 9º ano do Ensino Fundamental II por hábitos alimentares.

Alimentação		
Variáveis	**Categorias**	**%**
Consumo de alimentos tradicionais nos últimos 7 dias	> 5 dias	82,09
	≤5 dias	17,91
Consumo de alimentos ultraprocessados nos últimos 7 dias	>2 dias	64,41
	≤2 dias	35,59
Consumo de alimentos tradicionais no dia anterior	Não	79,09
	Sim	20,91
Frequência de almoço ou jantar com pai, mãe ou responsável	4 ou menos dias da semana	28,47
	Pelo menos 5 dias da semana	71,53
Costume de realizar as refeições em frente a TV ou estudando	sim	81,14
	Não	18,86
Costume de tomar café da manhã	4 ou menos dias da semana	38,06
	Pelo menos 5 dias da semana	61,94

Fonte: O autor (2017)

A tabela 7 estabelece a análise de OR cru e ajustado relacionado a consumo de alimentos tradicionais e a frequencia com que as refeições são feitas com pai, mãe ou responsáveis.

Tabela 7 – Comparativo de coeficientes de escolares inativos relacionado com a consumo de alimentos tradicionais e frequência de almoço e jantar com pai, mãe ou responsável na semana.

		Alimentação		
Variáveis	**Categorias**	**%**	**OR (p)**	**OR ajustado (p)**
Consumo de alimentos tradicionais no dia anterior	Não	7,29	1,92 (<0,001)	**1,82 (<0,001)**
	Sim	4,11		
Frequência de almoço ou jantar com pai, mãe ou responsável na semana	4 dias ou menos dias	8,07	1,40(<0,001)	**1,19 (<0,001)**
	Pelo menos 5 dias	6,04		

Fonte: O autor (2017)

Ao analisar o universo que cerca os escolares, observa-se que, em todo o planeta, há um aumento crescente no consumo de drogas. Recente relatório das Nações Unidas, divulgado em 2007, indica que cerca de 160 milhões de pessoas entre 15 e 64 anos fumam maconha. As bebidas alcoólicas e o tabaco aparecem, junto com medicamentos, em campanhas publicitárias em todas as mídias relacionando seu consumo à minimização dos males relacionados com a obesidade, depressão e estresse. As drogas lícitas chegam às escolas com facilidade, por terem a produção e venda liberadas pelo governo, onde as bebidas alcoólicas e o

tabaco (cigarro) encabeçam as estatísticas. Pesquisas internacionais realizadas nos Estados Unidos, na Índia, no Taiwan, na Espanha e na Austrália, nos últimos dez anos, apontam que o uso de substâncias psicoativas está relacionado com a delinqüência[100—109].

Ferigolo et al.[110] apontam que quanto mais cedo se inicia o uso de álcool e tabaco, maior a vulnerabilidade de se desenvolver o abuso e a dependência das mesmas substâncias e, concomitantemente, o uso de drogas ilícitas. Um levantamento realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas[111] revelou que, em cinco anos, a ingestão de bebidas alcoólicas aumentou 30% entre jovens de 12 a 17 anos e 25% entre jovens de 18 a 24 anos. O V Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas[111] entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras chama a atenção de especialistas, autoridades e educadores, pois a idade em que o estudante brasileiro entra em contato com as drogas é entre 10 e 12 anos. Mais de 12% já usaram algum tipo de droga nessa faixa etária. Em comparação com outros países da América do Sul (Chile, Uruguai, Equador, Venezuela e Paraguai), esse mesmo estudo mostra que a prevalência de uso de qualquer droga psicotrópica é maior no Brasil. No estudo apresentado por Ferigolo et al.[110] noticia-se a existência de uma pesquisa anterior, na qual, em dez estados brasileiros, foram levantados os seguintes dados obtidos junto aos alunos de escolas públicas (ensinos fundamental e médio): 65% dos alunos consomem álcool experimentalmente; 40%, tabaco 15%, maconha; 13%, inalantes; 8%, ansiolíticos; 7%, anfetaminas e 4,5%, cocaína.

Em todo o mundo, o álcool é a causa de 3% das mortes (1,8 milhões) por ano, ou seja, 4% da carga total de doenças em todo o mundo. Entre as sub-regiões, a proporção da carga de doenças atribuíveis ao consumo de álcool é maior nas Américas e Europa, variando entre 8% e 18% da carga total em homens e 2% a 4 % nas mulheres, sendo que, na maioria dos países, a mortalidade é maior entre as pessoas entre 45 e 54 anos, mas a relação entre a idade de iniciação ao álcool e padrão de uso na idade adulta torna o estudo do consumo de álcool entre os adolescentes muito importante[112].

As lesões intencionais e não intencionais relacionadas com álcool são muito mais comuns entre adolescentes e jovens, sendo a principal causa de morte entre os 15 e 25 anos[113].

Outro dado alarmante é que os jovens que bebem são mais propensos a consumir tabaco e outras drogas e levar um comportamento sexual de risco do que aqueles que não bebem[114'115].

O consumo de álcool pode prejudicar o desenvolvimento psicológico de adolescentes, e influenciar negativamente tanto o ambiente escolar quanto no familiar[91].

Existem oito programas de saúde escolar que podem auxiliar os alunos a adquirir diversas habilidades necessárias ao longo da vida para evitar os problemas associados ao consumo de álcool.

Por outro lado, o comércio de drogas ilícitas afeta a vida de milhões de pessoas nos países em desenvolvimento e desenvolvidos, onde o comércio ilegal de drogas tem o maior impacto negativo sobre os membros mais vulneráveis e marginalizados da sociedade.

De acordo com estimativas da ONU, cerca de 185 milhões de pessoas em todo o mundo, ou seja, 3,1% da população mundial ou 4,5% da população com 15 anos ou mais, usam drogas desde a década de 1990.

O uso de drogas contribui direta e indiretamente para a proliferação do HIV / AIDS, lesões acidentais e violência, e morbidade infantil e mortalidade.

Embora as evidências sobre a eficácia dos programas de saúde escolar são limitadas, 17 desses programas são projetados para ajudar a reduzir os riscos associados ao uso de drogas entre os jovens[116], ajudando os alunos a adquirir habilidades de comunicação, pensamento crítico, aprender a dizer não, e outras habilidades necessárias ao longo da vida para evitar os problemas associados ao uso de drogas.

Segundo a Confederação Nacional dos Trabalhadores-CNTE[117] três são os principais motivos que levam os jovens a se envolver com drogas principalmente nas escolas: o desejo de fuga dos problemas, a busca pela aceitação social no grupo e a

curiosidade por novas sensações. A droga acaba sendo uma válvula de escape, principalmente nesta fase escolar que engloba a pré-adolescência e a adolescência. É importante o diálogo nas três esferas: escola e aluno, escola e família e pais e aluno. Em levantamento realizado pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura – UNESCO[118] em 2008, órgão das Nações Unidas, 45% dos estudantes do 6º ao 9º ano se recusam a tocar no assunto com a mãe e 55% dizem não fazer isto com o pai. Segundo Moreira, Silveira e Anddreoli[119], como técnica preventiva ao uso e disseminação das drogas no ambiente escolar, pode-se sugerir o modelo da Escola Promotora de Saúde, onde os alunos são acompanhados e orientados dentro de suas particularidades biopsicossociais, independentemente se fazem ou não uso de substâncias psicoativas, sejam elas quais forem. Ou seja, todas estas propostas continuam válidas, mesmo se o aluno já experimentou ou faz uso de alguma droga. A atitude de um educador ou de uma escola que consegue incluir, manter ou renovar o seu vínculo com um aluno que faz algum uso de substâncias psicoativas, lícitas ou ilícitas, pode ser o divisor de águas entre a parada na experimentação e a migração para outros usos. Segundo Moreira et. al.[119]**,** em uma situação explícita do uso de drogas no ambiente escolar o limite pode ser dado de uma forma alternativa à exclusão do aluno, com uma chamada para a reflexão e posteriormente por meio de textos sobre o assunto a serem trabalhados com toda a classe. Concomitantemente outras ações se tornam necessárias: acompanhamento mais atento do cotidiano do aluno; reunião com os pais e visitas domiciliares; estimular a participação de atividades que incentivem a autonomia.

Enfim, o objetivo final das intervenções deve ser a compreensão do que está acontecendo com o aluno e o reforço dos vínculos saudáveis deste. Desta forma, a estrutura de funcionamento da escola promotora de saúde, dentro dos princípios da redução de danos, já teria uma ação preventiva com relação aos transtornos relacionados ao uso de drogas[120].

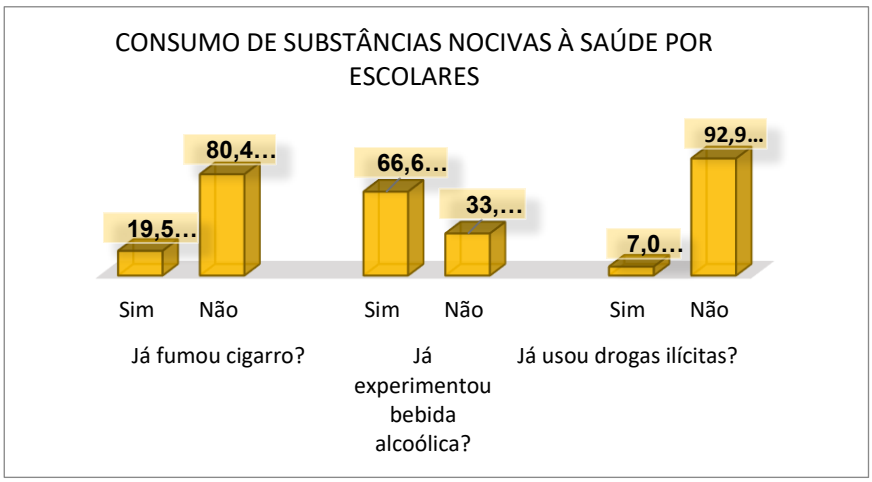
Foram encontradas em seu estudo associações significantes em relação ao uso de álcool e cigarro, com importante diferença entre os sexos. Os adolescentes do sexo masculino mais ativos e aqueles que participavam de competições esportivas aderiram mais ao uso de álcool do que os inativos. Por outro lado, as

adolescentes mais ativas tiveram menor adesão ao tabagismo do que as inativas. Esses resultados indicam que, pelo menos em relação ao uso de álcool por adolescentes do sexo masculino, nem sempre a prática de esportes estará atuando como um "fator protetor".

O programa Estratégia Mundial sobre Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde cita a importância da atividade física regular diária para prevenir doenças crônicas, junto com uma alimentação saudável e a eliminação do hábito de fumar. Para o indivíduo, é um meio poderoso de evitar as doenças crônicas. Para os países, pode constituir uma maneira econômica de melhorar a saúde de toda população. A promoção da atividade física interage de maneira positiva com as estratégias para melhorar os hábitos alimentares, desencorajar o tabagismo e o consumo de álcool e drogas, reduzir a violência, aprimorar a capacidade funcional e promover a integração social[19].

O gráfico 7 apresenta os percentuais dos escolares sobre o consumo de drogas ilícitas.

Gráfico 7 – Prevalências das características epidemiológicas de escolares brasileiros matriculados no 9º ano do Ensino Fundamental II relacionado com o consumo de cigarro, bebidas alcoólicas e drogas ilícitas.



Fonte: O autor (2017)

A tabela 8 apresenta a análise de OR cru e ajustado relativo aos escolares e a ingestão de drogas ilícitas.

Tabela 8 – Comparativo de coeficientes de escolares inativos relacionado com o consumo de drogas ilícitas.

		Uso de drogas		
Variáveis	**Categorias**	**%**	**OR (p)**	**OR ajustado (p)**
Já usou drogas ilícitas?	Sim	7,91	1,19 (<0,001)	**1,14 (<0,008)**
	Não	6,53		

Fonte: O autor (2017)

Outro fator preponderante que interfere nas atitudes e hábitos na adolescência é “imagem corporal”, afetada por grandes transformações biológicas, emocionais e sociais verificadas na segunda década da vida, quando o indivíduo passa a adotar comportamentos e práticas diferenciados, caracterizados principalmente pela autonomia e maior exposição às situações do cotidiano, representando a fase de maior velocidade de crescimento na vida extrauterina, implicando alterações no tamanho, aparência e satisfação corporal.

A aceitação do próprio corpo na adolescência está condicionada por critérios que prevalecem no grupo de amigos, que são, por sua vez, determinados pelos

modelos sociais vigentes. Assim, os adolescentes são pressionados por múltiplas instâncias da sociedade: publicidade, revistas, televisão, família e amigos, que lhes propõe um corpo magro e esbelto, especialmente no âmbito feminino. Em relação à imagem corporal, Schilder et al.[121] a define como a representação mental do corpo que cada um constrói em sua mente. Diferentes pesquisas têm analisado diversos indicadores que influenciam a imagem corporal[122]. De um lado, os fatores biológicos, tais como a idade, o sexo, a etnia e o índice de massa corporal. Por outro lado, os fatores culturais e psicológicos como o autoconceito, a autoestima, a família e os amigos, os meios de comunicação e a prática de atividade física[123]. Essas pesquisas têm utilizado várias medidas para avaliação da imagem de corpo. Os instrumentos mais usados são os questionários e as escalas de silhueta, devido a sua praticidade de aplicação e correção. No entanto, apesar do grande número de instrumentos de avaliação da imagem corporal, o investigador deve especificar bem qual dimensão pretende avaliar e utilizar vários instrumentos ou a combinação de métodos quantitativos e qualitativos[124].

O mundo social contemporâneo nitidamente discrimina os indivíduos não atraentes. O adolescente, sujeito às infl uências de família, amigos, grupos de pares e da mídia, tende a imitar comportamentos, que certamente infl uenciarão no desenvolvimento de sua imagem corporal[125].

Levine & Smolak[126] consideram que a insatisfação com o peso e forma corporal entre as adolescentes pode ser considerada um descontentamento natural e segundo dados estatísticos de seus estudos, entre 50% e 80% das adolescentes americanas querem ficar mais magras e entre 40% e 70% das adolescentes estão insatisfeitas com o seu corpo, sendo que este descontentamento está associado à adiposidade nos quadris, nádegas e coxas.

Embora a identidade de um indivíduo seja estruturada ao longo da vida, é durante a adolescência que diversas características, como sexualidade, crenças, desejos e objetivos de vida exteriorizam-se com maior intensamente. A maneira como o adolescente percebe seu corpo é condição fundamental na formação de sua identidade e, portanto, para se compreender o adolescente, é necessário recordar dois conceitos básicos implicados no seu desenvolvimento: imagem corporal e autoestima. Imagem corporal é um fenômeno polimorfo, modificável, que reflete

desejos, atitudes emocionais e interação do indivíduo com outras pessoas. É a figuração do próprio corpo formada e estruturada na mente do indivíduo, ou seja, a maneira pela qual o corpo se apresenta[127]. Segundo Thompson et al.[98], a utilização do termo imagem corporal seria uma maneira de padronizar os diferentes componentes que integram a imagem corporal, dentre eles, tem-se a satisfação com o peso, acurácia da percepção do tamanho, satisfação corporal, avaliação e orientação da aparência, estima corporal, corpo ideal, padrão de corpo, esquema corporal, percepção corporal, distorção corporal e desordem da imagem corporal, dentre outras. Autoestima é um indicador de bem-estar mental, podendo ser entendida como o conjunto de atitudes e ideias que cada pessoa tem sobre si. É dinâmica, apresenta oscilações e revela-se nos acontecimentos sociais, emocionais e psíquico-fisiológicos. A satisfação corporal traduz-se como o componente afetivo da imagem corporal que permite o adequado desempenho emocional e social do indivíduo perante a sociedade. Satisfação corporal e auto percepção são fatores primordiais na autoaceitação das pessoas e podem gerar atitudes que interferem no seu convívio social.

Hill & Silver[128] e Tiggermann & Wilson-Barret[129] confirmam que meninos e meninas, entre 7 e 12 anos, com excesso de peso, são menos felizes, mais preguiçosos, possuem menos amigos e estão mais sucetíveis a desenvolver distúrbios alimentares do que as crianças magras, estando negativamente relacionado com baixa autoestima, depressão, ansiedade e tendências obsessivas compulsivas em relação à alimentação e à prática de exercício físico. As maiores influências para o desenvolvimento da imagem corporal nesta fase vêm da família, grupos inter-relacionados e os meios de comunicação. No ambiente feminino, não há dúvida de que os padrões de beleza nas diversas culturas enfatizam a magreza, que, para muitas das mulheres, torna-se um sonho difícil, somente sendo possível atingi-los por meios não considerados saudáveis. Sendo assim, os meios de comunicação (televisão e revista) tornam-se um poderoso transportador dos ideais socioculturais. Observando as revistas da moda, em sua grande maioria, as mulheres expostas são jovens, altas e extremamente magras, enrijecidas, mas não musculosas, difundindo, desta maneira, um ideal feminino de beleza. A presença na mídia do ideal de magreza contribui de maneira significativa para altos níveis de insatisfação corporal e desordens alimentares. Em relação aos homens, há

evidências de que o ideal corporal começou a mudar por volta de 1980, com o uso de esteróides anabólicos. Recentemente, jovens definidos e musculosos estão começando a ser expostos pelas revistas de moda. Dessa forma, homens adultos e adolescentes também ficam sujeitos a imagens da mídia que descrevem a forma de um corpo ideal: mesomorfico, com ombros largos, maior desenvolvimento da parte de cima do corpo – peitorais, dorsais e braços – e quadris estreitos. Na adolescência, as mulheres apresentam um nível de insatisfação corporal maior do que dos homens. Hoffman-Muller & Amstad[130] estudaram 356 adolescentes, de ambos os sexos, com idade entre 14 e 19 anos e encontraram que 93% dos homens estão satisfeitos com seu corpo, enquanto apenas 50% das mulheres encontram-se satisfeitas. Por ser um estágio complexo, que compreende uma série de mudanças físicas e psicológicas, alguns autores afirmam que, durante a puberdade, há uma tendência de as adolescentes aumentarem sua gordura corporal resultando em mudanças na aparência física e no sentimento pelo corpo, o que ocasiona uma reorganização da imagem corporal. As modificações na aparência física nas adolescentes resultam principalmente do aumento do peso corporal, envolvendo a gordura corporal do abdome e glúteos. Por outro lado, meninos adolescentes experimentam significativo aumento da massa muscular e da estatura. Alguns autores concordam em dizer que nesta fase é crescente o número de casos de comportamentos obsessivos compulsivos e de dismorfias corporais, sendo tais casos mais frequentes em mulheres do que em homens.

Mccabe & Ricciardelli[131] investigaram as estratégias adotadas por adolescentes para emagrecer e aumentar a massa muscular, participando do estudo 1.266 adolescentes (622 homens, 644 mulheres). Os autores concluíram que as mulheres são menos satisfeitas com seus corpos e que adotam estratégias para perder peso, enquanto os homens adotam estratégias para aumentar a massa muscular e peso corporal. O Índice de Massa Corporal (IMC) apresentou correlação positiva com a insatisfação corporal e com estratégias para perder peso, ou seja, os indivíduos que apresentam maior IMC são mais insatisfeitos com seu corpo e adotam mais estratégias para perder peso.

Labre et. al.[132] realizaram uma revisão de literatura e discorreram sobre as formas corporais expostas na mídia (televisão e revista) e sobre a preferência de jovens entre 11 e 18 anos de idade na década de 50 em relação aos da década de

80 e 90. Na década de 50, os programas e as revistas preferidas eram *National Geografic* e *Newsweek*. Nas décadas de 80 e 90 houve a explosão dos heróis americanos Rambo (Silverter Stallone) e Comando para Matar (Arnold Schwarzenegger). Dessa forma, a exposição excessiva destes corpos parece ter influenciado na mudança do padrão corporal.

Levine & Smolak[126] acreditam que o peso e a forma corporal são importantes, mas que o excesso de peso tem forte conexão – em indivíduos adolescentes e adultos – com a insatisfação corporal, dietas, baixa autoestima e adoção de práticas compulsivas.

Na Europa e na América do Norte, a insatisfação com o peso corporal é altamente prevalente e mais comum no gênero feminino, entre aqueles com sobrepeso e entre os adolescentes mais velhos. Têm-se revelado recorrência de distorções e percepções negativas sobre o corpo, mesmo em adolescentes normais, pois as normas sociais valorizam a associação entre magreza e atributos positivos, estimulando as mulheres a mudar o tamanho e a forma corporal, com a finalidade de melhorar a aparência física e diminuir o descontentamento com o corpo[133].

Em decorrência dessa percepção corporal negativa, observam-se alterações comportamentais entre os adolescentes, como restrição ao uso de alguns tipos de roupas e frequência em locais onde possam exibir o corpo, indução à prática exagerada de exercícios físicos, modificações no consumo de alimentos e dietas restritivas, indução de vômitos e consumo de álcool e cigarros.

Adolescentes obesos são especialmente vulneráveis à discriminação social, visto que a inadequação do estado nutricional e a adiposidade corporal representam fortes indicadores de insatisfação corporal na adolescência, tendendo a apresentar baixa autoestima, alta insatisfação corporal e distúrbios comportamentais[134].

As meninas são mais preocupadas com a gordura e mais propensas a se julgarem gordas que os meninos. Estes, por sua vez, têm menos interesse em perder peso e mais em adquirir massa muscular e exibir sua masculinidade[135].

Especialistas em distúrbios alimentares defendem que sejam envidados esforços no sentido de se alterar esse padrão de beleza de extrema magreza, bem como as atitudes sociais frente ao aumento de peso. Ao mesmo tempo, propõem a

realização de estudos de intervenção e campanhas educativas com o objetivo de melhorar a imagem corporal das garotas.

Um grande mercado de academias de ginástica e clubes desportivos, de medicamentos e produtos de beleza, de dietas e inovações terapêuticas, além daqueles constituído a partir das intervenções cirúrgicas, tem-se expandido continuamente e, juntamente com a cosmética, ganha cada vez mais espaço na vida atual. Dieta e prazer, que eram incompatíveis no passado, fazem parte agora da mesma estratégia, devendo as calorias serem contadas e reguladas exaustivamente, os produtos supostamente naturais são cultuados, as quantidades de vitaminas e proteínas minuciosamente analisadas e ingeridas na medida ideal[136].Em virtude de que muitas imagens idealizadas pela mídia podem contribuir negativamente para aumentar a insatisfação corporal e a ansiedade, principalmente entre as mulheres, alguns autores têm estudado os benefícios que a atividade física traz para os indivíduos, como sinônimo de indicadores de saúde, visto que para se desenvolver uma imagem corporal satisfatória é necessário passar por experiências agradáveis e gratifi cantes nas relações com o corpo[137]. Portanto, uma forma de fortalecer a relação positiva com o próprio corpo é a prá- tica regular de exercícios físicos, que beneficia a autoconfiança, autovalorização e, consequentemente, a autoimagem, pois um dos objetivos dessa prática é fazer com que o adolescente reflita sobre o modelo de imagem corporal difundido pela mídia a partir da própria imagem corporal e de seus significados[136,138].

A tabela 9 apresenta os percentuais dos escolares segundo sua imagem corporal e atitudes quanto a este fator.

Tabela 9 – Prevalências das características epidemiológicas de escolares brasileiros matriculados no 9º ano do Ensino Fundamental II relacionado com a imagem corporal.

Imagem corporal		
Variáveis	**categorias**	**%**
Imagem corporal	Magro/muito magro	21,83
	Normal	61,75
	Gordo/muito gordo	16,41
O que você está fazendo em relação ao seu peso?	Não estou fazendo nada	36,30
	Estou tentando perder peso	26,29
	Estou tentando ganhar peso	17,69
	Estou tentando manter o mesmo peso	19,72
Ultilização de métodos laxativos/purgativos?	Sim	12,10
	Não	89,90

Fonte: O autor (2017)

A tabela 10 apresenta a análise de OR cru e ajustado sobre a imagem corporal referente aos níveis de inatividade.

Tabela 10 – Comparativo de coeficientes de escolares inativos relacionado a imagem corporal.

Imagem corporal				
Variáveis	**Categorias**	**%**	**OR (p)**	**OR ajustado (p)**
Imagem corporal	Magro/muito magro	7,09	1,17(<0,001)	**1,11(0,005)**
	Normal	6,31	1,00	1,00
	Gordo/muito gordo	7,19	1,18 (<0,001)	**1,13(0,003)**

Fonte: O autor (2017)

5 CONCLUSÃO

Após análise dos dados da PeNSE 2012 conclui-se que existe uma grande prevalência e um acervo de fatores de risco que podem levar o escolar de 9º ano ao sedentarismo, pois o adolescente vive cercado por um ambiente que o compele à

inatividade, tendo como fatores que interferem diretamente na sua rotina sua imagem corporal, contexto familiar (escolaridade dos pais), o tipo de escola onde estuda (público / privada), o seu sexo, sua idade, a região onde mora, o consumo de drogas ilícitas e características de comportamento alimentar.

Apesar da iniciativa, facilidade e praticidade na utilização da PeNSE 2012 que é um instrumento de pesquisa de alcance nacional, devemos promover uma análise crítica mais detalhada sobre seus resultados e suas limitações, pois os níveis de influência dos preditores apresentados são, por muitas vezes, interligados e em níveis distintos de um indivíduo para outro. O que se mostra são dados generalizados que objetivam uma imagem “macro” do problema, sendo necessários estudos complementares que promovam um detalhamento dos dados de cada adolescente, proporcionando um retrato individualizado de cada escolar, estabelecendo a ligação e interferência de cada preditor no cotidiano de cada criança, permitindo uma análise individualizada do problema a ser enfrentado.

Por fim, a prevalência de estilo de vida sedentário estimada suscita a importância de elaborar e executar ações que estimulem a atividade física de escolares brasileiros através de ações junto ao ambiente familiar e escolar, identificando os fatores de risco, permitindo direcionar estratégias de prevenção ao sedentarismo. e, consequentemente, proporcionando a aquisição de hábitos saudáveis que possibilitarão um aumento expressivo nos níveis de qualidade de vida e saúde para este grupo populacional.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os PCNs (Parâmetros Curriculares Nacionais) fundamentam a concepção de saúde no exercício da cidadania, argumentando que é preciso capacitar os sujeitos a se apropriarem de conceitos, fatos, princípios, tomar decisões, realizar ações e gerar atitudes saudáveis. Por meio de ações profiláticas (promoção e proteção da saúde), complementam as ações curativas e de reabilitação e, por isso, não podem existir isoladamente, justificando, também, a inserção de tal tema na escola.

As Leis de Diretrizes e Bases-LDB[139] afirma que crianças e adolescentes de 5 a 17 anos devem praticar, pelo menos, 60 minutos de atividades físicas diárias. No entanto, estudos apontam dificuldades para efetivar esta recomendação em escolas. Neste sentido, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE[84] e o Ministério da Saúde, com o apoio do Ministério da Educação criou a PeNSE (Pesquisa Nacional de Saúde Escolar) definindo estratégias de ação na prevenção de fatores de riscos comportamentais. A principal meta dos programas de educação para a saúde por meio da educação física escolar é proporcionar fundamentação teórica e prática que possa levar os educandos a incorporarem conhecimentos, de tal forma que os credencie a praticar atividade física relacionada à saúde não apenas durante a infância e a adolescência, mas também, futuramente na idade adulta. Dentro desta visão, uma possível intervenção no sentido de induzir modificações no comportamento apresentado pela sociedade quanto à aptidão física e à saúde, necessariamente deverá passar por reformulação dos atuais currículos de ensino na área da educação física, onde, tradicionalmente, tem-se procurado enaltecer apenas conceitos voltados à competência atlética, privilegiando alguns poucos dotados geneticamente quanto às habilidades motoras, em detrimento da grande maioria da população jovem que necessita de informações associadas com a prática da atividade física direcionada à melhoria e à manutenção das condições de saúde.

Duração, intensidade e tipo de atividade física a que devem ser submetidos os educandos, tornam-se, dentre outros, aspectos fundamentais a serem controlados quando da implementação dos programas de educação para a saúde por meio da educação física escolar. No entanto, se o objetivo é conscientizar os educandos de que níveis adequados de aptidão física relacionados à saúde devem ser algo a ser cultivado na infância e na adolescência, e perseguido por toda a vida, é imprescindível que as crianças e os jovens tenham acesso a informações que lhes permitam estruturar conceitos mais claros quanto ao *porquê* e *como* praticar atividade física, e não praticar atividade física pelo simples fato de praticar.

Provavelmente, a falta de fundamentação mais consistente quanto aos princípios teóricos relacionados à atividade física, à aptidão física e à saúde tem levado os jovens, e a sociedade em geral, a um nível de desinformação desencadeando falta de interesse pela prática de atividade física relacionada à saúde.

Dessa forma, ao aceitar a premissa de que o desenvolvimento de atitudes positivas em relação à isso são obtidos durante os anos de escolarização, é importante requisito para participação voluntária mais efetiva na idade adulta, torna-se imperativo a adoção de estratégias de ensino que contemplem não apenas o aspecto prático, mas sobretudo a abordagem de conceitos e princípios teóricos que proporcionem subsídios aos educandos no sentido de adotarem hábitos saudáveis de prática da atividade física por toda a vida.

Afora essas possibilidades, o professor de educação física poderá, no interior da escola e para além das aulas, ter um importante papel na promoção da atividade física por meio da criação e da organização de atividades antes do início das atividades letivas, nos seus intervalos e no seu término.

Em suma, apesar da ausência de unanimidade, a escola, a disciplina de educação física e o seu professor parecem desempenhar papéis importantes na aquisição e na manutenção de estilos de vida saudáveis por parte dos educandos, já que passam boa parte do seu tempo diário na escola, sendo esse um espaço enorme de oportunidades para a implantação de programas variados e motivadores de atividades físicas.

A partir destas ações, sugere-se a capacitação dos professores de Educação Física, a fim de conscientizar sobre a importância de se trabalhar os componentes da AFRS para a promoção de saúde no âmbito escolar, bem como incentivar a prática da atividade física.

Tais ações também estimulam a pensar na possibilidade real da presença de profissional de educação física no grupo de profissionais que atendem a população, pela sua possibilidade de contribuir para a mudança de comportamento entre seus colegas profissionais e pelos benefícios que se podem estender à população em geral que utiliza as UBS.

Paralelo ao Educador físico como elemento de estímulo à prática de atividades físicas saudáveis por toda a vida, devemos destacar também a presença de profissionais de saúde da rede básica de saúde que podem e devem educar e orientar à prática de atividade física, modificando e melhorando seu comportamento em relação a um estilo de vida saudável e suas orientações para a promoção da

saúde, à prevenção dos riscos relacionados a um estilo de vida sedentário, ao tratamento e reabilitação de agravos na população.

Pelas características continentais do Brasil e por suas peculiaridades regionais, torna-se primordial a realização de pesquisas e estudos que considerem aspectos locais como o estilo de vida, hábitos alimentares e prática regular de atividade física, para uma melhor compreensão das questões que interferem na realidade encontrada, permitindo a implementação de ações específicas para cada população e sua realidade.

REFERÊNCIAS

1. Currie C, Zanotti C., Morgan A.; Curri D., Looze M., Roberts C, et al, eds. Social determinants of health and well-being among Young people: Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. [internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012. (Health Policy for Children and Adolescents, nº. 6).[acesso em (precisa colocar a data que acessou)]. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf

2. Campos HM. O sujeito adolescente e o cuidado de si: cenários, significados e sentidos da iniciação sexual e do cuidado com a saúde sexual e reprodutiva.[dissertação]. Belo Horizonte: Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisa René Rachou; 2011. 334 p..

3. Ministério da Saúde (Brasil), Secretária de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situações de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

4. Ministro do Planejamento, Orçamento e Gestão (Brasil), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2008-2011.. Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.

5. Polonia AC, Dessen MA Em busca de uma compreensão das relações entre família e escola. In: Dessen MA, Costa Jr. AL, organizadores. A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 190-209.

6. Ramires VRR. As transições familiares: a perspectiva de crianças e pré-adolescentes. Psicol. Estud.. 2004. [acesso em (precisa colocar a data que acessou)];9(2):183-93. Disponível em: http://www. scielo.br/pdf/pe/v9n2/v9n2a05.pdf..

7. Birch LL. Confirmatory factor analysis of the child feeding questionnaire: a measure of parental attitudes, beliefs and practices about children feeding and obesity promeness. Appetite. 2001;36(3):201-10.

8. Olivares SC, Yánes R, Díaz N. Publicidad de alimentos y conductas alimentarias en escolares de 5° a 8° básico. Rev Chil Nutr. 2003;30(1):36-42.

9. Currie C. Researching health inequalities in adolescents: the development of the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) family affluence scale. Soc Sci Med. 2008;66(6):1429-36.

10. Hallal PC, Knuth AG, Cruz DKA, Mendes MI, Malta DC. Prática de atividade física em adolescentes brasileiros. Ciên. Saúde Colet. 2010. [acesso em (precisa colocar a data que acessou)];15(supl. 2)3035-42. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/ v15s2/a08v15s2.pdf.

11. Ministério da Saúde (Brasil), Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde na Escola – PSE [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php

12. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. [internet]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm.

13. Ministro do Planejamento, Orçamento e Gestão (Brasil), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de saúde escolar 2012. Rio de Janeiro: IBGE; 2012. 140 p.

14. Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalência da obesidade infantil e adulta nos Estados Unidos, 2011-2012. JAMA. 2014;311(8):806-14. .

15. Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Adolescência. Manual de Orientação. Departamento de Adolescênia. Saúde de Crianças e

Adolescentes na Era Digital. [internet]. Rio de Janeiro: SBP; 2016. Disponível em https://www.sbp.com.br/departamentos-cientificos/saude-de-criancase-adolescentes-na-era-digital/sbp acesso em 20 de março de 2017.

16. Robinson TN. Reducing children's television viewing to prevent obesity: a randomized controlled trial. JAMA. 1999;282(16):1561-7.

17. Rosenberg DE, Bull FC, Marshall AL, Sallis JF, Bauman AE. Assessment of Sedentary Behavior With the International Physical Activity Questionnaire. J Phys Act Health. 2008;5(Suppl1):S30-44.

18. Severino AJ. Metodologia do trabalho científico. 23. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez; 2007.

19. Organización Mundial de La Salud. Encuestas de salud bucodental:métodos básicos. 4. ed. Organización Mundial de la Salud: Ginebra, 1997.

20. Pesquisa global de saúde estudantil –GSHS. 2003 – 2007;

21. Peltrzer K. Atividade física do tempo de lazer e comportamento sedentário e uso de substâncias entre adolescentes na escola em oito países africanos. Int. J. Behav. Med. 2010;17:271-8.

22. Al Shuhi LK, Bose S, Al Ani MF. Prevalência de adolescentes fisicamente ativos e sedentários em 10 países do Mediterrâneo Oriental e sua relação com a idade, sexo e índice de massa corporal. J. Phys. Aja. Saúde. 2015;12:257-65.

23. Kuntzleman ET, Reiff GG. The decline in american children's fitness levels. Res Q Exerc Sport. 1992;63(2):107-11.

24. Harsha DW. The benefits of physical activity in chilhood. Am. J. Med. Sci. 1995; 310(S1):S109-13.

25. Alves SS, Sousa SRC, Ribeiro RS, Vertematti AS, Fisberg M. Avaliação de atividade física, estado nutricional e condição social em adolescentes. Folha Méd. 2000;119(1):26-33.

26. Furter P. Juventude e tempo presente: fundamentos de uma pedagogia. Petrópolis: Vozes; 1975.

27. Rocket HR, Fied AE, Gilman MW, Frazier AL, Camargo, CAJR, Colditz GA, et al. Activity, dietary intake and weight changes in a longitudinal study of preadolescent and adolescent boys and girls. Pediatrics. 2000;105(4):E56..

28. Fonseca VM, Sichieri R, Veiga GV. Fatores associados à obesidade em adolescentes. Rev. Saúde Pública. 1998;32(6):541-9.

29. Dietz WH, Gortmaker SL. Do we fatten our children at the television set? Obesity and television viewing in children and adolescents. Pediatrics. 1985;75(5):807-12.

30. Denadai RC, Vítolo MR, Macedo AS, Teixeira L, Cezar C, Damaso AR, et al. Efeitos do exercício moderado e da orientação nutricional sobre a composição corporal de adolescentes obesos avaliados por densitometria óssea. Rev. Paul. Educ. Fís.. 1998;12(2):210-18.

31. Brownell, K. D.Exercise and obesity treatment: psychological aspects. Int J Obes Relat Metab Disord. 1995;19(Suppl 4):S122-5.

32. French SA, Erry CL, Leon GR, Fulkerson JA. Food preferences, eating patterns, and physical activity among adolescents: correlations ofeating disorders symptoms. J. Adolesc. Health.1994;15(4):286-94.

33. Wardley BL, Puntis JWL, Taitz LS. The schoolchild and adolescent. In:____ Handbook of child nutrition. 2. ed. New York: Oxford University; 1997.

34. Diet, Physical Activity and Health. World Health Organization, 2002. Geneva [internet]. Geneva: World Health Organization; 2002. Disponível em: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ea5516.pdf..

35. Warburton DER, Nicol CW, Bredin SSD. Health benefits of physical activity: the evidence [review]. CMAJ 2006;174(6):801-9.

36. Information sheet on physical activity. World Health Organization, 2003. [internet]. Geneva: World Health Organization; 2003. Disponível em: http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsfs_pa.pdf

37. Barbosa DJ. O adolescente e o esporte. In: Maakaroun MF, Souza RP, Cruz AR. Tratado de adolescência: um estudo multidisciplinar. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 1991.

38. Alves SS, Silva, SRC, Ribeiro RS, Vertematti AS, Fisberg M. Avaliação de atividade física, estado nutricional e condição social em adolescentes. Folha Méd. 2000;11(1)9:26-33.

39. Seabra AF. Determinantes biológicos e sócio-culturais associados à prática de atividade física de adolescentes. Cad. Saúde Pública. 2008;24(4)721-36.

40. Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutividade no Brasil. Atividade Física e Saúde. 2001;6(2):5-17.

41. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil [internet]. 2011 [acesso em: colocar a data]. Disponível em: http://www.abep. org/novo/Content.aspex?ContentID=301.

42. Dominguez-Berjón F, Pasarín MI, Ferrando J. Rohlfs I, Nebot M, Borrel C. Social inequalities in health related behaviours in Barcelona. J. Epidemiol.Community Health. 2000;54(1) 24-30.

43. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package. [internet]. Geneva: World Health Organization; 2008 [acesso em]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43818/1/9789241596282_eng.pdf.

44. Priore SE. Composição corporal e hábitos alimentares de adolescentes: uma contribuição à interpretação de indicadores de estado nutricional. [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina; 1998.

45. Daolio J. A importância da Educação Física para o adolescente que trabalha: -uma abordagem psicológica. Rev. Paul. Educ. Fís.. 1998;12: 210-15.

46. Monetti VV, Carvalho PP. Adolescência: aspectos médicos sanitários e psicossociais. [monografia]. São Paulo: Instituto de Saúde, São Paulo, 1978. 125p.

47. Ribeiro E, Eisentein EE. Falando de saúde: para crianças, adolescentes e educadores nas escolas e comunidades. Petrópolis: Vozes; 1990.

48. Barros R. Os adolescentes e o tempo livre: lazer – atividade física. In: Coates V, Françoso LA, Beznos GW. Medicina do adolescente. São Paulo: Sarvier; 1993.

49. Guthold R, Cowan MJ, Autenrieth CS, Kann L., Riley LM. Atividade física e comportamento sedentário entre escolares: uma comparação de 34 países. J. Pediatr. 2010;157:43-49.

50. Tergerson JL, king Ka. Percepção de sugestões, benefícios e barreiras à atividade física diferem entre adolescentes do sexo masculino e feminino?. Journal of School Health. 2002;72:374-80.

51. Kimm SY, Glynn NW, Mcmahon RP, Voorhess CC, Striegel-Moore RH, Daniels SR. Self-perceived barriers to activity participation among sedentary adolescent girls. Med Sci Sports Exerc. 2006;38(3):534-40.

52. Kristjansdottir G, Vilhjalmsson R. Sociodemographic differences in patterns of sedentary and physically active behavior in older children and adolescents. Acta Paediatr. 2001;90(4):429-35.

53. Oehlschlaeger MHK, Pinheiro RT, Horta B, Gelatti C, San'Tana P. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo em adolescentes de área urbana. Rev Saúde Pública. 2004;38(2):157-63.

54. Levin S, Lowry R, Brown DR, Dietz WH. Physical activity and body mass index among US adolescents: youth risk behavior survey, 1999. Arch Pediatr Adolesc Med. 2003;157(8):816-20.

55. Duncan M, Woodfield L, Al-Nakeeb Y, Nevill A. The impact of socio-economic status on the physical activity levels of British secondary school children. European Journal of Physical Education. 2002;7(1):30-44.

56. Woodfield L, Duncan M, Al-Nakeeb Y, Nevill A, Jenkins C. Sex, ethnic and socio-economic differences in children's physical activity. Pediatr Exerc Sci. 2002; 14(3):277-85.

57. Wold B, Hendry L. Social and environmental factors associated with physical activity in young people. In: Biddle S, Sallis JF, Cavill N, editors. Young and active? Young people and health-enhancing physical activity - evidence and implications. London: Health Education Authority; 1998. p. 119-32.

58. Weinberg R, Gould D. Gender issues in sport and exercise. In: Gisolfi C, Lamb D, editors. Foundation of sport and exercise psychology. Indianapolis: Benchmark Press; 1995. p. 495-513.

59. McKenzie TL, Sallis JF, Elder JP, Berry CC, Hoy PL, Nader PR, et al. Physical activity levels and prompts in young children at recess: a two-year study of a bi-ethnic sample. Res Q Exerc Sport. 1997;68(3):195-202.

60. Malina RM. Tracking of physical activity and physical fitness across the lifespan. Res Q Exerc Sport. 1996; 67(S3):S48-57.

61. Bar-Or O, Rowland T. Pediatric exercise medicine: from physiologic principles to health care application. Champaign: Human Kinetics; 2004.

62. Brown SA. Measuring perceived benefits and perceived barriers for physical activity. Am J Health Behav. 2005;29(2):107-16.

63. Ceschini F, Figueira JA. Barreiras e determinantes para a prática de atividade física em adolescentes. R bras Ci e Mov. 2007;15(1):29-36.

64. Reichert FF, Barros AJ, Domingues MR, Hallal PC. The role of perceived personal barriers to engagement in leisure-time physical activity. Am J Public Health. 2007;97(3):515-9.

65. Gobbi S, Caritá LP, Hirayama MS, Quadros-Junior ACd, Santos RF, Gobbi LTB. Comportamento e barreiras: atividade física em idosos institucionalizados. Psicologia: Teoria e Pesquisa. 2008;24(4):451-58.

66. Da Matta R. A casa e a rua. Rio de Janeiro: Rocco; 1981.

67. Hallal PC, Bertoldi AD, Gonçalves H, ,Victora CG. Prevalência de sedentarismo e fatores associados em adolescentes de 10-12 anos de idade. Cad Saúde Pública. 2006; 22(6):1277-87.

68. Bailey DP, Fairclough SJ, Savory LA, Denton SJ, Pang D, Deane CS, et al. Comportamento sedentário avaliado e níveis de atividade física durante o dia escolar segmentado em crianças de 10-14 anos: o estudo feliz. EUR. J. Pediatr. 2012;171:1805-13.

69. Heitzler CD, Martin SL, Duke J, Huhman M. Correlates of physical activity in a national sample of children aged 9-13 years. Prev Med. 2006;42(4):254-60.: .

70. Nader PR, Bradley RH, Houts RM, McRitchie SL, O'Brien M. Atividade física moderada a vigorosa de 9 a 15 anos. JAMA. 2008;300:295-305. .

71. Ducan SC, Duncan TE, Strycker LA. Sources and types of social support in youth physical activity. Health Psychol. 2005;24(1):3-10.

72. Taylor WC, Baranowski T, Sallis JF. Family determinants of childhood physical activity: a social cognitive model. In: Dishman RK, editor. Advances in exercise adherence. Champaign: Human Kinetics; 1994. p. 319-42.

73. Hallal PC, Bertoldi AD, Gonçalves H, Victora CG. Prevalência de sedentarismo e fatores associados em adolescentes de 10-12 anos de idade. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(6):1277-87.

74. Sallis JF. A North American perspective on physical activity. In: Cameron J, Bar-Or O, editors. New horizonts. In___ pediatric exercise science. Champaign: Human Kinetics; 1995. p. 221-34.

75. Bauman AE, Sallis JF, Dzewaltowski DA, Owen N. Toward a better understanding of the influences on physical activity: the role of determinants, correlates, causal variables, mediators, moderators, and confounders. Am J Prev Med. 2002;23(Suppl2):5-14.

76. Brasil.Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007.. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2007 dez..

77. Ribeiro M, Martins C. A tradição já não é o que era dantes: a valorização dos produtos tradicionais face à mudança social. Econ. Sociol.. 1995;60:29-43.

78. Zuim LFS. Alliprandini DH. Gestão da inovação na produção agropecuária (GIPA). In: ZUIN LFS, QUEIROS TR (Org.). Agronegócios: gestão e inovação. . São Paulo: Saraiva;, 2006. v.1, p. 252-278.

79. Mariot JE. Produtos agroalimentares típicos (coloniais): situação e perspectivas de valorização no município de Urussanga. [dissertação]. Santa Catarina: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro; 2002. 115p., .

80. Ministro do Planejamento, Orçamento e Gestão (Brasil), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil.[internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2004. Disponível em: http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/70/553a2408c2702.pdf.

81. Velásquez-Meléndez G. Prevalence of metabolic syndrome in a rural area of Brazil. São Paulo Med. J.. 2007;125(3):155-62..

82. Sichieri R, Castro JFG, Moura AS. Fatores associados ao padrão de consumo alimentar da população brasileira urbana. Cad. Saúde Pública., 2003;19(Suppl 1):S47-53.

83. Alexy U, Sichert-Hellert W, Kersting M. Associations between intake of added sugars and intakes of nutrients and food groups in the diets of German children and adolescents. Br J Nutr. 2003;90(2):441-7.

84. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

85. Figueiredo ICR, Jaime PC, Monteiro CA. Fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos da cidade de São Paulo. Rev. Saúde Pública. 2008;42(5):777-85.

86. Jaime PC, Monteiro CA. Fruit and vegetable intake by Brazilian adults, 2003. Cad. Saúde Pública. 2005;21(suppl 1):S19-24.

87. Bauer KW, Larson NI, Nelson MC, Story M, Neumark-Sztainer D. Fast food intake among adolescents: secular and longitudinal trends from 1999 to 2004. Prev Med. 2009;48(3):284-7.

88. Guo SS, Huang C, Maynard LM, Demerath E, Towne B, Chumlea WC, et al. Índice de massa corporal durante a infância, adolescência e idade adulta jovem em relação a adultos com excesso de peso e adiposidade: o estudo longitudinal Fels. Int J Obes Relat Metab Disord. 2000;24:1628-35.

89. Mcgill HC Jr, McMahan CA, Zieske AW, Sloop GD, Walcott JV, Troxclair DA. Associações de fatores de risco de doença cardíaca coronária com lesão intermediária da aterosclerose na juventude. Arterioscler Thromb Vasc Biol. 2000; 20:1998-2004.

90. Monteiro CA, Conde WL, Lu B, Popkin BM. Obesidade e as desigualdades na saúde no mundo em desenvolvimento. Int J Obes. 2004;28:1181-6.

91. World Health Organization. Fight childhood obesity to help prevent diabetes, say WHO & IDF. [internet]. Geneva: World Health Organization; 2004 [acesso em]. Disponível em: http://www. who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr81/en/ index.html.

92. Goran MI, Reynolds KD, Lindquist CH. Papel da atividade física na prevenção da obesidade em crianças. Int J Obes Relat Metab Disord. 1999; 23:S18-33.

93. Andersen RE, Crespo CJ, Bartlett SJ, Cheskin LJ, Pratt M. Relação da atividade física e assistindo televisão com o peso corporal e nível de gordura entre as crianças: resultados do Terceiro National Health and Nutrition Examination Survey. JAMA. 1998;279:938-42

94. Danelon MS, SILVA MVS. Serviços de alimentação destinados ao público escolar: análise da convivência do Programa de Alimentação Escolar e das cantinas. Segur. Aliment. Nutr.. 2006;13(1):85-94.

95. Accioly, E. A escola como promotora da alimentação saudável.. Ciência em Tela. 2009;2(2):1-9.

96. Nemark-Sztainer D, Hannan PJ, Story M, Croll J, Perry C. Family meal patterns: associations with sociodemographic characteristics and improved dietary intake among adolescents. J Am Diet Assoc. 2003;103(3):317-22.

97. Birkett D, Johnson D, Thompson JR, Oberg D. Reaching low-income families: Focus group results provide direction for a behavioral approach to WIC services. J Am Diet Assoc. 2004;104(8):1277-80.

98. Thompson JK, Heinberg LJ, Altabe M & Tantleff-Dunn S. Exacting beauty: theory, assessment and treatment. Washington, DC: Americam Psychological Assossiation; 1999.

99. Reato LF, Harada RM, Hatakeyama TT, Kitaura AR, Nagaoka BM, Perestrelo VB. Alimentary habits, risk behaviors and prevention of alimentary disorders in high school adolescents. Rev Paul Pediatr. 2007;25:22-6.

100. Crowley TJ, Mikulich SK, MacDonald M, Young SE, Zerbe GO. Substance-dependent, conduct-disordered adolescent males: severity of diagnosis predicts 2-yar outcome. Drug Alcohol Depend.1998;49(3):225-37..

101. Durant RH, Knight J, Goodman E. Factors associated with aggressive and delinquent behaviors among patients attending an adolescent medicine clinic. J Adolesc Health. 1997;21(5):303-8..

102. Amiti-Mackesy ME, Fendrich M. Inhalant use and delinquent behavior among adolescents: a comparison of inhalant users and other users. Addiction. 1999;94(4):555-64..

103. Kuo PH, Yang HJ, Soong WT, Chen WJ. Substance use among adolescents in Taiwan: associated personality traits, incompetence, and behavioral/emotional problems. Drug Alcohol Depend. 2002;67(1):27-39.

104. Gonzalvo GO. Estado de salud de jóvenes varones delincuentes. Aten Primaria. 2002;29(7):421-24.

105. Belenko S, Logan TK. Delivering more effective treatment to adolescents: improving the juvenile drug court model. J Subst AbuseTreat. 2003;25(3):189-211..

106. Helstrom A, Bryan A, Hutchison KE, Riggs PD, Blechman E. Tobacco and alcohol use as an explanation for the association between externalization behavior and illicit drug use among delinquent adolescents. Prev Sci. 2004;5(4):266-77..

107. Swahn MH, Donovan JE. Correlates and predictors of violent behavior among adolescent drinkers. J Adolesc Health. 2004;34(6):480-92..

108. Kim HS, Kim HS. Gender differences in delinquent behavior among Korean adolescents, child psychiatry and human development. 2005;35(4):325-45..

109. Lennings CJ, Kenny DT, Nelson P. Substance abuse and treatment seeking in young offenders on community orders. J Subst Abuse Treat. 2006;31(4): 425-32.

110. Ferigolo M, Barbosa FS, Arbo E, Malysz AS, Stein AT, Barros, HMT. Drug prevalence at Febem. Rev Bras Psiquiatr. 2004; 26(1): 9-15.

111. Galduroz JCF, Carlini ELA, Noto AR, Fonseca AM, . V Levantamento Nacional sobre consumo de drogas Psicotrópicas entre estudantes do Ensino Fundamental e Médio na Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras 2004. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogras Psicotrópicas; 2004.

112. Poikolanen K, Tulio-Henriksson A, Aalto-Setala T, Marttunen M, Lonnqvist J. Predictors of alcohol intake and heavy drinking in early adulthood: a 5-year follow-up of 15-19 year-old Finnish adolescents. Alcohol and Alcoholism. 2001;36(1):85-8.

113. Facy F. La place de l'alcool dans la morbidite et mortalite des jeunes [Place of alcohol morbidity and mortality of young people] in Actes du colloque les jeunes et Làlcool en Europe. Navarro F, Godeau E, Vialas C. eds. Toulouse, France: Universitaires du Sud; 2000.

114. Hibell B, Andersson B, Ahlstrom S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, et al. The 1999 ESPAD Report: Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries. Stockholm, Sweden: Council of Europe; 2000.

115. Bonomo Y, Coffey C, Wolfe R, Lynskey M, Bowes G, Patton G. Adverse outcomes of alcohol use in adolescents. Addiction. 2001;96(10):1485-96..

116. Mcbride N, Farringdon F, Midford R, Meuleners L, Phillips M. Harm minimization in school drug education: final results of the School Health and Alcohol Harm Reduction Project (SHAHRP). Addiction. 2004;99(3):278-91..

117. Confederação Nacional Dos Trabalhadores (CNTE.

118. Organizaçoes das Nações Unidas. Para a educação, a ciência e a cultura (UNESCO) Declaração de Cochabamba. Educação para todos: cumprindo nossos compromissos coletivos. Cochabamba, Bolívia: UNESCO; 2001;

119. Moreira FG, Silveira DX; Andreoli SB. Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde. Ciênc. Saúde Coletiva. 2006;11(3):807-16.

120. Moraes MA. Avaliação da Implantação do Programa de Controle do Tabagismo no Hospital Santa Cruz. [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Serviços de Saúde Pública; 2006...

121. Schilder P. A imagem do corpo: as energias construtivas da psique. São Paulo: Martins Fontes; 1999.

122. McCabe MP, Ricciardelli LA, Sitaram G, Mikhail K. “Accuracy of body size estimation: role of biopsycchosocial variables”. Body Image. 2006;3(2):163-71.

123. Williams PA, Cash TF. “Effect of a circuit weight training program on the body images of collage students”. Int J Eat Disord. 2001;30(1):75-82.

124. Fabra M L, Domènech M. Hablar y escuchar. Barcelona: Paidós; 2001.

125. Nicholls D, Viner R. Eating disorders and weight problems. BMJ. 2005; 23(330):950-3.

126. Levine MP, Smolak L. Body image development in adolescence. In: Cash, TF, Prusinky T. Body Image: a handbook of theory, research, and clinical practive. New York: Guilford Press; 2002. p. 74–82.

127. Smolak L. Body image in children and adolescents: where do we go from here? Body image. 2004;1(1):15-28.

128. Hill A, Silver E. Fat, friendless and unhealthy: 9-year old children’s perception of body shape stereotypes. Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord. 1995;19(6) 423-30.

129. Tiggermann M, Wilson-Barret E. Children’s figure ratings: relationship to self-esteem and negative stereotyping. Int J Eat Disord. 1998; 23(1):83-8.

130. Hoffmann-Muller B, Amstad H. Body image, weight and eating behavior in adolescents. Praxis (Bern 1994). 1994; 83(48):1336-42.

131. Mccabe MP, Ricciardelli LA. Parent, peer, and media influences on body image and strategies to both increase and decrease body size among adolescent boys and girls. Adolescence. 2001;36(142):225-40.

132. Labre MP. Adolescent boys and the muscular male body ideal. J Adolesc Health. 2002;30(4): 233– 42.

133. Paul R, Brownell KD. Bias, discrimination and obesity. Obes Res. 2001;9(12): 788-805.

134. Corseuil MW, Pelegrini A, Beck C, Pretoski EL.. Prevalência de insatisfação com a imagem corporal e sua associação com a inadequação nutricional em adolescentes. Rev Ed Fís/UEM. 2009;20(1):25-31.

135. Ålgars M, Santtila P, Varjonen M, Witting K, Johansson A, Jern P, Sandnabba NK. et al. The adult body: how age, gender, and body mass index are related to body image. J Aging Health. 2009;21(8):1112-32.;.

136. Maldonado GR. A educação física e o adolescente: a imagem corporal e a estética da transformação na mídia impressa. REMEFE. 2006;5(1):59-76..

137. Hovell MF, Sallis JF, Kolody B, McKenzie TL. Children's physical activity choices: a development analysis of gender, intensity levels, and time. Pediatr Exerc Sci.1999;11(2):158-68.

138. Neumark-Sztainer D, Paxton SJ, Hannan PJ, Haines J, Story M. Does body satisfaction matter? Five-year longitudinal association between body satisfaction and health behavior in adolescent females and males. J Adolesc Health. 2006; 39(2):244-51, 2006.

139. Brasil. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. [internet]. [acesso em]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm.

ANEXOS

UNIVERSIDADE SANTO AMARO - UNISA

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa:PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCO PARA ESTILO DE VIDA SEDENTÁRIO ENTRE ESCOLARES BRASILEIROS: ANÁLISE DE INQUÉRITO NACIONAL DE SAÚDE.

Pesquisador: Ricardo Destra Lievirsci

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 60897816.6.0000.0081

Instituição Proponente: Universidade de Santo Amaro - UNISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.803.746

Apresentação do Projeto:

PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCO PARA ESTILO DE VIDA SEDENTÁRIO ENTRE ESCOLARES BRASILEIROS: ANÁLISE DE INQUÉRITO NACIONAL DE SAÚDE.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar e quantificar fatores de risco de estilo de vida sedentário em escolares brasileiros.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o projeto, a pesquisa será realizada com banco de dados (dados secundários).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa será realizada com banco de dados (dados secundários). Não há necessidade de passar por Comitê de Ética em Pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A proposta de dispensa do TCLE se baseia no fato que o uso das informações na presente pesquisa são de acesso livre, caracterizando-se como fonte secundária de pesquisa nacional de saúde escolar realizada pelo IBGE.

Endereço: Rua Profº Enéas de Siqueira Neto, 340
Bairro: Jardim das Imbuias **CEP:** 02.450-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2141-8687 **E-mail:** pesquisaunisa@unisa.br

UNIVERSIDADE SANTO AMARO - UNISA

Continuação do Parecer: 1.803.746

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa será realizada com banco de dados (dados secundários). Não há necessidade de passar por Comitê de Ética em Pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_780415.pdf	04/10/2016 07:43:57		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado.pdf	04/10/2016 07:42:59	Ricardo Destra Lievirsci	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	04/10/2016 07:11:49	Ricardo Destra Lievirsci	Aceito

Situação do Parecer:
Retirado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

SAO PAULO, 03 de Novembro de 2016

Assinado por:
José Antonio Silveira Neves
(Coordenador)

Endereço: Rua Profº Enéas de Siqueira Neto, 340
Bairro: Jardim das Imbuias **CEP:** 02.450-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2141-8687 **E-mail:** pesquisaunisa@unisa.br

GLOSSÁRIO

2. QUESTIONÁRIO PENSE 2012

B00001
DATA DA PESQUISA (variável preenchida pelo técnico do IBGE)

B00002
MUNICÍPIO (variável selecionada pelo técnico do IBGE)

B00003
BAIRRO (variável selecionada pelo técnico do IBGE)

B00004
NOME DA ESCOLA (variável escolhida pelo técnico do IBGE)

B00005
ID DA ESCOLA (Ao escolher a escola onde será realizada a pesquisa, automaticamente o ID da escola será preenchido.)

B00006
IDENTIFICAÇÃO DA TURMA (variável selecionada pelo técnico do IBGE)

B00007
O aluno precisa ser auxiliado para a marcação dos quesitos?
□ Sim □ Não

B0. INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Este questionário que você irá responder faz parte de uma pesquisa feita pelo IBGE em parceria com o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC), que está sendo realizada em todo o país, com o objetivo de conhecer alguns aspectos importantes da saúde dos(as) adolescentes brasileiros(as).

Você não será identificado(a), suas respostas serão sigilosas. Apenas o resultado geral da pesquisa será divulgado. Não existem respostas certas ou erradas. Responda com atenção, pois suas respostas são muito importantes para o conhecimento de aspectos da saúde dos jovens brasileiros.

01. Prezado(a) estudante, você concorda em participar dessa pesquisa?
□ Sim □ Não

B1. INFORMAÇÕES GERAIS

As próximas perguntas referem-se a você e a sua casa.

B01001
01. Qual é o seu sexo?
□ Masculino □ Feminino

B01002
02. Qual é a sua cor ou raça?
□ Branca
□ Preta
□ Amarela
□ Parda
□ Indígena

B01003
03. Qual é a sua idade?
□ 11 anos ou menos
□ 12 anos
□ 13 anos
□ 14 anos
□ 15 anos
□ 16 anos
□ 17 anos
□ 18 anos
□ 19 anos ou mais

B01004
□ Janeiro
□ Fevereiro
□ Março
□ Abril
□ Maio
□ Junho

04. Qual é o mês do seu aniversário
□ Julho
□ Agosto
□ Setembro
□ Outubro
□ Novembro
□ Dezembro

B01005

5. Em que ano você nasceu?
□Antes de 1994
□1994
□1995
□1996
□1997
□1998
□1999
□2000
□2001 ou mais

B01006
06. Você mora com sua mãe?
□ Sim □ Não

B01007
07. Você mora com seu pai?
□ Sim □ Não

B01008
08. Qual o nível (grau) de ensino que sua mãe estudou ou estuda?
□ Minha mãe não estudou.
□ Minha mãe começou o ensino fundamental (ou 1º grau), mas não terminou.
□ Minha mãe terminou o ensino fundamental (ou 1º grau).
□ Minha mãe começou o ensino médio (ou 2º grau), mas não terminou.□ Minha mãe terminou o ensino médio (ou 2°

□ 11 anos ou menos
□ 12 anos
□ 13 anos
□ 14 anos
□ 15 anos

B01009
09. Qual o nível (grau) de ensino que seu pai estudou ou estuda?

□ Meu pai não estudou
□ Meu pai começou o ensino fundamental (ou 1º grau), mas não terminou
□ Meu pai terminou o ensino fundamental (ou 1º grau)

□ Meu pai começou o ensino médio (ou 2º grau), mas não terminou
□ Meu pai terminou o ensino médio (ou 2° grau)
□ Meu pai começou a faculdade (ensino superior), mas não terminou
□ Meu pai terminou a faculdade (ensino superior, inclusive pós graduação, mestrado e doutorado em curso ou terminado)
□ Não sei

B01010
10. Contando com você, quantas pessoas moram na sua casa ou apartamento?

B01011
11. Você tem algum trabalho, emprego ou negócio atualmente?
□ Sim □ Não

B01012
12. Você recebe dinheiro por este trabalho, emprego ou negócio?
□ Sim □ Não

B01013
13. Na sua casa tem telefone fixo (convencional)?
□ Sim □ Não

B01014
14. Você tem celular?
□ Sim □ Não

B01015
15. Na sua casa tem computador (de mesa, ou netbook, laptop, etc)? – Excluir tablet, smartphone e palm top.
□ Sim □ Não

B01016
16. Você tem acesso à internet em sua casa?
□ Sim □ Não

B01017
17. Alguém que mora na sua casa tem carro?
□ Sim □ Não

B01018
18. Alguém que mora na sua casa tem moto?
□ Sim □ Nã

B01019
19. Quantos banheiros com chuveiro têm dentro da sua casa?
□ Não tem banheiro com chuveiro dentro da minha casa
□ 1 banheiro
□ 2 banheiros
□ 3 banheiros
□ 4 banheiros ou mais

B01020
20. Tem empregado(a) doméstico(a) recebendo dinheiro para fazer o trabalho em sua casa, cinco ou mais dias por semana?
□ Sim □ Não

B2. ALIMENTAÇÃO
As próximas perguntas referem-se a sua alimentação. Leve em conta tudo o que você comeu em casa, na escola, na rua, em lanchonetes, em restaurantes ou em qualquer outro lugar.

B02001
01. NOS ULTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu feijão?
□ Não comi feijão nos últimos sete dias
□ 1 dia nos últimos sete dias
□ 2 dias nos últimos sete dias
□ 3 dias nos últimos sete dias
□ 4 dias nos últimos sete dias
□ 5 dias nos últimos sete dias
□ 6 dias nos últimos sete dia

B02002

02. NOS ULTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu salgados fritos? Exemplo: batata frita (sem contar a batata de pacote) ou salgados fritos como coxinha de galinha, quibe frito, pastel frito, acarajé, etc.

□ Não comi salgados fritos nos últimos sete dias
□ 1 dia nos últimos sete dias
□ 2 dias nos últimos sete dias
□ 3 dias nos últimos sete dias
□ 4 dias nos últimos sete dias
□ 5 dias nos últimos sete dias
□ 6 dias nos últimos sete dias
□ Todos os dias nos últimos sete dias

B02003

03. NOS ULTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu hambúrguer, salsicha, mortadela, salame, presunto, nuggets ou linguiça?

□ Não comi nenhum desses alimentos nos últimos sete dias □ 1 dia nos últimos sete dias
□ 2 dias nos últimos sete dias
□ 3 dias nos últimos sete dias
□ 4 dias nos últimos sete dias
□ 5 dias nos últimos sete dias
□ 6 dias nos últimos sete dias
□ Todos os dias nos últimos sete dias

B02004

04. A NOS ULTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu pelo menos um tipo de legume ou verdura crus ou cozidos? Exemplo: couve, tomate, alface, abóbora, chuchu, brócolis, espinafre, etc. Não inclua batata e aipim (mandioca/macaxeira).

□ Não comi legumes ou verduras nos últimos sete dias
□ 1 dia nos últimos sete dias
□ 2 dias nos últimos sete dias
□ 3 dias nos últimos sete dias
□ 4 dias nos últimos sete dias
□ 5 dias nos últimos sete dias
□ 6 dias nos últimos sete dias
□ Todos os dias nos últimos sete dias

B02005
05. NOS ULTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu salada crua? Exemplo: alface, tomate, cenoura, pepino, cebola, etc.

□ Não comi salada crua nos últimos sete dias
□ 1 dia nos últimos sete dias
□ 2 dias nos últimos sete dias
□ 3 dias nos últimos sete dias
□ 4 dias nos últimos sete dias
□ 5 dias nos últimos sete dias
□ 6 dias nos últimos sete dias
□ Todos os dias nos últimos sete dias

B02006
06. NOS ULTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu legumes ou verduras cozidos na comida, inclusive sopa? Exemplo: couve, abóbora, chuchu, brócolis, espinafre, cenoura, etc. Não inclua batata e aipim (mandioca/macaxeira).

□ Não comi legumes ou verduras cozidos nos últimos sete dias
□ 1 dia nos últimos sete dias
□ 2 dias nos últimos sete dias
□ 3 dias nos últimos sete dias
□ 4 dias nos últimos sete dias
□ 5 dias nos últimos sete dias
□ 6 dias nos últimos sete dias
□ Todos os dias nos últimos sete dias

B02007
07. NOS ULTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu biscoitos salgados ou bolachas salgadas?

□ Não comi biscoitos salgados ou bolachas salgadas nos últimos sete dias
□ 1 dia nos últimos sete dias
□ 2 dias nos últimos sete dias
□ 3 dias nos últimos sete dias
□ 4 dias nos últimos sete dias
□ 5 dias nos últimos sete dias
□ 6 dias nos últimos sete dias
□ Todos os dias nos últimos sete dias

B02008

08. NOS ULTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu biscoitos doces ou bolachas doces?

□ Não comi biscoitos doces ou bolachas doces nos últimos sete dias
□ 1 dia nos últimos sete dias
□ 2 dias nos últimos sete dias
□ 3 dias nos últimos sete dias
□ 4 dias nos últimos sete dias
□ 5 dias nos últimos sete dias
□ 6 dias nos últimos sete dias
□ Todos os dias nos últimos sete dias

B02009

09. NOS ULTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu salgadinho de pacote ou batata frita de pacote?

□ Não comi salgadinho de pacote ou batata frita de pacote nos últimos sete dias
□ 1 dia nos últimos sete dias
□ 2 dias nos últimos sete dias
□ 3 dias nos últimos sete dias
□ 4 dias nos últimos sete dias
□ 5 dias nos últimos sete dias
□ 6 dias nos últimos sete dias
□ Todos os dias nos últimos sete dias

B02010

10. NOS ULTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu guloseimas (doces, balas, chocolates, chicletes, bombons ou pirulitos)?

□ Não comi guloseimas nos últimos 7 dias
□ 1 dia nos últimos sete dias
□ 2 dias nos últimos sete dias
□ 3 dias nos últimos sete dias
□ 4 dias nos últimos sete dias
□ 5 dias nos últimos sete dias
□ 6 dias nos últimos sete dias
□ Todos os dias nos últimos sete dias

B02011
11. NOS ULTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu frutas frescas ou salada de frutas?

□ Não comi frutas frescas ou salada de frutas nos últimos sete dias
□ 1 dia nos últimos sete dias
□ 2 dias nos últimos sete dias
□ 3 dias nos últimos sete dias
□ 4 dias nos últimos sete dias
□ 5 dias nos últimos sete dias
□ 6 dias nos últimos sete dias
□ Todos os dias nos últimos sete dias

B02012
12. NOS ULTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você tomou leite? (Excluir “leite” de soja e considerar, por exemplo, leite com café ou chocolate, vitamina, mingau)

□ Não tomei leite nos últimos sete dias
□ 1 dia nos últimos sete dias
□ 2 dias nos últimos sete dias
□ 3 dias nos últimos sete dias
□ 4 dias nos últimos sete dias
□ 5 dias nos últimos sete dias
□ 6 dias nos últimos sete dias
□ Todos os dias nos últimos sete dias

B02013
13. NOS ULTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você tomou refrigerante?

□ Não tomei refrigerante nos últimos sete dias
□ 1 dia nos últimos sete dias
□ 2 dias nos últimos sete dias
□ 3 dias nos últimos sete dias
□ 4 dias nos últimos sete dias
□ 5 dias nos últimos sete dias
□ 6 dias nos últimos sete dias
□ Todos os dias nos últimos sete dias

B02014
14. Ontem, em quais refeições você comeu salada crua? Exemplos : alface, tomate, cenoura, pepino, cebola, etc.
□ Não comi salada crua ontem
□ No almoço de ontem
□ No jantar de ontem
□ No almoço e no jantar de ontem

B02015
15. Ontem, em quais refeições você comeu legumes ou verduras cozidos, sem contar batata e aipim (mandioca/macaxeira)?
□ Não comi legumes nem verduras cozidos ontem
□ No almoço de ontem
□ No jantar de ontem
□ No almoço e no jantar de ontem

B02016
16. Ontem, quantas vezes você comeu frutas frescas?
□ Não comi frutas frescas ontem
□ Uma vez ontem
□ Duas vezes ontem
□ Três vezes ou mais ontem

B02017
17. Você costuma almoçar ou jantar - com sua mãe, pai ou responsável?
□ Não
□ Sim, todos os dias
□ Sim, 5 a 6 dias por semana
□ Sim, 3 a 4 dias por semana
□ Sim, 1 a 2 dias por semana
□ Sim, mas apenas raramente

B02018
18. Você costuma comer quando está assistindo à TV ou estudando?
□ Não
□ Sim, todos os dias
□ Sim, 5 a 6 dias por semana
□ Sim, 3 a 4 dias por semana
□ Sim, 1 a 2 dias por semana
□ Sim, mas apenas raramente

B02019
19. Você costuma tomar o café da manhã?
□ Não
□ Sim, todos os dias
□ Sim, 5 a 6 dias por semana
□ Sim, 3 a 4 dias por semana
□ Sim, 1 a 2 dias por semana
□ Sim, mas apenas raramente

B02020
20. Você costuma comer a comida (merenda/almoço) oferecida pela escola?
□ A minha escola não oferece comida
□Não, não costumo comer a comida oferecida pela escola
□ Sim, todos os dias
□ Sim, 3 a 4 dias por semana
□ Sim, 1 a 2 dias por semana
□ Sim, mas apenas raramente

B3. ATIVIDADE FÍSICA
As próximas questões falam sobre atividade física, que pode ser feita ao praticar esportes, brincar com os amigos ou caminhar até a escola. Alguns exemplos de atividade física são: correr, andar de bicicleta, dançar, jogar futebol, voleibol, basquete, handebol, nadar, andar de skate, etc.

B03001
01. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você foi ou voltou a pé ou de bicicleta para a escola? (Não considerar garupa ou bicicleta elétrica)
□ Nenhum dia nos últimos sete dias (0 dia)
□ 1 dia nos últimos sete dias
□ 2 dias nos últimos sete dias
□ 3 dias nos últimos sete dias
□ 4 dias nos últimos sete dias
□ 5 dias nos últimos sete dias
□ 6 dias nos últimos sete dias
□ 7 dias nos últimos sete dias

B03002
02. Quando você vai ou volta da escola a pé ou de bicicleta, quanto tempo você gasta? (Se você vai e volta, some o tempo que gasta).
□ Não vou ou volto da escola a pé ou de bicicleta
□ Menos de 10 minutos por dia
□ 10 a 19 minutos por dia
□ 20 a 29 minutos por dia
□ 30 a 39 minutos por dia
□ 40 a 49 minutos por dia
□ 50 a 59 minutos por dia
□ 60 ou mais minutos por dia

B03003
03. NOS ULTIMOS 7 DIAS, quantos dias você teve aulas de educação física na escola?
□ Nenhum dia nos últimos 7 dias
□ 1 dia nos últimos 7 dias
□ 2 dias nos últimos 7 dias
□ 3 dias nos últimos 7 dias
□ 4 dias nos últimos 7 dias
□ 5 a 7 dias nos últimos 7 dias

B03004
04. Ao longo deste ano escolar, quantos dias por semana você participou das aulas de educação física?
□ Nenhum dia (0 dia)
□ 1 dia
□ 2 dias
□ 3 dias
□ 4 dias
□ 5 ou mais dias

B03005
05. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, quanto tempo por dia você fez atividade física ou esporte durante as aulas de educação física na escola?
□ Não fiz aula de educação física na escola
□ Menos de 10 minutos por dia
□ 10 a 19 minutos por dia
□ 20 a 29 minutos por dia
□ 30 a 39 minutos por dia
□ 40 a 49 minutos por dia
□ 50 a 59 minutos por dia
□ De 1 hora a 1 hora e 19 minutos por dia
□ 1 hora e 20 minutos ou mais por dia

B03006
06. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, sem contar as aulas de educação física da escola, em quantos dias você praticou alguma atividade física como esportes, dança, ginástica, musculação, lutas ou outra atividade?
□ Nenhum dia nos últimos sete dias (0 dia)
□ 1 dia nos últimos sete dias
□ 2 dias nos últimos sete dias
□ 3 dias nos últimos sete dias
□ 4 dias nos últimos sete dias
□ 5 dias nos últimos sete dias
□ 6 dias nos últimos sete dias
□ 7 dias nos últimos sete dias

B03007
07. Normalmente, quanto tempo por dia duram essas atividades (como esportes, dança, ginástica, musculação, lutas ou outra atividade) que você faz? (SEM CONTAR as aulas de educação física)

□ Menos de 10 minutos por dia
□ 10 a 19 minutos por dia
□ 20 a 29 minutos por dia
□ 30 a 39 minutos por dia
□ 40 a 49 minutos por dia
□ 50 a 59 minutos por dia
□ 1 hora ou mais minutos por dia

B03008
08. Se você tivesse oportunidade de fazer atividade física na maioria dos dias da semana, qual seria a sua atitude?

□ Não faria mesmo assim
□ Faria atividade física em alguns dias da semana
□ Faria atividade física na maioria dos dias da semana
□ Já faço atividade física em alguns dias da semana
□ Já faço atividade física na maioria dos dias da semana

B03009
09. Em um dia de semana comum, quantas horas por dia você assiste a TV? (não contar sábado, domingo e feriado)

□ Não assisto a TV
□ Menos de 1 hora por dia
□ Cerca de 1 hora por dia
□ Cerca de 2 horas por dia
□ Cerca de 3 horas por dia
□ Cerca de 4 horas por dia
□ Cerca de 5 horas por dia
□ Cerca de 6 horas por dia
□ Cerca de 7 ou mais horas por dia

B03010

10. EM UM DIA de semana comum, quanto tempo você fica sentado (a), assistindo televisão, usando computador, jogando videogame, conversando com amigos (as) ou fazendo outras atividades sentado (a)? (não contar sábado, domingo, feriados e o tempo sentado na escola)

□ Menos de 1 hora por dia
□ 1 a 2 horas por dia
□ 3 a 4 horas por dia
□ 5 a 6 horas por dia
□ 7 a 8 horas por dia
□ Mais de 8 horas por dia

B03011

11. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você fez atividade física por pelo menos 60 minutos (uma hora) por dia? (SOME TODO O TEMPO QUE VOCÊ GASTOU EM QUALQUER TIPO DE ATIVIDADE FÍSICA)

B04003

03. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você fumou cigarros?

□ Nunca fumei
□ Nenhum dia nos últimos 30 dias (0 dia)
□ 1 ou 2 dias nos últimos 30 dias
□ 3 a 5 dias nos últimos 30 dias
□ 6 a 9 dias nos últimos 30 dias
□ 10 a 19 dias nos últimos 30 dias
□ 20 a 29 dias nos últimos 30 dias
□ Todos os dias nos últimos 30 dias

B04004

04. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, você tentou parar de fumar?

□ Nunca fumei
□ Não fumei nos últimos 12 meses
□ Sim
□ Não

B04005

□ Nenhum (0 dia)
□ 1 dia
□ 2 dias
□ 3 dias

□ 4 dias
□ 5 dias
□ 6 dias
□ 7 dias

05. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias tiveram pessoas que fumaram na sua presença?
□ Nenhum dia (0 dia)
□ 1 ou 2 dias

B4. USO DE CIGARRO

As próximas perguntas são sobre o hábito de fumar cigarros e outros produtos do tabaco

B04001
01. Alguma vez na vida, você já fumou cigarro, mesmo uma ou duas tragadas?
□ Sim □ Não

B04002
02. Que idade você tinha quando experimentou fumar cigarro pela primeira vez?
□ Nunca experimentei cigarro
□ 7 anos de idade ou menos
□ 8 ou 9
□ 10 anos
□ 11 anos
□ 12 anos
□ 13 a 17 anos

B04006
06. Qual de seus pais ou responsáveis fuma?

□ Nenhum deles
□ Só meu pai ou responsável do sexo masculino
□ Só minha mãe ou responsável do sexo feminino
□ Meu pai e minha mãe ou responsáveis
□ Não sei

B04007
07. Qual seria a reação da sua família se ela soubesse que você fuma cigarros?
□ Iria se importar muito
□ Iria se importar um pouco
□ Não iria se importar
□ Não sei se ela iria se importar

B04008
08. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS quantos dias você usou outros produtos de tabaco: cigarros de palha ou enrolados a mão, charuto, cachimbo, cigarrilha, cigarro indiano ou bali, narguilé, rapé, fumo de mascar, etc? (não incluir cigarro comum)
□ Nenhum dia (0 dia)
□ 1 ou 2 dias
□ 3 a 5 dias
□ 6 a 9 dias
□ 10 a 19 dias
□ 20 a 29 dias
□ Todos os 30 dias

B5. ÁLCOOL

As próximas perguntas abordam o consumo de bebidas alcoólicas como, por exemplo: cerveja, chopp, vinho, cachaça/pinga, vodca, vodca-ice, uísque, etc. A ingestão de bebidas alcoólicas não inclui tomar alguns goles de vinho para fins religiosos.

B05001
01. Alguma vez na vida, você já experimentou bebida alcoólica?
□ Sim □ Não

B05002
02. Alguma vez na vida você tomou uma dose de bebida alcoólica? (uma dose equivale a uma lata de cerveja ou uma taça de vinho ou uma dose de cachaça ou uísque, etc)
□ Sim □ Não

B05003
03. Que idade você tinha quando tomou a primeira dose de bebida alcoólica? (uma dose equivale a uma lata de cerveja ou uma taça de vinho ou uma dose de cachaça ou uísque,etc)
□ Nunca tomei bebida alcoólica
□ 7 anos ou menos anos
□ 8 ou 9 anos
□10 ou 11 anos
□12 ou 13 anos
□14 ou15 anos
□16 ou mais anos

B05004
04. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você tomou pelo menos um copo ou uma dose de bebida alcoólica? (uma dose equivale a uma lata de cerveja ou uma taça de vinho ou uma dose de cachaça ou uísque, etc)

□ Nenhum dia nos últimos 30 dias (0 dias)
□ 1 ou 2 dias nos últimos 30 dias
□ 3 a 5 dias nos últimos 30 dias
□ 6 a 9 dias nos últimos 30 dias
□ 10 a 19 dias nos últimos 30 dias
□ 20 a 29 dias nos últimos 30 dias
□ Todos os dias nos últimos 30 dias

B05005
05. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, nos dias em que você tomou alguma bebida alcoólica, quantos copos ou doses você tomou por dia?

□ Não tomei nenhuma bebida alcoólica nos últimos 30 dias
□ Menos de um copo ou dose nos últimos 30 dias
□ 1 copo ou 1 dose nos últimos 30 dias
□ 2 copos ou 2 doses nos últimos 30 dias
□ 3 copos ou 3 doses nos últimos 30 dias
□ 4 copos ou 4 doses nos últimos 30 dias
□ 5 copos ou mais ou 5 doses ou mais nos últimos 30 dias

B05006
06. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, na maioria das vezes, como você conseguiu a bebida que tomou?

□ Não tomei nenhuma bebida alcoólica nos últimos 30 dias (0 dia)
□ Comprei no mercado, loja, bar ou supermercado
□ Comprei de um vendedor de rua
□ Dei dinheiro a alguém que comprou para mim
□ Consegui com meus amigos
□ Consegui em casa
□ Consegui em uma festa
□ Consegui de outro modo

B05007
07. Na sua vida, quantas vezes você bebeu tanto que ficou realmente bêbado(a)?
□ Nenhuma vez na vida
□ 1 ou 2 vezes na vida
□ 3 a 5 vezes na vida
□ 6 a 9 vezes na vida
□ 10 ou mais vezes na vida

B05008
08. Qual seria a reação de sua família, se você chegasse em casa bêbado(a)?
□ Iria se importar muito
□ Iria se importar um pouco
□ Não iria se importar
□ Não sei se ela iria se importar

B05009
09. Na sua vida, quantas vezes você teve problemas com sua família ou amigos, perdeu aulas ou brigou porque tinha bebido?
□ Nenhuma vez na vida
□ 1 ou 2 vezes na vida
□ 3 a 5 vezes na vida
□ 6 a 9 vezes na vida
□ 10 ou mais vezes na vida

B6. DROGAS ILÍCITAS

As próximas questões referem-se a drogas ilícitas.

B06001
01. Alguma vez na vida, você usou alguma droga, tais como: maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança perfume, ecstasy, oxy, etc?
□ Sim □ Não

B06002
02. Que idade você tinha quando usou droga tais como maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança perfume, ecstasy, oxy ou outra pela primeira vez?

B06003
03. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você usou droga tais como maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança perfume, ecstasy, oxy, etc?
□ Nunca usei drogas
□ Nenhum dia nos últimos 30 dias (0 dia)
□ 1 ou 2 dias nos últimos 30 dias
□ 3 a 5 dias nos últimos 30 dias
□ 6 a 9 dias nos últimos 30 dias
□ 10 ou mais dias nos últimos 30 dias

B06004
04. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você usou maconha?

□ Nenhuma vez (0 vez)
□ 1 ou 2 vezes
□ 3 a 9 vezes
□ 10 ou mais vezes

B06005
05. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você usou crack?
□ Nenhuma vez (0 vez)
□ 1 ou 2 vezes
□ 3 a 9 vezes
□ 10 ou mais vezes

B7. SITUAÇÕES EM CASA E NA ESCOLA
As próximas questões tratam do grau de conhecimento que seus pais ou responsáveis têm em relação a algumas situações vivenciadas por você na escola. Também tratam de sua relação com seus colegas no ambiente escolar.

B07001
01. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você faltou às aulas ou à escola sem permissão dos seus pais ou responsáveis?
□ Nenhum dia (0 dia)
□ Nunca usei drogas
□ 7 anos ou menos
□ 8 anos
□ 9 anos
□ 10 anos
□ 11 anos
□ 12 anos
□ 13 anos
□ 14 anos
□ 15 anos
□ 16 anos
□ 17 anos ou mais
□ 1 ou 2 dias
□ 3 a 5 dias
□ 6 a 9 dias
□ 10 ou mais dia

B07002

02. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência seus pais ou responsáveis sabiam realmente o que você estava fazendo em seu tempo livre?

□ Nunca
□ Raramente
□ Às vezes
□ Na maior parte do tempo
□ Sempre

B07003

03. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência os seus pais ou responsáveis verificaram se os seus deveres de casa (lição de casa) foram feitos?

□ Nunca
□ Raramente
□ Às vezes
□ Na maior parte do tempo
□ Sempre

B07004

04. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência seus pais ou responsáveis entenderam seus problemas e preocupações?

□ Nunca
□ Raramente
□ Às vezes
□ Na maior parte do tempo
□ Sempre

B07005

05. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência seus pais ou responsáveis mexeram em suas coisas sem a sua concordância?

□ Nunca
□ Raramente
□ Às vezes
□ Na maior parte do tempo
□ Sempre

B07006
06. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência os colegas de sua escola trataram você bem e/ou foram prestativos contigo?
□ Nenhuma vez nos últimos 30 dias (0 vez)
□ Raramente nos últimos 30 dias
□ Às vezes nos últimos 30 dias
□ Na maior parte das vezes nos últimos 30 dias
□ Sempre nos últimos 30 dias

B07007
07. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência algum dos seus colegas de escola te esculacharam, zoaram, mangaram, intimidaram ou caçoaram tanto que você ficou magoado, incomodado, aborrecido, ofendido ou humilhado?
□ Nenhuma vez nos últimos 30 dias (0 vez)
□ Raramente nos 30 trinta dias
□ Às vezes nos últimos 30 dias
□ Na maior parte das vezes nos últimos 30 dias
□ Sempre nos últimos 30 dias

B07008
08. NOS ÚLTIMOS 30 dias, qual o motivo/causa de seus colegas terem te esculachado, zombado, zoado, caçoado, mangado, intimidado ou humilhado?
□ A minha cor ou raça
□ A minha religião
□ A aparência do meu rosto
□ A aparência do meu corpo
□ A minha orientação sexual
□ A minha região de origem
□ Outros motivos/causas

B07009
09. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você esculachou, zombou, mangou, intimidou ou caçoou algum de seus colegas da escola tanto que ele ficou magoado, aborrecido,ofendido ou humilhado?
□ Sim □ Não

B8. SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Nas próximas questões você responderá sobre sua saúde sexual e saúde reprodutiva.

B08001
01. Você já teve relação sexual (transou) alguma vez?
□ Sim □ Não

B08002
02. Que idade você tinha quando teve relação sexual (transou) pela primeira vez?
□ Nunca tive relação sexual
□ 9 anos ou menos
□ 10 anos
□ 11 anos
□ 12 anos
□ 13 anos
□ 14 anos
□ 15 anos
□ 16 anos ou mais

B08003
03. Na sua vida, você já teve relação sexual (transou) com quantas pessoas?
□ Nunca tive relação sexual
□ 1 pessoa
□ 2 pessoas
□ 3 pessoas
□ 4 pessoas
□ 5 pessoas
□ 6 ou mais pessoas

B08004
04. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, você teve relações sexuais (transou)?
□ Sim □ Não

B08005
05. Na última vez que você teve relação sexual (transou), você ou seu (sua) parceiro (a) usou algum método para evitar a gravidez e/ou doenças sexualmente transmissíveis (DST)?
□ Nunca tive relação sexual
□ Sim
□ Não
□ Não sei

Nas próximas questões, você irá responder sobre aspectos de sua segurança ao ambiente em que você vive escola, família, segurança no trânsito e violência.

B08006

06. Na última vez que você teve relação sexual (transou), você ou seu (sua) parceiro(a) usou camisinha (preservativo)?

□ Nunca tive relação sexual
□ Sim
□ Não
□ Não sei

B08007

07. Na última vez que você teve relação sexual (transou), você ou seu (sua) parceiro (a) usou algum outro método para evitar a gravidez (Não contar camisinha)?

□ Nunca tive relação sexual
□ Sim
□ Não
□ Não sei

B08008

08. Na escola, você já recebeu orientação sobre prevenção de gravidez?

□ Sim □ Não □ Não sei

B08009

09. Na escola, você já recebeu orientação sobre Aids ou outras Doenças Sexualmente Transmissíveis(DST)?

□ Sim □ Não □ Não sei

B08010

10. Na escola, você já recebeu orientação sobre como conseguir camisinha (preservativo) gratuitamente?

□ Sim □ Não □ Não sei

B9. SEGURANÇA

B09001
01. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você deixou de ir à escola porque não se sentia seguro no caminho de casa para a escola ou da escola para casa?

□ Nenhum dia nos últimos 30 dias
□ 1 dia nos últimos 30 dias
□ 2 dias nos últimos 30 dias
□ 3 dias nos últimos 30 dias
□ 4 dias nos últimos 30 dias
□ 5 dias ou mais nos últimos 30 dias

B09002
02. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você não foi à escola porque não se sentia seguro na escola?

□ Nenhum dia nos últimos 30 dias (0 dia)
□ 1 dia nos últimos 30 dias
□ 2 dias nos últimos 30 dias
□ 3 dias nos últimos 30 dias
□ 4 dias nos últimos 30 dias
□ 5 dias ou mais nos últimos 30 dias

B09003
03. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantas vezes você foi agredido fisicamente por um adulto da sua família?
□ Nenhuma vez nos últimos 30 dias
□ 1 vez nos últimos 30 dias
□ 2 ou 3 vezes nos últimos 30 dias
□ 4 ou 5 vezes nos últimos 30 dias
□ 6 ou 7 vezes nos últimos 30 dias
□ 8 ou 9 vezes nos últimos 30 dias
□ 10 ou 11 vezes nos últimos 30 dias
□ 12 vezes ou mais nos últimos 30 dias

B09004
04. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você esteve envolvido (a) em alguma briga em que alguma pessoa usou arma de fogo, como revólver ou espingarda?
□ Sim □ Não

B09005
05. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você este envolvido (a) em alguma briga em que alguma pessoa usou alguma outra arma como faca, canivete, peixeira, pedra, pedaço de pau ou garrafa?
□ Sim □ Não

B09006
06. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantas vezes você usou o cinto de segurança quando estava em um carro ou outro veículo motorizado dirigido por outra pessoa (excluir ônibus)?
□ Não andei em veículo dirigido por outra pessoa nos últimos 30 dias
□ Nunca nos últimos 30 dias
□ Raramente nos últimos 30 dias
□ Às vezes nos últimos 30 dias
□ Na maioria das vezes nos últimos 30 dias
□ Sempre nos últimos 30 dias

B09007
07. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantas vezes você usou um capacete ao andar de motocicleta?
□ Não andei de motocicleta nos últimos 30 dias
□ Nenhuma vez nos últimos 30 dias
□ Raramente nos últimos 30 dias
□ Às vezes nos últimos 30 dias
□ Na maioria das vezes nos últimos 30 dias
□ Sempre nos últimos 30 dias

B09008
08. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantas vezes você dirigiu um veículo motorizado de transporte (carro, motocicleta, voadeira, barco, etc)?

□ Não dirigi carro ou outro veículo nos últimos 30 dias
□ 1 vez nos últimos 30 dias
□ 2 ou 3 vezes nos últimos 30 dias
□ 4 ou 5 vezes nos últimos 30 dias
□ 6 ou mais vezes nos últimos 30 dias
□ Nenhuma vez nos últimos 30 dias
□ 1 vez nos últimos 30 dias

10. NOS ÚLTIMOS 12 meses quantas vezes você foi agredido (a) fisicamente?
□ Nenhuma vez (0 vez)
□ 1 vez
□ 2 ou 3 vezes
□ 4 ou 5 vezes
□ 6 ou 7 vezes
□ 8 ou 9 vezes
□ 10 ou 11 vezes
□ 12 ou mais vezes

B09011
11. Nos últimos 12 meses quantas vezes você se envolveu em briga (uma luta física)?
□ Nenhuma vez (0 vez)
□ 1 vez
□ 2 ou 3 vezes
□ 4 ou 5 vezes
□ 6 ou 7 vezes
□ 8 ou 9 vezes
□ 10 ou 11 vezes
□ 12 ou mais vezes

B09012
12. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você foi seriamente ferido?
□ Nenhuma vez (0 vez)
□ 1 vez
□ 2 ou 3 vezes
□ 4 ou 5 vezes
□ 6 ou 7 vezes
□ 8 ou 9 vezes
□ 10 ou 11 vezes
□ 12 ou mais vezes

B09013
13. NOS ÚLTIMOS 12 meses, qual foi o ferimento/lesão mais sério que aconteceu com você?
□ Não tive ferimento/lesão séria nos últimos 12 meses
□ Tive um osso quebrado ou junta deslocada
□ Tive um corte ou perfuração

□ Tive um traumatismo ou outra lesão na cabeça ou pescoço e, desmaiei ou não consegui respirar
□ Tive uma queimadura grave
□ Tive outra lesão ou machucado

B09014
14. NOS ÚLTIMOS 12 meses, qual foi a principal causa do ferimento/lesão mais sério que aconteceu com você? □ Foi um acidente ou atropelamento por um veículo motorizado
□ Foi uma queda
□ Foi algo que caiu sobre mim ou me atingiu
□ Foi um ataque que sofri ou briga com alguém
□ Foi um incêndio ou a proximidade com algo quente
□ Foi a inalação ou algo que engoli e me fez mal
□ Foi outra causa

B10. HIGIENE E SAÚDE BUCAL
As questões a seguir tratam da higiene e saúde da sua boca.

B10001
01. Nos últimos 30 dias, quantas vezes por dia você usualmente escovou os dentes?

□ Não escovei meus dentes nos últimos 30 dias
□ Uma vez por dia
□ Duas vezes por dia
□ Três vezes por dia
□ Quatro ou mais vezes por dia
□ Não escovei meus dentes diariamente

B1000
02. NOS ÚLTIMOS SEIS MESES, você teve dor de dente? (excluir dor de dente causada por uso de aparelho)
□ Sim
□ Não
□ Não sei / não me lembro

B10003
03. Nos últimos 12 meses quantas vezes você foi ao dentista?
□ Nenhuma (0 vez)
□1 vez
□ 2 vezes
□ 3 ou mais vezes

B10004
04. Nos últimos 30 dias com que frequência você lavou as mãos antes de comer?
□ Nunca
□ Raramente
□ Às vezes
□ Na maioria das vezes
□ Sempre

B10005
05. Nos últimos 30 dias com que frequência você lavou as mãos após usar o banheiro ou o vaso sanitário?
□ Nunca
□ Raramente
□ Às vezes
□ Na maioria das vezes
□ Sempre

B10006
06. Nos últimos 30 dias com que frequência você usou sabão ou sabonete quando lavou suas mãos?
□ Nunca
□ Raramente
□ Às vezes
□ Na maioria das vezes
□ Sempre

B11. IMAGEM CORPORAL

Neste bloco, você irá responder a questões referentes ao que você acha de sua própria imagem.

B11001
01. Quanto ao seu corpo, você se considera:
□ Muito magro(a)
□ Magro(a)
□ Normal
□ Gordo(a)
□ Muito Gordo(a)

B11002
02. O que você está fazendo em relação a seu peso?
□ Não estou fazendo nada
□ Estou tentando perder peso
□ Estou tentando ganhar peso
□ Estou tentando manter o mesmo peso

B11003
03. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você vomitou ou tomou laxantes para perder peso ou evitar ganhar peso?
□ Sim □ Não

B11004
04. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você tomou algum remédio, fórmula ou outro produto para perder ou manter seu peso, sem acompanhamento médico?
□ Sim □ Não

B11005
05. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você tomou algum remédio, fórmula ou outro produto para ganhar peso ou massa muscular sem acompanhamento médico?
□ Sim □ Não

B12. SAÚDE MENTAL

As questões a seguir se referem aos seus sentimentos.

B12001
01. Durante os últimos 12 meses com que frequência tem se sentido sozinho(a)?
□ Nunca

□ Raramente
□ Às vezes
□ Na maioria das vezes
□ Sempre

B12002
02. Durante os últimos 12 meses, com que frequência você não conseguiu dormir à noite porque algo o(a) preocupava muito?
□ Nunca
□ Raramente
□ Às vezes
□ Na maioria das vezes
□ Sempre
B12003
03. Quantos amigos ou amigas próximos você tem?
□ 0 (nenhum)
□ 1
□ 2
□ 3 ou mais

B13. USO DE SERVIÇO DE SAÚDE
As questões a seguir tratam da procura e acesso aos serviços de saúde

B13001
01. Nos últimos 12 meses você procurou algum serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde?
□ Sim □ Não

B13002
02. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, qual serviço de saúde você procurou mais frequentemente?
□ Posto de Saúde (Unidade Básica de Saúde)
□ Consultório médico particular
□ Consultório odontológico
□ Consultório de outro profissional de saúde (fonoaudiólogo, psicólogo, etc.)
□ Serviço de especialidades médicas ou Policlínica
□ Pronto-socorro ou emergência
□ Hospital
□ Laboratório ou clínica para exames complementares
□ Serviço de atendimento domiciliar
□ Farmácia
□ Outro

B13003
03. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você procurou por algum Posto de Saúde (Unidade Básica de Saúde)?
□ Nenhuma vez
□ 1 ou 2 vezes nos últimos 12 meses
□ 3 a 5 vezes nos últimos 12 meses
□ 6 a 9 vezes nos últimos 12 meses
□ 10 ou mais vezes nos últimos 12 meses

B13004
04. Você foi atendido, na última vez que procurou algum Posto de Saúde (Unidade Básica de Saúde), nestes últimos 12 meses?
□ Sim □ Não

B14. ASMA
As questões a seguir se referem à sua respiração.

B14001
01. Nos últimos 12 meses, você teve chiado (ou piado) no peito?
□ Sim □Não

B14002
02. Você teve asma alguma vez na vida?
□ Sim □ Não

B15. PESO E ALTURA
As próximas perguntas são referentes ao seu peso e altura

01. Qual é o seu peso?
□ em quilos

02. Qual é a sua altura?
□ em centímetros

B16. A SUA OPINIÃO

Expresse a sua opinião, avaliando este questionário.

01. O que você achou deste questionário?
□ Muito fácil de responder
□ Fácil de responder
□ Nem fácil nem difícil de responder

□ Difícil de responder
□ Muito difícil de responder

Fim do questionário do Estudante. Você deve permanecer em seu lugar e informar ao Técnico do IBGE que terminou de responder o questionário.
Agradecemos a sua

participação