

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

**COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE: UM
ESTUDO EM ESCOLARES DO ENSINO MÉDIO DO
MUNICÍPIO DA BARRA DOS COQUEIROS, SERGIPE,
BRASIL**

JADSON DE OLIVEIRA LIMA

**ARACAJU
Novembro – 2008**

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

**COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE E
AMBIENTE: UM ESTUDO EM ESCOLASES DO ENSINO
MÉDIO DO MUNICÍPIO DA BARRA DOS COQUEIROS,
SERGIPE, BRASIL**

Dissertação de Mestrado
submetida à banca examinadora
para a obtenção do título de
Mestre em Saúde e Ambiente, na
área de concentração em Saúde e
Ambiente.

JADSON DE OLIVEIRA LIMA

Orientadora: Profa. Dra. Vânia Fonseca

**ARACAJU
Novembro – 2008**

L732c Lima, Jadson de Oliveira

Comportamentos de risco á saúde e ambiente: um estudo em escolares do ensino médio do município da Barra dos Coqueiros, Sergipe, Brasil. / Jadson de Oliveira Lima; orientação [de] Vânia Fonseca. – Aracaju, 2008.

100 p. ; il.

Inclui bibliografias

Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) –
Universidade Tiradentes.

1. Saúde ambiental – Risco em saúde. 2. Barra dos Coqueiros – SE. 3. Ensino médio. 4. Adolescentes. I. Fonseca, Vânia (orient.) II. Título

CDU: 614:504

JADSON DE OLIVEIRA LIMA

**COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE E
AMBIENTE: UM ESTUDO EM ESCOLARES DO ENSINO
MÉDIO DO MUNICÍPIO DA BARRA DOS COQUEIROS,
SERGIPE, BRASIL**

Dissertação de Mestrado
submetida à banca examinadora
para a obtenção do título de
Mestre em Saúde e Ambiente, na
área de concentração em Saúde e
Ambiente.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Vania Fonseca (Orientadora)
Universidade Tiradentes – UNIT

Prof. Dr. Dartagnan Pinto Guedes
Universidade Federal de Londrina – UEL

Profa. Dra. Cristiane Costa da Cunha Oliveira
Universidade Tiradentes – UNIT

Prof. Dr. José Arnaldo Vasconcelos Palmeira
Universidade Federal de Sergipe – UFS

Profa. Dra. Claudia Moura de Melo
Universidade Tiradentes – UNIT

EPÍGRAFE

SUCESSO

“Rir muito e com frequência: ganhar o respeito de pessoas inteligentes e o afeto das crianças;

merecer a consideração de críticos honestos e compreender que mesmos entre os amigos, há aqueles com níveis inferiores de lealdade;

apreciar a beleza, encontrar o melhor nos outros;

deixar o mundo um pouco melhor, seja por uma saudável criança, um canteiro de jardim ou uma redimida condição social;

saber que ao menos uma vida respirou mais fácil porque você viveu.

Isso é ter tido sucesso.”

Ralph Waldo Emerson

DEDICATÓRIA

*A minha esposa Rose e aos meus filhos Adson e Dartagnan,
Que são minha força e minhas principais razões para persistir e
progredir.*

AGRADECIMENTOS

Agradecer é o mínimo que posso fazer a vocês:

À minha mãe, Doralice de Jesus Oliveira Lima (*in memorian*) pelos ensinamentos e pelos exemplos de perseverança.

À Rose, minha esposa, minha fonte de equilíbrio e doação que tornou possível a realização deste estudo.

Aos meus irmãos, que mesmo distante mantemos o companheirismo, respeito e camaradagem.

Ao Prof. MSc. Roberto Jerônimo amigo incondicional que sempre me ajudou a transcender os obstáculos.

A Profa. Dra. Vânia Fonseca, cuja orientação ajudou a mudar a estrutura da minha atividade intelectual e na lapidação e concretude deste trabalho. Além de ter proporcionado tardes agradabilíssimas que entre uma e outra correção no trabalho, sempre acompanhados de iguarias. Minha eterna gratidão.

Ao Prof. Dr. Dartagnan Pinto Guedes, pela conversa esclarecedora que tivemos no Simpósio Nordeste de Atividade Física & Saúde em Maceió em 2002. Desde então, a Educação Física na Promoção de Saúde passou a ser meu foco de estudo.

A Profa. Dra. Cristiane Costa, pela prática serena e simples em conduzir seus ensinamentos.

A Profa. Dra. Cláudia Moura, pela amizade e pelos conselhos para a qualidade deste estudo.

A Profa. Dra. Sara Cuadros, pela dedicação em ajudar a fazer pesquisa.

Ao Profa. Dr. Ricardo Albuquerque, pelas inúmeras contribuições neste trabalho e, principalmente, por me fazer enxergar que o adjetivo “Enjuadson” não era um defeito, mas uma qualidade.

Aos Escolares e suas respectivas Unidades de Ensino: Colégio Estadual Dr. Carlos Firpo, Centro Educacional Criança e Cultura e Colégio Metrópole pelo apoio na participação neste estudo.

Ao Quarteto Fantástico Aldemir Smith, Rosa Luciana, Marcos França, Luiz Carlos (Mestre Lucas) professores, amigos, irmãos que muito me ajudaram e quem tenho enorme respeito e admiração.

Ao Professor Jorge e aos acadêmicos Marcos e Michelly que tanto me ajudaram na coleta de dados

Aos colegas do mestrado, Alessandra, Aline, Ana Cláudia, Ana Paula, Analice, Ângela, Carol, Lorena, Luciana, Malone, Marco Costa, Marco Oliveira, Pureza, Mônica, Pollyana, Ricardo, Rosa e Yzila.

Aos Professores do Mestrado Saúde e Ambiente, pelo desbravamento num mestrado marcado pela multidisciplinaridade, conseguem com dinamismo quebrar paradigmas e nos ensinar o quanto podemos contribuir numa perspectiva holística para qualidade de vida.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	1
2.	CAPÍTULO 1 – Mudanças Ambientais e Comportamentais	4
2.1	Comportamentos de risco à saúde na adolescência	8
3.	CAPÍTULO 2 – A pesquisa e seus componentes	12
3.1.	Tipo de estudo.....	12
3.2.	Caracterização do município de Barra dos Coqueiros	12
3.3.	Procedimentos prévios	13
3.4.	População e amostra	14
3.5.	Critérios de inclusão	15
3.6.	Variáveis do estudo	16
3.7.	Instrumento de levantamento de informações	17
3.8.	Coleta de dados	19
3.9.	Tratamento estatístico.....	19
3.10.	Limitações do estudo	20
4.	CAPÍTULO 3 – ARTIGO 1 – Análise de comportamentos de risco à saúde em escolares do ensino médio do município da Barra dos Coqueiros, Sergipe, Brasil	22
5.	CAPÍTULO 4 – ARTIGO 2 – Nível de atividade física e comportamentos de risco à saúde em escolares do município da Barra dos Coqueiros, Sergipe, Brasil	45
6.	CONCLUSÃO GERAL E CONSIDERAÇÕES	60
7.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
	APÊNDICE 1 – Relatório do estudo piloto	69
	APÊNDICE 2 – Termo de consentimento livre e esclarecido	84
	APÊNDICE 3 – Questionário	85

COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE E AMBIENTE ESCOLAR: UM ESTUDO EM ESCOLARES DO MUNICÍPIO DE BARRA DOS COQUEIROS, SERGIPE, BRASIL

Jadson de Oliveira Lima

A mudança de comportamentos tem sido responsável por várias complicações à saúde, principalmente em crianças e adolescentes. Dentre eles, destacam-se hábitos alimentares impróprios, sobrepeso e obesidade, baixo nível de atividade física, uso de drogas lícitas e ilícitas e comportamento sexual de risco. Visando melhor conhecer a interrelação entre esses fatores, este estudo, do tipo pesquisa populacional transversal, foi realizado em Barra dos Coqueiros, cidade com base territorial na Ilha de Santa Luzia, que recentemente foi ligada à Aracaju, capital do Estado, por ponte rodoviária. O estudo objetivou analisar a relação entre condições do ambiente social e comportamentos de risco à saúde em escolares do ensino médio do município. A seleção da amostra foi feita através de processo de amostragem aleatória sistemática, mediante utilização da relação nominal dos alunos matriculados nas unidades de ensino que compuseram a amostra. As informações referentes aos comportamentos de risco à saúde dos escolares foram coletadas através de questionário auto-administrado, que possibilitou o levantamento de informações sócio-demográficas, nível de atividade física, hábitos alimentares, uso de drogas e comportamento sexual de risco, dentre outros. Medidas de peso e estatura possibilitaram o cálculo do índice de massa corporal (IMC). Para a análise dos dados foram utilizados os recursos da estatística descritiva (média, desvio padrão e intervalo de confiança) e para as medidas de associação foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Spearman. Os resultados mostraram que a proporção de escolares sedentários foi elevada (89,2%), principalmente nas mulheres 96,1% em comparação com os homens 75,8%. A maioria dos escolares 84,4% relatou consumir alimentos considerados menos saudáveis. Dos adolescentes estudados, 32,6% referiram que já experimentaram fumar cigarros. O consumo regular de bebidas alcoólicas foi referido por 41,6% dos escolares. A ocorrência de sobrepeso/obesidade foi de 15,3% para ambos os gêneros. Estes resultados reforçam a importância de considerar o contexto em que vivem os adolescentes, para compreender como eles constroem sua conduta e o seu modo de agir em sociedade, diante de questões vitais com a saúde, educação, trabalho e outras relacionadas à qualidade de vida.

Palavras-chave: Comportamentos de risco; Adolescentes; Ensino médio.

HEALTH RISK BEHAVIOR IN HIGH SCHOOL STUDENTS OF *BARRA DOS COQUEIROS* CITY, SERGIPE STATE, BRAZIL

Jadson de Oliveira Lima

ABSTRACT

The behavior change has been responsible for several complications for the health, mainly in children and adolescents. Among them, there are inappropriate alimentary habits, overweight and obesity, low physical activity level, lawful and illicit drugs use, and risk sexual behavior. For to know the interrelation among these factors, this study, of the cross-sectional and populational type, it was accomplished in *Barra dos Coqueiros* City, with territory in *Santa Luzia* Island, that recently was linked to Aracaju City, Sergipe State capital, for highway bridge. This study examined the occurrence of health risk behaviors of high school students in the public and private networks in the municipality of Barra dos Coqueiros. The sample was selected for aleatory method starting from enrolled students nominal relation in School of the city. The referring information to the health risk behaviors were collected through self-administered questionnaire, that it made possible the rising of sociodemographic information, physical activity level, alimentary habits, drugs use and risk sexual behavior, and others. The weight and stature measure made possible for the body mass index (BMI) calculation. For the data analyzes it was utilized the descriptive statistics and the Spearman correlate resources with $p \leq 0,05$. The results showed that there is low overweight/obesity frequency in the female gender (13,8%) when compared with male gender (18,4%). There was high frequency of sedentary in both male (75,8%) and female (96,1%) gender. It was observed that 30,0% of the student referred already tried cigarettes and there were only smokers among the female. It was observed that 41,9% referred to consume drunk alcoholic. These results reinforce the need of new studies of population base, with the intention of to accompany and to analyze factors associated to the risk behaviors found in this study, in way to allow better understanding of relationships of the risk behaviors with the social environment of the students.

Keywords: health risk behavior; adolescents; High School.

COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE: UM ESTUDO EM ESCOLARES DO ENSINO MÉDIO DO MUNICÍPIO DA BARRA DOS COQUEIROS, SERGIPE, BRASIL

1. INTRODUÇÃO

A história do homem sobre a Terra tem sido uma grande aventura interativa, não somente dos seres humanos entre si mas, principalmente, do ser humano com a natureza. Ao longo da história da humanidade ocorreu o surgimento de sociedades diferentes que formaram as bases das relações entre homem, ambiente e saúde. Essa evolução, fruto da intervenção do homem sobre o ambiente, transformou seu cotidiano. Hoje o ser humano pode trabalhar, divertir-se ou comunicar-se com o mundo todo, sem sair de seu domicílio. Porém, apesar do avanço tecnológico, das muitas e crescentes inovações visando melhorar o seu cotidiano, surgiram diferentes doenças hipocinéticas, psicológicas e cardiorrespiratórias, adquiridas pelas transformações no ambiente e pelos novos hábitos e comportamentos diários dos seres humanos. Isso tem provocado incidência maior e cada vez mais precoce, de crianças e adolescentes com problemas de saúde associadas principalmente às influências do ambiente social e do ambiente físico na adoção de atitudes e comportamentos de risco à saúde.

A nova rotina adotada pelas pessoas, fruto dos processos de industrialização, urbanização, desenvolvimento sócio-político-econômico e crescente globalização, tem sido associada ao surgimento das doenças crônicas não-transmissíveis, consideradas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2003), como responsáveis pela principal causa de mortalidade e incapacidade no mundo inteiro.

Nos últimos vinte anos, mudanças sociais, políticas e econômicas têm alterado rapidamente a perspectiva de vida dos adolescentes em todo o mundo e, segundo Blum (2005), em apenas uma geração as doenças infecciosas deixaram de prevalecer como as maiores causas de morbi-mortalidade no mundo perdendo para patologias multifatoriais como obesidade, álcool, tabagismo e doenças sexualmente transmissíveis como a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Acquired Immune Deficiency Syndrome - AIDS). O relatório da *World Health Organization* (WHO, 2002) apontou que o tabagismo, o abuso das bebidas alcoólicas e sexo sem proteção estão entre os dez principais fatores de risco à saúde, responsáveis por cerca de um terço das mortes no mundo.

Esses fatores de risco têm início em idades bastante jovens e, segundo as recomendações do *US Department of Health and Human Services* (USDHHS, 1996) há duas

razões para que haja maior interesse em conhecer o processo patológico nas fases da infância e adolescência: a primeira é que a doença pode começar em fases iniciais da vida e a segunda é que há evidências de que a adoção de comportamentos favoráveis à saúde nestas fases pode trazer benefícios por toda a vida.

Estudos a nível mundial estimam que quase um quarto da população mundial seja composta por jovens com idades entre 10 e 19 anos, a grande maioria vivendo em países considerados menos desenvolvidos. O continente americano, com população estimada em mais de 220 milhões de crianças e adolescentes na faixa etária entre 5 e 18 anos, tem cerca de 53 milhões vivendo no Brasil, muitos deles expostos aos principais comportamentos de risco à saúde como hábitos alimentares impróprios, sobrepeso e obesidade, baixo nível de atividade física, uso de drogas lícitas e ilícitas e comportamentos sexuais de risco. Essa situação pode ser agravada quando passa a ser considerada a perspectiva de termos 150 milhões de jovens com idades entre 10 e 24 anos em 2025, caso a tendência de acentuação de risco à saúde não seja revertida (BLUM, 2005).

Estudos de Bar-Or (2003) e do USDHHS (1996) demonstram que os comportamentos de risco à saúde apresentam-se interligados, com os baixos níveis de atividade física aliados aos hábitos alimentares impróprios, levando ao sobrepeso e à obesidade; os baixos níveis de atividade física favorecendo o início do uso de drogas, causando aumento da dependência das drogas refletindo no aumento da violência e dos acidentes de trânsito. O estudo também indica que o início precoce do ato sexual sem preservativo pode estar associado ao consumo de drogas e, por reflexo, elevar a exposição às doenças sexualmente transmissíveis.

Considerando-se essa problemática, levantam-se questionamentos sobre fatores de risco à saúde, sua ligação com o ambiente e seus reflexos, além do questionamento sobre a reprodução dessas relações em diferentes regiões, marcadas por características específicas que tornam cada uma delas um território único.

Visando melhor conhecer a interrelação entre esses fatores objetivou-se analisar a relação entre condições do ambiente social e comportamentos de risco à saúde em escolares do ensino médio, este estudo, do tipo pesquisa populacional transversal, foi realizado em Barra dos Coqueiros, cidade com base territorial na Ilha de Santa Luzia que, embora integrante da zona metropolitana de Aracaju, não tinha ligação rodoviária direta com a capital do Estado, dependendo de transporte fluvial para a travessia do Rio Sergipe. Recentemente foi construída uma ponte rodoviária ligando as sedes municipais de Barra dos Coqueiros e Aracaju, que entrou em pleno funcionamento em 2006-2007, alterando as

condições sócio-econômicas e ambientais do município e o modo de vida da população que já residia nesse território.

Este estudo é constituído por quatro capítulos, sendo que o primeiro discute as mudanças ambientais e comportamentais da sociedade contemporânea; o segundo explica a metodologia da pesquisa e seus componentes; o terceiro apresenta o primeiro artigo da dissertação sobre a análise de comportamentos de risco à saúde em escolares do ensino médio do município da Barra dos Coqueiros, Sergipe, Brasil; o quarto trata do segundo artigo da dissertação, a respeito do nível de atividade física e comportamentos de risco à saúde em escolares do município da Barra dos Coqueiros, Sergipe, Brasil. Por fim, tem-se a conclusão geral e considerações.

CAPÍTULO 1

2. MUDANÇAS AMBIENTAIS E COMPORTAMENTAIS

Nos primórdios da história, a relação do homem com a natureza era de temor, sendo o ambiente natural considerado indomável. Assim, o ser primitivo não agredia indiscriminadamente o ambiente em que vivia e dele retirava apenas o necessário para sua sobrevivência (SILVA, 2006). A sobrevivência humana, nesse contexto histórico, dependia de uma série de práticas utilitário-educativas de defesa e ataque que, observadas e imitadas, possibilitou sobreviver no ambiente hostil (RAMOS, 1982).

Pereira (2003) esclarece que com a participação nessas práticas utilitárias do cotidiano a criança aprende de seus pais e dos mais velhos os valores do grupo a que pertence. Esses valores, que mais tarde tendem a se transformar em normas e padrões de conduta que provavelmente balizarão o comportamento dos adultos e serão repassadas, embora com as mudanças impostas pelo desenvolvimento, para as novas gerações.

Com o crescimento das sociedades primitivas, a busca por alimentos se tornou uma prática cada vez mais intensa e possivelmente com resultado de menor fartura. Isso fez com que os homens, mesmo vivendo isoladamente, buscassem outros meios de sobrevivência além da coleta. E tiveram início a criação de animais e o cultivo de alimentos, atividades que conheceram rápida expansão e ainda hoje estão em escala e produtividade crescentes (COHEN, 1977). De posse da capacidade de manipulação do ambiente, os grupos humanos puderam abandonar o nomadismo e passaram a se fixar em territórios relativamente menores. E com o desenvolvimento de tecnologias para o aumento da produção e da produtividade, cria-se assim uma dualidade, pois o sagrado da natureza não desaparece, mas recua a fim de justificar as intervenções do homem no ambiente (CAMARGO, 2003).

As mudanças ambientais provocadas pela ação humana não são recentes, pois desde a antiguidade ocorriam mudanças ambientais significativas, mas a percepção dessas alterações não tinha o significado que apresenta nos dias atuais. Não havia percepção da relação entre essas mudanças e a saúde humana, embora muitas vezes elas se traduzissem em fatores de risco à saúde, desencadeadas pela interferência do homem sobre o ambiente, como a permanência de grandes grupos em local fixo, o que facilitava a proliferação de doenças infecto-contagiosas, favorecia a mudança nos hábitos alimentares passando de fontes vegetais para animais, e se associava a uma queda brusca das práticas de atividades físicas na busca por alimentos (FONSECA et al., 2008).

A sociedade agrícola, caracterizada pelo domínio dos recursos da terra, produziu condições elementares de sobrevivência, gerando a produção ampliada, já com objetivo de acúmulo de riquezas. Mas o aumento da exploração da natureza afetou o equilíbrio do bem-estar entre homem-ambiente, criando um estado de vulnerabilidade do homem às doenças (MARCONDES, 1982).

Com os avanços industriais e a concomitante mecanização do campo, a população se urbanizou e as cidades se modernizaram. Esses avanços, responsáveis pela diminuição da mortalidade e pela melhoria das condições de vida das pessoas, também têm seus efeitos como maior uso dos recursos naturais e alteração do meio ambiente, geralmente de forma negativa e muitas vezes com reflexos indiretos imprevisíveis.

Na sociedade industrial, atividades laborais foram reduzidas em quantidade e intensidade e as relações homem-natureza sofreram profundas modificações, uma vez que as ações do homem influenciam o ambiente e este é influenciado por elas (CAPRA, 1996). A atuação humana promove mudanças nas relações sociedade-natureza não apenas pela necessidade do estar no mundo, mas na busca do bem-estar (AUGUSTO et al., 2003), embora muitas das suas ações modifiquem o ambiente de forma indesejável e por vezes irreversível.

Nas últimas décadas, as mudanças associadas ao desenvolvimento tecnológico e algumas alterações na estrutura social das sociedades, caracterizadas pelo processo de industrialização e urbanização, contribuíram de maneira decisiva para que, tanto adultos quanto crianças e adolescentes, especialmente dos países em desenvolvimento, adotassem um estilo de vida cada vez mais sedentário. Atualmente, as crianças e os adolescentes apresentam um gasto energético menor do que aquele preconizado pela Organização Mundial de Saúde (BAR-OR, 2003).

Esses condicionantes ambientais e sociais favorecem o aparecimento de uma ampla gama de situações indesejáveis como doenças profissionais, acidentes e demais tipos de violências, intoxicações, dependência alcoólica e de outras drogas, inclusive as psicotrópicas (PEREIRA, 2003).

Nesse processo, observam-se várias mudanças comportamentais e ambientais, onde se destacam: a deterioração do ambiente natural e social, o crescimento urbano desordenado, a crescente e indiscriminada exploração dos recursos naturais, o acelerado desenvolvimento tecnológico com a invenção de máquinas, veículos, computador, internet, celular e os avanços no campo da saúde. Atualmente afloram mudanças diretamente ligadas ao modo de vida: alteração dos valores das sociedades e, por conseqüência, das opções, atitudes, comportamentos, crenças, que podem sofrer influências da cultura, da situação socioeconômica e educacional que, por sua vez, podem definir o estilo de vida que favorece o homem saudável ou o risco à saúde.

Alguns fatores têm sido apontados como decisivos para instalação desse quadro de desequilíbrio, com destaque para: a) redução dos espaços de lazer e aumento dos índices de violência, observados na maioria dos grandes centros urbanos; b) menor utilização da caminhada e da bicicleta como meio de locomoção; c) predomínio de atividades de intensidade leve; d) substituição das atividades de lazer que exigiam maior gasto energético, como os jogos recreativos por atividades de lazer passivo como jogos eletrônicos, televisão e uso do computador (GUEDES e GUEDES, 1997; BAR-OR, 2003).

As influências do processo de industrialização-urbanização sobre o ambiente e, conseqüentemente, sobre o modo de vida e o comportamento de homens e mulheres de praticamente todas as idades, certamente têm contribuído para o aparecimento de fatores de risco à saúde humana, especialmente baixo nível de atividade física, hábitos alimentares inadequados, obesidade, situações de estresse, uso de drogas lícitas e ilícitas e doenças sexualmente transmissíveis (PEREIRA, 2003).

Esses fatores têm sido estudados a partir de modelos ecológicos, pois estes auxiliam na identificação de pontos de partida a nível pessoal e ambiental, por meio de duas idéias-chave: a primeira é que o comportamento é visto como capaz de afetar e ser afetado por vários fatores, envolvendo aqueles intrapessoais, interpessoais, organizacionais, institucionais e políticos. A segunda, é a possibilidade de relação inter-causal entre indivíduos e seu ambiente, ou seja, o comportamento tanto influencia como é influenciado pelo ambiente (GLANZ, 1999).

No Brasil, devido às peculiaridades culturais, o ambiente urbano vem sendo rapidamente modificado e o crescimento urbano desordenado tem sido caracterizado por uma série de problemas, merecendo destaque o crescimento da construção de condomínios fechados, a especulação imobiliária, a ocupação de áreas de preservação ambiental e outras, inadequadas ao uso residencial, a sobrecarga ou a ausência de infra-estrutura urbana e de saneamento básico, a construção e conservação de espaços públicos de lazer. Alia-se a esse crescimento desordenado, a segregação espacial dos setores comercial e de serviços em galerias e *shopping centers* e o surgimento de hipermercados que atendem todas as classes e que estão acoplado à venda de bens típicos desses estabelecimentos, o atendimento de outras necessidades. Essa segregação espacial, em grande parte estimulada pelo aumento da violência urbana, por sua vez favorece o incremento de atos de violência nas regiões periféricas da cidade, no entorno dos grandes empreendimentos e em áreas de uso comum, como as áreas de lazer que fazem parte do equipamento urbano (FONSECA et al., 2007).

Esses fatores típicos das zonas urbanas no Brasil vêm contribuindo para o aumento do sedentarismo, quer devido ao medo da violência, quer ao apelo das facilidades de atendimento das necessidades quanto a bens e serviços. Soma-se a esses, outros

fatores significativos, que também estão ligados às facilidades do desenvolvimento tecnológico: as estações emissoras televisão com programação muito atraente e grande diversidade de programas através de sistema a cabo ou via satélite, a grande diversidade de jogos eletrônicos e o crescente uso do computador pessoal ligado à internet, que estimula a permanência dentro de casa, inclusive porque possibilita efetuar compras de todo o tipo e usar uma enorme gama de serviços *on line*, sem sair da cadeira em frente ao computador. Essa maior permanência dentro do domicílio em atividades de baixo gasto calórico é geralmente acompanhada pelo aumento de ingestão de alimentos, com destaque para aqueles hipercalóricos, favorecendo o crescimento da obesidade na população urbana desde idades bastante jovens (FONSECA et al., 2007).

O medo da violência nas cidades, especialmente nas mais populosas, parece ter sido um dos fatores que mais influenciou no aumento da obesidade infantil. Segundo um estudo da Universidade de Michigan, nos Estados Unidos, com 768 crianças de dez regiões urbanas e rurais, as crianças que vivem em centros urbanos, onde é alto o índice de violência, têm quatro vezes mais probabilidade de se tornarem obesas do que as que vivem em áreas rurais (LUMENG et al, 2006).

Os custos diretos e indiretos do excesso de peso para os sistemas de saúde são elevados. Segundo Colditz e Mariani (2003), em 1975 foram gastos, nos Estados Unidos, 70 bilhões de dólares no tratamento de doenças associadas à obesidade, entre elas: diabetes tipo 2, doença cardíaca coronariana, hipertensão, doença vesicular biliar, câncer de mama, câncer do endométrio, câncer de cólon e fraturas por osteoporose. Os custos diretos envolvem gastos com o tratamento da obesidade e suas conseqüências. Já os indiretos, encontram-se associados com aposentaria precoce e as pensões por invalidez (COLDITZ e MARIANI, 2003). Segundo as estimativas da *International Obesity Task Force*, o custo direto atribuído à obesidade em países industrializados representa de 2% a 7% do gasto total com a atenção à saúde (WHO, 1997).

No Brasil, são gastos 1,1 bilhão de reais com internações hospitalares, consultas médicas e remédios para o tratamento do excesso de peso e das doenças relacionadas a ele. Só o Sistema Único de Saúde (SUS) destina 600 milhões de reais para as internações relativas à obesidade, valor que equivale a 12% do que o governo brasileiro despende anualmente com todas as outras doenças. Se forem levados em consideração ainda os gastos indiretos (falta ao trabalho, licença médica e morte precoce), estima-se que a conta chegue a 1,5 bilhões de reais, segundo dados do estudo da Força Tarefa Latino-Americana de Obesidade (BUCHALLA, 2008).

Constata-se, portanto, que essa relação entre fatores sócio-ambientais e saúde representa uma situação paradoxal, pois a busca incessante do homem por uma melhor qualidade de vida, muitas vezes gerou impactos indesejáveis que afetam a saúde. E entre

esses impactos, se destaca a convivência com tendências hipocinéticas que, por sua vez, acarretam o aparecimento de distúrbios que podem comprometer comportamentos que configuram a qualidade de vida das pessoas do mundo inteiro (REIS, NASCIMENTO e PETROSKI, 2002).

2.1. Comportamentos de risco à saúde na adolescência

A infância e a adolescência representam períodos críticos nos quais vários hábitos de vida são estabelecidos, de modo que muitos dos comportamentos assumidos durante estes períodos da vida tendem a ser mantidos na vida adulta, tornando-se, assim, mais difíceis de serem alterados (BRANEN e FLETCHER, 1999).

As influências do cotidiano, aliadas ao período de transição física e psicológica crítica da adolescência, contribuem para a adoção de comportamentos como início precoce da prática sexual, sexo sem preservativo, baixos níveis de atividade física, consumo de álcool e outras drogas psicoativas (OMS, 1999). Tais atitudes configuraram-se na expressão denominada de comportamento de risco à saúde, definida como comportamentos decorrentes de opções, atitudes e oportunidades que tendem a exercer um impacto negativo sobre os níveis de saúde, aumentando o risco de morbidade e mortalidade (FARIAS JÚNIOR, 2002).

Dietz (2004) e Sallis (2000) afirmaram que existe alta prevalência de comportamentos de risco à saúde em crianças e adolescentes, entre eles: os níveis insuficientes de atividade física, hábitos alimentares inadequados, sobrepeso e obesidade, consumo de drogas lícitas e ilícitas e comportamento sexual inseguro.

Estudos da (WHO, 1998) e do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC, 1997) demonstram que a atividade física tem sido considerada como um dos aspectos do comportamento humano de grande importância para a saúde dos indivíduos. Tal relevância tem despertado em diversos pesquisadores interesse de investigar os fatores que influenciam a dinâmica deste comportamento.

Segundo o CDC (1997), apesar de a população jovem ser mais ativa que a população idosa, há uma tendência à diminuição da participação em atividades físicas com o passar dos anos. Além disso, os jovens muitas vezes não estão realizando atividades físicas moderadas em nível recomendado, ou seja, pelo menos 3 vezes por semana durante 20 minutos.

Nesse sentido, Farias Júnior (2002) em estudo com escolares de ambos os gêneros em Florianópolis, esclareceu que a aquisição e manutenção de níveis satisfatórios de atividade física representam um dos principais componentes de um estilo de vida saudável, tendo em vista as fortes evidências científicas que demonstram os efeitos positivos à saúde decorrentes de adoção de um estilo de vida fisicamente ativo, que previne uma série de doenças.

Sallis e Owen (1999) advogam que os fatores ou determinantes associados à adoção um estilo de vida fisicamente ativo são vinculados a características intrapessoais, interpessoais e ambientais. Nesse sentido, observa-se que a condição sócio-econômica-educacional, o gênero e a idade parecem apresentar uma relação consistente com os hábitos, atitudes e comportamentos relacionados à saúde.

Alguns fatores têm sido apontados como decisivos para instalação desse quadro, especialmente para a fase da adolescência, destacando-se: a) redução dos espaços de lazer, especialmente parques, e aumento dos índices de violência, observados na maioria dos grandes centros urbanos, b) menor utilização da caminhada e da bicicleta como meio de locomoção; c) redução do número de aulas semanais de Educação Física, seguida por um predomínio de atividades de intensidade leve (Guedes e Guedes, 1997); d) substituição das atividades de lazer que exigiam maior gasto energético como os jogos recreativos, por atividades de lazer passivo como jogos eletrônicos, assistir televisão e usar computador (BAR-OR, 1995).

A *American College of Sports Medicine* (ACSM, 1999) esclarece que o principal componente de alto risco é a baixa aptidão física, a qual é consequência dos baixos níveis de atividade física. Apesar de em adultos ter-se estabelecido relação entre baixos níveis de atividade física e doenças crônicas não transmissíveis, em crianças essa relação ainda não está bem clara, mas há relação positiva entre os efeitos da atividade física com níveis gerais de saúde em crianças e adolescentes (CDC, 1997; GUEDES e GUEDES, 1994).

O *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES) – II, conduzido entre 1976 e 1980, e a mais recente pesquisa do NHANES III conduzido entre 1999 e 2000, afirmaram que a prevalência do aumento de peso duplicou entre crianças de 6 a 11 anos de idade e triplicou entre adolescente de 12 a 17 anos nos Estados Unidos (DIETZ, 2004).

No Brasil, em estudos realizados em 1974-1975, 1989 e 2002-2003, com objetivos de fornecer informações sobre a composição dos orçamentos domésticos, a partir de dados relativos à disponibilidade de alimentos e às medidas antropométricas da população brasileira, detectaram que nos últimos 30 anos, a proporção dos adolescentes com excesso de peso foi quadruplicada enquanto que a proporção das adolescentes com

sobrepeso quase duplicou (IBGE, 2006). Esse aumento de peso, fruto tanto do sedentarismo quanto dos hábitos alimentares, deve ter esses dois componentes investigados de forma conjunta, buscando os fatores relacionados ao aumento da massa corporal que vem sendo verificada, de forma a possibilitar o planejamento da reversão dessa tendência.

Para que haja mudança nos hábitos alimentares inadequados é necessário conhecer os fatores que influenciam o desenvolvimento desses hábitos, especialmente ligados ao cotidiano dos indivíduos, pois o ambiente em torno dele pode estimular ou facilitar práticas alimentares. A autoconfiança e o saber como se faz uma alimentação saudável, são fundamentais para que a mudança se processe e, portanto, a educação ou re-educação alimentar requer não apenas a observância dos componentes psicológicos, mas também dos ambientes social, político, econômico e físico (LOUREIRO, 1999).

Além dos riscos que representam a alimentação inadequada e o sedentarismo, outros comportamentos de risco estão bastante relacionados à fase da vida pré-adulta, como o fumo, o uso de álcool e outras drogas, o sexo não seguro (DIETZ, 2004).

O fumo e as bebidas alcoólicas, independente do gênero, idade e do nível socioeconômico, estão entre as drogas mais consumidas pelos adolescentes de diferentes países, segundo o *Morbidity and Mortality Weekly Report* (MMWR, 1999). Levantamentos realizados em 1987, 1989 e 1993, pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) evidenciaram que os jovens brasileiros passam a experimentar e tornam-se consumidores regulares de álcool em idades cada vez mais precoces (GALDURÓZ et al, 1997). No I levantamento Domiciliar sobre uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizada em 2001, encontrou-se a prevalência de 48,3% entre jovens de 12 a 17 anos em 107 grandes cidades brasileiras, com prevalência de dependência da ordem de 9,2% e 9,3% nas Regiões Norte e Nordeste, respectivamente (GALDURÓZ et al, 2002).

Segundo Matos et al (1999) a acessibilidade em termos de oferta e aquisição dessas drogas pode estar contribuindo para situação ainda pior, pois tanto o convívio (ambiente social) com indivíduos que consomem drogas, quanto o hábito de consumir, aumenta com a idade. Constata-se, também, que além do aumento do consumo de drogas há influências e alterações em nível dos valores sociais e morais que refletem no aumento dos riscos de gravidez precoce e da exposição a doenças sexualmente transmissíveis (WHO, 1993).

O Brasil é um dos três países da América Latina, junto com a República Dominicana e Guatemala, com maior índice de adolescentes sexualmente ativas e que não usam qualquer método de contraceptivo (LOPES, 1998). Esse comportamento, aliado à falta

de informações, de habilidades, de serviços de saúde e de suporte necessário para o desenvolvimento sexual na adolescência, acarretam maior índice de transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, como a AIDS e um aumento do número de casos de gravidez precoce (WHO, 2005).

No Brasil a taxas de fecundidade na adolescência vêm crescendo nos últimos anos, principalmente nas camadas mais pobres, sendo que essa taxa em mulheres entre 15-19 anos chega ser maior em 40% em famílias com menos de um salário mínimo (LOPES, 1998).

Dados do Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil (UNESCO, 2003), informam que o percentual de adolescentes entre 15 e 17 anos com filhos aumentou de 5,82% em 1991 para 8,45% em 2000, valor bastante alto, quando se considera que essa situação atinge quase uma em cada 200 meninas nessa faixa etária. Neste último censo outra constatação aponta a necessidade de promoção de mudanças em comportamentos de risco: 0,43% das adolescentes entre 10 e 14 anos já haviam se tornado mães.

CAPÍTULO 2

3. A PESQUISA E SEUS COMPONENTES

3.1. Tipo de estudo

Epidemiológico com delineamento transversal.

3.2. Caracterização do município de Barra dos Coqueiros

O município de Barra dos Coqueiros, com território na Ilha de Santa Luzia, localizada em frente à Aracaju, embora faça parte da sua região metropolitana, até recentemente se ligava à capital do Estado de Sergipe por transporte fluvial. Em 2006-2007 entrou em funcionamento a ponte sobre o rio Sergipe e Barra dos Coqueiros passou a se integrar funcionalmente à metrópole, o que causou grandes modificações para as zonas urbana e rural deste município. (FONSECA e GONZAGA, 2007)

Com área reduzida aos limites da ilha, o município de Barra dos Coqueiros ocupa 87,9 km², e tinha densidade demográfica de 218,6 hab/km² em 2007 (IBGE, 2008). Caracterizado pelo baixo dinamismo econômico até 2005, o município está tendo essa situação bastante alterada, fruto da construção da ligação rodoviária direta à Aracaju. O processo de desenvolvimento pelo qual vem passando, com a apropriação de novos espaços, inclusive na zona rural, para atender o surto imobiliário que se instalou no município, está mudando a configuração não apenas da paisagem, mas das relações sociais que ali têm lugar (FONSECA e GONZAGA, 2007). E como fruto dessas modificações, se destaca a questão da segurança que, junto com o novo dinamismo econômico e a chegada de novos empreendimentos e pessoas, é um dos maiores responsáveis pela modificação do cotidiano dos antigos habitantes.

Com a construção da ponte Aracaju-Barra dos Coqueiros, que ligou a capital do estado ao município de Barra dos Coqueiros (localizado na Ilha de Santa Luzia), se instalou um processo de especulação imobiliária na ilha acompanhado de invasões, especialmente em áreas de dunas e manguezais, o que provocou grandes prejuízos no meio natural e no meio social, refletindo nas expectativas e comportamentos cotidianos dos seus habitantes e, portanto, na sua saúde física, mental e emocional. (FONSECA et al., 2008, p. 3)

O Índice de Desenvolvimento Humano calculado pelo Programa das Nações

Unidas Para o Desenvolvimento (PNUD), informa o valor de 0,676 para o ano de 2000, o que coloca o município entre aqueles de médio desenvolvimento humano, especialmente se considerarmos que Sergipe apresentou IDH da ordem de 0,622 e o Nordeste apresentou índice um pouco mais baixo, de 0,611. Mas esse índice de Barra dos Coqueiros ainda está abaixo da média brasileira, que alcançou 0,699 (UFMS, s/d; IBGE, 2000). Para a composição desse índice, foram significativas a taxa bruta de frequência escolar, de 87,15% e a taxa de alfabetização de adultos de 79,18%, que levaram o índice de educação (IDHM-E) para 0,818, uma vez que a contribuição da longevidade (IDHM-L: 0,631) foi baixa, assim como a renda, com IDHM-R de apenas 0,578.

Essa situação que caracteriza o ano de 2000 deve ter sofrido pequenas alterações quanto às características educacionais e longevidade, apesar dos índices serem afetados pelo crescimento da população por imigração. Mas as mudanças no nível de renda devem ser bastante significativas, face ao novo dinamismo econômico instalado no município. E esse dinamismo econômico, que ao afetar a renda atinge também valores e comportamentos, está em fase crescente o que leva a um cenário futuro de confrontos culturais, justificando o receio da população residente quanto ao aumento da violência e da marginalidade nesse município outrora tranqüilo, que tinha na interação solidária uma constante.

3.3. Procedimentos prévios

Para a realização deste estudo, inicialmente foi feita visita aos dirigentes das unidades escolares do ensino médio do município da Barra dos Coqueiros, informando sobre os objetivos da pesquisa e, posteriormente, através de ofício, foi solicitada autorização para o levantamento de dados em cada uma delas. Na seqüência, o projeto de pesquisa, onde se encontravam detalhadas informações sobre objetivos do estudo, metodologia, tratamento e análise das informações juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Tiradentes (CEP-UNIT).

Após a aprovação da proposta pelo CEP-UNIT, foi realizado o teste do instrumento de levantamento de informações com alunos de uma escola de segundo grau de Aracaju e analisada a concordância obtida nas respostas do estudo piloto através do Índice de Concordância de Kappa (Apêndice 1). Por se tratar de estudo visando à dissertação de mestrado, o projeto e o relatório do estudo piloto foram submetidos à

comissão julgadora do exame de qualificação, que aprovou o plano de amostragem e o instrumento de coleta de informações (Apêndices 2 e 3).

Antes do início da coleta de dados foram realizadas reuniões técnicas de calibração, com um grupo de cinco alunos de graduação em Educação Física que participam do Grupo de Pesquisa em Atividade Física relacionada à saúde (Gepafis/Unit) da Universidade Tiradentes e do pesquisador responsável pelo estudo, visando padronizar as ações referentes à aplicação do questionário.

3.4. População e amostra

A população foi constituída por escolares do Ensino Médio de ambos os gêneros com idades entre 14 e 18 anos, regularmente matriculados nas unidades de ensino médio das redes de ensino público e privado do município da Barra dos Coqueiros/SE.

O município da Barra dos Coqueiros tem três unidades de ensino médio, sendo uma da rede estadual com 562 alunos matriculados em 2008 e as outras duas particulares, uma com 23 e a outra com 50 escolares para o mesmo ano.

O planejamento amostral foi efetuado considerando a estratégia sugerida por Barbetta (2001), estimando um erro amostral de 5%.

$$n_0 = 1 / E_0^2 \quad n = N \times n_0 / N + n_0$$

Onde: N tamanho (número de elementos) da população;

n tamanho (número de elementos) da amostra;

n_0 aproximação inicial para tamanho da amostra;

E_0 erro amostral tolerável.

A seleção da amostra foi por processo probabilístico aleatório, com estratificação por turma. O sorteio dos alunos se deu mediante utilização da relação nominal de todos os matriculados, fornecida pelas unidades de ensino. Para não perder a representatividade amostral, foi acrescentado 20% ao total de alunos da amostra, de forma a cobrir eventuais problemas de acesso às unidades selecionadas.

Considerando um erro amostral de 5% e os critérios de inclusão adotados, calculou-se o total de 353 escolares atendendo as características estabelecidas. Vale ressaltar que a quantidade de escolares das unidades de ensino da rede particular foi muito

pequena, portanto a amostra abrangeu todos os alunos matriculados e com frequência regular. A tabela 1 apresenta a descrição da amostra por unidade de ensino.

Tabela 1 – Composição da amostra por unidade de ensino da Barra dos Coqueiros, 2008

Unidades de Ensino	Turmas	Nº de alunos	Nº de sorteados para a amostra
Pública	A	42	21
	B	39	19
	C	39	19
	D	43	21
	E	40	20
	F	42	21
	A1	44	22
	B1	44	22
	C1	43	21
	D1	43	21
	A2	48	24
	B2	34	17
	C2	31	15
	D2	30	15
	Total	562	280
Privada 1	A	23	23
Privada 2	A	10	10
	B	20	20
	C	20	20
TOTAL			353

3.5. Critérios de inclusão

Foram incluídos os escolares que obedeceram os critérios abaixo:

- Querer participar da pesquisa;
- Estar cursando e freqüentando regularmente as aulas do Ensino Médio;
- Ser autorizado pelos pais para participar do estudo através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Preencher corretamente o instrumento de pesquisa distribuído;
- Permitir mensuração do seu peso e altura.

3.6. Variáveis do estudo

No Quadro 1 encontram-se a descrição das variáveis e as categorias adotadas para análise das variáveis em estudo.

Quadro 1 – Descrição das variáveis e categorias adotadas para análise dos dados

Variável	Categoria	Medida Utilizada	Escala
Gênero	Masculino Feminino	Auto-resposta	Nominal
Trabalha	Sim Não	Exerce função remunerada	Nominal
Número de irmãos	Nenhum 1 irmão 2 irmãos ≥ 3 irmãos	Quantidade de irmãos, independente do local de residência	Ordinal
Nível Socioeconômico	Classe A1 Classe A2 Classe B1 Classe B2 Classe C Classe D	Diretrizes propostas pela ANEP (2003), com base no nível de escolarização do chefe de família, posse de bens e a presença de empregada mensalista	Ordinal
Atividade Física	Muito sedentário Sedentário Moderadamente sedentário Fisicamente ativo	Ativos são aqueles que têm escore ≥ 3 enquanto sedentários são os indivíduos com escores < 3	Ordinal
Hábitos alimentares	Não consumiu: nenhuma vez/sem Baixo C.: 1-3 dias/sem Moderado C.: 2-6 dias/sem Elevado C.: ≥ 1 vez/dia	Frequência de consumo semanal (vezes/semana e vezes/dia) na última semana	Ordinal
Uso de fumo	Sim – uso regular Não – não faço uso regular	Fazer uso pelo menos 1 vez/semana	Nominal
Uso de bebidas alcoólicas	Sim – uso regular Não – não faço uso regular	Consumir pelo menos 1 vez/semana	Nominal
Uso de drogas ilícitas	Sim Não	Fez ou faz uso de alguma droga que não seja cigarro ou bebidas	Nominal
Percepção sobre a própria saúde	Excelente Boa Regular Ruim	Auto-percepção do nível de saúde	Nominal
Percepção de sofrer estresse	Nunca Às vezes Quase sempre Sempre	Auto-percepção do nível de estresse	Nominal
Percepção de ter depressão	Nunca Poucas vezes Quase sempre Sempre	Auto-percepção do nível de depressão	Nominal
Percepção sobre dormir bem	Nunca Às vezes Quase sempre Sempre	Auto-percepção de satisfação com o sono	Nominal

Variável	Categoria	Medida Utilizada	Escala
Percepção do relacionamento com amigos da escola	Muito satisfeito Satisfeito Insatisfeito Muito insatisfeito	Auto-percepção do grau de satisfação com o relacionamento de colegas e amigos da escola	Nominal
Percepção do relacionamento com professores	Muito satisfeito Satisfeito Insatisfeito Muito insatisfeito	Auto-percepção do grau de satisfação com o relacionamento com os professores	Nominal
Percepção do relacionamento com familiares	Muito satisfeito Satisfeito Insatisfeito Muito insatisfeito	Auto-percepção do grau de satisfação com o relacionamento com familiares	Nominal
Percepção do relacionamento com vizinhos	Muito satisfeito Satisfeito Insatisfeito Muito insatisfeito	Auto-percepção do grau de satisfação com o relacionamento com vizinhos	Nominal
Percepção do relacionamento com colegas de trabalho	Muito satisfeito Satisfeito Insatisfeito Muito insatisfeito	Auto-percepção do grau de satisfação com o relacionamento com colegas de trabalho	Nominal
Percepção do desempenho escolar	Muito bom Bom Regular Ruim	Auto-percepção do desempenho/rendimento escolar	Nominal
Percepção do ambiente escolar	Ótimo Bom Regular Ruim	Auto-percepção do grau de satisfação com o ambiente escolar	Nominal
Doença dos pais	Sim _ Qual? Não	Existência de doença dos pais e informação sobre o tipo	Nominal
Violência	Sim Não	Envolvimento em brigas no ambiente escolar e familiar e frequência desse envolvimento	Nominal
Uso de armas	Nunca Durante da semana Final de semana Sempre	Uso de armas de defesa pessoal de qualquer tipo	Nominal
Relações sexuais	Sim Não Não quero responder	Ocorrência de relações sexuais	Nominal
Uso de preservativo	Sim Não	Informações sobre o uso de preservativo e frequência desse uso	Nominal

3.7. Instrumento de levantamento de informações

O instrumento de coleta de informações adotado para este estudo foi elaborado a partir da composição de partes de outros instrumentos já validados ou empregados em outros estudos envolvendo escolares (apêndice 3). O questionário foi preenchido pelo informante e sem identificação pessoal. Durante a distribuição dos questionários foi deixado claro que os escolares eram livres para optarem em devolvê-los em branco.

O instrumento de coleta de dados deste estudo foi pré-testado com indivíduos que não pertenciam à amostra, com objetivo de verificar se haveria necessidade de calibragem e/ou adequações de termos.

No levantamento das práticas de atividades físicas habituais, foi utilizado o questionário *Physical Activity Questionnaire for Older Children* (PAQ-C) sugerido por Crocker et al. (1997) e adaptado para a realidade brasileira por Silva e Malina (2000). A escolha deste instrumento foi motivada tanto pela sua qualidade quanto pela facilidade de ser entendido pelos adolescentes. Este instrumento apresenta valores de consistência interna entre 0,79 e 0,89 e fidedignidade de teste-reteste entre 0,75 e 0,82 (CROCKER et al., 1997). O preenchimento deste questionário pelo aluno levou em torno de vinte minutos, o que é considerado aceitável segundo Silva e Malina (2000).

Para o levantamento das informações sobre os hábitos alimentares utilizou-se o questionário apresentado por Farias Júnior, Pires e Lopes (2002), com base em informações referentes à freqüência de consumo semanal e diário de 6 grupos alimentares: grupo 1: refrigerantes; grupo 2: leite e derivados; grupo 3: doces; grupo 4: batatas fritas, salgadinhos, hambúrguer; grupo 5: frutas; grupo 6: verduras. Sendo considerado comportamento saudável: consumo de laticínios, frutas, e verduras/no mínimo 4 vezes por semana, e pouco ou nenhum consumo de refrigerantes, doces frituras, hambúrguer, cachorro quente, salsicha; comportamento pouco saudável mas aceitável: consumo de refrigerantes, doces, frituras, hambúrguer/cachorro quente/salsicha no máximo 3 vezes na semana; comportamento de risco à saúde: o não consumo de laticínios, frutas, e verduras e comportamento de risco à saúde e altamente contra-indicado: consumo de refrigerantes, doces frituras, hambúrguer, cachorro quente, salsicha/acima de 4 vezes por semana.

O levantamento do consumo de drogas lícitas e ilícitas foi realizado por meio da adaptação do instrumento utilizado no levantamento de comportamentos de risco à saúde em adolescentes *Norte-americanos Youth Risk Behavior Survey* (CDC, 1999) e a versão adaptada por Cunha et al (1999).

Para o levantamento sobre os aspectos sócio-demográficos foram utilizados os critérios da classificação econômica do Brasil da Associação Nacional de Empresas e Pesquisas (ABEP, 2003).

As informações a respeito do histórico familiar foram levantadas por meio de perguntas sobre a existência de pai ou mãe com doenças crônicas não transmissíveis e confirmação do grau de parentesco direto, sendo excluídos pais adotivos ou outros. Para o

levantamento da quantidade de horas assistindo televisão, usando internet e jogando em videogames foram elaboradas perguntas específicas sobre os assuntos.

Para o levantamento dos comportamentos sexuais de risco, de violência e da percepção do estresse, foram utilizados os questionários apresentados por Loch (2006) sobre indicadores gerais de saúde e relacionamento.

Como indicadores das características da composição corporal, foram utilizadas as medidas de massa corporal (MC), estatura (EST), índice de massa corporal (IMC).

A adequação da aplicação (aplicabilidade) e o nível de consistência (reprodutibilidade) do instrumento, foram realizados através de estudo piloto (Apêndice 1).

3.8. Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em seis dias não consecutivos, no período de duas semanas, por equipe treinada sob a supervisão do autor do estudos. O levantamento foi iniciado pelas escolas privadas, por terem menor número de alunos.

O preenchimento dos questionários pelos alunos se deu com a explicação prévia de cada questão, com o auxílio de um *data show*, para evitar dúvidas. Assim, era explicada a primeira questão, esclarecidas as dúvidas que surgissem e, imediatamente, os alunos anotavam sua resposta para aquela questão no seu questionário. O mesmo processo foi repetido para cada uma das questões.

Após o preenchimento de todo o questionário, os alunos foram pesados em balança digital marca Tanita com capacidade de 150 quilogramas e o seu peso foi anotado no seu questionário, que permaneceu em poder do aluno. Em seguida cada aluno foi medido com o uso de fita métrica fixada em parede, com o ponto zero ao nível do solo e o aliado na posição ortostática e em apnéia respiratória alinhado ao solo. A altura também foi anotada no questionário e este recolhido pelo pesquisador.

3.9. Tratamento estatístico

As informações foram tabuladas em uma planilha eletrônica do Microsoft Excel de forma que, para cada variável, foram estabelecidas condições em relação aos valores possíveis e não-possíveis, com intuito de minimizar erros de digitação. Posteriormente, foi realizada uma conferência dos dados, com base em dois procedimentos: 1) conferência

qualitativa – nas questões compostas de vários itens foram realizados testes de coerência interna entre as respostas; II) conferência quantitativa – conferiu-se todos os questionários digitados, procurando identificar possíveis erros de digitação. Além disso, foi realizada uma revisão eletrônica para os dados de cada variável, a partir da determinação de valores mínimos e máximos, procurando-se identificar valores extremos.

Para a apresentação nesta dissertação, foram processadas algumas variáveis, através do tratamento estatístico dos dados, com a utilização do *Statistical Package For The Social Sciences* (SPSS) versão 13.0 for Windows, cujos procedimentos para a análise dos dados foram os seguintes:

- para a estatística descritiva: cálculo de média, amplitude de variação, desvio-padrão e distribuição percentual;
- para medida de associação entre as variáveis categóricas: correlação de *Spearman* e a razão de chance – *Odds ratio*;
- o nível de significância adotado foi fixado em 5%.

Os dados analisados deram suporte à elaboração de dois artigos, de forma a atender as exigências do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente da Universidade Tiradentes, para formatação da dissertação de mestrado. Mas outros artigos estão sendo elaborados a partir dos dados coletados, com análises do conjunto de variáveis e uso de outros procedimentos estatísticos, pertinentes aos objetivos propostos para cada artigo e adequados ao veículo que será buscado para divulgação.

3.10. Limitações do estudo

Apesar dos cuidados tomados para o levantamento de dados fidedignos que embasassem corretamente as análises, devem ser ressaltadas que alguns fatores podem ter interferido nessa coleta, destacando-se:

Utilização de questionários como instrumento de pesquisa: sabe-se que em pesquisas deste gênero utiliza-se com frequência este instrumento de pesquisa, há, no entanto, limitações devidas à falta de controle sobre o respondente (auto-administrado) quanto ao grau de veracidade das respostas e reprodutibilidade de fatos acontecidos no passado (memorização);

Mensuração do nível de atividade física: a prática de atividades de intensidade leve e/ou moderada pode ser distribuída no curso da rotina diária, então se espera que sejam

registradas em questionários de auto-relato com mais possibilidade de erro que atividades vigorosas, as quais são mais facilmente lembradas.

CAPÍTULO 3

4. ARTIGO 1

ANÁLISE DE COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE EM ESCOLARES DO ENSINO MÉDIO DO MUNICÍPIO DA BARRA DOS COQUEIROS, SERGIPE, BRASIL

RESUMO

A mudança de comportamentos tem sido responsável por várias complicações à saúde, principalmente em crianças e adolescentes. Dentre eles, destacam-se hábitos alimentares impróprios, sobrepeso e obesidade, baixo nível de atividade física, uso de drogas lícitas e ilícitas e comportamento sexual de risco. Visando melhor conhecer a interrelação entre esses fatores, este estudo, do tipo pesquisa populacional transversal, foi realizado com escolares de Barra dos Coqueiros, município com base territorial na Ilha de Santa Luzia, que recentemente foi ligada à Aracaju, capital do Estado, por ponte rodoviária. O objetivo deste estudo foi analisar a ocorrência de comportamentos de risco à saúde em escolares do ensino médio das redes pública e particular do município da Barra dos Coqueiros. As informações referentes aos comportamentos de risco à saúde dos escolares foram coletadas através de questionário auto-administrado, que possibilitou o levantamento de informações sócio-demográficas, nível de atividade física, hábitos alimentares, uso de drogas e comportamento sexual de risco, dentre outros. Medidas de peso e estatura possibilitaram o cálculo do índice de massa corporal (IMC). Para a análise dos dados foram utilizados os recursos da estatística descritiva (média, desvio padrão e intervalo de confiança) e para as medidas de associação foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Spearman. Os resultados evidenciaram menor ocorrência de sobrepeso/obesidade no gênero feminino (13,8%) do que para o gênero masculino (18,4%). A proporção de escolares classificados como sedentários foi elevada, principalmente para as mulheres (96,1%) em comparação com os homens (75,8%). Dos escolares estudados, 30,0% se referiram já ter experimentado fumar cigarros, sendo que só houve ocorrência de fumantes para as mulheres. O consumo regular de bebidas alcoólicas foi referido por 41,9%. Quase um em cada dez alunos se referiu já ter experimentado algum tipo de droga que seja cigarro ou bebidas alcoólicas. Estes resultados reforçam a necessidade de novos estudos de base populacional, com o intuito de acompanhar e analisar fatores associados aos comportamentos de risco encontrado neste estudo, de forma a permitir melhor compreensão de relações dos comportamentos de risco com o ambiente social em que vivem os jovens do município de Barra dos Coqueiros.

Palavras-chave: Comportamentos de risco; Adolescentes; Ensino médio.

HEALTH RISK BEHAVIOR IN HIGH SCHOOL STUDENTS OF *BARRA DOS COQUEIROS* CITY, SERGIPE STATE, BRAZIL

ABSTRACT

The behavior change has been responsible for several complications for the health, mainly in children and adolescents. Among them, there are inappropriate alimentary habits, overweight and obesity, low physical activity level, lawful and illicit drugs use, and risk sexual behavior. For to know the interrelation among these factors, this study, of the cross-sectional and populational type, it was accomplished in *Barra dos Coqueiros* City, with territory in *Santa Luzia* Island, that recently was linked to Aracaju City, Sergipe State capital, for highway bridge. This study examined the occurrence of health risk behaviors of high school students in the public and private networks in the municipality of Barra dos Coqueiros. The sample was selected for aleatory method starting from enrolled students nominal relation in School of the city. The referring information to the health risk behaviors were collected through self-administered questionnaire, that it made possible the rising of sociodemographic information, physical activity level, alimentary habits, drugs use and risk sexual behavior, and others. The weight and stature measure made possible for the body mass index (BMI) calculation. For the data analyzes it was utilized the descriptive statistics and the Spearman correlate resources with $p \leq 0,05$. The results showed that there is low overweight/obesity frequency in the female gender (13,8%) when compared with male gender (18,4%). There was high frequency of sedentary in both male (75,8%) and female (96,1%) gender. It was observed that 30,0% of the student referred already tried cigarettes and there were only smokers among the female. It was observed that 41,9% referred to consume drunk alcoholic. These results reinforce the need of new studies of population base, with the intention of to accompany and to analyze factors associated to the risk behaviors found in this study, in way to allow better understanding of relationships of the risk behaviors with the social environment of the students.

Keywords: health risk behavior; adolescents; High School.

INTRODUÇÃO

A infância e a adolescência representam períodos críticos nos quais vários hábitos de vida são estabelecidos, de modo que muitos dos comportamentos assumidos durante estes períodos da vida tendem a ser mantidos na vida adulta, tornando-se, portanto, mais difíceis de serem alterados (BRANEN e FLETCHER, 1999).

As influências do cotidiano, aliados à transição física e psicológica crítica, comuns no período da adolescência, contribuem para a adoção de comportamentos como início precoce da prática sexual, sexo sem preservativo, baixos níveis de atividade física, consumo de álcool e outras drogas psicoativas (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1999).

Tais atitudes se configuraram na expressão denominada de comportamento de risco à saúde, definida como comportamentos decorrentes de opções, atitudes e oportunidades que tendem a exercer um impacto negativo sobre os níveis de saúde, aumentando o risco de morbidade e mortalidade (FARIAS JÚNIOR, 2002).

Dietz (2004) e Sallis (2000) afirmaram que existe alta prevalência de comportamentos de risco à saúde em crianças e adolescentes, entre eles pode se destacar os níveis insuficientes de atividade física, hábitos alimentares inadequados, presença de sobrepeso e obesidade, consumo de drogas lícitas e ilícitas e comportamento sexual inseguro.

Sallis e Owen (1999) advogaram que os fatores associados à adoção um estilo de vida fisicamente ativo são compreendidos por características intrapessoais, interpessoais e ambientais.

Nesse sentido, Farias Junior (2002) esclareceu que alguns fatores têm sido apontados como decisivos para instalação desse quadro. Entre esses, os que têm recebido maior destaque são: a) redução dos espaços de lazer (parques) e aumento dos índices de violência, observados na maioria dos grandes centros urbanos; b) menor utilização da caminhada e da bicicleta como meio de locomoção (ir para escola de bicicleta, por exemplo); c) redução do número de aulas semanais de educação física, seguida por um predomínio de atividades de intensidade leve; d) substituição das atividades de lazer que exigiam maior gasto energético, como os jogos recreativos, por atividades de lazer passivo como jogos eletrônicos, assistir televisão e uso do computador (GUEDES e GUEDES, 1997; BAR-OR et al, 1995).

Segundo o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC, 1997), apesar de a população jovem ser mais ativa que a população idosa, há uma tendência a diminuição da

participação em atividades físicas com o passar dos anos. Além disso, os jovens não se comprometem em realizar atividades físicas moderadas em nível recomendado, ou seja, pelo menos três vezes por semana durante 20 minutos. Segundo estudos da *U. S. Surgeon General's Report on Physical Activity* (USDHHS),

“... a prática de atividade física realizada na maioria dos dias da semana aprimora a saúde:

- reduz o risco de morte prematura;
- reduz o risco de morte de cardiopatia;
- reduz o risco de desenvolver diabetes;
- reduz o risco de ter pressão alta;
- ajuda a reduzir a pressão arterial entre as pessoas que já sofrem dessa afecção;
- reduz o risco de vir a desenvolver o câncer de cólon;
- reduz as sensações de depressão e ansiedade e promove o bem-estar psicológico;
- ajuda a controlar o peso corporal;
- ajuda a produzir e manter ossos, músculos e articulações saudáveis;
- ajuda os adultos mais idosos a se tornarem mais fortes capazes de locomover-se sem risco de queda”.

(USDHHS, 1996)

Estudos da *World Health Organization* (WHO, 1998) e do CDC (1997) mostram que a atividade física tem sido considerada como um dos aspectos do comportamento humano de grande importância para a saúde dos indivíduos. Tal relevância tem despertado interesse de diversos pesquisadores em investigar os fatores que influenciam a dinâmica deste comportamento.

O *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES) – II, conduzido entre 1976 e 1980, e a mais recente pesquisa do NHANES III conduzido entre 1999 e 2000, afirmaram que a prevalência do aumento de peso duplicou entre crianças de 6 a 11 anos de idade e triplicou entre adolescente de 12 a 17 anos nos Estados Unidos (DIETZ, 2004).

No Brasil, em estudos realizados em 1974-1975, 1989 e 2002-2003, com objetivo de fornecer informações sobre a composição dos orçamentos domésticos a partir de dados relativos à disponibilidade de alimentos e às medidas antropométricas da população brasileira, detectaram que nos últimos 30 anos, a proporção dos adolescentes com excesso de peso foi quadruplicada, enquanto que a proporção das adolescentes com sobrepeso aumentou 90% (IBGE, 2006).

A combinação do tempo de lazer com atividades sedentárias, como televisão, jogos eletrônicos e computador, fatores como a oferta cada vez maior de uma grande variedade de alimentos com alta densidade calórica, têm resultado no aumento epidêmico do índice de massa corporal de crianças em todo o mundo (CARAMELLI e GIULIANO, 2005).

Segundo Bouchard (2003) a epidemia do sobrepeso e da obesidade pode ser teoricamente explicada por uma das três situações ou pela combinação delas: a) a epidemia é resultado do aumento da ingestão de calorias pela maior parte da população quando em comparação com os indivíduos das gerações passadas, sem mudanças no gasto diário habitual de energia; b) a causa da epidemia pode ser encontrada na diminuição do gasto energético diário, sem alteração da ingestão calórica; c) a epidemia pode ter surgido pela ingestão calórica per capita menor, mas acompanhada de diminuição acentuada do gasto energético diário.

Um estudo com 768 crianças de dez regiões urbanas e rurais dos Estados Unidos, realizado pela Universidade de Michigan, mostrou que um dos fatores ligados ao sedentarismo das crianças que vivem em centros urbanos, é o alto índice de violência, e calculou que essas crianças têm quatro vezes mais probabilidade de se tornarem obesos do que aquelas vivendo em áreas rurais, havendo relação entre sedentarismo e alimentação (LUMENG, 2006).

Loureiro (1999) enfatizou que para que haja mudança nos hábitos alimentares é necessário que sejam conhecidos os fatores que influenciam o desenvolvimento desses hábitos, de forma a subsidiar o planejamento de ações visando reverter comportamentos indesejáveis e estimular comportamentos saudáveis, pois que estes são grandemente influenciados pelo ambiente em torno do indivíduo. A autoconfiança e o saber como se faz uma alimentação saudável, são fundamentais para que a mudança se processe e, portanto, a educação ou re-educação alimentar requer não apenas a observância dos componentes psicológicos, mas também dos ambientes social, político, econômico e físico.

Associado a alimentação, que quando inadequada se traduz em comportamento de risco, encontram-se outros fatores, como o fumo e as bebidas alcoólicas que, independente do gênero, idade e do nível socioeconômico, estão entre as drogas mais consumidas pelos adolescentes de diferentes países (*Morbidity and Mortality Weekly Report* - CDC, 1999). Levantamentos realizados em 1987, 1989 e 1993, pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) denunciaram que os jovens brasileiros passam a experimentar e tornam-se consumidores regulares de álcool em idades cada vez mais precoces (GALDURÓZ et al, 1997). O primeiro Levantamento Domiciliar sobre uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (2001) registrou que 48,3% dos jovens de 12 a 17 anos em 107 grandes cidades brasileiras, utilizam essas drogas, com prevalência de dependência da ordem de 9,2% e 9,3% respectivamente nas Regiões Norte e Nordeste (GALDURÓZ et al, 2002).

Segundo Matos et al (1999) a acessibilidade em termos de oferta e aquisição dessas drogas pode estar contribuindo para situação ainda pior, pois tanto o convívio (ambiente) com indivíduos que consomem drogas, quanto o hábito de consumir, aumenta com a idade. Constata-se também que, além do aumento do consumo de drogas há influências e alterações em nível dos valores sociais e morais que refletem no aumento dos riscos de gravidez precoce e da exposição a doenças sexualmente transmissíveis (WHO, 1993).

O Brasil, juntamente com a República Dominicana e Guatemala, é um dos três países da América Latina com maior índice de adolescentes femininas sexualmente ativas e que não usam qualquer método contraceptivo (LOPES, 1998). Esse comportamento, aliado à falta de informações, de habilidades, de serviços de saúde e de suporte necessário para o desenvolvimento sexual na adolescência acarretam, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2005) num maior índice de transmissão de Doenças Sexualmente Transmissíveis, onde se insere a AIDS, e um aumento do número de gravidez precoce.

No Brasil a taxas de fecundidade na adolescência vêm crescendo nos últimos anos, principalmente nas camadas mais pobres, e a taxa de fecundidade em mulheres brasileiras entre 15-19 anos chega a ser até 40% maior em famílias com menos de um salário mínimo (LOPES, 1998).

O estudo do conjunto de fatores relacionados com o comportamento de risco à saúde da população jovem deve ser fator prioritário quando está em foco a formação do adulto de amanhã. A análise dos fatores interrelacionados aos comportamentos de risco à saúde poderá subsidiar a implantação de programas de promoção da saúde em âmbito escolar e populacional, bem como servir mecanismo de monitorização das características dos comportamentos de risco à saúde associados às doenças cardiovasculares e de base para o acompanhamento e avaliação de possíveis ações intervencionistas que venham a ser desenvolvidas.

Nesse sentido, este estudo teve por objetivo analisar a ocorrência de comportamentos de risco à saúde em escolares do ensino médio das redes de ensino pública e privada do município da Barra dos Coqueiros, escolhido como referência no Estado de Sergipe devido às suas características peculiares por ter sua base territorial em ilha e ter sofrido quebra recente do isolamento rodoviário devido à construção de uma ponte ligando a sede municipal ao centro da capital sergipana.

O município, ainda em processo inicial de mudanças, permite não apenas que seja estudada a situação existente durante o seu relativo isolamento geográfico, mas

também o acompanhamento das alterações decorrentes da sua inserção funcional na zona metropolitana de Aracaju à qual foi ligado através da ponte sobre o rio Sergipe.

Caracterização do município de Barra dos Coqueiros

O município de Barra dos Coqueiros, com território na Ilha de Santa Luzia, localizada em frente à Aracaju, embora faça parte da sua região metropolitana, até recentemente se ligava à capital do Estado de Sergipe por transporte fluvial. Em 2006-2007 entrou em funcionamento a ponte sobre o rio Sergipe e Barra dos Coqueiros passou a se integrar funcionalmente à metrópole, o que causou grandes modificações para as zonas urbana e rural deste município. (FONSECA e GONZAGA, 2007)

Com área reduzida aos limites da ilha, o município de Barra dos Coqueiros ocupa 87,9 km², e tinha densidade demográfica de 218,6 hab/km² em 2007 (IBGE, 2008). Caracterizado pelo baixo dinamismo econômico até 2005, o município está tendo essa situação bastante alterada, fruto da construção da ligação rodoviária direta à Aracaju. O processo de desenvolvimento pelo qual vem passando, com a apropriação de novos espaços, inclusive na zona rural, para atender o surto imobiliário que se instalou no município, está mudando a configuração não apenas da paisagem, mas das relações sociais que ali têm lugar (FONSECA e GONZAGA, 2007). E como fruto dessas modificações, se destaca a questão da segurança que, junto com o novo dinamismo econômico e a chegada de novos empreendimentos e pessoas, é um dos maiores responsáveis pela modificação do cotidiano dos antigos habitantes.

Com a construção da ponte Aracaju-Barra dos Coqueiros, que ligou a capital do estado ao município de Barra dos Coqueiros (localizado na Ilha de Santa Luzia), se instalou um processo de especulação imobiliária na ilha acompanhado de invasões, especialmente em áreas de dunas e manguezais, o que provocou grandes prejuízos no meio natural e no meio social, refletindo nas expectativas e comportamentos cotidianos dos seus habitantes e, portanto, na sua saúde física, mental e emocional. (FONSECA et al., 2008, p. 3)

O Índice de Desenvolvimento Humano calculado pelo Programa das Nações Unidas Para o Desenvolvimento (PNUD), informa o valor de 0,676 para o ano de 2000, o que coloca o município entre aqueles de médio desenvolvimento humano, especialmente se considerarmos que Sergipe apresentou IDH da ordem de 0,622 e o Nordeste apresentou índice um pouco mais baixo, de 0,611. Mas esse índice de Barra dos Coqueiros ainda está abaixo da média brasileira, que alcançou 0,699 (UFMS, s/d; IBGE, 2000). Para a composição desse índice, foram significativas a taxa bruta de frequência escolar, de 87,15% e a taxa de alfabetização de adultos de 79,18%, que levaram o índice de educação (IDHM-E) para 0,818, uma vez que a contribuição da longevidade (IDHM-L: 0,631) foi baixa, assim

como a renda, com IDHM-R de apenas 0,578.

Essa situação que caracteriza o ano de 2000 deve ter sofrido pequenas alterações quanto às características educacionais e longevidade, apesar dos índices serem afetados pelo crescimento da população por imigração. Mas as mudanças no nível de renda devem ser bastante significativas, face ao novo dinamismo econômico instalado no município. E esse dinamismo econômico, que ao afetar a renda atinge também valores e comportamentos, está em fase crescente o que leva a um cenário futuro de confrontos culturais, justificando o receio da população residente quanto ao aumento da violência e da marginalidade nesse município outrora tranqüilo, que tinha na interação solidária uma constante.

MÉTODOS E MATERIAIS

Esse estudo do tipo epidemiológico com delineamento transversal teve como população escolares do ensino médio de ambos os gêneros com idades entre 14 e 18 anos, regularmente matriculados nas unidades de ensino médio das redes de ensino público e privado do município da Barra dos Coqueiros, Sergipe, Brasil.

O município da Barra dos Coqueiros tem três unidades de ensino médio, sendo uma da rede estadual, com 562 alunos matriculados no ano de 2007 (IBGE, 2007), e outras duas escolas da Rede Privada de Ensino, uma com 23 e a outra com 50 alunos matriculados.

O planejamento amostral foi efetuado considerando a estratégia sugerida por Barbetta (2001), estimando um erro amostral de 5%.

$$n_0 = 1 / E_0^2 \quad n = N \times n_0 / N + n_0$$

Onde: N é o tamanho (número de elementos) da população
n é o tamanho (número de elementos) da amostra
n₀ é a aproximação inicial para tamanho da amostra
E₀ é o erro amostral tolerável

A seleção da amostra foi por processo probabilístico aleatório, com estratificação por turma. O sorteio dos alunos se deu mediante utilização da relação nominal de todos os matriculados, fornecida pelas unidades de ensino. Para não perder a representatividade amostral, foi acrescentado 20% ao total de alunos da amostra, de forma a cobrir eventuais problemas de acesso às unidades selecionadas.

Considerando um erro amostral de 5% e os critérios de inclusão adotados, calculou-se o total de 353 escolares atendendo as características estabelecidas. Vale ressaltar que a quantidade de escolares das unidades de ensino da rede particular foi muito pequena e para garantir a representatividade destas unidades de ensino, todos os alunos matriculados e freqüentando as aulas foram inseridos na amostra.

O instrumento de coleta de informações adotado para este estudo foi elaborado a partir da composição de partes de outros instrumentos já validados ou empregados em outros estudos envolvendo escolares, verificando, entre outras, as seguintes variáveis: idade, gênero, nível de atividade física, hábitos alimentares, altura, peso corporal, consumo de drogas lícitas e ilícitas. O questionário, pré-testado, foi preenchido pelo informante, sem identificação pessoal. Durante a distribuição dos questionários foi esclarecido que os escolares eram livres para optarem em devolvê-los em branco e, para aqueles que aceitassem responder, garantida a não identificação do informante.

No levantamento das práticas de atividades físicas habituais, foi utilizado o questionário *Physical Activity Questionnaire for Older Children* (PAQ-C) sugerido por Crocker et al. (1997) e adaptado para a realidade brasileira por Silva e Malina (2000). A escolha deste instrumento foi motivada tanto pela sua qualidade quanto pela facilidade de ser entendido pelos adolescentes. Este instrumento apresenta valores de consistência interna entre 0,79 e 0,89 e fidedignidade de teste-reteste entre 0,75 e 0,82 (CROCKER et al., 1997). O preenchimento deste questionário pelo aluno levou em torno de vinte minutos, o que é considerado aceitável segundo Silva e Malina (2000).

O questionário é composto de nove questões sobre a prática de atividade física na escola e lazer em finais de semana, incluindo também perguntas sobre tempo gasto vendo e outras. O escore do questionário é obtido pela média de questões específicas sobre práticas esportivas e jogos, atividades físicas na escola e no tempo de lazer incluindo o final de semana. Cada questão tem valor de 1 a 5. As classificações dos escores: (1) muito sedentário; (2) sedentário; (3) moderadamente ativo; (4) fisicamente ativo e (5) muito ativo, são baseadas no cálculo da média das atividades diárias e semanais. Obedecendo-se estes critérios, pode-se classificar como indivíduos ativos aqueles que têm escores ≥ 3 e sedentários os indivíduos com escores < 3 (SILVA e MALINA, 2000).

Vale ressaltar que o índice Kappa - que estabelece o grau de concordância entre duas avaliações usando o mesmo instrumento - do estudo piloto foi considerado adequado para a pesquisa, tendo alcançado o valor 0,914 em relação ao nível de atividade física estimado pelo questionário PAQ-C.

Para o levantamento das informações sobre os hábitos alimentares utilizou-se o questionário apresentado por Farias Júnior, Pires e Lopes (2002), com base em informações referentes à frequência de consumo semanal e diário de 6 grupos alimentares: grupo 1: refrigerantes; grupo 2: leite e derivados; grupo 3: doces; grupo 4: batatas fritas, salgadinhos, hambúrguer; grupo 5: frutas; grupo 6: verduras. Segundo esses autores, deve ser considerado comportamento saudável: consumo de laticínios, frutas, e verduras/no mínimo 4 vezes por semana, e pouco ou nenhum consumo de refrigerantes, doces frituras, hambúrguer, cachorro quente, salsicha. O comportamento pouco saudável, mas aceitável, envolve consumo de refrigerantes, doces, frituras, hambúrguer/cachorro quente/salsicha no máximo 3 vezes na semana. O comportamento de risco à saúde envolve o não consumo de laticínios, frutas, e verduras. Já o comportamento de risco à saúde e altamente contra-indicado, é vinculado ao consumo de refrigerantes, doces frituras, hambúrguer, cachorro quente, salsicha 4 vezes ou mais por semana.

O levantamento do consumo de drogas lícitas e ilícitas foi realizado por meio da adaptação do instrumento utilizado no levantamento de comportamentos de risco à saúde em adolescentes norte-americanos, *Youth Risk Behavior Survey* (CDC, 1999) e a versão adaptada por Cunha et al (1999).

Como indicadores das características da composição corporal, foram utilizadas as medidas de massa corporal (MC), estatura (EST), índice de massa corporal (IMC), segundo Must, Dallal e Dietz (1991). Essas medidas foram coletadas nas próprias unidades de ensino participantes do estudo, com participação do pesquisador e auxiliares treinados, na mensuração de peso e altura dos estudantes integrantes da amostra.

Os procedimentos da coleta das características da composição corporal foram:

- a. Massa corporal: Os adolescentes foram medidos descalços. A massa corporal foi obtida utilizando balança digital de marca *Tanita*, com capacidade de 150 quilogramas com escala de 100 gramas.
- b. Estatura: A estatura foi mensurada com o auxílio de uma fita métrica fixada na parede da sala de aula, com o ponto zero da fita no nível do solo, com o avaliado na posição ortostática, pernas unidas, braços ao longo do corpo e cabeça em plano de Frankfurt alinhado ao solo (ROCHA, 1999; POMPEU, 2004; VIUNISKI, 2005), sendo a medida obtida com o avaliado em apnéia inspiratória. Foi utilizada uma régua escolar colocado no vértex do avaliado para a marcação da estatura (SILVA, 2002).
- c. Índice de Massa Corpórea (IMC): Obtido pela divisão $\frac{\text{massa coporal}}{\text{estatura}^2}$.

Foi adotado como referência para baixo peso o percentil 05, sobrepeso o percentil 85 e obesidade percentil 95 (WHO, 1995).

Para o tratamento estatístico dos dados, foi utilizado o *Statistical Package For The Social Sciences* (SPSS), e os procedimentos para a análise dos dados foram embasados em estatística descritiva, com cálculo de média, desvio-padrão e distribuição percentual, e análise de correlação, sendo utilizado o Índice de Correlação de Spearman.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Analisando os resultados de idade, índice de massa corpórea, horas por dia assistindo televisão e nível de atividade física, observa-se pouca variação entre os gêneros, a não ser quanto ao nível de atividade física, quando os homens apresentam valor 23,16% maiores que as mulheres. Também não há diferença que mereça destaque no desvio padrão do conjunto de medidas apresentadas na Tabela 1, a não ser quanto ao percentual de unidades amostrais por gênero, com número bastante maior de mulheres do que de homens.

Tabela 1 – Principais características antropométricas e comportamentais do grupo estudado – Barra dos Coqueiros, 2008

Variável	Gênero	
	Feminino	Masculino
Idade média e desvio padrão	16,79 ± 1,22	16,86 ± 1,09
Índice de massa corpórea e desvio padrão	21,48 ± 3,59	21,34 ± 3,28
Horas/dia assistindo televisão e desvio padrão	5,82 ± 4,45	5,75 ± 4,13
Nível de atividade física e desvio padrão	1,77 ± 0,58	2,18 ± 0,52

A tabela 2 apresenta a distribuição e classificação da composição corporal do grupo estudado, através do índice de massa corpórea (IMC), sendo observado que há uma menor ocorrência de sobrepeso e obesidade no gênero feminino, 13,8% (n=32) do que para o gênero masculino, 18,4% (n=22).

Resultados semelhantes aos da tabela 2 foram os encontrados em estudo de base populacional, com amostragem representativa de escolares do ensino médio de escolas públicas e privadas da cidade Aracaju realizado por Silva Junior (2005), que identificou a ocorrência de sobrepeso/obesidade em 10,6% para o gênero feminino e 14,6% para o gênero masculino.

Tabela 2 - Classificação por gênero do índice de massa corporal – Barra dos Coqueiros, 2008

Gênero	Índice de Massa Corpórea – IMC (%)					
	Baixo peso	Eutrófico	Sobre-peso	Obeso	Média	Desvio padrão
Feminino	3,4	82,8	9,5	4,3	21,5	3,6
Masculino	1,7	79,1	16,7	1,7	21,4	3,3

Analisando os resultados da tabela 2 verifica-se que são inferiores aos achados por França (2008), que identificou ocorrência de baixo peso em 2,8% das mulheres e 4,0% dos homens. Dados desse estudo, que apontam sobrepeso para 8,9% dos homens, evidenciam que os escolares do sexo masculino da Barra dos Coqueiros têm quase o dobro desse índice de sobrepeso.

Esses resultados corroboram com os estudos de Ferreira e Magalhães (2006) e Monteiro, Conde e Castro (2003) que mostram haver tendência da obesidade sobre a desnutrição em todas as regiões do Brasil e que a prevalência do excesso de peso corresponde a 20% entre os adolescentes, com índices maiores para o gênero masculino.

Em Barra dos Coqueiros foram encontrados valores inferiores aos observados para o Brasil na última pesquisa de orçamentos familiares realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2006) - considerando o período 2002-2003. Essa pesquisa, objetivando fornecer informações sobre a composição dos orçamentos domésticos, a partir dos dados relativos à disponibilidade de alimentos e às medidas antropométricas da população brasileira, revelou excesso de peso para o grupo de pessoas com idades entre 10 e 19 anos, percentuais de 15,4% para o gênero feminino e 18% para o gênero oposto, para a população brasileira.

A tabela 3 apresenta a prevalência dos níveis de atividade física entre os escolares estudados, mostrando que, na faixa etária dos 14 aos 18 anos, as mulheres são mais sedentárias, totalizando 96,1% (n=224), enquanto que os homens alcançaram 75,8% (n=91). Entre os moderadamente ativos, os homens chegaram a 24,2% (n=29), apresentando valores seis vezes maiores do que as mulheres que só apresentaram 3,9% (n=9). Em relação ao tempo de assistência à televisão a situação é similar para ambos os gêneros, com 5,8 (+4,4) para as mulheres e 5,7 (+4,1) para os homens. Estes níveis elevados de sedentarismo podem representar maiores probabilidades dos escolares

permanecerem sedentários na vida adulta e, portanto, não usufruir dos efeitos benéficos que a atividade física regular tem sobre a saúde.

Tabela 3 - Prevalência do nível de atividade física por gênero – Barra dos Coqueiros, 2008

Nível de atividade física	Gênero			
	Feminino		Masculino	
	Nº	%	Nº	%
Muito sedentário	63	27,0	7	5,8
Sedentário	161	69,1	84	70,0
Moderadamente ativo	9	3,9	29	24,2

Resultados semelhantes, embora menos negativos, foram encontrados em outros estudos que utilizaram o mesmo tipo de metodologia (instrumento de medida e estratégias para classificar os adolescentes em função o nível de atividade física), a exemplo do estudo realizado por Silva e Malina (2000) em Niterói, Estado do Rio de Janeiro, que identificou entre os 325 participantes de ambos os gêneros com idades de 14 e 15 anos, prevalência de 85% dos meninos e 94% das meninas classificadas como sedentários.

Estudo realizado por Rosa et al., (2007) na cidade de Aracaju com 1028 escolares de ambos os gêneros com idades 12 e 16 anos, encontrou prevalência de sedentarismo de 85,2% para o gênero feminino e de 70,8% para o gênero oposto.

Os resultados da tabela 3 são bastante inferiores aos encontrados por Guedes et al (2001), em estudo realizado em Londrina, com 281 escolares de ambos os gêneros, com idades entre 15 – 18 anos, que classificou 65% das mulheres como muito inativas e inativas fisicamente contra 54% dos homens classificados como moderadamente ativos e fisicamente ativos.

Em outro estudo realizado por Santos e Silva (2007), no município da Barra dos Coqueiros, no primeiro semestre de 2007, com 289 escolares de 11-13 anos de ambos os gênero, foi identificado que 70% das mulheres e 51% dos homens foram classificados em categoria de risco à saúde para os níveis de atividade física.

França (2008), em estudo com 648 escolares de ambos os gêneros do sul do Estado de Sergipe, com idades entre 15 e 18 anos, com objetivo de analisar comportamentos associados ao baixo peso e ao sobrepeso, considerando o nível de atividade física, verificou ocorrência de sedentarismo em 90,1% das mulheres e 87,0% dos homens 87,0%.

Para as análises sobre hábitos alimentares dos escolares envolvidos no estudo, foi criada uma escala com amplitude de variação entre menos (- 8) com o consumo do grupo de alimentos menos saudáveis: refrigerantes, doces e frituras e de oito (8), referente ao consumo dos alimentos saudáveis: derivados do leite, frutas e verduras.

Na tabela 4 observa-se que os hábitos alimentares, apesar de não diferirem muito entre os gêneros, permitem verificar que percentualmente as mulheres têm ligeira vantagem sobre os homens com relação a hábitos mais saudáveis.

Tabela 4 – Distribuição dos hábitos alimentares e nível de atividade física por gênero – Barra dos Coqueiros, 2008

Discriminação		Sexo (%)		Total (%)
		Feminino	Masculino	
Hábitos alimentares	Saudável	3,0	0,8	2,3
	Aceitável	14,2	13,4	13,9
	Risco	32,6	55,8	40,5
	Alto Risco	50,2	30,0	43,3
	Sub-total	100,0	100,0	100,0
Nível de atividade física	Moderadamente Ativo	3,9	24,2	10,8
	Sedentário	69,1	70,0	69,4
	Muito sedentário	27,0	5,8	19,8
	Sub-total	100,0	100,0	100,0

Quando comparamos os hábitos alimentares e o nível de atividade física por gênero verifica-se que as mulheres têm predomínio do comportamento sedentário, bastante superior ao muito sedentário que, por sua vez, é superior ao moderadamente ativo.

Os resultados obtidos no levantamento em Barra dos Coqueiros, quando comparados com aqueles obtidos por Farias Júnior (2002) em estudo com escolares de Florianópolis, apontam para um consumo menor de alimentos menos saudáveis no município sergipano, onde os escolares investigados, de ambos os sexos, apresentaram valores de 21,8% para o consumo de refrigerantes, 34,8% para doces e 16,4% para frituras, o que se traduz em percentuais menores que os de Florianópolis para o consumo de

refrigerantes e frituras, cujos resultados são, respectivamente, 33,7% e 19,8%, mas maior para o consumo de doces, calculado em 30,8% para a cidade catarinense.

Já, quando comparado com o estudo de Silva Junior (2005) realizado no município de Aracaju, observou-se resultados condizentes, com porcentagens de 23,8% para o consumo de refrigerantes, 31,9% para o consumo de doces e 13,3% para o consumo de frituras.

Tabela 5 – Distribuição do consumo de alimentos saudáveis por grupo de alimentos e gênero dos alunos – Barra dos Coqueiros, 2008

Gênero	Alimentos considerados saudáveis		
	Leite e queijo (%)	Frutas (%)	Verduras (%)
Feminino	26,6	13,3	21,5
Masculino	22,5	5,8	10,8

A análise comparativa entre os sexos aponta o maior consumo de alimentos saudáveis pelas mulheres, especialmente frutas e verduras, sendo que o consumo de frutas é mais que o dobro daquele observado para o sexo masculino, enquanto que o consumo de verduras é ligeiramente acima do dobro.

Tabela 6 – Distribuição do consumo de alimentos menos saudáveis por grupo de alimentos e gênero dos alunos – Barra dos Coqueiros, 2008

Gênero	Alimentos não considerados saudáveis		
	Refrigerante (%)	Doces (%)	Frituras (%)
Feminino	54,1	46,4	48,0
Masculino	63,3	60,0	47,5

A ingestão de alimentos não considerados saudáveis é bastante alta e a porcentagem de escolares que apresentaram o consumo de alimentos ricos em açúcar e gordura em ambos os gêneros, com uma frequência de pelo menos três vezes por semana, tem uma variação entre 46,4 e 63,3%, o que caracteriza que no comportamento pouco saudável, mas aceitável. O baixo consumo de alimentos do grupo de alimentos saudáveis (leite e queijo, frutas e verduras) e elevado consumo de alimentos hipercalóricos têm sido associados a uma maior predisposição a problemas de saúde. Além disso, os hábitos alimentares adquiridos durante a adolescência têm importantes

repercussões no estado de saúde dos indivíduos, tanto em curto quanto em longo prazo (BOUCHARD, 2003).

Outro comportamento considerado negativo é o uso de drogas lícitas, que apresentou volume significativo de respostas positivas, tanto para já ter experimentado cigarro quanto bebidas alcoólicas. Os dados da Tabela 7 mostram que mais de 30% das mulheres e dos homens já experimentaram cigarros e mais de 80% já experimentaram bebidas alcoólicas. As mulheres apresentam percentuais pouco maiores que os homens, tanto para o fumo quanto para o álcool.

Tabela 7 – Experimentação de cigarros e bebidas alcoólicas por gênero – Barra dos Coqueiros, 2008

Gênero	Já experimentou drogas lícitas	
	Cigarros (%)	Bebidas alcoólicas (%)
Feminino	32,6	81,5
Masculino	32,5	83,3

Tais resultados são semelhantes aos achados de Matos et al (1999) em estudo sobre o saúde e estilos de vida realizado com 4.230 escolares portugueses em idade escolar, entre 11 e 15 anos, onde foi verificado que 31,3% dos jovens do gênero masculino e 31,1% do gênero feminino referiram já ter experimentado cigarro, no entanto, quando considerado o hábito de já ter experimentado bebidas alcoólicas verificou-se que os valores do presente estudo são superiores aos de Matos et al (1999), tendo o mesmo identificado uma prevalência de 77% para o gênero masculino e 74% para o gênero oposto para o fato de já ter experimentado bebidas alcoólicas.

O quinto Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas em 27 capitais do Brasil (Vigescola Brasil, 2004), na cidade de Aracaju, encontrou prevalência de 19,9% para os homens e 14,7% em relação já ter experimentado cigarros e, em relação ter experimentado bebidas alcoólicas, foi encontrado prevalência de 44,2% e 47,4% respectivamente. Comparado a esses, os valores para Barra dos Coqueiros encontrados por este levantamento são bastante superiores.

Vale ressaltar que no Brasil, anualmente, o fumo é responsável por cerca de cem mil mortes, sendo que 30% delas são por câncer, (90% por câncer de pulmão e 97% por câncer de laringe) e 25% por doenças do coração (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988). As bebidas alcoólicas são responsáveis por mais de 90% das internações por dependência as

drogas, além de aparecer em cerca de 70% dos casos de mortes violentas e acidentes de trânsito (JACKSON & SAMPAIO, 1994).

Quando os dados sobre experimentação de cigarros e bebidas alcoólicas são analisados com os dados de prevalência do consumo dessas substâncias, observa-se que, apesar dos homens terem experimentado cigarro praticamente na mesma proporção que as mulheres, nenhum deles se tornou fumante regular, mas cerca de metade deles passou a beber regularmente. As mulheres, além de beberem praticamente tanto quanto os homens, se tornaram fumantes na proporção de quase um terço daquelas que experimentaram o cigarro.

Tabela 8 – Prevalência de consumo de drogas lícitas por gênero, Barra dos Coqueiros, 2008

Gênero	Uso atual de drogas lícitas	
	Cigarros	Bebidas alcoólicas
Feminino	11,8%	40,8
Masculino	0,0%	43,3

Na tabela 8 verificou-se que em relação ao consumo global de bebidas alcoólicas para os dois gêneros, 41,9% dos escolares referiram que bebem regularmente, resultado condizente com o Farias Junior (2002) que verificou serem 42,6% os escolares de Florianópolis que consomem bebidas alcoólicas.

O estudo com escolares de ensino médio de escolas públicas e privadas de 12 capitais brasileiras, também constatou baixa prevalência de fumantes, da ordem de 14,6%, sendo 17,4% dos homens e 11,9% das mulheres. Esses dados diferem bastante daqueles observados para a Barra dos Coqueiros, a não ser para as mulheres, cujo percentual é bastante semelhantes, mesmo considerando o intervalo de quase quatro anos entre os levantamentos (Vigescola Brasil, 2004).

Tabela 9 – Experimentação de drogas ilícitas por gênero – Barra dos Coqueiros, 2008

Gênero	Experimentação de drogas ilícitas (%)		
	Sim	Não	Não quero falar
Feminino	8.2	88.4	3.4
Masculino	10.8	86.7	2.5

Com relação a experimentar drogas ilícitas, os dados da Tabela 9 mostram que quase um em cada dez alunos já experimentou algum tipo de droga que não seja cigarro ou bebidas alcoólicas, enquanto 3,1% não quiseram responder. Apesar dos baixos percentuais aqui encontrados, ressalta-se que esses valores não devem representar a realidade dos jovens investigados, devido ao receio de responder questões sobre o assunto. Além disso, o relativamente alto percentual de alunos que se recusaram a responder pode estar mascarando um número mais expressivo de indivíduos que experimentaram drogas ilícitas.

Outro comportamento investigado, considerado de risco, é o início precoce da atividade sexual que, junto com o não uso de preservativos aumenta muito a exposição das mulheres para a gravidez precoce e o risco de doenças sexualmente transmissíveis para os dois sexos.

Tabela 10 – Relações sexuais e uso de preservativo, por gênero – Barra dos Coqueiros, 2008

Gênero	Já fez sexo (%)	Usa preservativo (%)
Feminino	55,8	37,8
Masculino	75,0	55,0

Ao observar a tabela 10 verifica-se que a maioria dos jovens referiu já ter praticado sexo e que a maioria das mulheres não usa preservativos nas relações sexuais.

Não se dispõe de dados para discutir este tipo de problema no Brasil, mas observou-se tendência semelhante no relatório apresentado por Camarano (1996) que mostra serem as mulheres mais precoces no início da atividade sexual, em comparação aos homens.

Tabela 11 – Valores significativos da correlação de Spearman entre variáveis – Barra dos Coqueiros, 2008

Variável	Variável	Índice de Correlação ¹
Sobrepeso	Hábitos alimentares inadequados	0,677
Não usa preservativo	Sexo precoce	0,505
Percebe estresse	Percebe de depressão	0,359
Experimentou fumar	Experimentou drogas	0,307
Bebe bebidas alcoólicas	Não usa preservativo	0,259

Variável	Variável	Índice de Correlação ¹
Experimentou fumar	Bebe bebidas alcoólicas	0,259
Bebe bebidas alcoólicas	Experimentou drogas	0,254
Experimentou fumar	Não usa preservativo	0,254
Não usa preservativo	Experimentou fumar	0,254
Armas	Experimentou drogas	0,231
Bebe bebidas alcoólicas	Sexo precoce	0,211
Experimentou álcool	Sexo precoce	0,204
Sono	Insatisfação no trabalho	0,202

¹ Nível de significância: 0,01

Analisando o resultado do cálculo do índice de Correlação de Spearman, destacam-se algumas ligações ao nível de significância de 0,01. O maior valor se refere à relação entre sobrepeso e hábitos alimentares inadequados, que alcança 0,677. Essa correlação é bastante conhecida para as populações humanas em todas as idades e não apenas para o grupo de adolescentes. Assim, a existência de correlação entre essas variáveis em Barra dos Coqueiros apenas confirma a tendência já observada (FONSECA et al, 2008; FONSECA e GONZAGA, 2007).

A segunda correlação mais significativa na população estudada foi a ocorrência de sexo precoce com o não uso de preservativos, alcançando valor 0,505. Essa relação deve estar vinculada com a ocorrência de relações sexuais casuais, fortuitas, portanto sem qualquer planejamento quanto à proteção contra gravidez e doenças sexualmente transmissíveis. E ao analisarmos as outras correlações significativas, especialmente entre beber álcool regularmente e não usar preservativos, com valor de correlação calculado em 0,259; beber álcool regularmente e ter experimentado sexo precocemente, com 0,211; experimentar fumo e não usar preservativo, com valor 0,254; experimentar álcool e ter experimentado sexo precocemente, com valor 0,204; usar armas e experimentar drogas, com 0,231, observa-se um comportamento impulsivo, da experimentação em busca de prazeres imediatos, estimulados, muita vezes, por atitudes de revolta, de não aceitação da realidade.

CONCLUSÕES

O estudo, realizado por amostragem, mostrou resultados semelhantes aos da literatura especializada, sendo em geral, os jovens do gênero feminino com maiores

prevalências de comportamentos de risco, apesar dos índices bastantes elevados de sobrepeso e de sedentarismo dos homens investigados. Ainda, permitiu o estabelecimento de correlação entre variáveis, corroborando estudos de outros autores e levando à hipóteses sobre a influência de fatores sócio-ambientais.

Os resultados encontrados vêm reforçar a importância de considerar o contexto em que vivem os adolescentes, para compreender como eles constroem sua conduta e o modo de agir em sociedade, diante de questões vitais como a saúde, educação, trabalho, lazer e outras, relacionadas à qualidade de vida. Mas a qualidade de vida também está diretamente ligada à fatores como padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento; bom relacionamento familiar; segurança quanto a oportunidades de educação ao longo de toda a vida e condições de trabalho futuras; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; segurança e garantia dos direitos inerentes à cidadania. Assim, a qualidade de vida está voltada para o ambiente social que, por sua vez, engloba uma gama de outros aspectos como ambiente político, econômico e cultural.

Face à essas conclusões, observa-se a necessidade de novos estudos de base populacional, com o intuito de acompanhar e analisar fatores associados aos comportamentos de risco encontrados neste estudo, de forma a permitir melhor compreensão de relações dos comportamentos de risco com o ambiente social em que vivem os jovens do município de Barra dos Coqueiros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDHRESSA A.F et al. Vigilância alimentar e nutricional - SISVAN: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd10_18a.pdf – Acesso em 27 de agosto de 2006.
- BARBETTA, PA. **Estatística aplicada às ciências sociais**. 3ed. Florianópolis: EDUFSC, 2001.
- BAR-OR, O. Obesity. Champaign: Human Kinetics Publishers. In Barry Goldberg. **Sports and exercise for children with chronic health conditions**. P.335-353, 1995.
- BOUCHARD, Claude. **Atividade Física e Obesidade**: A epidemia da Obesidade. São Paulo: Manole, 2003.
- BRANEN, L. & FLETCHER, J. Comparison of college student's current eating habits and recollection of their food practices, **Journal of Nutrition Education**, 31(6): 304-310. 1999.
- CAMARANO, AA. Gravidez na adolescência. População Brasileira - Como Vai?. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA**, Brasília, 1(4): 7-10, 1996.

CARAMELLI B. E GIULIANO I. Adolescente do mundo todo: mexam-se!!!. **Jornal de Pediatria**, 81(6); p. 427-428, 2005.

CDC - Coordinated School Health Program Infrastructure Development: Process Evaluation Manual. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, **Centers for Disease Control and Prevention**, 1997.

CDC - Youth Risk Behavior Survey. **Centers for Disease Control and Prevention**. Atlanta: 1999. <http://www.cdc.gov/nccdphp/dash/yrbs/survey99.htm> - Acesso em 18 de março de 2004

CROCKER, P. R. et al. Measuring general levels of Physical Activity: Preliminary evidence for the Physical Activity Questionnaire for Older Children. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, 29. p. 1344-1349. 1997

CUNHA, F. J. P. et al. Reprodutibilidade de um questionário para avaliação de comportamentos relacionados à saúde em escolares. In: **II Congresso Brasileiro de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis-SC. p.133, 1999.

DIETZ, William H. Overweight in childhood and adolescence. **Perspective**, 26(2), 855-857. 2004.

FARIAS JÚNIOR, J. C. **Estilo de vida de escolares do ensino médio no município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil**. Dissertação de Mestrado, CDPPEF/UFSC, Florianópolis, SC, 2002.

FARIAS JÚNIOR, J.C.; PIRES, M.C.; LOPES, A.S. Medidas de reprodutibilidade de um questionário para o levantamento de informações sobre comportamentos relacionados à saúde em adolescentes, **Rev. Bras Ciênc Mov**, 10(3): 43-48, 2002.

FERREIRA,VA; MAGALHÃES R. Obesidade no Brasil: tendências atuais, **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, 24(2): p. 71-81, 2006.

FRANÇA, M.A.R; **Comportamentos associados à ocorrência de baixo peso e sobrepeso em estudantes do sul de Sergipe**. Dissertação de Mestrado, SSPA/UNIT, Aracaju, SE, Brasil, 2008.

GALDURÓZ, JCF. et al. IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1 e 2 grau em 10 capitais Brasileiras, **Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID**. Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina. UNIFESP/SP, 1997. <http://www.cebrid.epm.br/index.php>. Acesso em 27 de agosto de 2008.

_____. I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país.; **Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID**, UNIFESP/SP, São Paulo, 2002. <http://www.cebrid.epm.br/index.php>. Acesso em 27 de agosto de 2008.

GUEDES, D.P; GUEDES, J.E.R.P; BARBOSA, D.S; OLIVEIRA, J.A; Níveis de prática de atividade física habitual em adolescentes, **Rev Bras Méd Esporte**, 7(6): p. 187-99, 2001.

GUEDES, E. R. P. & GUEDES, D. P. Características dos programas de educação física escolar. **Rev Paulis de Educação Física**, 11 (1); 49-62, jan/jun. SP, 1997.

IBGE - Pesquisa sobre dados demográficos do Estado de Sergipe. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. 2008. <http://www.ibge.gov.br>

- IBGE - Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003: antropometria e análise do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão/IBGE, 2006.
- JACKSON J; SAMPAIO C. Saúde mental. In: Rouquayrol MZ. **Epidemiologia e Saúde**. 4 ed, 1994.
- LOPES, G.P. A contracepção na adolescência os desafios do 3º milênio, relativos à América Latina. **Jornal FEBRASGO**, 9(10), 7. 1998.
- LOUREIRO, I. Promoção da saúde, modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo. A importância da educação alimentar na escola. Faculdade de Motricidade Humana. Fmh edições. Lisboa. 1999.
- LUMENG JC; APPUGLIESE D; CABRAL HJ; BRADLEY RH; ZUCKERMAN B. Neighborhood safety overweight status in children. **Arch Pediatr Adolesc Med.**, 160: 25-31, 2006.
- MATOS, M. G. et al. Saúde e estilo de vida em jovens portugueses em idade escolar. In: Promoção da saúde, modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo. **Faculdade de Motricidade Humana**. Fmh edições, Lisboa , 1999.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE e INSTITUTO DE CÂNCER. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis. Brasília, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: **VIGESCOLA**, 2004.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão nacional de doenças crônico degenerativas. Projeto saúde: Estudo sobre o estilo de vida. São Paulo: **Levantamentos pesquisas e marketing**, 122p. 1988.
- MMWR - Youth risk behavior surveillance – United States, Morbidity and Mortality Weekly Report 1999. Atlanta: **Center for Diseases Control and Prevention**. 49(5): 1-98, 2000
- MONTEIRO CA; CONDE WL & CASTRO IRR. A tendência cambiante de relação entre escolaridade e risco de obesidade no Brasil, **Cad. Saúde Pública**, 1: 67-75, 2003.
- MUST, A.; DALLAL, G.E.; DIETZ, W.H. – Reference data for obesity: 85th and 95 percentiles of body mass index (wt ht²) and triceps skin fold thickness. **American Journal Clinic Nutrition**. (53), p.839-846, 1991.
- OMS - Programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes. **Organización Mundial de La Salud**, Genebra, 1999.
<http://www.who.int/bookorders/espanol/dartprt3.jsp?sesslan=3&codlan=3&codcol=10&codcch=886#> - Acesso em 23 de abril de 2008.
- OPAS – Prevenção de doenças crônicas um investimento vital. **Organização Pan-Americana da Saúde** Copyright: Organização Mundial da Saúde, 2005.
- POMPEU, F.A.M.S. **Manual de Cineantropometria** – Rio de Janeiro: Sprint, 2004.
- ROCHA, P. E. C. P. da. **Medidas e avaliação: em ciências do esporte**. 3. ed. Rio de Janeiro: Sprint, 1999.
- ROSA, JF; CORREA, MMC; SOUZA, R; SILVA, RJS. Comportamentos de risco e nível de atividade física em crianças e adolescentes de escolas da rede estadual de ensino da cidade de Aracaju (SE). **Cadernos de Graduação**. 5(5), 63-76, 2007.

SALLIS, J. & OWEN, N. **Physical activity & behavioral medicine**. London: Sage. 1999.

SALLIS, James F. Age-related decline in physical activity synthesis of human and animal studies. **Medicine and Science in Sport and Exercise**. 32(9): 1598-1600, 2000.

SANTOS, JR; SILVA, RJS. Prevalência de sedentarismo em jovens escolarizados do município Barra dos Coqueiros. **Cadernos de Graduação**. 6(6), 21-30, 2007.

SILVA JUNIOR; AG. **Comportamentos relacionados à saúde em escolares do ensino médio em Aracaju, Sergipe, Brasil**. PPGM/UFS, Aracaju, SE, Brasil, 2005.

SILVA, R.J.S. **Características de Crescimento, composição Corporal e desempenho Físico Relacionado à Saúde de Crianças e adolescentes de 07 a 14 anos da Região do Cotinguiba (SE)**. Dissertação de Mestrado, CDPPEF/UFSC, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2002.

SILVA, RCR; MALINA, RM. Nível de atividade física em adolescentes do Município de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saúde Pública**, 16 (4): 1091-1097, 2000.

USDHHS - Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General. Atlanta, **US Department of Health and Human Services** GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, The President's Council on Physical Fitness and Sports, 1996.

VIUNISKI, N. **Obesidade infantil: um guia prático para profissionais da saúde**. Rio de Janeiro, EPUB. 2005.

WHO – Obesity: preventing and managing the global epidemic. **World Health Organization** Geneva: WHO, 1998.

WHO – Physical status: the use and interpretation of anthropometry. **Technical Report Series**, World Health Organization, Geneva, p.434, 1995.

WHO – The health of young people: A challenge and a promise. **World Health Organization** Geneva, 1993. <http://www.who.int/child-adolescent-health/asrh.htm>.

CAPÍTULO 4

5. ARTIGO 2

NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA E COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE EM ESCOLARES DO MUNICÍPIO DA BARRA DOS COQUEIROS, SERGIPE, BRASIL

RESUMO

O ambiente escolar tem sido alvo de várias pesquisas sobre comportamentos de risco a saúde entre crianças e adolescentes, pois é nesta fase da vida que é definido o comportamento futuro. O presente estudo tem por objetivo analisar a relação do nível de atividade física em escolares do ensino médio das escolas públicas e privadas do município da Barra dos Coqueiros do Estado de Sergipe, com comportamentos de risco à saúde. Visando melhor conhecer a interrelação entre esses fatores, este estudo, do tipo pesquisa populacional transversal, foi realizado com escolares de Barra dos Coqueiros, município com base territorial na Ilha de Santa Luzia, que recentemente foi ligada à Aracaju, capital do Estado, por ponte rodoviária. As informações referentes aos comportamentos de risco à saúde dos escolares foram coletadas através de questionário auto-administrado, que possibilitou o levantamento de informações sócio-demográficas, nível de atividade física, hábitos alimentares, uso de drogas e comportamento sexual de risco, dentre outros. Medidas de peso e estatura possibilitaram o cálculo do índice de massa corporal (IMC). Os dados foram analisados embasados em estatística descritiva, com medida de associação, sendo utilizado o *Odds ratio*, com intervalo de confiança de $p > 0,05$. Os resultados mostraram que as mulheres com baixos níveis de atividade física tem maiores probabilidades de chance de adoção de comportamentos de risco à saúde, principalmente considerando os hábitos alimentares impróprios, sexo precoce e experimentação de fumar cigarros e bebidas alcoólicas. Os homens apresentaram quase duas vezes mais de probabilidade chance para a experimentação de drogas ilícitas e uso de armas em comparação com as mulheres. Estes resultados reforçam a necessidade de novos estudos de base populacional, com o intuito de acompanhar e analisar fatores associados aos comportamentos de risco encontrado neste estudo, de forma a permitir melhor compreensão de relações dos comportamentos de risco com o ambiente social em que vivem os jovens do município de Barra dos Coqueiros.

Palavras chaves: Comportamento de risco; Nível de atividade física; Adolescentes.

PHYSICAL ACTIVITY LEVEL AND HEALTH RISK BEHAVIORS IN HIGH SCHOOL STUDENTS IN *BARRA DOS COQUEIROS* CITY, SERGIPE STATE, BRAZIL

ABSTRACT

The school environment has been objective of several researches about health risk behaviors in children and adolescents, because it is in this phase of the life that the future behavior is defined. The purpose of the study was to analyze the relation among the physical activity level in high school students and health risk behaviors in these students. The sample was selected for aleatory method starting from enrolled students nominal relation in School of the city. The referring information to the health risk behaviors were collected through self-administered questionnaire, that it made possible the rising of sociodemographic information, physical activity level, alimentary habits, drugs use and risk sexual behavior, and others. The weight and stature measure made possible for the body mass index (BMI) calculation. The data analyses it was realized with descriptive statistics and odds ratio and $p \leq 0,05$. The results presented that low activity level in female it favors the increase of the probability of adoption of health risk behaviors, above all the inadequate alimentary habits, precocious sex and experience with tobacco and drink alcoholic. The male presented almost twice more of probability of chance for the experimentation of illicit drugs and use of weapons in comparison with the female. These results reinforce the need of new studies of population base, with the intention of to accompany and to analyze factors associated to the risk behaviors found in this study, in way to allow better understanding of relationships of the risk behaviors with the social environment of the students.

KEY WORDS: Risk Behaviors; physical activity level; Adolescents.

INTRODUÇÃO

Estima-se que 20% da população mundial seja de jovens com idades entre 10 e 19 anos, sendo que destes 85% moram em países menos desenvolvidos. Nas Américas há uma população de mais de 220 milhões de crianças e adolescentes na faixa etária entre 5 e 18 anos, dos quais 53 milhões vivem no Brasil, podendo-se estimar que a grande maioria dos adolescentes esteja exposta ou adote comportamentos de risco à saúde como hábitos alimentares impróprios, sobrepeso e obesidade, baixo nível de atividade física, uso de drogas lícitas e ilícitas e comportamentos sexuais de risco. Além disso, a perspectiva para 2025, é que sejam mais de 150 milhões de jovens com idades entre 10 e 24 anos, quando as conseqüências dos comportamentos de risco poderão chegar a um nível quase catastrófico se não houver efetividade na realização de políticas públicas saudáveis (BLUM, 2005)

Nos últimos 20 anos, mudanças sociais, políticas e econômicas drásticas têm alterado rapidamente a perspectiva de viver dignamente dos adolescentes em todo o mundo. Em apenas uma geração as doenças infecciosas deixaram de prevalecer como as maiores causas de morbi-mortalidade no mundo, para o prevalectimento dos fatores sociais, comportamentais e ambientais, como obesidade, sedentarismo, AIDS, álcool e tabagismo (BLUM, 2005).

As influências do cotidiano, aliadas a um período de transição física e psicológica crítica, o período da adolescência, segundo estudos da Organização Mundial da Saúde, contribuem para a adoção de comportamentos como início precoce da prática sexual, sexo sem preservativo, baixos níveis de atividade física, consumo de álcool e outras drogas psicoativas (OMS, 1999). Tais atitudes configuraram-se na expressão denominada de comportamento de risco à saúde, definida como comportamentos decorrentes de opções, atitudes e oportunidades que tendem a exercer um impacto negativo sobre os níveis de saúde, aumentando o risco de morbidade e mortalidade (FARIAS JÚNIOR, 2002).

Estudos do *Centers for Disease Control and Prevention* (1999) e Pate et al (1995) mostram que a prática regular de atividade física representa vários benefícios para a saúde. Nesse sentido, Sallis & Owen (1999) citando Hahn, Teutsch, Rothenber e Marks (1990) informam que numa estimativa realizada em 1986, nos Estados Unidos, 256.686 mortes (23% da mortalidade) poderiam ter sido prevenidas se o fator de risco “inatividade física” tivesse sido eliminado. Além disso, se for considerado que 33% da mortalidade é atribuída ao tabaco, 24% à obesidade, 23% a níveis elevados de colesterol e 1% ao alcoolismo, pode ser constatado o grave problema de saúde decorrente das escolhas

individuais de comportamentos prejudiciais à saúde, cuja base geralmente está na infância e adolescência.

Segundo *National Institute of Drug Abuse* (NIDA, 2004) os adolescentes são alvo de estudo em todo o mundo, por apresentar altos índices de comportamentos de risco, como o decréscimo de atividade física, hábitos alimentares inadequados e uso de drogas lícitas e ilícitas.

Nos Estados Unidos, estudo realizado entre 2001-2005, com homens e mulheres com idades entre 18 e 29 anos, revelou que é nas idades mais jovens que se inicia o uso de drogas como consumo regular de bebidas alcoólicas e cigarros bem como outras drogas ilícitas. (KESSLER et al, 2005). Estas conclusões denotam que do ponto de vista epidemiológico há um forte indício de que o início da idade adulta pode representar período crítico de maior risco para o início de problemas relacionados ao uso de drogas lícitas e ilícitas. Galduróz (2004) coloca que os transtornos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas têm sido considerados como um dos problemas de maior prevalência e de maior impacto econômico e social no mundo.

Estudos do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) sobre o uso de substâncias psicoativas têm avaliado, com frequência, estudantes de ensino médio e fundamental (Galduróz, 2004), alertando para as especificidades regionais bastante significativas no caso brasileiro.

A escolha de indivíduos para fins de pesquisa no ambiente escolar é preferida por ser este um grupo de fácil acesso. Entretanto, em países como o Brasil, com grande extensão territorial e diversidade sócio-cultural, os resultados obtidos com estudantes precisam ser analisados com cautela, tendo em vista que são comuns as altas taxas de evasão e falta às aulas no país, o que pode limitar a representatividade dos resultados quando comparados com adolescentes em geral e populações adolescentes de outros países (UNICEF, 2006).

Tudor-Locke et al (2001), enfatizam que a prática de atividade física na escola é importante, sobretudo para o combate à epidemia internacional de obesidade e para o estabelecimento de hábitos voltados à prática de atividade física em crianças e adolescentes

Vários são os benefícios da atividade física na fase escolar, verificando-se que ela contribui para aumentar a frequência às aulas, melhorar o desempenho acadêmico, aumentar a responsabilidade, diminuir os distúrbios de comportamento, diminuir a delinqüência e uso de drogas e álcool e melhorar o relacionamento com os pais ((SEE-SP) GALERA, 2005).

Neste sentido este trabalho tem por objetivo identificar a relação do nível de atividade física com comportamentos de risco à saúde em escolares do ensino médio do município da Barra dos Coqueiros, Estado de Sergipe, Brasil.

Caracterização do município de Barra dos Coqueiros

O município de Barra dos Coqueiros, com território na Ilha de Santa Luzia, localizada em frente à Aracaju, embora faça parte da sua região metropolitana, até recentemente se ligava à capital do Estado de Sergipe por transporte fluvial. Em 2006-2007 entrou em funcionamento a ponte sobre o rio Sergipe e Barra dos Coqueiros passou a se integrar funcionalmente à metrópole, o que causou grandes modificações para as zonas urbana e rural deste município. (FONSECA e GONZAGA, 2007)

Com área reduzida aos limites da ilha, o município de Barra dos Coqueiros ocupa 87,9 km², e tinha densidade demográfica de 218,6 hab/km² em 2007 (IBGE, 2008). Caracterizado pelo baixo dinamismo econômico até 2005, o município está tendo essa situação bastante alterada, fruto da construção da ligação rodoviária direta à Aracaju. O processo de desenvolvimento pelo qual vem passando, com a apropriação de novos espaços, inclusive na zona rural, para atender o surto imobiliário que se instalou no município, está mudando a configuração não apenas da paisagem, mas das relações sociais que ali têm lugar (FONSECA e GONZAGA, 2007). E como fruto dessas modificações, se destaca a questão da segurança que, junto com o novo dinamismo econômico e a chegada de novos empreendimentos e pessoas, é um dos maiores responsáveis pela modificação do cotidiano dos antigos habitantes.

Com a construção da ponte Aracaju-Barra dos Coqueiros, que ligou a capital do estado ao município de Barra dos Coqueiros (localizado na Ilha de Santa Luzia), se instalou um processo de especulação imobiliária na ilha acompanhado de invasões, especialmente em áreas de dunas e manguezais, o que provocou grandes prejuízos no meio natural e no meio social, refletindo nas expectativas e comportamentos cotidianos dos seus habitantes e, portanto, na sua saúde física, mental e emocional. (FONSECA et al., 2008, p. 3)

O Índice de Desenvolvimento Humano calculado pelo Programa das Nações Unidas Para o Desenvolvimento (PNUD), informa o valor de 0,676 para o ano de 2000, o que coloca o município entre aqueles de médio desenvolvimento humano, especialmente se considerarmos que Sergipe apresentou IDH da ordem de 0,622 e o Nordeste apresentou índice um pouco mais baixo, de 0,611. Mas esse índice de Barra dos Coqueiros ainda está abaixo da média brasileira, que alcançou 0,699 (UFMS, s/d; IBGE, 2000). Para a composição desse índice, foram significativas a taxa bruta de frequência escolar, de 87,15% e a taxa de alfabetização de adultos de 79,18%, que levaram o índice de educação (IDHM-

E) para 0,818, uma vez que a contribuição da longevidade (IDHM-L: 0,631) foi baixa, assim como a renda, com IDHM-R de apenas 0,578.

Essa situação que caracteriza o ano de 2000 deve ter sofrido pequenas alterações quanto às características educacionais e longevidade, apesar dos índices serem afetados pelo crescimento da população por imigração. Mas as mudanças no nível de renda devem ser bastante significativas, face ao novo dinamismo econômico instalado no município. E esse dinamismo econômico, que ao afetar a renda atinge também valores e comportamentos, está em fase crescente o que leva a um cenário futuro de confrontos culturais, justificando o receio da população residente quanto ao aumento da violência e da marginalidade nesse município outrora tranqüilo, que tinha na interação solidária uma constante.

MÉTODOS E MATERIAIS

Esse estudo do tipo epidemiológico com delineamento transversal teve como população escolares do ensino médio de ambos os gêneros com idades entre 14 e 18 anos, regularmente matriculados nas unidades de ensino médio das redes de ensino público e privado do município da Barra dos Coqueiros, Estado de Sergipe, Brasil.

O município da Barra dos Coqueiros tem três unidades de ensino médio, sendo uma da rede estadual, com 562 alunos matriculados no ano de 2007 (IBGE, 2008), e as outras duas escolas da Rede Privada de Ensino, uma com 23 e a outra com 50 alunos matriculados.

O planejamento amostral foi efetuado considerando a estratégia sugerida por Barbetta (2001), estimando um erro amostral de 5%, conforme abaixo.

$$N_0 = 1 / E_0^2 \quad n = N \times n_0 / N + n_0$$

Onde: N tamanho (número de elementos) da população;
n tamanho (número de elementos) da amostra;
n₀ aproximação inicial para tamanho da amostra;
E₀ erro amostral tolerável.

A seleção da amostra foi por processo probabilístico aleatório, com estratificação por turma. O sorteio dos alunos se deu mediante utilização das relações nominais de todos os matriculados, fornecida pelas unidades de ensino médio das redes pública e privada. Para não perder a representatividade amostral, foram acrescentados 20% ao total de alunos da amostra, de forma a cobrir eventuais problemas de acesso às unidades selecionadas e perda amostral.

Considerando um erro amostral de 5% e os critérios de inclusão adotados, calculou-se o total de 353 escolares atendendo as características estabelecidas. Vale ressaltar que a quantidade de escolares das unidades de ensino da rede particular foi muito pequena e para garantir uma amostra significativa destas unidades de ensino foi inserido na pesquisa todos os alunos matriculados e freqüentando as aulas.

O instrumento de coleta de informações adotado para este estudo foi elaborado a partir da composição de partes de outros instrumentos já validados ou empregados em outros estudos envolvendo escolares, verificando, entre outras, as seguintes variáveis: idade, gênero, nível de atividade física, hábitos alimentares, altura, peso corporal, consumo de drogas lícitas e ilícitas. O questionário, pré-testado foi preenchido pelo informante, sem identificação pessoal. Durante a distribuição dos questionários foi esclarecido que os escolares eram livres para optarem em devolvê-los em branco e, para aqueles que aceitassem responder, garantida a não identificação do informante.

No levantamento das práticas de atividades físicas habituais, foi utilizado o questionário *Physical Activity Questionnaire for Older Children* (PAQ-C) sugerido por Crocker et al (1997) e adaptado para a realidade brasileira por Silva e Malina (2000). A escolha deste instrumento foi motivada tanto pela sua qualidade quanto pela facilidade de ser entendido pelos adolescentes. Este instrumento apresenta valores de consistência interna entre 0,79 e 0,89 e fidedignidade de teste-reteste entre 0,75 e 0,82 (CROCKER et al., 1997). O preenchimento deste questionário pelo aluno levou em torno de vinte minutos, o que é considerado aceitável segundo Silva e Malina (2000).

O questionário é composto de nove questões sobre a prática de atividade física na escola e lazer em finais de semana, incluindo também perguntas sobre tempo gasto vendo e outras. O escore do questionário é obtido pela média de questões específicas sobre práticas esportivas e jogos, atividades físicas na escola e no tempo de lazer incluindo o final de semana. Cada questão tem valor de 1 a 5. As classificações dos escores: (1) muito sedentário; (2) sedentário; (3) moderadamente ativo; (4) fisicamente ativo e (5) muito ativo, são baseadas no cálculo da média das atividades diárias e semanais. Obedecendo-se estes critérios, pode-se classificar como indivíduos ativos aqueles que têm escores ≥ 3 e sedentários os indivíduos com escores < 3 (SILVA e MALINA, 2000).

Vale ressaltar que o índice Kappa – que estabelece o grau de concordância entre duas avaliações usando o mesmo instrumento – do estudo piloto foi considerado adequado para a pesquisa, tendo alcançado o valor 0,914 em relação ao nível de atividade física estimado pelo questionário PAQ-C.

Para o levantamento das informações sobre os hábitos alimentares utilizou-se o questionário apresentado por Farias Júnior, Pires e Lopes (2002), com base em informações referentes à frequência de consumo semanal e diário de 6 grupos alimentares: grupo 1: refrigerantes; grupo 2: leite e derivados; grupo 3: doces; grupo 4: batatas fritas, salgadinhos, hambúrguer; grupo 5: frutas; grupo 6: verduras. Segundo esses autores, deve ser considerado comportamento saudável: consumo de laticínios, frutas, e verduras/no mínimo 4 vezes por semana, e pouco ou nenhum consumo de refrigerantes, doces frituras, hambúrguer, cachorro quente, salsicha. O comportamento pouco saudável, mas aceitável, envolve consumo de refrigerantes, doces, frituras, hambúrguer/cachorro quente/salsicha no máximo 3 vezes na semana. O comportamento de risco à saúde envolve o não consumo de laticínios, frutas, e verduras. Já o comportamento de risco à saúde e altamente contra-indicado, é vinculado ao consumo de refrigerantes, doces frituras, hambúrguer, cachorro quente, salsicha 4 vezes ou mais por semana.

O levantamento do consumo de drogas lícitas e ilícitas foi realizado por meio da adaptação do instrumento utilizado no levantamento de comportamentos de risco à saúde em adolescentes norte-americanos, *Youth Risk Behavior Survey* (CDC, 1999) e a versão adaptada por Cunha et al (1999).

Para o levantamento dos comportamentos de risco sexo precoce, não uso de preservativo, envolvimento em briga, uso de armas, da percepção negativa de saúde, estresse, sono e relacionamentos foram utilizados os questionários apresentados por Loch (2006) sobre indicadores gerais de saúde e relacionamento.

Como indicadores das características da composição corporal, foram utilizadas as medidas de massa corporal (MC), estatura (EST), índice de massa corporal (IMC), segundo Must, Dallal e Dietz (1991). Essas medidas foram coletadas nas próprias unidades de ensino participantes do estudo, com participação do pesquisador e de um auxiliar na mensuração de peso e altura dos estudantes integrantes da amostra.

Os procedimentos da coleta das características da composição corporal foram:

- d. Massa corporal: Os adolescentes foram medidos descalços. A massa corporal foi obtida utilizando balança digital de marca *Tanita*, com capacidade de 150 quilogramas com escala de 100 gramas.
- e. Estatura: A estatura foi mensurada com o auxílio de uma fita métrica fixada na parede da sala de aula, com o ponto zero da fita no nível do solo, com o avaliado na posição ortostática, pernas unidas, braços ao longo do corpo e cabeça em plano de Frankfurt alinhado ao solo (ROCHA, 1999; POMPEU, 2004; VIUNISKI, 2005), sendo a medida obtida com o avaliado em apnéia inspiratória. Foi utilizada

uma régua escolar colocado no vértex do avaliado para a marcação da estatura (SILVA, 2002).

- f. Índice de Massa Corpórea (IMC): Obtido pela divisão $\frac{\text{massa corporal}}{\text{estatura}^2}$.

Foi adotado como referência para baixo peso o percentil 05, sobrepeso o percentil 85 e obesidade percentil 95 (WHO, 1995).

Para o tratamento estatístico dos dados, foi utilizado o *Statistical Package For The Social Sciences (SPSS) for Windows* 13.0, e os procedimentos para a análise dos dados foram embasados em estatística descritiva, com medida de associação, sendo utilizado o *Odds ratio*, com intervalo de confiança de 5%.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Analisando a relação entre baixo nível de atividade física com outras características como sobrepeso, hábitos alimentares, prática de sexo sem o uso de preservativos, percepção negativa da própria saúde, percepção de estresse, experimentação de bebidas alcoólicas e o uso regular de álcool, observa-se uma diferença bastante significativa nas probabilidades de ocorrência.

Não foram registrados indivíduos com alto nível de atividade e não foi possível realizar análises sobre os indivíduos moderadamente ativos porque face ao seu número muito pequeno, as distorções de cálculo não permitem qualquer inferência estatística com razoável grau de confiabilidade.

Na Tabela 1 estão apresentados os resultados dos cálculos da razão de chance (OR) de ocorrência de baixo nível de atividade física com essas variáveis. Verifica-se que as mulheres com baixos níveis de atividade física têm maiores probabilidades de chances de adoção de comportamentos de risco, principalmente considerando os hábitos alimentares inadequados e sobrepeso, o que pode estar vinculado à maior permanência dentro de casa e exposição ao consumo de alimentos considerados não saudáveis, inclusive devido à tradição feminina de atividades de preparo de alimentos.

Tabela 1 – Razão de chance (*odds ratio*) de baixo nível de atividade física com ocorrência de sobrepeso, hábitos alimentares, comportamento sexual precoce, uso de álcool e de fumo, por gênero

Comportamento	Gênero			
	Feminino		Masculino	
	<i>Odds Ratio</i>	IC*95	<i>Odds Ratio</i>	IC*95
Sobrepeso	2,48	0,30-20,28	1,08	0,39-3,01
Hábitos alimentares inadequados	9,74**	2,39-39,69	1,05	0,10-10,48
Comportamento sexual precoce	7,72	0,95-62,74	0,30**	0,11-0,87
Experimentar bebidas alcoólicas	2,30	0,55-9,59	0,96**	0,93-0,99
Beber regularmente (1 ou mais vez/semana)	0,85	0,22-3,27	0,64	0,28-1,48
Experimentar fumo	0,37	0,10-1,42	0,89	0,37-2,15
Fumar regularmente	0,96**	0,93-0,98	-	-

* Intervalo de confiança

** Significativo estatisticamente

As chances de apresentarem comportamento sexual precoce também são muito mais altas para as mulheres que as chances dos homens desenvolverem esse mesmo comportamento. São ainda as mulheres com baixo nível de atividade física que apresentam maiores chances de experimentarem álcool e são elas que mais bebem regularmente. Com relação ao fumo, observa-se que embora as mulheres tenham menor chance de experimentar fumo, são elas que fumam regularmente, não sendo observado nenhum homem fumante em toda a amostra estudada.

Oehlschlaeger et al (2004), em estudo realizado em 2002, com adolescentes com idades entre 15 – 18 anos na cidade de Pelotas (RS), verificaram que a inatividade física não foi fator de risco para o comportamento sexual precoce do conjunto dos gêneros, considerado de risco, obtendo valor de *odds ratio* de 0,93 (IC95% 0,78-1,10). Quando comparado com os dados de estudantes de Barra dos Coqueiros, observa-se que as mulheres apresentam taxas muito mais elevadas que as obtidas para os dois sexos em Pelotas, enquanto que os homens apresentam taxas ligeiramente inferiores.

Em estudo realizado por Silva et al (2008), com 5.028 escolares do ensino médio com idades de 15 e 19, no Estado de Santa Catarina, foi verificado que a razão de chance de mulheres fisicamente pouco ativas apresentarem excesso de peso foi menor, com 0,98 (IC% 0,59-1,60) em relação aos homens de mesma conduta, que apresentaram 1,74 (IC%

1,08-2,79). Resultados estes, contrários aos achados neste estudo, que apresentam taxas de 2,48 para as mulheres e 1,08 para os homens.

Na Tabela 2 observa-se que na percepção negativa sobre a própria saúde, as mulheres apresentarem maiores chances de ocorrência, o mesmo acontecendo na percepção de estresse e da depressão. Em compensação, são os homens que apresentam maiores taxas de percepção de alterações no sono, com valores três vezes superiores ao das mulheres. Essa pode ser uma indicação de que os homens, embora tenham depressão e estresse, não percebem essas situações, o que se reflete no sono pois, segundo Ballone (2000), os problemas do sono estão bastante ligados à situações de estresse.

O levantamento da insatisfação com o relacionamento com os colegas de escola e com o professor não revelou diferenças significativas entre os dois sexos. Mas quanto à insatisfação com o ambiente escolar, os homens apresentam taxas maiores que as mulheres, embora sejam estas que considerem pior o seu desempenho escolar.

Tabela 2 – Razão de chance (*odds ratio*) de baixo nível de atividade física com ocorrência de percepções negativas de saúde e insatisfação com situações na escola, por gênero

Comportamento	Gênero			
	Feminino		Masculino	
	<i>Odds Ratio</i>	IC*95	<i>Odds Ratio</i>	IC*95
Percepção negativa de saúde	2,39	0,62-9,14	0,55	0,19-1,60
Percepção de estresse	0,79	1,58-3,86	0,30	0,06-1,38
Percepção de depressão	1,34	0,32-5,51	1,05	0,31-3,56
Percepção de alteração do sono	0,56	0,07-4,59	1,54	0,59-4,05
Insatisfação com relacionamento colegas	0,93**	0,90-0,96	0,92**	0,87-0,98
Insatisfação com relacionamento com professor	0,87**	0,83-0,92	0,97	0,80-1,18
Insatisfação com ambiente escolar	1,03	0,25-4,22	1,23	0,49-3,10
Desempenho escolar considerado ruim	1,50	0,39-5,74	0,93	0,39-2,21

*Intervalo de confiança

** Significativo estatisticamente

Tabela 3 – Razão de chance (*odds ratio*) de baixo nível de atividade física com ocorrência de experiência com drogas, envolvimento em brigas, uso de armas e sexo sem preservativo, por gênero

Comportamento	Gênero			
	Feminino		Masculino	
	<i>Odds Ratio</i>	IC*95	<i>Odds Ratio</i>	IC*95
Experimentar drogas ilícitas	0,70	0,08-5,90	1,07	0,27-4,18
Envolvimento em brigas	0,90	0,18-4,50	0,61	0,24-1,49
Uso de armas	0,96**	0,94-0,99	1,07	0,91-1,25
Não uso de preservativo	3,20	0,39-26,10	1,45	0,53-3,98

*Intervalo de confiança

** Significativo estatisticamente

O levantamento de comportamentos de risco dos adolescentes que apresentam baixo nível de atividade física, como experimentar drogas ilícitas, envolver-se em brigas, usar armas e fazer sexo sem usar preservativo, aponta resultados diferenciados para os dois gêneros, com as mulheres mais vulneráveis ao envolvimento em brigas e sexo sem preservativo, sendo que nesta última categoria elas apresentam fator de risco bastante superior aos homens, chegando a pouco mais do que o dobro.

Mas são os homens que apresentam maior chance de experimentar drogas ilícitas e usar armas, provavelmente por serem mais expostos a choques com outros grupos de adolescentes e exposição à drogas no ambiente fora de casa que, culturalmente os indivíduos do sexo masculino freqüentam mais do que os do sexo feminino.

CONCLUSÕES

O estudo, realizado por amostragem, indicou semelhanças e diferenças com outros estudos realizados em diferentes locais e regiões, por vários autores. Essas diferenças podem estar vinculadas ao relativo isolamento da população da Barra dos Coqueiros que, até recentemente só tinha ligação hidroviária com Aracaju, embora faça parte da região metropolitana criada há mais de uma década.

Novos levantamentos estão sendo planejados para realização a curto prazo, para que sejam levantados fatores associados aos comportamentos verificados neste estudo, de forma a permitir análises relativamente detalhadas da relações dos comportamentos de risco com o ambiente social e natural da Ilha de Santa Luzia, território do município de Barra dos Coqueiros.

Ainda, novos estudos devem ser realizados dentro de cinco e dez anos, para que seja observada a evolução do perfil dos alunos de segundo grau das escolas no município em foco, acompanhados de levantamentos sócio-econômicos específicos que permitam a inserção da população de jovens em um contexto mais complexo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SEE-SP. Agita Galera. **Programa Agita São Paulo**. Portal do Governo do Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Educação.
http://agitagalera.edunet.sp.gov.br/subpages/noticias/noticias_01.html

ANDHRESSA A.F et al. Vigilância alimentar e nutricional – **SISVAN**: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd10_18a.pdf
– Acesso em 27 de agosto de 2006.

BALLONE, Geraldo. Estresse, ansiedade e esgotamento. **Cérebro e Mente – Revista eletrônica em Neurociências**. N° 11 – Out/dez-2000 –
<http://www.cerebromente.org.br/n11/doencas/estresse.htm#ansiedade> – Acesso em 17 de setembro de 2008.

BARBETTA, PA. **Estatística aplicada às ciências sociais**. 3ed. Florianópolis: EDUFSC, 2001.

BLUM, Robert. Saúde na adolescência: questões globais, desafios locais. **eJournalUSA**. Departamento de Estado dos Estados Unidos – Escritório de Programas de Informações Internacionais -10(1) p. 4-6, 2005. <http://usinfo.state.gov/journals/itqic/0105/ijgp/ijgp0105.pdf>
- Acesso em 17 de fevereiro 2007.

CDC – Youth Risk Behavior Survey. **Centers for Disease Control and Prevention**. Atlanta: 1999. <http://www.cdc.gov/nccdphp/dash/yrbs/survey99.htm> - Acesso em 18 de março de 2004

CROCKER, P. R. et al. Measuring general levels of Physical Activity: Preliminary evidence for the Physical Activity Questionnaire for Older Children. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, 29. P. 1344-1349. 1997

CUNHA, F. J. P. et al. Reprodutibilidade de um questionário para avaliação de comportamentos relacionados à saúde em escolares. In: **II Congresso Brasileiro de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis-SC. P.133, 1999.

FARIAS JÚNIOR, J. C. **Estilo de vida de escolares do ensino médio no município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil**. Dissertação de Mestrado, CDPPEF/UFSC, Florianópolis, SC, 2002.

FARIAS JÚNIOR, J.C.; PIRES, M.C.; LOPES, A.S. Medidas de reprodutibilidade de um questionário para o levantamento de informações sobre comportamentos relacionados à saúde em adolescentes, **Rev. Bras Ciênc Mov**, 10(3): 43-48, 2002.

GALDUROZ JC, NOTO AR, NAPPO SA, CARLINI EA. Trends in drug use among students in Brazil: analysis of four surveys in 1987, 1989, 1993 and 1997. **Braz. J. Med. Biol. Res**, 37(4):523-531, 2004.

IBGE - Pesquisa sobre dados demográficos do Estado de Sergipe. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2008. <http://www.ibge.gov.br>

KESSLER R.C et all. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Arch. Gen. Psychiatry**, 62(6): 593-602, 2005.

LOCH, M. R. **Comportamentos relacionados à saúde e religiosidade de adolescentes**. Dissertação de Mestrado, CDPPEF/UFSC, Florianópolis, SC, Brasil, 2006.

MMWR – Youth risk behavior surveillance – United States, Morbidity and Mortality Weekly Report 1999. Atlanta: **Center for Diseases Control and Prevention**. 49(5): 1-98, 2000

MUST, A.; DALLAL, G.E.; DIETZ, W.H. – Reference data for obesity: 85th and 95 percentiles of body mass index (wt ht²) and triceps skin fold thickness. **American Journal Clinic Nutrition**. (53), p.839-846, 1991.

NIDA - High School and Youth Trends. NATIONAL INSTITUTE OF DRUG ABUSE Info Facts, 1-9. 2004. <http://www.drugabuse.gov/infofacts/hsyouthtrends.html> - Acesso em 13 de setembro de 2007.

OEHISCHLAEGER, M. H. K; PINHEIRO, R. T; HORTA B; GELATTI, C; SAN'TANA, P. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo em adolescentes da área urbana. **Rev. Saúde Pública**, 38(2): 157-63, 2004.

OMS – Programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes. **Organización Mundial de La Salud**, Genebra, 1999.
<http://www.who.int/bookorders/espanol/dartprt3.jsp?sesslan=3&codlan=3&codcol=10&codch=886#> - Acesso em 23 de abril de 2008.

PATE, R.R ; PRATT M; BLAIR S.S; HASKELL W.L; MACERA C.A; BOUCHAR C. et al. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sport Medicine. **Journal of the American Medical Association**, 273: 402-7, 1995

POMPEU, F.A.M.S. **Manual de Cineantropometria** – Rio de Janeiro: Sprint, 2004.

ROCHA, P. E. C. P. da. **Medidas e avaliação: em ciências do esporte**. 3. Ed. Rio de Janeiro: Sprint, 1998.

SALLIS, J. & OWEN, N. **Physical activity & behavioral medicine**. London: Sage. 1999.

SILVA, K. S. da et al. Associação entre atividade física, índice de massa corporal e comportamentos sedentários em adolescentes. **Rev. Bras. De Epidemiologia**. 11(1):159-168, 2008.

SILVA, R.J.S. **Características de Crescimento, composição Corporal e desempenho Físico Relacionado à Saúde de Crianças e adolescentes de 07 a 14 anos da Região do Cotinguiba (SE)**. Dissertação de Mestrado, CDPPEF/UFSC, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2002.

SILVA, RCR; MALINA, RM. Nível de atividade física em adolescentes do Município de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saúde Pública**, 16 (4): 1091-1097, 2000.

TUDOR-LOCKE, C; AINSWORTH, BE; POPKIN, BM. Active commuting to school: an overlooked source of childrens physical activity?. **Sports Med**, 31(5): 309-313, 2001.

UNESCO. **Atlas de desenvolvimento humano no Brasil**. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada/Fundação João Pinheiro. Software@2003. ESM Consultoria. Dados@2003 – PNUD. Versão 1.0.0

VIUNISKI, N. **Obesidade infantil: um guia prático para profissionais da saúde**. Rio de Janeiro, EPUB. 2005.

WHO – Physical status: thr use and interpretation of anthropometry. **Technical Report Series**, World Health Organization, Geneva, p.434, 1995.

6. CONCLUSÃO GERAL E CONSIDERAÇÕES

Analisando os dados com base nos propósitos deste estudo, verificou-se que embora a maioria dos escolares investigados tenham sido classificados como eutróficos, a prevalência de sobrepeso dos homens foi quase o dobro em relação ao das mulheres. Mas com relação à obesidade, as mulheres apresentam proporção bastante superior aos homens. Considerando o nível de atividade física, as mulheres foram classificadas como sedentárias, com valores superiores aos homens.

Esses resultados mostram associação com os hábitos alimentares indicando que as mulheres com baixos níveis de atividade têm quase oito vezes mais chances de adoção de hábitos alimentares impróprios em relação aos homens sedentários.

O baixo nível de atividade física também está associado com outros comportamentos de risco, indicando que os escolares com baixos níveis de atividade física estão mais susceptíveis ao estresse, depressão, insatisfação no relacionamento com os colegas da escola, baixo e/ou ruim desempenho escolar e não ter o hábito de usar preservativo nas relações sexuais.

De forma geral, os resultados encontrados em Barra dos Coqueiros traduzem a situação dos adolescentes brasileiros, com o sexo masculino se aproximando bastante do perfil antes mais afeto ao sexo feminino: diminuição significativa do nível de atividade física e maior ingestão de alimentos considerados inadequados.

O estudo mostrou resultados semelhantes aos da literatura especializada, sendo em geral, os jovens do gênero feminino com maiores prevalências de comportamentos de risco, apesar dos índices bastantes elevados de sobrepeso e de sedentarismo dos homens investigados. Ainda, permitiu o estabelecimento de correlação entre variáveis, corroborando estudos de outros autores e levando à hipóteses sobre a influência de fatores sócio-ambientais. As diferenças encontradas podem estar vinculadas ao relativo isolamento da população da Barra dos Coqueiros que, até recentemente só tinha ligação hidroviária com Aracaju, embora faça parte da região metropolitana criada há mais de uma década.

Os resultados encontrados vêm reforçar a importância de considerar o contexto em que vivem os adolescentes, para compreender como eles constroem sua conduta e o modo de agir em sociedade, diante de questões vitais como a saúde, educação, trabalho, lazer e outras, relacionadas à qualidade de vida. Mas a qualidade de vida também está diretamente ligada à fatores como padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento; bom relacionamento familiar; segurança quanto a oportunidades

de educação ao longo de toda a vida e condições de trabalho futuras; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; segurança e garantia dos direitos inerentes à cidadania. Assim, a qualidade de vida está voltada para o ambiente social que, por sua vez, engloba uma gama de outros aspectos como ambiente político, econômico e cultural.

Face a essas conclusões, observa-se a necessidade de novos estudos de base populacional, com o intuito de acompanhar e analisar fatores associados aos comportamentos de risco encontrados neste estudo, de forma a permitir melhor compreensão de relações dos comportamentos de risco com o ambiente social em que vivem os jovens do município de Barra dos Coqueiros.

Novos levantamentos estão sendo planejados para realização a curto prazo, para que sejam levantados fatores associados aos comportamentos verificados neste estudo, de forma a permitir análises relativamente detalhadas da relações dos comportamentos de risco com o ambiente social e natural da Ilha de Santa Luzia, território do município de Barra dos Coqueiros.

Ainda, recomenda-se que sejam realizados novos estudos dentro de cinco e dez anos, para permitir a observação da evolução do perfil dos alunos de segundo grau das escolas no município em foco, acompanhados de levantamentos sócio-econômicos específicos que permitam a inserção da população de jovens em um contexto mais complexo.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS GERAIS

ABEP. **Critérios de classificação econômica Brasil**. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. 2003. http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf - Acesso em 25 de outubro de 2006.

ACSM – **Teste de Esforço e Prescrição de Exercício**. American College of Sports Medicine. 5 ed. Rio de Janeiro: Revinter. 1999.

SEE-SP. Agita Galera. **Programa Agita São Paulo**. Portal do Governo do Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Educação. http://agitagalera.edunet.sp.gov.br/subpages/noticias/noticias_01.html

ANDHRESSA A.F et al. Vigilância alimentar e nutricional - **SISVAN**: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd10_18a.pdf – Acesso em 27 de agosto de 2006.

AUGUSTO L.G.S. et al. Saúde e ambiente: uma reflexão da associação brasileira de pós-graduação em saúde coletiva – ABRASCO. **Rev Bras de Epidemiologia**, 6(2): 87-94, 2003.

BALLONE, Geraldo. Estresse, ansiedade e esgotamento. **Cérebro e Mente – Revista eletrônica em Neurociências**. nº 11 – Out/dez-2000 – <http://www.cerebromente.org.br/n11/doencas/estresse.htm#ansiedade> – Acesso em 17 de setembro de 2008.

BARBETTA, PA. **Estatística aplicada às ciências sociais**. 3ed. Florianópolis: EDUFSC, 2001.

BAR-OR, O. A epidemia de obesidade juvenil: A atividade física é relevante?. **Sports Science Exchange**. (38) jul/ago/set. 2003. <http://www.gssi.com.br/publicacoes/sse/pdf/gatoradesse38.pdf>. Acesso em 19 de outubro de 2005.

BAR-OR, O. Obesity. Champaign: Human Kinetics Publishers. In Barry Goldberg. **Sports and exercise for children with chronic health conditions**. P.335-353, 1995.

BLUM, Robert. Saúde na adolescência; questões globais, desafios locais. **eJournalUSA**. Departamento de Estado dos Estados Unidos – Escritório de Programas de Informações Internacionais -10(1) p. 4-6, 2005. <http://usinfo.state.gov/journals/itqic/0105/ijgp/ijgp0105.pdf> - Acesso em 17 de fevereiro 2007.

BOUCHARD, Claude. **Atividade Física e Obesidade**: A epidemia da Obesidade. Manole. São Paulo, 2003.

BRANEN, L. e FLETCHER, J. Comparison of college student's current eating habits and recollection of their food practices. **Journal of Nutrition Education**. 31(6): 304-310. 1999.

BRASIL, Fundação Nacional de Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. Brasília. FUNASA. vol. 1. 5 ed. 2000. – http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/guia_vig_epi_vol_1.pdf - Acesso 16 de julho de 2006.

- BUCHALLA, A.P. O preço da gordura. **Veja on-line**. Edição 1.797 - 9 de abril de 2003. http://veja.abril.com.br/090403/p_102.html - Acesso em 24 julho de 2008.
- CAMARANO, AA. Gravidez na adolescência. População Brasileira - Como Vai?. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA**, Brasília, 1(4): 7-10, 1996.
- CAMARGO, A. L. de B. **As dimensões e os desafios do desenvolvimento sustentável: concepções, entraves e implicações à sociedade humana**. Dissertação de Mestrado., EPUFSC/SC. Florianópolis, Brasil, 2002.
- CAMARGO, A. L. de B.. **Desenvolvimento sustentável: dimensões e desafios**. **Campinas**, São Paulo. Papirus, 2003.
- CAPRA, Fritjof. **A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos**. São Paulo: Cultrix, 1996.
- CARAMELLI B. E GIULIANO I. Adolescente do mundo todo: mexam-se!!!. **Jornal de Pediatria**, 81(6); p. 427-428, 2005.
- CDC - Youth Risk Behavior Survey. **Centers for Disease Control and Prevention**. Atlanta: 1999. <http://www.cdc.gov/nccdphp/dash/yrbs/survey99.htm> - Acesso em 18 de março de 2004
- CDC – Coordinated School Health Program Infrastructure Development: Process Evaluation Manual. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, **Centers for Disease Control and Prevention**, 1997.
- CDC – Historical Background and Evolution of Physical Activity Recommendations, **Physical activity and health: A report of the surgeon general**. Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Atlanta, 1999. <http://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/chapcon.htm>. Acesso em 08 de setembro de 2005.
- CDC – Youth Risk Behavior Survey. Physical activity and health: A report of the surgeon general. **Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion**. Atlanta 1999. <http://www.cdc.gov/nccdphp/dash/yrbs/survey99.htm>. Acesso em 08 de setembro de 2005.
- COHEN, M.N. **The food crisis in prehistory. Overpopulation and origins of agriculture**. Yale University Press, 1997. Tradução Jairo Henrique Rogge. Disponível in: <http://www.anchietano.unisinos.br/arqueologia/Cohen.pdf>.
- COLDITZ, G.A e MARIANI, A. O custo da obesidade e do sedentarismo nos Estados Unidos. In: **Atividade Física e Obesidade**. São Paulo: Manole, p. 2003.
- CROCKER, P. R. et al. Measuring general levels of Physical Activity: Preliminary evidence for the Physical Activity Questionnaire for Older Children. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, 29. p. 1344-1349. 1997.
- CUNHA, F. J. P. et al. Reprodutibilidade de um questionário para avaliação de comportamentos relacionados à saúde em escolares. In: **II Congresso Brasileiro de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis-SC. p.133, 1999.
- DIETZ, William H. Overweight in childhood and adolescence. **Perspective**, 26(9): 350:855-857, 2004. Disponível in: <http://content.nejm.org/cgi/content/short/350/9/855>
- DULLEY, R. D. Noção de natureza, ambiente, meio ambiente, recursos ambientais e recursos naturais. Vol. 51, n 2. São Paulo/SP, jul/dez, p.15-26, 2004.

<http://www.iea.sp.gov.br/out/publicacoes/pdf/asp-2-04-2.pdf> - Acesso em 20 de agosto de 2007.

FARIAS JÚNIOR, J. C. **Estilo de vida de escolares do ensino médio no município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil**. Dissertação de Mestrado, CDPPEF/UFSC, Florianópolis, SC, 2002.

FARIAS JÚNIOR, J.C.; PIRES, M.C.; LOPES, A.S. Medidas de reprodutibilidade de um questionário para o levantamento de informações sobre comportamentos relacionados à saúde em adolescentes. **Rev. Bras Ciênc Mov**, 10(3): 43-48, 2002.

FERREIRA,VA; MAGALHÃES R. Obesidade no Brasil: tendências atuais, **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, 24(2): p. 71-81, 2006.

FONSECA, V; MARQUES, V. T; DANTAS, S. C; SILVA, S.C. Urban design and security in Aracaju: closed condominiums and increase in violence. 2007. **International Seminar of Urban Form**. Ouro Preto, Brasil: UFOP/UFMG, 2007.

FONSECA, V; SANTOS, V; GONZAGA, T. P. A; ROLINO, A. S. F. **Saúde e ambiente na Ilha de Santa Luzia: o município de Barra dos Coqueiros, Sergipe**. Relatório de pesquisa. Aracaju: Ministério da Saúde/CNPq/FAPITEC-SE, 2008.

FONSECA, Vania; GONZAGA, Taiana Pereira de Almeida. Barra dos Coqueiros: abertura territorial e reflexos ambientais. **Revista Geonordeste**. Ano XVIII, nº 1. Núcleo de Pós-Graduação da Universidade Federal de Sergipe, pp. 53-68, 2007.

FRANÇA, M.A.R; **Comportamentos associados à ocorrência de baixo peso e sobrepeso em estudantes do sul de Sergipe**. Dissertação de Mestrado, SSPA/UNIT, Aracaju, SE, Brasil, 2008.

GALDUROZ JC, NOTO AR, NAPPO SA, CARLINI EA. Trends in drug use among students in Brazil: analysis of four surveys in 1987, 1989, 1993 and 1997. **Braz.J.Med.Biol.Res**, 37(4):523-531, 2004.

GALDURÓZ, J. C. F. et al. I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país. São Paulo: **Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas CEBRID**: UNIFESP/São Paulo, 2002. Disponível na internet via in: <http://www.cebrid.epm.br/index.php>.

GALDURÓZ, JCF. et al. IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1 e 2 grau em 10 capitais Brasileiras. **Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID**. Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina. UNIFESP/São Paulo, 1997. <http://www.cebrid.epm.br/index.php>. Acesso em 27 de agosto de 2008.

_____. I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país.: **Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID**, UNIFESP/SP, São Paulo, 2002. <http://www.cebrid.epm.br/index.php>. Acesso em 27 de agosto de 2008.

GLANZ, K. Teoria num relance. Um guia para a prática da promoção da saúde. In: Promoção da saúde, modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo. **Faculdade de Motricidade Humana**. Fmh edições. Lisboa, 1999.

- GUEDES, DP; GUEDES, JERP. Implementação de programa de educação física escolar direcionado à promoção da saúde. **Revista Brasileira de Saúde Escolar**. vol. 3, nº. 1-4, p. 67-77, 1994.
- GUEDES, E. R. P. & GUEDES, D. P. Características dos programas de educação física escolar. **Rev Paulist de Educação Física**, 11 (1); 49-62, jan/jun. SP, 1997.
- GUEDES, E. R. P. & GUEDES, D. P. **Subsídio para implementação de programas direcionados à promoção da saúde através da educação física escolar**. Londrina: Associação de Professores de Educação Física, 1993.
- IBGE - Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003: antropometria e análise do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão/IBGE, 2006.
- IBGE - Pesquisa sobre dados demográficos do Estado de Sergipe. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. 2008. <http://www.ibge.gov.br>
- JACKSON J; SAMPAIO C. Saúde mental. In: Rouquayrol MZ. **Epidemiologia e Saúde**. 4 ed, 1994.
- KESSLER R.C et all. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Arch.Gen.Psychiatry**, 62(6): 593-602, 2005.
- LOCH, M. R. **Comportamentos relacionados à saúde e religiosidade de adolescentes**. Dissertação de Mestrado, CDPPEF/UFSC, Florianópolis, SC, Brasil, 2006.
- LOPES, G.P. **A contracepção na adolescência os desafios do 3º milênio, relativos à América Latina**. *Jornal FEBRASGO*, São Paulo, v.5, n.9, p.7, out.1998. <http://www.febrasgo.com.br/?op=paginas&secao=8&pagina=55>
- LOUREIRO, I. Promoção da saúde, modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo. **A importância da educação alimentar na escola**. Faculdade de Motricidade Humana. Fmh edições. Lisboa. 1999.
- LUMENG J.C. et all. Neighborhood safety overweight status in children. **Arch Pediatr Adolesc Med.**, 160: 25-31, 2006.
- MARCONDES, E. Ecopediatria: A força do ambiente sobre a saúde da criança. **Pediatria**, 4:83-84, 1982. São Paulo. www.pediatrinsaopaulo.usp.br/upload/pdf/736.pdf. Acesso em 20 de junho de 2006.
- MATOS, M. G. et al. Saúde e estilo de vida em jovens portugueses em idade escolar In: Promoção da saúde, modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo. **Faculdade de Motricidade Humana**. Fmh edições, Lisboa, 1999.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE e INSTITUTO DE CÂNCER. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis. Brasília, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: **VIGESCOLA**, 2004.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão nacional de doenças crônico degenerativas. Projeto saúde: Estudo sobre o estilo de vida. São Paulo: **Levantamentos pesquisas e marketing**, 122p. 1988.

MMWR - MORBIDITY AND MORTALITY WEEKLY REPORT 47(SS-3), August 14, 1998. http://www.cdc.gov/mmwr/preview/ind98_ss.html - Acesso 20 de setembro de 2005.

MMWR - Youth risk behavior surveillance – United States. Morbidity and Mortality Weekly Report, 1999. Atlanta: **Center for Diseases Control and Prevention**. 49(5): 1-98, 2000

MONTEIRO CA; CONDE WL & CASTRO IRR. A tendência cambiante de relação entre escolaridade e risco de obesidade no Brasil, **Cad. Saúde Pública**, 1: 67-75, 2003.

MUST, A.; DALLAL, G.E.; DIETZ, W.H. – Reference data for obesity: 85th and 95 percentiles of body mass index (wt ht²) and triceps skin fold thickness. **American Journal Clinic Nutrition**. (53), p.839-846, 1991.

NATIONAL RESERACH COUNCIL – **Mudanças e agressões ao meio ambiente: como a busca de melhoria e condições de vida dos homens têm contribuído para as mudanças ambientais em todo o mundo**. MAKRON Books do Brasil, SP. 1993.

NIDA -. High School and Youth Trends. NATIONAL INSTITUTE OF DRUG ABUSE Info Facts, 1-9. 2004. <http://www.drugabuse.gov/infofacts/hsyouthtrends.html> - Acesso em 13 de setembro de 2007.

OEHISCHLAEGER, M.H.K; PINHEIRO, R.T; HORTA B; GELATTI, C; SANTANA, P. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo em adolescentes da área urbana. **Rev. Saúde Pública**, 38(2): 157-63, 2004.

OMS - Envelhecimento ativo: uma política de saúde , World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, p.7, 2005.

OPAS -. Doenças crônico-degenerativa e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde **Organização Panamericana Da Saúde** – Brasília, 2003. http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/d_cronic.pdf - Acesso em 17 de junho de 2006.

OPAS – Prevenção de doenças crônicas um investimento vital. **Organização Pan-Americana da Saúde** Copyright: Organização Mundial da Saúde, 2005. http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1_port.pdf - Acesso em 29 de agosto de 2007.

OMS - Programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes. **Organización Mundial de La Salud**, Genebra, 1999. <http://www.who.int/bookorders/espanol/dartprt3.jsp?sesslan=3&codlan=3&codcol=10&codcch=886#> - Acesso em 23 de abril de 2008.

PATE, R.R ; PRATT M; BLAIR S.S; HASKELL W.L; MACERA C.A; BOUCHAR C. et al. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sport Medicine. **Journal of the American Medical Association**, 273: 402-7, 1995

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria prática**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S/A, 2003.

POMPEU, F.A.M.S. **Manual de Cineantropometria** – Rio de Janeiro: Sprint, 2004.

RAMOS, Jair Jordão. **Os exercícios físicos na história e na arte: do homem primitivo aos nossos dias**. São Paulo: Ibrasa, 1982.

- REIS, R. S., NASCIMENTO, J. V. e PETROSKI, E. L. Escala de Auto-percepção do Ambiente para Realização de Atividades Físicas. **Rev Bras de Atividade Física & Saúde**, 7(2): p. 14-23, 2002.
- ROCHA, P. E. C. P. **Medidas e avaliação: em ciências do esporte**. 3. ed. Rio de Janeiro: Sprint, 1999.
- ROSA, JF; CORREA, MMC; SOUZA, R; SILVA, RJS. Comportamentos de risco e nível de atividade física em crianças e adolescentes de escolas da rede estadual de ensino da cidade de Aracaju (SE). **Cadernos de Graduação**. 5(5), 63-76, 2007.
- SALLIS, J. & OWEN, N. **Physical activity & behavioral medicine**. London: Sage. 1999.
- SALLIS, J. F., PATRICK K. & LONG, B. J. Overview of the international consensus conference on physical activity guidelines for adolescents. **Pediatric Exercise and Science**, 6, pp. 299-301. 1994.
- SALLIS, James F. **Age-related decline in physical activity synthesis of human and animal studies**. *Medicine & Science in Sport & Exercise*. 32(9): 1598-1600, 2000.
- SANTOS, JR; SILVA, RJS. Prevalência de sedentarismo em jovens escolarizados do município Barra dos Coqueiros. **Cadernos de Graduação**. 6(6), 21-30, 2007.
- SILVA JUNIOR; AG. **Comportamentos relacionados à saúde em escolares do ensino médio em Aracaju, Sergipe, Brasil**. PPGM/UFS, Aracaju, SE, Brasil, 2005.
- SILVA, D. A. **Ambiente e educação ambiental: rumo ao desenvolvimento sustentável**. Dissertação de Mestrado. Direito, cidadania e desenvolvimento da URN/RS Ijuí, Brasil, 2006.
- SILVA, K. S. da et al. Associação entre atividade física, índice de massa corporal e comportamentos sedentários em adolescentes. **Rev. Bras. De Epidemiologia**. 11(1):159-168, 2008.
- SILVA, R. C. R; MALINA, RM. Nível de atividade física em adolescentes do Município de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saúde Pública**, 16 (4): 1091-1097, 2000.
- SILVA, R.J.S. **Características de Crescimento, composição Corporal e desempenho Físico Relacionado à Saúde de Crianças e adolescentes de 07 a 14 anos da Região do Cotinguiba (SE)**. Dissertação de Mestrado, CDPPEF/UFSC, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2002.
- TUDOR-LOCKE, C; AINSWORTH, BE; POPKIN, BM. Active commuting to school: an overlooked source of childrens physical activity?. **Sports Med**, 31(5): 309-313, 2001.
- UFMS. **Caminhos**. Matriz intersectorial de enfrentamento da exploração sexual comercial de crianças e adolescentes. Universidade do Mato Grosso do Sul . Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República.
<http://www.caminhos.ufms.br/matrizdados/se/barradoscoqueiros.html> - Acesso em 20 de outubro de 2008.
- UNESCO. **Atlas de desenvolvimento humano no Brasil**. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada/Fundação João Pinheiro. 2003.

UNICEF. **Situação Mundial da Infância 2005 - Infância Ameaçada**. UNICEF 2006.
Disponível no site in: <http://www.unicef.org/brazil/>

USDHHS - Physical Activity and Health. A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: **US Department of Health and Human Services**. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, The President's Council on Physical Fitness and Sports, 1996.

USDHHS - Promoting physical activity: a guide for community action. **Us Department of Health and Human Services** Champaign, Illinois: Human Kinetics 1999.

VIUNISKI, N. **Obesidade infantil: um guia prático para profissionais da saúde**. Rio de Janeiro, EPUB. 2005.

WHO - Adolescent sexual and reproductive health. Child and adolescent Health and Development. **World Health Organization** <http://www.who.int/child-adolescent-health/asrh.htm>. Acesso em 20 de setembro de 2007.

WHO - Conquering Suffering, Enriching Humanity. Executive Summary, **World Health Organization Report** Geneva, 1997.

WHO - Obesity: preventing and managing the global epidemic. **World Health Organization** Geneva, 1998.

WHO - Physical status: the use and interpretation of anthropometry. 434p. **Technical Report Series**, World Health Organization Geneva; 1995.

WHO - The health of young people: A challenge and a promise. **World Health Organization** Geneva, 1993. <http://www.who.int/child-adolescent-health/asrh.htm>. Acesso em 20 de setembro de 2005.

WHO - The health of young people: A challenge and a promise. **World Health Organization** Geneva: 1993. <http://www.who.int/child-adolescent-health/asrh.htm>

WHO - The World Health Report: reducing risks, promoting healthy life. **World Health Organization**, Geneva, 2002. <http://www.who.int> - Acesso em 17 de setembro de 2007.

Youth Risk Behavior Surveillance . United States. Danice K. Eaton, PhD, 1 Laura Kann, PhD, 1 Steve Kinchen, 1 Shari Shanklin. 2007.
www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5704a1.htm - Acesso em 06 de junho de 2008.

APÊNDICE 1 – RELATÓRIO DO ESTUDO PILOTO

COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE E AMBIENTE ESCOLAR EM ADOLESCENTES ¹

LIMA, Jadson de Oliveira ²

FONSECA, Vania ³

INTRODUÇÃO

A infância e a adolescência representam períodos críticos nos quais vários hábitos de vida são estabelecidos, de modo que muitos dos comportamentos assumidos tendem a ser mantidos na vida adulta, tornando-se, conseqüentemente, mais difíceis de serem alterados (BRANEN & FLETCHER, 1999).

As influências do cotidiano, aliados a um período de transição crítica que ocorrem durante o período da adolescência, contribuem para a adoção de comportamentos como: início precoce da prática sexual, sexo sem preservativo, baixos níveis de atividade física, consumo de álcool e outras drogas psicoativas (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1999). Tais atitudes configuraram-se na expressão denominada de comportamento de risco à saúde, definida como a participação em atividades que possam comprometer a saúde e, conseqüentemente, a qualidade de vida (FEIJÓ & OLIVEIRA, 2001).

Dietz (2004) e Sallis (2000) afirmam que existe alta prevalência de comportamentos de risco à saúde em crianças e adolescentes, entre eles: os níveis insuficientes de atividade física, hábitos alimentares inadequados, sobrepeso e obesidade, consumo de drogas lícitas e ilícitas e comportamento sexual inseguro.

No Brasil, percebem-se significativas mudanças negativas em vários indicadores de saúde envolvendo fatores de risco, vindo a alterar o quadro de morbimortalidade da população. Acredita-se que uma das causas dessas mudanças negativas seja o fato de a saúde depender de atitudes do cotidiano, expostas a fatores de risco, que podem ser incorporadas e desencadear danos à saúde. Com isso em mente, pode-se fazer algumas relações entre a influência no ambiente e a adoção de hábitos e atitudes que podem consolidar em comportamentos de risco à saúde em adolescentes.

¹ Relatório estudo piloto para elaboração de dissertação de mestrado

² Aluno do Curso de Mestrado em Saúde e Ambiente da UNIT – jadsonjol@yahoo.com.br

³ Professora orientadora do Curso de Mestrado em Saúde e Ambiente da UNIT – vania@infonet.com.br

Sallis & Owen (1999) afirmam que os fatores ou determinantes associados à adoção um estilo de vida fisicamente ativo são compreendidos por características intrapessoais, interpessoais e ambientais. Nesse sentido, observa-se que a condição sócio-econômica-educacional, o gênero e a idade parecem apresentar uma relação consistente com os hábitos, atitudes e comportamentos relacionados à saúde.

O estudo da prevalência de comportamentos de risco à saúde em escolares do ensino médio deverá servir de contribuição ao conhecimento das relações existentes em saúde e ambiente vinculadas mais diretamente ao comportamento de jovens de ambos os sexos.

Neste sentido, este trabalho teve por objetivo verificar a associação existente entre ambiente escolar e comportamento de risco em adolescentes e com a finalidade de validar o instrumento de pesquisa.

METODOLOGIA

Para a efetivação deste estudo, a amostra foi composta de forma intencional, visando compor um grupo mais heterogêneo possível, considerando os horários de funcionamento escolar matutino, vespertino e noturno.

Fizeram parte da amostra 48 escolares do ensino médio da Rede Estadual de Ensino pertencentes ao Colégio Estadual Presidente Castelo Branco, na cidade de Aracaju (SE), sendo 32 moças e 16 rapazes com idades entre $17,97 \pm 1,66$ e $18,19 \pm 1,47$, respectivamente, que participaram de maneira voluntária, condicionada apenas pela assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido da coordenação escolar.

Instrumento

O instrumento utilizado para o levantamento de informações foi elaborado a partir da compilação de instrumentos já validados ou empregados em outros estudos envolvendo escolares, verificando os seguintes indicadores de saúde: nível socioeconômico; nível de atividade física; hábitos alimentares; consumo de drogas lícitas e ilícitas; auto-percepção de saúde, estresse, depressão e ambiente escolar; relacionamentos, violência e comportamento sexual de risco.

Para o levantamento do nível sócio-econômico foram utilizados os critérios da classificação econômica do Brasil da Associação Nacional de Empresas e Pesquisas (ANEP, 2003).

No levantamento das práticas de atividades físicas habituais, foi utilizado o questionário PAQ-C sugerido por Crocker et al. (1997) e adaptado para a realidade brasileira por Silva e Malina (2000). A escolha deste instrumento se deu tanto pela qualidade quanto pela facilidade de interpretação pelos adolescentes.

O PAQ-C é composto de nove questões sobre a prática de atividade física na escola, lazer incluindo o final de semana, como também, inclui perguntas sobre assistência à televisão e sobre a presença de doenças que impedisse a atividade física regular na semana avaliada. O escore do questionário é obtido pela média de questões específicas sobre práticas esportivas e jogos, atividades físicas na escola e no tempo de lazer incluindo o final de semana. Cada questão tem valor de 1 a 5. Para a análise das informações, os escores obtidos são classificados em: (1) “muito sedentário”; (2) “sedentário”; (3) “moderadamente ativo” e (5) “muito ativo”. Obedecendo-se estes critérios, pode-se classificar como indivíduos ativos aqueles que têm escores ≥ 3 e sedentários os indivíduos com escores < 3 (SILVA e MALINA, 2000).

Para o levantamento das informações sobre os hábitos alimentares utilizou-se o questionário apresentado por Faria Júnior, Pires & Lopes (2001), com base em informações referentes à frequência de consumo semanal e diário de seis grupos alimentares.

A partir do referido questionário foi considerado comportamento saudável quanto a alimentação: consumo de laticínios, frutas, e verduras/no mínimo 4 vezes por semana, e pouco ou nenhum consumo de refrigerantes, doces frituras, hambúrguer, cachorro quente, salsicha; comportamento pouco saudável mas aceitável: consumo de refrigerantes, doces, frituras, hambúrguer/cachorro quente/salsicha no máximo 3 vezes na semana; comportamento de risco à saúde: o não consumo de laticínios, frutas, e verduras e comportamento de risco à saúde e altamente contra-indicado: consumo de refrigerantes, doces frituras, hambúrguer, cachorro quente, salsicha/acima de 4 vezes por semana.

O levantamento do consumo de drogas lícitas (fumo e bebidas alcoólicas) e ilícitas (maconha, craque, solventes, cocaína, etc.) foi realizado por meio da adaptação do instrumento utilizado no levantamento de comportamentos de risco à saúde em adolescentes norte-americanos intitulado *Youth Risk Behavior Survey* (1999) e a versão adaptada por Cunha e colaboradores (1999).

Para o levantamento dos indicadores gerais sobre saúde, estresse, depressão, ambiente escolar, relacionamentos, violência e comportamento sexual de risco à saúde foram utilizados os questionários apresentados por Loch (2006).

O instrumento final foi aplicado de forma coordenada, mediante o auxílio de uma versão ampliada (por meio de projetor de multimídia). O pesquisador (aplicador) fornecia explicações, orientando sobre os procedimentos a serem adotados para o preenchimento de cada questão. Optou-se em utilizar essa forma visando minimizar ao máximo a entrega de questionários com questões em branco.

O estudo foi realizado em duas aplicações adotando os mesmo procedimentos, o intervalo entre a primeira aplicação do questionário (T1) e a segunda (T2) foi de 7 dias. Nas duas aplicações foi solicitado que os escolares apresentassem críticas e sugestões a respeito do questionário ao pesquisador.

Análises de dados

Para análise estatística e determinação da reprodutibilidade do questionário recorreu-se ao programa SPSS for Windows (versão 13) sendo empregado como procedimento estatístico na determinação das medidas de reprodutibilidade do questionário, o índice de concordância Kappa, sugerido por Pereira (2003) descrito na Tabela 1.

Tabela 1 – Interpretação dos valores estatísticos do Índice Kappa.

Kappa (k)	Concordância
<0,00	Ruim
0,00 – 0,20	Fraca
0,21 – 0,40	Sofrível
0,41 – 0,60	Regular
0,61 – 0,80	Boa
0,81 – 0,99	Ótima
1,00	Perfeita

Para melhor compreensão das análises dos indicadores de comportamentos, foram categorizadas todas as variáveis com duas possibilidades de respostas conforme segue, “saudável ou risco à saúde”; “bom ou ruim” e “sim ou não”, com exceção da

resposta: “não quero responder”, sendo que bom categorizado como a soma dos resultados de excelente e bom, e, ruim, como resultado da soma de regular e ruim.

RESULTADOS

O tempo de preenchimento do questionário nas duas aplicações foi de 30 minutos. No que diz respeito aos aspectos socioeconômicos considerando os critérios da ANEP (2003) verificou-se um baixo poder aquisitivo, 1/3 pertence às classes intermediárias (B1 e B2) e 66,7% dos escolares pertencem à classe menos prestigiada (classe C). Mesmo com a situação econômica relativamente desfavorável, 83,3% deles responderam que não trabalham e 50% moram com os pais.

Os dados levantados apresentam uma prevalência de 74% dos jovens como eutróficos, porém 18,7% como desnutridos e 6,3% como sobrepesos.

Sobre o nível de atividade física verificou-se que 95,8% dos escolares estão classificados como “sedentários” e apenas 4,2% “moderadamente ativo”. Vale ressaltar que o nível de atividade física nos rapazes é menor em relação às moças, resultado não encontrado na literatura.

No geral, os hábitos alimentares dos escolares se apresentaram como saudáveis, verificou-se que 89,6% dos escolares se apresentam com comportamentos saudáveis e 10,4% com comportamentos de risco à saúde.

Em relação ao consumo de drogas lícitas e ilícitas, os escolares foram estimulados a responder sobre o seu consumo ao longo da vida, assim como seu uso de forma regular, verificou-se que 20,8% dos escolares responderam que consomem bebidas alcoólicas e 6,3% usam drogas ilícitas.

Nesse sentido, verificou-se que 56,3% dos escolares consideram sua saúde boa; 87,4% responderam que pouco se estressam e 85,4% consideram que dormem bem e que dificilmente se sentem deprimidos.

Em relação aos indicadores das condições do ambiente escolar e do relacionamento com os colegas, os escolares foram estimulados a responderem sobre o relacionamento com colegas, professores, desempenho escolar e como eles consideram o ambiente escolar. Observou-se que 91,6% dos escolares estão satisfeitos com os colegas da escola; 68,7% afirmaram estarem satisfeitos com os professores; 54,2% consideram o rendimento escolar como regular e 64,5% responderam que o ambiente escolar é regular.

No que se refere aos relacionamentos com os familiares, vizinhos e colegas de trabalho, obteve-se 85,4% dos escolares responderam que estão satisfeitos com o relacionamento familiar; 75% também satisfeitos com os vizinhos, já quanto aos colegas de trabalho, o resultado foi insignificante, possivelmente pelo fato do número reduzido de escolares que responderam que trabalham.

Tabela 2 – Prevalência de todos os comportamentos dos escolares – 2008

Variável	Classificação	Totais (%)
Índice de massa corporal (IMC)	Desnutrido	18,7
	Eutrófico	74,0
	Sobrepeso	6,3
Nível de atividade física	Fisicamente ativo	4,2
	Sedentário	95,8
Hábitos alimentares	Saudáveis	89,6
	Risco à saúde	10,4
Consumo de bebidas alcoólicas	Sim	20,8
	Não	79,2
Fuma	Sim	0,0
	Não	100,0
Auto-percepção da saúde	Boa	56,3
	Regular	43,7
Auto-percepção do estresse	Saudável	87,4
	Risco à saúde	12,6
Auto-percepção de depressão	Saudável	85,4
	Risco à saúde	14,6
Relacionamento c/ amigos escola	Satisfeito	91,6
	Insatisfeito	6,3
Relacionamento c/ professores	Satisfeito	68,7
	Insatisfeito	31,3
Ambiente escolar	Satisfeito	35,5
	Insatisfeito	64,5
Relacionamento c/ familiares	Satisfeito	85,4
	Insatisfeito	14,6
Relacionamento c/ vizinhos	Satisfeito	75,0
	Insatisfeito	25,0
Comportamento violento	Sim	25,0
	Não	75,0
Comportamento sexual	Sim	31,2
	Sem preservativo	12,5
	Não quero responder	56,3
Usa droga ilícita	Sim	6,3
	Não	91,6
	Não quero responder	2,1
Tem amigo que usa droga ilícita	Sim	64,6
	Não	33,3
	Não quero responder	2,1

Sobre o conjunto de todas as variáveis estudadas, os valores encontrados para o índice de concordância Kappa, indicaram consistência satisfatória das respostas obtidas pelos escolares nas duas aplicações do questionário, a saber.

Os valores da reprodutibilidade em relação aos aspectos socio-demográficos para os índices de concordância Kappa, oscilaram entre “boa” e “ótima” (Tabela 3).

Tabela 3 – Índice de concordância Kappa para os dados obtidos nos T1 e T2 em aos aspectos sócio-demográficos

Indicadores	Kappa	Concordância
Gênero	1,00	Perfeita
Trabalha	0,864	Ótima
Nasceu em Aracaju	0,889	Ótima
Nascimento dos Pais	0,673	Boa
Mora com	0,749	Boa
Números de irmãos	0,850	Ótima
Quantas pessoas moram na casa	0,923	Ótima

A reprodutibilidade do nível de atividade física obteve índices de concordância fortes que variou entre “perfeita” e “ótima”, resultado descrito na Tabela 4.

Tabela 4 – Índice de concordância Kappa para os dados obtidos nos momentos T1 e T2 em relação ao nível de atividade física

Variável	Kappa	Interpretação
Nível de Atividade Física	0,914	Ótima
Muito Sedentário	0,878	Ótima
Sedentário	0,911	Ótima
Moderadamente Ativo	1,00	Perfeita

Os valores de Kappa para os dados obtidos nos T1 e T2 com relação aos hábitos alimentares indicaram um grau de concordância boa e regular. Resultado descrito na tabela 5.

Tabela 5 – Índice de concordância Kappa para os dados obtido nos T1 e T2 em relação aos hábitos alimentares

Variável	Kappa	Interpretação
Refrigerantes	0,678	Boa
Leite e derivados	0,768	Boa
Doces (bolos, chocolates)	0,535	Regular
Batatas fritas, hambúrgue e Salgados	0,751	Boa
Frutas	0,567	Regular
Verduras	0,806	Boa

Para os comportamentos sobre o uso de drogas lícitas e ilícitas, violência e relações sexuais de risco à saúde, os valores encontrados oscilaram entre os graus de concordância “perfeita”, “ótima” e “boa” (tabela 6).

Tabela – 6. Índice de concordância Kappa para os dados obtidos nos T1 e T2 com relação às drogas lícitas e ilícitas

Indicadores	Kappa	Concordância
Você já experimentou fumar cigarros?	1,000	Perfeita
Atualmente, você fuma regularmente?	1,000	Perfeita
Você já experimentou bebidas alcoólicas?	0,882	Ótima
Atualmente, você bebe regularmente?	0,874	Ótima
Já experimentou algum tipo de droga ilícita?	0,732	Boa
Tem amigo que usa drogas ilícitas	0,871	Ótima
Você brigou nos últimos 12 meses?	0,667	Boa
Você andou com arma nos últimos 12 meses?	1,000	Perfeita
Você já teve relações sexuais?	0,840	Ótima
Nas relações sexuais você usa preservativo?	0,697	Boa

Para o levantamento dos indicadores gerais de saúde e relacionamento (percepções de saúde, estresse e ambiente escolar), foi possível verificar uma maior variabilidade do grau de concordância Kappa, possivelmente devido à maior subjetividade de entendimento dos seus conceitos. Ainda assim, os indicadores para o índice de concordância Kappa demonstram consistência satisfatória em seu resultado.

Tabela 7 – Índice de concordância Kappa para os dados obtidos nos T1 e T2 em relação aos indicadores gerais de saúde

Indicadores	Kappa	Concordância
Em geral, você considera saúde?	0,621	Boa
Você descreve o nível de estresse em saúde?	0,472	Regular
Você tem se sentido triste ou deprimido?	0,750	Boa
Você considera dorme bem?	0,667	Boa
Relação com colegas de escola e amigos?	0,806	Boa
Relação com os professores?	0,530	Regular
Relação com os familiares?	0,717	Boa
Relação com vizinhos?	0,594	Regular
Relação com colegas de trabalho?	0,355	Sofrível
Desempenho escolar?	0,495	Regular
Como você considera o ambiente escolar?	0,801	Boa

DISCUSSÃO

Aspectos sócio-demográficos

Observando a tabela 2, verifica-se que a maioria dos escolares não trabalha (83,3%), sendo que 50,1% têm três ou mais irmãos. É interessante atentar que 72,95 referiram coabitar com quatro ou mais pessoas na família. Estes resultados foram similares aos relatados em estudo semelhante realizado na cidade de Aracaju (SE) (Silva Júnior, 2005). Em relação à classificação socioeconômica, verificou-se que 31,2 e 64,6% pertencem às classes socioeconômicas B e C respectivamente.

Numa análise do arranjo familiar, verificou-se que metade dos escolares respondeu que moram com ambos os pais, enquanto que 39,6% referiram morar apenas com a mãe.

Nível de atividade física

Na tabela 2 pode-se verificar a prevalência de todos os comportamentos dos jovens participantes do estudo. O nível de atividade física em ambos os gêneros foi muito baixo, de forma que 93,8% dos escolares foram classificados como sedentários. Curiosamente, o nível de atividade física das moças foi superior ao dos rapazes, todos eles

foram classificados como sedentários, enquanto que as moças 81,2% sedentárias e 9,4% moderadamente ativas.

Esses resultados contrariam as evidências disponíveis na literatura especializada, onde segundo qual, o nível de atividade física dos rapazes é superior ao das moças.

Não obstante, de ser um resultado contrário ao que a literatura especializada apresenta, há indicações na literatura acerca da redução dos níveis de atividade física ao longo da idade compreendida entre os 12 e 16 anos de idade, seguido de uma estabilização dos 17 aos 21 anos e retomando a diminuir após os 21 anos de idade.

Na tentativa de explicar esses resultados, foram realizadas diversas associações por meio do Qui-quadrado verificando associação $\chi^2 = 69,3$; $p < 0,05$ entre gênero e nível de atividade física. Verificou-se também que a quantidade de horas assistindo televisão, jogando videogames e em atividades que envolvam pouco esforço físico, como o tempo em *lan house*, uma média de três horas para as moças e de cinco horas para os rapazes. Outro agravante encontrado que pode estar associado ao elevado número de horas em atividades de pouco esforço físico, pode estar associado com a falta de aulas práticas de educação física na escola, por conta da quadra está interditada por falta de segurança na estrutura física.

Comparando com outros estudos que utilizaram metodologias semelhantes (instrumento de medida e estratégia para classificar os adolescentes em função do nível de atividade física), verificou-se que os escolares do ensino médio da cidade Aracaju/SE se mostram menos ativos do que os jovens do município de Niterói/RJ, onde cerca de 85% dos meninos e 94% das meninas foram classificados como sedentários (SILVA e MALINA, 2000).

Hábitos alimentares

Em relação aos hábitos alimentares, verificou-se que em geral os escolares se apresentam com hábitos alimentares positivos à saúde, sem que 89,6% foram classificados com hábitos alimentares saudáveis e 10,4% com hábitos alimentares de “risco à saúde”.

Em análise dos hábitos alimentares dos escolares, constatou-se que a porcentagem de escolares que apresentaram como comportamento saudável, o hábito de consumir semanalmente (no mínimo quatro vezes por semana) alimentos saudáveis foi: leite e queijo (18,7%), frutas (34,7%), e verduras (22,8%); e pouco

ou nenhum consumo de refrigerantes (14,6%), doces (14,6%), frituras, hambúrguer/cachorro quente/salsicha (39,6%).

A porcentagem de escolares que apresentaram o hábito pouco saudável mas que é aceitável, de ingerir no máximo três vezes por semana alimentos ricos em gordura, foi de 72,9%, 70,1% e 54,2% respectivamente.

O comportamento considerado de risco à saúde, caracterizado pelo hábito pouco saudável de raramente ou nunca ingerir alimentos benéficos à saúde (leite e queijo, frutas, e verduras), foi apresentado por 31,2%, 12,5%, 23% respectivamente, dos escolares.

O comportamento de risco à saúde, caracterizado pelo hábito de consumir semanalmente (no mínimo quatro vezes por semana) alimentos que, se ingeridos em demasia, podem causar um excesso de gordura corporal foi: refrigerantes (12,5%), doces (14,6%), frituras, hambúrguer/cachorro quente/salsicha (6,3%).

Comparando com outros estudos que utilizaram metodologias semelhantes (instrumento de medida e estratégia para classificar os adolescentes em função dos hábitos alimentares), verificou-se que os escolares do Ensino Médio do Colégio Estadual Presidente Castelo Branco do município de Aracaju/SE se mostram com hábitos alimentares similares aos escolares de escolas públicas e privadas deste município, onde a proporção de sujeitos relataram, frequência diária de consumo de verduras, de frutas e de leite e derivados foi de 27,9%, 26,3% e 22,3%, respectivamente (SILVA JÚNIOR, 2005), estes resultados ainda foram similares aos relatados em estudos semelhantes (FARIAS JÚNIOR, 2002).

Uso de drogas lícitas e ilícitas

O fumo e as bebidas alcoólicas estão entre as drogas lícitas mais consumidas pelos adolescentes de diferentes países, independente do gênero, idade e do nível socioeconômico (MMWR, 1999) e regiões do Brasil (GALDURÓZ et al., 1997).

No Brasil, anualmente, o fumo é responsável por cerca de cem mil mortes, sendo que 30% delas são por câncer, (90% por câncer de pulmão e 97% por câncer de laringe) e 25% por doenças do coração (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988), já as bebidas alcoólicas são responsáveis por mais de 90% das internações por dependência as drogas, além de aparecer em cerca de 70% dos casos de mortes violentas e acidentes de trânsito (JACKSON & SAMPAIO, 1994).

Além dos efeitos deletérios à saúde, freqüentemente o hábito de fumar e de consumo de bebidas alcoólicas tem sido associado ao uso de drogas ilícitas. Estudo realizado por Lopes (1999) com jovens escolarizados, com idades entre 12 e 17 anos, observou que a proporção de jovens etilistas era mais elevada nos que faziam uso de cigarros.

No entanto, as análises estatísticas do estudo mostram que todos os escolares responderam que não fumam, comparando com o estudo de base populacional com escolares de ensino médio de escolas públicas e privadas de 12 capitais brasileiras, também constatou-se baixa prevalência de fumantes, 14,6% dos jovens relataram fumar (VIGESCOLA, 2004).

O uso indevido de drogas lícitas e ilícitas, atualmente tem sido tratado como uma questão de ordem global. Seus efeitos negativos como tratamento médico e internações hospitalar, aumento da violência urbana, acidentes de trânsito, mortes prematuras entre outros, envolvendo cada vez mais cedo indivíduos independentes do gênero, nível educacional, classe social ou profissional têm afetado valores sociais, políticos, econômicos e culturais em todo o mundo (GALDURÓZ et al., 2002).

Com as análises estatísticas sobre o consumo de bebidas alcoólicas, aproximadamente 80% dos escolares referiram não consumir bebidas alcoólicas, enquanto que o restante respondeu que bebe regularmente. Esses resultados foram semelhantes aos estudos de Farias Júnior (2002) e Silva Júnior (2005). Em relação ao consumo de bebidas alcoólicas entre os gêneros, 21,9% das moças referiram beber regularmente contra 18,8% dos rapazes. Já o uso de drogas ilícitas foi verificado somente nos rapazes 18,7%.

Indicadores gerais sobre a saúde

Os indicadores gerais de saúde e relacionamento encontrados no estudo foram positivos, é possível verificar na tabela 2 que as percepções sobre saúde, estresse e depressão em níveis saudáveis foram superiores aos de risco 56,3%, 87,4% e 85,4% respectivamente. A percepção de saúde aparece associada com o ambiente escolar $\chi^2 = 4,59$; $p < 0,05$ e percepção de estresse e ambiente escolar $\chi^2 = 6,71$; $p < 0,05$.

A simultaneidade de comportamentos positivos nos relacionamentos com amigos da escola, professores, familiares e vizinhos foram superiores em sua maioria, 91,6%, 68,7%, 85,4% e 75% respectivamente. Estes resultados foram similares aos relatados em estudos semelhantes (LOCH, 2006).

Em relação aos comportamentos violentos, verificou-se que 25% escolares referiram que se envolveram em brigas nos últimos 12 meses, com prevalência maior para as moças 28,1% e 18,8% para os rapazes.

A gravidez indesejada e as doenças sexualmente transmissíveis estão entre os principais problemas que afetam a saúde dos jovens em todo o mundo. Mesmo sabendo-se que o uso contínuo e adequado de preservativos nas relações sexuais têm se mostrado eficiente na proteção contra doenças sexualmente transmissíveis, estudos demonstram que o padrão de uso de preservativos entre os adolescentes americanos tem tendência inconsistente e que 54% deles relatam não usar preservativos nas relações sexuais (PESA et al., 1999; CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1991).

Com as análises estatísticas sobre os comportamentos sexuais entre os jovens participantes do estudo, verificou-se que 31,2% responderam que já tiveram relações sexuais, destes menos da metade (14,6%) referiram usar sempre preservativos nas relações sexuais, 10,4% responderam que às vezes usam e 25% responderam que não usam preservativos nas relações sexuais.

Esses resultados sobre o não uso de preservativos nas relações dos adolescentes podem estar associados os dados do Departamento de Informações do SUS (DATASUS, 2007) onde mostram que os percentuais de mães com idades entre 10 – 19 anos, no ano de 2005 no país é de 21,8%, de 25,2 na região do Nordeste e de 22,5% no Estado de Sergipe.

Os indicadores sobre rendimento escolar e ambiente escolas apresentam-se associados $\chi^2 = 7,79$; $p < 0,05$ demonstrando que o ambiente pode influenciar nos rendimentos escolares.

CONCLUSÃO

Considerando os objetivos e mediante os resultados encontrados no presente estudo, conclui-se que de maneira geral os escolares têm comportamentos saudáveis, exceto para o nível de atividade física e houve associação entre o ambiente escolar e alguns comportamentos. Isso pode indicar que o ambiente escolar pode influenciar em comportamentos dos jovens. O questionário se mostrou com boa reprodutibilidade, sendo sua aplicação adequada a adolescentes. Com relação ao tempo necessário para aplicação do instrumento, o planejamento da pesquisa considerou que seriam necessários 30 minutos para a adequada aplicação do mesmo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABEP. **Critérios de classificação econômica Brasil**. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. 2003. http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf - Acesso em 25 de outubro de 2006.
- BRANEN, L. e FLETCHER, J. Comparison of college student's current eating habits and recollection of their food practices. **Journal of Nutrition Education**. 31(6): 304-310. 1999.
- CDC – Youth Risk Behavior Survey. Physical activity and health: A report of the surgeon general. **Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion**. Atlanta 1999. <http://www.cdc.gov/nccdphp/dash/yrbs/survey99.htm>. Acesso em 08 de setembro de 2005.
- CROCKER, P. R. et al. Measuring general levels of Physical Activity: Preliminary evidence for the Physical Activity Questionnaire for Older Children. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, 29. p. 1344-1349. 1997.
- CUNHA, F. J. P. et al. Reprodutibilidade de um questionário para avaliação de comportamentos relacionados à saúde em escolares. In: **II Congresso Brasileiro de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis-SC. p.133, 1999.
- DIETZ, William H. Overweight in childhood and adolescence. **Perspective**, 26(9): 350:855-857, 2004. Disponível in: <http://content.nejm.org/cgi/content/short/350/9/855>
- FARIAS JÚNIOR, J. C. **Estilo de vida de escolares do ensino médio no município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil**. Dissertação de Mestrado, CDPPEF/UFSC, Florianópolis, SC, 2002.
- FARIAS JÚNIOR, J.C.; PIRES, M.C.; LOPES, A.S. Medidas de reprodutibilidade de um questionário para o levantamento de informações sobre comportamentos relacionados à saúde em adolescentes. **Rev. Bras Ciênc Mov**, 10(3): 43-48, 2002.
- GALDURÓZ, J. C. F. et al. I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país. São Paulo: **Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas CEBRID**: UNIFESP/São Paulo, 2002. Disponível na internet via in: <http://www.cebrid.epm.br/index.php>.
- GALDURÓZ, JCF. et al. IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1 e 2 grau em 10 capitais Brasileiras. **Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID**. Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina. UNIFESP/São Paulo, 1997. <http://www.cebrid.epm.br/index.php>. Acesso em 27 de agosto de 2008.
- JACKSON J; SAMPAIO C. Saúde mental. In: Rouquayrol MZ. **Epidemiologia e Saúde**. 4 ed, 1994.
- LOCH, M. R. **Comportamentos relacionados à saúde e religiosidade de adolescentes**. Dissertação de Mestrado, CDPPEF/UFSC, Florianópolis, SC, Brasil, 2006.
- LOPES, G.P. **A contracepção na adolescência os desafios do 3º milênio, relativos à América Latina**. *Jornal FEBRASGO*, São Paulo, v.5, n.9, p.7, out.1998. <http://www.febrasgo.com.br/?op=paginas&secao=8&pagina=55>

LOUREIRO, I. Promoção da saúde, modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo. A importância da educação alimentar na escola. Faculdade de Motricidade Humana. Fmh edições. Lisboa. 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão nacional de doenças crônico degenerativas. Projeto saúde: Estudo sobre o estilo de vida. São Paulo: **Levantamentos pesquisas e marketing**, 122p. 1988.

MMWR - MORBIDITY AND MORTALITY WEEKLY REPORT 47(SS-3), August 14, 1999. http://www.cdc.gov/mmwr/preview/ind98_ss.html - Acesso 20 de setembro de 2005.

OMS - Programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes. Organización Mundial de La Salud, Ginebra, 1999.
<http://www.who.int/bookorders/espanol/dartprt3.jsp?sesslan=3&codlan=3&codcol=10&codch=886#> - Acesso em 23 de abril de 2008.

OMS - Programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes. Organización Mundial de La Salud, Ginebra, 1999.
<http://www.who.int/bookorders/espanol/dartprt3.jsp?sesslan=3&codlan=3&codcol=10&codch=886#> - Acesso em 23 de abril de 2008.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria prática.** Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S/A, 2003.

SALLIS, J. & OWEN, N. **Physical activity & behavioral medicine.** London: Sage. 1999.

SALLIS, James F. **Age-related decline in physical activity synthesis of human and animal studies.** *Medicine & Science in Sport & Exercise.* 32(9): 1598-1600, 2000.

SILVA JUNIOR; AG. **Comportamentos relacionados à saúde em escolares do ensino médio em Aracaju, Sergipe, Brasil.** PPGM/UFS, Aracaju, SE, Brasil, 2005.

SILVA, R. C. R; MALINA, RM. Nível de atividade física em adolescentes do Município de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saúde Pública**, 16 (4): 1091-1097, 2000.

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, abaixo assinado, responsável pela Unidade de Ensino _____, autorizo a UNIVERSIDADE TIRADENTES - UNIT, por intermédio do aluno, **JADSON DE OLIVEIRA LIMA**, devidamente assistido pela sua orientadora D.Sc. VÂNIA FONSECA, a desenvolver o pré-teste da pesquisa abaixo descrita:

1-Título do Experimento:

COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE E AMBIENTE: UM ESTUDO EM ESCOLARES DO ENSINO MÉDIO DO MUNICÍPIO DA BARRA DOS COQUEIROS/SE

2-Objetivo:

Analisar a relação entre condições do ambiente e comportamentos de risco à saúde em escolares do ensino médio do município da Barra dos Coqueiros/SE.

3-Descrição de procedimentos:

Preenchimento de questionários idade, gênero, grau de escolaridade, nível de atividade física, hábitos alimentares inadequados, obesidade, consumo de drogas, nível sócio-econômico, histórico familiar sobre as doenças crônicas não transmissíveis, meio de transporte, quantidade de horas gastas usando TV, internet, jogos eletrônicos, violência, espaços de lazer e estresse, além do registro das medidas de peso e altura.

Fui devidamente informado que qualquer risco não descrito, não previsível, porém que possa ocorrer em decorrência da pesquisa será de inteira responsabilidade dos pesquisadores.

5-Benefícios esperados:

Contribuir para subsidiar discussões acerca do tema baseadas em dados locais contextualizados na realidade do grupo exposto aos comportamentos e agravos estudados.

6-Informações:

Os participantes têm a garantia que receberão respostas a qualquer pergunta e esclarecimento de qualquer dúvida quanto aos assuntos relacionados à pesquisa. Também o pesquisador supracitados assume o compromisso de proporcionar informações atualizadas obtidas durante a realização do estudo.

7-Retirada do consentimento:

O voluntário tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, não acarretando, para ele, nenhum prejuízo.

8-Aspecto Legal:

Elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos, atende à Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde - Brasília - DF.

9-Confabilidade:

Os voluntários terão direito à privacidade. A identidade (nomes e sobrenomes) do participante não será divulgada. Porém os voluntários assinarão o termo de consentimento para que os resultados obtidos possam ser apresentados em congressos e publicações.

10-Quanto à indenização:

Não há danos previsíveis decorrentes da pesquisa, mesmo assim fica prevista indenização, caso se faça necessário.

IMPORTANTE: A participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em casos de dúvida quanto aos seus direitos, escreva ou ligue para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes. Av. Murilo Dantas, 300 - Farolândia - CEP 49032-490, Aracaju-SE, telefone: 79-2182100, ramal 2593.

Aracaju, _____ de _____ de 2008

APÊNDICE 3 - QUESTIONÁRIO



ANÁLISE DE COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE ASSOCIADOS AO AMBIENTE: UM ESTUDO EM ESCOLARES DO ENSINO MÉDIO DO MUNICÍPIO DA BARRA DOS COQUEIROS/SE UNIVERSIDADE TIRADENTES – UNIT

PRÓ-REITORIA ACADÊMICA - PROAC
PRÓ-REITORIA ADJUNTA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA – PAPGP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE - PSA

Este questionário tem como objetivo proporcionar a coleta de dados referentes à “Análise de comportamentos de risco à saúde associados ao ambiente: um estudo em escolares do ensino médio do município da Barra dos Coqueiros/SE”. Procure ler com atenção todos os itens, em caso de dúvida pergunte ao monitor.

Muito obrigado pela contribuição!

Lembretes:

- a) Não existem respostas certas ou erradas, porque não se trata de um teste.
b) Por favor, responda todas as questões de forma consciente e responsável. Isso é muito importante

I – ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

- 1) Dia de hoje: ____/____/____ 2) M¹[] V²[] N³[] 3) Gênero: Masculino¹[] Feminino²[]
4) Data de Nascimento: ____/____/____ 5) Série: ____ 6) Trabalha: Sim¹[] Não²[]
Nasceu na Barra dos Coqueiros 7) Você: Sim¹[] Não²[] 8) Mãe: Sim³[] Não⁴[] 9) Pai: Sim⁵[] Não⁶[]
10) Mora com: Pai 1[] Mãe 2[] 11) Ambos 3[] 12) Outros 4[] 13) N. Irmãos: ____
14) Quantas pessoas moram em sua casa incluindo você: ____ Bairro: _____

No quadro abaixo, marque com um “X” a quantidade de itens que existem em sua casa.

Itens possuídos (não vale utensílios quebrados)	Quantidades				
	0	1	2	3	4 ou +
15. Televisão em cores	[]	[]	[]	[]	[]
16. Rádio	[]	[]	[]	[]	[]
17. Banheiro	[]	[]	[]	[]	[]
18. Automóvel	[]	[]	[]	[]	[]
19. Empregada mensalista	[]	[]	[]	[]	[]
20. Aspirador de pó	[]	[]	[]	[]	[]
21. Máquina de lavar roupa	[]	[]	[]	[]	[]
22. Videocassete/DVD	[]	[]	[]	[]	[]
23. Geladeira	[]	[]	[]	[]	[]
24. Freezer/Geladeira duplex	[]	[]	[]	[]	[]

	Ensino fundamental								Ensino médio			Universidade		
25) Pai	Não tem []	1 []	2 []	3 []	4 []	5 []	6 []	7 []	8 []	1 []	2 []	3 []	Incompleta []	completa []
26) Mãe	Não tem []	1 []	2 []	3 []	4 []	5 []	6 []	7 []	8 []	1 []	2 []	3 []	Incompleta []	completa []
27) Você	Não tem []	1 []	2 []	3 []	4 []	5 []	6 []	7 []	8 []	1 []	2 []	3 []	Incompleta []	completa []

II – ATIVIDADE FÍSICA REGULAR

28. ATIVIDADE FÍSICA

Você fez alguma das seguintes atividades nos ÚLTIMOS 7 DIAS (na semana passada)? Se sim, quantas vezes?

MARQUE APENAS UM X POR ATIVIDADE

Tipo de Atividade	Nenhuma	1-2	3-4	5-6	7 vezes ou mais
29) Saltos	[]	[]	[]	[]	[]
30) Atividade no parque ou playground	[]	[]	[]	[]	[]
31) Pique	[]	[]	[]	[]	[]
32) Caminhada	[]	[]	[]	[]	[]
33) Andar de bicicleta	[]	[]	[]	[]	[]
34) Correr ou trotar	[]	[]	[]	[]	[]

35) Ginástica aeróbica	[]	[]	[]	[]	[]
36) Natação	[]	[]	[]	[]	[]
37) Dança	[]	[]	[]	[]	[]
38) Andar de skate	[]	[]	[]	[]	[]
39) Futebol	[]	[]	[]	[]	[]
40) Voleibol	[]	[]	[]	[]	[]
41) Basquete	[]	[]	[]	[]	[]
42) "Queimado"	[]	[]	[]	[]	[]
43) Outros (liste no espaço)					
44) _____	[]	[]	[]	[]	[]
_____	[]	[]	[]	[]	[]

45. Nos últimos 7 dias, durante as aulas de Educação Física, o quanto você foi ativo (jogou intensamente, correu, saltou e arremessou)?

Marque apenas uma das alternativas

Eu não faço as aulas	[]
Raramente	[]
Algumas vezes	[]
Freqüentemente	[]
Sempre	[]

46. Nos últimos 7 dias, o que você fez na maior parte dos INTERVALOS DE AULA?

Marque apenas uma das alternativas

Ficou sentado (conversando, lendo, ou fazendo trabalho de casa).....	[]
Ficou em pé, parado ou andou.....	[]
Correu ou jogou um pouco.....	[]
Correu ou jogou um bocado.....	[]
Correu ou jogou intensamente a maior parte do tempo.....	[]

47. Nos últimos 7 dias, o que você fez normalmente durante o horário do almoço (além de almoçar)?

Marque apenas uma das alternativas

Ficou sentado (conversando, lendo, ou fazendo trabalho de casa).....	[]
Ficou em pé, parado ou andou.....	[]
Correu ou jogou um pouco.....	[]
Correu ou jogou um bocado.....	[]
Correu ou jogou intensamente a maior parte do tempo.....	[]

48. Nos últimos 7 dias, quantos dias da semana você praticou algum esporte, dança, ou jogos em que você foi muito ativo, LOGO DEPOIS DA ESCOLA?

Marque apenas uma das alternativas

Nenhum dia	[]
1 vez na semana passada	[]
2 ou 3 vezes na semana passada	[]
4 vezes na semana passada	[]
5 vezes na semana passada	[]

49. Nos últimos 7 dias, quantas vezes você praticou algum esporte, dança, ou jogos em que você foi muito ativo, A NOITE?

Marque apenas uma das alternativas

Nenhum dia	[]
1 vez na semana passada	[]
2-3 vezes na semana passada	[]
4-5 vezes na semana passada	[]
6-7 vezes na semana passada	[]

50. NO ÚLTIMO FINAL DE SEMANA quantas vezes você praticou algum esporte, dança, ou jogos em que você foi muito ativo?

Nenhum dia	[]
1 vez	[]
2-3 vezes	[]
4-5 vezes	[]
6 ou mais vezes	[]

51. Em média quantas horas você assiste televisão por dia? _____ horas.

52. Qual das opções abaixo melhor representa você nos últimos 7 dias?

LEIA TODAS AS 5 AFIRMATIVAS ANTES DE DECIDIR QUAL É A MELHOR OPÇÃO

Todo ou quase todo o meu tempo livre eu utilizei fazendo coisas que envolvem pouco esforço físico (assistir TV, fazer trabalho de casa, jogar videogames).....	[]
Eu pratiquei alguma atividade física (1-2 vezes na última semana) durante o meu tempo livre (ex. Praticou esporte, correu, nadou, andou de bicicleta, fez ginástica aeróbica).....	[]
Eu pratiquei atividade física no meu tempo livre (3-4 vezes na semana passada).....	[]
Eu geralmente pratiquei atividade física no meu tempo livre (5-6 vezes na semana passada).....	[]
Eu pratiquei atividade física regularmente no meu tempo livre na semana passada (7 ou mais vezes).....	[]

53. Comparando você com outras pessoas da mesma idade e sexo, como você se considera?

Marque apenas uma das alternativas

Muito mais em forma	[]
Mais em forma	[]
Igualmente em forma	[]
Menos em forma	[]
Completamente fora de forma	[]

54. Você teve algum problema de saúde na semana passada que impediu que você fosse normalmente ativo?

Sim..... []
 Não..... []

Se sim, o que impediu você de ser normalmente ativo? _____

55. Comparando você com outras pessoas da mesma idade e sexo, como você se classifica em função da sua atividade física nos últimos 7 dias?

Marque apenas uma das alternativas

Eu fui muito menos ativo que os outros []

 Eu fui um pouco menos ativo que os outros []

 Eu fui igualmente ativo []

 Eu fui um pouco mais ativo que os outros []

 Eu fui muito mais ativo que os outros []

56. Marque a frequência em que você praticou atividade física (esporte, jogos, dança ou outra atividade física) na semana passada.

Marque apenas uma das alternativas em cada dia da semana

	Nenhuma vez	Algumas vezes	Poucas vezes	Diversas vezes	Muitas vezes
Segunda	[]	[]	[]	[]	[]
Terça	[]	[]	[]	[]	[]
Quarta	[]	[]	[]	[]	[]
Quinta	[]	[]	[]	[]	[]
Sexta	[]	[]	[]	[]	[]
Sábado	[]	[]	[]	[]	[]
Domingo	[]	[]	[]	[]	[]

III – HÁBITOS ALIMENTARES

57. Durante a última SEMANA em média quantos dias você comeu (bebeu) cada alimento abaixo?

A. REFRIGERANTE	¹⁾ não bebi []	²⁾ 1 ^a 3 dias na semana []	³⁾ 4 a 6 dias na semana []	⁴⁾ Todos os dias, 1 ou mais vezes por semana []
B. LEITE, QUEIJO	¹⁾ não comi []	²⁾ 1 ^a 3 dias na semana []	³⁾ 4 a 6 dias na semana []	⁴⁾ Todos os dias, 1 ou mais vezes por semana []
C. DOCES (bolos, tortas, chocolates, etc.)	¹⁾ não comi []	²⁾ 1 ^a 3 dias na semana []	³⁾ 4 a 6 dias na semana []	⁴⁾ Todos os dias, 1 ou mais vezes por semana []
D. BATATAS FRITAS SALGADINHOS HAMBÚRGUER	¹⁾ não comi []	²⁾ 1 ^a 3 dias na semana []	³⁾ 4 a 6 dias na semana []	⁴⁾ Todos os dias, 1 ou mais vezes por semana []
E. FRUTAS	¹⁾ não comi []	²⁾ 1 ^a 3 dias na semana []	³⁾ 4 a 6 dias na semana []	⁴⁾ Todos os dias, 1 ou mais vezes por semana []
F. VERDURAS	¹⁾ não comi []	²⁾ 1 ^a 3 dias na semana []	³⁾ 4 a 6 dias na semana []	⁴⁾ Todos os dias, 1 ou mais vezes por semana []

1

2

3

4

IV – DROGAS LÍCITAS

Antes de responder as questões sobre drogas lícitas, leia com atenção os significados das seguintes palavras:

Experimentou e regularmente

Experimentou = Fumo – representa um ou dois tragos – **Bebidas**, representa um ou dois goles.

Regularmente = Equivale consumir pelo menos uma vez por semana.

FUMO

58) Você já experimentou fumar cigarros? 1[] Sim 2[] Não

59) Se SIM = quantos anos você tinha quando experimentou pela vez? ____anos

60) Atualmente, você fuma? 1[] Sim 2[] Não 3[] parei a mais ou menos? ____ ()meses / ()anos

61) Se SIM = quantos anos você tinha quando começou a fumar regularmente? ____anos

Durante uma SEMANA NORMAL – 7 dias:

62) Em média quantos dias você fuma? ____ (dias) e, em média, quantos cigarros você fuma? ____ cigarros

BEBIDAS ALCOÓLICAS

Atenção = bebidas alcoólicas incluem: cerveja, vinho, pinga, rum, gim, vodca, uísque ou qualquer outra bebida destilada ou fermentada contendo álcool.

Uma dose de bebida alcoólica corresponde a meia cerveja ou um copo de vinho ou qualquer quantidade equivalente de bebida destilada.

63) Você já experimentou bebidas alcoólicas? 1[] Sim 2[] Não

64) Se SIM = quantos anos você tinha quando bebeu pela primeira vez? ____anos

65) Atualmente, você bebe? 1[] Sim 2[] Não 3[] parei a mais ou menos? ____ ()meses / ()anos

66) Se SIM = quantos anos você tinha quando começou a beber regularmente? ____

Durante uma SEMANA NORMAL – 7 dias:

67) Em média quantos dias você bebe? ____dias, e (68) quantas doses, em média, você bebe? ____ doses, (69) em quantos dias você ingere 5 ou mais doses de bebidas em uma mesma ocasião? ____dias.

DROGAS ILÍCITAS

68) Você já experimentou algum tipo de droga que não seja cigarro ou bebidas?

1) [] sim 2) [] não 3) [] não quero responder

69) Você tem algum amigo ou conhece alguém que usa drogas?

1) [] sim 2) [] não 3) [] não quero responder

V – INDICADORES GERAIS DE SAÚDE, RELACIONAMENTOS E AMBIENTE ESCOLAR

70) Em geral, você considera **saúde**:

1) [] excelente 2) [] boa 3) [] regular 4) [] ruim

71) Como você descrever o nível de **estresse** em saúde?

1) [] raramente estressado 2) [] às vezes estressado 3) [] quase sempre estressado 4) [] sempre estressado

72) Com que frequência você tem se sentido **triste ou deprimido**?

1) [] nunca 2) [] poucas vezes 3) [] quase sempre 4) [] sempre

73) Com que frequência você considera **dorme bem**?

1) [] sempre 2) [] quase sempre 3) [] poucas vezes 4) [] nunca

74) Em relação ao seu relacionamento com **colegas de escola e amigos** você está:

1) [] muito satisfeito 2) [] satisfeito 3) [] insatisfeito 4) [] muito insatisfeito

75) em relação ao seu relacionamento com os **professores**, você está:

1) [] muito satisfeito 2) [] satisfeito 3) [] insatisfeito 4) [] muito insatisfeito

76) Em geral, como você considera o **ambiente escolar** onde estuda?

1) [] muito bom 2) [] bom 3) [] regular 4) [] ruim

77) Como você classifica seu **desempenho escolar**?

1) [] muito bom 2) [] bom 3) [] regular 4) [] ruim

78) Em relação ao seu relacionamento com sua **família**, você está:

1) [] muito satisfeito 2) [] satisfeito 3) [] insatisfeito 4) [] muito insatisfeito

79) Em relação ao seu relacionamento com as **pessoas que moram perto de você**, você está:

1) [] muito satisfeito 2) [] satisfeito 3) [] insatisfeito 4) [] muito insatisfeito

80) Em relação ao seu relacionamento com **colegas de trabalho**, você está (**só responda se você trabalha atualmente**):

1) [] muito satisfeito 2) [] satisfeito 3) [] insatisfeito 4) [] muito insatisfeito

OUTROS COMPORTAMENTOS DE RISCO

81) Seus pais têm algum tipo de doença?

¹⁾ SIM ²⁾ NÃO. *SE SIM,*

Qual

81) Nos últimos 12 meses, você se envolveu em alguma briga?

¹⁾ não ²⁾ 1 a 3 vezes ³⁾ 4 ou mais vezes

82) Nos últimos 12 meses, você andou com alguma arma de defesa pessoal?

¹⁾ nunca andei ²⁾ durante a semana ³⁾ só no final de semana ⁴⁾ sempre

83) Você já teve relações sexuais?

¹⁾ sim ²⁾ não ³⁾ não quero responder

84) Quanto ao uso de preservativo nas suas relações sexuais, você:

¹⁾ sempre usou ²⁾ às vezes usou ³⁾ nunca usei