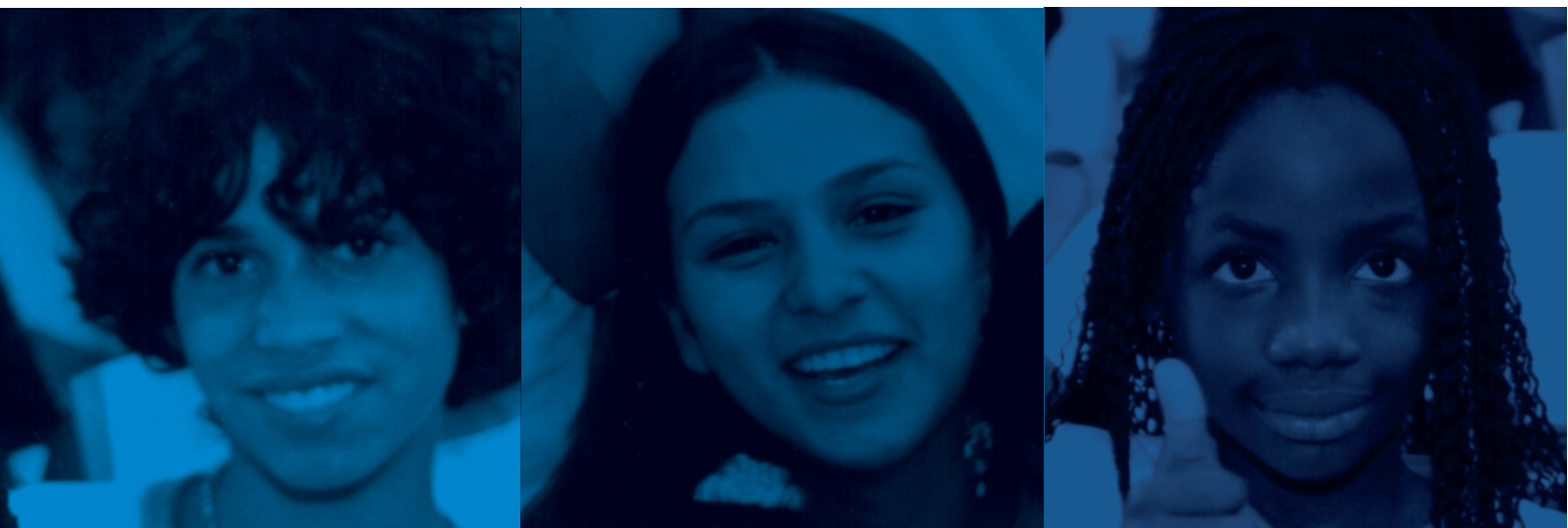


2007 MONITORAMENTO DA SAÚDE ESCOLAR



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
Eduardo Paes | prefeito

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL | SMSDC
Hans Fernando Rocha Dohmann | secretário

SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA, VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE
Daniel Soranz | subsecretario
Rosanna Iozzi | superintendente de Vigilância em Saúde
Maristela Caridade | coordenadora de Análise da Situação de Saúde
Silvana Caetano | gerente de Informação Epidemiológica
Marcia Torres | superintendente de Promoção da Saúde
Maria de Fátima França | diretora do Instituto Annes Dias
Aline Bressan | coordenadora de Saúde Escolar

INSTITUTO DE NUTRIÇÃO ANNES DIAS / INAD
Maria de Fátima Ferreira França

SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO / SME
Claudia Maria Costin | secretária

SECRETARIA EXTRAORDINÁRIA DE DESENVOLVIMENTO / SEDE
Felipe de Faria Góes | secretário

INSTITUTO MUNICIPAL DE URBANISMO PEREIRA PASSOS / IPP
Felipe de Faria Góes | presidente

COORDENAÇÃO DA PESQUISA
Inês Castro | SMSDC

APRESENTAÇÃO
Rosanna Iozzi | SMSDC

INTRODUÇÃO
Inês Castro | SMSDC, Leticia Cardoso | ENSP/FIOCRUZ e Leticia Tavares | UFF

MÉTODO DO ESTUDO
Inês Castro, Sheila Dutra | SMSDC, Leticia Cardoso, Elyne Engstrom | ENSP/FIOCRUZ e Michelle Passos | UERJ

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS
Alcides Carneiro e Soraya Oliveira | IPP

CONSUMO E COMPORTAMENTO ALIMENTAR
Sheila Dutra | SMSDC, Michelle Passos | UERJ e Inês Castro | SMSDC

ATIVIDADE FÍSICA E ATIVIDADES SEDENTÁRIAS DE LAZER
Elyne Engstrom | ENSP/Fiocruz e Leticia Tavares | UFF

TABACO, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS / SEGURANÇA
Rosanna Iozzi, Maristela Caridade, Silvana Caetano e Marina Carvalho | SMSDC

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA
Viviane Branco e P Gaudenzi | SMSDC

VIOLÊNCIA ENTRE ESCOLARES: PERCEPÇÃO DO ESTUDANTE
SOBRE SUA RELAÇÃO COM A ESCOLA E A FAMÍLIA
Carlos Silva | ABRASCO e Maria Hasselmann | UERJ

ESTADO NUTRICIONAL, IMAGEM CORPORAL E COMPORTAMENTO PARA CONTROLE DE PESO
Michelle Passos | UERJ, Sheila Dutra e Inês Castro | SMSDC

CONSIDERAÇÕES FINAIS
Alcides Carneiro e Soraya Oliveira | IPP

REVISÃO
Alcides Carneiro e Inês Germano | IPP

PROJETO GRÁFICO
Renata Ratto e Jan Felipe Beer | Paralaxe Design

2007 MONITORAMENTO DA SAÚDE ESCOLAR

Sumário



1	APRESENTAÇÃO	06
2	INTRODUÇÃO	08
3	MÉTODO DO ESTUDO	12
4	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	18
5	CONSUMO E COMPORTAMENTO ALIMENTAR	26
6	ATIVIDADE FÍSICA E ATIVIDADES SEDENTÁRIAS DE LAZER	35
7	CONSUMO DE CIGARRO, ÁLCOOL E DROGAS ILÍCITAS / SEGURANÇA	41
8	SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA	52
9	VIOLÊNCIA ENTRE ESCOLARES: PERCEPÇÃO DO ESTUDANTE SOBRE SUA RELAÇÃO COM A ESCOLA E A FAMÍLIA	61
10	ESTADO NUTRICIONAL, IMAGEM CORPORAL E COMPORTAMENTO PARA CONTROLE DE PESO	69
11	CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
ANEXOS		
	II ESTUDO SOBRE CONDIÇÕES DE SAÚDE & NUTRIÇÃO DOS ESCOLARES DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO	80
	QUESTIONÁRIO SOBRE ASPECTOS DO AMBIENTE ESCOLAR	92
	4º PESQUISA DE SAÚDE E NUTRIÇÃO DOS ESCOLARES DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO	96

1 Apresentação



O monitoramento de fatores de risco e de proteção na perspectiva da saúde pública tem como objetivo a identificação dos determinantes e condicionantes da situação de saúde de grupos específicos ou da população em geral. A partir desse acompanhamento estratégias de intervenção de promoção, recuperação e atenção à saúde devem ser traçadas.

O acompanhamento da situação de saúde de escolares da rede pública municipal da cidade do Rio de Janeiro é uma atividade que possibilita ao setor saúde se organizar para trabalhar as principais necessidades deste grupo. Aspectos como sexualidade, violência, organização familiar, drogas, alimentação e hábitos podem ser melhor conhecidos e trabalhados. A exposição aos fatores de risco e proteção explicitados para melhor compreensão das formas como os alunos, famílias e comunidade educativa vivem e se organizam no ambiente escolar e para além dele permite o desenvolvimento de competências para se lidar com os problemas encontrados.

A cidade do Rio de Janeiro, através do trabalho desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil é pioneira na elaboração de estudos epidemiológicos de monitoramento da saúde de escolares da rede municipal de ensino. Estes estudos iniciaram-se em 1996 e a cidade já coleciona 15 trabalhos ao longo dos últimos 14 anos.

O monitoramento das condições de saúde de escolares possibilita a sistematização de conhecimentos para formulação de ações sobre os problemas identificados. Ações que podem estar restritas a recursos inerentes à área da saúde, mas que na maioria das situações têm nas ações inter-setoriais e nas atividades multiprofissionais a mais importante oportunidade de intervenção.

O processo de aprendizagem e o desenvolvimento de habilidades ao longo da vida é resultado da interação de diferentes fatores que atuam no ambiente escolar. Fatores individuais e coletivos, sociais e culturais, econômicos e afetivos, são elementos que se combinam e potencializam-se na formação da pessoa.

À semelhança do monitoramento da saúde de escolares a SMSDC desenvolveu estudos voltados para o conhecimento da realidade de saúde e condições de vida de idosos, durante a campanha de vacinação da gripe; estudos sobre a violência, denominada Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA e estudos sobre a prevalência de Asma entre estudantes da rede municipal. Iniciativas que objetivam subsidiar a formulação das ações de atenção e promoção da saúde.

É a gestão da saúde norteada pela informação, pela vigilância em saúde, ou seja, pela produção de conhecimento e saberes em prol da saúde de todos os cariocas.

2 Introdução o contexto de realização do estudo

As transformações econômicas, políticas, sociais e culturais produzidas pelas sociedades humanas ao longo do tempo modificam as maneiras como sujeitos e coletividades organizam suas vidas e elegem determinados modos de viver. Tais mudanças podem facilitar e também dificultar o acesso das populações às condições de vida mais favoráveis à saúde e, portanto, repercutem diretamente na alteração dos padrões de adoecimento (Brasil 2008).

O cenário mundial contemporâneo é marcado por grande aumento na ocorrência de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. Entre estas doenças, destacam-se a hipertensão arterial, o diabetes, as neoplasias, as doenças cérebro vasculares e as doenças pulmonares obstrutivas crônicas. (WHO 2003, WHO 2005). Estas doenças são determinadas por diversos fatores, incluindo aqueles ligados a práticas cotidianas. Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam, por exemplo, que o tabagismo, o baixo consumo de frutas e hortaliças e o sedentarismo são responsáveis por grande número de casos de doenças e de mortes em grupos populacionais de diferentes idades em todas as partes no mundo (WHO 2002).

A adolescência é um período crítico para a ocorrência de DCNT e dos fatores que as acarretam. Essa fase da vida é marcada pela adoção de novas práticas, pelo ganho de autonomia, pela iniciação sexual e, também, pelo aumento da exposição a diversas situações de risco para a saúde. Uma vez instalados, estes fatores e agravos podem manter-se ao longo de toda a vida (WHO 2003).

No campo das políticas públicas, a resposta a esse cenário epidemiológico pressupõe medidas intersetoriais que sejam integradas e complementares. Um componente fundamental para o norteamo de ações mais efetivas de prevenção e controle das DCNT bem como para sua avaliação é o conhecimento da magnitude, distribuição e tendência temporal dos fatores de risco para estas doenças nas populações para as quais estas políticas são dirigidas.

Nesta perspectiva, organismos internacionais recomendam que sejam desenvolvidas ações de monitoramento de fatores de risco à saúde associados às DCNT e destacam a importância de se desenvolverem sistemas de monitoramento dirigidos a crianças e adolescentes (WHO 1999, WHO/ UNICEF/ FOCUS 1999, WHO 2002; CDC, 2009).

SISTEMAS DE VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO À SAÚDE DIRIGIDOS A ADOLESCENTES

A realização de estudos epidemiológicos regulares desenvolvidos no ambiente escolar tem sido a estratégia recomendada pela OMS e adotada por diversos países para a implementação de sistemas de vigilância de fatores de risco e proteção à saúde dirigidos a adolescentes. Em âmbito internacional, três iniciativas merecem destaque e estão apresentadas a seguir.

Na Europa, o sistema é denominado *Health Behaviour in School-aged Children* - HBSC e se iniciou em 1982 com a participação de três países. Atualmente, monitora a saúde de escolares entre 11 e 15 anos de idade de 41 países deste continente. Os estudos que alimentam este sistema com informações comparáveis entre os países participantes contemplam os seguintes temas: condições socioeconômicas, estrutura familiar, imagem corporal, ambiente familiar e escolar, atividade física, consumo alimentar, tabagismo, uso de álcool, uso de maconha, violência, comportamento sexual, *bullying*, satisfação com a vida, saúde e peso e altura auto relatados. (HBSC 2002, WHO 2004, Currie et al. 2009).

Nos Estados Unidos, o *Youth Risk Behavior Surveillance System* (YRBSS) foi implantado em 1991, estando atualmente presente em 46 dos 50 estados americanos. Os inquéritos epidemiológicos são realizados a cada dois anos e fornecem dados representativos de alunos do 9º ao 12º ano de escolas públicas e privadas. Esse sistema tem entre suas prioridades monitorar seis categorias de comportamentos de risco: comportamentos relacionados a acidentes e violências; consumo de tabaco; consumo de álcool e de outras drogas; comportamentos sexuais que aumentam o risco para gravidez indesejada e Doenças Sexualmente Transmissíveis, incluindo a infecção por HIV; hábitos alimentares não saudáveis; e sedentarismo. Monitora, ainda, a presença de sobrepeso e de Asma (Brenner 2004, CDC 2004, CDC 2008).

A terceira iniciativa, denominada *Global School-based Student Health Survey* (GSHS), foi desenvolvida pela OMS com colaboração do *United Nations Children's Fund* (UNICEF), *United Nations Educational Scientific and Cultural Organization* (UNESCO) e *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS), e contou com a assessoria técnica do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) dos Estados Unidos. O GSHS está sendo implementado em países que não fazem parte dos dois sistemas anteriormente descritos e é dirigido a estudantes com idade entre 13-15 anos. A aplicação do questionário já foi realizada em aproximadamente 70 países. O instrumento é dividido em 11 módulos sobre as principais morbidades e causas de mortalidade em todo mundo, como consumo de álcool, uso de tabaco, comportamento alimentar, uso de drogas, higiene, saúde mental, atividade física, comportamento sexual, violência, fatores de proteção e demografia. (CDC 2009)

No Brasil, o município do Rio de Janeiro foi pioneiro na criação de um sistema de vigilância de fatores de risco e proteção à saúde de adolescentes (Castro et al. 2008), tendo realizado, até o momento, dois inquéritos com alunos do último ano do ensino fundamental da rede pública municipal de ensino: um no ano de 2003 e outro no ano 2007. Neste último foram englobados os seguintes temas: características demográficas, condição socioeconômica, consumo e comportamento alimentar, nível de atividade física, atividades sedentárias de lazer, consumo de drogas, saúde sexual e reprodutiva, segurança, saúde bucal, imagem corporal, auto-percepção e relação com a família e com a escola.

O desenvolvimento desse sistema foi inspirado no YRBSS e no HBSC e foi possível graças às parcerias estabelecidas pela Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro (PCRJ) com as seguintes instituições: Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da USP, Instituto de Nutrição da UERJ, Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, Escola Nacional de Ciências Estatísticas- IBGE, Faculdade de Nutrição da UFF e aos apoios financeiros recebidos do Ministério da Saúde (convênio Ministério da Saúde/Fundação USP - 1390/2002) e ao CNPq (Edital MCT/CNPq 02/2006 – Universal, processo 478262/2006-0).

A experiência carioca subsidiou, junto com outros estudos nacionais e experiências internacionais, o delineamento da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PeNSE), desenvolvida pelo Ministério da Saúde em parceria com o IBGE com o apoio de um Grupo Técnico composto por representantes de diversas instituições, entre elas a PCRJ e algumas das nossas instituições parceiras na implementação do sistema de vigilância carioca. Conduzida pela primeira vez em 2009 em escolas públicas e privadas de todas as capitais brasileiras com adolescentes do último ano do ensino fundamental, ela servirá de linha de base para o sistema de vigilância de fatores de risco e proteção à saúde de adolescentes brasileiros. Com a perspectiva de ser repetida a cada dois anos, a PeNSE, em sua primeira edição, contemplou informações sobre alimentação, nível de atividade física, atividades sedentárias de lazer, contexto social e familiar, saúde sexual e reprodutiva, saúde bucal, acidentes, violência e segurança (IBGE 2009).

Como se pode observar, então, o estudo, objeto da presente publicação é o segundo inquérito do sistema de vigilância de fatores de risco e proteção à saúde de adolescentes conduzido pela Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Seu objetivo foi conhecer a magnitude de ocorrência de determinadas práticas que são fatores de risco ou de proteção à saúde, além de apresentar o perfil nutricional deste grupo populacional, fornecendo o segundo ponto da série histórica dos estudos que compõem e que virão a compor este sistema de vigilância.

BIBLIOGRAFIA

1. Brasil. (2008). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.
2. *Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília.
3. Brenner ND, Kann L, Kinchen SA, Grunbaum JA, Whalen L, Eaton D et al. (2004). Methodology of the Youth Risk Behavior Surveillance System. *MMWR*;53(No RR-12):1-13.
4. Castro IRR, Cardoso LO, Engstrom EM, Levy RB, Monteiro CA. (2008). Vigilância de fatores de risco para doenças não transmissíveis entre adolescentes: a experiência da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica* 8; 24(10):2279-88.
5. Centers for Disease Control and Prevention. (2004). Methodology of the Youth Risk Behavior Surveillance System. *MMWR*; 53(RR-12):8-12.
6. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2008). *Youth Health Risk Behaviour Surveillance System*. USA.
7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2009). *Global School-based Student Health Survey*. USA.
8. Currie C, Gabhainn SN, Godeau E, Samdal O, Ravens-Sieberer U, Morgan A et al. (2009). The Health Behaviour in School-aged Children: WHO Collaborative Cross-National (HBSC) Study: origins, concept, history and development 1982-2008. *Int J Public Health*, 54: S131-S139 .
9. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). (2002). *A World Health Organization Collaborative Cross-national Study*.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2009). Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. Rio de Janeiro.
11. WHO/UNICEF/FOCUS. (1999). *Measurement of adolescent development: environmental, contextual and protective factors*. WHO Report of a technical consultation. USA.
12. World Health Organization (WHO). (2002). *The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. Geneva.
13. World Health Organization (WHO). (1999). *Measurement of adolescent development: environmental, contextual and protective factors*. Geneva.
14. World Health Organization. (2004). *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Health Policy for Children and Adolescents no. 4. Geneva: WHO Europe.
15. World Health Organization (WHO). (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Geneva: 2003.
16. World Health Organization (WHO). (2005). *Preventing Chronic Diseases a vital investments*. Geneva.

3 Método de Estudo

INTRODUÇÃO

Neste capítulo descreveremos os aspectos metodológicos gerais do estudo e detalharemos as variáveis sociodemográficas que, quando oportuno, foram utilizadas em vários capítulos como variáveis independentes nas análises dos temas de interesse. Demais variáveis e indicadores construídos para cada um dos temas abordados na presente publicação estão descritos em seu respectivo capítulo.

POPULAÇÃO DE ESTUDO E AMOSTRAGEM

A população de estudo do presente inquérito correspondeu ao universo de alunos matriculados no último ano do ensino fundamental (atual nono ano, antiga oitava série) da rede pública municipal de Ensino Fundamental da cidade do Rio de Janeiro. Em 2007, estavam matriculados nesta rede 43.099 alunos de nono ano distribuídos em 1.121 turmas em 366 escolas abrangidas pelas 10 Coordenadorias Regionais de Educação – CREs da cidade.

Uma amostra complexa foi desenhada para ser representativa desse universo. As escolas foram divididas em 10 estratos segundo aquelas regiões e os sorteios foram realizados em dois estágios. No primeiro, dentro de cada estrato, as turmas foram sorteadas com probabilidade proporcional ao tamanho, segundo o número de alunos existentes em cada turma. No estágio seguinte, os alunos elegíveis foram sorteados por meio de uma amostra aleatória simples, com tamanho fixo de dez alunos por turma. A estimativa do tamanho amostral totalizou 1.700 estudantes, distribuídos em 170 turmas e em 136 escolas. Dos 1700 alunos elegíveis, 52 não foram avaliados por não estarem presentes no dia agendado para a coleta de dados ou por não apresentarem Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelos responsáveis. Dos 1.648 remanescentes, 16 foram excluídos por ausência de informação sobre sexo e idade, resultando na análise efetiva de 1.632 adolescentes.

QUESTIONÁRIO

Com base em instrumentos já utilizados em sistemas de monitoramento sobre fatores de risco dirigidos a jovens de outros países (Block et al. 1989, Kriska & Caspersen 1997, Kann et al. 1999, CDC 2000, Chiara & Sichieri 2001, UNICEF, 2001) e a adultos brasileiros (Monteiro et al. 2005), foi construído um questionário adaptado aos adolescentes cariocas (Anexo I). Nesta construção, contou-se com a participação de gestores municipais das áreas de nutrição, saúde do adolescente, saúde do escolar e saúde bucal, quando da elaboração da versão utilizada no estudo de 2003, conforme descrito no capítulo de introdução dessa publicação. Para 2007, foi feita uma revisão da versão anterior com base nas discussões que estavam em curso à época nos fóruns do Grupo Técnico de Apoio ao Ministério da Saúde para elaboração da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, do qual faziam parte membros da coordenação do estudo aqui relatado, como comentado também no capítulo de introdução.

Este instrumento foi composto por 114 questões, tendo sido construído de forma a ser auto-preenchido e anônimo, com o objetivo de maximizar a validade das respostas. Ele foi testado com alunos dos dois últimos anos do ensino fundamental em uma escola pública do município do Rio e reformulado após análise das falas dos adolescentes em grupo focal e verificação de seu preenchimento. Os temas nele contemplados foram: características demográficas; poder

aquisitivo, consumo e comportamento alimentar, atividade física e atividades sedentárias de lazer, consumo de drogas lícitas e ilícitas, prática sexual e saúde reprodutiva, segurança, saúde bucal, imagem corporal, auto-percepção e relação com a família e com a escola. Foram também coletados dados complementares sobre escolaridade da mãe e do chefe da família assim como dados de massa corporal e estatura do aluno.

COLETA E DIGITAÇÃO DE DADOS

Realizada no segundo semestre de 2007, a coleta de dados foi precedida de reuniões com representantes da Secretaria Municipal de Educação e diretores das escolas sorteadas, visando a sensibilizá-los para o estudo e a envolvê-los tanto na entrega do TCLE para os responsáveis dos alunos quanto no seu recolhimento depois de assinado. Perguntas sobre escolaridade materna e do chefe da família foram incluídas no termo impresso.

A coleta de dados envolveu o preenchimento anônimo de questionário pelos alunos e a tomada de massa corporal e estatura por pesquisadores treinados, ocorrendo ambos na própria escola em dia pré-estipulado. Durante o preenchimento do questionário, os alunos eram esclarecidos sobre seu anonimato e sobre o sigilo das respostas. Quando o aluno o entregava, o pesquisador desmembrava em dois o TCLE e adicionava ao questionário o trecho do TCLE sem identificação do aluno que continha as informações sobre escolaridade da mãe e do chefe da família.

Para aferição das medidas antropométricas, os pesquisadores foram treinados e padronizados segundo técnicas propostas por Lohman et al. e Habitch. Para obtenção do peso utilizou-se balança solar portátil (TANITA®) com capacidade máxima de 150 kg e precisão de 0,2kg. Para aferição da altura foi utilizado estadiômetro portátil (AlturExata®) com escala principal em centímetros e precisão de 0,1cm.

Os dados foram digitados por dois digitadores independentes com auxílio do módulo Entry do programa EPIDATA (disponível em www.epidata.dk). Foi realizada a validação da dupla digitação no mesmo módulo e, em todos os casos de discordância entre os digitadores, verificaram-se os dados originais foram verificados, procedendo-se a correção quando necessária.

VARIÁVEIS E INDICADORES

As variáveis e indicadores construídos para cada um dos temas abordados na presente publicação estão descritos em seu respectivo capítulo. Aqui cabe descrever variáveis sociodemográficas que, quando oportuno, foram utilizadas em vários capítulos como variáveis independentes nas análises dos temas de interesse: sexo; escore de bens e serviço (doravante denominado escore de bens); escolaridade da mãe e escolaridade do chefe da família.

- Sexo: masculino ou feminino, conforme informado pelo aluno no questionário auto-preenchido.
- Escore de bens: composto pelos seguintes itens: telefone fixo, aparelho de DVD, forno microondas, computador, carro, moto, empregada doméstica em pelo menos cinco dias da semana. O escore foi construído pelo somatório simples desses itens, cada um valendo um ponto se estivesse presente no domicílio. A pontuação desse escore variou, então, de 0 (nenhum bem ou serviço) a 7 (todos os bens e serviço previstos).
- Escolaridade da mãe: anos completos de estudo.
- Escolaridade do chefe da família: anos completos de estudo.

Para a descrição da amostra estudada, estão apresentadas, no capítulo III, as distribuições observadas de meninos e meninas, do número de bens e serviço presentes nos domicílios e da escolaridade da mãe do aluno e do chefe da família, estas duas últimas nas seguintes categorias: 0–3, 4–7, 8–10 e ≥ 11 anos completos de estudo.

Quando utilizadas como variáveis independentes (explicativas), tanto o escore de bens, quanto a escolaridade da mãe e a escolaridade do chefe da família foram categorizadas em terços da distribuição observada na amostra estudada. Ou seja, para cada uma das três variáveis, o primeiro terço agrupa 33% da amostra com valores mais baixos; o segundo terço agrupa 33% da amostra com valores intermediários e o terceiro terço, 33% da amostra com valores mais altos.

ANÁLISE DOS DADOS

A frequência de todos os indicadores examinados nos diferentes capítulos dessa publicação foi estimada para o total da amostra e, separadamente, para cada uma das categorias das variáveis independentes adotadas (meninos /meninas, e cada um dos terços das variáveis socioeconômicas).

A análise estatística dos resultados apresentados em todos os capítulos levou em conta o delineamento da amostra (por cluster). No caso das variáveis dicotômicas (com somente duas opções de resposta, como por exemplo, “sim” e “não”), o exame da associação entre um evento de interesse (ex: consumo de cigarro) e uma variável independente (por exemplo, sexo) foi feito por meio de análise multivariada ajustando-se para as demais variáveis de explicação (no exemplo acima, escore de bens, escolaridade da mãe e escolaridade do chefe da família), adotando-se nível de significância de 0,05.

No caso de variáveis com três ou mais opções de resposta (por exemplo, no caso de auto-percepção, as opções de resposta eram “baixo”, “adequado”, “alto”), o exame do significado estatístico das diferenças observadas foi feito pela comparação dos intervalos de confiança (de 95%) das estimativas obtidas. Considerou-se que havia diferença estatisticamente significativa quando não se observou superposição dos intervalos de confiança obtidos.

As tabulações e análises estatísticas foram realizadas com o auxílio do aplicativo SPSS versão 13.0.

ASPECTOS ÉTICOS

Participaram do estudo somente alunos que apresentaram o TCLE assinado. Foi realizada avaliação do estado nutricional do aluno no mesmo dia da aferição de massa corporal e de estatura. O resultado dessa avaliação foi entregue à direção da escola para que fosse encaminhada às famílias dos alunos estudados e, nos casos em que foi detectado risco nutricional, o aluno foi encaminhado a uma unidade de saúde de referência. O estudo foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do município do Rio de Janeiro.

BIBLIOGRAFIA

1. Block G, Clifford C, Naughton MD, Henderson M, Mc Adams M. (1989). A brief dietary screen for high fat intake. *Journal of Nutrition Education*, 21:199-207.
2. CDC. (2000). Youth risk behavior surveillance – United States, 1999. Centers for Disease Control and Prevention. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 49 (SS-5):1-98.
3. Chiara VL, Sichieri R. (2001). Food consumption of adolescents. A simplified questionnaire for evaluating cardiovascular risk. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 77: 337-41.
4. Habitch JP (1974) Estandarizacion de métodos epidemiológicos cuantitativos sobre el terreno. *Bol Oficina Sanit Panam* 76: 375-84.
5. Kann L, Kinchen SA, Williams BI, Ross JG, Lowry R, Grunbaum JA, et al. (1999). Youth risk behavior surveillance – United States. *MMWR CDC Surveill Summ*; 49(SS05):1-96.
6. Kriska A, Caspersen C. (1997). Introduction to collection of physical activity questionnaires. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 29 (6): S5-S9.
7. Lohman TG, Roche AF, Martorell R. (1988). *Anthropometric Standardization Reference Manual*. Champaign, Illinois: Human Kinetics Books.
8. Monteiro CA, Moura EC, Jaime PC, Lucca A, Florindo AA, Figueiredo ICR, et al. (2005). Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por entrevistas telefônicas. *Rev Saúde Pública*; 39: 47-57.
9. United Nations Children's Fund. (2001). *The state of health behaviour and lifestyle of pacific youth*. Vanuatu report.

4 Características Sociodemográficas

INTRODUÇÃO

O processo saúde/doença de uma população está diretamente relacionado com os processos sociais que estruturam a sociedade. Este argumento, mais do que conhecido na literatura, se baseia na discussão sobre os determinantes sociais na agenda da promoção em saúde¹.

Os resultados, que ora são apresentados, servem de material para o desenho de políticas públicas, em concordância com a orientação de atuar na redução das iniquidades em matéria de saúde através da intervenção nos seus determinantes sociais.

O foco instrumental é justificado pela necessidade da apreensão da saúde do escolar para a elaboração de intervenções políticas e práticas profissionais que elejam alternativas viáveis para o fortalecimento de fatores de proteção decisivos no desenvolvimento do processo saúde/doença do adolescente carioca.

A observação das características socioeconômicas investiga qual o cenário sociofamiliar no qual germina o material que constitui os preditores de saúde deste segmento e que, provavelmente, contribuirão para a compreensão do desenvolvimento tanto de fatores de proteção, quanto de risco, principalmente no que tange às Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT).

No que se refere às desigualdades em saúde, a mortalidade e morbidade são as categorias que vão retratar as condições de saúde dos indivíduos de determinado grupo social. E, os resultados da relação entre as condições socioeconômicas e saúde indicam que pessoas que vivem em circunstâncias de “desvantagem social” estão mais propensas ao adoecimento.

Neste trabalho abordou-se uma população específica, trata-se de uma amostra do total de adolescentes que frequentam a escola pública municipal do município do Rio de Janeiro²,

A partir da abordagem de alguns temas que permitam desenvolver conhecimento sobre os fatores comportamentais – de cunho mais individual – e fatores sociais – aqueles que estão mais relacionados ao grupo social – é possível caracterizar os preditores em saúde e se adiantar no desenho de práticas e políticas.

Tal perspectiva é necessária para romper com a construção típica ideal do jovem das grandes metrópoles urbanas, mergulhado num rio de informações e tecnologias que parecem fortalecer a fantasia de invulnerabilidade, própria dos verdes anos.

1. WHA 62. Réduire les inégalités en matière de santé par une action sur les déterminants sociaux de la santé. Genève, mai 2009.

2. No ano de 2009 foram contabilizados 705 659 matrículas na rede municipal de ensino distribuídas entre Educação Infantil e Ensino Fundamental.

ANÁLISE DE RESULTADOS: CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS

PERFIL DOS ESCOLARES

No caso do Rio de Janeiro, dos 78.260 estudantes do 9º ano, a maioria está matriculada no ensino público 76,6%, fato que se confirma também nas demais principais capitais do país reforçando a educação, como principal instituto da democracia e um direito a ser oferecido pelo Estado.

Alunos do 9º ano nas 12 principais capitais na educação pública - 2009

12 PRINCIPAIS CAPITALS	TOTAL	ED PÚBLICA	%
Belém	18 491	14 270	77,2
Belo Horizonte	32 699	26 587	81,3
Brasília	30 094	22 957	76,3
Curitiba	25 388	21 079	83,0
Fortaleza	39 226	27 594	70,3
Goiânia	20 918	14 668	70,1
Manaus	27 228	24 231	89,0
Porto Alegre	12 469	9 096	72,9
Recife	24 160	17 618	72,9
Rio de Janeiro	78 260	59 952	76,6
Salvador	27 268	23 295	85,4
São Paulo	174 655	145 950	83,6

Fonte: IBGE / PENSE, 2009

No caso deste monitoramento, os escolares matriculados no 9º ano do segundo ciclo do Ensino Fundamental foram representados por uma amostra (n = 1.642) próxima a que foi extraída no ano de 2003, quando foi de 1.699 alunos.

A proporção dos alunos que estão entre 14 e 15 anos, idade adequada para o ano escolar, decresceu em relação ao ano de 2003, ocasião do monitoramento anterior, passando de 72% para 69%.

E uma fração considerável dos alunos – 28% – está entre 16 e 18 anos, atrasados no percurso escolar e, em alguns casos, sobrepondo à entrada no mercado de trabalho – a partir dos 16 anos é permitido o trabalho de adolescentes – fator que pode ter impacto na escolarização destes alunos.

Seguindo a mesma estrutura demográfica do município, as meninas compõem a maioria (55%) dos escolares. De acordo com a Pesquisa Nacional de Amostra por domicílios – PNAD 2007 para o Rio de Janeiro, as mulheres compõem 53% da população carioca. Ainda de acordo com esta PNAD os brancos respondem por 57,9% do total, na amostra dos escolares, a proporção de brancos é de 34,5%, sendo maior a frequência de pretos e mestiços 59,6%.

Da **tabela de bens de consumo** – TV, geladeira, fogão, microondas, telefone fixo, DVD, computador, carro, moto, banheiro dentro de casa e empregada durante 5 dias na semana – para aqueles bens indispensáveis ao domicílio (a TV, a geladeira e o fogão) mais de 99% dispõem de cada um deles. Contudo, quando os bens são: carro, moto, microondas – para cada um, tem acesso no domicílio menos de 50% dos entrevistados.

Dos 11 itens citados, 80% tem pelo menos 8 no domicílio, conforme visualizado na **tabela** seguinte.

Escore de bens no domicílio

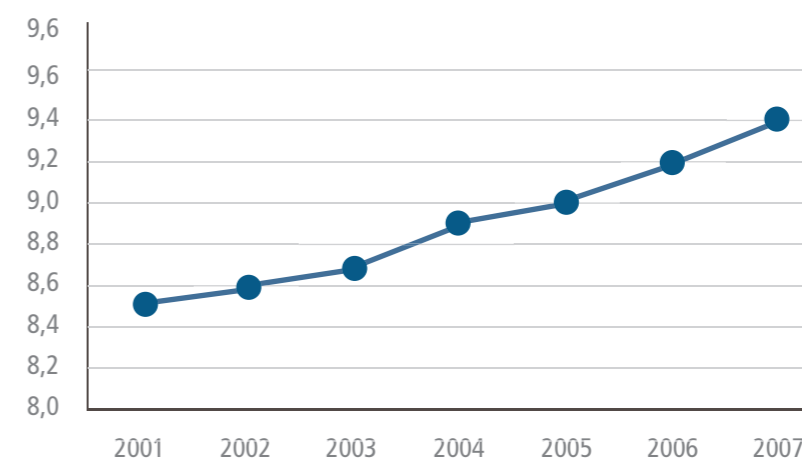
NÚMERO DE BENS	%
3	0,2
4	3,5
5	9,7
6	20,1
7	24,1
8	21,8
9	15,0
10	3,3
11	0,4
Sem informação	1,9
TOTAL	100,0

Fonte: INAD

ESCOLARIDADE DA MÃE

O nível de escolaridade da população é indicador do desenvolvimento da sociedade, bem como a escolaridade da mãe, assim como a do responsável do domicílio, influencia no rendimento escolar dos filhos. Nos primeiros anos deste século, houve um aumento de quase 1 ano na média de anos de estudo do carioca.

Média de anos de estudo da população carioca com 10 anos e mais, 2001 - 2007



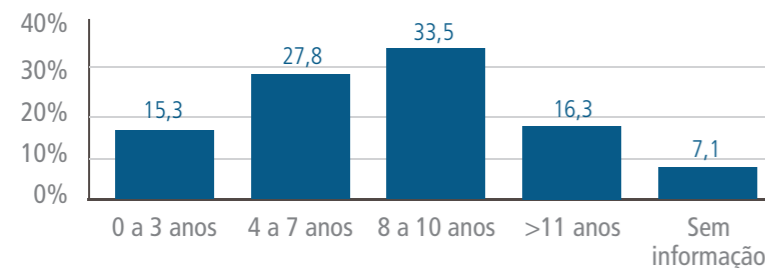
Fonte: PNAD, 2001 - 2007

A proporção de discentes das escolas municipais cujas mães não chegaram a concluir o Ensino Fundamental é de 43,1%, no outro extremo, 16,3% tem 11 anos ou mais de estudo, o que corresponde ao Ensino Médio Completo no caso de 11 anos de estudo ou Ensino Superior incompleto ou completo (mais de 11 anos). A maior frequência está entre 8 e 10 anos de estudo, ou seja, 33,5%, cerca de 1/3 das mães dos alunos não completaram o Ensino Médio.

A média de anos de estudo das mães é 6,9. Além de ser inferior do que a média de anos de estudo do total da população em 2007 (9,4), é ainda inferior à média para o total da população no início deste século (8,5).

Se a pouca escolarização das mães indica o pouco investimento em educação, que pode se repetir no caso dos filhos, o fato de pelo menos 1/3 delas ter passado pela educação pública municipal com êxito, também informa que elas vivenciaram a política de educação do município, portanto, é necessário investir no fortalecimento da relação da família com a escola.

Proporção de escolares da escola municipal do Rio de Janeiro, por nível de escolaridade da mãe



PESSOA DE REFERÊNCIA NA FAMÍLIA

Claro que as configurações familiares são muitas hoje em dia, ultrapassando um único modelo, e, em certas ocasiões a não presença do pai não significa, necessariamente, a vulnerabilidade social de uma família. No município do Rio, de acordo com a PNAD 2007, 41,5% das pessoas de referência da família eram mulheres.

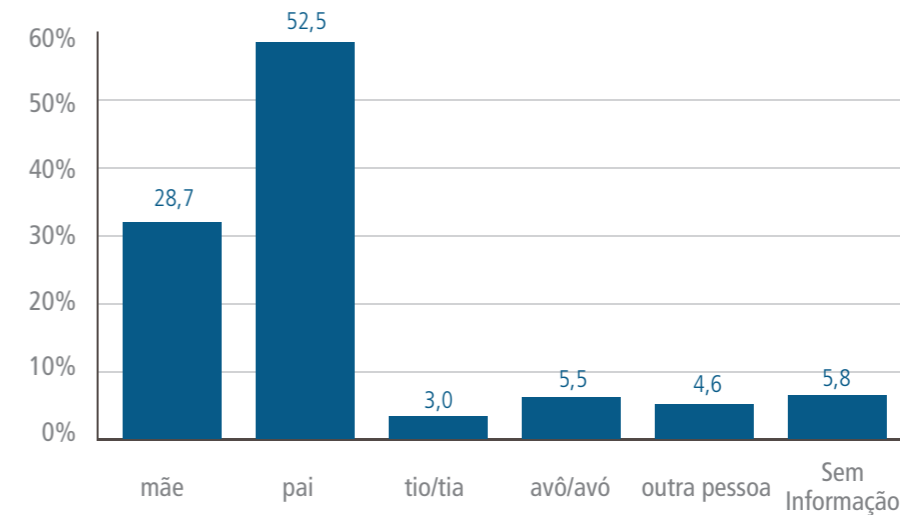
Mas, no caso de famílias com poucos recursos para o investimento educacional dos filhos, a falta da presença paterna pode significar menor possibilidade de investimento de recursos financeiros e de investimento de tempo para acompanhar o cotidiano escolar dos filhos.

De acordo com Berquó (2002) as chefias femininas sem marido e com filhos são as mais pobres³, o que torna o Ensino Fundamental, considerado pelos organismos internacionais como um dos pilares do desenvolvimento humano, a principal possibilidade de mobilidade social e, portanto, de escapar de uma situação de vulnerabilidade social.

O papel de mãe é realmente fundamental na família dos alunos estudados, não só porque se trata de uma função culturalmente importante para o desenvolvimento da estrutura psíquica dos seus filhos, mas porque, no caso da investigação em tela, mais do que a função comum a todas as mães, em 28,7% dos casos, ela é a responsável pela família, e, 35,3% dos alunos contam apenas com a presença da mãe no domicílio.

3. Berquó, E. Perfil demográfico das chefias femininas no Brasil. In Gênero, democracia e sociedade brasileira. Ed. 34, SP, 2002

Proporção de escolares da escola municipal do Rio de Janeiro, por responsável pela família



PRESEÇA DOS PAIS NA RESIDÊNCIA

Pouco mais da metade dos escolares do município do Rio de Janeiro (52,9%) convivem com pai e mãe, não muito diferente dos resultados obtidos da PeNSE⁴ (2009), na qual, considerando as capitais do país, 58,3% dos escolares viviam com pai e mãe. As famílias monoparentais são formadas com mais frequência pelas mães (35,3%). No caso dos pais, 5,2% apenas é o responsável sozinho pela educação dos filhos.

INTERSEÇÃO FAMÍLIA - ESCOLA

A influência da família no percurso escolar de suas crianças e adolescentes já é objeto de estudo há algum tempo e, a partir da década de 80, uma nova perspectiva de análise evidencia as estratégias familiares para o acompanhamento do cotidiano dos filhos na escola, ultrapassando os estudos sociológicos que até a década 70 destacavam o predomínio da origem social nas oportunidades escolares.

Numa outra perspectiva, a análise das estratégias estabelecidas na relação família – escola permite destacar algumas “práticas educativas” familiares. De acordo com Nogueira (2005)⁵ trata-se do desenvolvimento de uma perspectiva de análise que permite a compreensão das estratégias familiares mais preditoras do futuro escolar dos seus filhos do que a estruturante origem social.

A vivência das particularidades, no âmbito privado, é o que objetiva a realidade, ou as condições reais que estruturam as relações sociais, e a necessidade que o sujeito desperta de superar tais condições objetivas é o que confere dinâmica à realidade social (Sartre⁶, 1979).

4. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). IBGE, 2009.

5. Nogueira, MA. A relação família-escola na contemporaneidade: fenômeno social/interrogações sociológicas. Análise Social, vol. XL (176), 2005, 563-578

6. Sartre, JP. Questão de Método. DIFEL : SP, 1979

Não fosse assim, Machado de Assis jamais teria saído da condição objetiva de filho de pintor de paredes e lavadeira, agregado, portador de necessidades especiais, posteriormente órfão, analfabeto até os 12 anos de idade e vendedor de doces na mesma idade, para a condição histórica de primeiro presidente da Academia Brasileira de Letras.

A mãe de Machado de Assis fora trabalhar como doceira numa escola, a mesma, na qual o então menino de futuro histórico improvável vendia doces e onde deu início a paixão pelas letras..

Sob o enfoque da relação da família com a escola foram destacadas algumas práticas que evidenciam a atenção e a presença da família na vida do escolar.

De acordo com a **tabela** seguinte, na maior parte das vezes as famílias sabem onde seus filhos estão, embora um pouco mais preocupadas com as meninas, já que em 60,4% as famílias delas sabem onde elas estão na maior parte das vezes ou sempre, e 52,2% no mesmo caso para os meninos.

A preocupação dos pais em relação ao conhecimento dos lugares frequentados pelos filhos aumenta em 7 pontos percentuais entre o primeiro e terceiro tercil no escore de bens, e em 14 pontos percentuais entre o primeiro e terceiro tercil de escolaridade da mãe.

Do total de alunos entrevistados, mais de ¼ já faltou aula sem a permissão dos pais. E, a presença da mãe em pelo menos uma refeição em cinco ou mais dias é relatado por 57% alunos, não diferindo muito dos resultados encontrados pela PeNSE para as capitais do país onde foi verificado que 62,6% dos escolares costumavam fazer cinco ou mais refeições na semana com a presença da mãe ou responsável.

Presença da família na vida do aluno do 9º ano das escolas públicas municipais, segundo sexo, escore de bens e escolaridade da mãe

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	FAMÍLIA SABIA ONDE ESTAVA (NA MAIOR PARTE DAS VEZES + SEMPRE)	NUNCA FALTOU AULA SEM PERMISSÃO	MÃE PRESENTE EM PELO MENOS UMA REFEIÇÃO EM 5 OU MAIS DIAS DA SEMANA
SEXO			
masculino	52,2	73,3	58,1
feminino	60,4	71,9	56,2
ESCORE DE BENS			
terço 1	55,0	73,2	55,4
terço 2	55,4	70,9	57,4
terço 3	62,1	74,5	57,3
ESCOLARIDADE DA MÃE			
terço 1	50,1	71,9	56,2
terço 2	55,2	68,7	55,6
terço 3	64,3	76,5	59,1
TOTAL	56,8	72,5	57,0

A aproximação entre as esferas da escola e da família já está legitimada como necessária não só para o aproveitamento do background familiar no percurso educacional das crianças, mas principalmente para o estímulo à participação e controle social, além de ser uma ponte para a garantia de direitos sociais na busca da consolidação da cidadania.

Para isso é necessário o conhecimento da vida familiar, motivo este que conduziu à complexificação do ambiente escolar que, cada vez mais se equipa para oferecer suporte não só ao educando, como também às suas famílias através da inclusão em programas de Assistência Social e Saúde.

O desenvolvimento dos estudos das relações entre família e escola apontou para uma ampliação das possibilidades de troca, numa perspectiva de aproximação de ambas as esferas. A escola deve poder contar com o apoio e suporte da família nas atividades pedagógicas, enquanto a família encontra na escola canais de acesso aos direitos sociais e a possibilidade de exercício do controle social, não somente em relação às questões de educação, como também de Assistência Social, de Justiça da Infância e Juventude, e, o que interessa neste estudo – questões relativas à saúde.

Para Sartre (1979) é, também, através da experiência familiar que a criança vive a “paisagem coletiva que a circunda” e, até mesmo sua origem social lhe é revelada por esta vivência. Contudo, as possibilidades de síntese de sua própria história, que lhes são expostas ainda neste período, serão dadas de acordo com as escolhas estruturadas pela origem social.

As práticas e estratégias das famílias com relação à saúde dos escolares podem ser consideradas preditoras de escolhas - saudáveis ou não - assumidas na adolescência e que podem persistir no decorrer de toda a vida.

Por fim, o reconhecimento de que desvantagens sociais e em saúde, agravadas em função da dificuldade de acesso aos serviços e equipamentos de saúde pública, torna urgente não só o entendimento da realidade das famílias, mas também da intervenção pública naquelas condições que comprometem a saúde da população.

BIBLIOGRAFIA

- Berquó Berquó, E. Perfil demográfico das chefias femininas no Brasil. In Gênero, democracia e sociedade brasileira. Ed. 34, SP, 2002
- WHO. Young People's health in context - health Behaviour in School-aged children (HBSC) study: international report from the 2001/2002. (Survey. Health Policy for Children and Adolescents, No. 4) : Edited by Candance Currie [et al]. 2004
- Sartre, JP. Questão de Método. Difel, SP, 1979
- Nogueira, MA. A relação família-escola na contemporaneidade: fenômeno social/interrogações sociológicas. *Análise Social*, vol. XL (176), 2005, 563-578
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – IBGE – RJ, 2009.
- www.armazemdedados.rio.rj.gov.br

5 Consumo e Comportamento Alimentar

INTRODUÇÃO

Evidências científicas têm demonstrado que hábitos alimentares e estilo de vida inadequados podem ser fatores de risco para diversas doenças crônicas não transmissíveis, que atualmente são extremamente relevantes no cenário epidemiológico mundial, tendo sua origem em idades cada vez mais precoces (WHO, 2003).

Neste contexto, a adolescência merece particular atenção, uma vez que é um período marcado por intensas transformações e constituição de hábitos alimentares e estilo de vida, que são influenciados principalmente pelo meio sociocultural e pela família (Campagna & Souza, 2006). Os hábitos adquiridos nesta fase tendem a permanecer na vida adulta, e podem determinar um maior ou menor risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (WHO, 2003).

Estudos conduzidos em diferentes cidades do país têm evidenciado hábitos alimentares pouco saudáveis entre os adolescentes, caracterizados pelo alto consumo de alimentos ricos em gorduras, açúcares e sódio e baixo consumo de frutas e hortaliças (Nunes *et al.* 2007; Castro *et al.*, 2008; Neutzling *et al.*, 2010). Este padrão alimentar parece ser influenciado pelo nível socioeconômico das famílias, sendo mais freqüentemente observado entre adolescentes de maior nível socioeconômico (Neutzling *et al.*, 2007; Nunes *et al.*, 2007).

Comportamentos alimentares não saudáveis, como a substituição das principais refeições por lanches rápidos e ausência do hábito de realização do desjejum também têm sido observados entre os adolescentes brasileiros (Estima *et al.*, 2009). Estudos demonstram associação positiva entre realizar refeições com a família e ingestão de alimentos saudáveis e associação inversa entre este comportamento e a ocorrência de excesso de peso (Videon & Manninga, 2003; Patrick & Nicklas, 2005; Fitzpatrick *et al.*, 2007). Apontam, ainda, associação positiva do hábito de comer em frente à televisão com dietas menos saudáveis e com excesso de peso (Fitzpatrick *et al.*, 2007; Coon *et al.*, 2001).

O objetivo deste capítulo é descrever características de consumo e de comportamento alimentar de adolescentes das escolas municipais da cidade do Rio de Janeiro, bem como examinar a associação dessas características com fatores sociodemográficos.

INDICADORES UTILIZADOS

A descrição do consumo alimentar dos adolescentes foi realizada utilizando-se a frequência alimentar semanal de doze alimentos ou preparações: feijão, salada crua, hortaliças e legumes cozidos (exceto batata e aipim), frutas ou saladas de frutas, leite, doce ou bala, refrigerante, biscoito doce, biscoito salgado, batata frita, salgado frito e embutidos. Os cinco primeiros foram considerados alimentos marcadores de alimentação saudável e os sete últimos, marcadores de alimentação não saudável. Esta divisão foi baseada nas recomendações nutricionais para prevenção de doenças não transmissíveis, que levam em conta a densidade energética e quantidade de gordura, sal, açúcar, fibras e micronutrientes nos alimentos (WHO, 2003). Esta divisão baseou-se também em evidências que sugerem a associação dessas variáveis com fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis (Agudo *et al.*, 2007; Dauchet *et al.*, 2006; WHO, 2003). Com base na frequência de consumo desses alimentos, foi construído o indicador que expressa a proporção de alunos que consomem regularmente (em pelo menos 5 dias da semana) cada um dos alimentos selecionados (Castro *et al.*, 2008).

Para descrever o comportamento alimentar, foram construídos indicadores que expressassem hábitos que têm se mostrado associados a doenças crônicas não transmissíveis (Videon & Manninga, 2003; Patrick & Nicklas, 2005; Fitzpatrick et al., 2007), a saber: realizar o desjejum; realizar as três principais refeições; contar com a presença da mãe ou responsável em pelo menos uma refeição diária (em pelo menos cinco dias da semana), comer enquanto assiste à televisão ou estuda (em pelo menos três dias da semana).

Os indicadores sociodemográficos bem como os demais aspectos metodológicos deste estudo estão descritos nos capítulos III e IV desta publicação.

RESULTADOS E COMENTÁRIOS

O perfil de consumo alimentar observado entre os adolescentes estudados não atende ao preconizado pela Organização Mundial de Saúde nem pelo Ministério da Saúde (WHO, 2003; Brasil, 2006), uma vez que encontramos consumo inferior ao desejável para os marcadores de alimentação saudável e consumo superior ao desejável para os marcadores de alimentação não saudável.

Quanto ao consumo de marcadores de alimentação saudável verificou-se que, com exceção do feijão, consumido em cinco ou mais dias na semana por 4 de cada 5 alunos, todos os demais alimentos eram consumidos freqüentemente (≥ 5 dias na semana) por menos da metade dos adolescentes (**Gráfico 1, Tabela 1**). Ressalte-se, ainda, que mais de 25% dos jovens não havia consumido leite, frutas, salada crua, legumes e verduras cozidas em nenhum dos sete dias que antecederam o estudo, com destaque para salada crua, que não foi consumida em nenhum dia da semana por quase metade dos adolescentes (**Gráfico 1**).

Gráfico 1. Frequência (%) de consumo de alimentos marcadores de alimentação saudável nos sete dias que antecederam o estudo. Alunos de último ano da rede municipal de ensino fundamental do Rio de Janeiro-RJ, 2007.

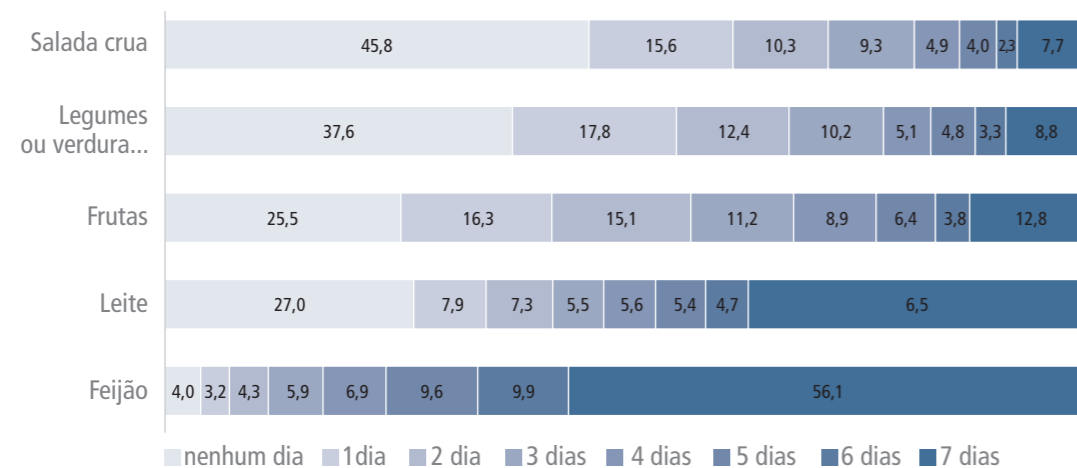


Tabela 1. Frequência (%) de consumo regular (≥ 5 dias na semana) de alimentos marcadores de alimentação saudável segundo variáveis sociodemográficas. Alunos de último ano da rede municipal de ensino fundamental do Rio de Janeiro-RJ, 2007.

VARIÁVEIS SOCIO-DEMOGRÁFICAS	FEIJÃO	LEITE	FRUTAS	LEGUMES E VERDURAS COZIDAS	SALADA CRUA
SEXO					
masculino	83,3*	54,3*	22,0	15,6	12,2*
feminino	69,7	40,8	23,7	17,7	15,8
ESCORE DE BENS					
terço 1	78,0	43,5	21,9	16,8	12,6
terço 2	75,2	47,3	22,3	17,5	14,9
terço 3	73,2	51,8	25,8	15,2	16,4
ESCOLARIDADE DA MÃE					
terço 1	77,3	42,1	22,6	18,3*	13,5
terço 2	75,0	44,6	21,4	13,6	13,0
terço 3	74,9	53,1	24,7	18,2	16,0
ESCOLARIDADE DO CHEFE DA FAMÍLIA					
terço 1	77,2	42,2	23,3	14,9	13,8
terço 2	75,3	46,9	23,6	17,1	14,8
terço 3	76,6	50,9	22,1	18,3	14,1
TOTAL (%)	75,7	46,6	22,9	16,8	14,2

*p<0,05

Com relação aos marcadores de alimentação não saudável, chama a atenção o fato de doces/ balas e refrigerantes serem consumidos em cinco ou mais dias na semana por mais de 40%, biscoito doce por mais de 30%, biscoito salgado e hambúrguer e similares por mais de 20% dos adolescentes (**Gráfico 2 e Tabela 2**). Além disso, constatou-se que mais de 20% dos jovens relataram ter consumido doces/balas e refrigerantes em todos os dias da semana anterior à pesquisa (**Gráfico 2**).

Gráfico 2. Frequência (%) de consumo de alimentos marcadores de alimentação não saudável nos sete dias que antecederam o estudo. Alunos de último ano da rede municipal de ensino fundamental do Rio de Janeiro-RJ, 2007.

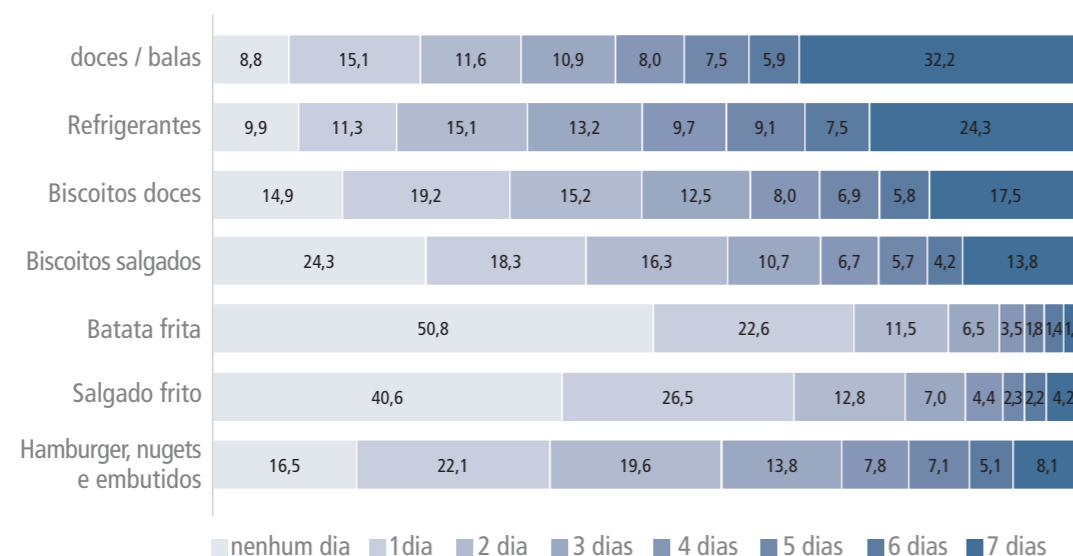


Tabela 2. Frequência (%) de consumo regular (≥ 5 dias na semana) de alimentos marcadores de alimentação não saudável segundo variáveis sociodemográficas. Alunos de último ano da rede municipal de ensino fundamental do Rio de Janeiro-RJ, 2007.

VARIÁVEIS SOCIO-DEMOGRÁFICAS	DOCES/ BALAS	REFRIGERANTE	BISCOITO DOCE	BISCOITO SALGADO	BATATA FRITA	SALGADO FRITO	HAMBURGER, NUGGET E EMBUTIDOS
SEXO							
masculino	39,7*	39,0*	30,3	21,0*	4,9	7,9	18,6
feminino	50,1	42,0	30,1	25,9	5,0	9,2	21,6
ESCORE DE BENS							
terço 1	41,3*	34,2*	29,6	21,6	2,7*	7,8	18,8
terço 2	46,8	39,2	29,7	24,4	4,8	9,1	20,2
terço 3	49,0	54,2	31,8	24,5	7,8	7,7	22,4
ESCOLARIDADE DA MÃE							
terço 1	47,4	39,3	30,5	24,0	4,1	9,6	20,7
terço 2	43,2	41,3	29,1	25,6	5,7	10,1	21,3
terço 3	45,8	41,3	31,0	21,8	5,0	6,4	19,0
ESCOLARIDADE DO CHEFE DA FAMÍLIA							
terço 1	47,2	40,1	28,6	22,4	4,7	8,0	22,7
terço 2	46,1	39,8	28,7	24,8	5,5	12,0	17,7
terço 3							
TOTAL (%)	45,5	40,7	30,2	23,7	5,0	8,6	20,3

*p<0,05

Diferenças por gênero no consumo de marcadores de alimentação saudável e não saudável foram observadas neste estudo. Similarmente a estudos prévios (Neutzling et al., 2010), os meninos apresentaram perfil mais saudável de consumo alimentar que as meninas. Foram observadas maiores proporções de consumo freqüente de feijão e de leite e menores proporções de consumo freqüente de doce/bala, de refrigerante e de biscoito salgado entre meninos quando comparados às meninas (diferenças estatisticamente significativas). Elas, por sua vez, só tiveram vantagem em relação ao consumo de saladas cruas (Tabelas 1 e 2).

No Brasil, foi realizada em 2009 a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PeNSE, na qual foram estudados adolescentes de escolas públicas e privadas das capitais brasileiras e do Distrito Federal (IBGE, 2009). Nela foram utilizados indicadores similares aos do presente estudo, tendo sido evidenciado, de forma geral, um perfil de consumo alimentar semelhante ao aqui descrito: altas proporções de adolescentes com consumo freqüente (≥ 5 dias/semana) de marcadores de alimentação não saudável (guloseimas: 50,9%, refrigerantes: 37,2%, embutidos: 18%, biscoitos salgados: 36,2%, biscoitos doces: 33,6% e salgadinhos fritos: 12,5%), e proporções aquém das desejadas de consumo freqüente de marcadores de alimentação saudável (feijão: 62,6%, hortaliças cozidas: 15,0%, hortaliças cruas: 29,7%, frutas in natura: 31,5% e leite: 53,6%).

Cabe ressaltar, por outro lado, que quando comparados os intervalos de confiança da média de consumo das capitais brasileiras e Distrito Federal com os obtidos neste estudo (dados não apresentados), observamos algumas diferenças em relação a alguns alimentos: maior proporção de adolescentes cariocas consumia freqüentemente feijão, guloseimas, biscoito doce, biscoito salgado e salgado frito e menor proporção deles consumia freqüentemente leite e frutas. Estas diferenças podem estar relacionadas ao fato de que, na PeNSE, além de possíveis variações regionais, foram estudados alunos de escolas privadas e não apenas alunos da rede pública municipal de ensino, como no presente estudo.

Comparando, agora, nossos resultados com os da PeNSE (IBGE, 2009) em relação à diferenças observadas entre meninos e meninas, podemos verificar que o padrão de consumo alimentar foi semelhante entre meninos e meninas nos dois estudos, com exceção do consumo de refrigerante, que foi ligeiramente superior nos meninos estudados na PeNSE.

Sistemas de monitoramento da saúde do adolescente com base em inquéritos similares a este estudo têm sido realizados em outros países. No entanto, a comparação dos resultados aqui evidenciados com esses outros inquéritos deve ser feita com cautela, tendo em vista as diferenças observadas em relação à faixa etária dos adolescentes, aos instrumentos utilizados e aos indicadores construídos.

O *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC), sistema de monitoramento de países da Europa, evidenciou que, em 2005-2006, 30% dos adolescentes com 15 anos de idade consumiam fruta regularmente (pelo menos uma vez por dia), sendo esta prática mais recorrente entre as meninas. O consumo regular de refrigerantes foi observado em 28% dos alunos (subgrupo com 15 anos de idade), sendo mais freqüente entre os meninos (WHO, 2008). Comparando estes resultados com o do nosso estudo, verifica-se que há diferença no consumo destes alimentos segundo o gênero. Nos adolescentes do Rio de Janeiro não evidenciamos diferença entre os sexos para o consumo de fruta e em relação ao refrigerante, registramos maior consumo entre as meninas.

Resultados semelhantes ao descrito acima para o HBSC foram registrados pelo *Youth Risk Behavior Surveillance System* (YRBSS), sistema de monitoramento desenvolvido nos Estados

Unidos. No ano de 2009, entre os adolescentes americanos, 33,9% consumiam frutas ou suco natural de frutas pelo menos duas vezes por dia e 29,2% consumiam refrigerantes diariamente. Em ambos os casos, o consumo foi maior entre os meninos (CDC, 2010). Também aqui observamos diferenças em relação aos adolescentes cariocas, que apresentaram consumo freqüente de refrigerante mais recorrente entre as meninas e ausência de diferença entre os gêneros no consumo de fruta. Importante salientar que os indicadores criados na pesquisa do Rio de Janeiro mostram o consumo freqüente como sendo de cinco ou mais vezes na semana, e não no número de vezes por dia, como no YRBSS.

Examinando-se a prevalência dos indicadores de consumo alimentar segundo marcadores socioeconômicos (escore de bens, escolaridade da mãe e escolaridade do chefe da família) não se observou diferença estatisticamente significativa no consumo freqüente dos marcadores de alimentação saudável, com exceção de legumes e verduras cozidos, que apresentou menores proporções de consumo freqüente entre os alunos cujas mães se encontravam no terço intermediário de escolaridade (Tabela 1). Já para o consumo dos marcadores não saudáveis, verificou-se maior proporção de alunos com consumo freqüente de balas/doces, refrigerante e batata frita entre os terços mais elevados de escore de bens, sugerindo tendência de maior consumo destes alimentos entre os adolescentes de melhor poder aquisitivo (Tabela 2).

Em que pesem as diferenças metodológicas, estudos conduzidos em outras cidades brasileiras também têm descrito frequência elevada de hábitos alimentares não saudáveis entre os adolescentes de melhor condição socioeconômica. Semelhante ao observado nos adolescentes cariocas, Nunes *et al.* (2007) verificaram que o consumo de refrigerantes, doces e salgadinhos entre jovens de Campina Grande foi mais recorrente entre aqueles de classe econômica mais elevada. Em adolescentes de Pelotas também foi observado maior consumo de alimentos ricos em gordura entre os de maior nível socioeconômico (Neutzling *et al.*, 2007). Diferentemente dos resultados encontrados no presente estudo, tem sido verificado maior consumo de leite entre os de maior nível socioeconômico, e o inverso tem sido observado para o consumo de feijão (Neutzling *et al.*, 2010), frutas e hortaliças (Nunes *et al.*, 2007).

Quanto aos comportamentos alimentares descritos na literatura como saudáveis e associados ao menor risco de ocorrência de excesso de peso, observou-se que a maioria dos adolescentes realizava o desjejum e as três principais refeições e, ainda, contava com a presença da mãe ou responsável em pelo menos uma refeição do dia (em ≥ 5 dias/semana). Por outro lado, foi também muito frequente (70,3%) o hábito de comer assistindo televisão ou estudando (em pelo menos 3 dias na semana) (Tabela 3).

Também para os indicadores de comportamento alimentar, as meninas parecem estar em situação de maior risco quando comparadas aos meninos, uma vez que uma menor proporção delas realiza desjejum e as três principais refeições (Tabela 3). Comportamento semelhante em relação à menor proporção de realização de desjejum entre meninas foi observado entre adolescentes europeus de 11 a 15 anos de idade (WHO, 2008).

Em nosso estudo, não encontramos diferenças estatisticamente significativas quando comparamos as proporções de alunos observadas nos diferentes estratos dos indicadores socioeconômicos estudados (escore de bens, escolaridade da mãe, escolaridade do chefe da família) (Tabela 3). O mesmo não foi relatado por alguns autores, que observaram associação direta entre nível socioeconômico e hábito de realizar as refeições com os pais (Neumark-Sztainer *et al.*, 2003) e associação inversa entre nível socioeconômico e hábito de comer enquanto assiste televisão (Coon *et al.*, 2001).

Tabela 3. Frequência (%) de comportamentos alimentares segundo variáveis sociodemográficas. Alunos de último ano da rede municipal de ensino fundamental do Rio de Janeiro-RJ, 2007.

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	REALIZA O DESJEJUM	REALIZA AS 3 PRINCIPAIS REFEIÇÕES	PRESEÇA DA MÃE EM PELO MENOS UMA REFEIÇÃO (>=5 D/SEM)	COME VENDO TELEVISÃO OU ESTUDANDO (>=3D/SEM)
SEXO				
masculino	82,7*	78,0*	58,1	71,1
feminino	70,0	62,4	56,2	69,6
ESCORE DE BENS				
terço 1	78,0	72,2	55,4	67,4
terço 2	74,5	67,5	57,4	72,7
terço 3	74,5	68,9	57,3	70,1
ESCOLARIDADE DA MÃE				
terço 1	73,8	68,0	56,2	69,1
terço 2	77,7	69,5	55,6	69,1
terço 3	75,4	70,4	59,1	72,4
ESCOLARIDADE DO CHEFE DA FAMÍLIA				
terço 1	74,4	67,4	55,9	70,3
terço 2	78,0	70,1	56,8	68,1
terço 3	74,9	70,5	58,2	72,1
TOTAL (%)	75,6	69,3	57,0	70,3

*Diferenças estatisticamente significativas (p<0,05)

Em resumo, os resultados aqui apresentados revelam alta proporção de adolescentes com consumo freqüente de marcadores de alimentação não saudável, e baixa proporção de adolescentes com consumo habitual de marcadores de alimentação saudável, principalmente de frutas, legumes e verduras, estando as meninas mais expostas ao consumo alimentar inadequado e a comportamentos alimentares não desejáveis.

Esses dados apontam para necessidade de intensificação e ampliação das atividades de promoção da alimentação saudável, já desenvolvidas na rede municipal de ensino, em conformidade com as diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Brasil, 1999). É importante também que as intervenções dirigidas a este grupo abranjam aspectos relacionados tanto ao consumo quanto aos comportamentos alimentares.

BIBLIOGRAFIA

1. Agudo A, Cabrera L, Amiano P, Ardanaz E, Barricarte A, Berenguer T, et al. Fruit and vegetable intakes, dietary antioxidant nutrients, and total mortality in Spanish adults: findings from the Spanish cohort of the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC-Spain). *Am J Clin Nutr* 2007;85:1634-42.
2. Andrade RG, Pereira RA, Sichieri R. Consumo alimentar de adolescentes com e sem sobrepeso do município do Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica* 2003;19(5):1485-95.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira. Brasília, DF, 2006.

4. BRASIL. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
5. CAMPAGNA, V. N.; SOUZA, A. S. L. Corpo e imagem corporal no início da adolescência feminina. *Boletim de Psicologia*, São Paulo, v. 56, p. 9-35, 2006.
6. Castro IRR, Cardoso LO, Egstrom EM, Levy RB, Monteiro CA. Vigilância de fatores de risco para doenças não transmissíveis entre adolescentes: a experiência da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2008, Rio de Janeiro, 24(10):2279-88.
7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Department of health and human services. *Youth Risk Behavior Surveillance - United States*, 2009. Morbidity and Mortality Weekly Report v. 59, n.55-5, June, 2010.
8. Coon KA, Goldberg JG, Rogers BL, Tucker KL. Relationships between use of television during meals and children's food consumption patterns. *Pediatrics* 2001; 107(1):1-9.
9. Dauchet L, Amouyel P, Hercberg S, Dallongeville J. Fruit and vegetable consumption and risk of coronary heart disease: a meta-analysis of cohort studies. *J Nutr* 2006; 136:2588-93.
10. Estima CCP, Costa RS, Sichieri R, Pereira RA, Veiga GV. Meal consumption patterns and anthropometric measurements in adolescents from a low socioeconomic neighborhood in the metropolitan area of Rio de Janeiro, Brazil. *Appetite* 2009;52:735-39.
11. Fitzpatrick E, Edmunds LS, Dennison BA. Positive Effects of Family Dinner Are Undone by Television Viewing. *J Am Diet Assoc* 2007;107:666-671.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar- 2009. Rio de Janeiro, 2009.
13. Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, Story M, Croll J, Perry C. Family meal patterns: associations with sociodemographic characteristics and improved dietary intake among adolescents. *J Am Diet Assoc* 2003;103:317-322.
14. Neutzling MB, Araújo CLP, Vieira MFA, Hallal PC, Menezes AMB. Frequência de consumo de dietas ricas em gordura e pobres em fibra entre adolescentes. *Rev Saúde Pública* 2007; 41:336-42.
15. Neutzling MB, Assunção MCF, Malcon, MC, Hallal, PC, Menezes, AMB. Hábitos alimentares de escolares adolescentes de Pelotas, Brasil. *Rev Nutr* 2010;23(3):379-388.
16. Nunes MMA, Figueiroa JN, Alves JGB. Excesso de peso, atividade física e hábitos alimentares entre adolescentes de diferentes classes econômicas em Campina Grande (PB). *Rev Assoc Med Bras* 2007; 53:130-4.
17. PACHECO, S.S.M.. O hábito alimentar enquanto um comportamento culturalmente produzido. In: FREITAS, M.C.S.; FONTES, G.A.V.; OLIVEIRA, N. (org.). *Escritos e narrativas sobre alimentação e cultura*. Salvador: EDUFBA, 2008.
18. Patrick H, Nicklas TA. A Review of Family and Social Determinants of Children's Eating Patterns and Diet Quality. *Journal of the American College of Nutrition* 2005; 24(2): 83-92.
19. TORAL, N.; SLATER, B.; SILVA, M.V. Consumo alimentar e excesso de peso de adolescentes de Piracicaba, SP. *Revista de Nutrição* 2007;20(5):449-459.
20. Videon TM, Manning CK. Influences on adolescent eating patterns: the importance of family meals. *J Adolesc Health* 2003;32:365- 373.
21. World Health Organization/Food and Agriculture Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva: WHO; 2003 (WHO Technical Report Series, 916).
22. WHO. *Inequalities in young people's health*. Health Behaviour in School-aged Children International report from the 2005/2006 survey. Health policy for children and adolescents, n. 5, 2008.

Atividade física e atividades sedentárias de lazer 6



INTRODUÇÃO

A prática de atividade física apresenta diversos efeitos benéficos para saúde e qualidade de vida em todo o curso da vida (Guedes et al. 2001, Tassitano et al. 2008). Além de promover bem estar e socialização entre as pessoas, a atividade física diminui o risco de doenças cardiovasculares com a redução de fatores de risco como obesidade, hipertensão e diabetes tipo II (Bauman 2004, WHO 2004). A cada ano, mais de 1,9 milhões de pessoas morrem como resultado da falta de atividade física (WHO 2005).

Durante a adolescência há maior prevalência de alterações de pressão arterial, lipoproteínas plasmáticas e gordura corporal em indivíduos com menores níveis de prática de atividade física (Eisenmann 2004). Esses fatores de risco para doenças cardiovasculares, quando presentes na adolescência, têm grande possibilidade de se manterem na vida adulta (Srinivasan et al, 2002, De Ferranti, Osganian 2007, Gama et al. 2010). A realização de atividade física durante a adolescência pode contribuir para o desenvolvimento de uma vida adulta saudável com a redução da incidência de doenças crônicas (Hallal et al. 2006).

Enquanto a prática de atividade física é considerada fator de proteção para o excesso de peso, as atividades de lazer consideradas sedentárias, como assistir de TV, apresentam associação direta com a alteração do estado nutricional de adolescentes (Cardoso, 2009).

Embora seja reconhecida a importância da prática de atividade física como fator de proteção da saúde, em diversas partes do mundo, é baixa a frequência de adolescentes com níveis satisfatórios de atividade física e alta a frequência daqueles que despendem grande quantidade de tempo em atividades de lazer consideradas de baixo gasto energético (WHO 2008, Currie et al. 2008, Eaton et al. 2008, Hallal et al. 2010, Castro et al., 2008).

Frente à importância de conhecer os hábitos relacionados com a prática de atividade física, o objetivo deste capítulo é descrever algumas características relacionadas com a prática rotineira de atividade física e de lazer sedentário dos jovens que cursam o 9º período do ensino público fundamental da cidade do Rio de Janeiro.

INDICADORES UTILIZADOS

O nível de atividade física foi avaliado com base nas atividades físicas realizadas nos sete dias que antecederam o estudo, somando-se os tempos (em minutos) alocados em deslocamentos ativos para a escola (caminhada, ida de bicicleta), atividades físicas na escola (prática de educação física com e sem professor) e atividades físicas orientadas ou livres durante o tempo de lazer.

Para descrevê-lo, foram utilizados três indicadores:

- Inatividade física (0 minuto de atividade física nos sete dias que antecederam o estudo);
- Acúmulo de pelo menos 150 minutos de atividade física nos sete dias que antecederam o estudo (ponto de corte da recomendação mínima de atividade física semanal para a população em geral (adultos); e
- Acúmulo de pelo menos 300 minutos semanais de atividade física (ponto de corte da recomendação mínima de atividade física semanal para adolescentes).

As atividades sedentárias de lazer foram avaliadas com base no tempo alocado em frente a TV, videogame ou computador em um dia de semana comum. Foram construídos três indicadores. O primeiro visou a estimar a proporção de adolescentes que atendiam à recomendação da Organização Mundial da Saúde, qual seja, a de que o tempo diário em frente à TV deve ser inferior a duas horas (American Academy Pediatrics 2001):

- TV < 2 horas/dia

Os dois últimos buscaram estimar o tempo total diário alocado em frente a TV, videogame e computador ("screen time"). Para sua construção, foram somados os tempos (em horas) alocados em frente a esses três equipamentos.

A diferença entre eles são os pontos de corte adotados:

- TV, videogame e/ou computador ≥ 4 horas/ dia
- TV, videogame e/ou computador ≥ 6 horas/ dia

Todos esses indicadores foram avaliados segundo gênero e indicadores sociodemográficos (escore de bens, escolaridade da mãe e do chefe da família). A descrição dos indicadores sociodemográficos bem como os demais aspectos metodológicos deste estudo estão descritos nos capítulos III e IV desta publicação.

RESULTADOS E COMENTÁRIOS

O nível de atividade física observado entre os escolares estudados é inferior ao recomendado para adolescentes, uma vez que deve ser praticada pelo menos uma hora diária de atividade física moderada a vigorosa, ou se acumularem 300 minutos de atividade física por semana (Currie et al., 2008). Apenas um terço dos adolescentes foi considerado suficientemente ativo e 6% não praticavam qualquer tipo de atividade física. (**Tabela 1**)

De acordo com o primeiro inquérito realizado pelo sistema de monitoramento da saúde dos escolares da cidade do Rio de Janeiro, realizado em 2003, 8,6% dos adolescentes não realizavam qualquer tipo de atividade física e apenas 40,0% dos alunos alcançaram a recomendação mínima de atividade física para adolescentes (Castro et al., 2008).

Já segundo resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), realizada em 2009, observou-se que, para o conjunto dos adolescentes estudados em todas as capitais brasileiras e no Distrito Federal, a proporção de adolescentes considerados suficientemente ativos foi de 43,1% (IBGE 2009, Hallal et al. 2010).

Os níveis de atividade física do Rio de Janeiro são compatíveis com dados mundiais. Segundo o sistema de vigilância europeu de fatores de risco e de proteção comportamentais para DCNT Health Behavior in School-aged Children (HBSC), implantado em 41 países, apenas 20% dos adolescentes são considerados suficientemente ativos (WHO 2008). Já nos Estados Unidos, o Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS) constatou que um quarto dos adolescentes não praticava o tempo diário recomendado de atividade física (Eaton et al. 2008).

Enquanto as atividades físicas relacionadas ao estilo de vida ativo apresentam baixas frequências entre os jovens cariocas, as atividades sedentárias de lazer têm frequência elevada. Aproximadamente 80% ficam em frente da TV, vídeo ou computador por quatro horas ou mais por dia e 62% o fazem por seis horas ou mais. Considerado o indicador de proteção para um estilo de vida sedentário, apenas 14% dos jovens relataram hábito de assistir TV por período menor que duas horas por dia. (**Tabela 2**)

No estudo realizado no Rio de Janeiro em 2003, a frequência de atividade de lazer sedentária era inferior à observada em 2007. Aproximadamente 72% passavam pelo menos quatro horas do seu dia em frente à TV, videogame ou computador e 47,4% deles alocavam pelo menos seis horas por dia nessas atividades (Castro et al. 2008). Segundo a PeNSE, em torno de 80% dos escolares brasileiros assistiam TV por mais de duas horas por dia. (IBGE 2009, Hallal et al. 2010).

Embora seja diferente o ponto de corte adotado para a construção do indicador, é possível observar a elevada prevalência de atividades consideradas sedentárias entre os adolescentes americanos. Conforme o YRBSS 35,4% dos estudantes assistiam à TV e 24,9% utilizavam o computador ou videogame por três ou mais horas em um dia normal de atividades escolares (Eaton et al. 2008).

Os estudos sobre atividade física em adolescentes apresentam resultados similares aos nossos em relação à diferença de nível de prática de atividade física em função do gênero. Ao avaliar o indicador estilo de vida ativo por gênero observa-se que os meninos são mais ativos que as meninas (Tabela 1). A prevalência de adolescentes europeus ativos do sexo masculino é superior ao do sexo feminino (25 vs. 15%) (WHO 2008). Castro e colaboradores (2008) observaram no Rio de Janeiro que os meninos eram mais ativos que as meninas, particularmente em se tratando de atividades físicas mais intensas. Os índices de atividade física avaliados em nível nacional são superiores nos meninos (56,2%) em comparação às meninas (31,3%) (Hallal et al. 2010).

Embora o hábito de assistir TV, videogame e computador seja superior no sexo masculino, só é observada diferença estatisticamente significativa na categoria maior que quatro horas/dia (Tabela 2). Assistir televisão por duas horas ou mais por dia é um comportamento exibido por uma proporção similar de meninos e meninas (Hallal et al. 2010). No inquérito realizado pelo HBSC em 2005 e 2006 não houve diferença entre meninos e meninas no percentual de adolescentes que gastam mais de duas horas por dia assistindo à televisão (WHO 2008).

Dentre os aspectos sociodemográficos estudados, apenas o poder aquisitivo (estimado pelo somatório de bens e serviço) mostrou relação com as atividades de lazer sedentárias (TV vídeo e computador ≥ 4 ou ≥ 6 horas diárias), ou seja, os jovens do 1º terço (menos favorecidos) relatavam frequência menor dessas atividades, o que talvez seja explicado pelo menor acesso a estes bens nas famílias mais desfavorecidas economicamente (Tabela 2). Segundo o sistema de monitoramento europeu, os adolescentes de nível socioeconômico inferior passaram menos tempo assistindo à televisão (WHO 2008).

Resumidamente, o inquérito realizado com escolares do município do Rio de Janeiro em 2007 aponta elevada proporção de adolescentes fisicamente inativos e com atividades de lazer sedentárias. Desta forma, há necessidade de promoção de hábitos ativos para estes jovens com o estímulo aos espaços públicos e coletivos para prática de atividade física. Quanto maior for o tempo alocado pelo adolescente na realização de atividade física maior a possibilidade de redução das atividades de lazer sedentárias diárias.

Tabela 1. Frequência (%) de indicadores de atividade física, segundo sexo, escore de bens, escolaridade da mãe e escolaridade do chefe da família. Alunos de último ano da rede municipal de ensino fundamental do Rio de Janeiro. 2007.

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	INATIVO	ACUMULA PELO MENOS 150 MINUTOS DE ATIVIDADE FÍSICA/SEMANA	ACUMULA PELO MENOS 300 MINUTOS DE ATIVIDADE FÍSICA/SEMANA
SEXO			
masculino	2,3 *	73,2 *	46,4 *
feminino	8,6	52,4	20,4
ESCORE DE BENS			
terço 1	5,5	59,5	29,2
terço 2	6,2	62,1	31,8
terço 3	5,3	62,9	36,6
ESCOLARIDADE DA MÃE			
terço 1	6,1	56,6	28,2
terço 2	5,9	62,3	30,3
terço 3	5,5	65,1	36,1
ESCOLARIDADE DO CHEFE DA FAMÍLIA			
terço 1	6,0	58,7	28,5
terço 2	1,1	60,5	32,9
terço 3	1,2	64,8	33,7
TOTAL	5,8	61,5	31,7

* p ajustado <0,05

Tabela 2. Frequência (%) de atividades sedentárias (número de horas diárias de televisão (TV), vídeo-game e computador) segundo sexo, escore de bens, escolaridade da mãe e escolaridade do chefe da família. Alunos de último ano da rede municipal de ensino fundamental do Rio de Janeiro. 2007.

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	TV < 2 HORAS/DIA	TV +VIDEOGAME+ COMPUTADOR ≥ 4 HORAS/DIA	TV+VIDEOGAME+ COMPUTADOR ≥ 6 HORAS/DIA
SEXO			
masculino	14,4	82,9 *	65,6
feminino	14,7	78,1	60,2
ESCORE DE BENS			
terço 1	15,1	71,0 *	50,0 *
terço 2	14,4	83,5	66,5
terço 3	14,4	87,3	73,4
ESCOLARIDADE DA MÃE			
terço 1	13,4	79,3	60,3
terço 2	16,2	78,7	58,5
terço 3	14,1	82,3	68,3
ESCOLARIDADE DO CHEFE DA FAMÍLIA			
terço 1	14,6	78,2	59,7
terço 2	14,4	80,6	61,6
terço 3	14,7	81,8	66,1
TOTAL	14,5	80,2	62,6

* p ajustado <0,05

BIBLIOGRAFIA

1. American Academy Pediatrics. (2001). Children, Adolescents and Television. Committee on Public Education. *Pediatrics*, 107(2): 423-426.
2. Bauman AE. (2004). Updating the evidence that physical activity is good for health: an epidemiological review 2000-2003. *J Sci Med Sport*, 7(Suppl 1):6-19.
3. Biddle S, Cavill N, Sallis J. (1998). *Young and active? Young people and health-enhancing physical activity evidence and implications*. London.
4. Cardoso LO, Engstrom EM, Leite IC, Castro IRR. (2009). Fatores socioeconômicos, demográficos, ambientais e comportamentais associados ao excesso de peso em adolescentes: uma revisão sistemática da literatura. *Rev Bras Epidemiol*, 12(3):378-403.
5. Currie C, Gabhainn SN, Godeau E, Roberts C, Smith R, Currie D et al. (2008). *Inequalities in young people's health: HBSC international report from the 2005/2006 survey*. Copenhagen.
6. Castro IRR, Cardoso LO, Engstrom EM, Levy RB, Monteiro CA. (2008). Vigilância de fatores de risco para doenças não transmissíveis entre adolescentes: a experiência da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica*, 24(10):2279-2288.
7. De Ferranti SD, Osganian SK. (2007). Epidemiology of paediatric metabolic syndrome and type 2 diabetes mellitus. *Diabetes vasc di Res*, 4 (4): 285-96.
8. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Ross J, Hawkins J, et al. (2008). Youth Risk Behavior Surveillance -United States, 2007. *MMWR*, 57(supl 4);1-131.
9. Eisenmann JC. (2004). Physical activity and cardiovascular disease risk factors in children and adolescents: an overview. *Can J Cardiol*, 20:295-301.
10. Gama SR, Carvalho MS, Cardoso LO, Chaves CR, Engstrom EM. (2010) Prevalência e Incidência de Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares em Coorte de Crianças Atendidas em Unidade Básica de Saúde: metodologia e resultados preliminares. *Cad Saude Publica*, (no prelo)
11. Guedes D P, Guedes JERP, Barbosa DS, Oliveira J A. (2001). Níveis de prática de atividade física habitual em adolescentes. *Rev Bras Med Esporte*, 7(6):87-199.
12. Hallal PC, Victora CG, Azevedo MR, Wells JC. (2006). Adolescent physical activity and health: a systematic review. *Sports Med*, 36:1019-1030.
13. Hallal PC, Knuth AG, Cruz DKA, Mendes M I, Malta DC. (2010). Prática de atividade física em adolescentes brasileiros. *Ciênc saúde coletiva*, 15(Supl. 2):3035-3042.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2009). *Pesquisa Nacional de Saúde Escolar*. Rio de Janeiro.
15. Srinivasan SR, Myers L, Berenson GS. (2002). Predictability of childhood adiposity and insulin for developing insulin resistance syndrome (syndrome X) in young adulthood: the Bogalusa Heart Study. *Diabetes*, 51:204-209.
16. Tassitano RM, Bezerra J, Tenório MCM, Colares V, de Barros MVG, Hallal PC. (2007). Atividade Física em adolescentes brasileiros: revisão sistemática. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum*, 9(1):55-60.
17. World Health Organization (WHO). (1999). *Measurement of adolescent development: environmental, contextual and protective factors*. Geneva.
18. World Health Organization (WHO). (2004). *Global strategy on diet, physical activity and health*. Geneva.
19. World Health Organization (WHO). (2005). *Preventing Chronic Diseases a vital investments*. Geneva.
20. World Health Organization (WHO). (2008). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2005/2006 survey*. Copenhagen.

Consumo de cigarros, álcool e drogas ilícitas / segurança 7



INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase de mudanças (biológicas, culturais, emocionais) o que pode aumentar a suscetibilidade para a experimentação/consumo de drogas ou para o envolvimento em situações de violências e acidentes.

Este capítulo tem a finalidade de apresentar os indicadores utilizados no monitoramento da saúde do escolar - 2007 para o uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas, além dos relacionados à segurança.

INDICADORES UTILIZADOS

- % EXPERIMENTAÇÃO DE CIGARRO
número de escolares que declararam ter em alguma vez na vida experimentado fumar cigarro (mesmo uma ou duas tragadas) / total de escolares *100.
- % EXPERIMENTAÇÃO PRECOCE DE CIGARRO
número de escolares que declararam ter experimentado cigarro pela primeira vez com menos de 12 anos de idade / total de escolares que experimentaram cigarro *100.
- % CONSUMO ATUAL DE CIGARRO
número de escolares que declararam ter fumado nos últimos 30 dias referentes à pesquisa, independente da quantidade / total de escolares *100.
- % PAIS (OU RESPONSÁVEIS) FUMANTES
número de escolares que declararam que pelo menos um dos pais (ou responsáveis) era fumante / total de escolares *100.
- % EXPERIMENTAÇÃO DE BEBIDA ALCOÓLICA
número de escolares que declararam ter em alguma vez na vida experimentado bebida alcoólica como, por exemplo: cerveja, chopp, vinho, vodkaiç, cachaça/ pinga, vodka, uísque, batida, caipirinha etc. / total de escolares *100. (A ingestão de bebidas alcoólicas não inclui tomar alguns goles de vinho para fins religiosos)
- % EXPERIMENTAÇÃO PRECOCE DE BEBIDA ALCOÓLICA
número de escolares que declararam ter experimentado bebida alcoólica pela primeira vez com menos de 12 anos de idade / total de escolares que experimentaram bebida alcóolica *100.
- % CONSUMO ATUAL DE BEBIDA ALCOÓLICA
número de escolares que declararam ter ingerido bebida alcoólica nos últimos 30 dias referentes à pesquisa, independente da quantidade / total de escolares *100.
- % EPISÓDIO DE EMBRIAGUEZ
número de escolares que declararam em sua vida pelo menos um episódio de embriaguez ao ter ingerido excesso de bebida alcoólica / total de escolares *100.
- % INTERCORRÊNCIAS DEVIDO AO USO DE BEBIDA ALCOÓLICA
número de escolares que declararam já terem tido problemas, em sua vida, com a família ou amigos, faltado aulas, brigado ou se machucado por terem bebido/ total de escolares *100.
- % EXPERIMENTAÇÃO DE DROGAS ILÍCITAS
número de escolares que declararam ter alguma vez na vida experimentado drogas tais como maconha, cocaína, crack, cola, loló/lança perfume, ecstasy ou outra / total de escolares *100.

- % EXPERIMENTAÇÃO PRECOCE DE DROGAS ILÍCITAS
número de escolares que declararam ter experimentado drogas ilícitas pela primeira vez com menos de 12 anos de idade / total de escolares que experimentaram drogas ilícitas *100.
- % REAÇÃO DA FAMÍLIA AO USO DE DROGAS
 - número de escolares que declararam que seus familiares se importariam caso fumasse cigarro / total de escolares *100.
 - número de escolares que declararam que seus familiares se importariam caso chegasse em casa bêbado / total de escolares *100.
 - número de escolares que declararam que seus familiares se importariam caso fumasse maconha / total de escolares *100.
- % NÃO COMPARECIMENTO À AULA DEVIDO INSEGURANÇA NO TRAJETO
número de escolares que declararam ter deixado de ir à escola por não se sentirem seguros no caminho da casa para a escola ou da escola para casa, nos últimos 30 dias / total de escolares *100.
- % NÃO COMPARECIMENTO À AULA DEVIDO INSEGURANÇA NA ESCOLA
número de escolares que declararam ter deixado de ir à escola por não se sentirem seguros na própria escola nos últimos 30 dias / total de escolares *100.
- % AGRESSÃO FÍSICA POR ADULTO NA FAMÍLIA
número de escolares que declararam ter sofrido agressão física por adulto de sua família, nos últimos 30 dias / total de escolares *100.
- % PARTICIPAÇÃO EM BRIGAS COM ARMA BRANCA
número de escolares que declararam ter participado de alguma briga, em que alguma pessoa usou alguma arma branca como faca, canivete, pedra, pedaço de pau ou garrafa, nos últimos 30 dias /total de escolares *100.
- % PARTICIPAÇÃO EM BRIGAS COM ARMA FOGO
número de escolares que declararam ter participado de alguma briga, em que alguma pessoa usou alguma arma de fogo, como revólver ou pistola, nos últimos 30 dias / total de escolares *100.
- % ATROPELAMENTO
número de escolares que declararam ter sofrido atropelamento nos últimos 12 meses / total de escolares *100.
- % DIRIGIR VEÍCULO MOTORIZADO
número de escolares que declararam ter dirigido carro ou outro veículo motorizado nos últimos 12 meses/ total de escolares *100.
- % USO DE CAPACETE (MOTO)
número de escolares que declararam uso de capacete ao andar de motocicleta ou scooter tipo Honda Bizz nos últimos 30 dias/ total de escolares *100.

Os resultados de cada seção deste capítulo serão analisados à luz dos resultados encontrados na Pesquisa Nacional de Escolares de 2009 – PeNSE.

CIGARRO

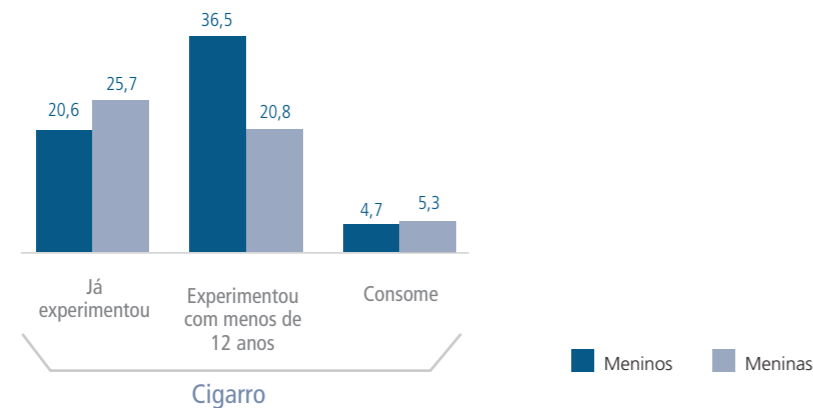
Considerado um dos mais importantes determinantes das doenças crônicas, o tabaco, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é o líder nas causas de mortes preveníveis no mundo, responsável, em 2000, por 4,83 milhões de mortes prematuras (PeNSE,2009).

O ponto-chave para as ações de saúde pública é prevenir, ou pelo menos retardar, a iniciação ao hábito (CURRIE et al., 2008 citado em PeNSE,2009), sendo importante considerar a duração e a intensidade do fumo.

A experimentação de cigarro foi relatada por 21% dos alunos. Destes estudantes, 27% fizeram uso do tabaco antes dos 12 anos, considerada uma experimentação precoce, representando 6% do total de alunos entrevistados.

É interessante notar as diferentes características de experimentação entre os sexos: se são as meninas (26%) que mais relataram experimentação em relação aos meninos (21%), por outro lado são eles que experimentam mais precocemente (37% masculino para 21% feminino). (Gráfico 1)

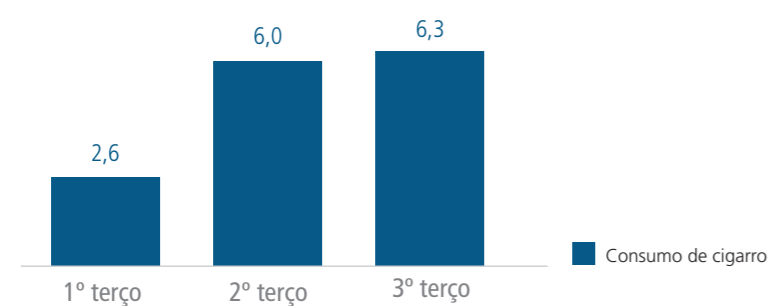
Gráfico 1. Experimentação e consumo atual de cigarro entre estudantes em (%) por sexo



Os resultados da PeNSE mostraram que 24,2% dos escolares já experimentaram o cigarro alguma vez. A capital Curitiba obteve a maior frequência (35,0%) de escolares que já fizeram uso do cigarro, seguida de Campo Grande (32,7%) e Porto Alegre (29,6%).

O uso regular (consumo) de tabaco foi relatado por 5% dos alunos entrevistados e embora não tenham sido encontradas diferenças significativas entre os sexos. O mesmo não ocorreu na análise da distribuição de renda: há mais alunos usuários de cigarro entre aqueles com maior renda, ou seja, 2,6% no 1º terço de renda para 6,3% do 3º terço.

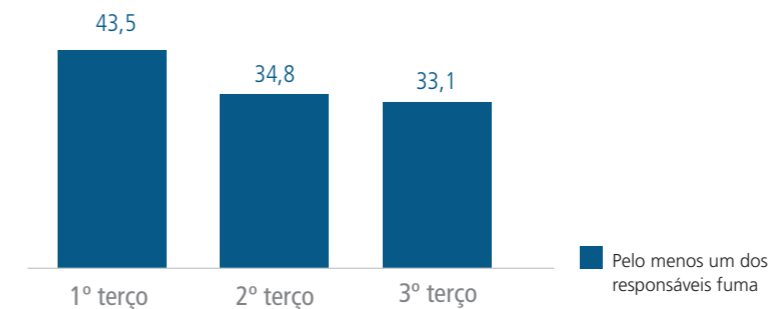
Gráfico 2. Consumo atual de tabaco entre escolares em (%), segundo o terço de renda



Os resultados da PeNSE foram semelhantes, ou seja, 6% do consumo de cigarros entre os alunos entrevistados das capitais e Distrito Federal.

A exposição ao cigarro tem início possivelmente no próprio domicílio: 37% dos adolescentes afirmaram que pelo menos um dos responsáveis era fumante, com diferenças significativas quando associadas à escolaridade da mãe. Em domicílios de mães com escolaridade mais baixa, 44% dos alunos afirmaram ter no mínimo um responsável fumante, enquanto que em famílias com mães com mais anos de estudo a proporção é de 33% dos alunos. (Gráfico 3)

Gráfico 3. Escolares em (%) que declararam ter pais (ou responsáveis) fumante(s) segundo escolaridade da mãe



Os dados da PeNSE mostraram que 31,0% dos escolares tinham pelo menos um dos responsáveis que fumavam. Em Porto Alegre, esta frequência foi de 39,8% e, em Salvador, de 22,6%. A porcentagem de escolares de escolas públicas que tinham pelo menos um dos pais ou responsáveis fumantes foi maior que aqueles da rede privada, respectivamente, 32,9% e 23,6%, para o total das capitais e do Distrito Federal. A pesquisa nacional discute como o uso de tabaco e as atitudes permissivas dos pais perante este consumo podem exercer grande influência na adoção de diferentes comportamentos prejudiciais à saúde dos jovens (PAIVA; RONZANI, 2009 citado em PeNSE,2009).

ÁLCOOL

Vários estudos apontam o consumo excessivo de bebidas alcoólicas como um grave problema de saúde pública da sociedade moderna e destacam suas repercussões tanto na saúde física quanto na saúde mental. (PeNSE, 2009) Vale lembrar, que o uso precoce do álcool é um fator de exposição para problemas de saúde na idade adulta, aumentando o risco de se tornar consumidor em excesso ao longo da vida (STRAUCH et al., 2009 citado em PeNSE, 2009) ou mesmo de propiciar o uso de outras drogas.

No estudo, a experimentação de bebidas alcoólicas foi declarada por 69% dos estudantes, sendo maior entre meninas (74%) que meninos (63%). (Gráfico 4)

Diferenças também foram encontradas na renda: 66% entre os que se situam no 1º terço (escore de bens) e 73% no que estão no 3º terço de renda. (Gráfico 5)

A precocidade da experimentação também merece destaque: embora não haja diferenças significativas entre sexo e renda, 23% dos alunos afirmaram ter experimentado álcool e o fizeram antes dos 12 anos de idade.

Gráfico 4. Experimentação, consumo atual e intercorrências devido uso de álcool entre estudantes em (%) por sexo

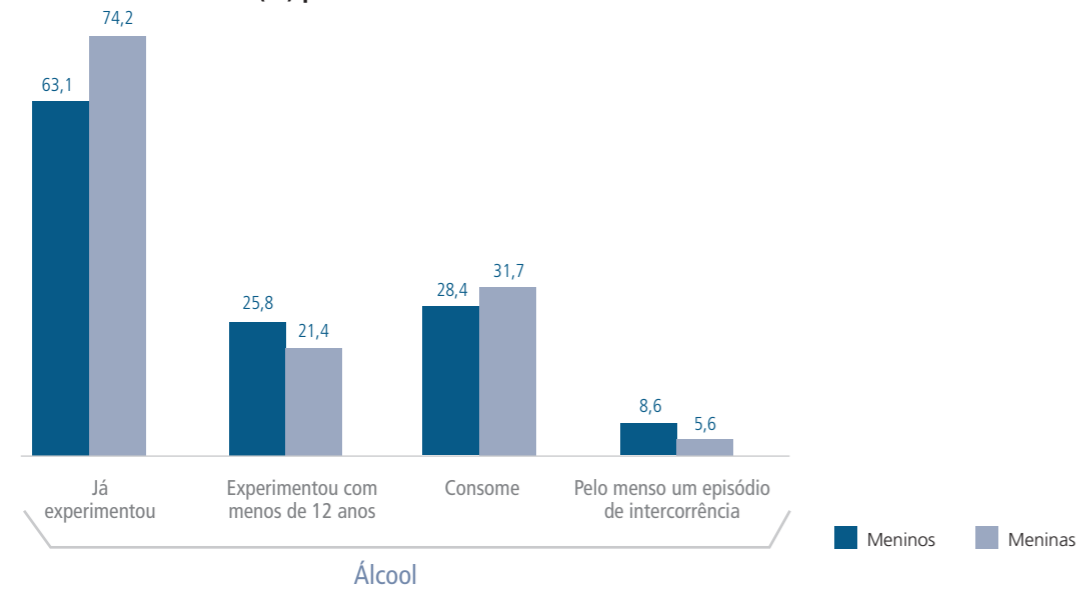
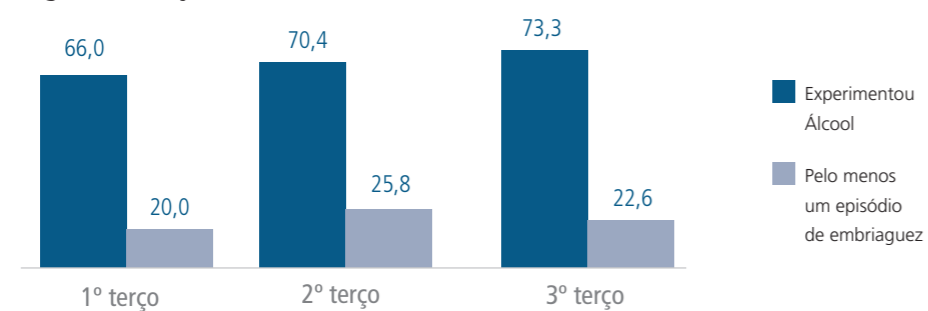


Gráfico 5. Proporção de estudantes que experimentou álcool e os que já ficaram embriagados, segundo o terço de renda



A permissividade do uso do álcool entre os adolescentes é percebida quando comparado ao uso de outras drogas: a experimentação de tabaco foi de 21% e a de álcool 69%, três vezes mais. Da mesma forma, o consumo de álcool (30%) é seis vezes maior, se comparado aos que declaram consumo de cigarro (5%). Vale lembrar que o consumo de álcool foi mais declarado entre as meninas (32%) que meninos (28%). (**Gráfico 4**)

O estudo aponta algumas conseqüências do uso do álcool entre os adolescentes: 23% já vivenciaram pelo menos um episódio de embriaguez, sendo maior entre os que se situam no 2º terço de renda (26%) (**Gráfico 5**) e 7% tiveram problemas com a família ou amigos, faltando aulas ou se machucando por terem bebido, esta proporção é maior entre meninos (9%) (**Gráfico 4**).

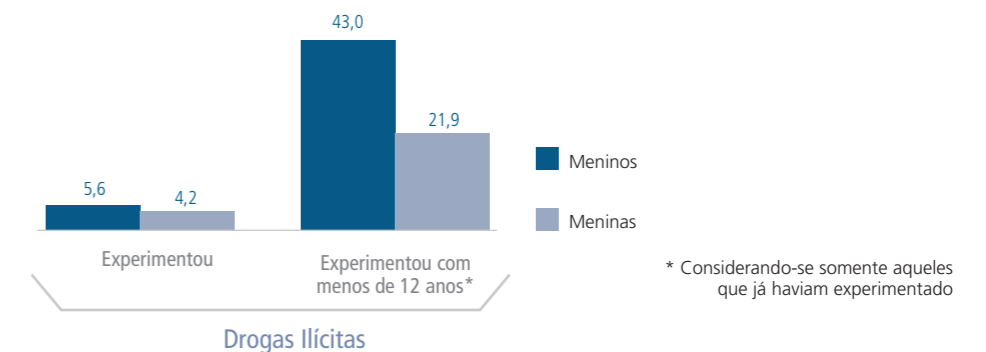
Os dados da PeNSE mostraram que 71,4% dos escolares já experimentaram bebida alcoólica alguma vez. Esse percentual variou de 55,1%, em Macapá, a 80,7%, em Curitiba. A frequência de experimentação de bebida alcoólica foi elevada em ambos os sexos: 69,5% em rapazes e 73,1% no sexo feminino. Na comparação entre alunos das escolas, a pública (70,3%) e a privada (75,7%) o que se constata é que ambas convivem com patamares muito altos. o consumo atual de bebida alcoólica (pelo menos um copo ou dose de nos 30 dias que antecederam o estudo) entre adolescentes foi de 27,3% para o conjunto dos 26 municípios das capitais e o Distrito Federal. A capital com a menor proporção foi Rio Branco com 16,0%. Os maiores percentuais foram observados em Curitiba e Porto Alegre, 36,4%.

DROGAS ILÍCITAS

Segundo a PeNSE o aumento da experimentação de drogas entre jovens tem se tornando um sério problema em muitos países. A droga ilícita mais consumida na Europa e nos Estados Unidos é a Canabis (maconha). O uso de Canabis entre jovens pode ser um preditivo de desajustes psicossociais e eleva a chance de dependência na vida adulta. O Health Behaviour in School-Aged Children mostrou que 18% dos jovens de 15 anos de idade já haviam usado maconha durante algum período (Currie et al., 2008 citado em PeNSE, 2009).

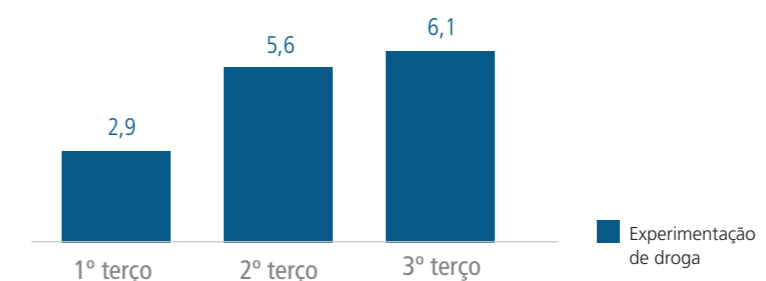
Nesta pesquisa, assim como na PeNSE, se comparadas ao cigarro e álcool, as drogas ilícitas como maconha, cocaína, crack, cola, lança perfume ou ecstasy, foram menos declaradas. Isto parece demonstrar a maior dificuldade de acesso devido à ilicitude de tais substâncias e/ou talvez a dificuldade em informar no momento da pesquisa, mesmo diante da garantia de anonimato, etc. A experimentação, neste estudo, para este grupo de substância foi declarada por 4,8% dos alunos que relataram já ter experimentado e, destes, 32,8% (1,6% do total estudado) o fizeram precocemente (<12 anos), com diferença significativa entre meninos (43%) e meninas (22%). (**Gráfico 6**)

Gráfico 6. Proporção de estudantes que experimentaram drogas ilícitas e que o fizeram com menos de 12 anos de idade segundo sexo



Vale reforçar, que os resultados mostraram maior participação de estudantes que experimentaram drogas ilícitas, independente da idade, nos 2º e 3º terços do escore de bens. (**Gráfico 7**)

Gráfico 7. Experimentação de Drogas Ilícitas entre estudantes em (%) por terço de renda



Os dados levantados na PeNSE sobre o uso, alguma vez, de drogas tais como maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança perfume e ecstasy, alguma vez, evidenciam percentual mais elevado: 8,7% dos escolares já usaram alguma dessas drogas ilícitas, sendo o maior percentual encontrado na capital Curitiba (13,2%) e o menor em Macapá (5,3%). Os escolares do sexo masculino foram mais frequentes no uso de drogas ilícitas (10,6%) no total das capitais e no Distrito Federal. Entre os escolares do sexo feminino, o percentual foi de 6,9%.

REAÇÃO DA FAMÍLIA AO USO DE DROGAS (LÍCITAS E ILÍCITAS)

A quase totalidade dos alunos nunca experimentou drogas e afirmou que seus familiares se importariam muito se fumassem maconha (98%), chegassem em casa bêbados (96%) ou fumassem cigarro (94%).

Este percentual foi mais baixo entre alunos que afirmaram ter feito uso no último mês: tabaco (86%) e álcool (83%). O mesmo ocorreu entre os que relataram experimentação de maconha (86%).

VULNERABILIDADES PARA SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES

As crianças, os adolescentes e jovens estão entre as principais vítimas da violência e acidentes na vida cotidiana. As Causas Externas, violentas, são a primeira causa de morte dos adolescentes e jovens brasileiros, quadro semelhante ao observado na cidade do Rio de Janeiro.

INSEGURANÇA NO TRAJETO E NA ESCOLA

Do total de alunos, 10% afirmaram não ter comparecido à aula em algum período nos 30 dias que antecederam o estudo devido à insegurança no trajeto casa/escola. Este percentual foi maior nas meninas (12%) do que nos meninos (8%). Vale lembrar que nesta pesquisa foram considerados apenas alunos da rede pública municipal de ensino.

Entre os alunos 6% faltaram a aula por insegurança na própria escola e, neste caso, não se constatou diferenças significativas entre os sexos. (Gráfico 8)

Os resultados da PeNSE mostraram que a proporção de escolares que deixaram de ir à escola nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa por não se sentirem seguros no trajeto casa/escola ou na volta para casa foi de 6,4%, no total das capitais e no Distrito Federal. As duas capitais com os maiores percentuais foram: Belém (7,8%) e Maceió (7,7%); e a com o menor, Florianópolis (4,3%). Quando analisada a proporção de escolares que faltaram à escola motivada por questões de insegurança, seja no trajeto de casa para a escola ou na escola, observou-se que nas escolas públicas (9,7%) o resultado foi superior aos das escolas privadas (5,5%). A proporção de alunos que deixaram de ir à escola por não se sentirem seguros alcançou 5,5%, variando de 3,4%, em Porto Velho, a 7,3%, em Macapá.

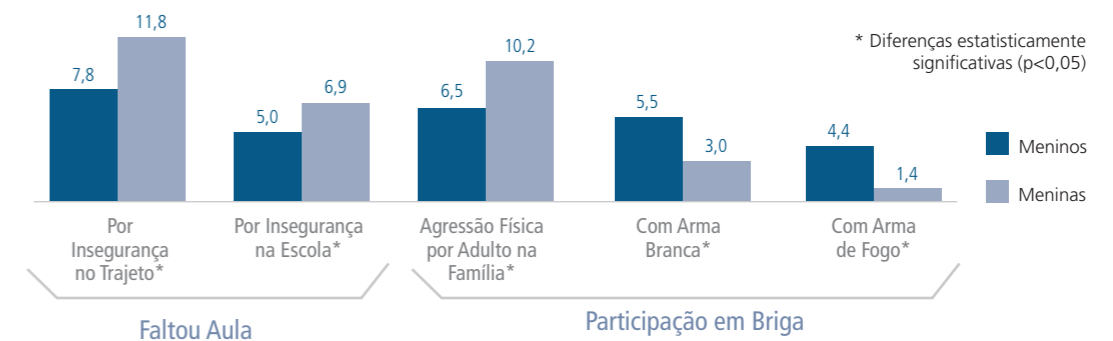
ENVOLVIMENTO EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA

Entre os entrevistados, 7% dos alunos informaram ter sofrido violência física perpetrada por adulto na família. As meninas (10%) referiram proporção superior aos meninos (7%). (Gráfico 8)

A PeNSE encontrou percentual mais elevado para essa questão: 9,5% dos escolares sofreram agressão por algum adulto da família. Os percentuais variaram de 6,6%, em Florianópolis, a 11,7%, em Recife. Não foram observadas diferenças significativas por sexo ou entre a natureza da escola: públicas (9,6%) e privadas (9,3%)

Os meninos também se destacam quando se considera, nos últimos 30 dias da pesquisa, a participação em brigas, seja com uso de arma de fogo: do total (2,7%) 4% em meninos e 1% em meninas e com uso da arma branca: do total (4%), 6% nos meninos e 3% nas meninas. (Gráfico 8)

Gráfico 8. Insegurança no Trajeto e Violência Física (%)



Na PenSE, novamente, os resultados são um pouco mais elevados para brigas com arma branca, 6,1% dos escolares declararam envolvimento, nos últimos 30 dias, sendo mais frequente no sexo masculino (9,0%), do que no sexo feminino (3,4%). Esta distribuição foi variada entre as capitais e o Distrito Federal. A maior proporção ocorreu em Boa Vista (9,5%) e a menor em Porto Velho (4,1%). Na PeNSE o envolvimento em brigas com arma de fogo foi declarado por 4,0% dos estudantes, sendo mais comum entre rapazes (6,0%) do que entre moças (2,3%). Boa Vista (9,4%) e Curitiba (9,2%) mostraram maior frequência de estudantes do sexo masculino envolvidos em brigas com arma de fogo. A menor proporção foi observada em Teresina (4,0%).

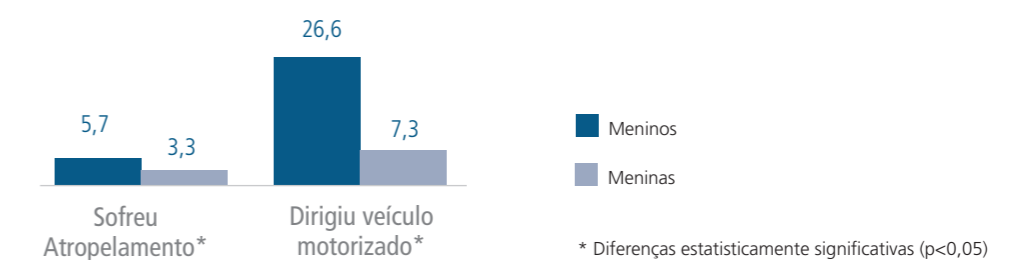
ENVOLVIMENTO EM SITUAÇÕES DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE E SEGURANÇA NO TRÂNSITO

Do total dos alunos, 4% relataram ter sofrido atropelamento, nos últimos 12 meses que antecederam o estudo, com destaque para os meninos (6%) em relação às meninas (3%). (Gráfico 9)

Nos últimos 30 dias antes do estudo, 15% dos escolares declararam ter dirigido algum veículo motorizado, com percentual mais elevado entre meninos (27%) que meninas (7%). Também na PeNSE este aspecto foi considerado: 18,5% dos escolares declararam ter dirigido. Neste caso, é importante ressaltar que a população estudada pela PeNSE, assim como no estudo em questão, é basicamente de menores de idade, logo, sem autorização legal para conduzir veículos motorizados. A proporção de alunos que dirigiram veículos motorizados variou entre 31,5% em Boa Vista e 14,5%, em Porto Alegre. Na PeNSE a diferença nos resultados por sexo também mostrou a maior participação dos meninos (29%) em relação às 9% meninas.

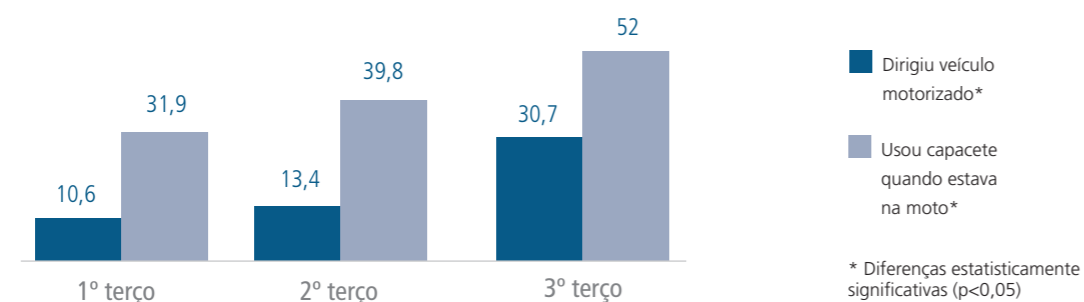
Entre os alunos que afirmaram ter utilizado motocicleta como veículo de transporte nos últimos 30 dias antes da pesquisa, apenas 40% deles relatou o uso de capacete. Entre sexos, as diferenças não são significativas.

Gráfico 9. Atropelamento, Direção de Veículo Motorizado entre escolares (%) por sexo



Vale destacar, que há diferenças significativas entre os grupos de renda, quando se considera o uso do capacete em moto, ou seja, maior renda implica maior proteção (32% no 1º terço, 40% no 2º terço e 52% no 3º terço). Por outro lado, são os alunos com melhor renda os que mais afirmaram dirigir veículos motorizados (11% no 1º terço, 13% no 2º terço e 31% no 3º terço renda), mesmos sem autorização legal para a idade. (Gráfico 10)

Gráfico 10. Direção de Veículo Motorizado e Uso de Capacete (moto) entre escolares (%) por terço de renda



Os resultados encontrados confirmam a importância das informações sobre o comportamento dos adolescentes seja na forma como lidam com a experimentação e consumos de drogas lícitas (ou ilícitas) e as diferenças encontradas com relação ao gênero, renda, etc. Da mesma forma, chama a atenção os resultados em relação à exposição dos adolescentes às situações de violências (participação em briga, ser agredido por adulto na família, etc) e nos acidentes, principalmente de transporte (dirigir motorizado, atropelamentos, etc). Os resultados permitem reconhecer a prevalência de vários fatores (de risco e proteção) tanto para as vulnerabilidades para o uso de cigarro, álcool e drogas ilícitas como para acidentes e violências, subsidiando a implementação de ações de prevenção/promoção da saúde.

COMENTÁRIOS FINAIS

Os resultados encontrados reforçam a importância do conhecimento e divulgação das informações sobre o comportamento dos adolescentes, na forma como lidam com a experimentação e consumo de drogas lícitas (ou ilícitas) e nas diferenças em relação ao gênero, renda, etc.

Merecem destaque os resultados encontrados em relação à exposição dos adolescentes às situações de violências (participação em briga, ser agredido por adulto na família, etc) e nos acidentes, principalmente de transporte (dirigir motorizado, atropelamentos, etc).

Os indicadores construídos permitem reconhecer a prevalência de fatores de risco e proteção, tanto nas vulnerabilidades para o uso de cigarro, álcool e drogas ilícitas, quanto nos acidentes e violências, fornecendo subsídios para a implementação de ações de prevenção/promoção da saúde.

BIBLIOGRAFIA

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – IBGE – RJ, 2009
2. VIGESCOLA: vigilância de tabagismo em escolares: dados e fatos de 17 cidades brasileiras. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer, 2007. Disponível em: <www.inca.gov.br/vigescola/>. Acesso em: nov. 2010.
3. VIGESCOLA: vigilância de tabagismo em escolares : dados e fatos de 12 capitais brasileiras. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 2004.
4. VIGITEL Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em:<http://portal.saude.gov.br. Acesso em: nov. 2010.
5. VIVA: vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde, 2009. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/viva_2006_2007.pdf>. Acesso em: dez. 2010.
6. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008. The MPOWER package. Geneva: World Health Organization, 2008a.

8 Saúde sexual e reprodutiva

INTRODUÇÃO

As experiências vivenciadas na adolescência repercutem significativamente na saúde, pois contribuem, entre outros aspectos, para a constituição da identidade e das relações afetivas e sexuais de cada indivíduo. A sexualidade, por sua vez, é um fenômeno da existência humana que abrange o ato sexual, as identidades, os papéis sociais, a orientação sexual, o erotismo, o prazer, a intimidade e a reprodução. Entende-se, portanto, que a interação dos fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais influenciam as práticas sexuais de cada grupo social (OMS, 2002), assim como a abordagem sobre tais questões pode ter impacto sobre a prática da sexualidade.

Como a sexualidade humana é impregnada de mitos, preconceitos e contradições, muitos indivíduos - inclusive alguns profissionais de saúde - defendem que o tema deve ser discutido apenas entre adultos. Na prática da saúde pública, vemos que esta exclusão dos adolescentes da discussão da sexualidade acaba por prejudicar o desenvolvimento e o comportamento sexual saudável (Gir, 2008). Em função da falta de apoio, a vivência da sexualidade na adolescência manifesta-se, muitas vezes, através de práticas sexuais inseguras que aumentam a chance dos adolescentes adoecerem por doenças sexualmente transmissíveis (DST) ou vivenciarem uma gravidez não prevista.

Os problemas decorrentes de tabus, falta de informação ou medo de assumir a sexualidade podem ser minimizados por programas que considerem o adolescente como sujeito ativo de sua própria vida e que o incluam em discussões sobre sexualidade, sobretudo na escola. Apesar do pensamento comum de que programas que tratam da sexualidade voltados para adolescentes poderiam incentivar a atividade sexual, contribuindo para o aumento e precocidade da mesma, diferentes estudos mostram que, na prática, isto não acontece (Sterwart-Brown, 2006; Kirby, 2002). De acordo com a International Union for Health Promotion and Education, os programas educacionais de saúde sexual, quando bem conduzidos, podem ser responsáveis pelo aumento das práticas sexuais seguras (Kirby, 2002; Thomas, 2002; Young, 2000;), pois melhoram o conhecimento, aumentam a comunicação entre os parceiros, podendo postergar a primeira relação sexual. (Alford, 2008, Kirby, 1997, 2007; Silva, 2002)

Em uma pesquisa realizada por Camargo (2009) com 117 adolescentes entre 14 e 16 anos que teve como objetivo analisar o conhecimento que estes adolescentes têm sobre sexualidade, métodos contraceptivos, gravidez, DST e Aids antes e após oficinas de prevenção, foi possível perceber um acréscimo de conhecimento após as oficinas. Além de constatar que os meninos iniciaram mais cedo suas atividades sexuais, observou-se que apenas 28,2% dos adolescentes no pré-teste sabiam do período fértil da menina. Após as oficinas, o conhecimento superou 55,8%. Nesta pesquisa, a Aids foi a DST mais citada no pré-teste; porém, no pós-teste, houve referência a outras doenças (41,1%) evidenciando que, após as oficinas, os adolescentes tiveram a oportunidade de entrar em contato com outras informações sobre a diversidade de doenças transmitidas na relação sexual. Os métodos contraceptivos mais conhecidos por esses adolescentes foram o preservativo e a pílula. A partir dos resultados, a autora concluiu que há necessidade de trabalho sistemático, a médio e longo prazo, sobre sexualidade na escola para os adolescentes.

Segundo Schalet (2004), a política holandesa promove a aceitação da sexualidade dos adolescentes, facilitando o acesso aos contraceptivos e acaba resultando nas menores taxas de gravidez na adolescência, aborto e fecundidade do mundo. Além disso, os pais são amparados pelos provedores de cuidados de saúde, educadores e políticas públicas quanto ao tema da sexualidade e seu exercício pelos adolescentes. Desta forma, entende-se que o exercício da sexualidade pelos adolescentes, quando pautado por conhecimentos e apoiado pela sociedade tem grande chance de resultar em práticas sexuais mais seguras. A experiência dos países europeus também tem mostrado que a educação sexual continuada desde a infância, que garanta o direito à informação e o acesso a preservativos e outros contraceptivos, dispensa a tematização do adiamento da iniciação sexual, que surge como consequência dos conhecimentos adquiridos pelos jovens. (Paiva et als, 2008).

Visando a obtenção de informações que permitam reorientar políticas públicas voltadas para a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes, a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil incorporou no estudo de fatores de risco e proteção à saúde dos adolescentes, realizado em 2007, questões relativas à prática sexual e à exposição a atividades educativas,

DESCRIÇÃO DOS INDICADORES

Para estudar aspectos relacionados à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes foram construídos diferentes indicadores:

1 RELACIONADOS À ATIVIDADE SEXUAL

a Iniciação sexual

a.1 idade de início da atividade sexual*

a.2 número de parceiros*

a.3 última relação com algum método contraceptivo*

a.4 última relação com preservativo*

(*para os que já tiveram sua iniciação sexual)

b Relação sexual nos últimos 12 meses

2 EXPOSIÇÃO ÀS AÇÕES EDUCATIVAS

a Orientação sobre gravidez na escola

b Orientação sobre HIV/ Aids na escola

c Orientação na escola sobre onde buscar preservativo gratuito

RESULTADOS E COMENTÁRIOS

Neste estudo, foram pesquisados 1.642 alunos com idade maior ou igual a 13 anos, sendo 69% com idade entre 14 e 15 anos. Todos alunos do nono ano do ensino fundamental. Viu-se que 46,6% dos rapazes e 27,3% das moças já haviam iniciado sua vida sexual (**tabela 1**). Os dados referentes aos rapazes estão de acordo com os levantados na PeNSE (Brasil, 2009), que estudou alunos do nono ano de escolas públicas e privadas nas capitais brasileiras e revelou que 43,7% dos escolares do sexo masculino já haviam tido relação sexual; entre escolares do sexo feminino a proporção foi de 18,7%.

A PeNSE também apontou que, para o conjunto de capitais, nas escolas públicas era maior o número de adolescentes que já havia iniciado sua vida sexual (33,1%) quando comparados ao das escolas privadas (20,8%). A mesma pesquisa mostrou que, para o Rio de Janeiro esta proporção foi de 37,5% nas públicas e 24,3% nas privadas.

Nesta pesquisa chama atenção a proporção de rapazes que já tiveram quatro ou mais parceiros: 27,7% contra 8,6% das moças. Em resumo, os rapazes se iniciam mais cedo e têm mais parceiros. A expectativa de atitudes e práticas distintas para homens e mulheres no exercício da sexualidade, bem como a normatividade de gênero ajudam a explicar as diferenças entre rapazes e moças. (Paiva et als, 2008). Ainda hoje as necessidades sexuais masculinas são percebidas tanto pelos homens quanto pelas mulheres, como mais fortes e menos controláveis. (Heilborn, 2004). O Ministério da Saúde sinaliza, no entanto, que são poucos os serviços de saúde que têm ações voltadas para os rapazes na sua condição de co-responsáveis pelos eventos sexuais e reprodutivos (Brasil, 2010)

A média de início da atividade sexual no Brasil gira em torno de 15 anos. Merece destaque (**tabela 2**) o relato de início de atividade sexual em adolescentes até 14 anos. A proporção de meninas que tiveram relações mais precocemente foi maior que os meninos. Este fato em parte está relacionado ao fato de as meninas entrarem na puberdade antes dos meninos. No entanto, é importante estar sempre atento à possibilidade de abuso sexual.

Tabela 1. Proporção dos alunos que já tiveram relação sexual, que tiveram relação sexual nos últimos 12 meses, número de parceiros sexuais dos que já tiveram relação sexual, segundo sexo, escore de bens, escolaridade da mãe e do chefe de família. Alunos de último ano da rede municipal de ensino fundamental do Rio de Janeiro-RJ, 2007.

VARIÁVEIS SOCIDEMOGRÁFICAS	JÁ TEVE RELAÇÃO SEXUAL (%)	TEVE RELAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES (%)	UM PARCEIRO (%) #	4 OU + PARCEIROS (%) #
SEXO				
masculino	46,6*	35,5*	35,5*	27,7*
feminino	27,3	23,6	65,2	8,6
ESCORE DE BENS				
terço 1	31,6*	25,4*	47,2	17,0
terço 2	35,6	28,5	49,5	20,4
terço 3	43,8	35,8	52,7	18,6
ESCOLARIDADE DA MÃE				
terço 1	37,3	30,1	44,7	22,4
terço 2	39,1	31,7	52,1	18,0
terço 3	31,5	25,1	51,6	15,5
ESCOLARIDADE DO CHEFE DA FAMÍLIA				
terço 1	38,2	30,3	52,5	19,6
terço 2	38,2	31,6	45,5	20,3
terço 3	31,7	25,2	49,9	16,1
TOTAL (%)	35,8	28,9	49,4	18,7

Só entre os iniciados; * p<0,05

Tabela 2. Distribuição (%) dos alunos que já tiveram relação sexual segundo idade de início da atividade sexual por sexo. Alunos de último ano da rede municipal de ensino fundamental do Rio de Janeiro - RJ, 2007.

IDADE	MENINOS	MENINAS	TOTAL
<=10	6,7	0	3,9
11	2,7	0,5	1,7
12	16,3	6,7	12,2
13	17,3	14,5	16,1
14	28,9	33,5	30,8
15	19	27,8	22,7
>=16	9,2	17,1	12,5

* Só entre os que já tiveram relação sexual

Com relação ao uso de preservativos na última relação, 76,9% dos rapazes e 78,2% das moças referem ter usado este insumo (**tabela 3**). A PeNSE (Brasil, 2009) encontrou dados semelhantes aos do Rio de Janeiro: dentre os 30,5% que tiveram relação sexual, 75,9% dos escolares disseram ter usado preservativo na última relação sexual. Estudo sobre a idade e o uso do preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros em 1998 e 2005 mostrou que é relevante o incremento no uso de preservativos na iniciação sexual (Paiva et al, 2008).

Observa-se na **tabela 3** que uma porcentagem maior de rapazes relatou ter usado preservativo na última relação sexual (76,9%) com relação ao número que alegou ter usado algum método anticoncepcional (75,6%). Esta diferença, que a princípio parece incoerente, pode sugerir que, para alguns rapazes, o preservativo está mais associado à prevenção de doenças do que à contracepção.

Com relação às meninas, recomenda-se o uso do preservativo ou da dupla proteção, ou seja, preservativo associado a outro contraceptivo. No entanto, 84,3 % relataram ter usado anticoncepcionais na última relação sexual e 78,2 % referiram uso de preservativo. Segundo o documento de diretrizes do projeto Saúde e Prevenção nas Escolas, muitas adolescentes iniciam sua vida sexual com homens mais velhos que, temendo a gravidez, mas sem se preocupar com a transmissão das DST/Aids, estimulam a adolescente a usar anticoncepcional hormonal. Por terem tido experiências sexuais anteriores, esses parceiros têm maior possibilidade de terem sido expostos às DST/Aids. Esta situação é preocupante: dados do Ministério da Saúde mostram um aumento desigual da Aids entre mulheres sobretudo entre jovens do sexo feminino. (Brasil 2006).

Apesar do número significativo de adolescentes que usaram preservativo na última relação, merece destaque a porcentagem dos que não usaram nenhuma proteção: mais de 20% dos que já se iniciaram sexualmente. Estes adolescentes, que não utilizam o preservativo devem receber especial atenção das políticas públicas, especialmente quando se encontram em situações e contextos intersubjetivos que os tornam mais vulneráveis. (Paiva et al, 2008).

A presente pesquisa só investigou o uso de preservativo na última relação. A pesquisa GRAVAD observou que, embora 70% dos jovens entrevistados tenham usado camisinha ou algum tipo de proteção no primeiro encontro, com o tempo e a continuidade do relacionamento isso deixa de ser realidade, já que alegam confiança no(a) parceiro(a) (Heilborn et al, 2008). Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2010) somente 25% das pessoas sexualmente ativas praticam o sexo seguro em todas as relações sexuais. Este continua a ser um desafio importante para as políticas públicas.

Para favorecer o uso do preservativo, garantir acesso ao mesmo é fundamental. Vale destacar que 74,3% dos rapazes e 74,4% das moças disseram ter recebido orientação na escola sobre onde buscar preservativo gratuito. Estes dados estão compatíveis com os encontrados pela PeNSE (Brasil, 2009), onde 71,4% dos escolares da rede pública declararam ter recebido este tipo de informação.

Tabela 3. Proporção dos alunos que usaram algum contraceptivo na última relação sexual e tiveram orientação na escola sobre onde buscar preservativo gratuito, segundo sexo, escore de bens, escolaridade da mãe e do chefe de família. Alunos de último ano da rede municipal de ensino fundamental do Rio de Janeiro-RJ, 2007.

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	ÚLTIMA RELAÇÃO SEXUAL COM ALGUM MÉTODO CONTRACEPTIVO (%) #	ÚLTIMA RELAÇÃO SEXUAL COM PRESERVATIVO (%) #	ORIENTAÇÃO NA ESCOLA SOBRE ONDE BUSCAR PRESERVATIVO GRATUITO (%)
SEXO			
masculino	75,6*	76,9	74,3
feminino	84,3	78,2	74,4
ESCORE DE BENS			
terço 1	77,9	76,6	74,1
terço 2	79,1	77,9	74,0
terço 3	80,8	76,5	75,7
ESCOLARIDADE DA MÃE			
terço 1	80,1	78,1	76,9
terço 2	77,2	73,7	75,6
terço 3	80,9	81,0	71,0
ESCOLARIDADE DO CHEFE DA FAMÍLIA			
terço 1	79,3	76,9	75,9
terço 2	76,9	75,7	75,9
terço 3	81,8	79,7	71,7
TOTAL (%)	79,3	77,4	74,4

Só entre os iniciados; * p<0,05

Com relação à exposição das ações educativas, 86,5% dos rapazes e 85,3% das moças responderam já terem recebido alguma orientação sobre gravidez na escola. Já sobre o tema HIV/Aids na escola, estas porcentagens foram maiores: 92,2% dos rapazes e 87,9% das moças (**tabela 4**). Na PeNSE 81,1% dos escolares das escolas públicas haviam recebido orientação sobre prevenção de gravidez e 87,5% sobre DST/Aids.

Estes resultados refletem o esforço empreendido pelas secretarias municipais de Saúde e de Educação que, desde o início dos anos 90, vêm implantando, de forma integrada e sistemática, diferentes políticas, programas e projetos voltados para a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes. Merecem destaque: Projeto Educarte, Núcleos de Adolescentes Multiplicadores, Projeto Aids e a Escola, Projeto Vista essa Camisinha, Projeto

Sinal Verde, Programa Dentescola, Programa Saúde na Escola e na Creche, Planejamento Familiar, Programa do Adolescente, Adolescentes e Rede de Adolescentes Promotores da Saúde – RAP da Saúde (Branco et al., 2006 e Rio de Janeiro, 2010). Mais recentemente, a Secretaria Municipal de Assistência Social se incorporou a este esforço. Estas iniciativas vêm colaborando para ampliar o acesso a informações, criar possibilidades de reflexão, desenvolver habilidades nos adolescentes e facilitar o acesso aos serviços de saúde, aos preservativos e contraceptivos. No entanto, o desafio é imenso. O trabalho sobre sexualidade deve ser permanente, com ações a curto, médio e longo prazo, desenvolvido através da integração das políticas públicas e da comunidade.

Tabela 4. Proporção dos alunos que tiveram orientação na escola sobre gravidez e HIV/AIDS, segundo sexo, escore de bens, escolaridade da mãe e do chefe de família. Alunos de último ano da rede municipal de ensino fundamental do Rio de Janeiro-RJ, 2007.

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	ÚLTIMA RELAÇÃO SEXUAL COM ALGUM MÉTODO CONTRACEPTIVO (%) #	ÚLTIMA RELAÇÃO SEXUAL COM PRESERVATIVO (%) #	ORIENTAÇÃO NA ESCOLA SOBRE ONDE BUSCAR PRESERVATIVO GRATUITO (%)
SEXO			
masculino	75,6*	76,9	74,3
feminino	84,3	78,2	74,4
ESCORE DE BENS			
terço 1	77,9	76,6	74,1
terço 2	79,1	77,9	74,0
terço 3	80,8	76,5	75,7
ESCOLARIDADE DA MÃE			
terço 1	80,1	78,1	76,9
terço 2	77,2	73,7	75,6
terço 3	80,9	81,0	71,0
ESCOLARIDADE DO CHEFE DA FAMÍLIA			
terço 1	79,3	76,9	75,9
terço 2	76,9	75,7	75,9
terço 3	81,8	79,7	71,7
TOTAL (%)	79,3	77,4	74,4

Só entre os iniciados; * p<0,05

RECOMENDAÇÕES PARA AMPLIAR AS AÇÕES DE PROMOÇÃO DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DOS ADOLESCENTES

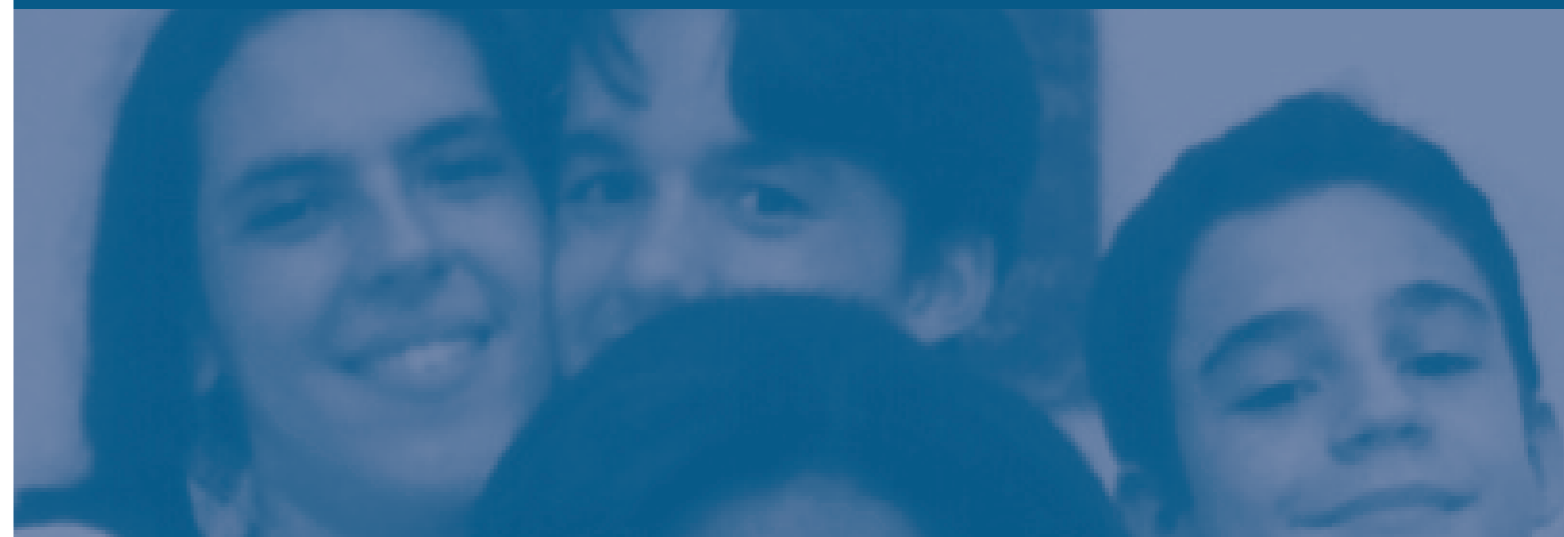
- Criar oportunidades de escuta e valorização dos adolescentes e desenvolver com eles estratégias criativas de promoção da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos.
- Valorizar as iniciativas de protagonismo juvenil como os grêmios, os Núcleos de Adolescentes Multiplicadores, a Rede de Adolescentes Promotores da Saúde-RAP da Saúde e outros grupos organizados de adolescentes e jovens. A educação entre pares é uma importante estratégia de promoção da saúde.
- Desenvolver nas escolas, unidades de saúde e comunidade, atividades educativas com conteúdos voltados para a saúde sexual e reprodutiva que incluam os seguintes temas: gênero, direitos sexuais e reprodutivos, afetividade, prazer, valores, projeto de vida, habilidades para a vida, diversidade sexual, diversidade étnico-racial, contracepção, maternidade e paternidade, aborto, DST/Aids, violência de gênero, tabus e preconceitos, entre outros. É fundamental que as atividades utilizem metodologias participativas que favoreçam a reflexão, a expressão de sentimentos e a troca de experiências.
- Realizar atividades educativas sobre direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes voltadas para familiares e educadores nas unidades de saúde, escolas e outras instituições que trabalhem com adolescentes
- Fortalecer mecanismos de parceria entre escolas, comunidade e serviços de saúde, criando redes regionalizadas.
- Divulgar amplamente os serviços oferecidos pela unidade de saúde (contracepção, distribuição de preservativos, atendimento de adolescentes e atividades educativas). É importante que os adolescentes saibam que podem ser atendidos sozinhos, sem a presença do responsável, se assim desejarem. Este é um direito garantido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente que, no capítulo II (Direito à liberdade, respeito e dignidade) garante o direito a buscar auxílio e orientação, bem como o direito à preservação da autonomia.
- Qualiificar o atendimento aos adolescentes nas unidades de saúde para que o mesmo esteja em sintonia com as necessidades e particularidades dos adolescentes.
- Desburocratizar o acesso aos preservativos nas unidades de saúde e nas escolas.
- Desenvolver ações de prevenção e atendimento às situações de violência sexual.

BIBLIOGRAFIA

1. ALFORD, S. BRIDGES, E., GONZALEZ, T., DAVIS, L., HAUSER, D. Science and Success: Sex Education and Other Programs that Work to Prevent Teen Pregnancy, HIV, and Sexually Transmitted Infections, Advocates for Youth, Washington, DC, 2008
2. BRANCO, V.M.C. et al. Saúde do adolescente no Rio de Janeiro: escolas como parceiras privilegiadas. In: Escolas promotoras de saúde: experiências no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; Organização Panamericana de Saúde, 2006
3. BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente, 1990. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm#texto; acessado em 05/01/10

4. BRASIL. Diretrizes para implementação do Projeto Saúde e Prevenção nas escolas. Brasília; Ministério da Saúde, 2006. Disponível em http://www.unicef.org/brazil/pt/SPE_Guia_Diretrizes.pdf. Acessado em 3.11.2020
5. BRASIL . Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas da População Brasileira de 15 a 64 anos de idade. Brasília:Ministério da Saúde, 2008 http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=10326; acessado em 05/01/2010
6. BRASIL. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). IBGE, Rio de Janeiro, 2009
7. BRASIL. Diretrizes Nacionais para a atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Brasília:Ministério da Saúde, 2010
8. CAMARGO, E. A.I; FERRARI, R. A. P. Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2009, vol.14, n.3, pp. 937-946
9. GIR E, NOGUEIRA MS, PELÁ NTR. Sexualidade humana na formação do enfermeiro. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2000; 8(2):33-40.
10. HEILBORN, M.L., CABRAL, C.S. Práticas e normas sexuais de jovens brasileiros. XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, Caxambu, 2004. Disponível em http://www.abep.nepo.unicamp.br/site_eventos_abep/PDF/ABEP2004_794.pdf / acessado em 03.11.2010
11. HEILBORN, M.L. et als. Gravidez na adolescência e sexualidade: uma conversa franca com educadores e educadoras. Rio de Janeiro: CEPESC/REDEH, 2008. Disponível em http://www.clam.org.br/gde/publicacoes/GRAVAD_MIOLO_DEF.pdf / Acesso em 03.11.2010
12. KIRBY, D. No Easy Answers: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy. The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. Washington, DC. 1997
13. KIRBY, D. The impact of schools and school programs upon adolescent sexual behaviour. Journal of Sex Research, 39, 1, 27-33, 2002
14. KIRBY, D., LARIS, B.A., WILSON, M. Sex and HIV Education Programs for Youth: Their Impact and Important Characteristics. Healthy Teen Network, Washington, DC., 2007
15. PAIVA,V, CALAZANS,G., VENTURI, G, DIAS, R. Idade e uso de preservativos na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. Rev Saúde Pública;42(Supl 1):45-53, 2008
16. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42s1/07.pdf>; acesso em 01.11.2010
17. RIO DE JANEIRO. Conheça o Programa do Adolescente. Portal da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. <http://www.saude.rio.rj.gov.br/adolescente/>; acesso em 01.11.2010
18. SCHALET A. Must we fear adolescent sexuality? Medscape General Medicine 2004; 6(4):44.
19. SILVA, M. The effectiveness of school-based sex education programs in the promotion of abstinent behaviour: a meta-analysis. Health Education Research, 17, 4, 471-481, 2002.
20. STEWART-BROWN, S. What is the evidence on school health promotion in improving school health or preventing disease and specifically what is the effectiveness of the health promoting schools approach? Copenhagen: World Health Organization, 2006.
21. THOMAS, M. Abstinence-based programs for the prevention of adolescent pregnancy: A review. Journal of Adolescent Health 26: pp 5-17, 2002
22. YOUNG SONG E., PRUITT, B., MCNAMARA, J. AND COLWELL, B. A meta-analysis Examining Effects of School Sexuality Education Programs on Adolescents Sexual Knowledge 1960-1997. Journal of School Health, Vol 70: 10 pp 412 – 416, 2002

Violência entre escolares 9 percepção do estudante sobre sua relação com a escola e a família



INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas a violência vem aumentando, tanto na escola quanto entre membros de uma mesma família. Estas formas de violência são referidas em documentos internacionais como integrando a denominada “violência entre jovens” (“youth violence”), sendo atualmente considerada um problema de saúde pública (MS, 1997; MS, 2002; Krug et al., 2002; WHO, 2009, Bordin et al., 2009).

Na escola, as agressões tanto verbais quanto físicas entre os jovens, ou o comportamento agressivo entre os estudantes, vêm sendo chamadas de “bullying”. De acordo com Lopes Neto (2005) a adoção do termo em inglês “bullying” decorre da dificuldade de traduzi-lo para diversos idiomas, entre eles o português. Segundo documento da Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência, 2004, (APUD LOPES NETO, 2005) “Por definição, bullying compreende todas as atitudes agressivas, intencionais e repetidas, que ocorrem sem motivação evidente, adotadas por um ou mais estudantes contra outro(s), causando dor e angústia, sendo executadas dentro de uma relação desigual de poder”.

Em relação à magnitude deste fenômeno em nosso país, pesquisa recentemente publicada pelo IBGE mostra que cerca de 30% dos nossos escolares afirmam ter sido vítimas desta forma de violência, sendo que 5,4% desses jovens relatam que colegas esculacharam, zoaram, mangaram, intimidaram ou caçoaram tanto que o estudante ficou magoado/incomodado/aborrecido na maior parte das vezes ou sempre (PeNSE, 2009). Acrescenta-se que outro estudo realizado no Brasil, mais especificamente em Recife (Pernambuco), aponta para prevalências ainda mais elevadas - 60% dos estudantes afirmam ter vivenciado pelo menos um ato de “bullying” nos últimos 30 dias (DeSouza & Ribeiro, 2005).

Na família, a violência também vem sendo alvo de preocupação (Krug et al., 2002). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 1989) 20% das crianças e adolescentes brasileiros são agredidos fisicamente, e em 80% dos casos os perpetradores são seus próprios pais. Mais recentemente, Martins et al. (2009), investigando o perfil de casos notificados de violência física contra menores de 15 anos em Londrina (Paraná), encontraram resultados similares, verificando que em cerca de 50% dos casos o pai era apontado como o agressor. Já em relação à violência psicológica, investigação realizada com os dados do Conselho Tutelar em Feira de Santana, Bahia, aponta para prevalências de humilhação pública/privada praticada contra os jovens: 15,2 % para faixa etária 14 a 16 anos e de 31,6% para o grupo de 17 a 19 anos (Costa et al., 2007).

As conseqüências da violência na saúde do adolescente são diversas, desde as mais visíveis – escoriações, hematomas, queimaduras, geradas pelas agressões físicas, até aquelas mais difíceis de identificação, ou seja, as repercussões psicoemocionais, tais como, os sentimentos de raiva, ódio, medo, hostilidade, ou ainda dificuldade de aprendizagem, fobias, comportamentos autodestrutivos, isolamento social, baixa auto-estima e depressão (Reichenheim et al., 1999; Lien et al., 2009)

Neste contexto, torna-se importante que investigações sejam realizadas buscando conhecer melhor o problema dos nossos estudantes. Neste sentido, o presente trabalho tem como objetivo descrever a percepção do escolar de sua relação com a família e com a escola segundo variáveis sociodemográficas.

DESCRIÇÃO DOS INDICADORES

A percepção do escolar sobre sua relação com a família foi medida por meio das seguintes questões: (1) Nos últimos 30 dias, com que frequência seus pais ou responsáveis sabiam onde estava em seu tempo livre? (2) Nos últimos 30 dias, com que frequência sua família te elogiou e (3) Nos últimos 30 dias, com que frequência sua família te esculachou (tratou muito mal)?

Já a aferição da percepção do jovem acerca da sua relação com os seus colegas e com a escola foi feita a partir das perguntas: (1) Nos últimos 30 dias, com que frequência os colegas de escola trataram você bem e/ou foram legais com você? (2) Nos últimos 30 dias, com que frequência os colegas te esculacharam tanto que você ficou magoado? (3) Nos últimos 30 dias, com que frequência você conversou com seus professores sobre assuntos que não tinham relação com a aula? (4) Nos últimos 30 dias, com que frequência você se sentiu bem em sua escola?

As questões apresentavam 5 opções de respostas, tendo como referência os últimos 30 dias a saber: (a) nenhuma vez; (b) raramente; (c) as vezes; (d) na maior parte das vezes; e (e) sempre.

Todas as questões analisadas nesta seção se referem à frequência de ocorrência de cada evento (na maior parte das vezes ou sempre) nos últimos 30 dias que precederam o preenchimento do questionário.

As proporções apresentadas são ajustadas por sexo (masculino e feminino), escore de bens (tercis), escolaridade da mãe (tercis) e escolaridade do chefe da família (tercis).

A questão “Nos últimos 30 dias, com que frequência os colegas te esculacharam tanto que você ficou magoado?” foi elaborada buscando se aproximar do conceito “bullying” e a pergunta “Nos últimos 30 dias, com que frequência sua família te esculachou (tratou muito mal)?” da violência psicológica/emocional/verbal.

RESULTADOS

FAMÍLIA

A maior parte dos jovens (56,8%) diz que a família sabia onde ele estava quando tinha tempo livre. Não obstante, somente 39,3% dos escolares sempre avisam onde estão (dados não apresentados na tabela). Moças alegam mais frequentemente que as famílias sabem onde estão, assim como, as escolares cujas mães têm maior escolaridade (2º e 3º terços).

Somente 32,2% dos estudantes relatam que sempre ou na maioria das vezes recebem elogios da sua família. As mulheres afirmam que suas famílias as elogiam mais frequentemente que os rapazes. Destaca-se que famílias que possuem mais bens e onde as mães estudaram mais tempo apresentam proporções maiores dos jovens que se sentem elogiados por seus familiares.

Mais de 6% dos escolares relatam que suas famílias os esculacham sempre ou na maior parte das vezes. As proporções são significativamente diferentes entre os sexos. Esse tipo de mau-trato é duas vezes mais frequente nas moças (8,6%) do que nos rapazes (4,1%).

COLEGAS E ESCOLA

Ainda que a maioria dos escolares (moças mais frequentemente que os rapazes) afirme que os colegas os tratam bem na maior parte das vezes ou sempre (72,5%), chama atenção o fato de 3% dos adolescentes se sentirem magoados em função de um ou mais colegas o esculacharem. A minoria registra que conversa sempre ou quase sempre com os professores assuntos que não os relativos à aula (8,4%). Sentir-se bem sempre ou quase sempre na escola foi declarado por 61,6% dos adolescentes. Novamente, as moças exibem mais frequentemente esse sentimento do que os rapazes.

Tabela 1. Relação do escolar com a família segundo variáveis sociodemográficas. Alunos de último ano da rede municipal de ensino fundamental do Rio de Janeiro, 2007

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	A FAMÍLIA SABIA ONDE ESTAVA SEMPRE OU NA MAIORIA DAS VEZES (%)	A FAMÍLIA ELOGIOU SEMPRE OU NA MAIORIA DAS VEZES (%)	A FAMÍLIA ESCULACHOU SEMPRE OU NA MAIORIA DAS VEZES (%)
SEXO			
masculino	52,2*	29,2*	4,1*
feminino	60,4	34,5	8,6
ESCORE DE BENS			
terço 1	55	32,7	7,2
terço 2	55,4	29,9	6,3
terço 3	62,1	36,5	6,4
ESCOLARIDADE DA MÃE			
terço 1	50,1*	31,5*	5,2
terço 2	55,2	26,9	8,2
terço 3	64,3	37,4	6,3
ESCOLARIDADE DO CHEFE DA FAMÍLIA			
terço 1	51,4	32,1	5,5
terço 2	55,7	30,3	7,1
terço 3	61,7	33,6	7,1
TOTAL (%)	56,8	32,2	6,6

* p<0,05

Tabela 2. Relação do escolar com os colegas e a escola segundo variáveis sociodemográficas. Alunos de último ano da rede municipal de ensino fundamental do Rio de Janeiro, 2007

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	OS COLEGAS TRATARAM BEM SEMPRE OU NA MAIORIA DAS VEZES (%)	OS COLEGAS ESCULACHARAM A PONTO DE MAGOAR SEMPRE OU NA MAIORIA DAS VEZES (%)	CONVERSOU COM OS PROFESSORES SEMPRE OU NA MAIORIA DAS VEZES (%)	SENTIU-SE BEM NA ESCOLA SEMPRE OU NA MAIORIA DAS VEZES (%)
SEXO				
masculino	66,1*	3,4	7,3	58,7*
feminino	77,5	2,8	9,3	63,9
ESCORE DE BENS				
terço 1	68,7*	3,6	7,1	61,8
terço 2	72,5	2,7	8,5	63
terço 3	78,6	2,7	9,4	58,6
ESCOLARIDADE DA MÃE				
terço 1	68,1	4,1	7,1	60,1
terço 2	71,1	2,5	8,3	60,8
terço 3	77,7	2,8	9,6	63,8
ESCOLARIDADE DO CHEFE DA FAMÍLIA				
terço 1	69,1	4	7,7	62
terço 2	69,9	2,2	8,3	61,6
terço 3	77,6	3	9,1	61,4
TOTAL (%)	72,5	3,1	8,4	61,6

* p<0,05

COMENTÁRIOS

Tanto quanto tentar relacionar as situações de risco às condições de saúde e de vida dos escolares, é importante buscar em que dimensão esse público identifica fatores, instituições ou pessoas em suas relações que lhe protegem ou que lhe dão apoio e suporte em situações que estejam vulneráveis.

Assim, estudar, por exemplo, a forma como o escolar se relaciona com os outros na sua convivência cotidiana, explorando o modo como ele se percebe nesta relação ou o quanto ele espera e conta com o apoio e referência de alguém de seu grupo social, familiar, comunitário e/ou do espaço escolar, pode ser estratégico para planejar ações e formular políticas de proteção à infância e à adolescência.

Debardieux (2002) ao discutir a definição de violência, refere à relação do aspecto científico com os aspectos políticos implicados na dimensão e no enfrentamento do problema, chamando atenção para as decisões e encaminhamentos numa ação articulada do pesquisador com o político. O encontro da gestão de programas com a pesquisa, priorizando a escuta da comunidade escolar envolvida, é capaz de contribuir para o diálogo entre esses diferentes setores e favorecer a formulação de políticas que por serem mais participativas têm chances de se tornarem mais efetivas e favoráveis, por exemplo, à construção de uma cultura de paz.

Ter informação sobre o paradeiro de seus filhos quando em atividades fora de casa, pode expressar uma preocupação da família com o cuidar de suas crianças e adolescentes. Informar aos pais ou responsáveis onde estão ou o que estão fazendo quando fora de casa pode também em grande parte representar um laço ou vínculo de responsabilidade criado pelo escolar com sua família e eventualmente, saber que em algum momento ele tem com quem contar. A necessidade do escolar de, ao mesmo tempo, lutar por uma independência e de ser levado pela curiosidade típica da criança e do adolescente, a se arriscar sem ter conhecimento do risco também devem ser consideradas. Conforme os resultados apresentados na **tabela 1**, pouco mais da metade dos escolares afirmaram que sua família sabia onde estavam sempre ou quase sempre, revelando que esforços devem ser feitos no sentido de estreitar as relações escola/família. Adicionalmente, é importante destacar que as famílias sabem mais onde estão as meninas do que os meninos, e portanto, uma reflexão quanto ao aspecto de gênero deve ser considerada, assim como a importância da educação nas condições de saúde e de vida desses estudantes, já que a maior escolaridade da família parece aumentar essa informação, sugerindo maior cuidado e aumento da proteção.

O fato de apenas 32,2% dos escolares informarem que recebem elogios de sua família aguça a compreensão de como, de modo geral, ocorrem essas relações. Por que a família que tem um papel de estimular seus membros, animá-los e favorecer uma alta estima para o crescimento, o desenvolvimento e a aprendizagem de seus filhos se comporta de forma tão comedida nos elogios? Os dados mostram ainda que cerca de 6% informaram que são esculachados por seus familiares. Estes, certamente, devem ser alvo de preocupação dos gestores e pesquisadores, como o grupo mais vulnerável, e talvez com maiores chances de se tornarem vítimas de outros tipos de violência. De acordo com Silva et al. (2007) identificar casos de violência psicológica, especialmente aqueles que ainda não tornaram-se vítimas de violência física, pode ser um caminho para proteção da violência na família. Vale lembrar que nesta pesquisa, somente uma questão foi utilizada como “proxy” de agressão verbal/emocional/psicológica dos pais contra o escolar. No entanto, é importante considerar que já estão disponíveis em português, escalas para aferir esse fenômeno adaptadas a

nossa cultura, por exemplo, Conflict Tactics Scale 1 (Hasselmann & Reichenheim, 2003) e Conflict Tactics Scale Parents-Child (Reichenheim & Moraes, 2003) e mais recentemente a escala de violência psicológica contra adolescentes (Avanci et al., 2005), que podem ser incorporadas em futuras pesquisas como esta.

Se no que se refere a convivência dessas crianças e adolescentes no núcleo escolar, cerca de 70% afirmam que se sentem bem na escola porque seus colegas os tratam bem. Vale registrar que quase 30% não respondem dessa maneira; com o agravante de que destes, 3% se declaram magoados com os colegas. Ressalta-se que a literatura e as pesquisas voltadas para o “bullying” costumam subestimar as suas prevalências, por conta do silêncio, do receio e medo e, muitas vezes, por condições frágeis de enfrentamento de seus opositores e, portanto, de se contrapor ao escárnio e ao sofrimento que lhes são impostos. Acrescente-se que assim como foi verificado na presente pesquisa (8,4%), Silva e Mendes (2002) também identificaram que poucos estudantes conversam com os professores sobre questões fora do tema da aula. Novamente, vale ressaltar que seria importante que os próximos estudos considerassem a possibilidade de incorporar instrumentos confiáveis e válidos na aferição de “bullying” (DeSouza & Ribeiro, 2009).

Estes resultados são estimulantes para subsidiar os debates e as reflexões sobre o tema, o risco e a proteção à infância e adolescência e também para a continuidade do monitoramento da saúde do escolar. Em todas as situações, em particular na discussão da violência, é fundamental dialogar com os sujeitos que no seu cotidiano as vivenciam, como as interpretam e de que forma esta questão os mobilizam, deixam apreensivos e amedrontados, ou seja, quais as situações que no entender desse sujeito precisam ser enfrentadas e compartilhadas para as melhores decisões e encaminhamentos.

Burris, Hancock e colaboradores (2007) têm assinalado a importância e implicações das ações intersetoriais na formulação da política de saúde e defendido o processo de governança em que diversos setores, governamentais ou não, públicos e privados, acadêmicos e a comunidade compartilham seus objetivos, metas, planos e recursos para uma condição urbana mais saudável. Estes autores também descrevem a relevância da integralidade das ações nas diferentes esferas governamentais, sobretudo naquelas que deixam de lado os modelos de programa verticais (de cima para baixo – top down) em favor de ações que considerem a participação ativa da comunidade (de baixo para cima – bottom up).

A perspectiva de construção de programas de saúde na escola deve considerar as escolas como espaços de mais segurança, com ambientes mais saudáveis, harmônicos e de solidariedade de convivência e assim mais prazerosa para aprendizagens.

BIBLIOGRAFIA

1. BURRIS S, HANCOCK T, LIN V. & HERZOG A. Emergency Strategies for Healthy Urban Governance. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academic of Medicine*. Vol. 84, n. 1 doi: 10.1007/s11524-007-91746. New York, EUA. 2007.
2. DEBARDIEUX, ERIC. Violência nas Escolas: divergências sobre palavras e um desafio político. In DEBARDIEUX, E. & BLAYA, Catherine (Orgs) *Violência nas Escolas e Políticas Públicas*. UNESCO, Brasília, DF, 2002
3. COMISSÃO NACIONAL DE DETERMINANTES SOCIAIS, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Relatório Final, abril, 2008 ENSP-FIOCRUZ, em <http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf> (acessado em 10/abr/2010.)

4. CARTA DE OTAWA, 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, 1986. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde. 1996. <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf> (acessado em 13/mar/2010).
5. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. Brasília (DF), 7 A 21, mar., 1986. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf> (acessado em 25/nov/2009).
6. LOPES NETO, AA. Bullying comportamento agressivo entre estudantes. *Jornal de Pediatria. Supl/S164*. 2005.
7. BRASIL, REPÚBLICA FEDERATIVA. Decreto presidencial Nº. 6.286, de 5 de dezembro de 2007 que cria o Programa Nacional de Saúde na Escola. Brasília, DF. Diário Oficial da União, de 06 de dezembro de 2007. Seção 2, p. 02.
8. BUSS PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In Czeresnia D, & Freitas C.M. (org.) *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
9. SILVA CS, MENDES SR. *Solta a Voz: saúde e risco em escolares*. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde, RJ, 2002.
10. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) Ministério da Saúde. *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE)*. Rio de Janeiro, 2009.
11. MS, SASA. *Violência contra a criança e o adolescente: proposta preliminar de prevenção e assistência à violência doméstica*. – Brasília: 1997.
12. AVANCI, JQ; ASSIS, SG; SANTOS, NC; OLIVEIRA, RVC. Escala de violência psicológica contra adolescentes. *Rev. Saúde Pública*. 2005, vol.39, n.5, pp. 702-708.
13. COSTA, MCO et al. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. *Ciênc. saúde coletiva*. 2007, vol.12, n.5, pp. 1129-1141.)
14. SILVA, LL da; COELHO, EBS; CAPONI, SNC de. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. *Interface (Botucatu)*. 2007, vol.11, n.21, pp. 93-103.
15. HASSELMANN, M; REICHENHEIM, ME. Adaptação transcultural da versão em português da Conflict Tactics Scales Form R (CTS-1), usada para aferir violência no casal: equivalências semântica e de mensuração. *Cad. Saúde Pública*, Ago 2003, vol.19, no.4, p.1083-1093.
16. REICHENHEIM, ME; MORAES, CL. Adaptação transcultural do instrumento Parent-Child Conflict Tactics Scales (CTSPC) utilizado para identificar a violência contra a criança. *Cad. Saúde Pública*, Dez 2003, vol.19, no.6, p.1701-1712.
17. KRUG EG, DAHLBERG LL, MERCY JA, ZWI AB, LOZANO R, editors. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002.
18. LIEN, L; GREEN, K; WELANDER-VATN, A; BJERTNESS, E. Mental and somatic health complaints associated with school bullying between 10th and 12th grade students; results from cross sectional studies in Oslo, Norway. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2009, 23;5:6
19. BORDIN IA, DUARTE CS, PERES CA, NASCIMENTO R, CURTO BM, PAULA CS. Severe physical punishment: risk of mental health problems for poor urban children in Brazil. *Bull World Health Organ*. 2009;87(5):336-44
20. DeSOUZA ER, RIBEIRO J. Bullying and sexual harassment among Brazilian high school students. *J Interpers Violence*. 2005; 20(9):1018-38
21. MARTINS, CHRISTINE BACCARAT DE GODOY AND JORGE, MARIA HELENA PRADO DE MELLO. Violência física contra menores de 15 anos: estudo epidemiológico em cidade do sul do Brasil. *Rev. bras. epidemiol.*, 2009, vol.12, no.3, p.325-337
22. World Health Organization (WHO). *Violence prevention: the evidence: overview*, 2009;
23. IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) 1989. *Crianças e adolescentes: Indicadores sociais*. IBGE, Rio de Janeiro; IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) 1989. *Crianças e adolescentes: Indicadores sociais*. IBGE, Rio de Janeiro;
24. Reichenheim ME, Hasselmann MH, Moraes CL. Conseqüências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. *Ciência & Saúde Coletiva* 1999; 4:109-21.

Estado nutricional, imagem corporal e comportamentos para controle de peso 10

INTRODUÇÃO

A imagem corporal, segundo a definição de Schilder (apud Barros, 2005), é a representação do corpo que formamos em nossa mente, ou seja, o conhecimento do indivíduo acerca do seu próprio corpo. Esta representação não se restringe à aparência física, envolve também atitudes e sentimentos em relação à imagem e pode ser construída ou destruída a partir de tentativas para buscar uma imagem e corpos ideais (Penna, 1990; Ferreira & Leite, 2002; Saikali et al., 2004; Conti et al., 2009).

Considerando que o padrão de corpo ideal varia conforme o momento histórico, conseqüentemente o imaginário corporal sofre mudanças ao longo dos séculos. Se antes a gordura era sinal de riqueza, poder e abundância, hoje ela está associada à preguiça, lentidão, falta de força de vontade, rejeição e não aceitação de si mesmo. A barriga foi reinterpretada como sinal de sedentarismo e de decadência e os indivíduos que estão fora do padrão imposto muitas vezes sofrem com a discriminação pela sociedade, o que repercute em sua auto-estima (Almeida et al., 2005; Farias, 2004; Ferreira & Leite, 2002; Novaes, 2006; Saikali et al, 2004; Santos, 2006).

Atualmente, na sociedade ocidental contemporânea, o corpo tornou-se o centro das preocupações e a aparência assumiu lugar de destaque na vida das pessoas. Esse padrão estético imposto atualmente é desejado, particularmente pelas mulheres, e é representado pelo corpo magro e longilíneo como sendo produto da beleza, atratividade, sucesso, leveza, juventude e modernidade (Almeida et al., 2005; Farias, 2004; Ferreira & Leite, 2002; Saikali et al, 2004; Santos, 2006; Silva, 1999).

A adolescência, que abrange a faixa etária de 10 a 19 anos, é, juntamente com a infância, uma fase de definição de escolhas e estilos de vida que serão levados para a vida adulta. Nesta fase ocorrem naturalmente mudanças físicas, comportamentais, no desenvolvimento psicossocial e na maturação que influenciarão na formação da imagem corporal (Castro et al., 2008; Ferreira & Leite, 2002; Novaes, 2006; Kazapi et al., 2001; WHO, 1995, 2002 e 2003). Daí a importância deste estudo para conhecermos melhor a auto percepção dos adolescentes sobre seu corpo e, com base nisso, fomentar ações de promoção da saúde que evitem distorções da imagem corporal e suas possíveis conseqüências.

INDICADORES UTILIZADOS

Os indicadores de imagem corporal e de estado nutricional utilizados foram:

- 1 Estado nutricional: índice de massa corporal (IMC) segundo idade e sexo, utilizando-se os pontos de corte propostos pela Organização Mundial da Saúde (de ONIS et al, 2007) para classificação nutricional (baixo peso, peso adequado e excesso de peso);
- 2 Auto-percepção sobre o peso: baseado na descrição do próprio adolescente em relação ao seu peso: abaixo (“bem abaixo” ou “pouco abaixo” do peso), certo (“no peso certo”) ou acima (“pouco acima” ou “bem acima” do peso);
- 3 Realização de algum procedimento em relação ao peso (ex: nenhum, tentando perder, ganhar ou manter o peso);
- 4 Práticas extremas para controle do peso nos trinta dias que antecederam o estudo: usar medicamento (comprimido) ou laxante, ou, ainda, vomitar com o objetivo de perder ou manter seu peso; e
- 5 Satisfação com o próprio corpo nos trinta dias que antecederam o estudo (“sentir-se feliz com seu corpo”).

Os indicadores sociodemográficos bem como os demais aspectos metodológicos deste estudo estão descritos nos capítulos III e IV desta publicação.

RESULTADOS E COMENTÁRIOS

Do total de alunos estudados, 17,3% apresentavam excesso de peso e 2,0%, baixo peso. (**Tabela 1**). De acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) realizada em 2008-2009, 25,4% dos adolescentes brasileiros estão acima do peso e 3,4% com déficit de peso (IBGE, 2010a). Já os resultados observados nas capitais brasileiras e Distrito Federal na Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, realizada em 2009 (PeNSE-2009) com os alunos do 9º ano mostraram prevalência de 23,2% de excesso de peso e 2,9% de baixo peso (IBGE, 2010b).

Os valores observados de baixo peso e sobrepeso foram bem inferiores àqueles observados em relação à auto-percepção sobre o peso: 32,9% se consideravam acima do peso e 23,3%, abaixo do peso (**Tabela 1**). Maiores discrepâncias entre o estado nutricional e a percepção do peso foram observadas entre meninas. Estes dados reiteram o que foi dito por Nunes et al. (2001) que, particularmente na adolescência, é recorrente a distorção da imagem corporal, principalmente entre as meninas. Eles também se assemelham ao observado nos estudos de dois sistemas de vigilância de fatores de risco à saúde dirigido a adolescentes, o europeu e o americano. No europeu (Health Behaviour School aged Children - HBSC) se observa que, entre 13 e 15 anos de idade as meninas, mais frequentemente que os meninos, se auto-percebem como muito gordas. Esta insatisfação com corpo aumenta conforme aumenta a idade (WHO, 2008). As informações do sistema americano (Youth Risk Behavior Surveillance System - YRBSS), também mostraram que as meninas têm a tendência de se auto descreverem como levemente ou muito acima do peso (CDC, 2010).

Cabe comentar, ainda, que os resultados de nosso estudo diferem daqueles observados para o conjunto das capitais brasileiras na PeNSE-2009. Nela, 21,3% das meninas se descreveram como gordas ou muito gordas e 21,4%, como magras ou muito magras. Já entre os meninos, 13,8% se descreveram como gordos ou muito gordos e 23,0%, como muito magros ou magros.

Em nosso estudo, perfis semelhantes de estado nutricional foram observados nas diferentes faixas de poder aquisitivo (escore de bens) e de escolaridade da mãe e do chefe da família. Já em relação à auto-percepção sobre o peso, foram observadas menores discrepâncias entre este indicador e o estado nutricional com o aumento do poder aquisitivo das famílias (**Tabela 1**).

Tabela 1. Estado nutricional e auto-percepção do peso entre adolescentes segundo variáveis sociodemográficas. Alunos de nono ano da rede municipal de ensino fundamental, Rio de Janeiro-RJ, 2007.

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	ESTADO NUTRICIONAL# (%)			DESCRIÇÃO DO PESO (%)		
	BAIXO PESO	ADEQUADO	EXCESSO DE PESO	ABAIXO	CERTO	ACIMA
SEXO						
masculino	3,0	80,9	16,1	31,0	49,1	19,9
feminino	1,2	80,4	18,4	17,2	39,5	43,2
ESCORE DE BENS						
terço 1	2,1	81,1	16,8	27,1	40,9	32,0
terço 2	1,9	81,7	16,3	22,2	44,0	33,8
terço 3	2,3	77,3	20,5	19,2	49,0	31,7
ESCOLARIDADE DA MÃE						
terço 1	1,7	82,4	15,9	23,5	40,7	35,9
terço 2	2,2	81,8	16,0	25,1	45,7	29,2
terço 3	2,1	78,0	19,9	21,5	44,9	33,6
ESCOLARIDADE DO CHEFE DA FAMÍLIA						
terço 1	2,8	80,9	16,3	23,4	42	34,6
terço 2	1,8	82,3	15,8	27,2	42,9	30,0
terço 3	1,5	79,0	19,5	20,1	46,1	33,8
TOTAL (%)	2,0	80,7	17,3	23,3	43,8	32,9

* Diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre sexos e entre terços de bens para descrição do peso.
Índice de massa corporal segundo idade e sexo, pontos de corte propostos por ONIS et al, 2007.

Embora mais da metade dos adolescentes tenha revelado que se percebia acima ou abaixo do peso, a grande maioria (86,2%) relatou se sentir feliz com seu corpo. Ainda assim, 60,5% indicaram fazer algum procedimento em relação ao peso e 6,2% declararam adotar medidas extremas para controle do peso. Se, por um lado, uma maior proporção de meninos relatou sentir-se feliz com seu corpo, por outro, ambas as práticas em relação ao peso (algum procedimento e medidas extremas) foram mais recorrentes entre meninas. A primeira dessas práticas foi também mais recorrente entre estudantes cujas mães apresentavam maior nível de escolaridade (**Tabela 2**).

Tabela 2. Satisfação com o corpo e práticas em relação ao peso segundo sexo e variáveis sociodemográficas. Alunos de nono ano da rede municipal de ensino fundamental, Rio de Janeiro-RJ, 2007.

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	SATISFAÇÃO COM O CORPO (%)	REALIZAR ALGUM PROCEDIMENTO EM RELAÇÃO AO PESO (%)	REALIZAR PRÁTICAS EXTREMAS PARA CONTROLE DE PESO (&)
SEXO			
masculino	88,8	57,6	4,2
feminino	84,2	62,8	7,7
ESCORE DE BENS			
terço 1	86,9	40	7,2
terço 2	85	39,6	5,2
terço 3	88,9	39,4	6,2
ESCOLARIDADE DA MÃE			
terço 1	85,5	58,7	6,9
terço 2	86	57,5	5,7
terço 3	87,1	64,8	5,9
ESCOLARIDADE DO CHEFE DA FAMÍLIA			
terço 1	85	59,6	7,6
terço 2	86,4	59,6	4,6
terço 3	87,2	62,1	6,1
TOTAL (%)	86,2	60,5	6,2

* Diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre sexos foram observadas para todos os indicadores apresentados.
** Diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre níveis de escolaridade da mãe foram observadas para realização de procedimento para controle de peso.

Comparando nossos resultados com os de outros estudos, observamos que, entre adolescentes americanos, os resultados de práticas extremas para controle de peso são parcialmente comparáveis, já que foram construídos dois indicadores, quando, em nosso estudo, todas as práticas foram agrupadas em um único indicador. Entre os adolescentes americanos 5,0% (3,8% entre meninos e 6,3% entre meninas) utilizaram comprimidos ou líquidos e 4,0% deles (2,6% entre meninos e 5,4% entre meninas) usaram laxativos ou induziram vômito nos trinta dias que antecederam a pesquisa com o objetivo de perder ou manter o seu peso (CDC,2010). Já a PeNSE-2009 encontrou, para o conjunto das escolas públicas e privadas de todas as capitais brasileiras, dados similares aos observados em nosso estudo quanto à realização de algum procedimento em relação ao peso: 65,0% das meninas e 60,2% dos meninos estavam fazendo algo em relação ao peso. Quanto às práticas extremas para controle de peso, os resultados da PeNSE-2009 apontaram valores semelhantes aos do nosso estudo para meninas (7,0%) e superiores para os meninos (6,4%).

Em resumo, as meninas demonstraram maior insatisfação com o seu peso corporal do que os meninos e apresentaram, mais frequentemente, práticas extremas para manter ou perder peso (uso de laxantes, comprimidos ou indução de vômito). Estas atitudes podem trazer danos ou riscos à saúde do adolescente. Portanto, os resultados deste trabalho reforçam a importância da realização de outros estudos voltados para esta temática, afim de conhecer os seus aspectos subjetivos e subsidiar a formulação e implementação de políticas públicas direcionados para este grupo etário.

BIBLIOGRAFIA

1. ALMEIDA, G.A.N.; SANTOS, J.E. ; PASIAN, S.R.; LOUREIRO, S.R.. Percepção de tamanho e forma corporal de mulheres: estudo exploratório. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10(1), p.27-35, jan./abr., 2005.
2. BARROS, D.D.. Imagem corporal: a descoberta de si mesmo. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.12, n. 2, p. 547-554, maio-ago., 2005.
3. CANESQUI, A.M.. Os estudos de antropologia da saúde/ doença no Brasil na década de 1990. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8(1), p. 109-124, 2003.
4. CASTRO, I.R.R et al. Vigilância de fatores de risco para doenças não transmissíveis entre adolescentes: a experiência da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24(10), p.2279-2288, out. 2008.
5. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Department of health and human services. Youth Risk Behavior Surveillance - United States, 2009. *Morbidity and Mortality Weekly Report* v. 59, n.55-5, June, 2010.
6. CONTI, M.A.; SLATER, B.; LATORRE, M.R.D.O.. Validação e reprodutibilidade da Escala de Evaluación de Insatisfacción Corporal para Adolescentes. *Rev Saúde Pública*, v.43(3), p.515-524, 2009.
7. De ONIS, M. et al. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the World Health Organization*. Geneva, v.85, n.9, p.660-667, Sept. 2007. Disponível em: < <http://www.who.int/bulletin/volumes/85/9/07-043497.pdf>>. Acesso em: outubro. 2010.
8. FARIAS, R.C.P. Nos bastidores da moda: um estudo sobre representações de vestuário e de imagem corporal por um grupo de pré-adolescentes. 2004. 140 f. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica) – Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais, 2004.
9. FERREIRA, M.C.; LEITE, N.G.M.. Adaptação e Validação de um Instrumento de Avaliação da Satisfação com a Imagem Corporal. *Avaliação Psicológica*, v.2, p. 141-149, 2002.
10. NOVAES, J.V. O intolerável peso da feiúra: sobre mulheres e seus corpos. Rio de Janeiro: Ed. PUC Rio, 2006.
11. NUNES, M.A. et al. Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. *Rev.Bras. Psiquiatria*, v. 23(1), p. 21-27, 2001.
12. PENNA, L. Imagem corporal: uma revisão seletiva da literatura. *Psicologia- USP, São Paulo*, v.1(2), p.167-174, 1990.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar- 2009. Rio de Janeiro, 2009.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar- 2009. Avaliação do estado nutricional dos escolares do 9º ano do ensino fundamental. Rio de Janeiro, 2010a.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Pesquisa de Orçamentos familiares 2008-2009. Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro, 2010b.
16. SAIKALI, C.J.; SOUBHIA, C.S.; SCALFARO, B.M.; CORDÁS, T.A..Imagem corporal nos transtornos alimentares. *Rev. Psiq. Clin.*, v. 31(4), p.164-166, 2004.
17. SANTOS, L.A.S.. O corpo, o comer e a comida: Um estudo sobre as práticas corporais e alimentares cotidianas a partir da cidade de Salvador-Bahia. Texto apresentado na mesa redonda Comportamento alimentar, antropologia e sociologia da alimentação, ao 19º Congresso Brasileiro de Nutrição, São Paulo, 2006.
18. WHO. Inequalities in young people's health. *Health Behaviour in School-aged Children International report from the 2005/2006 survey*. Health policy for children and adolescents, n. 5, 2008.
19. WHO. Physical Status: The use and interpretation of anthropometry. Geneva: World Health Organization, 1995. Disponível em: < http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_854.pdf> Acesso em: 30 de jan. 2008.
20. WHO. The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy live. Geneva: World Health Organization, 2002. Disponível em: < <http://www.who.int/whr/2002/en/>> Acesso em: 12 de set. 2008.
21. WHO/FAO. Expert consultation. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva: World Health Organization; 2003. (WHO Technical Report Series, 916). Disponível em: <<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/download/en/index.html>> Acesso em: 12 de set. 2008.

11 Considerações finais

A publicação Saúde do Escolar realizada com os alunos das escolas públicas do município do Rio de Janeiro, em seu segundo inquérito, dá continuidade ao esforço na vigilância dos fatores de risco e fatores de proteção à saúde dos adolescentes cariocas.

Os resultados obtidos servem de matéria prima para a construção de uma lógica de intervenção que, apoiada nos princípios de integralidade e universalidade, reconheçam e previnam (e/ou controlem) as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT).

E, é no contexto de mudanças no perfil de Morbimortalidade, ou transição epidemiológica, que doenças como hipertensão arterial, diabetes e pulmonares obstrutivas crônicas, além de alguns tipos de câncer, passam a ser os principais alvos das políticas públicas em saúde tanto no âmbito da prevenção como da atenção.

É importante destacar o reconhecimento da fase constituída pela adolescência como sendo o momento de estabelecimento de hábitos e costumes dos indivíduos, portanto esta é a fase na qual é preciso uma atenção específica na prevenção de fatores de risco e promoção de fatores de proteção que no futuro vão fazer a diferença na vida destes adolescentes e no padrão de adoecimento da comunidade da qual fazem parte.

Para tanto, muito se tem avançado na apropriação e reconceitualização das necessidades sociais em saúde da população pelos trabalhadores – técnicos e gestores – do setor, principalmente na construção de uma lógica de prevenção.

Nesta perspectiva, iniciativas no contexto internacional e nacional caminham na realização de estudos epidemiológicos no ambiente escolar como forma de prevenir as DCNTs, com destaque para as que foram citadas no decorrer desta publicação e influenciaram seus diferentes artigos.

Com artigos que exploram diferentes aspectos como as condições socioeconômicas, as relações sociofamiliares – os diferentes padrões comportamentais, além de imagem corporal e estado nutricional e violência na escola - as informações contidas nesta publicação corroboram alguns aspectos que compõem os fatores de risco e revelam outros, demonstrando o potencial da metodologia adotada para examinar os padrões comportamentais que se está estabelecendo entre uma camada importante dos adolescentes cariocas.

As condições sociais e econômicas dos adolescentes que participaram desta pesquisa são o contexto no qual se desdobram os padrões buscados. O perfil dos escolares pode ser assim desenhado: meninas negras ou mulatas, entre 14 e 16 anos e que possuem até 8 bens de consumo no domicílio familiar. Com relação ao patrimônio intelectual da família, boa parte das mães destes escolares sequer terminou o Ensino Fundamental, com uma média de 6,9 anos de estudo.

O estado nutricional dos alunos do município parece não estar muito adequado, com informações de baixo peso e sobrepeso, contudo, mais que os resultados concretos, chama a atenção aqueles sobre a auto percepção da imagem corporal, que, em ambos os casos foi superior ao verificado, fato percebido principalmente nas meninas. Tais resultados são um alerta para ações de contenção de medidas de práticas extremas de controle de peso entre adolescentes, como o uso de medicamentos ou o provocar vômito.

A percepção dos alunos nas suas relações com a família e os colegas da escola revela muito das origens dos padrões que no futuro serão adotados por adolescentes. Quando apenas cerca de 1/3 da amostra deste estudo afirma ter sido elogiado por familiares parece ser necessário repensar nas estratégias de intervenção, visando a inclusão destes familiares na vida dos adolescentes. Embora a maioria dos alunos goste do ambiente escolar, também é necessário atentar para aqueles 3% que se declararam magoados com os colegas.

Dentre os seus preditores, as práticas alimentares apresentam, talvez, as relações mais diretas com alguns tipos das DCNTs. E, entre os alunos do município, não foi observado um perfil de consumo alimentar adequado, com escolha na dieta de alimentos considerados saudáveis, como legumes, verduras e frutas, abaixo do esperado e consumo de alimentos não saudáveis, como doces e balas, em todos os dias da semana.

O comportamento sexual e reprodutivo, muito estudado após o advento do HIV / AIDS, entre os adolescentes cariocas apresenta um quadro de alerta: são os meninos precocemente que iniciam sua vida sexual e com uma maior variedade de parceiros. Antes de uma discussão moral de controle dos corpos, o importante é adequar os projetos de saúde sexual e reprodutiva do município ao universo masculino. O uso de preservativo e práticas anticoncepcionais entre meninos e meninas apresenta frequência similar.

A atividade física e de lazer tem associação direta com fatores de proteção para prevenção de sobrepeso, além de outras doenças como a depressão. Embora compatíveis com dados mundiais, a prática de atividades físicas entre os escolares é inferior ao considerado adequado. Já a frequência de atividades de lazer associadas com sedentarismos está acima do considerado adequado, apontando para o estabelecimento de um estilo de vida sedentário.

A experimentação e o consumo tanto das drogas lícitas (cigarro e bebidas alcoólicas) como das ilícitas (maconha, crack, cola etc.) se dão cada vez mais precocemente entre os adolescentes e de forma indistinta entre os sexos.

O direito básico de ir e vir no relato dos estudantes ficou contaminado pela violência, tornando inseguro o trajeto casa/escola.

A Secretaria de Saúde do município do Rio de Janeiro busca no monitoramento da saúde do escolar o destaque dos determinantes sociais de saúde dos adolescentes, o que pode facilitar a adequação constante dos programas e ações de saúde, além da articulação com outras políticas na promoção da saúde.

A importância de iniciativas desta natureza se deve não só pelo destaque das características sociais da população usuária e a investigação da influência no seu processo saúde doença, mas, principalmente porque inclui na construção da promoção da saúde, setores diferentes para atuarem nas dimensões do desenvolvimento dos adolescentes.

Por fim, vale ressaltar que esta pesquisa – duas vezes aplicada aos estudantes da rede pública municipal da cidade do Rio de Janeiro (2003 e 2007) – serviu como inspiração da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar – PeNSE que o IBGE levou a campo pela 1ª vez em 2009. Em termos territoriais, a pesquisa foi estendida a todas as capitais estaduais e ao Distrito Federal. Outra novidade foi a inclusão das escolas privadas no estudo que a princípio deverá ter frequência bianual.

Anexos



II ESTUDO SOBRE CONDIÇÕES DE SAÚDE & NUTRIÇÃO DOS ESCOLARES DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Prezado Estudante,

Você está sendo convidado(a) a fazer parte de uma pesquisa realizada pela Secretaria Municipal de Saúde para conhecer aspectos importantes da vida dos adolescentes cariocas e poder melhorar a saúde no Rio de Janeiro. Sua colaboração é fundamental para a realização deste trabalho, mas sua participação é voluntária. Obrigada pelo seu apoio.

Leia antes de iniciar o preenchimento do questionário:

- O questionário deve ser respondido individualmente.
- Não coloque seu nome. Suas respostas serão secretas e não serão divulgadas para ninguém. Apenas o resultado geral da pesquisa será divulgado.
- Sua participação é voluntária.
- Para preencher use apenas CANETA PRETA OU AZUL.
- É importante que você responda todas as perguntas.
- Não existe resposta certa ou errada.
- Caso marque errado alguma resposta, escolha a certa, marque novamente e escreva ao lado a palavra CERTO.

Muito obrigado!

Favor não preencher este espaço									

QUESTIONÁRIO

01. Quantos anos você tem?

- (a) 11 anos (g) 17 anos
 (b) 12 anos (h) 18 anos
 (c) 13 anos (i) 19 anos ou mais
 (d) 14 anos
 (e) 15 anos
 (f) 16 anos

02. Qual o mês do seu nascimento?

- (a) Janeiro (h) Agosto
 (b) Fevereiro (i) Setembro
 (c) Março (j) Outubro
 (d) Abril (l) Novembro
 (e) Maio (m) Dezembro
 (f) Junho
 (g) Julho

03. Qual o ano do seu nascimento?

- (a) 1986 (g) 1992
 (b) 1987 (h) 1993
 (c) 1988 (i) 1994
 (d) 1989 (j) 1995
 (e) 1990 (l) 1996
 (f) 1991

04. Qual é o seu sexo?

- (a) Masculino (b) Feminino

05. Pra você, qual é a sua cor ou raça?

- (a) Branco(a)
 (b) Mulato(a) ou Pardo(a)
 (c) Preto(a) ou Negro(a)
 (d) Amarelo(a) (ex: japonês, chinês)
 (e) Indígena (índio)

06. Qual o seu peso?

- _____ quilos (z) Não sei

07. Qual sua altura?

- _____, ____ metro (z) Não sei

08. Você mora com sua mãe?

- (a) Sim (b) Não

09. Você mora com seu pai?

- (a) Sim (b) Não

10. Na sua casa tem televisão?

- (a) Sim (b) Não

11. Na sua casa tem geladeira?

- (a) Sim (b) Não

12. Na sua casa tem fogão?

- (a) Sim (b) Não

13. Na sua casa tem forno de microondas?

- (a) Sim (b) Não

14. Na sua casa tem telefone fixo (convencional)?

- (a) Sim (b) Não

15. Na sua casa tem DVD?

- (a) Sim (b) Não

16. Na sua casa tem computador?

- (a) Sim (b) Não

17. Alguém que mora na sua casa tem carro?

- (a) Sim (b) Não

18. Alguém que mora na sua casa tem moto?

- (a) Sim (b) Não

19. Dentro da sua casa tem banheiro?

- (a) Sim (b) Não

20. Na sua casa tem empregada doméstica trabalhando cinco ou mais dias por semana?

- (a) Sim (b) Não

ALIMENTAÇÃO

As próximas 14 perguntas são sobre a sua alimentação nos últimos sete dias. Pense em todas as refeições e lanches que você fez. Leve em conta tudo o que você comeu em casa, na escola, na rua, em lanchonetes, em restaurantes ou em qualquer outro lugar.

21. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu FEIJÃO?

- (a) Não comi feijão nos últimos sete dias
 (b) 1 dia nos últimos sete dias
 (c) 2 dias nos últimos sete dias
 (d) 3 dias nos últimos sete dias
 (e) 4 dias nos últimos sete dias
 (f) 5 dias nos últimos sete dias
 (g) 6 dias nos últimos sete dias
 (h) Todos os dias nos últimos sete dias

22. **NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu BATATA FRITA?**

- (a) Não comi batata frita nos últimos sete dias
- (b) 1 dia nos últimos sete dias
- (c) 2 dias nos últimos sete dias
- (d) 3 dias nos últimos sete dias
- (e) 4 dias nos últimos sete dias
- (f) 5 dias nos últimos sete dias
- (g) 6 dias nos últimos sete dias
- (h) Todos os dias nos últimos sete dias

23. **NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu SALGADOS FRITOS?**

Exemplo: coxinha de galinha, quibe frito, pastel frito etc.

- (a) Não comi salgados fritos nos últimos sete dias
- (b) 1 dia nos últimos sete dias
- (c) 2 dias nos últimos sete dias
- (d) 3 dias nos últimos sete dias
- (e) 4 dias nos últimos sete dias
- (f) 5 dias nos últimos sete dias
- (g) 6 dias nos últimos sete dias
- (h) Todos os dias nos últimos sete dias

24. **NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu algum desses alimentos: HAMBÚRGUER, NUGETS, SALSICHA, MORTADELA, SALAME, PRESUNTO OU LINGÜIÇA?**

- (a) Não comi nenhum desses alimentos nos últimos sete dias
- (b) 1 dia nos últimos sete dias
- (c) 2 dias nos últimos sete dias
- (d) 3 dias nos últimos sete dias
- (e) 4 dias nos últimos sete dias
- (f) 5 dias nos últimos sete dias
- (g) 6 dias nos últimos sete dias
- (h) Todos os dias nos últimos sete dias

25. **NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu SALADA CRUA?**

Exemplos: alface, tomate, cebola, pepino, agrião etc.

- (a) Não comi salada crua nos últimos sete dias
- (b) 1 dia nos últimos sete dias
- (c) 2 dias nos últimos sete dias
- (d) 3 dias nos últimos sete dias
- (e) 4 dias nos últimos sete dias
- (f) 5 dias nos últimos sete dias
- (g) 6 dias nos últimos sete dias
- (h) Todos os dias nos últimos sete dias

26. **NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu algum tipo de LEGUME OU VERDURA cozidos, sem contar batata e aipim (mandioca)? EX: cenoura, abóbora, chuchu, repolho cozido, brócolis, espinafre etc.**

- (a) Não comi legumes ou verduras cozidos nos últimos sete dias
- (b) 1 dia nos últimos sete dias
- (c) 2 dias nos últimos sete dias
- (d) 3 dias nos últimos sete dias
- (e) 4 dias nos últimos sete dias
- (f) 5 dias nos últimos sete dias
- (g) 6 dias nos últimos sete dias
- (h) Todos os dias nos últimos sete dias

27. **NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu BISCOITOS SALGADOS?**

Incluir salgadinhos de pacote.

- (a) Não comi biscoitos salgados nos últimos sete dias
- (b) 1 dia nos últimos sete dias
- (c) 2 dias nos últimos sete dias
- (d) 3 dias nos últimos sete dias
- (e) 4 dias nos últimos sete dias
- (f) 5 dias nos últimos sete dias
- (g) 6 dias nos últimos sete dias
- (h) Todos os dias nos últimos sete dias

28. **NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu BISCOITOS DOCES?**

- (a) Não comi biscoitos doces nos últimos sete dias
- (b) 1 dia nos últimos sete dias
- (c) 2 dias nos últimos sete dias
- (d) 3 dias nos últimos sete dias
- (e) 4 dias nos últimos sete dias
- (f) 5 dias nos últimos sete dias
- (g) 6 dias nos últimos sete dias
- (h) Todos os dias nos últimos sete dias

29. **NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu DOCES, BALAS E CHOCOLATES (chocolate em barra, bombom ou outros tipos de chocolate)?**

- (a) Não comi doces, balas e chocolates nos últimos sete dias
- (b) 1 dia nos últimos sete dias
- (c) 2 dias nos últimos sete dias
- (d) 3 dias nos últimos sete dias
- (e) 4 dias nos últimos sete dias
- (f) 5 dias nos últimos sete dias
- (g) 6 dias nos últimos sete dias
- (h) Todos os dias nos últimos sete dias

30. **NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu FRUTAS FRESCAS OU SALADAS DE FRUTAS?**

- (a) Não comi frutas frescas ou saladas de frutas nos últimos sete dias
- (b) 1 dia nos últimos sete dias
- (c) 2 dias nos últimos sete dias
- (d) 3 dias nos últimos sete dias
- (e) 4 dias nos últimos sete dias
- (f) 5 dias nos últimos sete dias
- (g) 6 dias nos últimos sete dias
- (h) Todos os dias nos últimos sete dias

31. **NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você tomou LEITE?**

- (a) Não tomei leite nos últimos sete dias
- (b) 1 dia nos últimos sete dias
- (c) 2 dias nos últimos sete dias
- (d) 3 dias nos últimos sete dias
- (e) 4 dias nos últimos sete dias
- (f) 5 dias nos últimos sete dias
- (g) 6 dias nos últimos sete dias
- (h) Todos os dias nos últimos sete dias

32. **NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você tomou REFRIGERANTE? Incluir os refrigerantes light, diet, zero e bebidas como H2OH! e Aquarium.**

- (a) Não tomei leite nos últimos sete dias
- (b) 1 dia nos últimos sete dias
- (c) 2 dias nos últimos sete dias
- (d) 3 dias nos últimos sete dias
- (e) 4 dias nos últimos sete dias
- (f) 5 dias nos últimos sete dias
- (g) 6 dias nos últimos sete dias
- (h) Todos os dias nos últimos sete dias

33. **Na maioria das vezes em que você tomou refrigerante, ele foi de que tipo?**

- (a) normal
- (b) light / diet/ zero
- (c) não tomei refrigerante nos últimos sete dias

As próximas 3 perguntas são sobre alimentos que você comeu ONTEM em qualquer horário do dia ou da noite.

34. **ONTEM, em quais refeições você comeu salada crua?**

- (a) Não comi salada crua ontem
- (b) No almoço de ontem
- (c) No jantar de ontem
- (d) No almoço e no jantar de ontem

35. **ONTEM, em quais refeições você comeu LEGUMES OU VERDURAS cozidos, sem contar batata e aipim (mandioca)?**

- (a) Não comi legumes e verduras cozidos ontem
- (b) No almoço de ontem
- (c) No jantar de ontem
- (d) No almoço e no jantar de ontem

36. **ONTEM, quantas vezes você comeu frutas?**

- (a) Não comi frutas ontem
- (b) Uma vez ontem
- (c) Duas vezes ontem
- (d) Três vezes ou mais ontem

As próximas perguntas são sobre hábitos e comportamentos relacionados à alimentação.

NUM DIA DE SEMANA comum, quais destas refeições você costuma comer?

37. **Café da manhã?**

- (a) Sim
- (b) Não

38. **Lanche da manhã?**

- (a) Sim
- (b) Não

39. **Almoço?**

- (a) Sim
- (b) Não

40. **Lanche da tarde?**

- (a) Sim
- (b) Não

41. **Jantar?**

- (a) Sim
- (b) Não

42. **Lanche da noite?**

- (a) Sim
- (b) Não

43. A sua mãe (ou seu responsável) costuma comer alguma dessas refeições com você?

- (a) Não
- (b) Sim, todos os dias
- (c) Sim, 5 a 6 vezes por semana
- (d) Sim, 3 a 4 vezes por semana
- (e) Sim, 1 a 2 vezes por semana
- (f) Sim, mas apenas raramente

44. Você costuma comer quando está assistindo TV ou estudando?

- (a) Não
- (b) Sim, todos os dias
- (c) Sim, 5 a 6 vezes por semana
- (d) Sim, 3 a 4 vezes por semana
- (e) Sim, 1 a 2 vezes por semana
- (f) Sim, mas apenas raramente

ATIVIDADE FÍSICA

Atividade física pode ser feita ao praticar esportes, brincar com os amigos ou ao caminhar até a escola. Alguns exemplos de atividade física são correr, andar depressa, andar de bicicleta, dançar, jogar futebol, voleibol, basquete, handebol, nadar, andar de skate etc.

45. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você foi a pé ou de bicicleta para a escola?

- (a) Nenhum dia nos últimos sete dias
- (b) 1 dia nos últimos sete dias
- (c) 2 dias nos últimos sete dias
- (d) 3 dias nos últimos sete dias
- (e) 4 dias nos últimos sete dias
- (f) 5 dias nos últimos sete dias

46. Quando você vai a pé ou de bicicleta para a escola, quanto tempo você gasta?

- Contar apenas o tempo gasto na ida. Não somar ida e volta.*
- (a) Não vou a pé nem de bicicleta para a escola
 - (b) Menos de 10 minutos por dia
 - (c) 10 a 19 minutos por dia
 - (d) 20 a 29 minutos por dia
 - (e) 30 a 39 minutos por dia
 - (f) 40 a 49 minutos por dia
 - (g) 50 a 59 minutos por dia
 - (h) 60 ou mais minutos por dia

47. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você teve aulas de Educação Física na escola?

- (a) Nenhum dia nos últimos sete dias
- (b) 1 dia nos últimos sete dias
- (c) 2 dias nos últimos sete dias
- (d) 3 dias nos últimos sete dias
- (e) 4 dias nos últimos sete dias
- (f) 5 a 7 dias nos últimos sete dias

48. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, quanto tempo de atividade física ou esporte você fez durante as aulas de Educação Física na escola?

- (a) Não fiz aula de Educação Física na escola
- (b) Menos de 10 minutos por aula
- (c) 10 a 19 minutos por aula
- (d) 20 a 29 minutos por aula
- (e) 30 a 39 minutos por aula
- (f) 40 a 49 minutos por aula
- (g) 50 a 59 minutos por aula
- (h) 60 ou mais minutos por aula

49. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, sem contar as aulas de Educação Física da escola, em quantos dias você praticou alguma atividade física, como esportes, dança, ginástica, musculação, lutas ou outra COM A ORIENTAÇÃO DE PROFESSOR OU INSTRUTOR?

- (a) Nenhum dia nos últimos sete dias
- (b) 1 dia nos últimos sete dias
- (c) 2 dias nos últimos sete dias
- (d) 3 dias nos últimos sete dias
- (e) 4 dias nos últimos sete dias
- (f) 5 a 7 dias nos últimos sete dias

50. Normalmente, quanto tempo por dia duram essas atividades que você faz COM PROFESSOR OU INSTRUTOR?

- Não incluir as aulas de Educação física.*
- (a) Não faço atividade física com professor ou instrutor
 - (b) Menos de 10 minutos por dia
 - (c) 10 a 19 minutos por dia
 - (d) 20 a 29 minutos por dia
 - (e) 30 a 39 minutos por dia
 - (f) 40 a 49 minutos por dia
 - (g) 50 a 59 minutos por dia
 - (h) 60 ou mais minutos por dia

51. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, no seu tempo livre, em quantos dias você praticou atividade física ou esporte SEM PROFESSOR OU INSTRUTOR?

- (a) Nenhum dia nos últimos sete dias
- (b) 1 dia nos últimos sete dias
- (c) 2 dias nos últimos sete dias
- (d) 3 dias nos últimos sete dias
- (e) 4 dias nos últimos sete dias
- (f) 5 a 7 dias nos últimos sete dias

52. Normalmente, quanto tempo por dia duram essas atividades que você faz SEM PROFESSOR OU INSTRUTOR?

- (a) Não faço atividade física sem professor ou instrutor
- (b) Menos de 10 minutos por dia
- (c) 10 a 19 minutos por dia
- (d) 20 a 29 minutos por dia
- (e) 30 a 39 minutos por dia
- (f) 40 a 49 minutos por dia
- (g) 50 a 59 minutos por dia
- (h) 60 ou mais minutos por dia

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

- (a) Não faria mesmo assim
- (b) Faria atividade física na maioria dos dias da semana porque:
- (c) Já faço atividade física na maioria dos dias da semana

54. NUM DIA DE SEMANA comum, quantas horas você assiste TV?

- (a) Não assisto TV
- (b) Menos de 1 hora por dia
- (c) Cerca de 1 hora por dia
- (d) Cerca de 2 horas por dia
- (e) Cerca de 3 horas por dia
- (f) Cerca de 4 horas por dia
- (g) Cerca de 5 horas por dia
- (h) Cerca de 6 horas por dia
- (i) Cerca de 7 ou mais horas por dia

55. NUM DIA DE SEMANA comum, quantas horas você joga videogame?

- (a) Não jogo videogame
- (b) Menos de 1 hora por dia
- (c) Cerca de 1 hora por dia
- (d) Cerca de 2 horas por dia
- (e) Cerca de 3 horas por dia
- (f) Cerca de 4 horas por dia
- (g) Cerca de 5 horas por dia
- (h) Cerca de 6 horas por dia
- (i) Cerca de 7 ou mais horas por dia

56. NUM DIA DE SEMANA comum, quantas horas você fica no computador?

- (a) Não fico no computador
- (b) Menos de 1 hora por dia
- (c) Cerca de 1 hora por dia
- (d) Cerca de 2 horas por dia
- (e) Cerca de 3 horas por dia
- (f) Cerca de 4 horas por dia
- (g) Cerca de 5 horas por dia
- (h) Cerca de 6 horas por dia
- (i) Cerca de 7 ou mais horas por dia

USO DE CIGARRO

57. Alguma vez na vida você já experimentou fumar cigarro, mesmo uma ou duas tragadas?

- (a) Sim
- (b) Não

58. Que IDADE você tinha quando experimentou fumar cigarro pela primeira vez?

- (a) Nunca fumei cigarros
- (b) 7 anos ou menos
- (c) 8 anos
- (d) 9 anos
- (e) 10 anos
- (f) 11 anos
- (g) 12 anos
- (h) 13 anos
- (i) 14 anos
- (j) 15 anos
- (l) 16 anos
- (m) 17 anos ou mais

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

- (a) Nunca fumei cigarros
- (b) Nenhum dia nos últimos trinta dias
- (c) 1 ou 2 dias nos últimos trinta dias
- (d) 3 a 5 dias nos últimos trinta dias
- (e) 6 a 9 dias nos últimos trinta dias
- (f) 10 a 19 dias nos últimos trinta dias
- (g) 20 a 29 dias nos últimos trinta dias
- (h) Todos os dias nos últimos trinta dias

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

- (a) Nunca fumei
- (b) Não fumei nos últimos doze meses
- (c) Sim, tentei parar nos últimos doze meses
- (d) Não tentei parar nos últimos doze meses

61. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias outras pessoas fumaram na sua casa?

- (a) Nenhum dia nos últimos sete dias
- (b) 1 ou 2 dias nos últimos sete dias
- (c) 3 ou 4 dias nos últimos sete dias
- (d) 5 ou 6 dias nos últimos sete dias
- (e) Todos os dias nos últimos sete dias

62. Qual de seus pais ou responsáveis fuma?

- (a) Nenhum deles
- (b) Meu pai e minha mãe ou responsáveis
- (c) Só meu pai ou responsável do sexo masculino
- (d) Só minha mãe ou responsável do sexo feminino
- (e) Não sei

63. Você consegue comprar cigarro na escola?

- (a) Não fumo
- (b) Sim, consigo
- (c) Não, não consigo

64. Se você fumasse cigarros, qual seria a reação de sua família se ela ficasse sabendo?

- (a) Iria se importar muito
- (b) Iria se importar um pouco
- (c) Não iria se importar
- (d) Não sei se ela iria se importar

ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

As próximas oito perguntas são sobre o consumo de bebidas alcoólicas como, por exemplo: cerveja, chopp, vinho, vodca, cachaca/pinga, vodka, uísque, batida, caipirinha etc. A ingestão de bebidas alcoólicas não inclui tomar alguns goles de vinho para fins religiosos.

65. Alguma vez na vida, você já experimentou bebida alcoólica?

- (a) Sim
- (b) Não

66. Que IDADE você tinha quando experimentou bebida alcoólica pela primeira vez?

- (a) Nunca experimentei bebida alcoólica
- (b) 7 anos ou menos
- (c) 8 anos
- (d) 9 anos
- (e) 10 anos
- (f) 11 anos
- (g) 12 anos
- (h) 13 anos
- (i) 14 anos
- (j) 15 anos
- (l) 16 anos
- (m) 17 anos ou mais

67. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você tomou pelo menos um copo ou uma dose de bebida alcoólica?

- (a) Nenhum dia nos últimos trinta dias
- (b) 1 ou 2 dias nos últimos trinta dias
- (c) 3 a 5 dias nos últimos trinta dias
- (d) 6 a 9 dias nos últimos trinta dias
- (e) 10 a 19 dias nos últimos trinta dias
- (f) 20 a 29 dias nos últimos trinta dias
- (g) Todos os dias nos últimos trinta dias

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

- (a) Não tomei nenhuma bebida alcoólica nos últimos trinta dias
- (b) Menos de um copo ou dose por dia nos últimos trinta dias
- (c) 1 copo ou 1 dose por dia nos últimos trinta dias
- (d) 2 copos ou 2 doses por dia nos últimos trinta dias
- (e) 3 copos ou 3 doses por dia nos últimos trinta dias
- (f) 4 copos ou 4 doses por dia nos últimos trinta dias
- (g) 5 copos ou mais ou 5 doses ou mais por dia nos últimos trinta dias

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

Lembre-se: marque somente uma resposta

- (a) Não tomei nenhuma bebida alcoólica nos últimos trinta dias
- (b) Numa festa
- (c) Comprei no mercado, loja, bar ou supermercado
- (d) Comprei de um vendedor de rua
- (e) Dei dinheiro a alguém que comprou para mim
- (f) Consegui com meus amigos
- (g) Consegui em casa
- (h) Consegui de outro modo

70. NA SUA VIDA, quantas vezes você bebeu tanto que ficou realmente bêbado(a)?

- (a) Nenhuma vez na vida
- (b) 1 ou 2 vezes na vida
- (c) 3 a 5 vezes na vida
- (d) 6 a 9 vezes na vida
- (e) 10 ou mais vezes na vida

71. Se você chegasse em casa bêbado, qual seria a reação de sua família se ela ficasse sabendo?

- (a) Iria se importar muito
- (b) Iria se importar um pouco
- (c) Não iria se importar
- (d) Não sei se ela iria se importar

72. NA SUA VIDA, quantas vezes você teve problemas com sua família ou amigos, perdeu aulas, brigou ou se machucou porque tinha bebido?

- (a) Nenhuma vez na vida
- (b) 1 ou 2 vezes na vida
- (c) 3 a 5 vezes na vida
- (d) 6 a 9 vezes na vida
- (e) 10 ou mais vezes na vida

73. Alguma vez na vida, você já experimentou drogas tais como maconha, cocaína, crack, cola, loló/lança perfume, ecstasy ou outra?

- (a) Sim
- (b) Não

74. NA SUA VIDA, quantas vezes você usou drogas tais como maconha, cocaína, crack, cola, loló/lança perfume, ecstasy etc?

- (a) Nenhuma vez na vida
- (b) 1 ou 2 vezes na vida
- (c) 3 a 5 vezes na vida
- (d) 6 a 9 vezes na vida
- (e) 10 ou mais vezes na vida

75. Que IDADE você tinha quando usou drogas tais como maconha, cocaína, crack, cola, loló/lança perfume, ecstasy ou outra PELA PRIMEIRA VEZ?

- (a) Nunca experimentei drogas
- (b) 7 anos ou menos
- (c) 8 anos
- (d) 9 anos
- (e) 10 anos
- (f) 11 anos
- (g) 12 anos
- (h) 13 anos
- (i) 14 anos
- (j) 15 anos
- (l) 16 anos
- (m) 17 anos ou mais

76. Se você fumasse maconha, qual seria a reação de sua família se ela ficasse sabendo?

- (a) Iria se importar muito
- (b) Iria se importar um pouco
- (c) Não iria se importar
- (d) Não sei se ela iria se importar

SAÚDE SEXUAL

77. Você já teve relação sexual (transou) alguma vez?

- (a) Sim (b) Não

78. Que idade você tinha quando teve relação sexual (transou) pela primeira vez?

- (a) Nunca tive relações sexuais
(b) 10 anos ou menos
(c) 11 anos
(d) 12 anos
(e) 13 anos
(f) 14 anos
(g) 15 anos
(h) 16 anos ou mais

79. NA SUA VIDA, você já teve relações sexuais (transou) com quantas pessoas?

- (a) Nunca tive relações sexuais na vida
(b) 1 pessoa na vida
(c) 2 pessoas na vida
(d) 3 pessoas na vida
(e) 4 pessoas na vida
(f) 5 pessoas na vida
(g) 6 ou mais pessoas na vida
(h) Não me lembro

80. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, você teve relações sexuais (transou)?

- (a) Sim (b) Não

81. NA ÚLTIMA VEZ que você teve relação sexual (transou), VOCÊ OU SEU (SUA) PARCEIRO (A) usou algum método para evitar a gravidez?

- (a) Nunca tive relação sexual
(b) Sim
(c) Não
(d) Não sei

82. NA ÚLTIMA VEZ que você teve relação sexual (transou), VOCÊ OU SEU (SUA) PARCEIRO(A) usou camisinha?

- (a) Nunca tive relação sexual
(b) Sim
(c) Não
(d) Não sei

83. NA ESCOLA, você já recebeu orientação sobre prevenção de gravidez?

- (a) Sim
(b) Não
(c) Não sei

84. NA ESCOLA, você já recebeu orientação sobre HIV ou AIDS?

- (a) Sim
(b) Não
(c) Não sei

85. NA ESCOLA, você já recebeu orientação sobre como conseguir camisinha gratuitamente?

- (a) Sim
(b) Não
(c) Não sei

SEGURANÇA

86. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você deixou de ir à escola porque não se sentia seguro NO CAMINHO DE CASA PARA A ESCOLA OU DA ESCOLA PARA CASA?

- (a) Nenhum dia nos últimos trinta dias
(b) 1 dia nos últimos trinta dias
(c) 2 dias nos últimos trinta dias
(d) 3 dias nos últimos trinta dias
(e) 4 dias nos últimos trinta dias
(f) 5 dias ou mais nos últimos trinta dias

87. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você deixou de ir à escola porque não se sentia seguro NA ESCOLA?

- (a) Nenhum dia nos últimos trinta dias
(b) 1 dia nos últimos trinta dias
(c) 2 dias nos últimos trinta dias
(d) 3 dias nos últimos trinta dias
(e) 4 dias nos últimos trinta dias
(f) 5 dias ou mais nos últimos trinta dias

88. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantas vezes você foi agredido fisicamente por um adulto da sua família?

- (a) Nenhuma vez nos últimos trinta dias
(b) 1 vez nos últimos trinta dias
(c) 2 ou 3 vezes nos últimos trinta dias
(d) 4 ou 5 vezes nos últimos trinta dias
(e) 6 ou 7 vezes nos últimos trinta dias
(f) 8 ou 9 vezes nos últimos trinta dias
(g) 10 ou 11 vezes nos últimos trinta dias
(h) 12 vezes ou mais nos últimos trinta dias

89. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você participou de alguma briga em que alguma pessoa usou arma de fogo como revólver ou pistola?

- (a) Sim (b) Não

90. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você participou de alguma briga em que alguma pessoa usou alguma outra arma como faca, canivete, faca, pedra, pedaço de pau ou garrafa?

- (a) Sim (b) Não

91. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantas vezes você usou o cinto de segurança quando estava em um carro ou outro veículo motorizado dirigido por outra pessoa?

- (a) Não andei em veículo dirigido por outra pessoa nos últimos trinta dias
(b) Nenhuma vez nos últimos trinta dias
(c) Raramente nos últimos trinta dias
(d) Às vezes nos últimos trinta dias
(e) Na maior parte das vezes nos últimos trinta dias
(f) Sempre nos últimos trinta dias

92. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantas vezes você usou um CAPACETE ao andar de motocicleta ou scooter tipo Honda Bizz?

- (a) Não andei de motocicleta ou scooter nos últimos trinta dias
(b) Nenhuma vez nos últimos trinta dias
(c) Raramente nos últimos trinta dias
(d) Às vezes nos últimos trinta dias
(e) Na maior parte das vezes nos últimos trinta dias
(f) Sempre nos últimos trinta dias

93. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantas vezes você dirigiu um carro ou outro veículo motorizado?

- (a) Não dirigi carro ou outro veículo nos últimos trinta dias
(b) 1 vez nos últimos trinta dias
(c) 2 ou 3 vezes nos últimos trinta dias
(d) 4 ou 5 vezes nos últimos trinta dias
(e) 6 ou mais vezes nos últimos trinta dias

94. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantas vezes você andou em carro ou outro veículo motorizado DIRIGIDO POR ALGUÉM QUE TINHA CONSUMIDO ALGUMA BEBIDA ALCOÓLICA?

- (a) Nenhuma vez nos últimos trinta dias
(b) 1 vez nos últimos trinta dias
(c) 2 ou 3 vezes nos últimos trinta dias
(d) 4 ou 5 vezes nos últimos trinta dias
(e) 6 ou mais vezes nos últimos trinta dias

95. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, você sofreu algum atropelamento?

- (a) Sim (b) Não

96. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, você sofreu algum outro tipo de acidente de trânsito?

- (a) Sim (b) Não

SAÚDE BUCAL

97. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, em geral, quantas vezes por dia você escovou os dentes?

- (a) Não escovei os dentes nos últimos trinta dias
(b) 1 vez por dia nos últimos trinta dias
(c) 2 vezes por dia nos últimos trinta dias
(d) 3 vezes por dia nos últimos trinta dias
(e) 4 ou mais vezes por dia nos últimos trinta dias

98. NOS ÚLTIMOS SEIS MESES, você teve dor de dente? Excluir dor causada por uso de aparelho de dente.

- (a) Sim
(b) Não
(c) Não sei / não me lembro

IMAGEM CORPORAL

99. Como você descreve seu peso?

- (a) Estou bem abaixo do peso
- (b) Estou um pouco abaixo do peso
- (c) Estou no peso certo
- (d) Estou um pouco acima do peso
- (e) Estou bem acima do peso

100. O que você está fazendo em relação a seu peso?

- (a) Não estou fazendo nada
- (b) Estou tentando perder peso
- (c) Estou tentando ganhar peso
- (d) Estou tentando manter o mesmo peso

101. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você vomitou ou tomou laxantes para perder peso ou evitar ganhar peso?

- (a) Sim
- (b) Não

102. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você tomou ALGUM COMPRIMIDO, LÍQUIDO OU PÓ para perder ou manter o peso sem acompanhamento médico?

- (a) Sim
- (b) Não

RELAÇÃO COM A FAMÍLIA, COM A ESCOLA E AUTO-PERCEPÇÃO

103. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você faltou às aulas ou à escola sem permissão dos seus pais ou responsáveis?

- (a) Nenhum dia nos últimos trinta dias
- (b) 1 ou 2 dias nos últimos trinta dias
- (c) 3 a 5 dias nos últimos trinta dias
- (d) 6 a 9 dias nos últimos trinta dias
- (e) 10 ou mais dias nos últimos trinta dias

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

- (a) Nenhuma vez nos últimos trinta dias
- (b) Raramente nos últimos trinta dias
- (c) Às vezes nos últimos trinta dias
- (d) Na maior parte das vezes nos últimos trinta dias
- (e) Sempre nos últimos trinta dias

105. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência sua família te elogiou?

- (a) Nenhuma vez nos últimos trinta dias
- (b) Raramente nos últimos trinta dias
- (c) Às vezes nos últimos trinta dias
- (d) Na maior parte das vezes nos últimos trinta dias
- (e) Sempre nos últimos trinta dias

106. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantas vezes sua família te esculachou (tratou muito mal)?

- (a) Nenhuma vez nos últimos trinta dias
- (b) Raramente nos últimos trinta dias
- (c) Às vezes nos últimos trinta dias
- (d) Na maior parte das vezes nos últimos trinta dias
- (e) Sempre nos últimos trinta dias

107. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência os colegas de escola trataram você bem e/ou foram legais com você?

- (a) Nenhuma vez nos últimos trinta dias
- (b) Raramente nos últimos trinta dias
- (c) Às vezes nos últimos trinta dias
- (d) Na maior parte das vezes nos últimos trinta dias
- (e) Sempre nos últimos trinta dias

108. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência seus colegas te esculacharam tanto que você ficou magoado?

- (a) Nenhuma vez nos últimos trinta dias
- (b) Raramente nos últimos trinta dias
- (c) Às vezes nos últimos trinta dias
- (d) Na maior parte das vezes nos últimos trinta dias
- (e) Sempre nos últimos trinta dias

109. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência você conversou com seus professores sobre assuntos que não tinham relação com a aula?

- (a) Nenhuma vez nos últimos trinta dias
- (b) Raramente nos últimos trinta dias
- (c) Às vezes nos últimos trinta dias
- (d) Na maior parte das vezes nos últimos trinta dias
- (e) Sempre nos últimos trinta dias

110. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência você se sentiu bem em sua escola?

- (a) Nenhuma vez nos últimos trinta dias
- (b) Raramente nos últimos trinta dias
- (c) Às vezes nos últimos trinta dias
- (d) Na maior parte das vezes nos últimos trinta dias
- (e) Sempre nos últimos trinta dias

111. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência alguma coisa que você fez deu errado?

- (a) Nenhuma vez nos últimos trinta dias
- (b) Raramente nos últimos trinta dias
- (c) Às vezes nos últimos trinta dias
- (d) Na maior parte das vezes nos últimos trinta dias
- (e) Sempre nos últimos trinta dias

112. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência você esteve satisfeito(a) com seu jeito de ser?

- (a) Nenhuma vez nos últimos trinta dias
- (b) Raramente nos últimos trinta dias
- (c) Às vezes nos últimos trinta dias
- (d) Na maior parte das vezes nos últimos trinta dias
- (e) Sempre nos últimos trinta dias

113. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência você se sentiu feliz com seu corpo?

- (a) Nenhuma vez nos últimos trinta dias
- (b) Raramente nos últimos trinta dias
- (c) Às vezes nos últimos trinta dias
- (d) Na maior parte das vezes nos últimos trinta dias
- (e) Sempre nos últimos trinta dias

SUA OPINIÃO

114. O que você achou desse questionário?

- (a) Muito fácil de responder
- (b) Fácil de responder
- (c) Nem fácil nem difícil de responder
- (d) Difícil de responder
- (e) Muito difícil de responder

MUITO OBRIGADO!

SUA PARTICIPAÇÃO FOI IMPORTANTE PARA NÓS!

QUESTIONÁRIO SOBRE ASPECTOS DO AMBIENTE ESCOLAR

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1. Data do preenchimento: ____/____/2007
2. Horário de início do preenchimento: ____: ____ horas
3. Nome da Escola: _____
- 3a. A escola tem mais de um pavimento? (1) Sim (2) Não
4. Designação: | | | | | | | | | | 5a. Turma | | | | | 5b. | | | | |
6. Nome do entrevistador: _____

PERGUNTE AO DIRETOR OU RESPONSÁVEL PELA ESCOLA

7. Em que turnos esta escola funciona?
 - 7a. Manhã: (1) Sim (2) Não
 - 7b. Tarde: (1) Sim (2) Não
 - 7c. Noite: (1) Sim (2) Não
8. Quais são os segmentos atendidos pela escola?
 - 8a. Educação infantil: (1) Sim (2) Não
 - 8b. 1º ciclo: (1) Sim (2) Não
 - 8c. 2º ciclo: (1) Sim (2) Não
 - 8d. 3º ciclo: (1) Sim (2) Não
 - 8e. Educação Especial: (1) Sim (2) Não
 - 8f. Programa de Educação Juvenil – PEJA: (1) Sim (2) Não
9. Qual o número de professores em atividade? |_____|
10. Qual o número de professores de Educação Física em atividade? |_____|
11. Quais segmentos têm aulas de Educação física?
 - 11a. Educação infantil: (1) Sim (2) Não
 - 11b. 1º ciclo: (1) Sim (2) Não
 - 11c. 2º ciclo: (1) Sim (2) Não
 - 11d. 3º ciclo: (1) Sim (2) Não
 - 11e. Educação Especial: (1) Sim (2) Não
 - 11f. Programa de Educação Juvenil – PEJA: (1) Sim (2) Não

12. Qual o número de alunos matriculados? |_____|
13. Qual o número de turmas existentes na escola? |_____|
14. Existe Conselho Escola Comunidade (CEC) na escola? (1) Sim (2) Não
15. Existe Grêmio escolar na escola? (1) Sim (2) Não

Marque quais são as dependências existentes na escola:

Espaço/Equipamento	Presença na escola
Quadra coberta	16. (1) Sim (2) Não
Quadra não coberta	17. (1) Sim (2) Não
Pátio coberto	18. (1) Sim (2) Não
Pátio descoberto	19. (1) Sim (2) Não
Piscina	20. (1) Sim (2) Não
Auditório	21. (1) Sim (2) Não
Laboratório de Informática ligado à Internet	22. (1) Sim (2) Não
Escovário	23. (1) Sim (2) Não

24. Como esses espaços são utilizados na rotina da escola?
 - 24a. Quadra coberta: _____
 - 24b. Quadra não coberta: _____
 - 24c. Pátio coberto: _____
 - 24d. Pátio descoberto: _____
 - 24e. Piscina: _____
 - 24f. Auditório: _____
 - 24g. Laboratório de Informática ligado à Internet: _____
 - 24h. Escovário: _____
25. Existem bebedouros na escola?
 - (1) Sim (2) Não (pule para questão 26)
 - 25a. Quantos? _____
 - 25b. Quantos estão funcionando? _____
 - 25c. Há pelo menos um bebedouro por pavimento da escola? (1) Sim (2) Não
26. Na escola existem máquinas de auto-serviço que estão funcionando, para venda de alimentos tais como refrigerantes, doces, confeitos, batatas fritas e outros?
 - (1) Não
 - (2) Sim, de alimentos, balas, chocolates, pirulitos, pipocas, etc...
 - (3) Sim, de bebidas
 - (4) Sim, de alimentos e bebidas
27. Existe alguma forma de venda de alimentos (qualquer alimento/produto) na escola?
 - (1) Sim (2) Não (pule para questão 37)
28. Qual? _____

Que alimentos são vendidos?

Doces, balas, pirulitos, chocolates etc	29. (1) Sim (2) Não
Biscoito doce ou salgado	30. (1) Sim (2) Não
Refrigerantes	31. (1) Sim (2) Não
Guaraná natural	32. (1) Sim (2) Não
Salgados fritos ou assados	33. (1) Sim (2) Não
Sanduíches (hambúguer, cachorro quente, sanduíches naturais, queijo quente)	34. (1) Sim (2) Não
Pizza	35. (1) Sim (2) Não

36. Quantas formas de venda de alimentos existem? _____

37. A escola oferece alguma atividade fora do horário letivo para alunos e sua família? Qual?

(1) Sim _____ ()

(2) Não _____ ()

38. A escola tem alguma ação/ parceria com alguma Vila Olímpica?

(1) Sim (2) Não

39. Na escola atuam profissionais do Projeto "Dente Escola"?

(1) Sim (2) Não (pule para questão 41)

40. Quantos profissionais? _____

41. Existe parceria público/privada (com empresas ou ONGs) para realização de projetos ou atividades na escola? Qual?

(1) Sim _____ ()

(2) Não _____ ()

42. Na sua opinião, qual a proporção de pais dos alunos da escola que completaram o ensino médio?

|_____| %

OBSERVAÇÃO DO AMBIENTE ESCOLAR

As perguntas 43 a 53 serão preenchidas a partir da sua própria observação na escola.

43. Existe propaganda de alimentos industrializados na escola?

(1) Sim, onde: _____

(2) Não (pule para questão 51)

Na escola tem propaganda de quais produtos? (pode marcar mais de uma)

Refrigerante	44. (1) Sim (2) Não
Mate ou outro chá gelado ou guaraná "natural"	45. (1) Sim (2) Não
Isotônico (tipo "gatorade ou maraton")	46. (1) Sim (2) Não
Salgadinhos industrializados vendidos em pacote tipo "cheeps" e outros	47. (1) Sim (2) Não
Doces, balas e chocolates	48. (1) Sim (2) Não
Sorvete ou picolé	49. (1) Sim (2) Não
Q50. Outro (especificar)	

51. Na escola existe Refeitório estruturado? (Local próprio delimitado por paredes com assentos e mesas)

(1) Sim (2) Não

52. São disponibilizados garfos para os alunos?

(1) Sim (2) Não

53. São disponibilizados pratos de vidro para os alunos?

(1) Sim (2) Não

54. Horário de término do preenchimento: ____: ____ horas

PESQUISADOR DE CAMPO

A pergunta 55 se refere à porta ou entorno da escola. Deverá ser preenchidas a partir de sua própria observação. Nesta pesquisa será considerado ENTORNO da escola as calçadas da escola e a distância de 100 metros (100 passos largos) à frente, aos lados e atrás da escola.

55. Na porta ou no entorno da escola existe algum vendedor de rua vendendo alimentos ou bebidas?

(1) Não

(2) Sim, vendendo alimentos, balas, chocolates, pirulitos, pipocas, etc...

(3) Sim, vendendo bebidas

(4) Sim, vendendo alimentos e bebidas.

4ª. PESQUISA DE SAÚDE E NUTRIÇÃO DOS ESCOLARES DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

ROTEIRO PARA OS PESQUISADORES DE CAMPO

MATERIAL DO DIA

Passar no INAD no dia da pesquisa para pegar equipamentos (balança, antropômetro, adipômetro, fita métrica) e pasta para trabalho de campo. Nesta pasta vão estar presentes os seguintes materiais: lista de escolas do dia, tabela para seleção de alunos, informe para os pais com o diagnóstico nutricional do aluno avaliado, tabela para classificação do Estado nutricional, tabela das Unidades de Saúde de referência, termos de consentimento do 9º ano em branco, diário de campo, lápis, caneta, caneta dermatográfica, álcool, durex, cola, algodão, corretivo, envelopes com os questionários, 2 grampeadores com grampo, grampo e régua. Sugestão: usem calça jeans e camiseta não decotada que permita movimentação.

OBSERVAÇÃO Conferir se o nome e a designação da escola escritos no envelope (com a planilha e/ou questionários) é o mesmo das escolas agendadas para sua equipe para o dia.

PARA TURMAS 9º ANO

OPERACIONALIZAÇÃO NA ESCOLA

1 CONTATO COM A DIREÇÃO (DIRETOR OU PESSOA INDICADA)

- Identificar-se como pesquisador da 4ª Pesquisa de Saúde e Nutrição (usar crachá).

2 SORTEIO DOS ALUNOS E PREENCHIMENTO INICIAL DAS PLANILHAS DE SELEÇÃO E DE COLETA DE DADOS

- Pedir à direção que conduza a equipe até o professor da turma sorteada;
- Dirigir-se ao professor e explicar a dinâmica da pesquisa (informações prévias, preenchimento do questionário e avaliação dos alunos);
- Solicitar a lista de chamada da turma sorteada e atualizá-la, riscando os nomes dos alunos infrequentes/desistentes e incluindo alunos que não constem na lista;
- Contar o número de alunos que estão frequentando atualmente as aulas naquela(s) turma(s) e registrá-lo na planilha de seleção dos alunos;
- Checar com o professor quais alunos estão presentes e marcar na lista de frequência;
- Pedir os termos de consentimento já assinados e preenchidos pelos pais;

- Identificar se existem alunos presentes sem TCLE, com pelo menos 16 anos de idade e que tenham interesse de participar do sorteio (solicitar ajuda do professor para isso). Se sim antecipar a explicação da pesquisa para a turma, de forma que eles possam decidir se irão participar. Para os que quiserem participar, recolher assinatura no TCLE;
- Escrever “faltoso” no canto direito superior do TCLE dos alunos que o entregaram, mas não estão presentes no dia da avaliação. Guardá-los no envelope da escola sorteada. Guardar também no envelope os termos que os pais não consentiram a participação dos alunos;
- Contar os termos dos alunos presentes no dia da pesquisa. Registrar também na planilha de seleção dos alunos. Marcar na lista de chamada, os alunos que estão presentes e trouxeram o termo de consentimento, utilizando uma numeração crescente;
- Após numerar, consultar a planilha de seleção dos alunos, identificando a linha que será utilizada para o sorteio de acordo com o número de alunos presentes com termos de consentimento assinado (1ª coluna). Na lista de chamada, marcar com um círculo os números de ordem referentes aos alunos que estão presentes e trouxeram o termo de consentimento, indicados na planilha de seleção dos alunos. Esses serão os alunos a serem estudados.

OBSERVAÇÃO Caso a turma tenha até 10 alunos presentes com termo assinado, todos serão estudados, não sendo necessário, portanto, realizar os procedimentos referentes à planilha de seleção de alunos.

3 ORGANIZAÇÃO DA SALA DA AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

- Identificar, junto à direção, qual(is) sala(s) poderá(ão) ser usada(s) para preenchimento do questionário e avaliação antropométrica. Caso sejam disponibilizadas duas salas/dois espaços, preparar uma (um) para o preenchimento do questionário e a outra(o) para aferição de medidas antropométricas. Nas escolas que só existir um espaço disponível para realização das duas atividades, arrumar de forma que o preenchimento do questionário e a avaliação antropométrica sejam independentes.
- Solicitar que sejam disponibilizadas dez cadeiras e mesas para os alunos preencherem o questionário.
- Montar os equipamentos nesta sala. Colocar a balança em local iluminado o suficiente para seu funcionamento (o visor mostrará 0.0). Caso a balança mostre 0.0 procurar outro local da sala. Ter à mão caneta, corretivo, TCLE dos alunos selecionados, os questionários com as filipetas de registro antropométrico afixadas, caneta dermatográfica, algodão e álcool.

4 COLETA DE DADOS

- Após a identificação dos dez sorteados e organização da sala, caso não tenha ocorrido antes, dirigir-se à turma sorteada, explicar sobre a pesquisa e que houve um sorteio de dez alunos para participar da avaliação. Chamar os alunos sorteados, orientá-los a colocar a roupa de educação física e solicitar que se dirijam à sala da avaliação. Para os alunos que não trouxeram roupa de educação física, solicitar que eles retirem casacos e acessórios (chave, celular, carteira etc);

OBSERVAÇÃO 1 Caso algum aluno se recuse a participar, mesmo após toda explicação fornecida, identificar na planilha de seleção dos alunos o 1º substituto. Repetir o procedimento caso haja uma segunda recusa.

OBSERVAÇÃO 2 A avaliação antropométrica deverá ser realizada após o preenchimento do questionário. Avaliar qual a melhor dinâmica a ser adotada de acordo com o espaço destinado à atividade. Independentemente da dinâmica adotada, o aluno deverá levar seu questionário para a avaliação antropométrica.

4.1 Preenchimento dos Questionários

- Ler a primeira folha do questionário, reforçar que não existe resposta certa, nem errada, que os alunos devem responder em silêncio, evitando perguntar pros colegas. Reforçar também que ninguém da escola terá conhecimento do que eles marcaram. Mostrar onde começa e onde termina o questionário, chamar a atenção para questões que se referem aos últimos 7 dias, 30 dias e 12 meses.
- Anotar no diário de campo o horário do início do preenchimento dos questionários.
- O pesquisador não poderá tirar nenhuma dúvida na hora que os adolescentes estiverem respondendo ao questionário, nem estar próximo das cadeiras.
- Anotar no diário de campo o horário do término do preenchimento de cada um deles e escrever as observações necessárias.
- Informar a cada aluno que leve consigo o questionário preenchido para a anotação das medidas antropométricas.

OBSERVAÇÃO No caso das turmas selecionadas para o estudo de concordância, explicar os procedimentos específicos.

4.2 Antropometria

- Realizar todas as marcações. Aferir primeiro peso e altura, depois os perímetros do braço (PB), abdômen (PA), dobra cutânea tripectral (DCT) e a dobra cutânea subescapular (DCS). Serão aferidas uma medida de peso, uma de altura, e três medidas dos perímetros e das dobras (conforme Manual para Treinamento de Medidas Antropométricas). Outras orientações sobre procedimentos das medidas antropométricas constam neste manual.
- Na coleta dos dados, um pesquisador irá realizar as medidas, o outro irá anotar os dados duas vezes: na filipeta afixada ao questionário e no informe para os pais.
- Uma vez concluída a avaliação antropométrica, identificar o TCLE do aluno. Na sua presença, destacar, no tracejado do impresso, os dados referentes à família e afixá-los ao questionário. Guardar o termo em envelope específico e o questionário em outro envelope.
- No caso das turmas selecionadas para o estudo de concordância, não destacar as informações da família. Encartar ao questionário preenchido o impresso do TCLE e colocá-lo em envelope individual contendo um questionário de 2003 e lacrar o envelope.
- O pesquisador não deve folhear o questionário respondido.

4.3 Avaliação do Estado nutricional

- Após realizar todas as medidas, já com os dados de peso, altura e idade, realizar a avaliação nutricional dos alunos. O estado nutricional será avaliado segundo IMC para idade e sexo.
- O IMC deverá ser calculado por um dos pesquisadores utilizando calculadora. Avaliar o Estado Nutricional com base nas informações contidas na Tabela para Diagnóstico Nutricional e registrar no informe para os pais. Para isso considerar: Baixo peso quando o IMC for menor que o valor que consta na tabela de diagnóstico; Adequado quando o IMC do aluno for maior ou igual que o ponto de corte para risco de baixo peso e menor ou igual ao ponto de corte para excesso de peso e Excesso de peso quando o valor do IMC for maior que o ponto de corte para excesso de peso.
- Registrar o estado nutricional no informe para os pais e completar seu preenchimento. Nos casos em que o aluno apresentar estado nutricional adequado, marcar com "X" a opção "Não é necessário procurar uma Unidade de Saúde". Caso o estado nutricional não esteja "adequado", marcar a opção "Procure a Unidade de Saúde" e escreva o nome da Unidade de saúde que é referência para aquela escola. Consultar tabela de Unidades de Referência. Quando terminar, entregar os informes à direção e explicar que esta é uma avaliação inicial e que é necessário uma avaliação mais completa pela Unidade de Saúde.

4.4 Preenchimento do questionário sobre ambiente escolar

- Finalizada às atividades referentes aos alunos, aplicar o questionário sobre ambiente escolar junto a um membro da direção, conforme manual específico.

ATENÇÃO Antes de deixar a escola, verificar se a planilha de seleção dos alunos está completa (Total de alunos na turma e Alunos presentes com TCLE assinado).

AGRADECER A DIREÇÃO DA ESCOLA.

MONITORAMENTO DA SAÚDE ESCOLAR

CAPA cartão supremo 350g
MIOLO offset 110g
TIPOGRAFIA Frutiger

IMPRESSÃO Imprensa Oficial do Rio de Janeiro
TIRAGEM 2.000 exemplares

