

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

COMPORTAMENTO DE RISCO À SAÚDE DE ADOLESCENTES

FRANCK NEI MONTEIRO BARBOSA

**JEQUIÉ-BAHIA
2014**

FRANCK NEI MONTEIRO BARBOSA

COMPORTAMENTO DE RISCO À SAÚDE DE ADOLESCENTES

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

LINHA DE PESQUISA: Vigilância à Saúde

ORIENTADOR: Prof. Dr. Cezar Augusto Casotti

**JEQUIÉ-BAHIA
2014**

B197 Barbosa, Franck Nei Monteiro.

Comportamento de risco à saúde de adolescentes /Franck Nei Monteiro Barbosa. - Jequié, 2014.

86.: il.; 30cm

Dissertação (mestrado) – apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob a Orientação do: Prof. DSc. Cezar Augusto Casotti.

1.Comportamento do adolescente 2.Adolescente - Estilo de vida sedentário 3. Adolescente – Hábitos alimentares I.Título

CDD – 155.5

BARBOSA, Franck Nei Monteiro. Comportamento de risco à saúde de adolescentes. 2014. Dissertação de mestrado – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (Área de concentração em Saúde Pública). Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié-Bahia.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Cezar Augusto Casotti

Doutor em Odontologia Preventiva e Social. Universidade Estadual Paulista – UNESP

Professor Adjunto da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Presidente da Banca de Defesa

Prof. Dr. Jorge Costa do Nascimento

Doutor em Psicologia Cognitiva. Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Professor Titular da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Prof. Dr. Rafael Pereira de Paula

Doutor em Engenharia Biomédica. Universidade Camilo Castelo Branco – UNICASTELO

Professor Assistente da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Jequié/BA, 15 de abril de 2014.

Agradeço ao DEUS VIVO por mais uma vitória, porque acredita em mim, me leva a lugares altos onde eu não mereço estar. Sempre que estou necessitado Ele vem ao meu socorro, me levanta e mostra que com Ele eu posso ir além, além das minhas forças, além do que eu possa imaginar, porque os Seus pensamentos não são os meus pensamentos, e os Seus caminhos maiores do que os meus. Senhor, DEUS VIVO, tudo que eu tenho e que sou eu devo a Ti, Rei da Glória, meu salvador. Tu És a minha força, meu lugar seguro, minha esperança, minha vida. Muito, muito, muito obrigado, Senhor dos Exércitos. Entrego a Ti os meus títulos, tudo que tenho e tudo que sou, porque veio do Senhor e a Ti eu devolvo. Toda glória e honra sejam dadas a Ti.

Agradecimentos

Agradeço ao Senhor dos Exércitos, ao Deus Vivo, por ter me dado a benção de participar do Programa de Mestrado em Enfermagem e Saúde, por ter me honrado, mesmo sem merecer, porque me guardou no seu lugar secreto, me deu força, me protegeu e me ensinou a ser humilde e manso, me deu um Pastor abençoado, me fez escutar meus mestres e colegas, que esteve comigo e nunca me desamparou. Senhor, Todo Poderoso, Deus Vivo, muito obrigado.

Agradeço a Deus pela minha família: por minha esposa, Lucineide, que esteve comigo me ajudando em todos os momentos, teve paciência nos momentos em que eu estava cansado, ocupado nas tarefas do Mestrado. Agradeço a Deus pelos meus filhos, herança do Senhor, os quais sempre me ajudaram e ainda me ajudam, Deus me deu eles como benção para minha vida, e é muito bom tê-los como filhos, eu sinto muito orgulho por suas vidas, Caique Fernando e Caio Fábio. Agradeço a Deus pelos meus pais, Ademário e Hildete, duas bênçãos que Deus me presenteou como pais, exemplos de coragem e trabalho, dedicação e força, meus lindos. Agradeço a Deus pelos meus irmãos Franck Neia, Sidnei, Sidlei, Sintia e Lília, Deus é muito bom para mim por ter me dado vocês como irmãos e irmãs.

Agradeço a Deus porque me deu um Pastor abençoado, que me ajudou e direcionou para fazer o Projeto de Mestrado e me indicou pessoas abençoadas para me orientar nesse processo. Bispo Manoel Medrado, o senhor é um grande homem de DEUS, um exemplo de fé. Quando estou cansado pela luta do dia a dia me lembro do senhor e da sua coragem e fé, de como luta sem se entregar, acreditando e na certeza que Deus está no controle e que em breve vem a nosso favor. Meu Pastor, Deus escolheu um grande homem para conduzir suas ovelhas aqui na terra. Obrigado, DEUS VIVO, pelo Pastor abençoado que o Senhor me deu.

Agradeço ainda a Deus pela grande benção de cursar o Mestrado na UESB, pelos Professores e Professoras do Mestrado, grandes mestres dedicados e competentes.

Agradeço também a DEUS pelos docentes do curso de Educação Física, pelo apoio e exemplo de profissionais.

Agradeço a Deus pelos colegas funcionários dos diversos setores da UESB, pois são colaboradores e também responsáveis pelo sucesso do trabalho desta Instituição.

Agradeço a Deus pela oportunidade de conhecer e conviver com os colegas do Mestrado, pessoas abençoadas e talentosas as quais Deus usou para enriquecer minha vida.

Agradeço a Deus pelo meu orientador, o Professor Cezar Augusto Casotti, pessoa abençoada, sábia, humana, um amigo de todos, um grande homem. Prezado Professor, o senhor foi uma benção que Deus colocou na minha vida, não vou me esquecer e sempre serei grato pela sua paciência, orientação e amizade. Deus Vivo, muito obrigado pelo orientador que o Senhor me deu.

“Porque o Senhor dá a sabedoria, e da sua boca vem o conhecimento e o entendimento. Ele reserva a verdadeira sabedoria para os retos; escudo é para os que caminham na sinceridade”.

(Provérbios 2:6,7)

“Educação não transforma o mundo. Educação muda pessoas. Pessoas transformam o mundo”.

(Paulo Freire)

BARBOSA, Franck Nei Monteiro. Comportamento de risco à saúde de adolescentes. 2014. Dissertação de mestrado – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (Área de concentração em Saúde Pública). Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié-Bahia. 90p.

RESUMO

A adolescência é um período cheio de mudanças, no qual o adolescente adquire comportamentos e condutas que anunciam o modo de viver e se posicionam frente à realidade social. Tais comportamentos, ou estilo de vida, adotados pelo adolescente têm influência em vários âmbitos da vida, inclusive na saúde dele. Esta pesquisa tem como objetivo analisar os comportamentos de risco à saúde de adolescentes escolares. Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal, realizado no município de Jequié-BA, com adolescentes escolares, na faixa etária de 14 a 19 anos, matriculados e cursantes das três séries do Ensino Médio (1º, 2º e 3º ano) das escolas públicas do referido município. A amostra foi casual simples com reposição dos elementos amostrais, no momento da entrega dos termos de consentimento livre e esclarecido. Para coleta dos dados foi utilizado questionário estruturado, incluindo questões sobre características sociodemográficas e estilo de vida. Os dados foram tabulados, com o auxílio do programa Epi DATA, e analisados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences for Windows* (SPSS, versão 21.0). Foram investigados 840 adolescentes, sendo a média de idade de 16,6 anos ($\pm 1,4$). Entre os escolares analisados a maioria é do sexo feminino ($n=496$), estuda no turno diurno ($n=703$) e de classe econômica menos favorecida ($n=619$). A prevalência de inatividade física foi elevada (55,6%). Entre os inativos fisicamente, 66,9% eram do sexo feminino. Quanto aos hábitos alimentares verificou-se que os que estudam durante o dia consomem mais frituras (37,64%), os mais jovens consomem mais doces e refrigerantes (65,5%), os que estudam no turno noturno ingerem menos frutas (28,34%) e nos do sexo masculino é menor o consumo de verduras (34,97%). Verificou-se ainda que os escolares do noturno consomem mais bebidas alcoólicas (49,19%) e tabaco (9,09%). Na amostra analisada, a inatividade física está associada ao sexo ($p<0,0001$), idade ($p=0,0001$), turno que estuda ($p<0,0001$), escolaridade do pai ($p=0,001$), da mãe ($p=0,001$) e ao fumo ($p=0,01$). Conclui-se que a prevalência de comportamentos de risco à saúde entre os adolescentes pesquisados da cidade de Jequié foi elevada e isso pode gerar agravos à saúde e, futuramente, na idade adulta, desencadear doenças crônico-degenerativas.

Palavras-chave: Comportamento do Adolescente. Estilo de vida sedentário. Álcool. Tabaco. Hábitos alimentares.

BARBOSA, Franck Nei Monteiro. Comportamento de risco à saúde em adolescentes. 2014. Dissertação de mestrado – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (Área de concentração em Saúde Pública). Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié-Bahia. 90p.

ABSTRACT

Adolescence is a period full of changes, where behaviors are acquired that announce the way of life and the stance in front of social reality. These behaviors or lifestyle, adopted by the adolescent influence in various spheres of life, including his health. This research aims to analyze the health risk behaviors of adolescent students. It is an epidemiological cross-sectional study, conducted in Jequié, Bahia, with schoolchildren, aged 14-19 years, enrolled and studying of the three grids of Secondary Education (1st, 2nd and 3rd year) of public schools of this city. A simple random sample with replacement of sampling units at the time of delivery of the terms of informed consent. For data collection a structured questionnaire including questions on sociodemographic and lifestyle characteristics was used. Data were tabulated, with Epi DATA program, and analyzed in Statistical Package for Social Sciences for Windows (SPSS, version 21.0). 840 adolescents were investigated, with an a mean age of 16.6 years (± 1.4). Among the students analyzed the majority were female ($n = 496$), studying the day shift ($n = 703$) and less privileged economic class ($n = 619$). Prevalence of physical inactivity was high (55.6%). Among the physically inactive, 66.9% were female. As for eating habits it was found that studying during the day consume more fried food (37.64%), younger consume more sweets and soft drinks (65.5%), those who study the night shift eat less fruit (28, 34%) and the male is smaller consumption of vegetables (34.97%). It was also found that school the night consume more alcohol (49.19%) and tobacco (9.09%). In the analyzed sample, physical inactivity is associated with sex ($p < 0.0001$), age ($p = 0.0001$), studying shift ($p < 0.0001$), father's education ($p = 0.001$), mother's ($p = 0.001$) and smoking ($p = 0.01$). We conclude that the prevalence of health risk behaviors among adolescents surveyed city Jequié was high and this can create health problems, and eventually into adulthood, trigger chronic degenerative diseases.

Keywords: Adolescent Behavior. Sedentary lifestyle. Alcohol. Tobacco. Eating habits.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabelas:

Manuscrito 01: Comportamento de risco à saúde em adolescentes.

Tabela 1. Características da amostra

Tabela 2. Comportamento de risco segundo o gênero

Tabela 3. Comportamento de risco segundo o turno que estuda

Tabela 4. Comportamento de risco segundo a idade

Manuscrito 02: Prevalência de inatividade física e fatores associados em adolescentes do ensino médio.

Tabela 1. Características da amostra

Tabela 2. Prevalência de inatividade física segundo fatores sociodemográficos.

LISTA DE SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CRS	Comportamentos de Risco à Saúde
DIREC	Diretoria Regional de Educação e Cultura
EV	Estilo de Vida
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalos de Confiança
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMC	Índice de Massa Corporal
HBSC	<i>Health Behaviour in School-aged Children</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
RP	Razões de Prevalência
SPSS	<i>The Statistical Package for Social Sciences</i> para Windows
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
YRBS	<i>Youth risk behavior surveillance-United States</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	17
2.1	OBJETIVO GERAL	17
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3	REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1	ESTILO DE VIDA E O ADOLESCENTE	18
3.2	ATIVIDADE FÍSICA	21
3.3	HÁBITOS ALIMENTARES	23
3.4	CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA	24
3.5	CONSUMO DE TABACO	26
4	METODOLOGIA	28
4.1	TIPO DE ESTUDO	28
4.2	LOCAL DE ESTUDO	28
4.3	POPULAÇÃO-ALVO	29
4.3.1	CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	29
4.4	AMOSTRA	30
4.5	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	31
4.6	COLETA DE DADOS	31
4.7	VARIÁVEIS DE ESTUDO	33
4.7.1	Variável Dependente	33
4.7.2	Variáveis Independentes	34
4.8	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	35
4.9	ASPECTOS ÉTICOS	36
5	RESULTADOS	37
5.1	MANUSCRITO 1: COMPORTAMENTO DE RISCO Á SAÚDE DE ADOLESCENTES	38
5.2	MANUSCRITO 2: PREVALÊNCIA DE INATIVIDADE FÍSICA E FATORES ASSOCIADOS EM ADOLESCENTES.	51
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
	REFERÊNCIAS	64
	APÊNDICES	71
	ANEXOS	81

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é conhecida como um período da vida humana em que ocorrem muitas transformações biológicas, representadas pelo crescimento, desenvolvimento e pela maturação sexual, e, devido a esse processo, também ocorrem transformações do ponto de vista emocional, as quais são necessárias às adaptações e mudanças corporais. São características desse período a capacidade de procriar, necessidade de afirmação pessoal, construção da identidade, novas relações sociais, buscando-se a independência para a vida adulta (LOCH; NAHAS, 2006)

Nesta fase, o adolescente institui vários hábitos e comportamentos, como: a inatividade física, hábitos alimentares inadequados, violência, sexo sem proteção, não uso de equipamentos de proteção individual, consumo de bebidas alcoólicas, cigarros e drogas ilícitas (FARIAS JUNIOR e LOPES, 2004; LOCH e NAHAS, 2006; OMS, 2010).

Esses hábitos são considerados comportamentos de risco à saúde (CRS), sendo entendidos como atividades que possam colocar em risco à saúde, ou ainda a participação em atividades que possam comprometer a saúde física e mental do adolescente. Estudos apontam que esses comportamentos adquiridos na adolescência podem ser transferidos para a idade adulta, onde serão mais difíceis de serem modificados (FEIJÓ, OLIVEIRA, 2001; CDC, MMWR, 2012; FARIAS JUNIOR e LOPES, 2004).

Os comportamentos de risco à saúde adotados pelos adolescentes, geralmente, são associados às principais causas de morbimortalidade nesse grupo etário. Estudos salientam problemas, como as doenças sexualmente transmissíveis, a gravidez indesejada, disfunções orgânicas e doenças crônico-degenerativas (FARIAS JUNIOR, 2002; LOCH, NAHAS, 2006; LOCH, POSSAMAI, 2007).

Aliado a este fato deve se considerar também os agravos à saúde prevalentes na adolescência, que refletem a realidade social e cultural em que vivem, apontando a necessidade de construção de uma política integrada de atenção ao adolescente, de caráter intersetorial, que promova melhoria das condições de vida e de saúde, redução da morbimortalidade e o desenvolvimento pleno de suas potencialidades (HORTA, 2006).

Estudos realizados com adolescentes demonstram um alto índice de comportamentos de risco nos aspectos da atividade física/sedentarismo, nutrição, consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo, entre outros (FARIAS JUNIOR, 2002; LOCH, NAHAS, 2006; LOCH, POSSAMAI, 2007; HBSC, 2006; YRBS, 2011).

Ao identificar os CRS em adolescentes, será possível subsidiar a implantação de programas de promoção à saúde em âmbito escolar e populacional, bem como avaliar possíveis ações intervencionistas que possam vir a ser desenvolvidas. Outro fator que também merece atenção é que o adolescente traz necessidades que não se restringem somente à área da saúde (no sentido restrito de tratar doenças), visto que essas vão além do aspecto biológico e da assistência à saúde, tais como os socioeconômicos, políticos, de lazer e exercício pleno da cidadania.

Devido a um conjunto de fatores de ordem socioeconômica, cultural, política e psicológica, os adolescentes se encontram em uma situação de vulnerabilidade social, que pode ser entendida como a possibilidade de as pessoas adoecerem, devido a vários aspectos individuais como também coletivos e de contexto social que as deixam com grandes chances de ficarem sujeitas a doenças, e fragilizadas no que diz respeito aos mecanismos de proteção. A exposição a esses fatores pode ampliar o risco ou reduzir a proteção desse grupo populacional diante de uma determinada doença, condição ou dano. (AYRES et al., 2003; BRASIL, 2005; HEIDEMANN, 2006; CÂMARA, 2012).

Atualmente, no Brasil, há uma carência de dados epidemiológicos sobre os comportamentos de risco à saúde do adolescente. Os estudos desenvolvidos até o momento apresentam particularmente duas características: análise isolada de alguns CRS e análise de vários comportamentos de risco de forma simultânea, entretanto, não foram desenvolvidos em amostras representativas de adolescentes (FARIAS JUNIOR; LOPES, 2004).

Inquérito realizado na cidade de Goiânia/GO, com indivíduos de ambos os sexos, na faixa etária maior ou igual a 18 anos, observou que, entre os pesquisados, 86,6% apresentavam alta frequência de inatividade física; 23,2% faziam uso excessivo de álcool; 11,1% eram fumantes, e apenas 47,1% consumiam frutas e hortaliças regularmente (PEIXOTO et al, 2008).

Estudo realizado na cidade de Santa Maria/RS encontrou alta prevalência de comportamentos de risco entre os adolescentes de 14 a 19 anos: 85,8% tinham

hábitos alimentares inadequados; 53,5% eram inativos fisicamente; 22,3% consumiam álcool em excesso, e 8,6% faziam uso do tabaco (CUREAU, 2012).

Inquérito realizado na cidade de São Paulo/SP entre estudantes do ensino médio da rede pública e particular de ensino, no ano de 2006, verificou que a prevalência de inatividade física foi de 62,5%, sendo que 35,6% faziam uso do tabaco e 52,4% faziam uso de bebidas alcoólicas (CESCHINI et al, 2009).

Em João Pessoa/PB, identificou-se entre os adolescentes alto índice de inatividade física, baixo consumo de frutas e verduras, elevado consumo de fumo e bebida alcoólica (FARIAS JÚNIOR; MENDES; BARBOSA, 2007).

À luz dessa atroz realidade, e devido à especificidade dessa população, que tem grandes possibilidades de aspirações de vida e ao mesmo tempo podem estar expostos a situações de iniquidade à saúde, destaca-se a seguinte questão problema como ponto de investigação: Qual a prevalência e fatores associados aos comportamentos de risco à saúde de adolescentes escolares de Jequié/BA, no que diz respeito ao nível de atividade física, uso de tabaco, consumo de bebida alcoólica e hábitos alimentares? Dessa forma, compreende-se que essa pesquisa é relevante, à medida que busca investigar e construir conhecimento sobre esse grupo social, como também revelar e anunciar a realidade dos adolescentes, enriquecendo as discussões nessa área temática.

Diante dessa exposição, percebe-se a necessidade de atender o adolescente em sua integralidade, na tentativa de evitar problemas na vida futura, como doenças crônico-degenerativas, que poderão causar sérios prejuízos à sua saúde e qualidade de vida.

Sobretudo, existe a necessidade de conhecer melhor essa população e suas demandas, de ampliar a noção de saúde, de prevenção de agravos, de promoção e de interlocução entre setores à atenção ao adolescente (CASTRO, 2009).

A carência de conhecimento atualizado e sistematizado sobre as questões em destaque revela que é preciso encontrar respostas e refletir sobre as políticas públicas que possam ir ao encontro das necessidades do *ser* adolescente, fazendo-se necessário conhecer a real situação desses jovens em escolas na cidade de Jequié/BA, tendo em vista comportamentos de risco à saúde, para que, de posse destas informações, as autoridades possam propor ações/atuações sistematizadas na tentativa de mudar/transformar a realidade dessa população, visto que o município não dispõe de um banco de dados relacionados a este tema.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os comportamentos de risco à saúde de adolescentes escolares do município de Jequié-BA.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar a prevalência dos comportamentos de risco relacionados à saúde em adolescentes escolares na cidade de Jequié-BA.

Conhecer os fatores associados ao nível de inatividade física de adolescentes escolares da cidade de Jequié-BA.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ESTILO DE VIDA E O ADOLESCENTE

O estilo de vida representa um conjunto de ações cotidianas que reflete as atitudes, valores das pessoas e são feitos de forma consciente. São hábitos e ações associados à percepção de qualidade de vida do indivíduo, podendo mudar no decorrer dos anos, contudo, só acontece de forma consciente se o sujeito perceber se algum valor de determinado comportamento deve ser mudado através de sua própria vontade (NAHAS, 2006; RAPHAELLI, 2009).

O conceito de estilo de vida não é estático, mas sim dinâmico, pois vai mudando com o desenvolvimento do indivíduo, construindo-se com base nas vivências passadas e presentes e nas expectativas para o futuro, sendo condicionado a estágios precoces da vida, com a tendência de continuar como organizador de comportamentos complexos. Estilo de vida inclui as atitudes, os valores e os comportamentos, em áreas tão distintas, como o exercício físico, a dieta, o consumo de tabaco e de álcool (FERREIRA, 2008).

Por fazer parte da vida do ser humano e estar atrelado a comportamentos adotados, inclusive, no que diz respeito aos diversos aspectos e situações cotidianas que envolvem a rotina do homem, o estilo de vida tem grande influência na manutenção da saúde, podendo também favorecer o prolongamento da longevidade da população (BOTH; NASCIMENTO; BORGATTO, 2008).

Para a *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC, 2006), por estar atrelado a questões especiais e subjetivas, como valores, motivações e aspectos culturais, não há apenas um estilo de vida, mas vários, sendo que a compreensão deste conceito perpassa por fatores individuais, ambientais, da família, do grupo social ao qual o sujeito faz parte e outros fatores institucionais, sociais, políticos. Enfim, são vários fatores que estão interagindo e influenciando os comportamentos ligados à saúde, tanto para promoção quanto para o risco à saúde.

A adolescência é um período cheio de mudanças, em que são adquiridos pelos adolescentes padrões de condutas que norteiam o seu modo de viver e ver o mundo, a família e a sociedade onde estabelece relações de vivência. Destaca-se

que o estilo de vida adotado pelo adolescente tem influência em vários âmbitos de sua vida, inclusive na sua saúde.

Geralmente os adolescentes se sentem invulneráveis, são curiosos, tendem a agir contra as normas e outras situações de conduta estabelecidas pela família e pela sociedade, circunstâncias intrínsecas e extrínsecas do ser adolescente. Contudo, estas mesmas circunstâncias podem levá-los a situações de perigo e a comportamentos de risco à saúde (OMS, 2003).

O estilo de vida do adolescente também sofre forte influência das pessoas com as quais convive, o que eleva a importância dos amigos e colegas sobre os comportamentos adotados, pois a procura de autonomia, desejo de ser aceito e respeitado pelos pares, como também a afirmação de maturidade fazem com que os adolescentes se comportem em conformidade com os comportamentos dos seus grupos (FERREIRA, 2008)

Para a OMS (1989), a experimentação de novos comportamentos faz parte da adolescência. Estes comportamentos, se forem adquiridos, podem levar o adolescente a uma vida saudável na idade adulta. Contudo, se for adotado um comportamento inadequado, consequências negativas para a saúde poderão surgir a curto ou longo prazo.

Ao analisar adolescentes portugueses, Ferreira (2008) e HBSC (2006) identificaram que eles adotam estilos de vida inadequados e comportamentos de risco à saúde, como uso de cigarros, inatividade física, hábitos alimentares inadequados entre outros. Verificaram ainda associação significativa entre comportamentos de risco e as variáveis gênero, idade, anos de estudo, amigos, família e intervenção formativa.

No Brasil, a percepção do estilo de vida de estudantes do ensino médio, segundo as cinco dimensões do “Pentáculo do bem estar” (nutrição, atividade física, controle do estresse, relacionamento social e comportamento preventivo) é relativamente baixa (FLAUSINO et al, 2012). Há uma exposição a comportamentos que podem desencadear problemas de saúde no tempo presente, como também para o futuro. Segundo este estudo, com o avançar da idade há uma redução do nível de atividade física e uma tendência ao sedentarismo.

Em um Inquérito realizado nas capitais dos estados e do Distrito Federal no Brasil (PeNSE; Brasil, 2009) para avaliar o nível de atividade física, hábitos alimentares, consumo de bebidas alcoólicas, consumo de cigarros entre outros

comportamentos de risco à saúde do escolar adolescente, constatou-se que os mesmos estão expostos a fatores de risco à saúde, revelando um estilo de vida inadequado. Segundo a pesquisa, fazem-se necessárias ações voltadas à atenção à saúde destes indivíduos, na perspectiva de minimizar problemas futuros (MALTA et al, 2010).

Nos Estados Unidos da América, ao analisar comportamentos de risco à saúde em adolescentes estudantes do ensino médio, identificaram-se níveis inadequados para os seguintes comportamentos: nível de atividade física, consumo de álcool, consumo de cigarros, hábitos alimentares entre outros. A prevalência de comportamentos de risco foi elevada e variava entre os estados pesquisados. Com base nestes dados, verificou-se que houve uma pequena queda na prevalência dos comportamentos de risco. Contudo, os resultados obtidos ainda são inaceitáveis e continuam sendo a maior causa de morbidade e mortalidade desta população naquele país (YRBS, 2011).

Outros estudos realizados no Brasil também identificaram uma alta prevalência de comportamentos de risco nos adolescentes das regiões Sul e Nordeste do país, com destaque para os comportamentos sexuais, nível de atividade física, hábitos alimentares, consumo de cigarros e bebidas alcoólicas. Verificaram ainda que existe adolescente que tem mais de um comportamento de risco, o que aumenta o grau de exposição a agravos à saúde dos adolescentes, e reforça a necessidade de programas e políticas públicas voltadas à saúde dos mesmos (FARIAS JUNIOR, LOPES, 2004; LOCH, NAHAS, 2006; CUREAU, 2012; BERGMANN et al, 2013; FARIAS JUNIOR, 2008).

O estilo de vida adotado pelos adolescentes tem influência direta na sua saúde. Se os comportamentos adotados forem solícitos à promoção da saúde, é provável que os resultados desses comportamentos gerem uma boa qualidade de vida, caso sejam de risco à saúde, estes adolescentes estão propensos ou vulneráveis a riscos e agravos à saúde e, numa realidade futura, estarem expostos a desenvolverem doenças crônico-degenerativas e uma saúde fragilizada.

Estudo realizado com adolescentes, com idade de 14 a 19 anos em Feira de Santana/BA constatou a existência de comportamentos que colocam em situação de risco à saúde destes indivíduos. Segundo a autora, estes dados refletem a necessidade de ações voltadas à prevenção e proteção dos adolescentes, e que ao identificar os riscos, torna-se possível desenvolver programas de intervenção que

busquem minimizar o seu impacto na saúde daqueles, preservando as etapas do seu desenvolvimento (ALVES, 2004).

Vale destacar que adotar comportamentos saudáveis diante da dinâmica e dos padrões da sociedade atual não é tarefa fácil. Uma educação voltada para a adoção de um estilo de vida que promova saúde não pode se limitar ao conhecimento das doenças, nem privilegiar a informação ou a instrumentalização, pois se trata de uma situação complexa, e como tal deve ser encarada nesta complexidade (HBSC, 2006).

3.2 ATIVIDADE FÍSICA

Segundo a literatura especializada, a prática da atividade física traz benefícios à saúde, ao bem-estar físico, psicológico e social, e, associada a um estilo de vida saudável, pode gerar repercussão favorável à saúde, a curto, médio e longo prazo. Atividades de esporte e lazer podem servir para a promoção e tratamento de doenças. Portanto, a atividade física é tida como uma equidade à saúde. (NAHAS, 2006; GUEDES ET AL, 2001; SILVA, COSTA JR., 2011).

Um dos primeiros estudos a apontar os benefícios da prática de atividade física foi conduzido em Londres por Morris e colaboradores, em 1953, comparando o estilo de vida sedentário de motoristas de ônibus com o de cobradores fisicamente ativos que trabalhavam nos ônibus de dois andares (FLAUSINO et al, 2012). Estudos posteriores verificaram que os cobradores de ônibus ativos fisicamente apresentavam uma ocorrência 30% menor de todas as manifestações associadas à coronariopatia e uma taxa de 50% inferior a infartos do miocárdio (POLLOCK; WILMORE, 1993).

Para que os benefícios da atividade física sejam alcançados, faz-se necessária a sua realização de forma regular, atendendo recomendações específicas a essa prática, associada a comportamentos que auxiliem e agreguem benefícios ao corpo e ao desempenho físico, a exemplo de uma boa alimentação, hidratação, um bom sono, etc., pois essas atitudes vão maximizar os benefícios que a atividade física pode proporcionar (FLAUSINO et al, 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Por outro lado, a inatividade física e o sedentarismo podem desencadear uma série de malefícios ao ser humano, e representam um problema para a saúde e a

qualidade de vida. A inatividade física e suas consequências já são consideradas um problema global, pois apresenta prevalências elevadas em vários países, inclusive no Brasil (CESCHINI et al, 2009; CDC, MMWR, 2012; AL-NUAIM et al, 2012; BERGMANN et al, 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Na adolescência a inatividade física é um problema sério, tendo em vista a alta prevalência, podendo causar sérios prejuízos e comprometer a saúde e a qualidade de vida. Estudos apontam que esse tipo de comportamento pode surgir na infância ou adolescência, e na maioria das vezes são transferidos para a idade adulta, onde pode vir a desencadear doenças crônico-degenerativas (FEIJÓ, OLIVEIRA, 2001; CDC, MMWR, 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Estudo realizado com adolescentes americanos identificou prevalência elevada de inatividade física entre 59,9% dos rapazes que se declararam ativos, e entre as moças 38,5%. Neste estudo adotou-se como ativo o adolescente que realizava 60 minutos ou mais de atividades físicas moderadas ou vigorosas, cinco ou mais dias na semana (CDC; MMWR, 2012).

A *World Health Organization* (2010) recomenda que para a atividade física ser benéfica às crianças e adolescentes ela deve ser de intensidade moderada a vigorosa, e ser realizada por no mínimo 60 minutos ao dia. Nestas atividades devem ser incluídas brincadeiras, jogos, esportes, transporte, recreação, educação física, exercício físico, no contexto da família, da escola e da comunidade. Como consequência teremos melhoria na aptidão cardiorrespiratória e muscular, saúde óssea, cardiovascular e metabólica, reduzindo sintomas de ansiedade e depressão. Período superior a 60 minutos fornecerá benefícios adicionais à saúde. A maior parte das atividades devem ser de natureza aeróbica, com incorporação de atividades físicas vigorosas, que fortaleçam os músculos e ossos, pelo menos 3 vezes por semana.

Uma meta análise realizada por Barufaldil et al (2012), com artigos publicados no período de 1996 a 2010, que identificaram a prevalência de inatividade física entre adolescentes brasileiros, revelou que a prevalência varia de 2% a 80% para rapazes e de 14% a 91% para moças. Dados semelhantes foram identificados na região Sul e maiores nas regiões Norte e Nordeste. Segundo o autor, os pontos de corte e métodos utilizados para avaliar a inatividade física variaram entre os estudos.

Outro dado importante e revelador é que a prevalência de inatividade física vem crescendo no mundo. Ela é elevada, tanto para os rapazes quanto para as

moças, porém maior entre as meninas, atingindo as várias classes sociais e faixas etárias, sendo motivo de preocupação e estudos, pois pode trazer graves consequências para os adolescentes, suas famílias e sociedade de forma geral (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010; OLIVEIRA, 2011; CASTRO, 2008; FARIAS JUNIOR et al, 2011; HALLAL, 2005; ARRUDA, LOPES, 2007).

3.3 HÁBITOS ALIMENTARES

A alimentação é fundamental para a manutenção da vida do ser humano. Desde os primórdios ela foi responsável pela vida nômade do homem, pois, à medida que os recursos alimentícios se esgotavam os grupos sociais se viam na necessidade de mudar de local a procura de outras fontes de alimento. Contudo, há de se destacar que alimentar nem sempre se refere à nutrição adequada (MCARDLE et al., 1999).

No caso dos adolescentes, segundo a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS, 2003), enquanto uma alimentação saudável vai garantir os nutrientes necessários ao bom desenvolvimento do indivíduo, uma má alimentação ou uma alimentação inadequada pode provocar sérios problemas de saúde, como obesidade, diabetes, hipertensão arterial, má formação óssea, os quais podem comprometer toda a vida dos adolescentes.

Na adolescência há um aumento na velocidade do crescimento, gerando necessidades nutricionais especiais, pois existe uma demanda maior de nutrientes em decorrência do crescimento e desenvolvimento físico. Ainda nesta fase, os hábitos alimentares mudam devido ao estilo de vida adotado; tendo em vista a participação em atividades esportivas, distúrbio alimentar, ocorrência de gravidez, dietas, uso de álcool e outras situações possíveis (MACHADO, 2009).

Uma revisão de literatura realizada com artigos publicados nos anos de 2000 a 2006, em base de dados nacionais e internacionais, que abordavam recomendações nutricionais para adolescentes, verificou alta prevalência de escolares com estado nutricional insatisfatório, baixa ingestão de cálcio, vitamina A, C e ferro, o que os deixava vulneráveis a distúrbios nutricionais e que é necessário uma intervenção profissional para que se pudesse garantir um crescimento adequado ao adolescente (GIANNINI, 2007).

Entre os anos de 1997 e 2003 foi conduzido um estudo na Cidade do México para investigar as tendências de comportamentos alimentares de risco em adolescentes. Os autores concluíram que no período avaliado houve um aumento dos comportamentos alimentares de risco entre os adolescentes escolares. Neste estudo verificou-se como sendo os maiores grupos de risco os meninos com idade de 12 e 13 anos, seguido das meninas com idade de 18 a 19 anos. Verificou-se ainda que adolescentes cujos chefes de família possuíam nível escolar superior apresentavam maior risco de adotarem comportamentos de risco à saúde (UNIKEL-SANTONCINI et al, 2006).

No Brasil, em um inquérito realizado com adolescentes residentes nas 27 capitais e Distrito Federal (PeNSE, 2009) para analisar o consumo de alimentos em cinco ou mais dias da semana, verificou-se que 62,6% dos adolescentes comem feijão, 31,5% consomem frutas, 58,3% comem doces, 37% tomam refrigerantes. Os resultados obtidos revelam alta prevalência de hábitos alimentares inadequados entre os adolescentes pesquisados (MALTA et al, 2010).

Ainda no Brasil, outros estudos também apontam prevalência elevada de hábitos alimentares inadequados em adolescentes das regiões Sul e Nordeste do país, no que se refere ao consumo inadequado de frituras, doces, refrigerantes, verduras, frutas entre outros. Nestes estudos identificou-se diferença estatisticamente significativa em relação aos hábitos alimentares e as variáveis sexo, idade, turno que estuda. Diante disto percebe-se que grande parte dos adolescentes brasileiros tem sua saúde comprometida por não ter uma nutrição adequada, visto que uma nutrição adequada é muito importante para a saúde de quem está em pleno estado de desenvolvimento (FARIAS JUNIOR, LOPES, 2004; LOCH, NAHAS, 2006; GRILLO et al, 2005; AGOSTINHO, NASCIMENTO, CAVALCANTI, 2012).

3.4 CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA

O consumo de bebidas alcoólicas pelo ser humano é uma questão milenar. Vários são os motivos que levam as pessoas a consumirem esse tipo de bebida, podendo ser para comemorar, como remédio, e também associadas a condições culturais e econômicas. Contudo, há que se destacar que este consumo também pode provocar graves problemas de ordem pessoal, familiar e social, bem como

aumentar os gastos de quem faz uso e da sociedade de forma geral (BRAGA; BASTOS, 2004).

Os adolescentes relatam que o consumo de bebidas alcoólicas pode ter aspectos positivos e negativos, entre eles pode gerar prazer, diversão, empolgação e tirar a timidez. Entretanto, também existe o aspecto negativo, visto que faz gastar dinheiro, traz problemas à saúde, gera conflitos de ordem pessoal e familiar. Os adolescentes muitas vezes sofrem influência de amigos para usar a bebida, ou usam o álcool para serem aceitos entre os pares (SILVA; PADILHA, 2013).

Devido aos problemas relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas, tanto para quem consome quanto para a sociedade de forma geral, o álcool é considerado um fator de risco para a saúde, pois seu uso geralmente está associado a outros hábitos indesejáveis, a exemplo do alcoolismo, uso de drogas ilegais, ansiedade, depressão, brigas, *bullying*, danos pessoais e familiares e ainda problemas com a polícia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Inquérito realizado nos Estados Unidos da América (2011) com adolescentes do ensino médio verificou que 38,7% consomem bebidas alcoólicas, sendo o consumo maior entre os rapazes (45,2% a 51,2%) quando comparados às moças (40,1% a 45,4%). Verificou-se ainda que o consumo do álcool também está relacionado às relações sexuais e uso de outras drogas. Diante disto, os adolescentes que fazem uso dessa bebida são classificados como grupo de risco à saúde (CDC; MMWR, 2012).

No Brasil, a pesquisa PeNSE, (2009), realizada com adolescentes escolares nas 27 capitais e Distrito Federal, identificou como sendo de 27% a prevalência do consumo de bebidas alcoólicas em adolescentes com idade de 13 a 15 anos. Por se tratar de uma pesquisa multicêntrica, conduzida também em outras capitais de países da América Latina, os dados obtidos revelaram que no Brasil o alcoolismo é o quarto fator de risco para doenças crônicas não transmissíveis (REGO et al, 1990; IBGE, 2009).

Em um estudo realizado na cidade de Passos/MG, com estudantes do ensino médio de escolas públicas e particulares, verificou-se que a prevalência do consumo de bebidas alcoólicas é de 69,04%, e o contato do adolescente com o álcool ocorre de forma precoce. Entre os escolares que consomem bebida alcoólica há os que bebem moderadamente, bem como os com alto risco de possível dependência. Neste estudo o consumo de álcool está associado às seguintes variáveis: sexo,

relacionamento do adolescente com a mãe, trabalho, nível socioeconômico e escolaridade do chefe de família (CAMPOS et al, 2011).

Outros estudos também realizados com escolares brasileiras revelam alta prevalência para o consumo de bebidas alcoólicas entre os adolescentes. Em Recife/PE a prevalência do consumo de bebidas alcoólicas foi de 29,8%, em Florianópolis/SC, 38%, em Santa Maria/RS 22,3% (GOMES, ALVES, NASCIMENTO, 2010; FARIAS JUNIOR, LOPES, 2004; CUREAU, 2012).

Diante do acima exposto pode-se perceber que o uso das bebidas alcoólicas pode provocar sérios danos aos adolescentes, seus pares, família, sociedade, e os deixa em situação de vulnerabilidade e alto risco.

3.5 CONSUMO DE CIGARRO

O consumo de cigarro é um sério problema de saúde com dimensão mundial, e tem sido motivo de preocupação e campanhas visando a esclarecer aos usuários acerca de seus prejuízos para a saúde. De acordo com dados da OMS, a cada ano morrem cerca de 5 milhões de pessoas em todo o mundo devido ao consumo dos produtos derivados do tabaco (VEIGA, 2012; BRASIL, 2011).

Após muitas campanhas para conscientização sobre os malefícios causados pelo uso e exposição ao tabaco, houve uma redução no consumo em várias partes do mundo, porém ainda são graves as consequências do seu uso. Mesmo assim, existe um índice preocupante do consumo de cigarros e produtos derivados entre os adolescentes, principalmente quando se considera que o hábito pode ser levado para a idade adulta. Diante disto, torna-se necessário o controle, a vigilância e campanhas contra o fumo (ABAD, RUIZ-JUAN, RIVERA, 2012; RICHTER, PFORTNER, 2012; SZKLO et al, 2012).

Estudo realizado na Alemanha, entre os anos de 2002 a 2010, com o objetivo de identificar a prevalência e a tendência do consumo de tabaco e álcool entre adolescentes, considerando as variáveis idade e sexo, verificou que houve redução da prevalência do consumo do tabaco. Ainda, segundo o estudo, no ano de 2010 cerca de 15% dos jovens de 15 anos consumiam tabaco, sendo que para os jovens de 13 anos esses valores eram mais baixos. Para os autores, o crédito da redução do consumo de tabaco se dá pelas campanhas de prevenção (RICHTER; PFORTNER, 2012).

Em inquéritos realizados na África do Sul para identificar a prevalência do consumo de tabaco e álcool e fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis entre os jovens da zona urbana e rural, verificou-se que em um intervalo de cinco anos, a prevalência de consumo de tabaco diminuiu entre os rapazes (1998:21,6% e 2003:19,1%) e aumentou entre as moças (1998:1,0% e 2003:2,1%). Ainda segundo este estudo, os jovens que residiam na zona urbana eram mais propensos a fumar (PER et al, 2013).

A prevalência e exposição ao tabagismo no Brasil foi averiguada através de inquérito escolar (PeNSE), no ano de 2009. Segundo os dados obtidos, a prevalência de adolescentes que fumam regularmente foi de 6,3%, sendo maior entre os mais velhos. A prevalência também foi maior entre os escolares cujas mães têm menor grau de escolaridade e entre os que estudam em escolas públicas (BARRETO et al, 2010).

Em pesquisa realizada na cidade de Jequié/BA (2012), a prevalência de experimentação de tabaco entre os adolescentes foi de 22,4% e a de consumo de 4,4%. Nessa mesma pesquisa a experimentação se encontra associada ao sexo, ao trabalho remunerado, ao grupo etário, pais que fumam, amigos que fumam e ao uso de bebidas alcoólicas. Ainda segundo este estudo, o consumo de tabaco está associado ao sexo, amigos que fumam e ao uso de bebidas alcoólicas (VEIGA, 2012).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico, de corte transversal, realizado no ano de 2012, no município de Jequié, situado no Estado da Bahia.

Para Medronho (2009), o delineamento transversal configura-se numa estratégia de estudo epidemiológico, sendo caracterizado pela observação direta de determinada quantidade de indivíduos num único período de tempo.

Entre as vantagens desse desenho de estudo destaca-se a simplicidade, o baixo custo, a objetividade na coleta de dados, o alto potencial descritivo sobre as características dos eventos na comunidade e a detecção de grupos de alto risco. Pode o referido método, entretanto, apresentar algumas limitações, como o baixo poder analítico (PEREIRA, 2008).

Estudos epidemiológicos transversais vêm sendo empregados para analisar comportamento de risco à saúde de adolescentes (FARIAS JÚNIOR, 2008; CUREAU, 2012; GOMES, ALVES, NASCIMENTO, 2010; RAPHAELLI, AZEVEDO, HALLAL, 2011).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi realizado na cidade de Jequié, localizada na mesorregião Centro-Sul do Estado da Bahia, distando 365 km da capital. O Município possui uma população estimada em 151.895 habitantes, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,694 (IBGE, 2010).

O campo do estudo foram todas as 16 escolas públicas do ensino médio da rede estadual da zona urbana e rural do Município de Jequié-BA. Destas, duas foram excluídas por não ofertarem o ensino médio.

Neste estudo, as escolas particulares não foram incluídas em função da dificuldade na obtenção do quantitativo de escolares matriculados, impossibilitando assim a composição da amostra.

No município existem doze (12) escolas na zona urbana e quatro (4) na zona rural, nas quais, no momento da realização do planejamento do estudo, um total de

4.355 alunos, na faixa etária de 14 a 19 anos, encontrava-se regularmente matriculados, conforme dados do Censo Escolar.

Dentre as escolas da zona rural, duas (2) não participaram do estudo, visto que durante a coleta de dados o período letivo foi concluído antecipadamente por falta de transporte escolar. Diante disto, não foi possível ter acesso a estes escolares durante o período da coleta de dados.

4.3 POPULAÇÃO-ALVO

A população alvo foi os 4355 escolares adolescentes, com idade de 14 a 19 anos, matriculados no ensino médio da rede pública estadual do município de Jequié-BA. Destaca-se que no Município o ensino médio na rede pública é ofertado somente pela rede estadual.

A escolha por este grupo etário ocorreu por conta das importantes modificações no corpo (puberdade), no modo de pensar e de agir, e no comportamento referente aos papéis sociais a que estes indivíduos estão expostos (DISTRITO FEDERAL, 2011).

Optou-se por fazer um recorte no grupo etário de adolescentes. Neste sentido, para compor a amostra deste estudo, adotou-se como limite inferior a idade de 14 anos e superior, 19 anos. O limite superior foi estabelecido considerando o ponto de corte estabelecido pela OMS. Vale destacar que este mesmo critério foi utilizado por outros estudos (MENDONÇA; FARIAS JUNIOR, 2012; FARIAS JUNIOR, 2012; SANTOS et al, 2010; TASSITANO et al, 2009; CUREAU, 2012; FARIAS JUNIOR, 2010).

Na seleção desta faixa etária ainda levou-se em consideração que dentre eles estes possuiriam um maior nível de compreensão referente aos temas investigados.

4.3.1 Critérios de Elegibilidade

Neste estudo adotaram-se os seguintes critérios para inclusão do adolescente na amostra:

- ✓ Possuir idade de 14 a 19 anos;
- ✓ Estudar em escola pública estadual da zona urbana e rural do município de Jequié;

- ✓ Estar matriculado regularmente no ensino médio, no turno matutino, vespertino ou noturno;
- ✓ Estar presente na sala de aula, no momento da coleta de dados;
- ✓ Apresentar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, devidamente assinado pelos pais e/ou responsáveis, no caso de menores de 18 anos.

4.4 AMOSTRA

Optou-se por uma amostra aleatória simples. Adotou-se a reposição do elemento amostral não localizado na sala de aula no dia da realização da entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo escolar subsequente do intervalo amostral a que o adolescente substituído pertencia.

Solicitou-se à 13ª Diretoria Regional de Educação e Cultura do Estado da Bahia (DIREC 13), a relação nominal dos escolares regularmente matriculados nas escolas públicas do ensino médio, existentes no município, especificando a escola, data de nascimento, a série e turno em que estudavam.

Nesta relação, identificaram-se os escolares com idade entre 14 e 19 anos. Em seguida, eles foram numerados em ordem crescente (1 a 4355), identificando-se assim o tamanho da população de escolares nesta faixa etária.

Para o cálculo amostral utilizou-se a prevalência de inatividade física em adolescentes obtidos no estudo “Comportamento de risco à saúde em adolescentes”, realizado por Farias Junior e Lopes (2004), na cidade de Florianópolis-SC. A escolha deveu-se ao fato de ser esta a maior prevalência de inatividade física encontrada em estudos nacionais com adolescentes escolares da mesma faixa etária e grau de estudo.

No cálculo da amostra, utilizou-se o programa Epi-info versão 3.5.1, e adotou-se prevalência de inatividade física de 65,7% (FARIAS JUNIOR; LOPES, 2004), nível de confiança de 95%, grau de precisão absoluta de 3% (erro amostral) e população de 4355 escolares do ensino médio, com idade de 14 a 19 anos, regularmente matriculada nas escolas públicas estaduais de Jequié-BA.

O tamanho mínimo amostral obtido foi de 788 escolares. Prevendo as perdas, recusas em participar do estudo, a não autorização dos pais e/ou responsáveis ou a ausência na sala de aula durante a coleta de dados, acrescentou-se um percentual de 10%, sendo a amostra final constituída por 867 escolares.

Conhecendo o número total de escolares matriculados e o tamanho da amostra do estudo, calculou-se o intervalo amostral ($n = 5$). A seguir, realizou-se o sorteio do primeiro elemento amostral, entre o 1º e o 5º nome de alunos da lista. Para obter o segundo elemento amostral, acrescentou-se a ao primeiro o valor do intervalo amostral, e assim procedendo até identificar os 867 sujeitos da pesquisa.

4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Adotou-se para a coleta de dados um questionário estruturado. Este instrumento, com questões claras, evitando dúvidas e possibilitando respostas com precisão, pode ser empregado em grandes amostras ou populações. (Mattos, 2008)

Optou-se por dividir o questionário em cinco blocos: perfil sociodemográfico do adolescente e da família; hábitos alimentares (consumo de frituras, doces, frutas, verduras e legumes); nível de atividade física; consumo de tabaco e consumo de álcool.

Para obter as informações referentes aos aspectos sociodemográficos utilizou-se questionário da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP-2012). Para mensurar a prevalência do consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas foram utilizadas questões do VIGESCOLA (ALVES, 2004). O nível de atividade física e hábitos alimentares foram obtidos de instrumento validado para uso em pesquisa de base populacional, adaptado por FARIAS JUNIOR (2002).

Na análise dos dados foram suprimidas as questões que não atendiam aos objetivos desse estudo.

4.6 COLETA DE DADOS

Previamente à coleta de dados, elaborou-se o manual do pesquisador (APÊNDICE E), para capacitar e uniformizar a equipe responsável pela coleta de dados. Este manual contém ainda instruções referentes ao preenchimento do instrumento utilizado, ao sigilo do informante, normas para obtenção das medidas antropométricas, à importância social da pesquisa, além de recomendações gerais à equipe.

Os dados foram obtidos por dois alunos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde e três discentes de cursos de graduação do Departamento de

Saúde da UESB, bolsistas do Programa de Iniciação Científica vinculados ao projeto do coordenador da pesquisa.

Previamente à coleta de dados, realizaram-se oficinas teórico-práticas com os participantes do estudo, objetivando padronizar o uso dos instrumentos de coleta de dados.

Após a capacitação dos examinadores, realizou-se, no mês de março de 2012, estudo-piloto na única escola pública de ensino médio existente na sede do município de Aiquara-BA (Colégio Estadual Luis Eduardo Magalhães), onde todos os escolares matriculados, com idade de 14 a 19 anos, cujos pais ou responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, responderam o questionário.

A partir dele foi possível conhecer o tempo necessário para os escolares responderem ao questionário, além de identificar possíveis dúvidas que surgiriam durante o seu preenchimento.

Após padronizar a equipe e realizar os ajustes necessários no questionário, deu-se início a coleta de dados no município de Jequié-BA.

Inicialmente agendou-se reunião com os diretores de todas as escolas de ensino médio do município, sendo a estes disponibilizados os seguintes documentos: projeto de pesquisa; declaração do diretor da DIREC 13, concordando com a realização do estudo; ofício do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, apresentando a equipe responsável pela coleta de dados; panfleto informativo do Projeto, e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que seria encaminhado aos pais dos alunos. (Anexos C e D, Apêndices F e A).

Em seguida, em todas as escolas estaduais de ensino médio do Município, os escolares com idade de 14 a 19 anos sorteados para participar da amostra foram identificados e convidados a participar do estudo. Destacou-se a relevância deste estudo para o município e feitos esclarecimentos a respeito dos aspectos éticos, do caráter voluntário de sua participação, e da garantia do anonimato e o sigilo das informações disponibilizadas.

Por meio dos escolares com idade inferior a 18 anos, foi encaminhado aos responsáveis um panfleto informando os objetivos do Projeto de Pesquisa, e duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Os escolares com idade superior a 18 anos que aceitaram o convite assinaram seu próprio TCLE.

Na coleta de dados obteve-se apoio da direção da escola e dos professores. Todas as escolas autorizaram a coleta de dados. Os dados foram obtidos no período de julho a setembro de 2012, seguindo um cronograma semanal de visita às escolas públicas estaduais que ofertam o ensino médio no Município de Jequié-BA.

De posse do TCLE assinado autorizando a participação dos escolares no estudo, deu-se início à coleta de dados. Em cada uma das escolas, adentrou-se em todas as salas de aula onde havia escolares sorteados, e foi solicitado aos mesmos que se dirigissem a um local na própria escola, determinado pela direção, para responder ao instrumento de coleta de dados. Neste momento, reforçou-se a importância do estudo, a garantia do sigilo e do anonimato, a necessidade de fornecer respostas corretas às informações solicitadas e foram prestados esclarecimentos sobre o procedimento da coleta.

Em seguida, com os alunos sentados, procedeu-se à leitura do instrumento, sendo estes esclarecidos sobre o seu correto preenchimento. A equipe responsável permaneceu nas salas durante todo o tempo em que os alunos respondiam ao questionário, mantendo a devida distância, a fim de evitar interferência nas respostas. Quando havia dúvida em relação a alguma questão, um dos membros da equipe ajudava o aluno a interpretá-la. Durante a coleta não havia professores ou coordenadores presentes na sala.

Na última página do questionário, conforme orientação do CEP/UESB, para garantir ao adolescente o direito de retirar o seu consentimento na pesquisa, caso julgasse necessário, foi inserido um comprovante com o número do questionário respondido, que foi destacado e a ele entregue. Os questionários respondidos foram colocados, pelos próprios adolescentes, em uma caixa, que, ao término da coleta, foi lacrada, de modo a garantir o anonimato dos informantes.

Ao entregarem os questionários, os escolares foram pesados por meio de balança digital (G.TECH), e medidos utilizando-se o estadiômetro compacto portátil (WISO).

4.7 VARIÁVEIS DE ESTUDO

4.7.1 Variável Dependente

Variáveis relacionadas ao nível de atividade física: dicotomizado em ativo fisicamente e inativo fisicamente. Para classificar o nível de atividade física, foram analisadas as atividades realizadas em três dias da semana, sendo uma no final de semana (sábado ou domingo) e duas durante a semana (segunda, terça, quarta, quinta ou sexta-feira). Cada dia (24h) foi subdividido em 36 períodos de 30 minutos cada (das 6h da manhã até às 24h da noite). As atividades relatadas eram numeradas e categorizadas de 1 a 9, e calculada conforme demanda energética de cada categoria, sendo: 1) deitado (0,52); 2) sentado (0,76); 3) Em pé (1,14); 4) deslocamento (1,38); 5) trabalho manual leve (1,68); 6) atividades desportivas e de lazer (2,4); 7) trabalho manual moderado (2,8); 8) esportes e lazer moderados (3,0) e 9) trabalho manual intenso (4,0). Considerando as atividades relatadas, calculou-se o nível de atividade física, através de estimativa da demanda energética diária, em quilocalorias por quilograma de massa corporal (kcal/kg/dia). Foi classificado como inativo fisicamente o (a) adolescente com demanda energética menor ou igual 36,9kcal/kg/dia, e ativo fisicamente aquele com demanda energética superior a 37kcal/kg/dia (CALE E ALMOND, 1997).

Variáveis relacionadas ao consumo do tabaco: se fuma ou não. Foi classificado como fumante aquele indivíduo que declarou que fumou pelo menos um cigarro nos últimos trinta dias.

Variáveis relacionadas ao consumo de álcool: se bebe ou não. Foi classificado como consumidor de bebida alcoólica quem respondesse ter consumido bebida alcoólica nos últimos trinta dias.

Variáveis relacionadas aos hábitos alimentares e o consumo de frituras e doces, frutas e verduras: Consumo: Nunca; de 1 a 2 vezes por semana; de 3 a 4 vezes por semana; de 5 a 6 vezes por semana, todo dia de 1 a 2 vezes; todo dia de 3 a 5 vezes. Foi considerado consumo inadequado de frituras e doces o consumo maior ou igual a 3 a 4 vezes por semana. E consumo inadequado de frutas e verduras o consumo menor que 3 a 4 vezes por semana (LOCH E NAHAS, 2006).

4.7.2 Variáveis Independentes

Variáveis sociodemográficas:

✓ Sexo: masculino e feminino;

- ✓ Idade em anos: anos completos e categorizado em “14 a 16 anos” e “17 a 19 anos”;
- ✓ Crença religiosa: foi tricotomizado em: não tem religião, católicos e não católicos (evangélica, espírita ou outras).
- ✓ Etnia autorreferida: foi dicotomizado em “brancos” e “não brancos” (parda, preta, índio e amarelo);
- ✓ Trabalho remunerado: as opções eram “sim ou não”.
- ✓ Mora com: pai, mãe, pai e mãe, os pais e avós, com avos, tios ou outros. Foi categorizado em “pais/pai ou mãe” e “outros”;
- ✓ Turno que estuda: as opções eram “diurno ou noturno”;
- ✓ Número de irmãos residentes no domicílio: foi categorizado em “não tem irmãos” ou “possui 1 ou mais irmãos”;
- ✓ Classe econômica da família: A1, A2, B1, B2, C, D e E (ABEP, 2012). Foi categorizada em “mais favorecidos economicamente (A2, B1 e B2)” e “menos favorecidos economicamente (C, D e E)”;
- ✓ Escolaridade do adolescente: 1º, 2º e 3º ano do ensino médio;
- ✓ Escolaridade do pai: não sabe informar; Ensino Fundamental (1ª a 8ª série); Ensino Médio (1º, 2º e 3º ano); Nível Superior/Faculdade (incompleta e completa). Foi categorizado em “Ensino Fundamental”, “Médio”, “Ensino Superior” e “não soube informar”;
- ✓ Escolaridade da mãe: não sabe informar; Ensino Fundamental (1ª a 8ª série); Ensino Médio (1º, 2º e 3º ano); Nível Superior/Faculdade (incompleta e completa). Categorizado em “Ensino Fundamental”, “Médio”, “Ensino Superior” e “não soube informar”.

4.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente, foi realizada a codificação das variáveis pesquisadas. Em seguida, fez-se uma análise dos questionários, sendo excluídos aqueles que não haviam sido respondidos de forma clara, atendendo as orientações do questionário e dos aplicadores.

Após esta etapa, os formulários que se encontravam completamente respondidos foram digitados duplamente no programa Epi DATA. Posteriormente à

compatibilização dos formulários de coleta, os dados obtidos foram exportados para o programa Excell.

Para o tratamento estatístico foi realizada a análise descritiva das variáveis, calculando-se as frequências absolutas e relativas, bem como média e desvio-padrão. A associação entre o nível de atividade física, experimentação de tabaco, consumo de bebida alcoólica e hábitos alimentares (variáveis dependentes) e os dados sociodemográficos, econômicos e a influência do entorno familiar (variáveis independentes) foi testada por meio do teste do qui-quadrado, com nível de significância estatística de 5% ($p < 0,05$). Os dados foram tabulados e analisados no *The Statistical Package for Social Sciences para Windows* (SPSS. 21.0).

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UESB (CEP/UESB), sob número de protocolo nº 212/2011 (CAAE: 00183.0.454.000-11).

O TCLE dos sujeitos da pesquisa com idade inferior a 18 anos foi assinado pelos pais e/ou responsáveis, e o dos sujeitos com idade igual ou superior a 18 anos foram assinados por estes mesmos.

Conforme recomendação do CEP/UESB, o questionário foi numerado. Ao entregarem o questionário, os escolares foram orientados a destacarem o número de seu questionário, para que, caso houvesse o cancelamento do consentimento de sua participação na pesquisa, fosse possível identificar o instrumento por ele respondido e, assim, excluí-lo.

Os objetivos deste estudo fizeram parte do Projeto de Pesquisa mãe “Consumo do tabaco e fatores associados entre adolescentes residentes em municípios do estado da Bahia”, protocolo 212/2011 (CAAE: 00183.0.454.000-11) CEP/UESB (anexo C).

5 RESULTADOS

Apresentou-se o resultado dessa pesquisa no formato de dois artigos científicos elaborados, considerando as instruções para os autores que constam no site das revistas selecionadas para a submissão.

Estes manuscritos visam a atender o objetivo proposto por este estudo, uma vez que permite descrever os comportamentos de risco à saúde em adolescentes escolares, com idade de 14 a 19 anos, estudantes do ensino médio nas escolas públicas do município de Jequié-BA.

Para responder aos objetivos específicos, foram elaborados dois manuscritos:

Manuscrito 01:

Comportamento de risco à saúde de adolescentes;

Manuscrito 02:

Prevalência de inatividade física e fatores associados em adolescentes do ensino médio.

Pretendemos, assim, atender ao objetivo deste trabalho, que foi analisar os comportamentos de risco à saúde de adolescentes escolares do município de Jequié-BA..

5.1 MANUSCRITO 01:

COMPORTAMENTO DE RISCO À SAÚDE DE ADOLESCENTES ESCOLARES¹*Franck Nei Monteiro Barbosa², Cezar Augusto Casotti³,*

¹ Artigo extraído da dissertação – Comportamento de risco à saúde em adolescentes, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), utilizando dados da Pesquisa “Consumo de tabaco e fatores associados entre adolescentes residentes em municípios do estado da Bahia”, em 2011/2012, Aprovado e autorizado pelo parecer CEP/UESB nº 212/2011(CAAE: 00183.0.454.000-11).

² Mestrando do Programa de Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Professor Auxiliar da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Departamento de Saúde 1. Jequié, Bahia. Brasil. E-mail: francknei@yahoo.com.br

³ Doutor em Odontologia Preventiva e Social. Professor Adjunto da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Departamento de Saúde 1. Jequié, Bahia. Brasil.

Correspondência: Franck Nei Monteiro Barbosa

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB/DS1

45.206-190 – Av. José Moreira Sobrinho, s/nº Bairro Jequiezinho, Jequié, BA, Brasil.

Telefone (s): Comercial (73) 3528-9738 Celular (73) 8812-5317 Fax: 73-3528-9751

E-mail: francknei@yahoo.com.br

RESUMO: O objetivo deste estudo foi descrever os comportamentos de risco à saúde de adolescentes escolares do ensino médio das escolas públicas de um município do Nordeste brasileiro. Estudo epidemiológico, transversal, de base populacional, com amostra aleatória simples. Para obter os dados, utilizaram-se questionários estruturados e validados. Para análise dos dados, utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson, com nível de significância 5%. Verificou-se que a inatividade física está associada ao sexo, turno que estuda e idade. O consumo de tabaco está associado significativamente ao sexo, turno que estuda e idade e o consumo de álcool ao turno que estuda e idade. Quanto aos hábitos alimentares inadequados, o consumo de frituras está associado ao turno em que estuda e o de doces e refrigerantes ao turno em que estuda e a idade. Constatou-se alta prevalência de comportamentos de riscos entre os adolescentes, sendo necessárias políticas voltadas para a saúde dessa população.

DESCRITORES: Comportamento do adolescente. Estilo de vida sedentário. Álcool. Tabaco. Hábitos alimentares.

HEALTH RISK BEHAVIOR FROM ADOLESCENT SCHOOLERS

ABSTRACT: The aim of this study was to describe health risk behaviors among adolescents from secondary education in public schools in a city in Brazilian Northeast. Epidemiological cross-sectional, population-based study with a simple random sample. For the data, we used structured validated questionnaires. For data analysis, we used the chi-square Pearson test, with significance level of 5%. It has been found that physical inactivity is associated with the sex, age and studying shift. Tobacco consumption is significantly associated with sex, age, shift studying and alcohol consumption shift to studying, and age. As for poor dietary habits, consumption of fried foods is associated with shift in studying and sweets and sodas to shift on studying and age. Found a high prevalence of risk behaviors among adolescents, focused on policies needed health of this population. (02)

DESCRIPTORS: Adolescent behavior. Sedentary Lifestyle. Alcohol. Tobacco. Eating habits.

COMPORTAMIENTO DE RIESGO A LA SALUD DE LOS ADOLESCENTES ESCOLARES

RESUMEN: El objetivo de este estudio fue describir los comportamientos de riesgo de salud entre los adolescentes de educación secundaria en las escuelas públicas en una ciudad del nordeste de Brasil. Estudio transversal, de base poblacional-epidemiológica con una muestra aleatoria simple. Para los datos, hemos utilizado cuestionarios estructurados y validados. Para el análisis de los datos, se utilizó el test de Chi cuadrado, con un nivel de significación del 5%. Se ha encontrado que la inactividad física está asociada con el sexo, la edad y el periodo de estudio. El consumo de tabaco se asocia significativamente con el sexo, la edad y el periodo de estudio y consumo de alcohol. En cuanto a los malos hábitos alimenticios, el consumo de alimentos fritos se asocia con el período de estudio y los dulces y las bebidas gaseosas para el período de estudio y la edad. Encontramos una alta prevalencia de conductas de riesgo entre los adolescentes, son necesarias las políticas para mejorarse la salud de la población.

DESCRIPTORES: Comportamiento de los adolescentes. Estilo de Vida Sedentario. El alcohol. El tabaco. Los hábitos alimentarios.

Introdução

A adolescência é um período da vida marcada por inúmeras mudanças biológicas, cognitivas e sociais que acontecem de forma simultânea e contribuem para construção da personalidade, sendo um processo importante do desenvolvimento humano, cronologicamente compreendido entre os 10 aos 19 anos^{1,2}.

Por se tratar de um processo cheio de transformações, com repercussões de âmbitos variados para a vida em sociedade, a adolescência é um período de vulnerabilidade física, psicológica e social, cuja complexidade torna profícua uma atenção especial por parte dos pais, professores, profissionais da saúde e órgãos competentes³.

Tendo em vista a especificidade do ser adolescente, a adolescência representa um período crítico, onde vários hábitos e comportamentos são estabelecidos. Esse estilo de vida, entendido como comportamentos adotados no dia-a-dia, pode gerar problemas e agravos à saúde ainda na adolescência ou na idade adulta, como também desencadear doenças crônicas degenerativas⁵.

Os comportamentos de risco adotados pelos adolescentes podem ser compreendidos como atividades que possam colocar em risco à saúde, como o consumo de bebidas alcoólicas, o tabagismo, hábitos alimentares inadequados, a inatividade física, o sexo desprotegido, entre outros. Essa forma de entender, agir e se posicionar frente à realidade é influenciada pelo contexto familiar e social, como escola, comunidade, amigos e a mídia. Assim, diante da gravidade desses comportamentos, torna-se importante a identificação e incorporação de ações de prevenção e promoção à saúde dos adolescentes precocemente, a fim de evitar problemas na vida adulta⁶.

Apesar do reconhecimento da importância da adoção de comportamentos positivos à saúde, a prevalência de comportamentos de risco à saúde é elevada entre adolescentes de diferentes contextos sociais. Estudo realizado com estudantes do ensino médio dos Estados Unidos identificou que 38,7 % dos adolescentes consumiam álcool, 18,1 % tinham fumado cigarro, 4,8% não comiam fruta e 5,7% não comiam legumes⁷. Em Portugal, 38,8% apresentavam baixo nível de atividade física, 48,7% consumo inadequado de frutas e 62,7% de vegetais⁸. No Brasil, 27,3% dos escolares consumiam bebida alcoólica, 6,3% eram fumantes e apenas 43,1% foram considerados ativos fisicamente⁹.

Devido à importância de identificar comportamentos de risco à saúde em estudantes brasileiros, para planejar, propor e executar ações voltadas para a promoção da saúde dessa população, e considerando a escassez de dados da região Nordeste do Brasil, principalmente em municípios de médio porte, este estudo objetiva descrever os comportamentos de risco à

saúde de adolescentes escolares do ensino médio das escolas públicas estaduais de um município do Nordeste brasileiro.

Metodologia

Trata-se de estudo epidemiológico transversal, de base populacional por amostragem aleatória simples, realizado com escolares do município de Jequié-BA, no período de 2012.

O município de Jequié situa-se na região Centro-Sul do estado da Bahia e possui uma população estimada de 151.895 habitantes¹⁰. O campo do estudo foi todas as escolas públicas da rede estadual, que ofertam o ensino médio. Das escolas existentes no município, 12 estão situadas na zona urbana e 04, na rural.

A população foi constituída por 4365 escolares, do sexo masculino e feminino, matriculados nas três séries do ensino médio da rede pública estadual, com idade de 14 a 19 anos. A amostra foi casual simples com reposição dos elementos amostrais, no momento da entrega dos termos de consentimento livre e esclarecido.

Para o cálculo da amostra utilizou-se o programa Epi-info (3.5.1), e adotou-se prevalência de inatividade física de 65,7%⁴, nível de confiança de 95% e grau de precisão de 3%, totalizando 788 escolares, aos quais foram acrescidos 10% prevendo as possíveis perdas e recusas, o que elevou a amostra para 867 escolares.

Foram critérios de inclusão dos sujeitos no estudo: possuir idade entre 14 a 19 anos; estudar em escola pública que ofereça ensino médio nas áreas urbana e rural do município de Jequié; estar regularmente matriculado; estudar em um dos turnos matutino, vespertino ou noturno; estar presente na sala de aula no momento da entrega do TCLE e coleta de dados; concordar em participar do estudo, entregando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelo próprio estudante ou pelos pais e/ou responsáveis, nos casos de alunos menores de 18 anos.

Para a coleta das informações empregou-se questionário validado, visando ao levantamento de aspectos sociodemográficos, nível de atividade física, hábitos alimentares (consumo de frituras, doces, refrigerantes, frutas e verduras), uso do tabaco e consumo de bebidas alcoólicas. Este instrumento foi adaptado e utilizado em pesquisa populacional¹¹. Os dados referentes à classificação econômica foram obtidos por meio do questionário Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)¹².

Previamente à coleta dos dados realizaram-se oficinas teórico-práticas para padronizar o uso e aplicação do instrumento de coleta de dados. Foi realizado um estudo piloto em uma

escola do ensino médio de um município de pequeno porte da mesma região para avaliar a precisão do instrumento em alcançar os objetivos desse estudo.

Foram classificadas como variáveis dependentes: o nível de atividade física (relato das atividades diárias de dois dias na semana e um dia no final de semana), sendo considerados inativos fisicamente aqueles alunos cujo gasto energético fosse menor ou igual a 36,9Kcal/kg dia¹³; uso de tabaco (não fuma e fumou cigarros nos últimos 30 dias); consumo de álcool (não bebe e bebeu nos últimos 30 dias) e hábitos alimentares (frequência semanal de consumo de frituras, doces e refrigerantes, frutas e sucos naturais, verduras e legumes), sendo considerado como hábitos inadequados o consumo de frituras, alimentos gordurosos, doces e refrigerantes quando o consumo fosse maior ou igual a três dias por semana, e consumo inadequado de frutas e verduras, quando o consumo destas fosse menor que cinco dias por semana¹⁴.

As variáveis independentes foram: faixa etária (em anos), sexo (masculino e feminino); escolaridade dos adolescentes (1º, 2º e 3º ano do ensino médio); turno em que estuda, diurno (matutino e vespertino) e noturno; trabalho (sim, não); escolaridade do pai e da mãe (Ensino Fundamental, Ensino Médio, Nível Superior e não sabe informar); com quem mora (pai/mãe, avós, tios, outros); religião (não tem religião, católico, evangélico, espírita, outros); composição familiar (número de irmão residentes na mesma casa); etnia (branca, parda, negro, preta, índio) e classe econômica (de A a E). Apenas as variáveis independentes foram dicotomizadas para fins de análise estatística.

Os dados foram digitados duplamente no programa Epi Data e posteriormente compatibilizados e os erros identificados foram corrigidos e posteriormente analisados no programa SPSS (21.0). Realizada a análise descritiva das variáveis estudadas, com médias +- desvio padrão, bem como frequências absolutas e relativas, foi realizada a análise bivariada, por meio do teste de associação entre as variáveis independente e os desfechos estudados, utilizando-se o teste do qui-quadrado de Pearson, tomando-se como nível de significância $p < 0,05$.

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB), protocolo nº 212/2011 (CAAE: 00183.0.454.000-11), em conformidade com a Resolução 042/2010 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

A amostra analisada foi composta por 840 estudantes do ensino médio, matriculados na rede pública estadual. A média de idade foi de 16,6 anos (dp 1,4).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos estudantes do ensino médio do município segundo sexo. Jequié-BA, 2011.

Variável	Masculino		Feminino		Todos	
	N	%	n	%	n	%
Sexo	331	40,0	496	60,0	827	100
Faixa etária (805)						
14 a 16	154	19,1	240	29,8	394	48,9
17 a 19	169	21,0	242	30,1	411	51,1
Mora com (821)						
Pai/Mãe	268	32,6	375	45,7	643	78,3
Outros	60	7,3	118	14,4	178	21,7
Turno em que estuda (827)						
Diurno	270	32,6	433	52,4	703	85,0
Noturno	61	7,4	63	7,6	124	15,0
Série (827)						
1º	147	17,8	183	22,1	330	39,9
2º	98	11,9	181	21,9	279	33,7
3º	86	10,4	132	16,0	218	26,4
Nº irmão (801)						
Não tem	53	6,6	93	11,6	146	18,2
1 ou mais	270	33,7	385	48,1	655	81,8
Religião (823)						
Não tem	73	8,9	56	6,8	129	15,7
Católicos	105	12,8	198	24,1	303	36,8
Outros	151	18,3	240	29,2	391	47,5
Cor da pele (809)						
Branços	57	7,0	101	12,5	158	19,5
Não brancos	266	32,9	385	47,6	651	80,5
Trabalho (808)						
Sim	119	14,7	127	15,7	246	30,4
Não	201	24,9	361	44,7	562	69,6
Grau instrução pai (803)						
Até Fundamental	155	19,3	295	36,7	450	56,0
Ensino Médio	87	10,8	111	13,8	198	24,7
Nível Superior	74	9,2	64	8,0	138	17,2
Não s/informar	05	0,6	12	1,5	17	2,1
Grau instrução mãe (822)						
Até Fundamental	137	16,7	271	33,0	408	49,6
Ensino Médio	102	12,4	137	16,7	239	29,1
Nível Superior	86	10,5	80	9,7	166	20,2
Não s/informar	03	0,4	06	0,7	09	1,1
Nível socioeconômico (825)						
Mais favorecido (A, B)	111	13,5	95	11,5	206	25,0
Menos favorecido (C,D,E)	219	26,5	400	48,5	619	75,0
Nível de atividade física (793)						
Ativos	194	24,5	158	19,9	352	44,4
Inativos	122	15,4	319	40,2	441	55,6

A maioria dos adolescentes referiu não trabalhar 69,55% (n=562), tem 1 ou mais irmãos 81,77% (n=655), sendo que 78,32% (n=643) mora com pai e mãe. Outras características sociodemográficas dos estudantes estão descritas na tabela 1.

Tabela 2. Prevalência de comportamento de risco à saúde dos estudantes do ensino médio do município, segundo sexo. Jequié-BA, 2011.

Variável	Masculino		Feminino		p
	n	%	n	%	
Nível insuficiente de atividade física	122	38,6	319	66,9	<0,0001
Hábitos Alimentares					
Consumo inadequado frituras	121	37,1	175	35,6	0,710
Consumo inadequado doces/refrigerantes	183	55,8	297	60,6	0,192
Consumo inadequado frutas	86	26,2	135	27,5	0,748
Consumo inadequado verduras	114	35,0	158	32,4	0,495
Consumo álcool	129	40,1	185	38,0	0,556
Consumo de tabaco	25	7,7	11	2,3	<0,0001

Entre os sete comportamentos avaliados na tabela 2, os rapazes apresentaram maior prevalência de comportamentos de risco à saúde para consumo inadequado de frituras, baixo consumo de verduras, consumo de bebida alcoólica e fumo, e as moças para nível insuficiente de atividade física, consumo excessivo de doces e refrigerantes e baixo consumo de frutas. Houve diferença significativa entre os gêneros para as variáveis nível insuficiente de atividade física e consumo de tabaco.

Tabela 3. Prevalência de comportamento de risco à saúde dos estudantes do ensino médio do município segundo turno de estudo. Jequié-BA, 2011.

Variável	Diurno		Noturno		p
	n	%	n	%	
Nível insuficiente de atividade física	402	59,1	46	36,8	<0,0001
Hábitos Alimentares					
Consumo inadequado frituras	265	37,6	35	27,8	0,035
Consumo inadequado doces/refrigerantes	433	61,4	57	45,2	0,001
Consumo inadequado frutas	186	26,4	36	28,3	0,663
Consumo inadequado verduras	238	34,0	41	32,8	0,838
Consumo álcool	258	37,1	61	49,2	0,012
Consumo de tabaco	26	3,7	10	9,1	0,020

Conforme observado na tabela 3, os escolares matriculados no turno diurno apresentaram maior prevalência de nível insuficiente de atividade física, consumo excessivo de frituras, consumo excessivo de doces e refrigerantes e baixo consumo de verduras, enquanto nos adolescentes do turno noturno prevaleceu os com baixo consumo de frutas, bebida alcoólica e tabaco.

Quando comparadas as prevalências de comportamentos de risco segundo o turno em que estudam, identificaram-se diferenças significativas entre nível insuficiente de atividade física, consumo excessivo de frituras, consumo excessivo de doces/refrigerantes, consumo de álcool e consumo de cigarro.

Tabela 4. Prevalência de comportamento de risco à saúde dos estudantes do ensino médio do município, segundo faixa etária. Jequié-BA, 2011.

Variável	14 a 16 anos		17 a 19 anos		p
	n	%	n	%	
Nível insuficiente de atividade física	243	63,0	195	49,2	<0,0001
Hábitos Alimentares					
Consumo inadequado frituras	157	39,4	137	33,5	0,080
Consumo inadequado doces/refrigerantes	262	65,5	213	52,2	<0,0001
Consumo inadequado frutas	105	26,4	110	26,8	0,937
Consumo inadequado verduras	131	32,9	141	34,8	0,602
Consumo álcool	123	31,5	186	45,7	<0,0001
Consumo de tabaco	09	2,3	25	6,2	0,008

Quando analisado os comportamentos de risco à saúde, por faixa etária (tabela 4), percebe-se que os adolescentes mais velhos (17 a 19 anos) apresentam maior prevalência de baixo consumo de frutas, baixo consumo de verduras, maiores consumo de bebida alcoólica e consumo de cigarros. Já entre os mais novos (14 a 16 anos) os comportamentos mais prevalentes foram: nível insuficiente de atividade física, consumo excessivo de frituras e consumo excessivo de doces e refrigerantes.

Foram observadas diferenças significativas entre os grupos de idade com relação ao nível insuficiente de atividade física, consumo excessivo de doces e refrigerantes, consumo de álcool e consumo de tabaco.

Discussão

Os comportamentos de risco à saúde adotados pelos adolescentes são associados às principais causas de morbimortalidade nesse grupo etário e podem desencadear vários problemas como as doenças sexualmente transmissíveis, a gravidez indesejada, disfunções orgânicas e doenças crônico-degenerativas^{11,14}.

Dentre os fatores de risco, a atividade física é reconhecida como um importante fator para a promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, sendo recomendada para todas as faixas etárias, e motivo de estudos e recomendações em nível mundial tendo em vista o alcance dos benefícios gerados pela sua prática regular². No entanto é necessária uma decisão política para se implementar de forma positiva um programa de

atividade física, buscando alcançar níveis suficientes e recomendados para essa prática, bem como orientação adequada para o público alvo atendido².

Com relação a este estudo, os adolescentes apresentaram alta prevalência de inatividade física nos três aspectos abordados (sexo, turno que estuda e idade), corroborando com os resultados encontrados em estudantes de outras nacionalidades, como também dos estudantes das capitais brasileiras^{2,8,9}.

O estudo também aponta que as moças são mais inativas fisicamente que os rapazes, corroborando com estudos realizados nos Estados Unidos⁷, na Europa⁸ e outros estudos realizados no Brasil^{9,4,15,16} e em Jequié-BA, no ano de 2011, com amostra não representativa de estudantes do mesmo grupo etário da rede pública de ensino¹⁷. Esse achado é preocupante e revela a necessidade de intervenção no sentido de reverter essa realidade e suas graves consequências para a saúde dessas pessoas.

A adoção de hábitos alimentares inadequados também merece atenção especial. A alimentação saudável pode promover muitos benefícios, gerar energia necessária para as atividades da vida diária, ajudar nos estudos, na prevenção e tratamento de doenças. Ter uma alimentação saudável é necessário para manter um bom estilo de vida¹⁸ e promover a saúde do escolar¹⁹.

Nosso estudo encontrou alta prevalência de adolescentes com hábitos alimentares inadequados. Em ambos os sexos houve consumo exagerado de doce e refrigerante. Estudantes matriculados nos turnos matutino e vespertino apresentam mais hábitos alimentares inadequados em comparação aos estudantes do noturno, principalmente em relação ao consumo inadequado de verduras. No que diz respeito à faixa etária, os dois grupos pesquisados adotam hábitos alimentares inadequados e isso fica mais claro no consumo exagerado de frituras.

Na amostra analisada por este estudo não houve diferença estatisticamente significativa entre hábitos alimentares inadequados e o sexo, corroborando com os achados de outros estudos^{14,20}.

Quando comparados os hábitos alimentares dos escolares de Jequié/BA, segundo o turno em que estuda (diurno e noturno), verificamos que os escolares do turno diurno apresentam número maior de hábitos alimentares inadequados. Diferenças estatisticamente significantes foram encontradas somente para o consumo inadequado de frituras, doces e refrigerantes. Já os resultados encontrados em Florianópolis/SC identificaram o consumo inadequado de frutas para os estudantes do noturno¹⁴.

Comparando os hábitos alimentares, segundo a idade, percebe-se que a prevalência é alta. Entre os mais jovens identificou-se diferença estatisticamente significativa para o consumo inadequado de doces e refrigerantes. Dados discordantes foram obtidos em outros estudos realizados com escolares de Florianópolis/SC, visto que, segundo os autores, os hábitos alimentares não sofrem influência da idade ^{4, 14}. O que pode ter influenciado o maior consumo de doces e refrigerantes entre os estudantes mais jovens de Jerquié/BA, possivelmente, está relacionado às políticas públicas de transferência de renda, o que possibilitou maior acesso a este tipo de alimento nos domicílios beneficiados. Vale destacar que em todas as escolas estaduais do município foi proibida a comercialização de alimentos, sendo ofertada apenas a merenda escolar.

Considerando o consumo de álcool, houve diferença significativa entre a prevalência com relação ao turno em que estuda e idade, sendo a maior prevalência para os escolares do turno noturno e entre os mais velhos. Resultados semelhantes foram encontrados em estudantes do Recife²² e norte-americanos⁷. O consumo de álcool pode provocar efeitos deletérios à saúde e sérios problemas sociais, caso não sejam tomadas medidas no sentido de prevenção e mudança de hábito.

Estudo realizado com adolescentes espanhóis identificou relação entre o consumo de álcool e outras substâncias psicoativas, sendo este um problema social de primeira grandeza. Estudantes que consomem álcool são mais permissivos, apresentam instabilidade emocional, condutas perturbadoras²³. Geralmente, a bebida alcoólica está associada ao prazer, à sociabilidade e à alegria, contudo não podemos esquecer os malefícios provocados pelo álcool, que pode provocar a dependência química, a ocorrência de acidentes e outros problemas de ordem social²⁴.

No que diz respeito ao consumo de tabaco, identificamos diferença estatisticamente significativa entre a prevalência do consumo, segundo o sexo, turno em que estuda e idade. O consumo de tabaco foi maior entre os rapazes, que estudam no turno noturno e com idade mais avançada (17 a 19 anos). Quanto ao consumo de tabaco em relação ao sexo, dados discordantes foram encontrados em pesquisa com estudantes do Rio de Janeiro/RJ²¹, onde a prevalência de fumantes foi maior entre as moças, como em estudo realizado nas capitais brasileiras, onde não há diferença significativa entre os sexos²⁵.

Houve aumento da prevalência do consumo de tabaco com o avanço da idade, sendo a prevalência maior para os escolares com idade de 17 a 19 anos. Dados semelhantes foram obtidos em estudo realizado nas capitais brasileiras²⁵, o que corrobora com os resultados encontrados em nosso estudo. Em outro estudo realizado na cidade de Pelotas/RS, verificou-

se que a chance de um adolescente com idade de 17 a 18 anos ser fumante é 4,35 maior, quando comparado aos de 12 a 14 anos²⁷.

Conclusão

Entre os adolescentes escolares matriculados em escolas públicas do município de Jequié/BA identificou-se alta prevalência de comportamentos de riscos à saúde.

Na amostra analisada houve diferença estatisticamente significativa entre a prevalência de inatividade física, sendo ela maior entre os escolares do sexo feminino, que estudam no turno diurno, e do grupo etário mais jovem. Houve também diferença estatisticamente significativa entre o consumo inadequado de frituras, que foi maior nos escolares do turno diurno. Entre os escolares identificaram-se ainda diferenças estatisticamente significantes com relação ao consumo de álcool e tabaco. O consumo de álcool foi mais prevalente entre os escolares que estudam no turno noturno e do grupo etário mais velho. Já o consumo de tabaco foi mais prevalente entre os adolescentes escolares do sexo masculino, do turno noturno e do grupo etário mais velho.

A alta prevalência de comportamentos de risco à saúde entre os adolescentes escolares do município de Jequié/BA evidencia que eles estão vulneráveis, podem desenvolver problemas de saúde e estão propensos a serem adultos com graves problemas de saúde.

Faz-se necessário implantar políticas públicas voltadas para atender às reais necessidades dessa população, bem como uma ação coletiva por parte da família, escola, sociedade e órgãos governamentais, buscando a prevenção destes comportamentos de risco e uma maior atenção à saúde dos adolescentes.

REFERÊNCIAS

1. Davim, Rejane M. B; Germano, Raimunda, M; Menezes, Rejane M. V; Carlos, Djailson José D. Adolescente/adolescência: revisão teórica sobre uma fase crítica da vida. Rev. Rene. Fortaleza, v. 10, nº 2, p. 131-140, abr/jan. 2009;
2. World Health Organization, Global Recommendations on Physical Activity for Health. Geneva, Switzerland 2010.
2. OMS. Recomendações Globais sobre Atividade Física para a Saúde. Organização Mundial de Saúde, Genebra, Suíça 2010. (OMS, 2010).
3. Heidemann, Miriam. Adolescência e Saúde – Uma Visão Preventiva para Profissionais de Saúde e Educação. Petrópolis: Vozes, 2006;
4. Faria Junior, J. C. LOPES, A. S. Comportamentos de risco relacionados à saúde em adolescentes. R. Bras. Ci. E Mov. Brasília v. 12 n. 1 p. 7-12. Jan./mar. 2004.
5. CDC (Centre for Disease Control and Prevention). Youth risk behavior surveillance-United States, 2001. MMWR 2002; 51: 1-68.

6. Feijó, R. B. Oliveira, E. A. Comportamento de risco na adolescência. *Jornal de Pediatria*. Vol. 77, Supl. 2, 2001
7. CDC (Centers for Disease Control and Prevention). Youth Risk Behavior Surveillance — United States, 2011. *MMWR*. June 8, 2012; Vol. 61; n. 4.
8. Aventura social & saúde indicadores de saúde dos adolescentes portugueses. Relatório preliminar HBSC 2006.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. PENSE 2009. Rio de Janeiro, RJ – Brasil.
10. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística. IBGE Cidades. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> Acesso em: 20 out. 2012.
11. Farias Junior, J. C. Estilo de vida de adolescentes do município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Florianópolis, 2002; [Dissertação de mestrado: Centro de Desportos da UFSC].
12. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP-2012). Critério de classificação econômica Brasil. Disponível em: <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=301>. Acessado em 22 out. 2012.
13. Cale, L. Almond, L. The physical activity levels of English adolescent boys. *Eur J Phys Educ*, 1997; 2: 74-82.
14. Loch, M. R. Nahas, M. V. Comportamentos negativos relacionados à saúde em estudantes do ensino médio de Florianópolis, SC. *Rev. Brasileira de Atividade Física & Saúde*. Vol. 11, nº 2, 2006.
15. Hallal, P.C. Epidemiologia da atividade física na adolescência. 5º Congresso Brasileiro de Atividade Física e Saúde. Florianópolis, SC, 2005.
16. Farias Junior, José C; Mendes, Jonathan K. F; Barbosa, Daniele B. M. Associação entre comportamentos de risco à saúde em adolescentes. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho humano*; 9 (3): 250-256, 2007;
17. Oliveira, A.O. Costa Neto, S. G. Silva Neto, V. R. Rocha, S.V. Fatores associados à inatividade física entre adolescentes de uma escola pública do município de Jequié-BA. *Ulbra e Movimento (REFUM)*, Jí-Paraná, v.2 n.1 p.30-44, jan/mar. 2011.
18. Agostinho, L.C.L. Nascimento, L.Cavalcanti, B.F. A química dos alimentos no processo de ensino-aprendizagem na educação de jovens e adultos-eja. *Revista Lugares de Educação, Bananeiras/PB*, v. 2, n. 1, p. 31-46, Jan.-Jun. 2012. Disponível em <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rle>
19. Grillo, L.P. Klitzke, C. A. Campos, I. C. Mezdri, T. Riscos nutricionais de escolares pertencentes a famílias de baixa renda no litoral Catarinense. *Texto e Contexto Enfermagem, Florianópolis*, 2005; 14(Esp.): 17-23.
20. Farias Junior. J. C. Mendes. J. K. F. Barbosa. D. B. M. Lopes. A. S. Fatores de risco cardiovascular em adolescentes: prevalência e associação com fatores sociodemográficos. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2011; 14(1): 50-62.
21. Castro, I. R. R. Cardoso, L. O. Engstrom. E. M. Levy. R. B. Monteiro. C. A. Vigilância de fatores de risco para doenças não transmissíveis entre adolescentes: a experiência da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(10):2279-2288, out, 2008.
22. Gomes, B. M. R. Alves. J. G. B. Nascimento. L. C. Consumo de Braga entre estudantes de escolas públicas da região metropolitana de Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad. De Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(4):706-712, abr, 2010.
23. Moral, V. M. Rodriguez, F. J. Pastor, A. Correlatos psicossociais do uso de substâncias em adolescentes espanhóis. *Saúde Pública Cuervaca Mex set.* vol.52 n.5./ out. 2010.

24. Silva, S. E. D. Padilha, M. I. O alcoolismo na história de vidas de adolescentes: uma análise à luz das representações sociais. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 2013 jul-set; 22(3): 576-84.
25. Barreto, S. M. Giatti, L. Casado, L. Moura, L. Crespo, C. Malta, D. C. Exposição ao tabagismo entre escolares no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl.2): 3027-3034, 2010.
26. Cheron-Launay, M. Baha, M. Mautrait, C. Lagrue, G. Le Faou, A. L. Repérer les comportements addictifs chez les adolescents: enquête en milieu Lycéen. *Archives de Pédiatrie* 2011;18:737-744.
27. Horta, B. L. Calheiro, P. Pinheiro, R. T. Tomasi, E. Amaral, K. C. Tabagismo em adolescentes de área urbana na Região Sul do Brasil. *Rev. Saúde Publica*, 2001, 35(2): 15-164.

5.2 MANUSCRITO 02:

INATIVIDADE FÍSICA E FATORES ASSOCIADOS EM ADOLESCENTES DO ENSINO MÉDIO.

Titulo resumido: Inatividade física e fatores associados em adolescentes

Franck Nei Monteiro Barbosa^a, Cezar Augusto Casotti^a.

^aPrograma de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Departamento de Saúde – DS1, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Bahia, Brasil.

Correspondência: Franck Nei Monteiro Barbosa

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB/DS1

45.206-190 – Av. José Moreira Sobrinho, s/nº Bairro Jequiezinho, Jequié, BA, Brasil.

Telefone (s): Comercial (73) 3528-9738 Celular (73) 8812-5317 Fax: 73-3528-9751

E-mail: francknei@yahoo.com.br

Resumo

Objetivo: descrever a prevalência de inatividade física e fatores associados em adolescentes no ensino médio de escolas públicas.

Metodologia: Estudo epidemiológico, de corte transversal, com escolares com idade de 14 a 19 anos do ensino médio de escolas públicas estaduais de Jequié/BA. Amostra casual simples, composta por 840 sujeitos. A variável dependente inatividade física foi mensurada a partir do relato das atividades diárias de três dias na semana, sendo considerado inativo fisicamente o escolar cujo gasto energético foi menor ou igual a 36,9Kcal/kg/dia. As variáveis independentes foram sexo, idade, turno, série, classe econômica, escolaridade do pai e da mãe, uso do cigarro, consumo de bebida alcoólica. Foi realizada a análise bivariada, por meio do teste de associação entre as variáveis independentes e os desfechos estudados, utilizando-se o teste qui-quadrado de Pearson, sendo o nível de significância $p < 0,05$.

Resultados: A prevalência de inatividade física em adolescentes escolares foi de (55,7%), sendo significativamente maior no sexo feminino (40,2%), quando comparado ao sexo masculino (15,4%). Foram fatores associados à inatividade física o sexo, a idade, turno que estuda, escolaridade do pai, escolaridade da mãe e consumo de tabaco

Conclusão: A prevalência de inatividade física entre os adolescentes pesquisados foi elevada e está associada aos fatores sociodemográficos, o que demonstra a necessidade de programas de promoção à saúde e mudança no estilo de vida dessa população.

Descritores: Atividade motora. Adolescente. Comportamento. Sedentarismo. Estilo de vida.

Abstract

Objective: To describe the prevalence of physical inactivity and associated factors in adolescents during secondary education in public schools.

Methods: Epidemiological study, cross-sectional, with school aged 14 to 19 years of secondary education in state public schools in Jequié / BA. Simple random sample, consisting of 840 subjects. The physical inactivity dependent variable was based on Measured reports of daily activities of three days a week and were considered physically inactive students whose energy expenditure was less than or equal to 36.9 kcal / kg / day. The Independent variables were gender, age, shift, grid, social class, parental education level, smoking habits and alcohol consumption. Bivariate analysis, through the test of association between the independent variables and the outcomes Studied, was Performed using the Chi-square test, with significance level $P < 0.05$.

Results: Prevalence of physical inactivity among adolescent students was (55.7%) and was significantly higher in females (40.2%) compared to males (15.4%). Gender, age, shift study, parental education level and smoking were factors associated with physical inactivity.

Conclusion: Prevalence of physical inactivity among the adolescents surveyed was high and is associated with sociodemographic factors, which demonstrates the need for health promotion and lifestyle change programs for this population.

Descriptors: motor activity. Teenager. Behavior. Sedentary lifestyle. Lifestyle.

Introdução:

A atividade física feita regularmente pode promover benefícios à saúde das pessoas. Esses aspectos positivos têm repercussão em curto, médio e longo prazo, gerando benefícios físicos, biológicos, psicológicos e sociais. Para que isso aconteça é necessário um estilo de vida saudável e ações positivas para a saúde durante todo o curso de vida¹.

Por outro lado, a inatividade física pode vir a comprometer a saúde física e mental. Na adolescência, esse comportamento é um dos fatores de risco que pode contribuir para as principais causas de morbidade e mortalidade nessa população. Estudos indicam que estes comportamentos são estabelecidos durante a infância e adolescência, sendo muitas vezes transferidos para a idade adulta, por isso deve ser monitorado como prioridade de saúde, principalmente crianças e adolescentes^{2,3}.

Assim, segundo a Organização Mundial da Saúde (2010), é necessário que a prática da atividade física e os benefícios que ela promove faça parte dos hábitos de vida das pessoas. No entanto, a inatividade física e suas mazelas vêm aumentando em diversos países, sendo motivo de preocupação, pois ela é tida como o quarto fator de risco para a mortalidade global, gerando implicações para a prevalência de doenças não transmissíveis, crônico-degenerativas, na população mundial⁴.

Por ser a adolescência um período da vida no qual ocorrem muitas transformações e processos diversos, onde muitos hábitos são adquiridos, inclusive aqueles considerados inadequados, que podem trazer prejuízos para toda vida^{5,3}, é de fundamental importância quantificar a prevalência de inatividade física na adolescência e ainda identificar grupos vulneráveis, para assim direcionar estratégias de intervenção⁶.

Considerando a necessidade de melhor compreender a realidade para nela intervir de forma eficaz, com vistas à mudança no quadro existente, e devido à escassez de estudos epidemiológicos nessa população⁷, este estudo tem como objetivo descrever a prevalência de inatividade física e fatores associados em adolescentes no ensino médio de escolas públicas da cidade de Jequié-BA.

Metodologia:

Trata-se de estudo epidemiológico, de corte transversal, com escolares do ensino médio, de escolas públicas, do município de Jequié/BA, localizada na mesorregião Centro-Sul do estado da Bahia, a 365 km da capital, e uma população estimada de 151.895 habitantes, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,694 (IBGE, 2010⁸). O campo do estudo

foram as 16 escolas da rede estadual, que ofertam o ensino médio no município, sendo doze situadas na zona urbana e quatro na zona rural.

A população de referência para o estudo foi constituída por 4355 escolares do ensino médio, com idade entre 14 a 19 anos, regularmente matriculados nas escolas públicas estaduais do município. Os critérios de inclusão adotados para o estudo foram: estar regularmente matriculado nos turnos matutino, vespertino e noturno, em escolas públicas estaduais do ensino médio da zona urbana ou rural do município de Jequié-BA; possuir idade entre 14 a 19 anos; estar presente na sala de aula no momento da coleta dos dados; apresentar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devidamente assinado por si ou pelos pais e/ou responsáveis, nos casos de alunos menores de 18 anos. A amostra foi casual simples com reposição dos elementos amostrais, no momento da entrega dos termos de consentimento livre e esclarecido.

Para as estimativas do tamanho amostral levou-se em consideração a população de referência, nível de confiança de 95%, erro amostral de 3% e prevalência de inatividade física de 65,7%⁵. O tamanho mínimo amostral calculado foi de 788 sujeitos. Considerando as perdas e recusas, acrescentou-se um percentual em torno de 10%, sendo a amostra total do estudo constituída por 867 participantes.

Para coleta das informações utilizou-se um questionário estruturado, validado e adaptado¹⁰, contendo as seguintes informações: nível de atividade física, hábitos alimentares, consumo de álcool e tabaco. A classificação econômica foi obtida por meio do questionário da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP-2012)¹¹.

Precedendo à coleta de dados realizaram-se oficinas teórico-práticas com a equipe de trabalho, a fim de treinar e padronizar o uso do instrumento de coleta de dados. Foi realizado também um estudo piloto em uma escola do ensino médio de um município de pequeno porte da mesma região para avaliar a precisão dos instrumentos em alcançar os objetivos desse estudo.

Como variável dependente foi definida o nível de atividade física (relato das atividades diárias de três dias na semana), sendo considerado inativo fisicamente o escolar cujo gasto energético foi menor ou igual a 36,9Kcal/kg dia¹².

As variáveis independentes do estudo foram: idade em anos (dicotomizada em 14-16 e 17-19 anos), gênero (masculino e feminino), nível de escolaridade dos adolescentes (1º, 2º e 3º ano do Ensino Médio), turno em que estuda (matutino, vespertino e noturno), escolaridade do pai e da mãe (Ensino Fundamental, Ensino Médio e Ensino Superior), classe econômica, classificada em A1, A2, B1, B2, C, D e E (dicotomizada em mais favorecidos A1, A2, B1, B2

e menos favorecidos C, D e E). Consumo de bebida alcoólica (sim, não, se tomou mais de cinco doses em um único dia no último mês), uso de tabaco (sim, não, se fumou pelo menos um cigarro no último mês).

Os dados obtidos foram digitados duplamente no programa Epi DATA. Posteriormente, foi realizada a compatibilização dos formulários de coleta. Os dados obtidos foram exportados para o programa Excell e analisados no programa SPSS 21. Foi realizada a análise descritiva ou univariada das variáveis quantitativas, sendo obtidos os valores das medidas de tendência central e dispersão e das variáveis qualitativas as proporções. Foi realizada a análise bivariada, por meio do teste de associação entre as variáveis independente e os desfechos estudados, utilizando-se o teste do qui-quadrado de Pearson, sendo o nível de significância $p < 0,05$.

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB), sob protocolo nº 212/2011 (CAAE: 00183.0.454.000-11), em conformidade com a Resolução 042/2010 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados:

Neste estudo foram avaliados 840 escolares, sendo a média de idade de 16,6 anos ($dp \pm 1,4$) e a prevalência de inatividade física de 55,7%.

A tabela 1 apresenta os dados referentes às variáveis sociodemográficas e comportamentais dos adolescentes.

Tabela 1: número e percentual dos dados sociodemográficos, escolaridade dos pais e consumo de tabaco e álcool em adolescentes. Jequié-BA, 2012.

Variável / Categoria	n	%
Sexo (N=827)		
Masculino	331	40,0
Feminino	496	60,0
Faixa etária (N=817)		
14-16	400	49,0
17-19	417	51,0
Turno (N=840)		
Diurno	713	84,9
Noturno	127	15,1
Série (N=840)		
1º ano/Ensino Médio	334	39,8
2º ano/Ensino Médio	284	33,8
3º ano/Ensino Médio	222	26,4
Classe econômica (N=838)		
A e B	208	24,8
C, D e E	630	75,2
Escolaridade Pai (N=799)		
Ensino Fundamental	456	57,1
Ensino Médio	203	25,4
Nível Superior	140	17,5
Escolaridade Mãe (N=826)		
Ensino Fundamental	413	50,0
Ensino Médio	246	29,8
Nível Superior	167	20,2
Consumo de álcool (N=820)		
Sim	319	38,9
Não	501	61,1
Consumo de tabaco (N=821)		
Sim	36	4,4
Não	785	95,6
Nível de atividade física (805)		
Ativos	357	44,3
Inativos	448	55,7

Conforme especificado na tabela 1, observou-se um maior percentual de adolescentes do sexo feminino, pertencente à classe econômica menos favorecida, matriculados no turno diurno, cujos pais apresentam baixo nível educacional, que não fumam, não bebem e são inativos fisicamente.

A tabela 2 descreve os dados referentes à prevalência do nível de atividade física, segundo as variáveis sociodemográficas e comportamentais dos adolescentes.

Tabela 2: Prevalência de nível de atividade física em adolescentes segundo as características sociodemográficas. Jequié-BA, 2012.

Variável/categoria	Nível de atividade física				x ²	p
	Ativo		Inativo			
	n	%	n	%		
Sexo (n=793)						
Masculino	194	24,5	122	15,4	61,53	<0,0001
Feminino	158	19,9	319	40,2		
Faixa etária (n=782)						
14 a 16	143	18,3	243	31,1	14,91	0,0001
17 a 19	201	25,7	195	24,9		
Turno que estuda (n=805)						
Diurno	278	34,5	402	49,9	21,30	<0,0001
Noturno	79	9,8	46	5,7		
Série que estuda (n=805)						
1º ano/Ensino Médio	150	18,6	167	20,7	2,08	0,3532
2º ano/Ensino Médio	115	14,3	162	20,1		
3º ano/Ensino Médio	92	11,4	119	14,8		
Classe econômica (n=804)						
Mais favorecidos	99	12,3	102	12,7	2,68	0,1010
Menos favorecidos	257	32,0	346	43,0		
Escolaridade Pai (n=766)						
Ensino Fundamental	197	25,7	240	31,3	13,35	0,0012
Ensino Médio	68	8,9	129	16,8		
Nível Superior	72	9,4	60	7,8		
Escolaridade Mãe (n=791)						
Ensino Fundamental	190	24,0	204	25,8	13,44	0,0012
Ensino Médio	80	10,1	155	19,6		
Nível Superior	78	9,9	84	10,6		
Consumo Álcool (n=789)						
Não	205	26,0	277	35,1	1,45	0,2277
Sim	144	18,3	163	20,7		
Consumo Tabaco (n=786)						
Não	328	41,7	423	53,8	6,57	0,0103
Sim	23	2,9	12	1,5		

Conforme observado na tabela 2, entre os escolares residentes no município de Jequié/BA, o índice de inatividade física foi alto, sendo maior entre as meninas, os mais jovens, matriculados no turno diurno, menos favorecidos economicamente, cujos pais apresentavam menor nível de escolaridade, que não consumiam álcool e tabaco. Diferença estatisticamente significativa entre os níveis de atividade física foram observadas para as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, turno em que estuda, escolaridade dos pais e consumo de tabaco.

Discussão:

Dos adolescentes analisados, 55,7% (n=448) foram classificados como inativos fisicamente, resultado maior que o encontrado entre estudantes da Região Serrana de Santa Catarina (29,4%)¹³, porém próximo ao obtido em adolescentes de João Pessoa/PB (58,75%)¹⁴ e menor que em adolescentes de Florianópolis (65,7%)¹⁵. Destaca-se que estes estudos elegeram o mesmo ponto de corte, a mesma população e mesma metodologia para analisar o nível de atividade física (kcal/kg/dia). Segundo a literatura a atividade física feita de forma regular pode promover vários benefícios aos seus praticantes, contudo, a inatividade física tem consequências desastrosas para a saúde^{1,4, 12}.

O nível de atividade física quando analisado por sexo demonstrou que as moças são mais inativas (72,3%) que os rapazes (44,8%), fato também observado em estudos no Brasil e em outros países^{13,14,5,6,3,16}. A diferença entre os sexos pode ser influenciada pelas condições socioeconômicas, visto que as moças pertencentes às classes menos favorecidas economicamente são frequentemente levadas a assumir tarefas domésticas que envolvem por vezes trabalho manual de moderada intensidade, enquanto as demais estariam desobrigadas dessas tarefas¹⁷.

Nos adolescentes investigados observou-se um maior nível de inatividade física entre os estudantes de menor faixa etária, resultado diferente do encontrado em adolescentes de Uruguaiana/RS¹⁸, Florianópolis¹⁵, São Paulo⁶ e João Pessoa/PB¹⁴, onde os mais velhos são mais inativos fisicamente. Estudo realizado em Londrina/PR¹⁷, observou que à medida que a idade e escolaridade aumentam existe uma possibilidade de diminuir o nível de atividade física, tendo em vista a necessidade de um maior tempo para estudo, quantidade reduzida das aulas de Educação Física e necessidade de trabalho. Estes fatores contribuem para redução da prática de atividade física regular¹⁷.

Ainda neste estudo verificamos que os adolescentes que estudam durante o dia são mais inativos fisicamente (59,2%) quando comparados aos do turno noturno (36,6%). Resultado diferente foi observado entre escolares de Florianópolis/SC¹⁵, onde os estudantes do período noturno são mais inativos fisicamente (32,8%) do que aqueles que estudam durante o dia (29,6%). Provavelmente a maior frequência de inatividade física observada entre estudantes do turno diurno de Jequié/BA pode ser decorrente do fato de as escolas geralmente serem próximas ao local de moradia dos estudantes, reduzindo assim o tempo gasto com atividades de caminhada até a escola, enquanto os que estudam no noturno geralmente trabalham e precisam se deslocar de casa para o trabalho e do trabalho para a escola.

No que se refere ao nível de atividade física e classe socioeconômica, a inatividade física é bem maior entre os menos favorecidos economicamente (77,2%) em comparação com os mais favorecidos (22,8%), embora não se observasse diferença estatisticamente significativa. Resultado similar foi encontrado com estudantes noruegueses¹⁹. Contudo, o resultado do presente estudo diverge do obtido em adolescentes da mesma faixa etária na cidade de São Paulo⁶, visto que nesta foi maior o nível de inatividade física entre os mais favorecidos economicamente. A divergência entre o nível de atividade física e condição socioeconômica está associada à maior participação de adolescentes de classe econômica mais favorecida em atividades de lazer e dos menos favorecidos em atividades domésticas, trabalho e de locomoção^{17,21}.

Neste estudo, a escolaridade dos pais estava associada ao nível de atividade física. Adolescentes cujos pais apresentam baixo nível educacional tendem a ser inativos fisicamente. Resultados semelhantes foram encontrados em estudos nacionais e internacionais^{17,21,20} os quais apontam que os pais e a família influenciam na prática da atividade física dos adolescentes e que a baixa condição socioeconômica dos pais pode dificultar as práticas de atividade física e de lazer de seus filhos. Além disso, os pais e a família podem ser exemplos/modelos para um estilo de vida ativo, como também podem ser grandes incentivadores da prática da atividade física regular¹.

Em Jequié/BA identificamos associação significativa entre a inatividade física e hábito de fumar. Esse achado corrobora com estudo realizado com adolescentes do mesmo nível de ensino na cidade de São Paulo⁶, e diverge do obtido na cidade de Belo Horizonte/MG²², onde não houve associação significativa entre as mesmas variáveis. O uso do tabaco e seus derivados causa sérios problemas à saúde e é responsável pela morte de milhares de pessoas a cada ano em todo o mundo, por esse motivo a maioria dos países promovem campanhas de combate e prevenção ao seu consumo²³.

Os adolescentes, diferentemente dos adultos, estão mais suscetíveis à influência de modelos apresentados pela mídia, ou padrão de comportamento apresentado também pela comunidade da qual faz parte, o que coloca essa população em um estado de vulnerabilidade pessoal e social, com consequência direta em seu estado de saúde, merecendo atenção especial por parte de todos os envolvidos nesse processo e período do ser humano, no sentido de procurar apresentar a essa população um modelo de vida ativo e, conseqüentemente, seus benefícios^{2,4,7}.

Após confrontarmos os resultados do nosso estudo com a literatura especializada percebeu-se uma elevada prevalência de inatividade física entre os adolescentes, sendo

relacionada a diversos fatores, os quais colocam essa população numa condição de vulnerabilidade social e exposição a vários agravos de saúde. Estudos indicam que a exposição simultânea a vários comportamentos e fatores de risco coloca o adolescente em uma zona de perigo para o desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas e um estilo de vida indesejável para essa população^{2,10, 14, 15, 18}.

A partir dos resultados obtidos é possível concluir que entre os adolescentes escolares do município de Jequié/BA a prevalência de inatividade física é elevada (55,7%). A prevalência de inatividade física das meninas foi de 40,2% e dos meninos 15,4%, sendo estas diferenças estatisticamente significantes. Como fatores associados à inatividade física identificamos as variáveis sexo, idade, turno em que estuda, nível de escolaridade do pai, nível de escolaridade da mãe e o consumo de tabaco. Diante dos resultados encontrados, faz-se necessário o planejamento e implantação de programas voltados para a promoção da saúde do adolescente, visando à mudança no estilo de vida, no intuito de evitar os agravos decorrentes da adoção precoce de comportamentos negativos à saúde.

Conflitos de interesse:

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Silva, P. V. C. Costa JR, A. L. Efeitos da atividade física para a saúde de crianças e adolescentes. *Psicol. Argum.* 2011 jan./mar., 29(64), 41-50.
2. Feijó, R. B. Oliveira, E. A. Comportamento de risco na adolescência. *Jornal de Pediatria.* Vol. 77, Supl. 2, 2001
3. CDC – (Centers for Disease Control and Prevention). Youth Risk Behavior Surveillance — United States, 2011. *MMWR.* June 8, 2012; Vol. 61; n. 4.
4. World Health Organization. *Global Recommendations on Physical Activity for Health,* 2010.
5. Faria Junior, J. C. LOPES, A. S. Comportamentos de risco relacionados à saúde em adolescentes. *R. Bras. Ci. E Mov. Brasília* v. 12 n. 1 p. 7-12. Jan./mar. 2004.
6. Ceschini, F. L. Andrade, D. R. Oliveira, L. C. Araújo JR., J. F. Matsudo, V. K. R. Prevalence of physical inactivity and associated factors among high school students from state's public schools. *Jornal de Pediatria – vol. 85, nº 4, 2009.*
7. Oliveira, F. A. Costa Neto, S. G. Silva Neto, V. R. Rocha, S. V. Fatores associados à inatividade física entre adolescentes de uma escola pública do município de Jequié-BA.. *Ulbra e Movimento (refum), Ji-Paraná, v.2 n.1 p.30-44, jan/mar. 2011.*
8. IBGE, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE Cidades. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> Acesso em: 20 out. 2012.
9. Alves, M. V. Q. M. Consumo de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas (SPA) entre adolescentes escolares de Feira de Santana, Bahia. JUNIOR, JC. [Dissertação de mestrado]. Bahia: Universidade Estadual de Feira de Santana; 2004.

10. Farias Junior, J. C. Estilo de vida de adolescentes do município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Florianópolis, 2002; [Dissertação de mestrado: Centro de Desportos da UFSC]. (FARIA JUNIOR, LOPES, 2004; CDC ou MMWR 2002)
11. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP-2012). Critério de classificação econômica Brasil. Disponível em: <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=301>. Acessado em 22 out. 2012.
12. Cale, L. Almond, L. The physical activity levels of English adolescent boys. *Eur J Phys Educ*, 1997; 2: 74-82.
13. Arruda, E. L. M. Lopes, A. S. Gordura corporal, nível de atividade física e hábitos alimentares de adolescentes da região Serrana de Santa Catarina, Brasil. *Ver. Bras. Cineantropom. Hum.* 2007; 9(1): 05-11.
14. Farias Junior, J. C. Mendes, J. K. F. Barbosa, D. B. M. Lopes, A. S. Fatores de risco cardiovascular em adolescentes: prevalência e associação com fatores sociodemográficos. *Ver. Bras. Epidemiol*, 2011; 14(1): 50-62.
15. Loch, M. R. Nahas, M. V. Comportamentos negativos relacionados à saúde em estudantes do ensino médio de Florianópolis, SC. *Ver. Brasileira de Atividade Física & Saúde*. Vol. 11, nº 2, 2006.
16. Al-Nuaim. A. A., Al-Nakeeb. Y, Lyons. M, Al-Hazzaa. H.M, Nevill. A, Collins. P, Duncan. M. J. The Prevalence of Physical Activity and Sedentary Behaviours Relative to Obesity among Adolescents from Al-Ahsa, Saudi Arabia: Rural versus Urban Variations. *Journal of Nutrition and Metabolism*. Volume 2012, Article ID 417589, 9 pages.
17. Guedes, D. P. Guedes, J. E. R. P. Barbosa, D. S. Oliveira, J. A. Níveis de prática de atividade física habitual em adolescentes. *Ver. Bras. Med. Esporte*. Vol. 7, n 6 – Nov./ Dez. 2001.
18. Bergmann G. G. Bergmann M. L. A. Marques A. C. Hallal P. C. Prevalence of physical inactivity and associated factors among adolescents from public schools in Uruguaiana, Rio Grande do Sul State, Brazil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(11): 2217-2229, nov. 2013.
19. Logstein, B. Blekesaune, A. Almås R. Physical activity among Norwegian adolescents- a multilevel analysis of how place of residence is associated with health Bragaci: the Young-HUNT study. *International Journal for Equity in Health* 2013 12:56.
20. Pitel, L. Gecková, A. M. Reijneveld, S. A. Van Dijk, J. P. Socioeconomic Differences in Adolescent Health-Related Behavior Differ by Gender. *J Epidemiol*. 2013; 23(3): 211–218.
21. Faria Junior, J. C. Associação entre prevalência de inatividade física e indicadores de condição socioeconômica em adolescentes. *R. Bras. Med. Esporte* – vol. 14, nº 2 – mar/abr, 2008.
22. Abreu, M. N. S. Souza, C. F. Caiaffa, W. T. Tabagismo entre adolescentes e adultos jovens de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: influência do entorno familiar e grupo social. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27(5):935-943, mai, 2011.
23. Veiga, L. D. B. Consumo e experimentação de tabaco entre Adolescentes. *Dissertação Mestrado.UESB. Jequié-BA*. 2012

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos dados obtidos por este estudo é possível inferir que os adolescentes escolares matriculados em escolas públicas do ensino médio no município de Jequié/BA apresentam alta prevalência de comportamentos de risco à saúde para as seguintes variáveis: nível de atividade física, hábitos alimentares, consumo de álcool e o uso de tabaco.

Verificou-se que os escolares apresentam nível insuficiente de atividade física, sendo a prevalência maior entre as moças (66,87%), nos matriculados no turno diurno (59,11%) e nos com idade de 14 a 16 anos (62,95%). No que diz respeito aos hábitos alimentares inadequados, verificou-se que a prevalência do consumo de frituras foi maior entre os estudantes do turno diurno (37,64%). Já a prevalência do consumo de doces e refrigerantes foi maior entre os adolescentes matriculados no turno diurno (61,41%) e com idade de 14 a 16 anos (65,5%). A prevalência do consumo de álcool foi maior entre os escolares matriculados no turno noturno (49,19%) e com idade de 17 a 19 anos (45,7%). Quanto ao consumo de tabaco a prevalência foi maior entre os escolares do sexo masculino (7,67%), matriculados no turno noturno (9,09%) e com idade de 17 a 19 anos (6,17%).

Associado a estes comportamentos de risco verificamos ainda que os adolescentes escolares analisados apresentam alta prevalência de nível insuficiente de atividade física (55,7%). Entre estes escolares a inatividade física esta associada às variáveis: sexo ($p < 0,0001$), faixa etária ($p = 0,0001$), turno que estuda ($p < 0,0001$), escolaridade do pai ($p = 0,001$), escolaridade da mãe ($p = 0,001$) e o consumo de tabaco ($p = 0,01$).

Comparando os resultados obtidos em nossa pesquisa com outros estudos realizados em nosso país, percebemos que os valores encontrados estão bem próximos, e é possível concluir que os adolescentes de Jequié/BA estão expostos e sujeitos aos mesmos riscos e agravos a saúde, inerentes a quem tem esse tipo de comportamento e que existe a necessidade premente de ações voltadas para a prevenção e promoção da saúde nessa população.

Apesar dos cuidados em atender os requisitos necessários a um trabalho científico, devemos considerar algumas limitações do nosso estudo visto que só pesquisamos os adolescentes que estudavam no ensino médio e em escolas

publicas, assim ficou fora da nossa pesquisa os adolescentes que estudam em outros níveis de ensino, como também aqueles matriculados em escolas particulares. Considera-se ainda como limitação o fato de apesar dos cuidados em garantir tempo necessário para a resposta do questionário e a escolha de um local adequado para que os mesmos respondessem o questionário, não é possível garantir que os mesmos não tenham sofrido influência em suas respostas, pois estavam na escola e no horário de estudo, portanto com tarefas a cumprir e rodeados de colegas, esses fatos podem ter influenciado nas reflexões e nas respostas feitas/colocadas.

REFERÊNCIAS

ABAD, J. R. R.; RUIZ-JUAN, F.; RIVERA, J. I. Z. Alcohol y tabaco em adolescentes espanoles y mexicanos y su relacion com La actividad físico-deportiva y La família. **Rev. Panam Salud Publica** 31(3), 2012.

ABREU, M. N. S.; SOUZA, C. F.; CAIAFFA, W. T. Tabagismo entre adolescentes e adultos jovens de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: influência do entorno familiar e grupo social. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(5):935-943, mai, 2011.

AGOSTINHO, L.C.L.; NASCIMENTO, L.; CAVALCANTI, B.F. A química dos alimentos no processo de ensino-aprendizagem na educação de jovens e adultos-eja. **Revista Lugares de Educação**, Bananeiras/PB, v. 2, n. 1, p. 31-46, Jan.-Jun. 2012. Disponível em <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rle>.

AL-NUAIM, A. A.; AL-NAKEEB, Y.; LYONS, M.; AL-HAZZAA, H.M.; NEVILL. A.; COLLINS, P.; Duncan. M. J. The Prevalence of Physical Activity and Sedentary Behaviours Relative to Obesity among Adolescents from Al-Ahsa, Saudi Arabia: Rural versus Urban Variations. **Journal of Nutrition and Metabolism**. Volume 2012, Article ID 417589, 9 pages.

ALVES, M. V. Q. M. **Consumo de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas (SPA) entre adolescentes escolares de Feira de Santana, Bahia**. JUNIOR, JC. [Dissertação de mestrado]. Bahia: Universidade Estadual de Feira de Santana; 2004.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **A ANVISA na redução à exposição involuntária à fumaça do tabaco** [Internet] [cited 2011 July 14]. Available from: portal.anvisa.gov.br/.../A+ANVISA+NA+REDUÇÃO+À+EXPOSIÇÃO.

ARRUDA, E. L. M.; LOPES, A. S. Gordura corporal, nível de atividade física e hábitos alimentares de adolescentes da região Serrana de Santa Catrina, Brasil. **Rev. Bras. Cineantropom. Hum.** 2007; 9(1): 05-11.

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP-2012). **Critério de classificação econômica Brasil**. Disponível em: <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=301>. Acessado em 22 out. 2012.

Aventura social & saúde indicadores de saúde dos adolescentes portugueses. Relatório preliminar HBSC 2006.

AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JUNIOR, I.; CALAZANS, G.; SALLETI FILHO, H. C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios In: Czeresina, D.; Freitas, C. M. (Org.). Promoções da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: **FIOCRUZ**, 2003.p.117-140.

BARRETO, S. M.; GIATTI, L.; CASADO, L.; MOURA, L.; CRESPO, C.; MALTA, D. C. Exposição ao tabagismo entre escolares no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl.2): 3027-3034, 2010.

BARUFALDI, L. A.; ABREUI, G. A.; COUTINHO, E. S. F.; BLOCHI, K. V. Meta-analysis of the prevalence of physical inactivity among Brazilian adolescents. **Cad. Saúde Pública** vol.28 no.6 Rio de Janeiro Jun. 2012.

BERGMANN, G. G.; BERGMANN, M. L. A.; MARQUES, A. C.; HALLAL, P. C. Prevalence of physical inactivity and associated factors among adolescents from public schools in Uruguaiana, Rio Grande do Sul State, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(11): 2217-2229, nov. 2013.

BOTH, J.; NASCIMENTO, J.V.; BORGATTO, A.F.; Estilo de Vida dos professores educação física ao longo da carreira docente no estado de Santa Catarina. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Pelotas, v.13, n.1, p.54-64, 2008.

BRAGA, A. B. B.; BASTOS, A. F. B. Formação do acadêmico de enfermagem e seu contato com as drogas psicoativas. **Texto e Contexto Enfermagem**. 2004 abr-jun; 13(2):241-9.

CALE, L.; ALMOND, L. **The physical activity levels of English adolescent boys**. Eur J Phys Educ, 1997; 2: 74-82.

CÂMARA, S. C. **Vulnerabilidades dos adolescentes à transmissão sexual do HIV/AIDS: uma análise no contexto do programa saúde na escola**. Dissertação Mestrado. Fortaleza-Ceará, 2012.

CAMPOS, J. A. D. B.; ALMEIDA, J. C.; GARCIA, P. P. N. S.; FARIA, J. B. Consumo de álcool entre estudantes do ensino médio do município de Passos – MG. **Ciência e Saúde Coletiva**, 16(12):4745-4754, 2011.

CASTRO, I. R. R.; CARDOSO, L. O.; ENGSTROM, E. M.; LEVY, R. B.; MONTEIRO, C. A. Vigilância de fatores de risco para doenças não transmissíveis entre adolescentes: a experiência da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(10):2279-2288, out, 2008.

CDC (Centre for Disease Control and Prevention). **Youth risk behavior surveillance-United States**, 2001. MMWR 2002; 51: 1-68.

CDC – (Centers for Disease Control and Prevention). **Youth Risk Behavior Surveillance — United States**, 2011. MMWR. June 8, 2012; Vol. 61; n. 4.

CESCHINI, F. L.; ANDRADE, D. R.; OLIVEIRA, L. C.; ARAÚJO JR., J. F.; MATSUDO, V. K. R. Prevalence of physical inactivity and associated factors among high school students from state's public schools. **Jornal de Pediatria** – vol. 85, nº 4, 2009.

CHERON-LAUNAY, M.; BAH, M.; MAUTRAIT, C.; LAGRUE, G.; LE FAOU, A. L. Repérer les comportements addictifs chez les adolescents: enquête en milieu Lycéen. **Archives de Pédiatrie** 2011;18:737-744.

CUREAU, F. V. **Simultaneidade de fatores de risco para doenças crônicas em adolescentes escolares da cidade de Santa Maria-RS**. Dissertação. Pelotas, 2012.

DAVIM, R. M. B; GERMANO, R. M; MENEZES, R. M. V; CARLOS, D. J. D. Adolescente/adolescência: revisão teórica sobre uma fase crítica da vida. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 10, nº 2, p. 131-140, abr/jan. 2009.

FARIAS JUNIOR, J. C. Estilo de vida de adolescentes do **município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil**. Florianópolis, 2002; [Dissertação de mestrado: Centro de Desportos da UFSC].

FARIA JUNIOR, J. C.; LOPES, A. S. Comportamentos de risco relacionados à saúde em adolescentes. **R. Bras. Ci. e Mov**. Brasília. v. 12 n. 1 p. 7-12. Jan./mar. 2004.

FARIAS JUNIOR, J. C; MENDES, J. K. F; BARBOSA, D. B. M. Associação entre comportamentos de risco à saúde em adolescentes. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho humano**; 9 (3): 250-256, 2007.

FARIA JUNIOR, J. C. Associação entre prevalência de inatividade física e indicadores de condição socioeconômica em adolescentes. **R. Bras. Med. Esporte** – vol. 14, nº 2 – mar/abr, 2008.

FARIAS JUNIOR J. C. **Nível de atividade física e fatores associados (individuais e ambientais) em adolescentes do ensino médio no município de João Pessoa (PB), Brasil**. Tese Doutorado. Florianópolis, 2010.

FARIAS JUNIOR, J. C.; MENDES, J. K. F.; BARBOSA, D. B. M.; LOPES, A. S. Fatores de risco cardiovascular em adolescentes: prevalência e associação com fatores sociodemográficos. **Rev. Bras. Epidemiol.** 2011; 14(1): 50-62.

FARIAS JUNIOR, J. C. Prática de atividade física e fatores associados em adolescentes no Nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública** 2012; 46 (3): 505-15.

FEIJÓ, R. B. Oliveira, E. A. Comportamento de risco na adolescência. **Jornal de Pediatria**. Vol. 77, Supl. 2, 2001.

FERREIRA, M. M. S. R. S. **Estilos de vida na adolescência: de necessidades em saúde à intervenção de enfermagem**. Tese de doutorado. Universidade do porto. Porto-Portugal, 2008.

FLAUSINO, N. H.; NOCE, F.; MELLO, M. T.; FERREIRA, R. M.; PENNA, E. P.; COSTA, V. T. Estilo de vida de adolescentes de uma escola pública e de uma particular. **R. Min. Educ. Fís. Viçosa, Edição Especial**, n. 1, p. 491-500, 2012.

GIANNINI D.T. Recomendações nutricionais do adolescente. **Adolesc Saude**. 2007;4(1):12-18.

GOMES, B. M. R.; ALVES, J. G. B.; NASCIMENTO, L. C. Consumo de Droga entre estudantes de escolas publicas da região metropolitana de Recife, Pernambuco, Brasil. **Cad. De Saúde Publica**, Rio de Janeiro, 26(4):706-712, abr, 2010.

GRILLO, L.P.; KLITZKE, C. A.; CAMPOS, I. C.; MEZADRI, T. Riscos nutricionais de escolares pertencentes a famílias de baixa renda no litoral Catarinense. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2005; 14(Esp.): 17-23.

GUEDES, D. P.; GUEDES, J. E. R. P.; BARBOSA, D. S.; OLIVEIRA, J. A. Níveis de prática de atividade física habitual em adolescentes. **Rev. Bras. Med. Esporte**. Vol. 7, n 6 – Nov./ Dez. 2001.

HALLAL, P.C. **Epidemiologia da atividade física na adolescência**. 5º Congresso Brasileiro de Atividade Física e Saúde. Florianópolis, SC, 2005.

HEIDEMANN, M. **Adolescência e Saúde – Uma Visão Preventiva para Profissionais de Saúde e Educação**. Petrópolis: Vozes, 2006.

HORTA, B. L.; CALHEIRO, P.; PINHEIRO, R. T.; TOMASI, E.; AMARAL, K. C. Tabagismo em adolescentes de área urbana na Região Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, 2001, 35(2): 15-164.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **PENSE 2009**. Rio de Janeiro, RJ – Brasil.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística. **IBGE Cidades**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> Acesso em: 20 out. 2012.

LOCH, M. R.; NAHAS, M. V. Comportamentos negativos relacionados à saúde em estudantes do ensino médio de Florianópolis, SC. **Rev. Brasileira de Atividade Física & Saúde**. Vol. 11, nº 2, 2006.

LOGSTEIN, B.; BLEKESAUNE, A.; ALMÅS R. Physical activity among Norwegian adolescents- a multilevel analysis of how place of residence is associated with health Behaviour: the Young-HUNT study. **International Journal for Equity in Health** 2013 12:56.

MACHADO, V. P. O. **Planejamento Alimentar**, 2009. http://www.eteavare.com.br/arquivos/28_133.pdf.

MALTA, D. C.; SARDINHA, L. M. V.; MENDES, I.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L.; CASTRO, I. R. R.; MOURA, L.; DIAS, A. J. R.; CRESPI, C. Prevalência de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), Brasil, 2009. **Ciência e Saúde Coletiva**, 15(Supl. 2): 3019, 2010.

MCARDLE, W. D.; KATCH, F. I.; KATCH, V. L. **Nutrição para o esporte e o exercício**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.

MENDONÇA, G.; FARIAS JUNIOR, J. C. Percepção de saúde e fatores associados em adolescentes. **Rev. Bras. De Atividade Física e saúde**. Pelotas/RS – 17 (3): 174-180. JUN. 2012.

MORAL, V. M.; RODRIGUEZ, F. J. Pastor, A. Correlatos psicossociais do uso de substâncias em adolescentes espanhóis. **Saúde Pública Cuernavaca Mex** set. vol.52 n.5./ out. 2010.

NAHAS, M. V. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 4 ed. Londrina: Midiograf, 2006.

OLIVEIRA, A.O.; COSTA NETO, S. G.; SILVA NETO, V. R.; ROCHA, S.V. Fatores associados à inatividade física entre adolescentes de uma escola pública do município de Jequié-BA. **Ulbra e Movimento** (REFUM), Jí-Paraná, v.2 n.1 p.30-44, jan/mar. 2011.

OMS (1989). **Conclusiones y recomendaciones de las discusiones técnicas sobre la salud de los jóvenes de la 42ª Asamblea Mundial de la salud**. Ginebra: OMS.

OMS. **Recomendações Globais sobre Atividade Física para a Saúde**. Organização Mundial de Saúde, Genebra, Suíça 2010. (OMS, 2010).

Organização Pan-Americana da Saúde. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília. 2003.

PERR, N.; BRADSHAW, D.; LAUBSCHER, R.; STEYN, N.; STEYN, K. Urban-rural and gender differences in tobacco and alcohol use, diet and physical activity among young black South Africans between 1998 and 2003. **Glob Health Action**. 2013; 6: 10.3402/gha.v6i0.19216.

PITEL, L.; GECKOVÁ, A. M.; REIJNEVELD, S. A.; VAN DIJK, J. P. Socioeconomic Differences in Adolescent Health-Related Behavior Differ by Gender. **J Epidemiol**. 2013; 23(3): 211–218.

RAPHAELLI, C. O. **Associação entre comportamentos de risco à saúde de pais e irmãos e de adolescentes escolares de zona rural**. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas-RS. 2009.

REGO, R.A.; BERARDO, F.A.N.; RODRIGUES, S. S. R.; OLIVEIRA, Z. M. A.; OLIVEIRA, M. B.; VASCONCELLOS, C. Fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis: inquérito domiciliar no município de São Paulo, SP (Brasil). Metodologia e resultados preliminares. **Rev. Saúde Pública**, 1990; 24:277-85.

RICHTER. M.; PFORTNER. T. K.; LAMPERT. T. Veränderungen im Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsum von Jugendlichen im Zeitraum von 2002 bis 2010 in Deutschland Changes in Tobacco, Alcohol and Cannabis Use by Adolescents from 2002 to 2010 in Germany. **Gesundheitswesen** 2012; 74(S 01): S42-S48.

SANTOS, C.M.; WANDERLEY JUNIOR, R. S.; BARROS, S. S. H.; FARIAS JUNIOR, J. C.; BARROS, M. V. G. Prevalência e fatores associados à inatividade física nos deslocamentos para escola em adolescentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26 (7): 1419-1430, jul, 2010.

SILVA, P. V. C.; COSTA, JR, A. L. Efeitos da atividade física para a saúde de crianças e adolescentes. **Psicol. Argum.** 2011 jan./mar., 29(64), 41-50.

SILVA, S. E. D.; PADILHA, M. I. O alcoolismo na história de vidas de adolescentes: uma análise à luz das representações sociais. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2013 jul-set; 22(3): 576-84.

SZKLO, A.S.; ALMEIDA, L.M.; FIGUEIREDO, V.C.; AUTRAN, M.; MALTA, D.; CAIXETA, R.; SZKLO, M. A. snapshot of the striking decrease in cigarette smoking prevalence in Brazil between 1989 and 2008. **Preventive Medicine** 54 (2012) 162-167.

TASSITANO, R. M.; BARROS, M. V. G.; TENÓRIO, M. C. M.; BEZERRA, J.; HALLAL, P. C. Prevalência e fatores associados ao sobrepeso e à obesidade em adolescentes, estudantes de escolas de ensino médio de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25 (12): 2639-2652, dez. 2009.

UNIKEL-SANTONCINI, C.; BOJÓRQUEZ-CHAPELA, L.; VILLATORO-VELÁZQUEZ, J.; FLEIZ-BAUTISTA, C.; MEDINA-MORA, M. E. Conductas alimentarias de riesgo ver población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2003. **Rev. Invest. Clín.** V.58 n.1: 15-27. 2006.

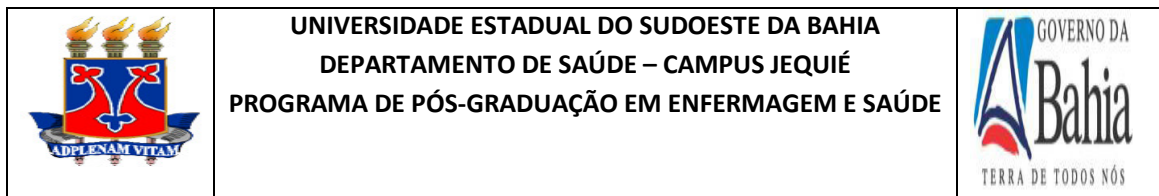
VEIGA, L. D. B. **Consumo e experimentação de tabaco entre Adolescentes.** Dissertação Mestrado. UESB. Jequié-BA. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health promotion glossary.** Geneva: WHO. 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2003). **The health of children and adolescents in WHO's European Region.** Vienna: WHO Regional Committee for Europe.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Recommendations on Physical Activity for Health.** Geneva, Switzerland 2010.

APÊNDICES



APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Conforme a Resolução 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde. O presente termo em atendimento à Resolução 196/96, destina-se a esclarecer ao responsável legal e ao participante da pesquisa intitulada “**COMPORTAMENTO DE RISCO À SAÚDE DE ADOLESCENTES**”, os seguintes aspectos:

OBJETIVOS:

Geral:

- Analisar os comportamentos de risco à saúde em adolescentes escolares do município de Jequié-BA.

Específicos:

- ✓ Descrever as condições sociodemográficas (idade, gênero, etnia, religião, classe econômica, escolaridade dos pais) e comportamentais (nível de atividade física, hábitos alimentares, uso do álcool, uso do tabaco) dos adolescentes escolares na cidade de Jequié-BA;
- ✓ Identificar a prevalência dos comportamentos de risco relacionados à saúde em adolescentes escolares na cidade de Jequié-BA;
- ✓ Conhecer os fatores associados aos comportamentos de risco à saúde em adolescentes escolares, da cidade de Jequié-BA.

PARTICIPAÇÃO: Toda a participação é voluntária, não há penalidades para alguém que decida não participar desse estudo em qualquer época, podendo dessa forma retirar-se da participação da pesquisa, sem correr riscos e sem prejuízo pessoal. O participante não terá nenhuma despesa pela sua participação nem receberá pagamento ou gratificação.

RISCOS: Se o participante da pesquisa se sentir desconfortável em responder a alguma questão, terá liberdade para não responder a questão que lhe causou tal incômodo ou até deixar de participar da pesquisa.

BENEFÍCIOS: A participação nessa pesquisa poderá fornecer informações para uma análise dos comportamentos de risco à saúde do adolescente no município de Jequié propiciando proposições para o enfrentamento desta situação.

CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO: Eu concordo em participar do estudo descrito acima. Fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido devido a minha participação. Tenho o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que minha desistência implique em qualquer prejuízo à minha pessoa ou a minha família. A minha participação é voluntária, e não implicará em custos ou prejuízos, sejam esses custos ou prejuízos de caráter econômico, social, psicológico ou moral, sendo garantido o anonimato e o sigilo dos dados referentes à minha identificação. Concedo autorização para que sejam utilizados os resultados do estudo para publicação de artigos em revistas e outros meio de comunicação, e divulgação em eventos técnico-científicos nacionais e internacionais.

EU _____, aceito livremente participar do estudo intitulado “**COMPORTAMENTO DE RISCO À SAÚDE DE ADOLESCENTES**” desenvolvido

pelo mestrando Franck Nei Monteiro Barbosa, sob a responsabilidade do Prof. DSc. Cezar Augusto Casotti da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

Assinatura do participante: _____

Assinatura do responsável Legal: _____

COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

Eu discuti as questões acima apresentadas com cada participante do estudo. É minha opinião que cada indivíduo entenda os riscos, benefícios e obrigações relacionadas a esta pesquisa.

_____ Jequié, / / .
Pesquisador responsável

_____ Jequié, / / .
Pesquisador colaborador

Para maiores informações, pode entrar em contato com: Prof. DSc. Cezar Augusto Casotti.
Fone: 3526-1306/ 3528-9738; e-mail: cacasotti@uesb.edu.br

APÊNDICE B

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE – CAMPUS JEQUIÉ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

Número do Questionário

Este questionário é sigiloso e confidencial, por isso não precisa colocar o nome. Leia e Responda, marcando com um X.

1. Ano de ensino médio que está cursando: (1) 1º ano (2) 2º ano (3) 3º ano
2. Data de Nascimento: ____/____/____
3. Cor da pele: (1) branca (2) parda (3) preta (4) indio
4. Sexo: (1) masculino (2) Feminino
5. Atualmente você trabalha? (1) Sim (2) Não
6. Quantos irmãos você tem morando na sua casa? _____
7. Meu peso é _____ Kilos e minha altura é _____ metros
8. Religião: (1) Não tenho religião (2) Católica (3) Evangélica (4) Espírita (5) Outra _____
9. Mora com: (1) pai (2) mãe (3) pai e mãe (4) os pais e avós (5) com avós (6) tios (7) outros _____
10. Principal responsável pelo sustento familiar: (1) pai/mãe (2) irmão (3) avós (4) outros _____
11. Informe se na sua residência existem os seguintes itens (e a quantidade que possui) e se estão funcionando:

Posses de Itens:	Quantidade de Itens:				
	0	1	2	3	4 ou+
Televisão em cores					
Rádio (qualquer aparelho) não contar o de carro					
Banheiro (contar os que têm vaso sanitário mesmo que fora da casa)					
Automóvel (não contar se for taxi, carro de frete ou para trabalho)					
Empregada doméstica mensalista (trabalha pelo menos 5 dias na semana)					
Máquina de lavar roupa (não contar se for tanquinho)					
Videocassete e/ou DVD					
Geladeira					
Freezer ou Geladeira Duplex					

12. Marque com um X até que série seu pai estudou:
 Ensino Fundamental 1* () 2* () 3* () 4* () 5* () 6* () 7* () 8* ()
 Ensino Médio 1* () 2* () 3* ()
 Faculdade () incompleta () completa

13. Marque com um X até que série sua mãe estudou:
 Ensino Fundamental 1* () 2* () 3* () 4* () 5* () 6* () 7* () 8* ()
 Ensino Médio 1* () 2* () 3* ()
 Faculdade () incompleta () completa

14. No ano passado, em alguma aula lhe falaram a respeito dos perigos do cigarro para com a saúde?
 (1) Sim (2) Não (3) Não tenho certeza/Não me lembro

15. No ano passado, em alguma aula foram debatidas as razões pelas quais pessoas de sua idade fumam cigarros?
 (1) Sim (2) Não (3) Não tenho certeza/Não me lembro

16. No ano passado, em alguma aula lhe falaram sobre os efeitos do cigarro, tais como amarelar os dentes, provocar rugas ou fazer você cheirar mal?
 (1) Sim (2) Não (3) Não tenho certeza/Não me lembro

17. Qual foi a última vez em que o consumo de cigarro e a saúde foram tema de aula?
 (1) Nunca (3) No último semestre (5) Há 3 semestres
 (2) Neste semestre (4) Há 2 semestres (6) Há mais de um ano

18. A mulher grávida que fuma, para não prejudicar a saúde do seu bebê deve fumar, no máximo, 03 cigarros ao dia?
 (1) Verdadeiro (2) Falso

19. Pessoas que fumam mais de 20 cigarros ao dia e pessoas que fumam até 5 cigarros ao dia, têm a mesma chance de adoecer de câncer?
(1) Verdadeiro (2) Falso
20. Pessoas que fumam cigarros com baixo teor de Alcatrão e Nicotina (os chamados cigarros Light, suaves, leves) têm menos doenças causadas pelo cigarro do que aquelas que fumam com altos teores de Alcatrão e Nicotina?
(1) Verdadeiro (2) Falso
21. Pessoas que nunca fumaram cigarro e que passam anos respirando a fumaça de cigarros de outras pessoas, podem morrer de várias doenças, inclusive do coração?
(1) Verdadeiro (2) Falso
22. É muito difícil deixar de fumar cigarro, porque a Nicotina é uma droga e causa dependência?
(1) Verdadeiro (2) Falso
23. Você acha que os fumantes devem pedir permissão para fumar cigarro perto de outras pessoas?
(1) Sim (2) Não
24. Se alguém pede permissão para fumar cigarro perto de você, você permite?
(1) Sim (2) Não
25. Você acha que a fumaça do cigarro dos outros lhe é prejudicial?
(1) Com certeza não (2) Provavelmente não (3) Provavelmente sim (4) Com certeza sim
26. Nos últimos 7 dias, em quantos dias fumaram cigarro em sua casa, na sua presença?
(1) 0 dia/ Nenhum dia (2) 1 a 2 dias (3) 3 a 4 dias (4) 5 a 6 dias (5) 7 dias
27. Nos últimos 7 dias, em quantos dias fumaram cigarro na sua presença fora de sua casa?
(1) 0 dia/ Nenhum dia (2) 1 a 2 dias (3) 3 a 4 dias (4) 5 a 6 dias (5) 7 dias
28. Você é a favor da proibição de fumar cigarro em locais públicos (como restaurantes, ônibus, transportes coletivos e trens, escolas, academias de ginástica e estádios esportivos, discotecas)?
(1) Sim (2) Não
29. Nos últimos 30 dias (um mês), quantas mensagens antitabagistas (contra o cigarro) você viu através dos meios de comunicação (televisão, rádio, cartazes, pôsteres, jornais, revistas, filmes)?
(1) Muitas (2) Poucas (3) Nenhuma
30. Quando você vai a eventos esportivos, feiras, concertos, eventos comunitários ou reuniões sociais, com que frequência, você vê mensagens antitabagistas (contra o cigarro)?
(1) Nunca vou a eventos / (2) Muitas vezes (3) Às vezes (4) Nunca
31. Quando você vê televisão, vídeos ou filmes, com que frequência vê atores fumando cigarro?
(1) Nunca vejo televisão, vídeos ou filmes (2) Muitas vezes (3) Às vezes (4) Nunca
32. Alguma vez você já tentou ou experimentou fumar cigarros, mesmo uma ou duas tragadas?
(1) Sim (2) Não
33. De um ano pra cá, você fumou algum cigarro?
(1) Sim (2) Não
34. Quantos anos você tinha quando fumou seu primeiro cigarro?
(1) Nunca fumei cigarros (3) 08 ou 09 anos (5) 12 ou 13 anos (7) 16 ou 17 anos
(2) 07 anos ou menos (4) 10 ou 11 anos (6) 14 ou 15 anos (8) 18 anos ou mais
35. Nos últimos 30 dias (um mês) em quantos dias você fumou cigarros?
(1) 0 dia/ Nenhum dia (3) 3 a 5 dias (5) 10 a 19 dias (7) Todos os dias
(2) 1 ou 2 dias (4) 6 a 9 dias (6) 20 a 29 dias

36. Nos últimos 30 dias (um mês), nos dias em que fumou, quantos cigarros você fumou em média?
- (1) Não fumei (4) 2 a 5 cigarros por dia (7) Mais de 20 cigarros por dia
 (2) Menos 1 cigarro por dia (5) 5 a 10 cigarros por dia
 (3) 1 cigarro por dia (6) 11 a 20 cigarros por dia
37. Quantos cigarros você fumou em toda sua vida?
- (1) Nenhum (4) de 2 a 5 cigarros (7) de 26 a 99 cigarros
 (2) 1 a 2 tragadas (5) de 6 a 15 cigarros (8) 100 cigarros ou mais (5 ou mais maços)
 (3) 1 cigarro (6) de 16 a 25 cigarros
38. Durante uma semana de 07 dias, em média, quantos dias você fuma?
- (1) Nenhum (2) 1 a 2 dias (3) 5 a 6 dias (4) todos os dias
39. Em uma semana de 07 dias, em média, quantos cigarros você fuma por dia?
- (1) Nenhum (2) 1 a 5 cigarros/dia (3) 10-20 cigarros/dia (4) > 20 cigarros/dia
40. Nos últimos 30 dias (um mês), em geral, como você conseguiu seus próprios cigarros?
- (1) Não fumei cigarros nos últimos 30 dias (5) Eu os pedi a alguém
 (2) Eu os comprei numa loja, botequim (6) Eu peguei escondido
 (3) Eu comprei num vendedor ambulante (camelô) (7) Uma pessoa mais velha me deu
 (4) Dei dinheiro para alguém comprar para mim (8) Eu os consegui de outro modo
41. Quando você escolhe uma marca de cigarros, o que você mais leva em consideração?
- (1) Não fumo (4) A marca mais barata (7) As opções (2), (3), (4), (5)
 (2) A marca que os amigos fumam (5) A marca que tem o melhor sabor
 (3) A marca que tem embalagem mais bonita (6) Não levo em consideração nada
42. Que tipo de cigarro você mais fuma?
- (1) Não fumo (3) Tipos regulares (cigarro normal) (5) Outros _____
 (4) Baixos teores (suaves/light) (6) De bali (cravo)
43. Que sabor tem o cigarro que você fuma mais?
- (1) Não fumo (2) Cigarro normal (3) Baunilha (4) Mentolado (menta/hortelã) (5) Outros
44. Como você compra cigarros, com maior frequência?
- (1) Nunca fumei (2) Não fumo mais (3) A varejo (4) Por maço (5) Não compro cigarros
45. Nos últimos 30 dias (um mês), quanto você gastou com cigarros?
- (1) Não fumo cigarros (4) de R\$ 1,00 a menos de R\$ 5,99 (7) de R\$ 25,00 a R\$ 49,99
 (2) Não compro os meus cigarros (5) de R\$ 6,00 a menos de R\$ 12,99 (8) Mais de R\$ 50,00
 (3) Menos de R\$ 1,00 (6) de R\$ 13,00 a menos de R\$ 24,99
46. No período de um mês (30 dias), quanto você tem, em média, para gastar com você (pensão, mesada, salário, etc.)?
- (1) Não recebo nenhum dinheiro (3) de R\$ 16,00 a R\$ 30,00 (5) de R\$ 61,00 a R\$ 90,00
 (2) de R\$ 3,00 a R\$ 15,00 (4) de R\$ 31,00 a R\$ 60,00 (6) Mais de R\$ 90,00
47. Nos últimos 30 dias (um mês) alguém se recusou a lhe vender cigarros em função de sua idade?
- (1) Não tentei comprar cigarros nos últimos 30 dias (um mês)
 (2) Sim, alguém se recusou a me vender cigarros em função de minha idade.
 (3) Não, minha idade não me impediu de comprar cigarros.
48. Em que local você fuma ou fumava com mais frequência?
- (1) Nunca fumei (3) Na escola (5) Na casa de amigos (7) Em locais públicos (praças, bares, rua)
 (2) Em casa (4) No trabalho (6) Em eventos sociais (8) Outros
49. É mais provável que você fume cigarro depois de ter ingerido bebidas alcoólicas ou usado outra droga (Maconha, Cocaína, Crack, ou outras drogas)?
- (1) Nunca fumei cigarros
 (2) Não fumo mais cigarros
 (3) Eu fumo mas nunca bebo álcool ou uso outras drogas
 (4) Não, fumo menos quando bebo álcool ou uso outras drogas
 (5) Sim, fumo mais quando bebo álcool ou uso outras drogas
 (6) Fumo a mesma quantidade quando bebo álcool ou uso outras drogas.

50. Você fuma cigarro ou sente vontade de fumar cigarro ao acordar de manhã?
- (1) Nunca fumei cigarros
 (2) Não fumo mais cigarros
 (3) Não, não fumo e nem sinto vontade de fumar cigarro ao acordar de manhã.
 (4) Sim, às vezes fumo ou tenho vontade de fumar cigarros ao acordar de manhã.
 (5) Sim, sempre fumo ou tenho vontade de fumar cigarro ao acordar de manhã.
51. Seus pais ou responsáveis fumam?
- (1) Nenhum dos dois fuma (3) Somente o pai/responsável fuma (5) Não tenho pais / responsável
 (2) Ambos fumam (4) Somente a mãe/responsável fuma (6) Não sei
52. Seus pais ou responsáveis sabem que você fuma cigarros?
- (1) Eu não fumo cigarros (3) Sim, minha mãe/responsável. (5) Não tenho pais / responsáveis
 (2) Não sabem que fumo (4) Sim, meu pai/responsável. (6) Não sei
53. Se um de seus melhores amigos lhe oferecer um cigarro, você aceita?
- (1) Com certeza não (2) Provavelmente não (3) Provavelmente sim (4) Com certeza sim
54. Algum de seus amigos mais próximos fuma cigarros?
- (1) Nenhum (2) Alguns (3) A maioria (4) Todos
55. Você acha que vai fumar um cigarro em qualquer dia nos próximos 12 meses?
- (1) Com certeza não (2) Provavelmente não (3) Provavelmente sim (4) Com certeza sim
56. Você acha que daqui a 05 anos estará fumando cigarros?
- (1) Com certeza não (2) Provavelmente não (3) Provavelmente sim (4) Com certeza sim
57. Você acha difícil alguém largar os cigarros depois de começar a fumar?
- (1) Com certeza não (2) Provavelmente não (3) Provavelmente sim (4) Com certeza sim
58. Você acha que os rapazes que fumam cigarro têm menos ou mais amigos?
- (1) Mais amigos (2) Menos amigos (3) Nenhuma diferença dos não fumantes
59. Você acha que meninas que fumam cigarro têm menos ou mais amigos?
- (1) Mais amigos (2) Menos amigos (3) Nenhuma diferença das não fumantes
60. O cigarro faz com que as pessoas se sintam menos ou mais a vontade em festas ou outras reuniões sociais?
- (1) Mais a vontade (2) Menos a vontade (3) Nenhuma diferença dos não fumantes
61. Você acha que fumar cigarros torna os rapazes menos ou mais atraentes?
- (1) Mais atraentes (2) Menos atraentes (3) Nenhuma diferença dos não fumantes
62. Você acha que fumar cigarros torna as meninas menos ou mais atraentes?
- (1) Mais atraentes (2) Menos atraentes (3) Nenhuma diferença das não fumantes
63. Você acha que fumar cigarros faz você ganhar ou perder peso?
- (1) Ganhar peso (2) Perder peso (3) Nenhuma diferença
64. Quando você vê um homem fumando, o que pensa dele?
- (1) Não tem confiança em si (3) É um perdedor (5) É inteligente
 (2) É burro (4) É um vencedor (6) É macho
65. Quando você vê uma mulher fumando, o que pensa dela?
- (1) Não tem confiança em si (3) É uma perdedora (5) É inteligente
 (2) É burra (4) É uma vencedora (6) É sofisticada
66. Você acha que é seguro fumar cigarro durante 01 ou 02 anos desde que se abandone este comportamento após esse período?
- (1) Com certeza não (2) Provavelmente não (3) Provavelmente sim (4) Com certeza sim
67. Você quer parar de fumar cigarro agora?
- (1) Eu nunca fumei cigarros (2) Eu não estou fumando (3) Sim (4) Não

68. Neste ano que passou você alguma vez tentou parar de fumar cigarros?

- (1) Eu nunca fumei cigarros (2) Não fumei neste ano que passou (3) Sim (4) Não

69. Há quanto tempo você parou de fumar cigarro?

- (1) Eu nunca fumei (3) 1-3 meses (5) Um ano (7) 3 anos ou mais
(2) Não parei de fumar (4) 4-11 meses (6) 2 anos

70. Qual foi a principal razão para você decidir parar de fumar cigarro?

- (1) Eu nunca fumei (3) Para melhorar minha saúde (5) Porque minha família não gosta (7) Outros
(2) Não parei de fumar (4) Para economizar dinheiro (6) Porque meus amigos não gostam

71. Você acha que consegue para de fumar cigarro, se quiser?

- (1) Eu nunca fumei (2) Já parei de fumar (3) Sim (4) Não

72. Você já recebeu alguma ajuda ou conselho para lhe ajudar a parar de fumar cigarro?

- (1) Eu nunca fumei cigarros (3) Sim, de profissional da saúde (5) Sim, de (2) (3) e (4) (7) não
(2) Sim, de um amigo (4) Sim, de um membro da família (6) Sim, de uma pessoa religiosa.

73. Você já sentiu vontade de parar de fumar cigarro ao observar a propaganda no maço de cigarro?

- (1) Eu nunca fumei (2) Nunca observei a propaganda no maço de cigarro. (3) Sim (4) Não

74. Alguém de sua família já lhe falou a respeito dos efeitos danosos de fumar cigarro? (1) sim (2) não

75. Você acha que fumar cigarros é prejudicial à sua saúde?

- (1) Com certeza não (2) Provavelmente não (3) Provavelmente sim (4) Com certeza sim

76. Com que frequência você consome os alimentos abaixo descritos? ATENÇÃO, assinale apenas uma resposta para cada alimento!

ALIMENTOS	FREQÜÊNCIA DE CONSUMO SEMANAL					
	Nunca	1 a 2 vezes	3 a 4 vezes	5 a 6 vezes	Todo dia 1 a 2 vezes	Todo dia 3 a 5 vezes
Frituras, alimentos gordurosos (hambúrguer, cachorro-quente, batata-frita, pastel, coxinha)	1[]	2[]	3[]	4[]	5[]	6[]
Doces, refrigerantes (chocolates, tortas, doces, sorvetes, biscoito)	1[]	2[]	3[]	4[]	5[]	6[]
Frutas e sucos naturais (mamão, banana, uva, laranja)	1[]	2[]	3[]	4[]	5[]	6[]
Verduras e legumes (tomate, aface, cebola, cenoura)	1[]	2[]	3[]	4[]	5[]	6[]

IMPORTANTE: CONSIDERAR COMO BEBIDAS ALCOÓLICAS: cerveja, vinho, cachaça, pinga, rum, gin vodka, uisque ou qualquer outra bebida destilada ou fermentada contendo álcool.

77. Alguma vez você já experimentou ou tomou alguma bebida alcoólica, mesmo uma ou duas doses?

- (1) Sim (2) Não

78. De um ano pra cá, você tomou alguma bebida alcoólica?

- (1) Sim (2) Não

79. Quantos anos você tinha quando tomou pela primeira uma dose de bebida alcoólica?

- (1) Nunca bebi bebida alcoólica (3) 08 ou 09 anos (5) 12 ou 13 anos (7) 16 ou 17 anos
(2) 07 anos ou menos (4) 10 ou 11 anos (6) 14 ou 15 anos (8) 18 anos ou mais

80. Quantos anos você tinha quando começou a tomar regularmente alguma dose de bebida alcoólica?

- (1) Nunca bebi bebida alcoólica (3) 08 ou 09 anos (5) 12 ou 13 anos (7) 16 ou 17 anos
 (2) 07 anos ou menos (4) 10 ou 11 anos (6) 14 ou 15 anos (8) 18 anos ou mais

81. Atualmente, você toma alguma bebida alcoólica? (1) Sim (2) Não (3) Parei de beber a mais ou menos ____ (anos)

IMPORTANTE: Uma dose de bebida alcoólica corresponde = meia garrafa de cerveja, um copo de vinho ou dose de pinga, rum, gim, vodca, uísque ou qualquer outra bebida destilada ou fermentada contendo álcool.

82. Durante uma SEMANA NORMAL de 07 dias, em média, QUANTOS DIAS você bebe alguma dose bebida alcoólica?

- (1) Não bebo (2) 1 a 2 dias (3) 3 a 4 dias (4) 5 a 6 dias (5) todos os dias

83. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você tomou 5 (cinco) ou mais doses de bebida alcoólica em uma mesma ocasião?

- (1) Não bebo (2) 1 a 2 vezes (3) 3 a 4 vezes (4) 5 a 6 dias (5) mais de 6 vezes

84. Ao olhar as figuras abaixo, como você acha que é seu corpo?

- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

Rapazes



Moças



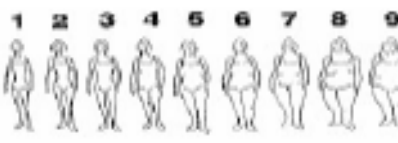
85. Ao olhar as figuras abaixo, como você gostaria que fosse seu corpo?

- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

Rapazes



Moças



86. Para responder a questão a seguir você deve considerar as atividades que você realizou das 6 horas da manhã até a meia noite do último Sábado ou Domingo, e ainda de mais dois dias do meio da semana (escolher dois dias de segunda a sexta).

Leia a relação das atividades e em seguida anote nos quadro de horário abaixo o número da atividade que você realizou naquele dia e hora.

Atividades diárias	
1 Deitado	Dormindo e descansando na cama, sofá, rede.
2 Sentado	Refeições, assistir aula, assistir TV, fazer tarefas escolares, cinema, utilizar o computador, conversar, andar de ônibus, carro, moto e etc.
3 Em pé <i>Movimentação suave</i>	Vestindo-se, arrumando-se, tomando banho, maquiando-se, pentear o cabelo e etc.
4 Deslocamentos	Caminhada leve (menos de 4 km/hora), caminhada no shopping, ir para o trabalho, caminhando para a escola e etc.
5 Trabalho manual leve	Tarefas domésticas (lavar louça, limpar janelas), trabalhar no jardim, pedreiro, pintor, fazendo compras (sem transportar pacotes) e etc.
6 Atividades desportivas e de lazer	Futebol, futsal, vôleibol, basquetebol, tênis de mesa, andar de bicicleta ao ar livre, patineta, skata, boliche, surf e etc.
7 Trabalho manual moderado	Transportando caixas e pacotes, caminhada rápida (6 km/hora), jogging (trote), musculação e etc.
8 Esportes e lazer moderados	Corrida, natação, futsal, etc.
9 Trabalho manual intenso	Atividades esportivas e lazer intenso (atletas), carregador de cargas elevadas, corrida, corrida com obstáculos e etc.

Mais movimentação do corpo

Final de Semana				Meio da Semana(segunda a sexta feira)							
SÁBADO [] ou DOMINGO []				DIA DA SEMANA Dia: [2 ^a] [3 ^a] [4 ^a] [5 ^a] [6 ^a]				DIA DA SEMANA Dia: [2 ^a] [3 ^a] [4 ^a] [5 ^a] [6 ^a]			
6:00	6:31	7:01	7:31	6:00	6:31	7:01	7:31	6:00	6:31	7:01	7:31
[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
8:01	8:31	9:01	9:31	8:01	8:31	9:01	9:31	8:01	8:31	9:01	9:31
08:30:00	9:00	9:30	10:00	8:30	9:00	9:30	10:00	8:30	9:00	9:30	10:00
[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
10:01	10:31	11:01	11:31	10:01	10:31	11:01	11:31	10:01	10:31	11:01	11:31
10:30	11:00	11:30	12:00	10:30	11:00	11:30	12:00	10:30	11:00	11:30	12:00
[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
12:01	12:31	13:01	13:31	12:01	12:31	13:01	13:31	12:01	12:31	13:01	13:31
12:30	13:00	13:30	14:00	12:30	13:00	13:30	14:00	12:30	13:00	13:30	14:00
[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
14:01	14:31	15:01	15:31	14:01	14:31	15:01	15:31	14:01	14:31	15:01	15:31
14:30	15:00	15:30	16:00	14:30	15:00	15:30	16:00	14:30	15:00	15:30	16:00
[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
16:01	16:31	17:01	17:31	16:01	16:31	17:01	17:31	16:01	16:31	17:01	17:31
16:30	17:00	17:30	18:00	16:30	17:00	17:30	18:00	16:30	17:00	17:30	18:00
[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
18:01	18:31	19:01	19:31	18:01	18:31	19:01	19:31	18:01	18:31	19:01	19:31
18:30	19:00	19:30	20:00	18:30	19:00	19:30	20:00	18:30	19:00	19:30	20:00
[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
20:01	20:31	21:01	21:31	20:01	20:31	21:01	21:31	20:01	20:31	21:01	21:31
20:30	21:00	21:30	22:00	20:30	21:00	21:30	22:00	20:30	21:00	21:30	22:00
[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
22:01	22:31	23:01	23:31	22:01	22:31	23:01	23:31	22:01	22:31	23:01	23:31
22:30	23:00	23:30	24:00	22:30	23:00	23:30	24:00	22:30	23:00	23:30	24:00
[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]



Respondi ao questionário número _____ da pesquisa sobre tabagismo realizada com escolares do ensino médio do município de Jequié, no ano de 2012.

ANEXOS

ANEXO A
PARECER CONSUBSTANCIADO



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB
Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP / UESB

Jequié, 14 de fevereiro de 2012

Of. CEP/UESB 035/2012

Ilma. Sra.

Luciene Dias Bispo

Mestrado em Enfermagem e Saúde - UESB

Prezada Senhora,

Comunicamos a V. S^a que o Projeto de Pesquisa abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UESB, estando os pesquisadores liberados para o início da coleta de dados.

Protocolo nº: 212/2011

CAAE: 0183.0.454.000-11

Projeto: **CONSUMO DO TABACO E FATORES ASSOCIADOS ENTRE ADOLESCENTES RESIDENTES EM MUNICÍPIOS DO ESTADO DA BAHIA**

Pesquisadores: *Luciene Dias Bispo(mestranda)*

Prof. César Augusto Casotti(orientador)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa (ver modelo no CEP), para acompanhamento pelo Comitê.

Atenciosamente,

Prof^a. Ana Angélica Leal Barbosa
Presidente do CEP/UESB

ANEXO B

SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO DE OBJETIVOS



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Campus de Jequié

Jequié, 14 de maio de 2012

Ilma. Sra

Profa. Ana Angélica Leal Barbosa

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa

Prezada Senhora,

Estamos encaminhando declarações de pesquisadores colaboradores do projeto de pesquisa intitulado “**CONSUMO DO TABACO E FATORES ASSOCIADOS ENTRE ADOLESCENTES RESIDENTES EM MUNICÍPIOS DO ESTADO DA BAHIA**”, sob protocolo nº 212/2011 (CAAE: 0183.0.454.000-11), o instrumento de coleta de dados com a inclusão das questões nº 76 a 86 no questionário. Com relação aos objetivos incluímos os seguintes:

- ✓ Verificar os comportamentos de risco relacionados à saúde em adolescentes escolares: sedentarismo, hábitos alimentares inadequados, tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas, em municípios do Estado da Bahia.
- ✓ Descrever as condições sócio-demográficas: sexo, idade, cor da pele, classe social, tipo escola (pública ou privada), atividade religiosa, escolaridade e estado civil dos pais e dos adolescentes.

Acrescentaremos a amostra alunos do ensino médio da zona rural na faixa etária de 14 – 19 anos, matriculados nas escolas estaduais. No projeto enviado anteriormente desenvolveríamos o estudo apenas com adolescentes da zona urbana.


Luciene Dias Bispo

Pesquisadora Responsável

ANEXO C

APROVAÇÃO DE INCLUSÃO DE OBJETIVOS



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB
Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP / UESB

Jequié, 24 de maio de 2012

Of. CEP/UESB 110/2012

Ilma. Sra.

Luciene Dias Bispo

Mestrado em Enfermagem e Saúde - PPGES/UESB

A/C: Prof^o DSc. Cêzar Augusto Casotti, Prof. DSc Adriana Alves Nery, Prof. Franck Nei Monteiro Barbosa e Paulo da Fonsêca Neto

Prezada Senhora,

Comunicamos a V. S^a que aprovamos as alterações abaixo relacionadas no projeto de pesquisa mãe **"CONSUMO DO TABACO E FATORES ASSOCIADOS ENTRE ADOLESCENTES RESIDENTES EM MUNICÍPIOS DO ESTADO DA BAHIA"**, protocolo 212/2011 (CAAE: 00183.0.454.000-II), aprovado por este CEP:

- inclusão dos seguintes pesquisadores colaboradores: Profa. DSc Adriana Alves Nery, Prof. Franck Nei Monteiro Barbosa e Paulo da Fonsêca Neto;
- inclusão de dois objetivos específicos (relacionados ao objetivo geral do projeto mãe) no projeto e inclusão das questões 76 a 86 no instrumento de coleta de dados do projeto.

Lembramos que, em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa (ver modelo na *Home Page* do CEP/UESB), para acompanhamento pelo Comitê.

Atenciosamente,

Prof^a. Ana Angélica Leal Barbosa
Presidente do CEP/UESB

ANEXO D

AUTORIZAÇÃO DA DIREC PARA A REALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98

AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Eu, Alvami S. de A. Cunha, ocupante do cargo de diretora do
 (a) Direc 13, AUTORIZO a coleta de dados do projeto "Consumo do
 tabaco e fatores associados entre adolescentes residentes em município do Estado da
 Bahia" dos pesquisadores, a Mestranda Luciene Dias Bispo e Prof. DSc. Cezar Augusto
 Casotti após a aprovação do referido projeto pelo CEP/UESB.

Jequié 21 de agosto de 2011

ASSINATURA: _____

CARIMBO:

Alvami S. de A. Cunha
 Alvami-Silva de Almeida Cunha
 Diretora Regional / DIREC 13 / Jequié
 D O. 0108/2011 - CAD 11.274.322-6

ANEXO E

OFÍCIO DO PPGES AOS DIRETORES DAS ESCOLAS APRESENTANDO OS PESQUISADORES.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA



Of. Circular nº 01/12

Jequié, 21 de maio de 2012

Prezado (a) Senhor (a) diretor(a),

A Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, por meio do Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde, nível mestrado Acadêmico, realizará no município de Jequié-BA com alunos do ensino médio de escolas públicas um estudo denominado “Consumo do tabaco e fatores associados entre adolescentes residentes em municípios do Estado da Bahia” (em anexo). Este estudo tem como objetivo identificar a prevalência e fatores associados ao consumo do tabaco e álcool por adolescentes, tendo como pesquisadora responsável a Mestranda Luciene Dias Bispo e como orientador o Prof. Dr. Cezar Augusto Casotti. Assim, visando conhecer essa problemática neste município, solicitamos a colaboração de V.S.ª uma vez que a escola que o Sr. (a) dirige foi selecionada para que os alunos participassem do estudo. A coleta de dados se dará por meio de um questionário (em anexo) que será aplicado nas salas de aula para escolares com idade de 14 a 19 anos. Com os resultados encontrados será possível identificar os motivos que levam os estudantes a adotarem hábitos não saudáveis (beber e fumar) e a partir destas informações sugerir a Secretaria de Saúde e Educação o desenvolvimento de atividades que estimulem aos estudantes a prática de hábitos saudáveis. Vale ressaltar, que esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa da UESB, sob o protocolo nº 212/2011 e a coleta de dados foi previamente autorizada pelo diretor da 13ª DIREC (em anexo).

Certo de contarmos com sua colaboração, agradecemos.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Cezar Augusto Casotti
Coordenador do Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde