MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA

MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

DISSERTAÇÃO

Associação entre comportamentos de risco à saúde de pais e irmãos e de adolescentes escolares de zona rural

CHIRLE DE OLIVEIRA RAPHAELLI

Pelotas, 2011

CHIRLE DE OLIVEIRA RAPHAELLI

DISSERTAÇÃO

Associação entre comportamentos de risco à saúde de pais e irmãos e de adolescentes escolares de zona rural

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências. Área do conhecimento: Educação Física. Linha de pesquisa: Atividade Física, Nutrição e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Curi Hallal

Co-Orientador: Prof. Dr. Mario Renato de Azevedo Júnior

Pelotas, 2011

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marcelo Cozzensa da Silva
Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Airton José Rombaldi
Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. José Cazuza de Farias Júnior
Universidade Federal da Paraíba

"Nós somos quem podemos ser...

Sonhos que podemos ter!"

Dedico a Deus, a meus pais, a meus irmãos e principalmente ao Maurício pela força, companheirismo e incentivo!

Agradecimentos

Ao meu noivo Maurício, pelo grande incentivo e dedicação nos momentos difíceis;

Ao orientador Pedrinho, pela sua competência despendida para a concretização deste trabalho. Também agradeço por ser uma fonte de inspiração profissional, pela orientação e por sua amizade. Sou sua fã!

Ao co-orientador Mario Renato, pela experiência e competência, e por ter contribuído de forma singular para que este trabalho se tornasse realidade. Aliás, muito trabalho com os inúmeros bancos criados...

Aos Professores Airton e Marcelo, pelas contribuições dispensadas no Exame de Qualificação e pelos ensinamentos que foram fundamentais ao meu crescimento profissional.

A todos os professores do mestrado, pelas valiosas contribuições.

A Msc. Shanda Couto, a Dra. Anaclaudia Fassal e Dra Samanta Madruga, pela contribuição à metodologia.

A Secretaria da Escola Superior de Educação Física, pelas incansáveis solicitações atendidas.

Ao Prefeito Municipal Sr. Odone e a Secretária de Educação Sra. Silvia, por consentirem a realização da pesquisa nas instituições de ensino.

Ao Coordenador Jonas, ao Encarregado da Alimentação Escolar Leandro e as colegas Tati, Rosaura, Regina e Sirlei, pelo auxílio e apoio para a realização desta pesquisa.

Aos diretores, professores e funcionários das escolas, pelas contribuições e tempo dispensado com a pesquisa.

Aos escolares, seus pais e irmãos, pela grande disposição e consentimento.

Aos professores de Educação Física, Rafael, Rosaura e Daiane, pela incansável dedicação e auxílio na coleta.

Aos colegas do mestrado e amigos: Luciane, Cynthia, Priscila, Jose, Cátia, Priscila, Márcio, por compartilharem dificuldades e alegrias durante esta caminhada;

As amigas Carla, Michele e Samanta, pelas ausências...

As minhas irmãs e irmão:

Cheila, pois agora vou poder te visitar...
Chemilse, enfim consegui exterminar com os questionários...
Charline, pelos sobrinhos...
Thiago, um agradecimento especial, você sabe o motivo!

As famílias Basso, Meireles, Raphaelli e Oliveira pelo constante incentivo.

Ao meu avô que não pode partilhar o fim desta caminhada.

A todos, que não foram citados, mas que de alguma forma contribuíram para a conclusão deste projeto, meu profundo agradecimento.

Muito Obrigada!

SUMÁRIO

1. Projeto de pesquisa..... 08

2. Relatório do trabalho de campo..... 97

3. Artigo..... 114

4. Press-release..... 138

5.Proposta de redação de artigos..... 141

6. Anexos..... 144

Apresentação

A presente dissertação de mestrado está sendo apresentada como exigência para obtenção do título de mestre, pelo Curso de Mestrado em Educação Física da Escola Superior de Educação Física. O volume é composto pelos seguintes itens:

1. Projeto de Pesquisa: apresentado e defendido no dia 13 de agosto de 2009 aos professores da Banca Prof. Dr. Airton José Rombaldi e Prof. Dr. Marcelo Cozzensa da Silva e ao professor orientador Dr. Pedro Curi Hallal. A versão apresentada neste volume já incorpora as modificações sugeridas pela banca examinadora.

2. Relatório do trabalho de campo: descrição da pesquisa realizada.

3. Artigo: "*Associação entre comportamentos de risco à saúde de pais e de adolescentes escolares de zona rural*". Após apreciação do mesmo, será enviado para o *Cadernos de Saúde Pública* mediante aprovação da banca e incorporação das sugestões.

4. Press-Release: Comunicado breve com os principais achados para a imprensa local.

5. Proposta de redação de artigos: Proposta de artigos que serão redigidos como resultado do processo de coleta de dados e que não constam neste volume.

1. Projeto de Pesquisa

(Dissertação de Chirle de Oliveira Raphaelli)

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA

MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

PROJETO DE PESQUISA

Associação entre comportamentos de risco à saúde de pais e irmãos e de adolescentes escolares de zona rural

CHIRLE DE OLIVEIRA RAPHAELLI

Pelotas, 2009

CHIRLE DE OLIVEIRA RAPHAELLI

PROJETO DE PESQUISA

Associação entre comportamentos de risco à saúde de pais e irmãos e de adolescentes escolares de zona rural

Projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências. Área do conhecimento: Educação Física. Linha de pesquisa: Atividade Física, Nutrição e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Curi Hallal

Co-Orientador: Prof. Dr. Mario Renato de Azevedo Júnior

Pelotas, RS

Agosto de 2009

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marcelo Cozzensa da Silva
Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Airton José Rombaldi
Universidade Federal de Pelotas

RESUMO

RAPHAELLI, Chirle de Oliveira. Associação entre comportamentos de risco à saúde de pais e irmãos e de adolescentes escolares de zona rural. 2009. 102f. Projeto de Pesquisa (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas/RS.

Introdução: Entre os fatores de risco associados às doenças e agravos não transmissíveis (DANTs), destacam-se os relacionados ao estilo de vida, especialmente o tabagismo, a inatividade física, a alimentação inadequada e o consumo abusivo de álcool. A adolescência é um período especialmente relevante na determinação das DANTs, visto que comportamentos e hábitos adquiridos nessa fase tendem a se manter até a idade adulta. Além disso, o comportamento de risco à saúde de pais e irmãos pode influenciar o comportamento de risco à saúde de adolescentes. **Objetivos:** Avaliar a associação de comportamentos de risco à saúde entre adolescentes escolares do ensino fundamental e seus pais e irmãos moradores de um município de zona rural do Rio Grande do Sul. **Metodologia:** Estudo transversal na zona rural no município de Barão do Triunfo/RS. A amostra incluirá os adolescentes estudantes de 5ª a 8ª séries da rede municipal de educação, seus pais e irmãos na faixa etária da adolescência (10 a 19 anos). Serão obtidas informações dos adolescentes, seus pais e irmãos, de comportamentos de risco à saúde (inatividade física, uso de cigarros, consumo de bebidas alcoólicas, maus hábitos alimentares e excesso de peso) além de informações socioeconômicas, demográficas e de saúde da população estudada. Para coleta de dados dos escolares foram acrescentadas questões sobre a situação de trabalho, além de avaliar o percentual de gordura corporal. **Análise Estatística:** Uma descrição da população estudada, incluindo os escolares, pais e irmãos, será conduzida segundo características demográficas, socioeconômicas e de comportamentos de risco à saúde. A associação entre os desfechos estudados e as variáveis independentes serão avaliados com o teste de Qui-quadrado para heterogeneidade ou tendência linear. **Relevância:** Com os dados do presente estudo, teremos embasamento científico para realizar intervenções e planejar estratégias de prevenção em médio e longo prazo, a fim de promover mudanças de hábitos e comportamentos ligados ao estilo de vida de toda a família.

Palavras-chave: Adolescentes. Comportamento de risco à saúde. Nível de atividade física. Experimentação de bebidas alcoólicas e cigarros. Dieta. Estado nutricional. Trabalho infantil. Zona rural.

ABSTRACT

RAPHAELLI, Chirle de Oliveira. Association between risk behaviors the health of parents and brothers of pertaining to school adolescents of rural area. 2009. 102f. Project of Research (Mestrado) - Program of Post-Graduation in Physical Education. Federal University of Pelotas, Pelotas/RS

Introduction: Among the risk factors associated with noncommunicable diseases and injuries (DANTS), include those related to lifestyle, especially smoking, physical inactivity, poor diet and alcohol abuse. Adolescence is a particularly relevant in determining dants, whereas behaviors and habits acquired at this stage tend to persist into adulthood. Moreover, the behavior of risk the health of parents and siblings can influence health risk behavior of adolescents. **Objectives:** To evaluate the association between health risk behaviors among adolescent schoolchildren and their parents and siblings living in a rural area of the municipality of Rio Grande do Sul. **Methodology:** Cross-sectional study in a rural area in the town of Barão do Triunfo / RS . The sample will include young students from 5th to 8th grades in the municipal education, their parents and siblings at the age of adolescence (10-19 years). Will be collected on the adolescents, their parents and siblings, health risk behaviors (physical inactivity, cigarette smoking, alcohol consumption, poor eating habits and excess weight) in addition to socioeconomic, demographic and health of the population studied . For data collection the students were included questions about the work situation, and to measure the body fat percentage. **Analysis Statistics:** A description of the studied population, including the pertaining to school, parents and brothers, will be lead according to demographic, socioeconomics characteristics, mannering nutricionais and of health. The association between the studied outcomes and the independent variable will be evaluated with the test of Qui-square for heterogeneidade or linear trend. **Relevance:** With the data from this study, we have scientific grounds to carry out interventions and plan prevention strategies in the medium and long term in order to promote changes in habits and behaviors related to lifestyle for the whole family.

Key-words: Adolescents. Behavior of risk the health. Level physical activity. Alcoholic beverages and cigarettes of experiment. Diet. Nutritional status. Child labor. Rural area.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Localização do Município de Barão do Triunfo no Mapa do Estado do Rio Grande do Sul.....	45
Figura 2.	Mapa do município de Barão do Triunfo/RS.....	46
Figura 3.	Modelo conceitual de análise para avaliar a associação entre comportamento de risco à saúde entre pais, filhos e adolescentes.....	70

LISTA DE TABELAS

Tabela 01. Distribuição da população em estudo de acordo com a escola e série. Barão do Triunfo, RS, 2009..... 47

Tabela 02. Descrição das variáveis de exposição demográficas, socioeconômicas e de saúde conforme característica, tipo e indivíduo respondente..... 58

Tabela 03. Distribuição dos instrumentos a serem utilizados de acordo com faixa etária..... 59

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Valores de IMC (kg/m^2) segundo os valores de percentil, sexo e idade.....	52
Quadro 2.	Ponto de corte para circunferência da cintura (cm) conforme idade e sexo.....	52
Quadro 3.	Valor da constante C da formula de %G conforme idade e sexo.....	53
Quadro 4.	Cronograma de atividades de acordo com ano.....	73

LISTA DE ABREVIATURAS

DANTs: Doenças e agravos não transmissíveis

%G: Percentual de gordura corporal

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test

CC: Circunferência da cintura

CRS: Comportamento de risco à saúde

CEBRID: Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas

CELAFISCS: Centro de estudos do laboratório de aptidão física de São Caetano do Sul.

DCSB: Dobra cutânea subescapular

DCT: Dobra cutânea triciptal

EV: Estilo de vida

IMC: Índice de massa corporal

IPAQ: Questionário Internacional de Atividades Físicas

MS: Ministério da Saúde

PAQ-C: Questionário de atividade física para crianças e adolescentes

PeNSE: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar

OMS: Organização Mundial da Saúde

TV: Televisão

SUMÁRIO

Resumo..... 3

Abstract..... 5

1. Introdução..... 13

2. Revisão de literatura..... 19

2.1. Estilo de Vida..... 20

2.2. Nível de Atividade Física..... 21

2.3. Hábitos Saudáveis de Alimentação..... 23

2.4. Tabagismo..... 25

2.5. Consumo de Álcool..... 27

2.6. Estado nutricional..... 29

2.7. Comportamento de Risco à Saúde..... 30

2.8. Trabalho Rural Infantil..... 34

3. Objetivos..... 37

3.1. Objetivo geral..... 37

3.2. Objetivos específicos..... 37

4. Hipóteses..... 39

5. Justificativa..... 40

6. Metodologia 44

6.1. Delineamento do estudo..... 44

6.2. Caracterização do município 44

6.3. População em estudo..... 46

6.4. Critérios de exclusão..... 47

6.5. Tamanho de amostra..... 48

6.6. Variáveis dependentes..... 48

6.6.1 Atividade física do adolescente. 48

6.6.2 Hábitos de alimentação do adolescente..... 49

6.6.3 Fumo do adolescente..... 50

6.6.4 Álcool do adolescente..... 50

6.6.5 Estado nutricional do adolescente 51

6.6.6 Trabalho dos adolescentes..... 53

6.6.7 Atividade física dos pais..... 54

6.6.8 Hábitos de Alimentação dos pais..... 56

6.6.9 Fumo dos pais..... 56

6.6.10 Álcool dos pais..... 56

6.6.11 Estado nutricional dos pais..... 56

6.6.12 Variáveis de exposição..... 57

6.7. Instrumentos..... 59

6.8. Limitações do estudo..... 62

6.9. Treinamento dos entrevistadores..... 64

6.10. Logística..... 65

6.11. Estudo piloto..... 68

6.12. Controle de qualidade..... 68

7. Digitação e análise de dados..... 69

8. Modelo Hierárquico 70

9. Financiamento..... 71

10. Aspectos éticos..... 72

11. Cronograma das atividades..... 73

12. Referências 74

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias, o diabetes, o sobrepeso e a obesidade configuram-se como as principais causas de morbimortalidade. A importância das doenças e agravos não transmissíveis (DANTs) relativamente às enfermidades infecciosas vem crescendo aceleradamente nos últimos anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). Este quadro é especialmente preocupante devido às dificuldades existentes na prevenção das DANTs. Além disso, as DANTs oneram os sistemas de saúde, devido a seus altos custos decorrentes de consultas ambulatoriais, internações hospitalares e medicamentos (SCHRAMM et al, 2004; SICHIERI; NASCIMENTO; COUTINHO, 2007).

No Brasil, e em vários países do mundo, a prevalência de sobrepeso e obesidade tem aumentado bastante nos últimos anos, tanto em adultos e idosos quanto em crianças e adolescentes (TROIANO; FLEGAL, 1998; MALINA; KATZMARZYK, 1999; FILHO B; RISSIN, 2003; DUTRA; ARAÚJO; BERTOLDI, 2006; OGDEN et al., 2006; SOUZA; SILVA; OLIVEIRA, 2007; DEFORCHE et al., 2009). Nos países da América Latina, a prevalência de sobrepeso e obesidade está aumentando em todas as idades e também em diferentes classes sociais (KAIN; VIO; ALBALA, 2003). O fenômeno da transição nutricional, que se caracteriza pelo aumento na frequência de sobrepeso e obesidade e concomitante diminuição da

desnutrição ocorreu inicialmente nos países de renda alta. Já nas sociedades emergentes, como o Brasil, o processo ocorreu de forma acelerada, gerando uma co-existência entre os dois extremos do estado nutricional (desnutrição e obesidade) (WANG; MONTEIRO; POPKIN, 2002; FILHO B; RISSIN, 2003; KAC; VELÁSQUEZ-MELENDEZ, 2003).

A obesidade na infância está associada com aumento de risco para doença cardiovascular na idade adulta (CARNEIRO et al., 2000; WANG; MONTEIRO; POPKIN, 2002; GUERRA et al., 2003; MONEGO; JARDIM, 2006), pois geralmente ela acarreta fatores de risco como dislipidemia, hiperinsulinemia e hipertensão arterial (CARVALHO et al., 2007; RODRIGUES et al., 2009). Embora a maioria das DANTs se manifeste apenas na idade adulta, existe um amplo corpo de conhecimentos mostrando que sua determinação inicia-se em etapas bem mais precoces, inclusive na vida intra-uterina (BARBOSA; CARLINE-COTRIM; SILVA-FILHO, 1989; WANG et al., 1995). A adolescência é um período especialmente relevante na determinação das DANTs, visto que comportamentos e hábitos adquiridos nessa fase tendem a se manter até a idade adulta. Por exemplo, sabe-se que quanto mais intenso e precoce o aparecimento da obesidade, maior o risco de esta persistir ao longo da vida adulta (WANG; MONTEIRO; POPKIN, 2002; BUFF et al., 2007).

Entre os fatores de risco para DANTs, incluem-se alguns não modificáveis (sexo, idade, cor da pele) ou com pouca possibilidade de intervenção em curto prazo (nível socioeconômico, escolaridade). Além destes, destacam-se fatores de risco relacionados ao estilo de vida, conhecidos por comportamentos de risco à saúde que os jovens frequentemente se expõem, especialmente o tabagismo, a inatividade física, a alimentação inadequada e o consumo abusivo de álcool. Diferentemente de

outros fatores, esses comportamentos são suscetíveis a intervenções, podendo ser modificados em qualquer fase da vida, embora existam evidências de que quanto mais cedo começarem as intervenções, maiores as possibilidades de êxito (HEYMSFIELD, 2004; FRANCA; ALVES, 2006; GUEDES et al., 2007; SANTOS et al., 2008).

Existem vários estudos disponíveis na literatura científica sobre a prevalência de fatores de risco para DANTs, inclusive em adolescentes (KELISHADI et al, 2005; FRANCA; ALVES, 2006; GUEDES et al., 2006; MARCOS-DACCARETT et al, 2007). No entanto, pouco se sabe sobre a influência do comportamento de risco à saúde de pais e irmãos sobre o estilo de vida dos adolescentes.

A literatura mostra que o tabagismo dos pais é um indicador para o uso de tabaco pelos adolescentes, pois os pais atuam como modelo para iniciação ao uso do cigarro (RUDATSIKIRA et al., 2008; VIEIRA et al., 2008) Alguns estudos mostram que o fumo dos pais pode facilitar o tabagismo em seus filhos, tanto pelo exemplo de comportamento quanto pela disponibilidade de cigarros no lar, facilitando o acesso do jovem ao cigarro, além de fornecer precocemente estímulos bioquímicos diretos aos receptores nicotínicos dos filhos, adquiridos de maneira hereditária. Além disso, o tabagismo entre irmãos tem sido associado ao tabagismo na adolescência em vários estudos (SEGAT et al., 1998; MALCON; MENEZES; CHATTKIN, 2003).

Alguns autores sugerem também que o consumo de álcool pelos pais poderia ser um fator de risco para o desenvolvimento de dependência alcoólica nos filhos (ALAVARSE; CARVALHO, 2006; HUNG; YEN; WU, 2009). Em estudo realizado em Cuiabá/MT com adolescentes trabalhadores e não trabalhadores, observou-se maior consumo de álcool e alcoolismo entre os adolescentes com histórico familiar de uso de álcool (SOUZA; ARECO; SILVEIRA-FILHO, 2005).

O hábito da atividade física em todas as fases da vida tem grande importância para a saúde e o bem estar físico e mental dos indivíduos, mas apesar deste benefício boa parte dos adolescentes não atinge níveis mínimos recomendados de prática. Mendes et al. (2006) mostraram que a prática de atividade física quando iniciada na infância e adolescência terá maiores chances de perdurar na vida adulta. Neste estudo viu-se a agregação familiar de fatores de risco para doenças cardiovasculares, observando freqüência de excesso de peso e obesidade, sedentarismo, tabagismo e hipertensão arterial em adolescente entre 14 a 19 anos. Os fatores de risco para doenças cardiovasculares: excesso de peso e obesidade, sedentarismo e tabagismo dos pais estiveram associados com maior freqüência desses mesmos fatores nos filhos, concluindo que há influência familiar sobre o estilo de vida dos adolescentes.

Em relação ao estado nutricional, sabe-se que a redução da atividade física nos adolescentes e o aumento do fornecimento de energia pela dieta estão produzindo um quadro de balanço energético positivo acarretando assim um acumulo excessivo de gordura corporal, gerando repercussões à saúde com perda importante na qualidade de vida e na longevidade (MENDONÇA; ANJOS, 2004; ANGELIS; VIUNISKI, 2005). A obesidade dos pais pode vir a influenciar no peso corporal dos filhos, não apenas por razões genéticas, mas também devido aos hábitos inadequados em relação à dieta e atividades físicas realizadas pela família. Os filhos de pais obesos têm de duas a três vezes maior risco de terem obesidade na idade adulta quando comparados com filhos de pais não obesos (DALCASTAGNÉ et al., 2008).

Deve-se destacar ainda que os fatores de risco para DANTs normalmente interagem, sendo que indivíduos expostos a um fator têm maior probabilidade de

exposição a outros fatores. Estudos nessa área frequentemente adotam a terminologia da “aglomeração” de fatores de risco. Entretanto, estudos sobre este tema têm sido investigados em populações adultas.

De acordo com estudo que investigou indivíduos de 30 a 69 anos, a aglomeração de fatores de risco associado a doenças cardiovasculares, realizado em 16 capitais brasileiras a partir de dados do Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, do Ministério da Saúde, mostrou elevadas frequências de hipertensão (27%), tabagismo (26%), inatividade física (40%), dieta inadequada (69%), obesidade central (28%) e uso excessivo de álcool (8%) e a aglomeração de dois ou mais fatores de risco para doenças cardiovasculares foi de 47,49%. Além disso, o estudo mostrou que esta aglomeração foi inversamente associada com renda e escolaridade e foi maior nas idades entre 50 e 59 anos (PEREIRA; BARRETO; PASSOS, 2009).

Estudo realizado com adolescentes de 14 a 19 anos, do município de Três de Maio/RS, com objetivo de verificar a prevalência de sedentarismo e de outros fatores de risco cardiovasculares mostrou as seguintes prevalências: 86,1% de dieta aterogênica, 61,2% de sedentarismo, 32,6% de adiposidade abdominal aumentada, 25,9% dos adolescentes tinham HDL-c diminuído, 20,3% colesterol total aumentado e 85% dos adolescentes apresentaram agregação de dois ou mais fatores de risco cardiovasculares (DUMMEL, 2007).

Desta forma, é necessário que intervenções efetivas sejam propostas para minimizar o impacto de tais comportamentos de risco à saúde, de forma que, conseqüentemente, a freqüência das DANTs sejam reduzidas. Porém, deve-se considerar que é um grande desafio atualmente propor tais intervenções, visto que

os indivíduos cada vez trabalham mais, tendo menos tempo livre para as atividades de lazer (REICHERT et al., 2007), o que dificulta a adoção da prática de atividade física no tempo livre, por exemplo. Verifica-se na então que o estudo da aglomeração de fatores de risco na população adolescente o que é de suma importância para promover mudança no estilo de vida e promoção da qualidade de vida em idades mais precoces.

2. REVISÃO DE LITERATURA

A revisão bibliográfica referente ao tema da pesquisa foi realizada nas bases de dados MEDLINE, ADOLEC, SCIELO e LILACS sem restrição ao ano de publicação. Os artigos citados nas bibliografias dos artigos consultados nas bases de dados também foram pesquisados e incluídos nesta revisão.

Foram utilizados os seguintes descritores: (adolescents OR young) AND (physical activity OR exercise OR diet OR food intake OR food habits OR nutrition OR smoking OR cigarette OR alcohol OR drinking OR drugs allowed OR obesity OR overweight OR body mass index OR anthropometry OR nutritional status) AND (parents OR family OR brothers) AND (life style OR risk behavior).

Após a leitura do titulo e resumo foi feita a seleção dos artigos de acordo com o tema da pesquisa. Todos os estudos encontrados e que se relacionaram ao tema central foram incluídos, exceto aqueles realizados em animais. A revisão bibliográfica foi realizada com o objetivo de verificar o que já está publicado com relação a comportamento de risco à saúde entre adolescentes e seus familiares.

A seguir encontram-se os resultados encontrados da pesquisa.

2.1 ESTILO DE VIDA

Nos últimos anos, muito se tem comentado sobre o estilo de vida das populações. Campanhas antitabagistas, de redução do consumo de álcool, de incentivo a uma alimentação saudável e de regularidade da prática de atividades físicas são ações que reforçam a grande ênfase dada ao estilo de vida individual. De fato, o estilo de vida é um dos fatores mais importantes para a manutenção da saúde, assim como para favorecer o prolongamento da longevidade da população (BOTH; NASCIMENTO; BORGATTO, 2008).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), estilo de vida (EV) é o modo de viver baseado em padrões identificáveis de comportamento que é determinado pela relação entre as características pessoais do indivíduo e suas interações sociais, condições socioeconômicas e ambientais de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

Nahas (2006) define que “O estilo de vida representa um conjunto de ações cotidianas que reflete as atitudes e valores das pessoas. Estes hábitos e ações conscientes estão associados à percepção de qualidade de vida do indivíduo. Os componentes do estilo de vida podem mudar ao longo dos anos, mas isso só acontece se a pessoa conscientemente enxergar algum valor em algum comportamento que deva incluir ou excluir, além de perceber-se como capaz de realizar as mudanças pretendidas”.

Nos últimos anos, com o processo de modernização, industrialização e globalização das sociedades, ocorreram mudanças no estilo de vida de indivíduos de todas as idades, associados ao sedentarismo e a grande opção de alimentos, são fatores que, de forma isolada ou combinada, contribuem para o aparecimento de fatores de risco para as DANTs, e principalmente devido ao aumento da prevalência

de sobrepeso e obesidade em todas as faixas etárias (MOLENA-FERNANDES et al., 2006; PETROSKI; PELEGRINI, 2009).

Uma série de fatores como atividade física, família e amigos, nutrição, tabaco e tóxicos, álcool, comportamento preventivo, introspecção e trabalho compõe o estilo de vida de um indivíduo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). Estes padrões de comportamentos podem ter um efeito profundo na saúde e está relacionado com diversos aspectos que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas. Estilos de vida individuais, podem também ter efeito na saúde de outras pessoas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

2.2 ATIVIDADE FÍSICA

A prática de atividade física regular tem sido amplamente associada a um estilo de vida saudável, atuando tanto na prevenção como no tratamento de algumas doenças crônicas (FONSECA; SICHIERI; VEIGA., 1998; LAZZOLI et al., 1998; BURBANO; FORNASINI; ACOSTA, 2003; COSTA; JUNIOR; MATSUO, 2007). A inatividade física representa importante problema de saúde pública devido a suas altas prevalências na população mundial (PRINCE et al., 2008) e também nos adolescentes brasileiros (VARO et al., 2003; OEHLSCHLAEGER et al., 2004; HALLAL et al., 2006a; NAHAS et al., 2007).

Na Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2009 (PeNSE) realizada em algumas capitais brasileiras com estudantes do nono ano do ensino fundamental, mostrou na capital do Rio Grande do Sul que 53,2% dos escolares não atingem o nível mínimo de atividade recomendada para a faixa etária (IBGE, 2009).

A recomendação atual para a prática de atividade física em adolescentes é de 60 minutos diários, em pelo menos cinco dias por semana. Estudos nacionais

têm mostrado, no entanto, que a proporção de adolescentes que não atingem tal ponto de corte varia de 21 a 69,8% (BARUKI et al., 2006; HALLAL et al.,2006a; HALLAL et al., 2006b; BASTOS; ARAÚJO; HALLAL, 2008; SILVA et al., 2008; CESCHINI et al, 2009; PELEGRINI, 2009). No Rio Grande do Sul, estudo realizado por Gonçalves et al. (2007) mostrou uma prevalência de sedentarismo na cidade de Pelotas de 48,7% em meninos e 67,5% em meninas.

Fatores ambientais, demográficos, biológicos, psicológicos, emocionais e cognitivos, comportamentais e sócio culturais podem ser determinantes do nível de atividade física na adolescência. A influência familiar é um desses determinantes fundamental, pois muitos dos comportamentos saudáveis são iniciados e mantidos no contexto familiar, podendo a família (pais e irmãos) ser considerada como um dos principais fatores de âmbito social capaz de influenciar os comportamentos dos adolescentes (SEABRA et al., 2008; PETROSKI; PELEGRINI, 2009). Este modelo de pais e irmãos pode influenciar positiva ou negativamente a prática de atividade física dos adolescentes (HARSH, 1995; SALLIS; PROCHASKA; TAYLOR, 2000; ANDERSSEN; WOLD; TORSHEIM, 2006; GONÇALVES et al., 2007, SILVA et al., 2008). Além disso, adolescentes ativos estabelecerão uma base sólida para a redução da prevalência do sedentarismo na idade adulta, contribuindo desta forma para uma melhor qualidade de vida (LAZOLLI et al., 1998).

Alguns estudos mostram que quanto mais cedo for iniciada a prática de atividade física por adolescentes maior será a chance desta perdurar até a idade adulta (HIRVENSALO; LINTUNEN; RANTANEN, 2000; LESLIE et al., 2001; ABRANTES; LAMOUNIER; COLOSIMO, 2002; TAMMELIN et al., 2003; HALLAL; VICTORA; AZEVEDO, 2006; AZEVEDO et al., 2007; TASSITANO et al., 2007; NOGUEIRA et al., 2009).

2.3 HÁBITOS SAUDÁVEIS DE ALIMENTAÇÃO

As transformações ocorridas no Brasil, relacionadas à crescente modernização e urbanização da sociedade contemporânea levou ao processo de transição nutricional e com isto o comportamento alimentar se tornou de extrema importância. Pois, os indivíduos estão sendo conduzidos a ter um padrão alimentar inadequado o que leva a sérias conseqüências sobre sua saúde (MENDONÇA; ANJOS, 2004; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). Assim, uma alimentação saudável e nutricionalmente equilibrada tem fundamental importância na prevenção de doenças e agravos de saúde.

Nas últimas décadas, houve declínio no consumo de alimentos básicos e tradicionais da dieta do brasileiro, como o arroz e o feijão, aumento no consumo de produtos industrializados, como biscoitos e refrigerantes, persistência do consumo excessivo de açúcar e insuficiente de frutas e hortaliças, além de elevado aumento de gorduras saturadas e trans (LEVY-COSTA et al., 2005; PIERINE et al., 2006). O consumo inadequado de gorduras na adolescência esta relacionado com maior risco de ter doença arterial coronária na idade adulta (TEIXEIRA; VEIGA; SICHIERI, 2007).

Em recente estudo nacional realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2009), foi identificado que 50,9% dos escolares consumiram guloseimas (balas, bombons, chicletes, doces, chocolates ou pirulitos) em cinco dias ou mais da última semana nas capitais estudada, sendo maior entre os escolares do sexo feminino (58,3%). Em relação aos biscoitos doces e salgados foram mais consumidos por estudantes do sexo feminino e por escolares da rede pública.

Em Piracicaba/SP, o estudo de Toral et al. (2007) mostrou que 77,9% dos adolescentes escolares consumiam alto teor de gorduras, 4,5% apresentavam

consumo excessivo de açúcares e doces, 2,3% reduzida ingestão de frutas e 2,4% dos jovens tinham um consumo baixo de hortaliças. Esta inadequação na dieta dos adolescentes também é demonstrada no estudo de Neutzling et al. (2007), onde mais de um terço dos jovens (36,6%) consumiam dieta rica em gordura e a maioria deles (83,9%) consumiam dieta pobre em fibras. Outro fator alarmante é o consumo exagerado de refrigerante e bebidas com adição de açúcar (CARMO et al., 2006), além do consumo de alimentos com alta densidade calórica como salgados fritos, bolachas recheadas, chocolate e alto consumo de balas (FISBERG, 2000) e baixo o consumo de produtos lácteos (GARCIA; GAMBARDELLA; FRUTUOSO, 2003; SANTOS et al., 2005).

O hábito de omitir refeições, principalmente o desjejum, é comum na fase da adolescência (FISBERG, 2000; ESCRIVÃO et al., 2000). Ou ainda a substituição do almoço e do jantar por lanches, salgados e pizzas (FISBERG, 2006).

As práticas alimentares inadequadas dos adolescentes são reflexos dos valores apreendidos na família. Sabe-se que o hábito alimentar deve ser trabalhado desde cedo, pois é no contexto familiar que se aprende a ingerir e a gostar de determinados alimentos, é nesta fase da vida que as preferências alimentares são introduzidas e podem tornar-se permanentes até a idade adulta (COSTA, 2007; PEARSON et al., 2009). Desde a infância as crianças tendem a imitar os adultos, o que torna os pais um exemplo de hábitos e preferências alimentares (MONTEIRO; VICTORA; BARROS, 2004).

Como a dieta é passível de modificação, torna-se necessária a adequação das deficiências nutricionais e dos excessos calóricos, para que a alimentação nutricionalmente adequada possa atuar tanto na prevenção como no tratamento de

doenças e agravos de saúde (CERVATO; VIEIRA, 2003; LEVY-COSTA et al., 2005; GODOY et al., 2006; COSTA, 2007).

2.4 TABAGISMO

Atualmente, o cigarro é a segunda droga mais consumida entre os adolescentes, sendo que a maior parte dos fumantes tem a iniciação do vício adquirida na adolescência (PINTO; RIBEIRO, 2007). A dependência de nicotina é considerada um problema de saúde pública, pois 90% dos casos de câncer de pulmão e 25 % dos casos de doenças isquêmicas do coração ocorridos na população mundial são atribuíveis ao tabaco (MACKAY; ERIKSEN, 2002). Além disso, é a principal causa prevenível de morbimortalidade em países desenvolvidos (WUNSCH-FILHO; BONFFETTA; COLIN, 2002; PINTO; RIBEIRO, 2007; HORTA et al., 2007; VIEIRA et al., 2008).

Sabe-se que em torno de 30% dos indivíduos que experimentarem tabaco irão se tornar dependentes (MENEZES; ACHUTTI, 2000). Este fato é especialmente relevante, pois a prevalência de experimentação de cigarros, ou seja, o uso de pelo menos um cigarro na vida pelo adolescente, tem se mostrado relativamente alta em muitos países, inclusive no Brasil (RUDATSIKIRA et al., 2008; FRAGA; RAMOS; BARROS, 2006; SILVA; SILVA; BOTELHO, 2008).

A maioria dos fumadores inicia o uso do tabaco antes de alcançarem a idade adulta, isto porque são muitos fatores que aumentam o risco de fumar na juventude. Estes incluem a indústria de promoção do tabaco, o acesso fácil aos produtos do tabaco, os baixos preços. Além disso, o exemplo familiar e o incentivo por parte de amigos e irmãos levam o jovem a experimentar a nicotina. Um dos fatores que agravantes é que quanto mais cedo o adolescente começar a fumar, maior o risco

de adquirir as doenças associadas ao uso de tabaco e 50% dos jovens que continuam fumando após adolescência irão morrer de doenças associadas ao fumo (MACKAY; ERIKSEN, 2002).

Os estudos pontuais brasileiros sobre tabagismo em adolescentes, em sua maioria, foram realizados com escolares, identificando prevalência de experimentação do cigarro entre 23 e 41% (SOUZA; MARTINS, 1998; TAVARES; BÉRIA; LIMA, 2001; PASQUALOTTI; MIGOTT; MACIEL, 2006; PINTO; RIBEIRO, 2007). Estudos de base populacional podem mostrar prevalências um pouco maiores. Segundo Horta et al. (2007), 43% dos adolescentes de 15 a 19 anos da zona urbana de Pelotas/RS relataram uso de cigarro na vida. Em estudo nacional a prevalência de experimentação de cigarros foi de 24,2% em escolares do nono ano do ensino fundamental, a capital Porto Alegre (29,6%) mostrou prevalência de experimentação de cigarros em escolares maior que a nacional, perdendo apenas para capital Campo Grande (32,7%) e Curitiba (35,0%) (IBGE, 2009).

A adoção de comportamentos prejudiciais à saúde é influenciada por uma série de fatores, dentre os principais está o exemplo vindo da família. Assim, a historia familiar de tabagismo esta sendo associado ao uso de cigarro pelo adolescente. As influências do pai, da mãe e de irmãos incluem o próprio status de fumo, servindo como exemplo a ser seguido pelos filhos (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1994; ANDRÉS; PELETEIRO, 2003; PASQUALOTTI; MIGOTT; MACIEL, 2006; HORTA; HORTA; PINHEIRO, 2006; OTTEN; ENGELS; PRINSTEIN, 2009; GUIMARÃES et al., 2009; SKINNER; HAGGERTY; CATALANO, 2009). Conforme estudo de Khuder et al. (2008) adolescentes com pais fumantes tiveram maior chance de fumar e de começar em

idade mais precoce quando comparados aos adolescentes com ambiente familiar sem cigarro.

O uso de tabaco e as atitudes permissivas dos pais perante este consumo podem exercer influência na adoção de diferentes comportamentos prejudiciais à saúde dos jovens. Os dados da PeNSE mostraram que 31,0% dos escolares tinham pelo menos um dos responsáveis que fumavam. Em Porto Alegre, esta frequência foi de 39,8% e, em Salvador, de 22,6%. A percentagem de escolares da rede pública que tinham pelo menos um dos pais ou responsáveis fumantes foi maior que a dos escolares da rede privada, respectivamente, 32,9% e 23,6%, para o total das capitais estudadas (IBGE, 2009).

2.5 CONSUMO DE ÁLCOOL

A OMS aponta o álcool como à substância psicoativa mais consumida em todo o mundo. Tal fato é especialmente relevante devido ao potencial do álcool em desenvolver dependência. Além disso, o álcool é a substancia de maior preferência entre crianças e adolescentes e uma das razões para essa situação é a aceitação social do uso de drogas lícitas (JERNIGAN, 2001; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

Os dados de prevalência do consumo de álcool indicam que nos Estados Unidos, 83% da população adulta já consumiram bebida alcoólica pelo menos uma vez na vida (PATTON et al., 1995). Tal achado é similar ao observado em outros países (AGUILAR; MARTÍNEZ, 1993; PECCI, 1995; CHÁVES; ANDRADE, 2005; GARCIA; COSTA-JUNIOR, 2008). No Brasil, a proporção de jovens que consomem bebidas alcoólicas tem aumentado nos últimos anos (GALDURÓZ; NOTO; CARLINI, 1997; CARLINI et al., 2002; CARLINI et al., 2006). Estudos em cidades isoladas

mostram frequências elevadas (MUZA et al., 1997; TAVARES; BÉRIA; LIMA, 2001; BAUS; KUPEK; PIRES, 2002). Na cidade de Paulínia, SP a prevalência foi de 62,2% em jovens de 11 a 21 anos. Em Cuiabá, MT, atingiu 71,3% dos adolescentes de 10 a 20 anos. Em Gravataí, RS, chegou a 60,7% em estudantes de 7ª séries. Já em Pelotas, RS, um estudo de base populacional mostrou que 11,9% dos adolescentes consumiram algum tipo de bebida alcoólica pelo menos uma vez na vida até os 11 anos de idade (SOUZA; ARECO; SILVEIRA-FILHO, 2005; VIEIRA et al., 2007; VIEIRA et al., 2008; STRAUCH et al., 2009).

Os dados da PeNSE, realizada em algumas capitais brasileiras com estudantes do nono ano do ensino fundamental, mostraram que 71,4% dos escolares já experimentaram bebida alcoólica alguma vez na vida. A maior frequência de experimentação de bebida alcoólica ocorreu com escolares do sexo feminino (73,1%), sendo que a proporção de experimentação pelo sexo masculino também foi elevada (69,5%) (IBGE, 2009).

O uso precoce do álcool é um fator de exposição para problemas de saúde na idade adulta, além de aumentar significativamente o risco de se tornar consumidor em excesso ao longo da vida (STRAUCH et al., 2009). Dentre alguns dos fatores de risco para esse ingresso, destacam-se o uso dessas substâncias pelos pais e pelos amigos (STRAUCH et al., 2009).

O fator familiar é de fundamental importância quando se estuda o uso de álcool e a iniciação do consumo de bebidas alcoólicas por adolescentes. Os pais atuam como modelo para seus filhos durante a infância e também na adolescência (HUNG; YEN; WU, 2009). De acordo com Alavarse e Carvalho. (2006) 71,6% de adolescentes escolares relataram ter consumido a bebida alcoólica pela primeira vez dentro de casa, incentivados pelos seus próprios parentes em contextos sociais ou

em festividades com familiares. Além disso, a história de alcoolismo ou consumo de álcool na família indica maiores chances dos adolescentes consumirem bebidas alcoólicas tanto no ambiente familiar quanto em outros locais (DIEZ, 1998; GUIOT et al., 1999; SCHENKER; MINAYO, 2003; OLIVEIRA; WERLANG; WAGNER, 2007).

2.6 ESTADO NUTRICIONAL

Os efeitos da transição nutricional na população têm sido preocupantes, devido ao aumento na prevalência de sobrepeso e obesidade, especialmente na infância e adolescência. Sabe-se que o excesso de peso corporal tem uma influência direta sobre morbimortalidade na idade adulta, e à medida que o peso corporal aumenta, maiores são as conseqüências para a saúde do indivíduo (GARCIA; GAMBARDELLA; FRUTUOSO, 2003; MONTEIRO; VICTORA; BARROS, 2004; OLIVEIRA; FISBERG, 2005; ADAMI; VASCONCELOS, 2008).

A prevalência de excesso de peso na infância tem aumentado de forma rápida em todo o mundo, tornando-se um problema crescente de saúde publica (DÍAZ; PÁEZ; SOLANO, 2002; DEFORCHE et al., 2009). No Brasil, a prevalência de sobrepeso/obesidade mostra-se distribuída diferentemente conforme a situação sócio cultural e demográfica do adolescente (COSTA; CINTRA; FISBERG, 2006; BRASIL; FISBERG; MARANHAO, 2007). Em uma revisão sistemática de estudos com adolescentes brasileiros, a prevalência de excesso de peso oscilou de 4% a 31%, sendo mais elevada nos rapazes (ARAUJO et al., 2008).

O papel da família parece ser marcante no contexto do excesso de peso na infância. Um dos maiores riscos para a obesidade infantil é a obesidade dos pais, pois o filho cresce com a herança genética dos pais e ainda mantém um estilo de vida baseada no modelo familiar (MARINS et al., 2004; PEGOLO; VIUNISKI;

FISBERG, 2005). Os maus hábitos dos pais servem como exemplos freqüentemente seguidos pelos seus filhos. Quanto mais precoce for estabelecido o excesso de peso corporal, maiores serão as chances de a obesidade persistir na idade adulta (BERENSON et al., 1998; ALBANO; SOUZA, 2001; MENDES et al., 2006; PETROSKI; PELEGRINI, 2009).

Portanto, a adoção de um estilo de vida saudável deve ser estimulada na infância e adolescência, pois nessa fase são formados os hábitos alimentares e de atividade física (DUMITH; DOMINGUES; GIGANTE, 2008). Quanto mais cedo forem realizadas as intervenções maiores as chances de mudanças nestes comportamentos e maiores os benefícios para a saúde dos indivíduos.

2.7. COMPORTAMENTO FAMILIAR DE RISCO À SAÚDE

As DANTs estão sendo apontadas como grupo de doenças responsáveis por cerca de 60% da mortalidade ocorrida em todo o mundo, e em torno de 58% no Brasil. A etiologia das DANTs, tem origem na presença e/ou agrupamento de fatores de riscos inerentes ao próprio indivíduo (gerais, comportamentais e biológicos) ou à comunidade em que o mesmo se encontra inserido (condições sócio-econômicas, ambientais, culturais e de urbanização) (ROMANZINI et al., 2008).

Os fatores comportamentais, adquiridos na infância e adolescência, são geralmente mantidos até a idade adulta. As famílias têm um grande impacto na saúde das crianças e constituem o seu primeiro ambiente de aprendizagem, além disso, os pais são utilizados como modelo de comportamento entre os adolescentes (DUARTE, 2007) A família agrega um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e hábitos que podem influenciar práticas que promovam a saúde de seus

componentes, ou, ao contrário, aumentem a vulnerabilidade dos mesmos para as doenças (IBGE, 2007).

Alguns estudos associam a presença de fatores de risco em adolescentes quando os pais ou familiares também expõem os mesmos fatores. Por exemplo, o fato de pelo menos um dos pais fumarem está positivamente associado ao tabagismo do filho (MALCON; MENEZES; CHATTKIN, 2003). O consumo de bebidas alcoólicas pelos pais serve de modelo ao uso pelos seus filhos (HUNG; YEN; WU, 2009). Sabe-se que os hábitos alimentares são passados de uma geração a outra e que a família tem um papel importante na influência da dieta dos adolescentes (MONTEIRO; VICTORA; BARROS, 2004). Além disso, à conscientização e incentivo de ambos os pais na adoção de um estilo de vida saudável pode influenciar os adolescentes a aderir práticas regulares de atividade física (PETROSKI; PELEGRINI, 2009).

Mendes et al. (2006) verificaram uma correlação familiar entre obesidade, tabagismo, sedentarismo e hipertensão arterial, confirmando a influência significativa da família nos fatores de risco para doenças cardiovasculares, além de perceber que a obesidade tende a se agregar em famílias não só pelo fator genético, mas também por compartilhamento de um mesmo ambiente.

Estes fatores exibidos pelos adolescentes pode ocorrer devido a comportamentos de risco à saúde influenciados pelo ambiente familiar. Portanto, as atitudes dos pais estimulam, de maneira geral, a obtenção de comportamentos saudáveis por parte de seus filhos (PETROSKI; PELEGRINI, 2009).

A família constitue-se como o primeiro ambiente de aprendizagem de jovens e adolescentes, influenciando comportamentos de saúde tanto positivos como negativos. Os pais constituem-se como modelos para hábitos alimentares, atividade

física e, consequentemente, podem determinar indiretamente os peso corporal dos adolescentes (DIETZ, 1994). Além disso a família pode ser a influenciadora ao uso de cigarros e consumo de bebidas alcoólicas pelos adolescentes.

Com isso, existe uma interrelação do comportamento tido pelo adolescente e sua aprendizagem determinada pelo ambiente familiar. Este processo de aprendizagem pode ser explicado por teorias baseadas em estudos de Psicologia e de Educação. A aprendizagem dos indivíduos é descrita pela aquisição de conhecimentos e habilidades, além da troca relativa de comportamento devido a novas experiências que levam a alteração de conduta de um indivíduo, seja por condicionamento operante, experiência ou ambos. As informações podem ser absorvidas através de técnicas de ensino ou pela aquisição de hábitos.

A justificação teórica das atividades práticas de aprendizagem é descrita por teorias da aprendizagem. Atualmente existem diversas teorias sobre a aprendizagem dos indivíduos, mas as que parecem contemplar o presente estudo estão descritas a seguir.

A teoria do *behaviorismo* ou comportamentalismo tem como objeto de estudo a interação entre o organismo e o ambiente. Burrhus Frederic Skinner, criador do conceito de "condicionamento operante", o qual é obtido quando um comportamento é seguido da apresentação de um reforço positivo (recompensa) ou negativo (supressão de algo desagradável), a frequência deste comportamento aumenta. Segundo Skinner, aprendizagem é basicamente uma mudança de comportamento que é ensinado através de reforços imediatos e contínuos a uma resposta a um estímulo emitida pelo sujeito, e que seja mais próxima da resposta desejada. Fortalecidas, as respostas serão emitidas cada vez mais adequadamente, até se chegar ao comportamento desejado ou na conseqüência deste

comportamento. Tanto é que uma idéia básica do *behaviorismo* mais recente é a de que "o comportamento é controlado pelas conseqüências": se a conseqüência for boa para o sujeito, haverá uma tendência de aumento na freqüência da conduta e, ao contrário, se for desagradável, a freqüência de resposta tenderá a diminuir (BIGGE, 1971; PARREIRAS, 2009).

O indivíduo é um ser ativo, que opera no ambiente, provocando modificações no mesmo, modificações essas que retroagem sobre o sujeito, modificando seus padrões comportamentais. Além disso, Skinner mencionava que o comportamento do indivíduo se daria também influenciado pelos aspectos biológicos da espécie e da hereditariedade do indivíduo; pela sua história de vida e pelos aspectos culturais que influenciam a conduta humana (BIGGE, 1971; GONÇALVES, 2001).

Jean Piaget criou a teoria do desenvolvimento da inteligência, que foi baseada em experiências com crianças a partir do nascimento até a adolescência. Para Piaget, o conhecimento é construído através da interação do sujeito com seu meio, a partir de estruturas existentes. Assim sendo, a aquisição de conhecimentos depende tanto das estruturas cognitivas do sujeito como da relação dele, sujeito, com o objeto.

Na concepção piagetiana, a aprendizagem ocorre mediante a consolidação das estruturas de pensamento. Nesta perspectiva para a construção de um novo conhecimento, é preciso que se estabeleça um desequilíbrio nas estruturas mentais, isto é, os conceitos já assimilados necessitam passar por um processo de desorganização para que possam novamente, a partir do contato com novos conceitos se reorganizarem, estabelecendo um novo conhecimento. Este

mecanismo pode ser denominado de equilibração das estruturas mentais, ou seja, a transformação de um conhecimento prévio em um novo (PIAGET, 1975).

A teoria psicológica sociocultural ou sócio-interacionista descrita por Lev Vygotsky postula uma dialética das interações com o outro e com o meio, como desencadeador do desenvolvimento sócio-cognitivo. Um ponto central da teoria de Vygotsky é o conceito de Zona de Desenvolvimento Proximal, que afirma que a aprendizagem acontece no intervalo entre o conhecimento real e o conhecimento potencial. Em Para definir o conhecimento real, Vygotsky sugere que se avalie o que o sujeito é capaz de fazer sozinho, e o potencial aquilo que ele consegue fazer com ajuda de outro sujeito (VYGOTSKY, 1991).

O ponto de partida desta análise é a concepção vygotskyana de que o pensamento verbal não é uma forma de comportamento natural e inata, mas é determinado por um processo histórico-cultural e tem propriedades e leis específicas que não podem ser encontradas nas formas naturais de pensamento e fala.

2.8. TRABALHO RURAL INFANTIL

O contexto de vida e trabalho de crianças e adolescentes economicamente ativos representa uma das situações mais importantes da questão social no Brasil. A legislação nacional em vigor permite, em circunstâncias especiais, o trabalho para maiores de 14 anos na condição de aprendizes e para maiores de 16 anos na condição de trabalhadores, protegidos e com os direitos trabalhistas e previdenciários assegurados. Apesar disto, ainda existem muitos jovens que estão no mercado de trabalho com idade inferior ao permitido (BRASIL, 2005).

Atualmente, o trabalho infantil deixou de ser um problema local, passando a proporções mundiais. Estima-se que, em todo o mundo, 352 milhões de crianças e adolescentes menores de 18 anos são economicamente ativos, incluindo atividades remuneradas ou não, trabalho ilegal e setor informal da economia (INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION, 2002).

Conforme dados da PNAD (Pesquisa Nacional de Amostragem Domiciliar) existem no Brasil cinco milhões e meio de crianças e adolescentes economicamente ativos entre 5 e 17 anos de idade destes, cerca de 2 milhões de crianças entre 5 e 13 anos estão em situação de trabalho muitas vezes atuando em atividades inadequadas para a idade (IBGE, 2003). Sabe-se entre as crianças economicamente ativas do país, 65% são do sexo masculino, 33% trabalham 40 horas ou mais por semana, 48% não têm remuneração, mais de 80% estão inseridos no setor informal da economia, mais de 50% utilizam produtos químicos, máquinas, ferramentas ou instrumentos no trabalho e 80% combinam o trabalho com a frequência à escola (SANTANA et al., 2003).

A interferência do trabalho na integridade da saúde de jovens é mostrada pelos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, os quais refletem as condições precárias em que a função vem sendo exercida, independente da faixa etária do trabalhador (BRASIL, 2005).

Em 1998, na zona urbana da cidade de Pelotas, um estudo revelou que cerca de 21% adolescentes entre 6 e 17 anos já haviam trabalhado alguma vez, 9,7% estavam trabalhando no momento da entrevista e 3,4% procuravam trabalho. Neste estudo a prevalência de trabalho infantil nas idades entre 10 e 13 anos foi de 7%, sendo que os meninos tinham 2,5 (1,7-3,7) vezes maior presença no trabalho que as meninas na mesma faixa etária (FACCHINI et al., 2003). Na mesma cidade,

Fassa et al. (2005) investigaram adolescentes de 10 a 17 anos e viram que 13,9% trabalhavam no momento do estudo e 15,7% já haviam trabalhado previamente.

Embora o trabalho infantil seja vastamente investigado em áreas urbanas, a maioria das crianças que trabalham são moradores de zona rural. No Brasil, entre as crianças economicamente ativas, 43,4% trabalham em atividades agrícolas. Se considerado por faixa etária, 75,9% de crianças entre 5 e 9 anos e 56% de adolescentes entre 10 a 14 anos trabalham na área rural (IBGE, 2003).

Além disso, há uma grande preocupação com relação ao trabalho realizado por crianças e seus efeitos adversos na escolaridade. Certas atividades impedem as crianças de estudar ou interferem negativamente na escolaridade, impossibilitando-as de obter um melhor trabalho e consequentemente um aumento de renda, mesmo na fase adulta (KASSOUF, 2002). Conforme observado por Oliveira et al. (2001), mesmo que jornada de trabalho não seja coincidente com o horário escolar, os estudos fora desse horário ficam prejudicados, afetando o bom rendimento do aluno.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar a associação de comportamentos de risco à saúde entre adolescentes escolares do ensino fundamental e seus pais e irmãos moradores de um município de zona rural do Rio Grande do Sul.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o nível de atividade física dos escolares, seus pais e irmãos;
- Descrever os hábitos sedentários (tempo diário de assistir TV, uso de videogame e microcomputador) dos escolares;
- Descrever o estado nutricional dos escolares, pais e irmãos;
- Medir a frequência de hábitos saudáveis de alimentação pelos escolares, seus pais e irmãos;
- Identificar a prevalência de experimentação e uso de cigarros pelos escolares, irmãos e associar com alguns fatores;
- Identificar o tipo e a quantidade de cigarros usados pelos escolares e irmãos, além de relatar o acesso à compra dos cigarros;
- Identificar o consumo de bebida alcoólica nos últimos 30 dias pelos escolares, seus pais e irmãos;

- Identificar a prevalência de experimentação de bebidas alcoólicas, acesso a compra, prevalência de experimentação de álcool pelos escolares e irmãos, além de relatar o acesso à compra dos cigarros, idade inicial do uso e tipo e quantidade de álcool ingerida;
- Identificar a frequência de trabalho remunerado ou não entre os adolescentes e associar com as demais variáveis;
- Associar os comportamentos de risco à saúde (nível de atividade física, sobrepeso/obesidade, hábitos saudáveis de alimentação, uso de cigarros e consumo de álcool) entre os adolescentes com o comportamento de seus pais e irmãos em relação às mesmas variáveis.

4. HIPÓTESES

- O comportamento de risco à saúde (inatividade física, hábitos alimentares inadequados, uso de cigarros e consumo de bebidas alcoólicas) e excesso de peso dos pais e irmãos é um forte fator relacionado aos mesmos comportamentos de risco à saúde pelos adolescentes;
- O percentual de adolescentes inativos será de 60%;
- A prevalência de excesso de peso (sobrepeso/obesidade) será próxima de 30%;
- Menos de 10% dos adolescentes mantém bons hábitos alimentares;
- A prevalência de experimentação do cigarro será de 40% e uso de 10%;
- A proporção de jovens que já experimentou álcool será de 50% e de consumo de 10%.

5. JUSTIFICATIVA:

Atualmente tem-se verificado um aumento na morbidade e mortalidade associadas a doenças e agravos não transmissíveis na população em geral (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002; BOUTAYEB; BOUTAYEB, 2005). Estes agravos são desencadeados por diversos fatores ligados ao estilo de vida de uma população, tais como genéticos, demográficos, socioeconômicos, ambientais, culturais, intrapessoais, entre outros.

Adolescentes moradores de zona urbana têm seu estilo de vida bem investigados. No entanto, poucos são os estudos que avaliam o estilo de vida de jovens de comunidades de zona rural devido à falta de grupos de pesquisa e universidades em municípios pequenos (PERESTRELO; MARTINS, 2003). Além disso, não se sabe qual a real influência da família no comportamento de risco à saúde dos adolescentes. Será que a família passa por meio da aprendizagem comportamentos de risco para seus filhos, em relação às escolhas alimentares inadequadas, falta de prática de atividade física, consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo?

Considerando que na literatura consultada não foram encontrados registros de pesquisas com a população específica de zona rural e que são poucos estudos que versem sobre o comportamento de risco à saúde de pais e filhos, justifica-se a importância de investigar o comportamento de risco à saúde de pais e irmãos e

associar estes com a inatividade física, maus hábitos alimentares, presença de sobrepeso/obesidade, consumo de álcool e uso de cigarros pelos adolescentes escolares moradores da zona rural do município de Barão do Triunfo localizado na Região Carbonífera do RS.

Barão do Triunfo é um município do interior do estado com a maior parte da população moradora na zona rural. Portanto a economia é baseada na agricultura e parte na pecuária. A agricultura é basicamente fumageira, assim o contato dos adolescentes com o tabaco é diário. O trabalho neste tipo de agricultura é anual, desde o preparo das mudas, plantio, colheita, secagem e fardamento do fumo dispende tempo e mão de obra o que certamente tem influi no nível de atividade física dos mesmos.

Esta mão de obra pode estar sendo buscada no trabalho dos adolescentes, pois o município apresenta uma taxa de analfabetismo de indivíduos com 15 anos ou mais (sem nenhum grau de estudo) é de 15,87% e para analfabetos funcionais (menos de 4 anos completos de estudos) é de 30,4% (IBGE, 2000). Apesar do município contar um bom suporte educacional desde a pré escola até ensino médio e de prestar serviços de transporte intermunicipal para locais que oferecem cursos superiores.

Além desta relação, o cultivo de fumo arraigado na economia local pode exercer uma forte influência do marketing das indústrias fumageiras, o que pode ser um fator fundamental para o uso de cigarros pela população estudada.

Em relação ao consumo alimentar, percebe-se que na região a população em geral tende a utilizar alimentos industrializados e de origem animal e como a monocultura prevalece nas propriedades, a escassez de alimentos saudáveis como

frutas, verduras e legumes é decisivo na escolha alimentar desta população. Os hábitos culturais presentes no município foram trazidos por imigrantes italianos, poloneses, alemães e espanhóis que também pode ter influência na alimentação da população estudada.

É interessante salientar que no município pesquisado existe um sistema de transporte escolar que favorece o deslocamento dos estudantes e a modernização no sistema de produção das lavouras, pode favorecer o sedentarismo na população. Em relação a atividade física das moças, percebe-se que a mesma é realizada apenas nas aulas de Educação Física nas escolas, acarretando assim uma maior chance de os adolescentes do sexo feminino apresentarem excesso de peso e outros agravos relacionados ao sedentarismo. Contrapondo-se a isto se sabe que muitos rapazes auxiliam seus pais nos serviços rurais, podendo então ter um nível de atividade física mais elevada que os adolescentes moradores de zona urbana. Verifica-se, então, a importância de medir o nível de atividade física destes adolescentes.

Ainda, será verificada a carga de trabalho desta população, pois se sabe que os adolescentes estão muitas vezes expostos a cargas de trabalho não compatíveis com a sua idade. No Brasil, a maior parte de atividades realizadas por crianças e adolescentes está localizada na zona rural, sob o regime de economia familiar, a exemplo da atividade fumageira onde os pais utilizam o trabalho dos filhos para garantir as cotas de produção e complementar a sua renda familiar (FRANKLIN et al., 2001).

Partindo do princípio que comunidades de zona rural estão sendo pouco investigadas no país e que ainda é desafiador saber quais os comportamentos de risco à saúde que os adolescentes se expõem e quais as influências que a família

detém nestas escolhas dos jovens este estudo irá delinear um diagnóstico dos comportamentos dos pais, irmãos e escolares de Barão do Triunfo/RS. Com os dados do presente estudo, teremos embasamento científico para realizar intervenções e planejar estratégias de prevenção em médio e longo prazo, promover mudanças de hábitos e comportamentos ligados ao estilo de vida, o que poderá resultar em melhoria na qualidade de vida e reduzir problemas de saúde no futuro desta população. Este estudo poderá subsidiar a implementação de políticas públicas na área de alimentação e nutrição, prevenção de uso de drogas lícitas, estímulo a prática de atividades direcionadas aos adolescentes, seus pais e irmãos.

6. METODOLOGIA

6.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal de base escolar a ser realizado no município de Barão do Triunfo/RS, no segundo semestre de 2009. Estes se caracterizam por serem de baixo custo e pela possibilidade de realização em tempo relativamente curto, aumentando a eficiência e efetividade do estudo (ROTHMAN, 1986).

No entanto, visto que a coleta de dados das variáveis de exposição e desfecho é realizada em um único momento no tempo a maior desvantagem deste tipo de estudo é a impossibilidade de estabelecer relações causais entre as variáveis por não provarem a existência de uma sequência temporal entre os eventos (BASTOS; DUQUIA, 2007).

6.2 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

Barão do Triunfo foi eleito para esta pesquisa por ser caracterizado um município de zona rural, pois possui uma economia baseada em grande parte na agricultura, com o cultivo de fumo, e o restante na pecuária. Está localizado na Região Carbonífera do Estado do Rio Grande do Sul (Figura 1), com território de 437km^2 e população de 6.924 habitantes.

Dentre os habitantes, 53% são do sexo masculino e 90% dos indivíduos moradores de zona rural, 663 estão na faixa etária dos 10 aos 14 anos e destes adolescentes, 55% são do sexo masculino (IBGE, 2007). Como indicador de sua atividade econômica do município o Produto Interno Bruto Per capita em 2008 foi de R$ 8.522. O Índice de Desenvolvimento Humano de Barão do Triunfo no mesmo ano foi de 0,74 (BARÃO DO TRIUNFO, 2009).

O município conta com oito Escolas Municipais localizadas na zona rural e uma Estadual na zona urbana. Conforme o Censo Escolar de 2009, haviam 913 alunos de Ensino Fundamental matriculados na Rede Municipal de Educação e destes, 385 eram alunos de 5ª a 8ª série sendo distribuídos nas três Escolas maiores (INEP, 2009).

Figura 1. Localização do Município de Barão do Triunfo no Mapa do Estado do Rio Grande do Sul

Figura 2. Mapa do município de Barão do Triunfo/RS.

6.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO

Todos adolescentes de 5ª a 8ª séries, de ambos os sexos, estudantes da rede municipal de educação do município de Barão do Triunfo/RS serão elegíveis para o estudo. Para cada adolescente entrevistado, serão obtidas informações de contato referentes aos pais e irmãos. Serão entrevistados o pai e a mãe que vivem com o adolescente a maior parte do tempo, independente da paternidade/maternidade biológica. Serão entrevistados também todos os irmãos dos adolescentes com idade entre 10 e 19 anos.

O sistema de educação é composto por 08 escolas municipais distribuídas na zona rural, 01 escola estadual e 01 instituição filantrópica de educação localizadas na zona urbana. As escolas municipais atendem desde a pré escola até

o ensino fundamental, a escola estadual atende o ensino médio e a instituição filantrópica de educação, a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (Apae) atende alunos portadores de deficiências. O ensino superior é atendido por instituições localizadas em municipios vizinhos (Camaquã, São Jerônimo e Canoas).

Serão incluídas no estudo as três escolas municipais da cidade que possuem turmas de 5ª a 8ª séries. A tabela 1 descreve a população em estudo de acordo com a escola e série.

Tabela 01 – Distribuição da população em estudo de acordo com a escola e série. Barão do Triunfo, RS, 2009. (n =385).

Escola	5ª série	6ª série	7ª série	8ª série
A	54	62	35	39
B	30	35	26	30
C	17	21	20	16
Total	101	118	81	85

Fonte: Barão do Triunfo,2009; Inep, 2009.

Em relação aos familiares do adolescente estimam que sejam encontrados 700 pais e 400 irmãos.

6.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não serão incluídos no estudo os indivíduos com incapacidade mental de responder ao questionário, além de adultas e adolescentes grávidas. Pessoas com incapacidade de ler e escrever e que estiverem dispostas a participarem da pesquisa serão auxiliadas no momento de preencher o questionário.

6.5 TAMANHO DE AMOSTRA

O presente projeto não prevê cálculo de tamanho de amostra, visto que serão entrevistados todos os adolescentes da faixa etária determinada que estudem no município. Da mesma forma, o número de pais e irmãos a ser entrevistado também não será calculado, pois será conseqüência do número de adolescentes entrevistados. Ao final do estudo, serão realizadas análises de precisão e poder para as estimativas obtidas.

6.6 VARIÁVEIS DEPENDENTES:

As variáveis dependentes serão avaliadas de acordo com os comportamentos de comportamentos de risco à saúde, descritos a seguir.

6.6.1 Atividade física do adolescente:

A prática de atividade física será avaliada nos adolescentes através de questionário elaborado por Bastos (2006). O instrumento contém partes de alguns questionários existentes (COMPAQ, PAQ-C) para avaliação de atividade física e estilo de vida em adolescentes.

Busca-se investigar a atividade física nos quatro domínios: atividades de lazer; atividades ocupacionais e serviços domésticos; deslocamentos; atividades na escola, além da frequência semanal de cada atividade, bem como tempo de duração da mesma.

Serão considerados como expostos ao comportamento de risco à saúde de inatividade física, sejam descritos como inativos, os adolescentes que realizarem menos que 300 minutos de atividades físicas por semana, de acordo com a recomendação vigente (BIDDLE; CAVILL; SALLIS, 1998).

6.6.2 Hábitos de alimentação do adolescente:

Os hábitos saudáveis de alimentação serão definidos a partir do Guia Alimentar para a população brasileira (BRASIL, 2006), elaborado pelo Ministério da Saúde (MS).

Cada item será considerado se o adolescente aderiu ou não cada Passo proposto pelo MS, conforme os seguintes pontos de corte:

* Passo 01: ingerir 03 refeições durante o dia (café-da-manhã, almoço e jantar) e 02 lanches intercalados;

* Passo 02: ingerir 06 porções de cereais (arroz, milho, trigo, pães e massas), raízes ou tubérculos ao dia;

* Passo 03: ingerir 03 porções de frutas e 03 porções de legumes e verduras ao dia;

* Passo 04: ingerir 01 porção de leguminosas ao dia ou pelo menos, 5 vezes por semana;

* Passo 05: ingerir 03 porções de leite e derivados e 01 porção de carnes, peixes, ou ovos. Retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação torna esses alimentos mais saudáveis;

* Passo 06: consumir no máximo 01 porção de óleos e gorduras ao dia (óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina). Ler aos rótulos dos alimentos e escolher aqueles com menores quantidades de gorduras trans;

* Passo 07: consumir no máximo 2 vezes na semana refrigerantes e sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas e outras guloseimas como regra da alimentação;

* Passo 08: consumir no máximo 1 vez por semana alimentos industrializados com muito sal (sódio) como hambúrguer, charque, salsicha, lingüiça, presunto,

salgadinhos, conservas de vegetais, sopas, molhos e temperos prontos. Não ter o hábito de colocar mais sal nas preparações prontas e nem de levar o saleiro a mesa;

* Passo 09: ingerir 06 ou mais copos de água pura ao dia;

* Passo 10: Pratique pelo menos 60 minutos de atividade física todos os dias e evite as bebidas alcoólicas e o fumo. Mantenha seu peso dentro dos limites saudáveis.

O comportamento de risco à saúde de hábitos inadequados de alimentação dos adolescentes será considerado pela não adesão aos passos do MS.

6.6.3 Fumo do adolescente:

Para análise de exposição ao comportamento de risco à saúde tabagismo, será considerado:

* Experimentação de cigarro: quando adolescente tiver fumado cigarro pelo menos uma vez na vida (Sim/Não).

* Idade de experimentação de cigarro;

* Fumante: quando o adolescente tiver fumado pelo menos um cigarro por dia, nos últimos 30 dias (Sim/Não);

* Quantidade de cigarros fumados por dia;

* Idade início tabagismo (somente para o fumante);

* Local onde fuma;

* Acesso a compra de cigarros.

6.6.4 Álcool do adolescente:

Para análise de exposição ao comportamento de risco à saúde consumo de álcool será considerado:

* Experimentação de bebidas alcoólicas: quando adolescente tiver ingerido qualquer tipo de bebida pelo menos uma vez na vida (Sim/Não);

* Idade de experimentação da bebida;

* Consumo regular de álcool: quando o adolescente tiver ingerido alguma bebida alcoólica nos últimos 30 dias: Sim/Não

* Tipo de bebida consumida;

* Quantidade de álcool consumido (copos);

* Consumo excessivo alguma vez na vida (Sim/Não);

* Acesso a compra de bebidas.

6.6.5 Estado nutricional do adolescente

A exposição ao comportamento de risco à saúde, sobrepeso e obesidade, será considerado os adolescentes com excesso de peso a partir da classificação do estado nutricional.

Será utilizado o Índice de Massa Corporal (IMC) calculado a partir da equação: IMC= P (kg)/ A^2 (m), posteriormente será classificado em percentil, segundo idade e sexo.

Os padrões utilizados como referências foram classificados segundo critérios da Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995), que define:

Desnutrido:	Percentil < 5
Eutrófico:	Percentil ≥ 5 e Percentil < 85
Sobrepeso:	Percentil ≥ 85 e Percentil < 95
Obesidade:	Percentil ≥ 95

Para as idades entre 10 e 19 anos, os valores de IMC são os listados no quadro 1 conforme descrito por Must; Dallal e Dietz (1991).

Quadro 1 – Valores de IMC (kg/m^2) segundo os valores de percentil, sexo e idade.

Percentis											
		P5		P 15		P50		P85		P95	
Sexo		M*	F**	M*	F**	M*	F**	M*	F**	M*	F**
Idade (anos)	10	14,42	14,23	15,15	15,09	16,72	17,00	19,60	20,19	22,60	23,20
	11	14,83	14,60	15,59	15,53	17,28	17,67	20,35	21,18	23,73	24,59
	12	15,24	14,98	16,06	15,98	17,87	18,35	21,12	22,17	24,89	25,95
	13	15,73	15,36	16,62	16,43	18,53	18,95	21,93	23,08	25,93	27,07
	14	16,18	15,67	17,20	16,79	19,22	19,32	22,77	23,88	26,93	27,97
	15	16,59	16,01	17,76	17,16	19,92	19,69	23,63	24,29	27,76	28,51
	16	17,01	16,37	18,32	17,54	20,63	20,09	24,45	24,74	28,53	29,10
	17	17,31	16,59	18,68	17,81	21,12	20,36	25,28	25,23	29,32	29,72
	18	17,54	16,71	18,89	17,99	21,45	20,57	25,92	25,56	30,02	30,22
	19	17,80	16,87	19,20	18,20	21,86	20,80	26,36	25,85	30,66	30,72

*M: Masculino, **F: Feminino
Proposto por Must; Dallal; Dietz (1991)

As medidas de circunferência da cintura descritos por McCarthy; Jarrett e Crawley (2001) serão utilizadas para detectar gordura abdominal nos adolescentes. No quadro 2 estão listados os pontos de corte para o percentil 90 para excesso de peso abdominal e 95 para obesidade abdominal, de acordo com idade e sexo.

Quadro 2 – Ponto de corte para circunferência da cintura (cm) conforme idade e sexo.

Percentis					
		≥ P90		≥ P95	
	Sexo	M*	F**	M*	F**
Idade (anos)	10	65,6	63,6	67,9	66,2
	11	67,9	65,4	70,4	68,1
	12	70,4	67,3	72,9	70,5
	13	73,1	69,1	75,7	71,8
	14	76,1	70,6	78,9	73,2
	15	79,0	71,7	82,0	74,3
	16 ou mais	81,8	72,6	85,9	75,1

*M: Masculino,**F: Feminino
Proposto por McCarthy; Jarrett; Crawley (2001).

O percentual de gordura corporal (%G) dos adolescentes será estimado a partir das dobras cutâneas triciptal e subescapular, através da equação de Lohman (1986):

$$\%G = 1{,}35\ (DCT + DCSB) - 0{,}012\ (DCT + DCSB)^2 - C$$

Onde C é uma constante diferenciada pela idade e sexo (QUADRO 3)

Quadro 3 – Valor da constante C da formula de %G conforme idade e sexo.

Valor da constante C			
	Sexo	**M***	**F****
Idade (anos)	10-12	4,4	2,4
	13-15	5,4	3,4
	16 ou mais	6,4	4,0

*M: Masculino,**F: Feminino
Proposto por Lohman (1986):

Para a prevalência de obesidade, quanto ao %G, utilizar-se-á o ponto de corte maior do que 30%, de acordo com a definição sugerida por Cintra; Costa e Fisberg (2004).

6.6.6 Trabalho dos adolescentes

Trabalho foi definido como “toda atividade sistemática em que há uma obrigatoriedade de desenvolver tarefas, em horários e períodos pré-determinados, seja no ambiente doméstico, seja para terceiros, com ou sem remuneração, tendo ou não vínculo empregatício formalizado” (FISCHER et al., 2003).

O termo “trabalho infantil” foi utilizado de acordo com o indicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), para facilitar a distinção do trabalho dos adolescentes com a idade na qual o trabalho é permitido, sendo:

Trabalho regular: após 16 anos

Trabalho infantil: antes dos 16 anos

Similar ao trabalho de Facchini et al. (2003) será considerado trabalho infantil qualquer atividade laborativa regular, remunerada ou não, domiciliar ou não. A definição capta as atividades infantis de auxílio às demandas domésticas (cuidado da casa ou de irmãos menores), o trabalho formal remunerado e inclusive atividades informais (agricultura). Caracterizou-se o trabalho no dia da entrevista e o trabalho prévio.

6.6.7 Atividade física dos pais:

Será aplicado o Questionário Internacional de Atividades Físicas (IPAQ) versão longa em suas quatro seções, conforme a versão oficial em português. Será investigada as atividades físicas referentes aos sete dias antecedentes (CELAFISCS). Para a elaboração do escore semanal de atividades físicas o tempo com atividades vigorosas será multiplicado por dois (CRAIG et al., 2003). O indivíduo que alcançar escore de 150 minutos ou mais de atividade física durante uma semana normal será considerado ativo e se o escore for inferior a 150 minutos semanais será considerado inativo ou com exposição ao comportamento de risco à saúde inatividade física (PATE et al., 1995; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1996; HASKELL et al., 2007).

6.6.8 Hábitos de Alimentação dos pais:

Os hábitos saudáveis de alimentação serão definidos a partir do Guia Alimentar para a população brasileira, elaborado pelo Ministério da Saúde (MS).

Cada item será considerado se o adolescente aderiu ou não cada Passo proposto pelo MS (BRASIL, 2006), conforme os seguintes pontos de corte:

* Passo 01: ingerir 03 refeições durante o dia (café-da-manhã, almoço e jantar) e 02 lanches intercalados;

* Passo 02: ingerir 06 porções de cereais (arroz, milho, trigo, pães e massas), raízes ou tubérculos ao dia;

* Passo 03: ingerir 03 porções de frutas e 03 porções de legumes e verduras ao dia;

* Passo 04: ingerir 01 porção de leguminosas ao dia ou pelo menos, 5 vezes por semana;

* Passo 05: ingerir 03 porções de leite e derivados e 01 porção de carnes, peixes, ou ovos. Retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação torna esses alimentos mais saudáveis;

* Passo 06: consumir no máximo 01 porção de óleos e gorduras ao dia (óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina). Ler aos rótulos dos alimentos e escolher aqueles com menores quantidades de gorduras trans;

* Passo 07: consumir no máximo 2 vezes na semana refrigerantes e sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas e outras guloseimas como regra da alimentação;

* Passo 08: consumir no máximo 1 vez por semana alimentos industrializados com muito sal (sódio) como hambúrguer, charque, salsicha, lingüiça, presunto, salgadinhos, conservas de vegetais, sopas, molhos e temperos prontos. Não ter o hábito de colocar mais sal nas preparações prontas e nem de levar o saleiro a mesa;

* Passo 09: ingerir 06 ou mais copos de água pura ao dia;

* Passo 10: Pratique pelo menos 30 minutos de atividade física todos os dias e evite as bebidas alcoólicas e o fumo. Mantenha seu peso dentro dos limites saudáveis**.**

O comportamento de risco à saúde de hábitos inadequados de alimentação dos adultos será considerado pela não adesão aos passos do MS.

6.6.9 Fumo dos pais:

Para análise de exposição ao comportamento de risco à saúde, tabagismo, será considerado:

* Ex-fumante: quando o adulto tiver sido fumante no passado (Sim/Não);

* Fumante atual: quando o adulto fumar pelo menos um cigarro por dia nos últimos 30 dias (Sim/Não);

* Fumante ocasional: quando o adulto tiver fumado pelo menos um cigarro nos últimos 30 dias (Sim/Não);

* Idade de início do tabagismo;

* Não fumante: Nunca fumou;

* Quantidade de cigarros fumados por dia;

* Local onde fuma;

6.6.10 Álcool dos pais:

Para análise de exposição ao comportamento de risco à saúde, consumo de álcool, será considerado:

* Frequência de consumo de álcool: mensal, quinzenal, semanal;

* Consumo excessivo alguma vez na vida (Sim/Não);

* Idade de início regular da bebida;

* Tipo de bebida consumida;

* Quantidade de álcool consumido (copos).

6.6.11 Estado nutricional dos pais:

O comportamento de risco à saúde, sobrepeso e obesidade, dos adultos será obtido a partir da classificação do estado nutricional descrito a seguir.

O Índice de Massa Corporal (IMC) dos pais será obtido a partir da seguinte fórmula: [IMC= P (kg)/ A^2 (m).

Para classificação do estado nutricional a partir do IMC serão considerados os seguintes pontos de corte, conforme indicado pela Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995).

Desnutrido:	≤ 18,49kg/m^2;
Eutrófico:	≥18,50 e ≤ 24,99 kg/m^2
Sobrepeso:	≥ 25,00 e ≤ 29,99 kg/m^2
Obesidade:	≥ 30 kg/m^2

Os valores de pontos de corte utilizados para avaliar a gordura abdominal serão de 102 cm para homens e de 88 cm para mulheres, conforme recomendado pela Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

6.6.12 Variáveis de exposição:

Os adolescentes irão informar sobre a série em que estudam, tempo diário utilizado para assistir televisão (≤2hs/>2hs), uso de videogames (sim/não) e microcomputadores (sim/não).

Os pais ainda irão relatar a situação conjugal atual, segundo as seguintes opções: casado ou mora com companheiro, solteiro, separado ou viúvo.

Devido à ausência de informação na estratificação social em áreas rurais, a avaliação do nível socioeconômico da população estudada será realizada conforme os bens de consumo pertencentes aos familiares, incluindo os bens agrícolas.

As principais variáveis de exposição comum a todos entrevistados são descritas na tabela 2.

Tabela 02 – Descrição das variáveis de exposição demográficas, socioeconômicas e de saúde conforme característica, tipo e indivíduo respondente.

VARIÁVEL	CARACTERÍSTICA	TIPO	RESPONDENTE
Demográficas			
✓ Sexo	Masculino/feminino	Categórica binária	Ambos
✓ Idade	Anos completos	Numérica discreta	Ambos
✓ Cor da pele	Branco/preta/parda/outra	Categórica nominal	Ambos
✓ Situação conjugal	Casado ou mora com companheiro/solteiro/ separado/viúvo	Categórica nominal	Pais
Socioeconômicas			
✓ Escolaridade	Anos completos de estudo	Numérica discreta	Pais
✓ Nível econômico	Quintis de renda da amostra	Categórica ordinal	Pais
✓ Ocupação	Sim/não	Categórica binária	Ambos
✓ Remuneração	Sim/não Valor em Salário Mínimo	Categórica binária Numérica contínua	Adolescentes
Saúde			
✓ Autopercepção de saúde	Muito boa, Boa, Regular, Ruim, Muito ruim	Categórica ordinal	Ambos
✓ Sono	Numero de horas	Numérica contínua	Ambos
✓ Doenças auto relatadas	Diabetes, doenças cardiovasculares, doenças renais	Categórica nominal	Ambos

6.7 INSTRUMENTOS

O instrumento utilizado para coleta de dados será um questionário constituído de perguntas sobre características socioeconômicas, demográficas, de saúde, comportamentos de risco à saúde, para adultos e adolescentes. O anexo 1 mostra o questionário a ser aplicado com os pais e o anexo 2 mostra o questionário a ser aplicado com adolescentes. Na tabela 3 estão descritos os instrumentos a serem utilizados para coleta de dados.

Tabela 03 – Distribuição dos instrumentos a serem utilizados de acordo com faixa etária.

	FAIXA ETÁRIA	
	ADOLESCENTES	**ADULTOS**
Atividade Física	Questionário concordado por Bastos et al. (2006)	IPAQ[1] versão longa
Hábitos de Alimentação	Questionário elaborado a partir do Guia alimentar para a população brasileira	
Consumo de álcool	Questionário baseado no proposto pelo CEBRID[2]	Questionário baseado no AUDIT[3]
Tabagismo	Questionário baseado no proposto pelo CEBRID[2]	Questionário baseado no proposto pelo CEBRID[2]
Estado nutricional	– IMC (kg/m^2) [4]	– IMC (kg/m^2) [4]
Obesidade Central	– CC (cm) [5]	– CC (cm) [5]
Percentual de gordura corporal (%G)	– DCT (mm) [6] – DCSB (mm) [7]	

[1]IPAQ: International Physical Activity Questionnaire (Questionário Internacional de Atividades Físicas)
[2]CEBRID: Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas
[3]AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test
[4]IMC: Índice de massa corporal
[5]CC: Circunferência da cintura
[6]DCT: Dobra cutânea triciptal
[7]DCSB: Dobra cutânea subescapular

O nível de atividade física será avaliada nos adolescentes pelo questionário concordado por Bastos et al. (2006) e nos adultos com o Questionário Internacional de Atividades Físicas (IPAQ) versão longa em suas quatro seções, conforme a versão oficial em português (CELAFISCS).

Os hábitos de alimentação de adultos e adolescentes serão verificados através de um questionário baseado no Guia Alimentar para população brasileira (BRASIL, 2006).

Para avaliar o consumo de álcool dos pais serão utilizadas as questões do Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) que foi validado no Brasil por Méndez (1999) e recomendado pela Organização Mundial da Saúde (BABOR et al., 2001). Além deste questionário serão incluídas algumas questões para avaliar o tipo de bebidas alcoólicas consumidas pelos adultos. O Audit é composto por 10 questões e as respostas de cada questão são pontuadas de 1 a 4, sendo que o somatório destas questões devem ser avaliadas conforme os seguintes escores:

Valores de 1 a 7 pontos: Consumo de baixo risco

Valores de 8 a 19 pontos: Consumo Nocivo/Abuso

Valores de 20 a 40 pontos: Dependência

O uso de álcool por adolescentes será avaliado em adolescentes com questões do questionário formulado pelo Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). Diferentemente do questionário dos adultos, as questões para adolescentes irão avaliar a experimentação de bebidas alcoólicas e nos adultos será avaliado o alcoolismo.

Para avaliação de uso de cigarros por adultos e adolescentes será utilizado algumas questões propostas pelo questionário proposto pelo Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID).

O estado nutricional de adolescentes e adultos será verificado pelo índice de massa corporal (IMC) que é obtido a partir das medidas de peso corporal em kg e altura em metros e com a seguinte fórmula: IMC= Peso corporal (kg) / Altura $(m)^2$.

O peso será aferido em balança digital com precisão de 0,1kg, a qual será aferida a cada 50 medidas realizadas ou nos intervalos entre as medidas com um peso padrão de 05kg e a altura será aferida por meio de estadiômetro com escala de 0,1cm. Estas medidas serão aferidas duplamente em cada indivíduo para realização posterior da média. Se, entre a primeira e a segunda aferição de peso e altura ter diferença de mais de 0,5kg e de 0,01cm, respectivamente, serão realizadas novamente as duas medidas. Para realização das medidas de peso e altura o indivíduo deverá estar com roupas leves, permanecer em posição vertical, ereto, com os pés paralelos e descalços e com o plano dorsal do corpo em contato com a parede além de manter a cabeça no plano horizontal de Frankfurt, olhar paralelo ao solo.

A obesidade central será avaliada após a medida da circunferência da cintura (CC), a qual será verificada com fita métrica inextensível, com precisão de 0,1cm e será coletada conforme o procedimento descrito por Callaway et al. (1991), com o indivíduo em pé com abdômen relaxado, os braços descontraídos ao lado do corpo, a fita colocada horizontalmente no ponto médio entre a borda inferior da última costela e a crista ilíaca, sendo que será realizada a média de duas aferições. As medidas serão realizadas com a fita colocada firmemente sobre a pele sem compressão dos tecidos e será classificada de acordo com os critérios propostos por McCarthy; Jarrett; Crawley (2001).

As espessuras das dobras cutâneas serão aferidas nos adolescentes para obter-se o percentual de gordura corporal. As medidas serão realizadas com um

adipômetro da marca Cescorf de escala de 1mm. Serão obtidas as dobras cutâneas triciptal (DCT) e subescapular (DCSB) a partir da média de três medições, admitindo-se variação máxima de 1mm entre as medidas, caso contrário as medidas serão realizadas novamente.

A DCT será aferida no ponto médio entre o acrômio e o olécrano no lado não dominante do corpo com o indivíduo em posição ortostática (em pé), com os braços estendidos e relaxados ao longo do corpo. O adipômetro deve estar na posição horizontal em relação à dobra. A partir da referência anatômica, traça-se uma linha horizontal e imaginária até a face posterior do braço (tríceps), onde se marca o ponto onde será pinçada a dobra verticalmente.

Para aferição da DCSB será realizada a dois centímetros abaixo do ângulo inferior da escápula, no lado não dominante do corpo, com o indivíduo em pé, com os braços estendidos e relaxados ao longo do corpo. O instrumento deve estar na posição diagonal em relação à dobra e à coluna vertebral, onde a dobra é pinçada diagonalmente a partir da referência anatômica.

6.8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como nenhum questionário de atividade física previamente validado em adolescentes brasileiros avalia todos os domínios da atividade física nesta pesquisa será utilizado o questionário concordado por Bastos et al. (2006), o qual utiliza todos os domínios desta atividade.

Os comportamentos relacionados à atividade física e ao trabalho dos adolescentes podem apresentar uma variação sazonal, de forma que as informações levantadas podem representar as características relacionadas à fase de coleta de dados. Como o município tem predominância na agricultura familiar o nível

de atividade física e o trabalho dos adolescentes e seus familiares pode variar entre a época de plantio, colheita e folga dos trabalhos agrícolas.

O consumo alimentar dos indivíduos será avaliado por meio do questionário baseado nos passos do Guia alimentar para a população brasileira (BRASIL, 2006). Este instrumento de pesquisa foi elaborado avaliar a frequência de hábitos alimentares saudáveis, baseado nos “10 Passos para uma Alimentação Saudável” do Ministério da Saúde do Brasil.

Cada questão avalia apenas a dimensão de freqüência de consumo diário desses alimentos, sem solicitar o tamanho das porções, somente será baseada que cada frequencia será considerado uma porção média de cada alimento.

A avaliação do alcance das diretrizes para a alimentação saudável (Passo 1) será baseada apenas no número de refeições, diante da dificuldade de abordar questões mais técnicas sobre a alimentação saudável entre leigos

Entre outras limitações do presente estudo destaca-se a possibilidade do viés de causalidade reversa na associação entre dieta, atividade física e estado nutricional, visto que adolescentes obesos podem, por exemplo, modificar a dieta como conseqüência de seu estado nutricional. Outra possibilidade é o sub-relato do consumo de dietas ricas em gordura ou em carboidratos simples por parte dos adolescentes obesos.

O IMC, mesmo apresentando limitações de uso, principalmente com relação à verificação da composição corporal, tem sido considerado o melhor e mais usado procedimento para verificação de gordura corporal dentre os outros índices antropométricos que utilizam as medidas de peso e estatura. Assim, será utilizado este índice juntamente a avaliação de dobras cutâneas para diminuir este viés e ter confiabilidade nos dados obtidos. Visto que o IMC tem facilidade de mensuração,

pois utiliza dados antropométricos de fácil obtenção. Contrapondo-se a obtenção das dobras cutâneas depende muito do avaliador, mas para minimizar o viés esta medidas será coletada por apenas um avaliador, assim se houver viés será do tipo sistemático.

A coleta de dados contará com supervisão e participação direta da pesquisadora em todas as etapas da coleta de dados.

6.9 TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES:

Serão convidados para participar da coleta de dados os professores de Educação Física com vínculo empregatício na Secretaria Municipal de Educação de Barão do Triunfo, RS.

Os professores interessados passarão por um criterioso treinamento prévio a realização das medidas antropométricas, visto que a coleta de dados com o questionário será realizada pela supervisora do estudo. Os participantes da coleta de dados da pesquisa irão receber um certificado de participação.

A Secretaria Municipal de Educação conta com seis professores efetivos de Educação Física. Após um contato prévio, estima-se que cinco destes terão interesse em participar da coleta de dados.

O treinamento terá duração de 08 horas de explicações teóricas e simulações práticas da coleta de medidas antropométricas e para indivíduos da comunidade (estudo piloto). O estudo piloto será realizado como elemento final do processo de treinamento e será realizado em adolescentes de um município vizinho.

6.10 LOGÍSTICA:

O interesse na realização do presente projeto foi já foi discutido junto à Prefeitura e a Secretaria Municipal de Educação e Cultura de Barão do Triunfo, RS. Ambos os órgãos mostraram-se favoráveis a realização desta pesquisa desde maio de 2009. A partir da qualificação deste projeto junto ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Pelotas o mesmo será submetido ao Comitê de Ética da Escola Superior de Educação Física desta Universidade. Após a autorização do comitê de ética, será realizada uma reunião junto às diretoras das três escolas municipais, as quais irão assinar um termo (ANEXO 3) autorizando o início da coleta de dados nas respectivas escolas.

Em seguida serão marcados os dias para a realização das visitas nas salas de aula e assim convidar os escolares para participar da pesquisa. Simultaneamente, será anunciado o início da pesquisa através das mídias locais (jornais, rádio e folders explicativos) convidando os escolares, seus pais e irmãos para participar da coleta de dados, além de fazer uma divulgação da pesquisa para a comunidade.

Primeiramente serão marcadas as seguintes datas:

- Datas para primeira visita nas salas de aula (convite): três dias;
- Datas para coleta de dados dos escolares: um dia para cada turma: (12 dias);
- Data para retorno nas salas de aula (reduzir perdas): três dias;
- Datas para coleta de dados dos pais e irmãos (estimada): datas selecionadas conforme a turma do escolar. Será estimada uma data para os pais e irmãos de cada série escolar da escola.

Serão realizadas as visitas nas salas de aula de 5ª a 8ª séries das três escolas municipais, onde serão expostos aos alunos os objetivos da pesquisa e os procedimentos para coleta de dados, além de convidá-los para participarem do estudo, seus pais e seus irmãos. Após a explicação, será feito o levantamento do número de irmãos e pais que moram com os adolescentes, e serão obtidos dados referentes ao contato (nome, endereço e telefones) de pais e irmãos dos alunos. No caso do escolar não saber informar os dados de localização de seus pais e irmãos a pesquisadora irá buscar na Prefeitura e secretarias municipais ou com conhecidos do indivíduo.

Na ocasião do primeiro contato com os escolares, será entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 4) para que os alunos entreguem aos seus pais e estes assinem, o qual será devolvido no dia marcado para coleta de dados com os escolares. Anexado ao Termo terá a data, horário e local da reunião com os pais e irmãos dos alunos, que será realizada em data posterior a coleta de dados dos escolares.

Os pais ou responsáveis e os irmãos serão informados a respeito do projeto através do termo de consentimento livre e esclarecido e depois através de palestra no dia da coleta de dados explicando o objetivo da pesquisa e os procedimentos da coleta de dados, a garantia do anonimato, da liberdade de recusa e participação ou retirada do consentimento em qualquer fase da pesquisa, da garantia de qualquer esclarecimento que se fizer necessário, bem como certifica a ausência de risco à saúde física e integridade moral dos participantes, atendendo à nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Se os pais e irmãos não comparecerem na escola no dia marcado, será contatado para marcar outra data para coleta de dados e explicar novamente os

objetivos da pesquisa. Caso os pais e irmãos não compareçam no dia que foi marcado pela segunda vez, será realizado um segundo contato para combinar uma data para a coleta de dados no domicilio dos pais e irmãos. Mas este procedimento só será realizado após ter sido realizado todas as coletas de dados de pais e irmãos que comparecerem nas escolas. Além disso, serão realizadas visitas nas reuniões das Associações Comunitárias do Município e nos Dias de Campo promovidos pela Emater para coletar os dados dos pais e irmãos dos adolescentes.

A coleta de dados será iniciada somente com os adolescentes que tiverem com o termo de consentimento livre e esclarecido assinados pelo seu pai ou responsável, além de dar o seu consentimento verbal no momento da entrevista.

A coleta de dados do escolar será realizada na sala de aula com um questionário auto aplicado e após o preenchimento, será realizada a coleta de dados antropométricos com cada aluno. A coleta das medidas antropométricas será realizada pela pesquisadora e os professores de Educação Física selecionados. Para a coleta destas medidas, os escolares serão chamados individualmente numa sala reservada na escola para evitar constrangimentos.

Após a primeira coleta de dados dos escolares será realizada uma segunda visita em todas as turmas de todas as escolas novamente para verificar se algum aluno estava ausente no primeiro dia da coleta de dados e assim realizar a entrevista e as medidas com todos os alunos que tiverem o Termo de consentimento assinado pelos pais ou responsáveis.

Para coleta de dados de pais e irmãos serão utilizados os mesmos procedimentos tomados com os alunos. Primeiramente, ilustração dos objetivos da pesquisa e explicação para preenchimento do questionário e após a coleta de medidas antropométricas. O questionário será realizado de forma auto aplicada e

simultânea com todos os pais e irmãos. Para a coleta das medidas, os pais e irmãos serão chamados um a um numa sala reservada na escola para evitar constrangimentos.

Visto que se algum escolar, pai ou irmão não souber ler ou escrever serão auxiliados pelas entrevistadoras.

Após a entrevista, a pesquisadora irá revisar e codificar cada questionário aplicado e codificar os dados antropométricos. Alem disso, serão realizadas reuniões semanais entre os entrevistadores e a pesquisadora.

6.11 ESTUDO PILOTO

O estudo piloto será realizado com escolares de um município vizinho da região que não fará parte da amostra. Constituirá de testagem final do questionário e organização do trabalho de campo, além do treinamento final e de codificação dos dados para os entrevistadores.

6.12 CONTROLE DE QUALIDADE

As entrevistas serão conduzidas pela própria pesquisadora. A coleta de dados antropométricos realizados pelos professores de Educação Física serão conduzidos juntamente a pesquisadora para minimizar os possíveis erros na realização das medidas e os questionários serão revisados atentamente pela pesquisadora para controlar possíveis erros no preenchimento. Além disso, em torno de 10% das medidas antropométricas realizadas pelos professores de Educação física serão refeitas pela pesquisadora para minimizar possíveis vieses e aumentar a validade interna do estudo.

7. DIGITAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados serão digitados pela pesquisadora e duas auxiliares administrativas da Secretaria Municipal de Barão do Triunfo por duas vezes cada questionário e em seguida será feita a comparação das duas digitações. Para a digitação duplicada dos dados será utilizado o software Epi Info 6.04d (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, USA), e apos será realizado o *validate* para checagem automática de amplitude e consistência. Com estas etapas pretende-se corrigir falhas que possam ter ocorrido durante a digitação e/ou que tenham escapado à correção da codificação. Ao final deste processo, estará finalizado o banco de dados a ser analisado para ser analisado a partir do STATA 11.0.

A análise descritiva consistirá de cálculos de média e desvio-padrão para as variáveis numéricas e proporções, e intervalos de confiança de 95% para as variáveis categóricas. Segundo esta abordagem, uma descrição da população estudada, incluindo os escolares, pais e irmãos, será conduzida segundo características demográficas, socioeconômicas, comportamentais nutricionais e de saúde.

No segundo momento, a associação entre os desfechos estudados e as variáveis independentes será avaliada através do teste de Qui-quadrado para heterogeneidade ou tendência linear. Após será realizada analise multivariada conforme a figura 3.

8. MODELO HIERÁRQUICO

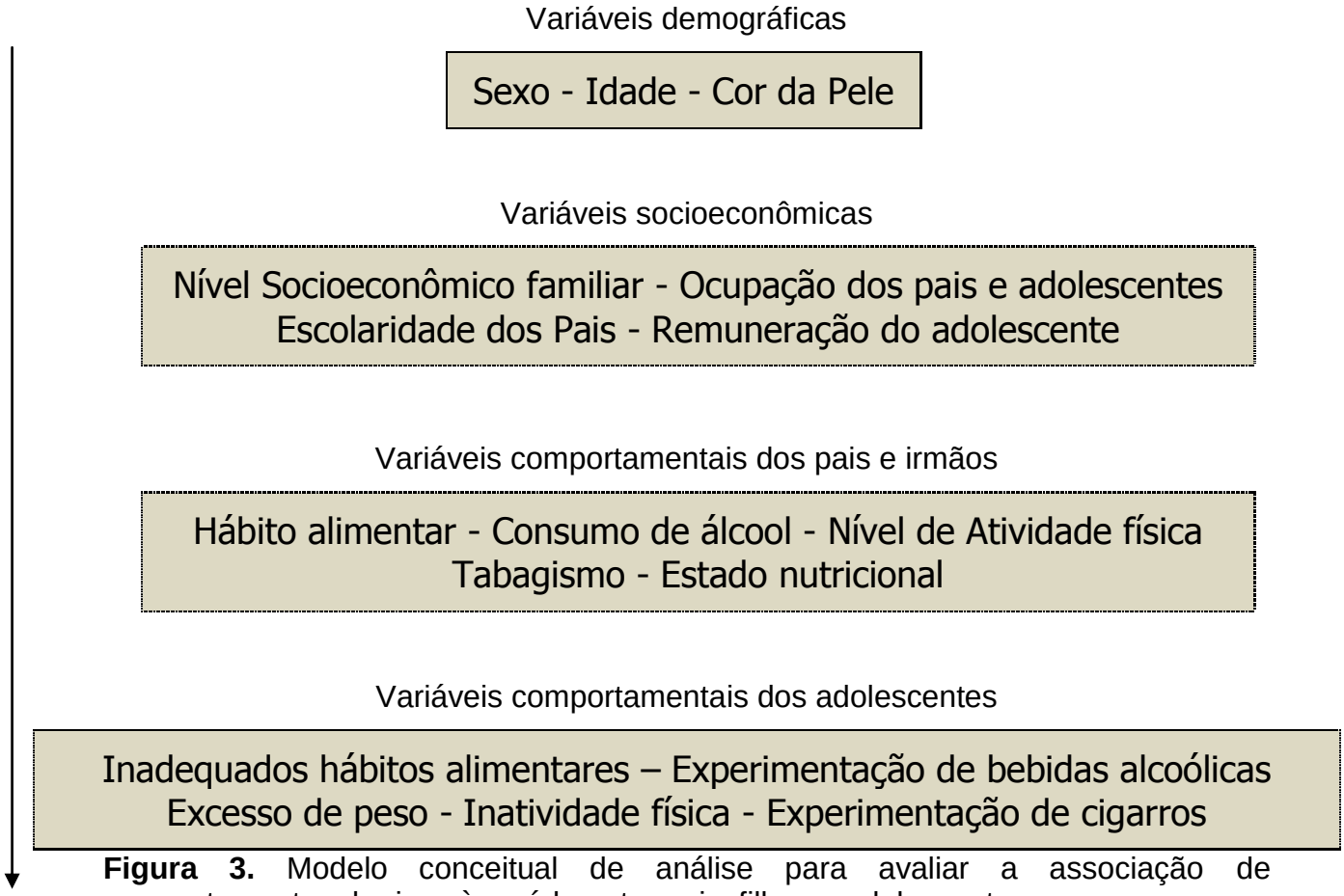


Figura 3. Modelo conceitual de análise para avaliar a associação de comportamentos de risco à saúde entre pais, filhos e adolescentes.

9. FINANCIAMENTO

Este estudo está sendo financiado pela Prefeitura Municipal de Barão do Triunfo/RS com recursos para transporte e coleta de dados, apoio para divulgação em eventos científicos.

10. ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto será submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas. Os dados individuais serão mantidos em sigilo. Além disso, será solicitado consentimento por escrito dos entrevistados, se o mesmo for menor de idade, seus pais ou responsáveis assinarão o termo. A entrevista somente será realizada após a explicação do estudo, esclarecimento de possíveis dúvidas do mesmo, após a garantia de sigilo aos indivíduos, esclarecimento de possíveis dúvidas do mesmo e consentimento verbal do entrevistado e garantia da participação foi voluntária, além de que os entrevistados têm a possibilidade de deixar de responder qualquer pergunta ou todo o questionário.

Visto que o direito de recusa será garantido aos participantes da pesquisa, além de que será tomada todas as medidas para proteção do entrevistado para deixá-lo confortável para responder à pesquisa.

O anexo 4 mostra o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que após ser assinado pelos participantes da pesquisa será arquivado por no mínimo 5 anos após a realização da pesquisa.

11. CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES

Quadro 4 – Cronograma de atividades de acordo com ano.

ANO	**2009**									**2010**											
MÊS / **ATIVIDADE**	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Revisão de literatura	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Elaboração do projeto	■	■	■	■	■	■	■	■													
Elaboração do instrumento de pesquisa				■	■	■	■	■													
Defesa do projeto de pesquisa					■																
Comitê de ética					■	■	■	■													
Estudo piloto								■	■	■											
Coleta de dados											■	■	■	■	■						
Codificação, revisão e digitação dos dados												■	■	■	■	■	■				
Análise dos dados															■	■	■	■	■		
Redação de artigos																	■	■	■	■	■
Defesa da dissertação																					■

12. REFERÊNCIAS

ABRANTES, M.M.; LAMOUNIER, J.A.; COLOSIMO, E.A. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste. **Jornal de Pediatria,** Rio de Janeiro, v.78, p.335-40, 2002.

ADAMI, F.; VASCONCELOS, F.A.G. Childhood and adolescent obesity and adult mortality: a systematic review of cohort studies. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.24, n.4, p.558-68, 2008.

AGUILAR, H.C.; MARTÍNEZ, M.R.B. Consumo de alcohol y adolescencia. **Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social,** México, v. 31, p.279-81, 1993.

ALAVARSE, G.M.A.; CARVALHO, M.D.B. Álcool e adolescência: o perfil de consumidores de um município do norte do Paraná. **Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery,** Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 408-16, 2006.

ALBANO, R.D.; SOUZA, S.B. Estado nutricional de adolescentes: "risco de sobrepeso" e "sobrepeso" em uma escola pública do Município de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.17, n.4, p. 941-47, 2001.

ANDERSSEN, N.; WOLD, B.; TORSHEIM, T. Are parental health habits transmitted to their children? An eight-year longitudinal study of physical activity in adolescents and their parents. **Journal of Adolescence**, London,v.29,p.513-24, 2006.

ANDRÉS, B.; PELETEIRO, R. Tabaquismo durante la adolescencia temprana. Estudio em escolares argentinos. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.79, n.5, p.61-6, 2003.

ANGELIS, R. C.; VIUNISKI, N. Obesidade: prevenção nutricional. **Nutrição em Pauta**, São Paulo, v. 72, p. 4-8, 2005.

ARAÚJO, V.C.; KONRAD, L.M.; RABACOW, F.M.; GRAUP, S. ; AMBONI, R.; FARIA JÚNIOR, J.C. Prevalência de excesso de peso em adolescentes brasileiros: Um estudo de revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde,** Pelotas, v.12, p. 79-87, 2008.

AZEVEDO, M.R.; ARAÚJO, C.L., SILVA, M.C., HALLAL, P.C. Tracking of physical activity from adolescence to adulthood: a population-based study. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n.1, p.69-75, 2007.

BABOR, T.; HIGGINS-BIDDLE, J.C.; SAUNDERS, J.B.; MONTEIRO, M.G. **AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care.** 2 ed. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001. 40p.

BARÃO DO TRIUNFO, RS. Prefeitura Municipal de Barão do Triunfo. Secretaria Municipal de Educação e Cultura. **Plano Municipal de Educação de Barão do Triunfo.** Barão do Triunfo, 2009. 46p.

BARBOSA, M.T.S.; CARLINE-COTRIM, B.; SILVA-FILHO, A.R. O uso de tabaco em estudantes de primeiro e segundo grau de dez capitais brasileiras: possíveis contribuições de estatística multivariada para a compreensão do fenômeno. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.23, p.401-9, 1989.

BARUKI, S.B.S.; ROSADO, L.E.F.P.; ROSADO, G.P., RIBEIRO, R.C.L. Associação entre estado nutricional e atividade física em escolares da Rede Municipal de Ensino em Corumbá - MS. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v.12, n.2, p. 90-4, 2006.

BASTOS, J.; ARAÚJO, C.; HALLAL, P.C. Prevalence of Insufficient Physical Activity and Associated Factors in Brazilian Adolescents. **Journal of Physical Activity & Health,** Atlanta, v. 5, n.6, p. 777-94, 2008.

BASTOS, J.L.D; DUQUIA, R.P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica,** Porto alegre, v. 17, n. 4, p. 229-32, 2007.

BASTOS, Juliano Peixoto. **Prevalência de sedentarismo e fatores associados em adolescentes**. 2006. 81f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

BAUS, J.; KUPEK, E.; PIRES, M. Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo,v.36, p.40-6, 2002.

BERENSON, G.S.; SRINIVASAN, S.R.; BAO, W.; NEWMAN, W.P.; TRACY, R.E.; WATTIGNEY, W.A. Association between multiple cardiovascular risk factors and atherosclerosis in children and young adults. Bogalusa Heart Study. **The New England Journal of Medicine**, Waltham, v.338, p.1650-6, 1998.

BIGGE, M. L. **Teorias da aprendizagem para professores**. São Paulo: editora pedagógica e universitária, 1971.

BIDDLE, S.; CAVILL, N.; SALLIS, J. **Young and Active?** Young People and Health-Enhancing Physical Activity—Evidence and Implications. London, UK: Health Education Authority; 1998. 176p.

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

BOUTAYEB, A.; BOUTAYEB, S. The burden of non communicable diseases in developing countries. **International Journal for Equity in Healt**, London, v.4, n.2, 2005.

BRASIL, L.M.P.; FISBERG, M.; MARANHAO, H.S. Excesso de peso de escolares em região do Nordeste Brasileiro: contraste entre as redes de ensino pública e privada. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil,** Recife, v.7, n.4, p. 405-12, 2007.

BRICKER, J.B.; PETERSON, A.V.J.; LEROUX, B.G.; ANDERSEN, M.R., RAJAN, K.B.; SARASON, I.G. Prospective prediction of children´s smoking transitions: role parent´s and older sibling´s smoking. **Addiction,** Farmington, v.101, p.128-36, 2006.

BUFF, C.G.; RAMOS, E.; SOUZA, F.I.S.;SARNI, R.O.S. Freqüência de síndrome metabólica em crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade. **Revista Paulista de Pediatria,** São Paulo, v.25, n.3, p. 221-6, 2007.

BURBANO, J.C.; FORNASINI, M.; ACOSTA, M. Prevalência y factores de riesgo de sobrepeso em colegialas de 12 a 19 años en una región semiurbana del Ecuador. **Revista Panamericana de Salude Pública**, Washington, v.13, p.277-8, 2003.

CALLAWAY, C.W.; CHUMLEA, W.C.; BOUCHARD, C.; HIMES, J.H.; LOHMAN, T.G.; MARTIN, A.D.; **Circumferences**. In: Lohman TG, Roche AF, Martorell R, editors. Anthropometric standardization reference manual. Champaign: Human Kinetics Books, p. 44-5.1991.

CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; NAPPO, S.A organizadores**. II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil.** São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas; 2006

CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; NAPPO, S.A. organizadores**. I levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil.** São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas; 2002.

CARMO, M.B.; TORAL, N.; SILVA, M.V.; SLATER, B. Consumo de Doces, refrigerantes e bebidas com adição de açúcar entre adolescentes da rede pública de ensino de Piracicaba, São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.9, n.1, p.121-30, 2006.

CARNEIRO, J.R.I.; KUSHNIR, M.C.; CLEMENTE, E.L.S.; BRANDÃO, M.G.; GOMES, M.B. Obesidade na adolescência: fator de risco para complicações clínico-metabólicas. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v.44, n.5, p.390-6, 2000.

CARVALHO, D.F.; PAIVA, A.A.; MELO, A.S.O; RAMOS, A.T.R; MEDEIROS, J.S.; MEDEIROS, C.C.; CARDOSO, M.A.A. Perfil lipídico e estado nutricional de adolescentes. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.10, n.4, p.491-8, 2007.

CELAFISCS-Centro de estudos do laboratório de aptidão física de São Caetano do Sul. IPAQ - **Questionário Internacional de Atividade Física**. Disponível em: <http://www.celafiscs.institucional.ws/65/questionarios.html>. Acesso em 01 maio 2009.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - U.S. Departamento of Health and Human Services. Preventing tobaco use among Young people. **A reporto f the Surgeon General.** Atlanta: National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1994, 24p.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - U.S. Department Of Health And Human Services**. Physical activity and health: a report from the Surgeon General**. Atlanta: National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996, 278p.

CEBRID-CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS [homepage] Disponível em: <http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/levantamento_brasil/>. Acesso em 01 maio 2009.

CERVATO, A.M.; VIEIRA, V.L. Índices dietéticos na avaliação da qualidade global da dieta. **Revista de Nutrição,** Campinas, v.16, n.3, p.347-55, 2003.

CESCHINI, F.L.; ANDRADE, D.R.; OLIVEIRA, L.C.; JÚNIOR, J.F.; MATSUDO, V.K. Prevalence of physical inactivity and associated factors among high school students from state's public schools **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.85, n.4, 2009.

CHÁVEZ, L.M.C.; ANDRADE, D. La escuela básica em la prevención del consumo de alcohol y tabaco: retrato de una realidad. **Revista Latinoamericana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v.13,p. 784-9, 2005.

CINTRA, I.P.; COSTA, R.F.; FISBERG, M. **Composição corporal na infância e adolescência**. In: Fisberg M, editor. Atualização em obesidade na infância e adolescência. São Paulo: Atheneu, 27-40. 2004

COSTA, M.C.D.; JUNIOR, L.C.; MATSUO, T. Sobrepeso em adolescentes de 14 a 19 anos em um município da região Sul do Brasil **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil,** Recife, v. 7, n.3, p.263-70, 2007.

COSTA, R.F.; CINTRA, I.P.; FISBERG, M. Prevalence of overweight and obesity in school children of Santos city, Brazil. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v.50, n.1, p. 60-7, 2006.

COSTA, R.M.P. Abordagem investigativa dos hábitos alimentares dos adolescentes. Uma contribuição para o entender da alimentação **Revista Técnica IPEP**, São Paulo, SP, v. 7, n. 1,p.79-86, 2007.

CRAIG, C.L.; MARSHALL, A.L.; SJOSTROM, M.; BAUMAN, A.E.; BOOTH, M.L.; AINSWORTH, B.E.; AINSWORTH, B.E.; PRATT, M.; EKELUND, U.; YNGVE, A.; SALLIS, J.F.; OJA, P. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. **Medicine and Science in Sports and Exercise,** Natick, v.35, n.8, p.1381-95, 2003 .

DALCASTAGNÉ, G.; RANUCCI, J.M.A.; NASCIMENTO, M.A.; LIBERALI, R.A. Influência dos pais no estilo de vida dos filhos e sua relação com a obesidade infantil. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento,** São Paulo v.2, n. 7, p. 44-52. 2008.

DEFORCHE, B.; DE BOURDEAUDHUIJ, I.; D'HONDT, E.; CARDON, G. Objectively measured physical activity, physical activity related personality and body mass index in 6- to 10-yr-old children: a cross-sectional study. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity,** Rockville Pike, v.14, p.6-25, 2009.

DÍAZ, N.; PÁEZ, M.C.; SOLANO, L. Situación nutricional por estrato social en niños escolarizados venezolanos. **Acta Científica Venezolana,** Caracas, v.53,n.4, p.284-9, 2002.

DIEZ, J.P. El modelado familiar y el papel educativo de los padres en La etiología del consumo de alcohol en los adolescentes. **Revista Española de Salud Pública**, Madri, v.72, p.251-66, 1998.

DUARTE, M.E.B. **Influência dos estilos de vida familiar no desenvolvimento do excesso de peso e obesidade em crianças em idade pré-escolar.** 2007. 25f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Universidade de Lisboa, Lisboa.

DUMMEL, Carmem Cristina Beck. **Sedentarismo e outros fatores de risco cardiovasculares em adolescentes**, 2007. 123f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) Faculdade de Educação Física, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

DUTRA, C.L.; ARAÚJO, C.L.; BERTOLDI, A.D. Prevalência de sobrepeso em adolescentes: um estudo de base populacional em uma cidade no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.22, p.151-62, 2006.

DUMITH, S.C.; DOMINGUES, M.R.; GIGANTE, D.P. Estágios de mudança de comportamento para a prática de atividade física: uma revisão da literatura. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano,** Santa Catarina, v.10, n.3, p.301-7, 2008.

ESCRIVÃO, M.A.M.S.; OLIVEIRA, F.L.C.; TADDER, J.A.A.C.; LOPEZ, F.A. Obesidade exógena na infância e na adolescência. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.76, n.3, p.:305-10, 2000.

FACCHINI, L.A.; FASSA, A.G.; DALL'AGNOL, M.; MAIA, M.F.S. Trabalho infantil em Pelotas: perfil ocupacional e contribuição à economia. **Ciência e Saúde Coletiva** Rio de Janeiro, v.8, n.4, p.953-61, 2003.

FASSA AG, FACCHINI LA, DALL'AGNOL MM, CHRISTIANI DC. Child labor and musculoskeletal disorders: The Pelotas (Brazil) epidemiologic survey. **Public Health Reports**, Cincinnati, v.120, p.665-73, 2005.

FILHO, M.B.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.19, n.1,p.181-91, 2003.

FISBERG, M. Consumo alimentar de adolescentes com sobrepeso e obesidade, estudantes de escolas pública e privada do Município de Cotia – SP. **Pediatria Moderna**, v. 42, n. 2, p.69-77, 2006.

FISBERG, M. Hábitos alimentares na adolescência. **Pediatria Moderna**, v.36, n.11, p.724-34, 2000.

FISCHER, F.M.; OLIVEIRA, D.C.; TEIXEIRA, L.R.; TEIXEIRA, M.C.T.V.; AMARAL, M.A. Efeitos do trabalho sobre a saúde de adolescentes. **Ciência e Saúde,** Rio de Janeiro, v.8, n.4, p.973-84, 2003.

FONSECA, V.M.; SICHIERI, R.; VEIGA, G.V. Fatores associados à obesidade em adolescentes **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v 32, p 541-9, 1998.

FRAGA, S.; RAMOS, E.; BARROS, H. Uso de tabaco por estudantes adolescentes portugueses e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n.4,p.620-6, 2006.

FRANCA, E.; ALVES, J.G.B. Dislipidemia entre crianças e adolescentes de Pernambuco. **Arquivos Brasileiro de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v.87, p.722-7, 2006.

FRANKLIN, R.N.; PINTO, E.C.M.M.; LUCAS, J.T.; LINNÉ, M.;PEIXOTO, R.; SAUER, M.T.N.; SILVA, C.H.; NADER, P.J.H. O trabalho precoce e riscos à saúde. **Revista Adolescência Latinoamericana**, Porto Alegre, v.2, n.2, p.80-9, 2001.

GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; CARLINI, E.A. **IV levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1° e 2° graus em 10 capitais brasileiras - 1997.** São Paulo: Departamento de Psicobiologia e Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas da Unifesp - CEBRID; 1997.

GARCIA, G.C.B.; GAMBARDELLA, A.M.D.; FRUTUOSO, M.F.P. Estado nutricional e consumo alimentar de adolescentes de um centro de juventude da cidade de São Paulo. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.16, n.1, p. 41-50, 2003.

GARCIA, K.S.L.; COSTA-JÚNIOR, M.L. Antisocial behavior and alcohol consumption by school adolescents. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, n.2, p. 299-305, 2008.

GODOY, F.C.; ANDRADE, S.C.; MORIMOT, J.M.; GOLDBAUM, L.CM.; BARROS, M.B.A.; CESAR, C.L.G.; FISBERG, R.M. Índice de qualidade da dieta de adolescentes residentes no distrito do Butantã, município de São Paulo, Brasil. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.19, n.6, p. 663-71. 2006.

GONÇALVES, H.; HALLAL, P.C.; AMORIM, T.C.; ARAÚJO, C.L.P.; MENEZES, A.M.B. Fatores socioculturais e nível de atividade física no início da adolescência. **Revista Panamericana de Salude Pública**, Washington, v. 22, n.4, p.46-53. 2007.

GUEDES, D.P.; GUEDES, J.E.R.P.; BARBOSA, D.S.; OLIVEIRA, J.A. Uso de tabaco e perfil lipídico-lipoprotéico plasmático em adolescentes. **Revista da Associação Medica Brasileira,** São Paulo, v. 53, n.1, p.59-63. 2007.

GUEDES, D.P.; GUEDES, J.E.R.P.; BARBOSA, D.S.; OLIVEIRA, J.A.; STANGANELLI, L.C. Cardiovascular risk factors in adolescents: biological and behavioral indicators **Arquivos Brasileiro de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v.86, p. 439–50, 2006.

GUERRA, S.; OLIVEIRA, J.; RIBEIRO, J.C.; TEIXEIRA-PINTO, A.; DUARTE, J.A.; MOTA, J. Relação entre a atividade física regular e a agregação de fatores de risco biológicos das doenças cardiovasculares em crianças e adolescentes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil,** Recife, v.3, n.1, p.9-15, 2003.

GUIMARAES, A.B.P.; HOCHGRAF, P.B.; BRASILIANO, S.; INGBERMAN, Y.K. Aspectos familiares de meninas adolescentes dependentes de álcool e drogas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.36, n.2, p. 69-74. 2009.

GUIOT, E.R.; BAUTISTA, C.F.; ICAZA, M.E.M.M.; MORÓN,M.L.A.; RODRÍGUEZ, M.D. Consumo de alcohol y drogas en estudiantes de Pachuca, Hidalgo. **Salud Pública de México**, México v.41, n.4, p.297-308. 1999.

GUTIÉRREZ, I.E.; CABAÑAS, A.H. Consumo de alcohol y drogas em estudiantes de Pachuca, Hidalgo. **Salud Publica de Mexico**, Cuernavaca, v.41, p.296-308,1999.

HALLAL PC, WELLS JC, REICHERT FF, ANSELMI L, VICTORA CG. Early determinants of physical activity in adolescence: prospective birth cohort study. **British Medical Journal,** Grã-Bretanha, v.32, p.1002-5, 2006b.

HALLAL, P.C.; BERTOLDI, A.D.; GONÇALVES, H.; VICTORA, C.G. Prevalência do sedentarismo e fatores associados em adolescentes de 10-12 anos de idade. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.22, p.1277-87, 2006a.

HALLAL, P.C.; VICTORA, C.G.; AZEVEDO, M.R.; Wells JC. Adolescent physical activity and health: a systematic review. **Sports Medicine**, Gillian Brailsford, v. 36, p.1019-30, 2006.

HARSH, D.W. The benefits of physical activity in chilhood. **The American Journal of the Medical Science**, v.310, n. 1, p.109-13, 1995.

HASKELL, W.L.; LEE, I-MIN; PATE, R.R.; POWELL, K.E.; BLAIR, S.N.; FRANKLIN, B.A.; MACERA, C.A.; HEATH, G.W.; THOMPSON, P.D.; BAUMAN, A. Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults From the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Circulation**, Dallas, p.1-14, 2007.

HEYMSFIELD, S.B. Preface-The weight debate: Balancing food composition and physical activity. **American Journal of Clinical Nutrition**, Houston, v.79, n.5, p. 897-8, 2004.

HIRVENSALO, M.T.; LINTUNEN, T.; RANTANEN, T. The continuity of physical activity: a retrospective and prospective study among older people. **Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports**, Copenhagen v.10, p.37-41, 2000.

HORTA, L.R.; HORTA, B.L.; PINHEIRO, R.T. Drogas: famílias que protegem e que expõem adolescentes ao risco. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria,** Rio de Janeiro, v.55, n.4, p.268-72, 2006.

HORTA, L.R.; HORTA, B.L.; PINHEIRO, R.T.; MORALES, B.; STREY, M.N.Tabaco, álcool e outras drogas entre adolescentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: uma perspectiva de gênero. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.3, n.4, p.775-83, 2007.

HUNG, C.C.; YEN, L.L.; WU, W.C. Association of parents' alcohol use and family interaction with the initiation of alcohol use by sixth graders: A preliminary study in Taiwan. **BMC Public Health**, London. 4;9:172. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2007. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=430175#.> Acesso em 05 fev. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/tabela3.shtm#a31> Acesso em 05 dez. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Trabalho Infantil 2001. Disponível em: < http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2004/default.shtm> Acesso em 30 de ago de 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/default.shtm> Acesso em 31 de dez de 2009.

INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISAS E ESTUDOS ANÍSIO TEIXEIRA – INEP. Censo Escolar 2009. Disponível em: <http://www.educacenso.inep.gov.br.> Acesso em 02 jan. 2010.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. **Every child counts:** new global estimates on child labour. Geneva: International Labour Organization. 2002. p. 55.

JERNIGAN, D.H. **Global status report: alcohol and young people.** Geneva: WHO, 2001. 53p.

KAC, G.; VELÁSQUEZ-MELENDEZ, G. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro,v.19,n.1,p.4-5, 2003.

KAIN, J.; VIO, F.; ALBALA, C. Obesity trends and determinant factors in Latin America. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro,v.19,n.1,p.77-86, 2003.

KASSOUF, Ana Lúcia. **Aspectos sócio-econômicos do trabalho infantil no Brasil** Brasília: Secretaria dos Direitos Humanos; 2002. 124 p.

KELISHADI, R.; SADRI, G.; TAVASOLI, A.; KAHBAZI, M.; ROOHAFZA, H.R.; SADEGHI, M.; KHOSRAVI, A.; SABET, B.; AMANI, A.; ANSARI, R.; ALIKHASSY, H. Cumulative prevalence of risk factors for atherosclerotic cardiovascular diseases in Iranian adolescents: IHHPO-HHPC. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, p 447-53, 2005.

KHUDER, S. A.; PRICE, J. H.; JORDAN, T.; KHUDER, S. S.; SILVESTRI, K. CIGARETTE Smoking among Adolescents in Northwest Ohio: Correlates of Prevalence and Age at Onset. **International Journal Environmental Research Public Health**, Basel, v.5, p.278-89, 2008.

LAZOLLI, J.K.; NÓBREGA, A.C.L.; CARVALHO, T.; OLIVEIRA, M.A.B.; TEIXEIRA, J.A.C.; LEITÃO, M.B. Atividade física e saúde na infância e adolescência. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, Niterói, v. 4; p. 1-3,1998.

LESLIE, E.; FOTHERINGHAM, M.J.; OWEN, N.; BAUMAN, A. Age-related differences in physical activity levels of young adults. **Medicine and Science in Sports and Exercise,** Natick, v.33, p.255-8, 2001.

LEVY-COSTA, R.B.; SICHIERI, R.; PONTES, N.S.; MONTEIRO, C.A. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39,p.530-40, 2005.

LOHMAN, T.G.; ROCHE, A.F.; MARTORELL, R. **Anthropometric standardization reference manual**. Illinois: Human Kinetics Books, 1988.

MACKAY, Judith; ERIKSEN, Michael. **The Tobacco Atlas**. 2 ed. Genebra: World Health Organization, 2002.109p.

MALCON, M.C.; MENEZES, A.M.B.; CHATTKIN, M. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.1, p.1-7, 2003.

MALINA, R.M.; KATZMARZYK, P.T. Validity of the body mass index as an indicator of the risk and presence of overweight in adolescents. **American Journal of Clinical Nutrition**, Houston, v.70, p.131-6, 1999.

MARCOS-DACCARETT, N.J.; NÚÑEZ-ROCHA, G.M.; SALINAS-MARTÍNEZ, A.M.; SANTOS-AYARZAGOITIA, M.; DECANINI-ARCAUTE, H. Obesidad como factor de riesgo para trastornos metabólicos en adolescentes mexicanos, 2005. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.9, p. 180-93; 2007.

MARINS, V.M.R.; ALMEIDA, R.M.; PEREIRA, R.A.; BARROS, M.B.A. The relation ship between parental nutritional status and overweight children/adolescents in Rio de Janeiro, Brazil. **Public Health,** São Paulo, v.118, p. 43-9, 2004 .

MCCARTHY, H.D.; JARRETT, K.V.; CRAWLEY, H.F. The development of waist circumference percentiles in British children aged 5.0–16.9 y. **European Journal of Clinical Nutrition,** Southampton, v.55, p. 902–7, 2001.

MENDES, M.J.F.L.; ALVES, J.G.B.; ALVES, A.V.; SIQUEIRA, P.P.; FREIRE, E.F.C. Associação de fatores de risco para doenças cardiovasculares em adolescente e seus pais. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.6, p.49-54, 2006.

MÉNDEZ, E.B. **Uma Versão Brasileira do AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)**. 1999 121f. Dissertação [Mestrado em Epidemiologia] Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

MENDONÇA, C.P.; ANJOS, L.A. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.20,p.698-709, 2004.

MENEZES, A.M.; ACHUTTI, A. Fumo ou saúde/ direitos ou deveres?. **Jornal de Pneumologia,** São Paulo, v.26, n.6, p.9, 2000.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia alimentar para população brasileira.** Promovendo a alimentação saudável. 2006 Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/documentos/guia_alimentar _ conteudo.pdf.> Acesso em 01 jun. 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Trabalho infantil: diretrizes para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes economicamente ativos** 2005 Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes_miolo.pdf> Acesso em 01 set. 2009.

MOLENA-FERNANDES, C.A.; FERRARI, A; NETTO-OLIVEIRA,E.R.; OLIVEIRA, A.A.B. Associação entre sobrepeso e obesidade e fatores de risco cardiovascular em funcionários de uma empresa de seguro-saúde. **Revista da Educação Física,** Maringá, v.17, n.1, p.75-83, 2006.

MONEGO, E.T.; JARDIM, P.C.B.V. Determinantes de risco para doenças cardiovasculares em escolares. **Arquivos Brasileiro de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v.87, n.1, p.37-45, 2006.

MONTEIRO, P.; VICTORA, C.; BARROS, F. Fatores de risco sociais, familiares e comportamentais para a obesidade em adolescentes. **Revista Panamericana de Salude Pública**, Washington, v.16, p.250-7, 2004.

MUST, A.; DALLAL, G. E.; DIETZ, W. H. Reference data for obesity: 85th and 95th percentiles of body mass index (wt/ht2) and triceps skinfold thichness. **American Journal of Clinical Nutrition**, Houston, v.53, n.4, p.839-46, 1991.

MUZA, G.M.; BETIOL, H.; MUCILLO, G.; BARBIERI, M.A. Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil). I – Prevalência do consumo por sexo, idade e tipo de substância. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v 31, p.21-9, 1997.

NAHAS, M.V.; BARROS, M.V.G.; GOLDFINE, B.D.; LOPES, A.S.; HALLAL, P.C.; JÚNIOR, J.C.F.; OLIVEIRA, E.S. Physical activity and eating habits in public high schools from different regions in Brazil: the Saude na Boa project. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.12, n.2, p. 270-277, 2007.

NAHAS, Markus Vinicius. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida**: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 4 ed. Londrina: Midiograf, 2006. 284p.

NEUTZLING, M.B.; ARAÚJO, C.L.P.; VIEIRA, M.F.A.; HALLAL, P.C.; MENEZES, A.M.B. Freqüência de consumo de dietas ricas em gordura e pobres em fibra entre adolescentes **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n.3, p.336-42, 2007.

NEUTZLING, M.B.; TADDEI, J.Á.; RODRIGUES, E.M. SIGULEM DM. Overweight and obesity in Brazilian adolescents**. International Journal of Obesity,** London, v.24, p.869-74. 2000.

NOGUEIRA, D.; FAERSTEIN, E.; RUGANI, I.; CHOR, D.; LOPES, C.S.; WERNECK, G.L. Does leisure-time physical activity in early adulthood predict later physical activity? Pro-Saude Study. **Revista Brasileira de Epidemiologia,** São Paulo, v.12, n.1, p.3-9, 2009.

OEHLSCHLAEGER, M.H.K.; PINHEIRO, R.T.; HORTA, B.; GELATTI, C.; SAN'TANA, P.; Prevalência e fatores associados ao sedentarismo em adolescentes de área urbana. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n. 10, p. 157-63, 2004.

OGDEN, C.L.; CARROLL, M.D.; CURTIN, L.R.; MCDOWELL, M.A.; TABAK, C.J.; FLEGAL, K.M. Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999–2004. **The Journal of the American Medical Association,** Chicago,v.295, p.1549-55. 2006.

OLIVEIRA, C. L.; FISBERG, M. Obesidade na infância e adolescência: uma verdadeira epidemia. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 107-8, 2003.

OLIVEIRA, D.C.; SÁ, C.P; FISCHER, F.M.; MARTINS, I.S.; TEIXEIRA, L.R. Futuro e liberdade: o trabalho e a instituição escolar nas representações sociais de adolescentes. **Revista Estudos de Psicologia**, Natal, v.6, n.2, p.245-58. 2001.

OLIVEIRA, M.S.; WERLANG, B.S.G.; WAGNER, M.F. The relationship between alcoholic beverage ingestion and paternal drinking habits. **Boletim de Psicologia,** São Paulo, v.57, n.127, p.205-14. 2007.

OTTEN, R.; ENGELS, R. C.; PRINSTEIN, M. J.. A prospective study of perception in adolescent smoking. **Journal of Adolescent Health,** San Francisco, v.44, p.478-84, 2009.

PASQUALOTTI, A.; MIGOTT, A.M.B.; MACIEL, E.N. Experimentação de fumo em estudantes do ensino fundamental e médio de área urbana na região sul do Brasil. **Revista Interamericana de Psicologia,** Porto Alegre, v.40, n.2, p.213-218, 2006.

PARREIRAS, MARIA CELITA DE OLIVEIRA **Teoria *Behaviorista* ou Comportamentista.** Faculdade de Filosofia Ciências e Letras. Universidade de Itaúna, MG, Brasil Disponível em <http://www.robertexto.com/archivo5/behaviorista.htm> Acesso em 01 set. 2009.

PATE, R.R.; PRATT, M.; BLAIR, S.N.; HASKELL, W.L.; MACERA, C.A.; BOUCHARD, C.; BUCHNER, D.; ETTINGER, W.; HEATH, G.W.; KING, A.C.; KRISKA, A.; LEON, A.S.; MARCUS, B.H.; MORRIZ, J.;PAFFENBERGAER JUNIOR., R.S.; PATRICK, K.;POLLOCK, M.L.; RIPPE, J.M.; SALLIS, J.;WILMORE, J.H. Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. **The Journal of the American Medical Association,** Chicago, v. 273, n.5, p.402–407, 1995.

PATTON, G.C.; HIBBERT, M.; ROSIER, M.J.; CARLIN, J.B.; CAUST, J.; BOWES, G. Patterns of common drug use in teenagers. **Australian Journal of Public Health**, Australian, v.19, p.393-9, 1995.

PEARSON, N.; TIMPERIO, A.; SALMON, J.; CRAWFORD, D.; BIDDLE, S.J. Family influences on children's physical activity and fruit and vegetable consumption. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity,** Rockville Pike, v.16, p.6-34, 2009 .

PECCI, M.C. Varones jóvenes y sustancias psicoativas. **Acta Psiquiatrita y Psicologica America Latina**, Buenos Aires, v.41, p.288-99, 1995.

PEGOLO, G.E.; VIUNISKI, N.; FISBERG,M. Obesidade infantil: Sinal de Alerta. **Nutrição em Pauta**, São Paulo, v. 5, n74, p.1-6, 2005.

PELEGRINI, A. Prevalência de sedentarismo, excesso de peso e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes de Florianópolis, SC **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano,** Florianópolis, v.11, n.2, p.254. 2009.

PEREIRA, J.C.; BARRETO, S.M.; PASSOS, V.M.A. Perfil de risco cardiovascular e autoavaliação da saúde no Brasil:estudo de base populacional. **Revista Panamericana de Salude Pública**, Washington, v. 25, n.6, p. 491-8, 2009.

PERESTRELO, J.P.P.; MARTINS, I.S. Modernização rural: transformações econômicas e suas implicações demográficas, epidemiológicas e nutricionais nos municípios de Monteiro Lobato e Santo Antonio do Pinhal. **Saúde e Sociedade,** São Paulo, v.12, n.2, p.38-55, 2003.

PETROSKI, E.L.; PELEGRINI, A. Associação entre o estilo de vida dos pais e a composição corporal dos filhos adolescentes. **Revista Paulista de Pediatria,** São Paulo, v. 27, n.1, p. 48-52, 2009.

PIAGET, Jean. Como se desarolla la mente del niño. In: PIAGET, Jean et allii. Los años postergados: la primera infancia. Paris: UNICEF, 1975.

PIERINE, D.T.; CARRASCOSA, A.P.M; FORNAZARI, A.C.; WATANABE, M.T.; CATALINI, M.C.T.; FUKUJU, M.M.; SILVA, G.N.; MAESTÁ, N. Composição Corporal, atividade física e consumo alimentar de alunos do ensino fundamental e médio. **Revista Motriz**, Rio Claro, v.12, n 2, p.113-24, 2006.

PINTO, D.S.; RIBEIRO, A.S. Variables related to smoking initiation among students in public and private high schools in the city of Belém, Brazil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v.33, n.5, p.558-64, 2007.

PRINCE, S.A.; ADAMO, K.B.; HAMEL, M.E.; HARDT, J.; GORBER, S.C.; TREMBLAY, M. A comparison of direct versus self-report measures for assessing physical activity in adults: a systematic review. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity,** Rockville Pike, v. 6, p.55-6, 2008 .

REICHERT FF, BARROS AJ, DOMINGUES MR, HALLAL PC. The role of perceived personal barriers to engagement in leisure-time physical activity. **American Journal of Public Health,** Washington, v.97, n.3, p.515-9. 2007.

RODRIGUES, A.N.A.; PEREZ, J.; PIRES, J.G.P.; CARLETTI, L.; ARAÚJO, M.T.M.; MOYSES, M.R.; BISSOLI, N.S.;ABREU, G.R.. Fatores de risco cardiovasculares, suas associações e presença de síndrome metabólica em adolescentes, **Journal de Pediatria**, Porto alegre, v.85, n.1, p. 55-60. 2009.

ROMANZINI, M.; REICHERT, F.F; LOPES, A.S.; PETROSKI, E.L.;FARIA JÚNIOR, J.C. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em adolescentes. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.24, n.11, p. 2573-81, 2008.

ROTHMAN, K. **Modern Epidemiology**. Boston, Little Brown Press. 1986.

RUDATSIKIRA, E.; MUULA, A.S.; SIZIYA, S.; MATAYA, R.H. Correlates of cigarette smoking among school-going adolescents in Thailand: findings from the Thai global youth tobacco survey 2005. **International Archives of Medicine,** London, v.1, p.1-7, 2008.

SALLIS, J.F; PROCHASKA, J.J.; TAYLOR, W.C. A review of correlates of physical activity of children and adolescents. **Medicine Science in Sports e Exercise**, Natick, v.32, n. 5, p. 963-75, 2000.

SANTANA, V.S.; ITAPARICA, M.; AMORIM, A.; ARAÚJO-FILHO, J.; ARA ÚJO, G.; OLIVEIRA, M.; COOPER, S. Acidentes de trabalho não-fatais entre adolescentes. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 6, n.2, p.425- 56.2003.

SANTOS, J.S.; COSTA, M.C.O.; SOBRINHO, C.L.N.; SILVA, M.C.M.; SOUZA, K.E.P.; MELO, B.O. Perfil antropométrico e consumo alimentar de adolescentes de Teixeira de Freitas - Bahia. **Revista de Nutrição,** Campinas, v.18, n.5, p. 623-32. 2005

SANTOS, M.G.; PEGORARO, M.; SANDRINI, F.; MACUCO, E.C. Fatores de risco no desenvolvimento da aterosclerose na infância e adolescência. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia,** Rio de Janeiro, v.90, n.4, p. 301-8, 2008.

SCHENKER, M.; MINAYO, M.C.S. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. **Ciência e Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 8, n.1, p.299-306, 2003.

SCHRAMM, J.M.A.; OLIVEIRA, A.F.; LEITE, I.C.; VALENTE, J.G.; GADELHA, A.M.J.; PORTELA, M.C.; CAMPOS, M.R. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil**. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n., p.897-908, 2004.

SEABRA, D.M.; MENDONÇA, M.A.; THOMIS, L.A.; ANJOS, J.A.M. Determinantes biológicos e sócio-culturais associados à prática de atividade física de adolescentes. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.24, n.4, p. 721-36. 2008.

SEGAT, F.M.; SANTOS, R.P.; GUILLANDE, S.; PASQUALOTTO, A.C.; BENVEGNÚ, L.A. Fatores de risco associados ao tabagismo em adolescentes. **Adolescencia Latinoamerican,** Porto Alegre, v 1, p.163-9. 1998.

SICHIERI, R.; NASCIMENTO, S.; COUTINHO, W. The burden of hospitalization due to overweight and obesity in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.23 p.1721-7, 2007.

SILVA, I.C.M.; KNUTH, A.G.; AMORIM, T.; KREMER, M.M.; ROMBALDI, A.J.; HALLAL, P.C.; AZEVEDO, M.R. Atividade física de pais e filhos: um estudo de base populacional **Revista Brasileira de Educação Física Esporte**, São Paulo, v.22, n.4, p.257-63. 2008.

SILVA, K.S.; NAHAS, M.V.; HOEFELMANN, L.P.; LOPES, A.S.; OLIVEIRA, E.S. Associações entre atividade física, índice de massa corporal e comportamentos sedentários em adolescentes. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.11, n.1, p.159-68, 2008.

SILVA, M.P.; SILVA, R.M.V.G.; BOTELHO, C. Fatores associados à experimentação do cigarro em adolescentes**. Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v.34, n.11, p. 927-35, 2008.

SKINNER, M.L.; HAGGERTY, K.P.; CATALANO, R.F. Parental and peer influences on teen smoking: Are White and Black families different? **Nicotine Tobacco Research,** UK **,** v.11, n.5, p.558-63, 2009.

SOUZA DP, MARTINS DT. O perfil epidemiológico do uso de drogas entre estudantes de 1o e 2o graus da rede estadual de ensino de Cuiabá, Brasil, 1995. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro,v.14, p.391-400, 1998.

SOUZA, D.P.; SILVA, G.S.; OLIVEIRA, A.M. SHINOHARA, N.K**.** Etiologia da obesidade em crianças e adolescentes. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica,** São Paulo, v.22, n.1, p.72-6, 2007.

SOUZA, D.P.O.; ARECO, K.N.; SILVEIRA-FILHO, D.X. Álcool e alcoolismo em estudantes adolescentes da rede estadual de ensino de Cuiabá, Mato Grosso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.4, p.502-85, 2005.

STRAUCH, E.S; PINHEIRO, R.T, SILVA, R.A.;HORTA, B.L. Uso de álcool por adolescentes: estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.43,n.4, p.647-55, 2009.

TAMMELIN, T.; NÄYHÄ, S.; HILLS, A.P.; JÄRVELIN, M.R. Adolescent participation in sports and adult physical activity **American Journal of Preventive Medicine,** Washington, v.24, n.1, p. 22-8, 2003.

TASSITANO, R.M.; BEZERRA, J.;TENÓRIO, M.C.M.; COLARES, V.; BARROS, M.V.G.; HALLAL, P.C. Atividade física em adolescentes brasileiros: uma revisão Sistemática. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano,** Florianópolis, v.9, n.1. 55-60. 2007.

TAVARES, B.F.; BÉRIA, J.U.; LIMA, M.S. Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.2, p.150-8, 2001.

TEIXEIRA, M.H.; VEIGA, G.V.; SICHIERI, R. Avaliação de um questionário simplificado de freqüência de consumo alimentar como preditor de hipercolesterolemia em adolescentes. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia,** Rio de Janeiro, v.88, n.1, p. 66-71, 2007.

TORAL, N.; SLATER, B.; SILVA, M.V. Consumo alimentar e excesso de peso de adolescentes de Piracicaba, São Paulo. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.20, n.5, p. 449-59, 2007.

TROIANO, R.P.; FLEGAL, K.M. Overweight children and adolescents: description, epidemiology, and demographics. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v.101, p. 497-504, 1998.

VARO, J.J.; MARTINEZ-GONZALEZ, M.A.; IRALA-ESTEVEZ, J.; KEARNEY, J.; GIBNEY, M.; MARTINEZ, J.A. Distribution and determinants of sedentary lifestyles in the European Union. **International Journal of Epidemiology**, UK, v.32, p.138-46, 2003.

VIEIRA, D.L.; RIBEIRO, M.; ROMANO, M.; LARANJEIRA, R.R. Álcool e adolescentes: estudo para implementar políticas municipais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.1-7, 2007.

VIEIRA, P.C.; AERTS, D.R.G.C.; FREDDO, S.L.; BITTENCOURT, A.; MONTEIRO, L. Alcohol, tobacco, and other drug use by teenage students in a city in Southern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro,v.24, n.11, 2487-98, 2008.

VYGOTSKY, L. S. A Formação Social da Mente. São Paulo, Martins Fontes, 1991. GONÇALVES, SUSANA. Teorias da aprendizagem, praticas de ensino. ESEC, 2001.

WANG, M.Q.; FITZHUGH, E.C.; WESTERFIELD, R.C.; EDDY, J.M. Family and peer influences on smoking behavior among American adolescents: an age trend. **Journal of Adolescent Health,** San Francisco, v.16, p.200-3, 1995.

WANG, Y.; MONTEIRO, C.; POPKIN, B.M. Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China, and Russia. **American Journal of Clinical Nutrition**, Houston, v.75, p.971-7, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION **Health promotion glossary**. Geneva: WHO. 1998.24p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases:** Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva: WHO, 2002. 149p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol 2004.** Geneva: WHO, 2004. 88p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: preventing and managing the global epidemic.** Geneva: WHO. 2000. 253p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry:** report of a WHO expert committe. Geneva: WHO. 1995. 36p.

WUNSCH-FILHO V, BONFFETTA P, COLIN D. Familial cancer aggregation and the risk of lung cancer. **São Paulo Medical Journal;** São Paulo, v.120, p.38-44, 2002.

2. Relatório de Trabalho de Campo

(Dissertação de Chirle de Oliveira Raphaelli)

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA

MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO

Associação entre comportamentos de risco à saúde de pais e irmãos e de adolescentes escolares de zona rural

CHIRLE DE OLIVEIRA RAPHAELLI

Pelotas, 2011

CHIRLE DE OLIVEIRA RAPHAELLI

RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO

Associação entre comportamentos de risco à saúde de pais e irmãos e de adolescentes escolares de zona rural

Relatório de trabalho de campo apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências. Área do conhecimento: Educação Física. Linha de pesquisa: Atividade Física,

Orientador: Prof. Dr. Pedro Curi Hallal

Co-Orientador: Prof. Dr. Mario Renato de Azevedo Júnior

Pelotas, 2011

1. INTRODUÇÃO

O Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), na linha de pesquisa em Atividade Física, Nutrição e Saúde, realizou um estudo transversal no município de Barão do Triunfo. O objetivo principal foi avaliar a associação entre comportamento de pais e irmãos e estilo de vida de adolescentes escolares de um município de zona rural do Rio Grande do Sul.

O trabalho de campo foi realizado entre os meses de abril e setembro de 2010. A coleta dos dados contou com supervisão e participação direta da pesquisadora em todas as etapas, e a coordenação geral da pesquisa ficou a cargo do Prof. Dr. Pedro Curi Hallal, com auxilio do Prof. Dr. Mario Renato de Azevedo Júnior.

A viabilização desta pesquisa ocorreu por meio de parceria entre a UFPel e a Secretaria de Educação e Cultura da Prefeitura Municipal de Barão do Triunfo. Este relatório tem por objetivo relatar as atividades desenvolvidas durante este processo de pesquisa.

2. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foram construídos dois questionários para a coleta dos dados.

2.1 Questionário de adultos: Este instrumento foi aplicado nos pais biológicos ou adotivos dos escolares (ANEXO 1).

O questionário, contendo 98 questões, constitui-se de perguntas sobre características socioeconômicas, demográficas, de saúde, atividade física, alimentação, tabagismo, alcoolismo e avaliação antropométrica.

2.2 Questionário de adolescentes: Este instrumento, contendo 101 questões, foi aplicado nos estudantes entre 5ª e 8ª séries e seus irmãos entre 10 e 19 anos (ANEXO 2).

No questionário dos adolescentes foram abordados assuntos relativos a aspectos demográficos, socioeconômicos (atividades ocupacionais), de saúde, atividade física, alimentação, experimentação de cigarros e bebidas alcoólicas e avaliação antropométrica**.**

3. SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS PROFESSORES

A idéia inicial consistiu em convidar todos os professores de Educação Física com vinculo empregatício na Secretaria Municipal de Educação do município para participar da coleta de dados.

Dentre os seis professores, três aceitaram participar da pesquisa e um atuou ativamente na coleta dos dados. Os professores interessados participaram do treinamento realizado na Secretaria Municipal de Educação realizado no dia 26 de março de 2010, durante oito horas, onde foi realizada a padronização para a realização das medidas antropométricas. Os participantes da coleta de dados da pesquisa receberam um certificado de participação.

4. ESTUDO PILOTO

Após a seleção e treinamentos dos entrevistadores, foi realizado o estudo piloto em um município vizinho (Cerro Grande do Sul) com alunos de 6ª e 8ª série. Este estudo foi coordenado pela pesquisadora e um entrevistador até o final do mês de março de 2010.

O estudo piloto foi realizado como elemento final do processo de treinamento, com a finalidade de testar a aplicabilidade e duração do questionário, alem de testar os instrumentos antropométricos.

Ao final foram realizadas 43 entrevistas e avaliações antropométricas. Com este estudo inicial pode-se detectar as falhas nas perguntas do questionário e os dados coletados foram digitados a fim de fazer a testagem final dos bancos de dados.

5. LOGÍSTICA DO TRABALHO DE CAMPO

O interesse na realização do presente projeto havia sido discutido junto à Prefeitura e a Secretaria Municipal de Educação de Barão do Triunfo, RS. Ambos mostraram-se favoráveis a realização desta pesquisa desde maio de 2009.

Primeiramente o projeto foi qualificado e aprovado junto ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Pelotas no dia 13 de agosto de 2009. Após o mesmo foi submetido ao Comitê de Ética da Escola Superior de Educação Física desta Universidade recebendo o parecer favorável no dia 27 de setembro de 2009 sob o protocolo 068/2009 (ANEXO 5).

Além disso, o projeto foi cadastrado na Pro Reitoria de Pesquisa em Pós Graduação da UFPel (ANEXO 6).

5.1 AUTORIZAÇÃO DAS ESCOLAS MUNICIPAIS

No dia 14 de abril a pesquisadora realizou uma reunião junto às diretoras das três escolas municipais, onde foi recebida a autorização verbal e escrita dos diretores para início da coleta de dados nas escolas (ANEXO 3). Neste dia foi realizada uma breve explanação sobre a pesquisa nas escolas e os procedimentos que deveriam ser realizados ao receber algum pai ou irmão buscando estas informações sobre o estudo.

Ainda, neste dia foram marcadas as datas para a realização da primeira visita de convite em cada sala de aula, além das datas para a primeira coleta de dados com os adolescentes em cada escola. Estes dados são descritos a seguir:

5.1.1 Convite nas salas de aula: Foi combinado com as escolas que entre os dias uteis de 19 a 30 de abril seria realizado o convite aos alunos em todas as turmas.

5.1.2 Coleta de dados com escolares: Foi marcado todo o mês de maio para coletar os dados na primeira escola e o mês de junho para realização da pesquisa nas outras duas escolas.

5.1.3. Coleta de dados com pais e irmãos: Para o mês de junho foram marcadas as datas de reuniões com os pais e irmãos nas escolas, período para aplicar os questionários e realizar a antropometria. O período de julho a setembro foi deixado para contatar os pais e marcar outra visitação individual às escolas ou ainda realizar as visitações nos domicílios.

5.2 LEVANTAMENTO CADASTRAL DE ALUNOS E FAMILIARES

Primeiramente foi realizada uma busca cadastral dos alunos, de seus pais e irmãos no banco de dados da Secretaria de Educação do município. Estas informações foram obtidas por meio de um programa, o Procergs Escola versão 3.4.2.048 (ANEXO 7). Este programa contém informações detalhadas de nome dos estudantes matriculados ou que haviam sido cadastrados durante o período escolar, bem como nome do pai e mãe, além de conter o endereço e contato telefônico de cada responsável pelo aluno.

Uma segunda busca foi realizada na primeira visita as salas de aulas das escolas. O mesmo levantamento de dados foi obtido com o próprio aluno, com objetivo de comparar as informações e realizar a atualização da informação do local de moradia e telefone. O objetivo primordial desta investigação com os alunos foi saber com quem mora cada aluno, se pai ou padrasto, mãe ou madrasta, ou ambos, se na casa moram também irmãos que estudam na escola ou que não estudam e estavam dentro da faixa etária para serem captados pelo estudo. Caso os dados necessários não fossem obtidos destas duas maneiras, uma busca foi realizada com conhecidos do indivíduo.

5.3.DIVULGAÇÃO DA PESQUISA

Simultaneamente ao início da pesquisa, foi encaminhado um texto para dois jornais de circulação nos municípios da região e uma rádio local convidando os escolares, seus pais e irmãos para participar da coleta de dados, além de fazer uma divulgação da pesquisa para a comunidade (ANEXO 8).

5.4 AUTORIZAÇÃO DOS PAIS OU RESPONSAVEIS

Na primeira visita nas turmas, após o convite a participar do estudo, foi entregue a todos escolares presentes o TCLE (ANEXO 4). Cada adolescente levou para casa o termo para que fosse lido pelos seus pais e responsáveis e estes pudessem assinar autorizando o adolescente e seus irmãos menores de 18 anos a participarem da coleta dos dados.

Além disso, anexado ao termo, o adolescente levou para casa um convite para participar da pesquisa aos pais e irmãos, além da data marcada da reunião com os pais e irmãos de acordo com a escola.

No dia da coleta de dados houve o recolhimento desse termo de consentimento. As entrevistas foram realizadas somente com os adolescentes que possuíram este documento previamente assinado.

Em todas as fases da pesquisa foi garantido o anonimato, a liberdade de recusa e a possibilidade de retirada do consentimento em qualquer fase do estudo. Além disso, foi dado todo esclarecimento que se fez necessário, bem como a garantia da ausência de riscos a saúde física e integridade moral dos participantes.

5.5 CONVITE NAS SALAS DE AULA

O primeiro contato com os adolescentes foi por meio de uma visita nas salas de aula de 5ª a 8ª séries das três escolas incluídas no estudo. Com e o intuito de convidar os adolescentes a participar da pesquisa, a pesquisadora realizou uma breve explanação sobre a pesquisa e seus objetivos. Também foi ressaltada a importância de cada adolescente, pai e irmão de participar do estudo. Neste dia foi realizada a entrega do TCLE ao adolescente e foi dada a garantia de confidencialidade dos dados.

5.6 COLETA DE DADOS COM ALUNOS

Nos dias marcados para coleta de dados em cada turma a pesquisadora foi primeiramente até a direção da escola para solicitar a autorização e entrar na sala de aula. Alem disso, solicitou uma sala restrita para realizar as medidas antropométricas.

Após a saída do professor, foi solicitado que os alunos que fossem participar da pesquisa se mantivessem na sala de aula a entregassem o termo a

pesquisadora. Os alunos que se recusaram a participar da pesquisa ficaram sob responsabilidade da direção da escola.

Primeiramente foram distribuídos em sala de aula os questionários para serem respondidos individualmente, sendo que dicas para o preenchimento foram dadas para cada bloco do instrumento. Em caso de dúvida do aluno no entendimento das questões a pesquisadora esclarecia a questão especifica ou todo o bloco.

Após o término da entrevista, os questionários eram revisados, a fim de verificar alguma incoerência ou esquecimento de questões, evitando possíveis perdas de respostas.

A coleta das medidas antropométricas foi realizada quando o aluno finalizava o preenchimento de seu questionário. Os adolescentes foram conduzidos a outra sala restrita, previamente preparada na escola, para que fossem tomadas as medidas da altura, peso corporal, circunferência da cintura e dobras cutâneas. Esta etapa da pesquisa foi auxiliada pelo professor de Educação Física da escola.

Para realização das medidas foram utilizados: balança digital marca PLENNA com capacidade de 150 Kg e precisão de 100 g, estadiômetro tipo portátil da marca SANNY com medida até 210cm e precisão de 1mm, plicômetro científico da marca CESCORF com sensibilidade de 0,1mm, pressão das mandíbulas de 10g/mm, amplitude de leitura 80mm e fita métrica tipo trena flexível da marca SANNY com medida até 200cm e precisão de 1mm. A balança e o estadiômetro foram previamente calibrados.

Cada medida foi aferida duplamente em cada adolescente, e o mesmo deveria estar com o mínimo de roupas possíveis e em posição ortostática. Em alguns dias da coleta, tivemos dias com baixas temperaturas, sendo que para realizar as medidas eles deveriam ficar sempre com o mínimo de roupas possíveis.

Cada escola contou com três visitações em cada turma para conseguir alunos faltosos e alguns que decidiram entrar na pesquisa após a turma ter participado da pesquisa.

A coleta de dados com os alunos ocorreu no período de maio a junho, sempre no turno da manhã, devido o horário de aula dos mesmos.

5.7 COLETA DE DADOS COM PAIS E IRMÃOS

Os pais e irmãos receberam junto ao TCLE um convite com a respectiva data, local e horário da reunião para participarem da coleta de dados na escola.

Cada escola forneceu uma sala para a coleta de dados com os pais e irmãos. Primeiramente os presentes foram informados a respeito do projeto onde foram expostos alguns objetivos da pesquisa e os procedimentos da coleta de dados.

Em um primeiro momento foi realizada a entrega dos questionários de adultos aos pais e de adolescentes aos irmãos. Após, foi realizada e uma breve explanação sobre os blocos que fazem parte do instrumento de pesquisa.

Após cada individuo devolver o questionário, este foi revisado pela pesquisadora. A partir, os mesmos foram encaminhados a outra sala previamente organizada para coleta das medidas antropométricas.

As medidas antropométricas realizadas nos irmãos foram às mesmas realizadas nos escolares. As medidas realizadas com os adultos foram peso e altura, ficando excluída a medida de circunferência da cintura que seria inicialmente realizada. Em virtude da necessidade de levantar a roupa muitos pais ficavam envergonhados e se recusavam a realizar. A coleta de medidas antropométrica com os irmãos foi realizada da mesma forma que coletada com os escolares. Esta etapa da pesquisa foi auxiliada pelo professor de Educação Física.

Durante o mês de julho foram realizadas as reuniões nas escolas para coletar os dados com os pais e irmãos que se apresentaram para participar da pesquisa. Durante os meses de agosto e setembro os pais e irmãos faltosos foram contatados para combinar outra data de coleta de dados na escola. Foram ainda realizadas algumas visitas nos domicílios de pais que se propuseram a participar da pesquisa, mas sem meios para ir até as escolas.

6. RETORNO AOS ALUNOS

Após a coleta e análise dos dados, foram elaborados relatórios individuais (ANEXO 9) contendo informações referentes ao estado nutricional, alimentação e de atividade física de cada individuo. Estes foram entregues aos adolescentes, pais e irmãos ao final da pesquisa.

7. CODIFICAÇÃO E DIGITAÇÃO DOS DADOS

Os questionários possuíam uma coluna a direita de cada página para codificação dos dados coletados e facilitação da digitação dos dados. A codificação foi realizada por duas pessoas, especialmente contratada para esta tarefa.

No dia seguinte a cada coleta era realizada a codificação e revisada pela pesquisadora para que pudessem ser corrigidos os possíveis erros de preenchimento.

A digitação dos questionários foi realizada concomitantemente com o trabalho de campo. Cada questionário foi digitado duas vezes no programa Epi Info 6.0 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, USA), por dois digitadores. Posteriormente, no item *Validate* do programa foi possível comparar os bancos de dados e corrigir erros encontrados.

8. CONTROLE DE QUALIDADE

O controle de qualidade foi realizado para a coleta das medidas antropométricas dos adolescentes escolares em virtude da inviabilidade do retorno dos pais e irmãos nas escolas. As medidas do controle de qualidade foram realizadas em 10% dos alunos de cada escola para a correção dos erros e conferência dos dados coletados. Com isso, pode-se aumentar a validade interna do estudo

9. PERDAS E RECUSAS

Para os escolares, foi considerado como perda quando o adolescente não estivesse na escola em um dos dias da aplicação do questionário. E recusa quando o adolescente não quisesse participar da pesquisa por decisão pessoal ou por falta da autorização dos pais ou responsáveis.

Para os pais e irmãos, foi considerado como perda e recusa quando os mesmos não comparecessem na escola em um dos dias da aplicação do questionário, nas reuniões de pais ou não estivesse em casa no momento da visita. Como recusa quando os mesmos não quisessem participar da pesquisa por decisão pessoal ou por falta do termo de consentimento assinado.

A porcentagem final de perdas e recusas do trabalho esta descrita a seguir na tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição da população em estudo e total de perdas e recusas. Barão do Triunfo, RS, 2010.

	População	**Amostra**	**Perdas e recusas**	
	N	**n**	**N**	**%**
Escolares	412	377	35	8,5
Irmãos	320	216	104	32,5
Pais/ responsáveis	725	338	387	53,4
Pares de pais	362	145	217	59,9

10. MODIFICAÇÕES NO PROJETO DE PESQUISA ORIGINAL

A idéia inicial era conseguir um menor percentual de perdas de pais e irmãos. Em função do tempo disponível, do período letivo, ficou inviável realizar a visitação de todos os pais e irmãos que não puderam ir até as escolas.

No projeto inicial, não existia a idéia da coleta de informações sobre trabalho infantil. Após a qualificação do mesmo ficou incluída esta variável por estarmos coletando informações de uma população de zona rural.

Além disso, ficou definido que a coleta das variáveis, escolaridade dos pais e nível socioeconômico, seria realizada apenas com os adultos. Assim estas variáveis não foram incluídas no questionário dos adolescentes.

3. Artigo

(Dissertação de Chirle de Oliveira Raphaelli)

ARTIGO:

A ser enviado ao *Cadernos de Saúde Pública* está formatado de acordo com as normas descritas no anexo 10.

Associação entre comportamentos de risco à saúde de pais e de adolescentes escolares de zona rural.

Association between risk behaviors the health of parents and adolescents from rural area.

Título corrido: Comportamentos de pais e filhos de zona rural.

Chirle O Raphaelli[1], Mario R Azevedo[1,2], Pedro C Hallal[1,2]

[1] Programa de Pós-graduação em Educação Física, Universidade Federal de Pelotas

[2] Grupo de Estudos em Epidemiologia da Atividade Física, Universidade Federal de Pelotas

Resumo: O objetivo foi avaliar a associação entre comportamento de risco à saúde dos pais e de adolescentes de um município da zona rural do Rio Grande do Sul. Participaram 377 escolares entre 10 a 18 anos, de 5ª a 8ª série e 338 pais. Os desfechos analisados foram os comportamentos de risco à saúde: inatividade física no lazer e deslocamento, hábitos de alimentação inadequados, excesso de peso, uso de cigarros e consumo de bebidas alcoólicas. A prevalência de relato de uso de cigarro e álcool nos últimos 30 dias entre os jovens foram de 6% e 27%, respectivamente; 45% dos adolescentes foram classificados como inativos fisicamente. A atividade física dos adolescentes esteve relacionada de forma positiva com a atividade dos pais. O consumo de álcool da mãe se associou de forma positiva com o consumo do adolescente. Para os outros comportamentos, não houve associação significativa. Na análise estratificada por sexo, o nível de atividade física do pai se associou a atividade das meninas. O comportamento de risco à saúde dos pais influencia o mesmo comportamento por adolescentes de zona rural.

Palavras chave: Escolares. Comportamento de risco à saúde. Pais. Zona rural.

Abstract: The objective was to evaluate the association between behavior of risk to the health of the parents and of adolescents of a city of the rural area of the Rio Grande do Sul. Participated 377 schoolchildren aged 10 to 18 years, of 5 th the 8 th grade and 338 parents. The outcomes analyzed were the health risk behaviors: physical inactivity and displacement, inadequate eating habits, overweight, cigarette smoking and alcohol consumption. The prevalence of use of tobacco and alcohol in the last 30 days the young were between 6% and 27%, respectively, 45% of adolescents were classified as physically inactive. Physical activity of adolescents was significantly related positively with the of parents. The consumption of alcohol the mother was also associated positively with alcohol consumption of adolescents. For other behaviors, there was no significant association. In the analysis stratified by sex, physical activity and father's level of physical activity of girls were involved. The health risk behaviors of parents influence the same behavior by adolescents of rural area.

Keywords: School-aged adolescents. Behavior of risk the health. Parents. Rural area.

Introdução

Mudanças no estilo de vida da população, advindas do processo de urbanização, industrialização e desenvolvimento tecnológico ocorrido nas últimas décadas, contribuem para o crescimento das doenças e agravos não transmissíveis (DANTs)[1,2]. É cada vez mais precoce a exposição de crianças e adolescentes a comportamentos que desencadeiam o aparecimento de fatores de risco que levam doenças cardiovasculares, diabetes e câncer[3].

Existem estudos na literatura científica que mostram prevalências de fatores de risco para DANTs, inclusive em adolescentes[4,5]. Entre os comportamentos de risco à saúde que devem ser urgentemente modificados pelos jovens, destacam-se os relacionados ao estilo de vida, como altos níveis de inatividade física, hábitos alimentares inadequados, tabagismo, consumo abusivo de álcool, além do excesso de peso[6]. Além disso, estes comportamentos são suscetíveis a intervenção podendo ser modificados em qualquer fase da vida. Embora existam evidências de que quanto mais cedo começarem as intervenções, maiores as possibilidades de êxito[7,8].

Por outro lado, expecula-se que os pais possam influenciar os filhos na adoção de comportamentos relacionados à saúde, pois a família constitui o primeiro ambiente de aprendizagem das crianças e adolescentes[9]. O ambiente familiar agrega um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e hábitos que podem influenciar práticas que promovam a saúde de seus componentes, ou, ao contrário, aumentem a vulnerabilidade dos mesmos para as doenças[10]. Portanto, as atitudes dos pais estimulam, de maneira geral, a obtenção de comportamentos saudáveis ou não por parte de seus filhos[11].

Alguns estudos associam a presença de fatores de risco em adolescentes quando os pais ou familiares também expõem os mesmos fatores. Por exemplo, o fato de pelo menos um dos pais fumarem está positivamente associado ao tabagismo do filho[12]. O consumo de bebidas alcoólicas pelos pais serve de modelo ao uso pelos seus filhos[13]. Sabe-se que os hábitos alimentares são passados de uma geração a outra e que a família tem um papel importante na influência da dieta dos adolescentes[14]. Além disso, à conscientização e incentivo dos pais na adoção de um estilo de vida saudável pode influenciar os adolescentes a aderir práticas regulares de atividade física[11].

Estudos que relacionem comportamentos de risco à saúde entre pais e seus filhos são crescentes na literatura internacional[13,15,16,17]. Alguns estudos associam a presença de fatores de risco em adolescentes quando os pais ou familiares apresentam fatores similares[11,14]. No entanto, no Brasil são quase inexistentes, estudos que relacionem a exposição a

comportamento de risco à saúde entre pais e adolescentes, principalmente moradores de zona rural[6].

Neste sentido, objetiva-se avaliar a associação entre comportamento de risco à saúde entre os pais e adolescentes escolares de 5ª a 8ª série do ensino fundamental de um município do Rio Grande do Sul.

Métodos

Um estudo transversal de base escolar foi realizado na zona rural de Barão do Triunfo/RS. O município, com território de 436,4km^2 e 7.018 habitantes, sendo que 53% da população é do sexo masculino e 90% é morador de zona rural. O município localiza-se na Região Carbonífera do Estado do Rio Grande do Sul, possui um Produto Interno Bruto Per capita de R$ 8.522 e Índice de Desenvolvimento Humano de 0,74[18,19].

Barão do Triunfo foi eleito para a pesquisa por ser caracterizado um município de zona rural, tendo como característica a economia baseada na agricultura (cultivo de fumo) e parte na pecuária (bovinos). No histórico do município, desmembrado de São Jerônimo em 1992, destaca-se um desastre ecológico (enchente) ocorrido em 1941 que fortaleceu posteriormente a agricultura local, com a criação do Sindicato dos Trabalhadores Rurais. Os hábitos culturais presentes no município foram trazidos por imigrantes italianos, poloneses, alemães e espanhóis[19].

O sistema de educação é composto por 08 escolas municipais distribuídas na zona rural, 01 escola estadual e 01 instituição filantrópica de educação localizadas na zona urbana. As escolas municipais atendem desde a pré escola até o ensino fundamental, a estadual atende o ensino médio e a instituição filantrópica (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais) atende alunos portadores de deficiências. O ensino superior é atendido por instituições localizadas em municipios vizinhos[19].

Apesar dos suportes educacionais oferecidos pelo município, a taxa de analfabetismo de indivíduos com 15 anos ou mais é de 15,87% e de 30,4% para analfabetos funcionais, ou seja aqueles com menos de 4 anos completos de estudos[20].

Conforme o Censo Escolar de 2009, haviam 913 alunos de Ensino Fundamental matriculados na Rede Municipal de Educação e destes, 385 eram alunos de 5ª a 8ª série sendo distribuídos nas escolas com ensino fundamental completo[21].

A amostra incluiu todos os adolescentes matriculados entre a 5ª e a 8ª séries nas três escolas da rede municipal de educação e seus pais (biológicos ou não). As escolas foram selecionadas

para coleta de dados devido a presença de ensino fundamental completo (5ª e a 8ª série), sendo que todas estão localizadas na zona rural do município. Foram excluídos do estudo indivíduos com incapacidade mental de responder ao questionário.

A coleta de dados foi realizada entre março e setembro de 2010, tendo duas etapas. A primeira, com os escolares, foi realizada em sala de aula. No mínimo três visitas em sala de aula para cada turma foram realizadas para minimizar as perdas. Num segundo momento, a coleta de dados com os pais foi realizada em reunião agendada com os mesmos. Caso estes não comparecessem na escola era remarcada outra data e após realizada uma visita no domicílio.

Para a coleta, foram construídos dois questionários, um para os adultos e outro para os adolescentes, os quais foram previamente testados no piloto realizado em um município vizinho com amostra similar, com a finalidade de adequar os instrumentos de coleta de dados. Os instrumentos, auto-aplicáveis, foram entregues aos escolares em sala de aula sem a presença dos professores e aos pais em uma sala previamente organizada. Os questionários foram respondidos individualmente após dadas as devidas instruções e revisados posteriormente pela coordenadora do estudo. O tempo de aplicação foi de 40 minutos (30-60min). Em seguida, em uma sala preparada para tal, foram realizadas as medidas antropométricas. A fase de aplicação do questionário foi realizada por uma nutricionista e as medidas por 3 professores de educação física previamente treinados. O controle de qualidade foi realizado em 10% das medidas antropométricas com os adolescentes para a correção dos erros e conferência dos dados coletado e assim garantir a validade interna do estudo.

Medidas de massa corporal foram realizadas em balança digital marca PLENNA (capacidade de 150Kg e precisão de 100g) e medidas de estatura em estadiômetro tipo portátil da marca SANNY (medida até 210cm e precisão de 1mm) previamente calibrados. Para realização da medidas os adolescentes e os adultos deveriam estar com roupas leves, sem calçados e em posição ortostática[22]. Cada medida foi aferida duplamente para posterior realização da média e obtenção de um resultado preciso.

Também foram obtidas informações dos comportamentos de risco à saúde (inatividade física, hábitos alimentares inadequados, uso de cigarros e consumo de bebidas alcoólicas, sobrepeso/obesidade) de adolescentes e seus pais. Além disso, foram obtidas variáveis socioeconômicas dos pais e demográficas e antropométricas dos pais e dos adolescentes. As variáveis independentes analisadas foram sexo e idade dos adolescentes e escolaridade dos pais (em anos completos de estudo).

O nível de atividade física de adolescentes foi avaliado com o instrumento de Bastos e colegas[23], o qual investiga as atividades realizadas nos últimos sete dias anteriores a aplicação do questionário excluindo as atividades realizadas durante as aulas de educação física escolar. Foram coletadas informações de frequência e duração da atividade realizada. Após foram considerados como inativos os jovens que não acumulavam pelo menos 300 minutos por semana de atividades físicas[24]. Aos pais, foi aplicado o Questionário Internacional de Atividades Físicas (IPAQ)[25]. Para fins de análise foram consideradas apenas as seções do IPAQ referentes à atividade física de lazer e deslocamento[26]. Um escore semanal de atividade física foi elaborado, multiplicando a frequencia semanal (dias) pela duracao media (minutos) das atividades fisicas moderadas e vigorosas, sendo que o tempo semanal despendido em atividades de intensidade vigorosa foi multiplicado por dois, conforme sugerido em publicações anteriores[27]. Serão considerados como expostos ao comportamento de risco à saúde de inatividade física, os pais que não atingirem 150 minutos ou mais de atividades por semana, estes serão considerados inativos[28].

Informações sobre hábito alimentar de adolescentes e seus pais foram obtidas a partir de um questionário elaborado baseado nos "10 passos para uma alimentação saudável" do Ministério da Saúde[29,30]. As questões deste instrumento permitiram verificar a frequência de consumo dos alimentos no período de um ano anterior à entrevista. Para cada passo utilizou-se uma variável dicotômica (adesão sim/não). A exposição ao comportamento de risco à saúde hábitos alimentares inadequados, tanto para adultos quanto para adolescentes, foi considerada a não adesão a cada passo, com base nos critérios descritos no quadro 01.

O passo 10 não foi categorizado neste estudo pois este passo se refere ao hábito de atividade física, tabagismo, ingestão de bebidas alcoólicas e estado nutricional, os quais foram analisados de forma mais detalhada pelos instrumentos aqui descritos.

Para a avaliação dos comportamentos de risco à saúde, uso de cigarros e consumo de bebidas alcoólicas, foram utilizadas as questões propostas pelo Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas[31] para o questionário de adultos e adolescentes. O consumo de álcool foi considerado positivo quando os respondentes referiam ter consumido qualquer quantidade de bebidas alcoólicas no último mês e o fumo foi considerado quando os respondentes referiam ter usado qualquer quantidade de fumo nos últimos 30 dias.

O excesso de peso (sobrepeso e obesidade), definido como comportamento de risco à saúde, foi classificado a partir do índice de massa corporal (IMC). O IMC dos jovens foi classificado em percentil, segundo idade e sexo[32]. Para categorizar os pontos de corte do IMC dos pais

recorreu-se a classificação indicada pela Organização Mundial da Saúde (normal: < 25kg/m^2; sobrepeso: 25-29,9kg/m^2; obesidade: ≥ 30kg/m^2)[33].

O programa Epi-info 6.0 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, USA) foi utilizado para dupla digitação dos dados. Neste programa foi possível utilizar o item *Validate* e corrigir os erros entre os bancos. A análise dos dados foi realizada no STATA 11.0, e utilizados os recursos da estatística descritiva: média, desvio padrão (DP), freqüência relativa e intervalo de confiança 95%, seguida de análise bivariada usando qui-quadrado e análise ajustada por regressão de Poisson com variância robusta[34]. Em todas as análises utilizou-se um nível de significância de 5%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas sob o protocolo 068/2009. Os participantes da pesquisa (pais ou responsáveis dos adolescentes) assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Em todas as fases da pesquisa garantiu-se o anonimato, a liberdade de recusa e a possibilidade de retirada do consentimento.

Resultados

Dos 412 escolares elegíveis, 377 participaram do estudo, perfazendo um total de 8,5% de perdas e recusas. Dos 725 pais e mães, 338 participaram do estudo, perfazendo uma taxa de 46,6% de participação. Entre os escolares respondentes a pesquisa, 27,7% estavam matriculados na 5ª série, 28% na 6ª série, 26,4% na 7ª série e 17,9% na 8ª série. A idade média dos adolescentes era de 12,9 (DP±1,8) variando de 10 a 18 anos. Percebeu-se que 18,93% dos escolares estavam acima de 14 anos, destes 23,62% eram meninos e 13,64% meninas.

A tabela 1 apresenta as variáveis demográficas, socioeconômicas e de comportamentos de risco à saúde dos adolescentes e seus pais. A amostra de adolescentes foi predominantemente composta por rapazes (53,1%). O comportamento de risco, fumo nos últimos 30 dias foi relatado por 6,7% dos adolescentes, 46,5% dos pais e 13,6% das mães. O consumo de bebidas alcoólicas no último mês foi referido por 27% dos escolares, 46,4% dos pais e 26,7% das mães. Com relação ao estado nutricional, 24,8% dos adolescentes, 62,7% dos pais e 66,6% das mães apresentaram excesso de peso. O comportamento de risco, inatividade física, foi mostrado por 45% dos jovens, 59,8% dos pais e 75% das mães. A frequência de adesão aos passos para uma alimentação saudável ficou baixa todos os passos, exceto o referente ao consumo semanal de arroz e feijão combinados (passo 4), o qual atingiu 82,3% de adesão

pelos adolescentes, 87,5% dos pais e 85,8% das mães. Os hábitos alimentares inadequados são mostrados pela baixa adesão dos adolescentes ao passo 1 (31,4%), passo 2 (31,5%) e passo 9 (31,8%) e uma adesão extremamente baixa ao passos 3,5,6,7 e 8.

A tabela 2 mostra a análise bruta das variáveis de comportamento de risco à saúde de adolescentes conforme as variáveis de comportamento dos pais. O tabagismo dos pais se mostrou associado ao fumo dos adolescentes no último mês. O consumo de bebida alcoólica dos adolescentes esteve associado ao consumo de álcool das mães. Houve associação entre a presença de excesso em escolares e suas mães. O adolescente ser ativo fisicamente esteve associado à atividade física dos pais. O hábito alimentar dos adolescentes não se mostrou associado com o comportamento de risco dos pais.

Após análise ajustada por sexo, idade do adolescente e escolaridade dos pais (Tabela 3), o consumo de álcool de escolares e suas mães, assim como atividade física do pai e filho mantiveram uma associação positiva. O consumo maior ou igual a seis vezes ao dia de cereais, raízes ou tubérculos (Passo 2) de mães mostrou-se associado ao mesmo padrão de consumo dos escolares (p=0,02).

Os pais não terem o comportamento de risco à saúde, inatividade física, ou seja, serem ativos fisicamente mostrou associação com o nível de atividade física de moças e rapazes, representado pela Figura 1. O pai ser ativo mostrou-se associado a atividade física das meninas (p=0,02), não tendo significância estatística na atividade física dos meninos. A mãe ser ativa não mostrou associação na atividade física de meninos e meninas.

Discussão

O presente estudo avaliou a associação de comportamento de risco à saúde entre os pais e adolescentes em um município de pequeno porte. Algumas limitações deste devem ser consideradas. Por ser um estudo transversal, a coleta dos desfechos e das variáveis de exposição se deu em um único momento no tempo, o que impede a avaliação de temporalidade nas associações encontradas. Em relação ao tamanho amostral ser pequeno não foi possível estratificar a análise por sexo, nos impedindo de explorar mais detalhadamente o efeito das exposições sobre os desfechos entre meninos e meninas. Além disso, para análise de consumo alimentar foi utilizada apenas frequência de consumo sem analisar quantidade de alimentos. A principal limitação do presente estudo é o baixo percentual de respostas quando se considera pais e mães juntos. Quando os pais e mães foram convidados a participar do estudo, houve uma tendência de que somente um deles aceitasse o convite em cada família, o

que fez com que tenhamos dados de um dos pais para a maioria dos adolescentes (68%). A consequência desse baixo percentual de participação é o baixo poder para algumas análises. Por exemplo, até razões de prevalência superiores a 2,0 não alcançaram significância estatística quando o desfecho ou a exposição possuíam baixa prevalência. Em outras análises, não foi possível estimar razões de prevalência pelo fato de uma das caselas ter valor zero. Além disso, supõe-se que os pais não respondentes possam ter menor grau de escolaridade o que também é um indicador importante desta população em vista do alto percentual de analfabetos.

A prevalência de tabagismo auto-relatado pelos adolescentes mostrou-se similar a de alguns estudos realizados com adolescentes de zona urbana[35,36]ou rural[37]. Estudo realizado em área urbana e rural mostrou que o tabagismo dos pais esteve fortemente associado ao uso de cigarros pelos filhos[39], um achado também encontrado em várias outras pesquisas[15,36,39,40], embora não todas[41,42]. No presente estudo, as associações foram no sentido esperado, mas não atingiram significância estatística devido ao baixo poder, especialmente nas análises incluindo as mães, as quais apresentaram uma prevalência menor de tabagismo se comparadas aos pais. Previa-se que a prevalência de exposição a este comportamento de risco à saúde fosse mais elevada, pois o município tem economia basicamente agrícola advinda da produção de fumo. Talvez pelas crescentes campanhas antitabagistas realizadas nas escolas este índice não foi tão alarmante.

O comportamento de consumo de bebidas alcoólicas no último mês foi referido por 27% dos escolares. Estes dados se mostraram semelhantes aos encontrados em outros estudos[36,43,44]. Dentre os adolescentes, a prevalência de consumo de bebida alcoólica no último mês era maior quando sua mãe mostrava o mesmo comportamento de risco à saúde, um achado que é suportado por estudos prévios[13,36,45]. O estímulo ao uso da bebida alcoólica pode se dar pelo incentivo dos próprios parentes[46], pelo histórico de uso de álcool na família[13,47], pela facilidade de acesso a bebida dentro de casa[48,49] ou ainda pela falta de apoio afetivo familiar ao adolescente[50]. Além disso, a população estudada é residente em município de pequeno porte e os lazeres ofertados neste local foram trazidos por descendentes de origem italiana (vinho) e alemã (cerveja) e estão arraigados a cultura[51]. Com isso é comum o consumo de bebidas alcoólicas em festas populares, encontros de clubes e associações e na própria residência[51].

O sobrepeso e obesidade continuam tendo um interesse especial para a saúde pública[52]. Menores prevalências de excesso de peso em adolescentes moradores de zona rural comparados com os de zona urbana são demonstradas na literatura[53,54], mas nosso estudo

encontrou valores superiores à estudos nacionais prévios[55,56], incluindo um realizado em zona rural[57]. O estado nutricional dos pais não mostrou associação com a prevalência de sobrepeso e obesidade nos escolares, enquanto o estado nutricional das mães relacionou-se com tal desfecho. Alguns autores demonstram correlação entre o IMC dos pais e dos filhos[58], associando o ganho de peso na infância e adolescência aos comportamentos inadequados da alimentação de seus pais[59].

A exposição ao comportamento de risco à saúde hábitos inadequados de alimentação ficou demonstrada pela baixa frequência de adesão aos passos da alimentação saudável. Comparando com a literatura, a adesão ao passo 1 pelo adolescentes foi superior ao observado em outra investigação[60]. A baixa adesão aos passos 2 e 3 está de acordo com estudos prévios[61,62], fato preocupante em virtude do consumo frutas e hortaliças e alimentos integrais auxiliar na prevenção de DANTs[63]. O passo 4 foi o que teve a maior frequência de adesão, a qual se mostrou bastante similar com algumas investigações[30,64], discordando de outra[65]. O prato que mais caracteriza o nosso hábito alimentar diário é o feijão com arroz e este satisfaz as necessidades básicas do organismo com relação às calorias e proteínas[51]. A adesão ao passo 6 é baixa o que demonstra que muitos adolescentes tem um consumo acima do preconizado de óleos e gorduras[61]. Achados da literatura[62,64] também mostraram alto consumo de bebidas doces, guloseimas e alimentos industrializados entre adolescentes. Os dados dos passos 8 e 9 corroboram com a literatura[17].

A adesão aos passos para uma alimentação saudável mostrou-se, em geral, baixa tanto para adolescentes quanto a adesão pelos pais. Presume-se que a compra de alimentos saudáveis, como frutas e verduras, pela população estudada seja de difícil acesso, tal pela dificuldade de acesso aos supermercados centrais, e da monocultura utilizada pelos agricultores locais os quais não tem o hábito de produzir frutas e verduras. Outra justificativa para os inadequados hábitos alimentares da população pode ser dada pela diversidade cultural da alimentação, advindas de várias etnias[19]. Na alimentação de descendentes italianos, é comum perceber a existência de refeições abundantes, com excesso de consumo de cereais (massas e polentas) e gorduras (queijos) e a alimentação de descendentes alemães, poloneses e portugueses apresentam maior consumo de cereais (batatas, centeio), de alimentos embutidos, defumados e salgados, além da carne suína[19,51].

Ressalta-se o papel determinante da família na formação dos hábitos alimentares saudáveis do adolescente[17,66,67]. Mas, no presente estudo, ao avaliar a associação entre os hábitos alimentares dos adolescentes e seus pais, não houve associação entre a adesão a maioria dos passos da alimentação saudável pelos pais e adolescentes. Apenas o segundo passo relativo ao

consumo de cereais, raízes ou tubérculos mostrou-se associado entre adolescentes e suas mães. Este resultado sugere que as mães detém a organização da alimentação no ambiente familiar.

A prática de atividade física entre os adolescentes mostrou frequência superior a de estudos nacionais de zona urbana[25,30,68,69]. Investigações trazem resultados divergentes ao comparar nível de atividade física e área de residência. Enquanto um estudo mostrou que adolescentes residentes em áreas rurais apresentam menos chances de serem suficientemente ativos[70], outro estudo mostrou uma prevalência de comportamento sedentário menor entre os residentes de áreas rurais[71]. No presente estudo a prevalência do comportamento de risco à saúde inatividade física foi considerada elevada. Pressupõe-se que este fato deve-se a falta de ambiente físico adequado para a realização das práticas desportivas, a inexistência de ginásios e quadras esportivas na área rural do município, além da grande utilização de transporte escolar como deslocamento pelos adolescentes.

Ao associar a prática de atividade física dos pais e do adolescente fica evidente o modelo familiar. Esta relação mostrou associação entre a atividade física do pai e do adolescente na análise bruta. Na ajustada, a chance do adolescente ser ativo quando seu pai praticava alguma atividade física ficou em 40% quando comparados a adolescentes com pais inativos. Ao estratificar a análise por sexo do escolar, o pai ser ativo esteve associado a maior chance dos adolescentes do sexo feminino realizarem atividade física. Outros estudos verificaram uma associação positiva e significativa entre a prática desportiva dos pais e de seus filhos[1,72,73], além do apoio materno suportando maior de risco da realização da atividade física entre adolescentes[74]. Contrariando nossos resultados, um estudo longitudinal com jovens de 7 a 12 anos não suportou a hipótese que a atividade física no tempo livre dos adolescentes estaria associada a atividade física de seus pais[75].

A hipótese central testada no presente estudo é de que o comportamento de risco à saúde dos pais influencia a exposição ao mesmo comportamento pelos adolescentes. Tal questão científica é relevante no contexto das áreas rurais, para as quais a disponibilidade de dados é bastante limitada. Tendo em vista a direção e a magnitude das associações aqui apresentadas é possível concluir que tal hipótese é plausível, embora várias associações não tenham alcançado significância estatística devido ao baixo poder relacionado ao baixo percentual de participação dos pais. A adoção de um estilo de vida saudável deve ser estimulada na infância e adolescência, pois nessa fase são formados os hábitos alimentares e de atividade física[67], e podem ser prevenidas a experimentação de bebidas alcoólicas e de cigarros. Com os dados do presente estudo, pode-se planejar estratégias de prevenção em médio e longo prazo e

promover mudanças de comportamentos ligados ao estilo de vida de toda a família, visando a melhoria na qualidade de vida e a redução de problemas de saúde no futuro desta população.

Agradecimentos:

À Prefeitura Municipal e à Secretaria Municipal de Educação e Cultura de Barão do Triunfo/RS, diretores, professores, alunos e pais que participaram da coleta de dados.

Colaboradores:

CO Raphaelli trabalhou em todas as etapas da elaboração do artigo, MR Azevedo trabalhou na metodologia e elaboração do banco de dados, colaborou na elaboração do artigo e com a revisão crítica e PC Hallal coordenou a análise dos dados e colaborou na revisão crítica do artigo

Referências bibliográficas

1. Seabra AFT, Maia JA, Mendonca DM, Thomis M, Caspersen CJ, Fulton JE. Age and sex differences in physical activity of Portuguese adolescents. Med Sci Sports Exerc 2008;40(1):65-70.
2. Boutayeb A, Boutayeb S. The burden of non communicable diseases in developing countries. Int J Equity Health 2005; 4:2.
3. World Health Organization. Inequalities young people's health: key findings from the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2005/2006 survey fact sheet. Copenhagen: World Health Organization, 2008.
4. Kelishadi R, Sadri G, Tavasoli AA, Kahbazi M, Roohafza HR, Sadeghi M, Khosravi A, Sabet B, Amani A, Ansari R, Alikhassy H Cumulative prevalence of risk factors for atherosclerotic cardiovascular diseases in Iranian adolescents. J Pediatr (Rio J). 2005;81:447-53.
5. Guedes DP, Guedes JE, Barbosa DS, de Oliveira JA, Stanganelli LC. Cardiovascular risk factors in adolescents: biological and behavioral indicators. Arq Bras Cardiol 2006;86:439-50.
6. Farias Júnior JC, Nahas MV, Barros MVG, Loch MR, Oliveira ESA, De Bem MFL, Lopes AS. Comportamentos de risco à saúde em adolescentes no Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. Panam Salud Publica. 2009; 25(4):344–52.
7. World Health Organization. The World Health Report 2002: reducing risk, promoting healthy life. Geneve: World Health Organization; 2002.
8. Santos MG, Pegoraro M, Sandrini F, Macuco EC. Risk factors for the development of atherosclerosis in childhood and adolescence. Arq Bras Cardiol. 2008;90:276-283.
9. Duarte MEB, 2007. Influência dos estilos de vida familiar no desenvolvimento do excesso de peso e obesidade em crianças em idade pré-escolar. Tese (Doutorado) Universidade de Lisboa, Lisboa.
10. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2007. Censo Demográfico de 2007. Rio de Janeiro: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
11. Petroski EL, Pelegrini A. Associação entre o estilo de vida dos pais e a composição corporal dos filhos adolescentes. Rev Pau Pediatr 2009; 27(1): 48-52.
12. Malcon MC, Menezes AMB, Chattkin M. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes. Rev Saúde Pública 2(1): 1-7.
13. Hung CC, Yen LL, Wu WC. Association of Parents' Alcohol Use and Family Interaction with the Initiation of Alcohol Use by Sixth Graders: A Preliminary Study in Taiwan. BMC Public Health 2009; 9(172):1-9.
14. Monteiro P, Victora C, Barros F. Fatores de risco sociais, familiares e comportamentais para a obesidade em adolescentes. Rev Panam Salud Publica. 2004;16:250-7.
15. Otten R, Engels RC, Prinstein MJ: A prospective study of perception in adolescent smoking. J Adolesc Health 2009, 44:478-84.
16. Sirard JR, Laska MN, Patnode CD, Farbakhsh K, Lytle LA. Adolescent physical activity and screen time: associations with the physical home environment. Int J Behav Nutr Phys Act 2010, 15; 7:82.
17. Campbell KJ, Crawford DA, Salmon J, Carver A, Garnett SP, Baur LA: Associations between the home food environment and obesity-promoting eating behaviors in adolescence. Obesity 2007, 15(3):719-30.

18. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2010. Censo Demográfico de 2010. Rio de Janeiro: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
19. Barão do Triunfo (Rs) Prefeitura Municipal de Barão do Triunfo. Secretaria Municipal de Educação e Cultura. Plano Municipal de Educação de Barão do Triunfo. Barão do Triunfo, 2009. 46p.
20. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2000. Pesquisa nacional por amostra de domicílios de 1999. Rio de Janeiro: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNAD 1999.
21. Inep (Instituto Nacional de Pesquisas e Estudos Anísio Teixeira), 2009. Censo Escolar 2009. Brasília: Ministério da Educação. Censo escolar 2009.
22. Lohman TG, Roche AF, Martorell R. Anthropometric Standardisation Reference Manual. Champaign, IL: Human Kinetics Books. 1988.
23. Bastos JP, Araújo CLP, Hallal PC. Prevalence of insufficient physical activity and associated factors in Brazilian adolescents. J Phys Activity Health. 2008; 5:777-94.
24. Biddle S, Cavill N, Sallis J. Young and active? Young people and health-enhancing physical activity-evidence and implications. London: Health Education Authority; 1998.
25. Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, Pratt M, Ekelund U, Yngve A, Sallis JF, Oja P. International Physical Activity Questionnaire: 12-country reliability and validity. Med Sci Sports Exerc 2003;35:1381-95.
26. Hallal PC, Gomez LF, Parra DC, Lobelo F, Mosquera J, Florindo AA, Reis RS, Pratt M, Sarmiento OL. Lessons learned after 10 years of IPAQ use in Brazil and Colombia. J Phys Act Health. 2010;7(suppl 1):S259–S264.
27. Hallal PC, Victora CG, Wells JC, Lima RC. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. Med Sci Sports Exerc 2003; 35: 1894-900.
28. Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, Macera CA, Heath GW, Thompson PD, Bauman A. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Circulation. 2007; 39: 1423-34.
29. Brasil, Ministério da Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Alimentação saudável para todos: siga os 10 passos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006
30. Couto SF, 2010. Frequência de hábitos alimentares saudáveis em adolescentes do ensino médio de Pelotas/RS. Dissertação (Mestrado), Pelotas: Escola Superior de Educação Física. Universidade Federal de Pelotas.
31. Carlini EA, Galduroz JCF, Noto AR, Nappo SA. I Levantamento domiciliar sobre drogas psicotrópicas no Brasil. Estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país-2001. São Paulo:CEBRID . Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP . Universidade Federal de São Paulo;2002.
32. Must A, Dallal GE, Dietz WH. Reference data for obesity: 85th and 95th percentiles of body mass index (wt/ht^2) and triceps skinfold thickness. Am J Clin Nutr. 1991;53:839–846.
33. World Health Organization, 1995. Physical status: the use and interpretation of anthropometry: report of a WHO expert committe. Geneva: World Health Organization.
34. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. BMC Med Res Methodol 2003;3:21.

35. Barreto SM, Giatti L, Casado L, Moura L, Crespo C, Malta DC Exposição ao tabagismo entre escolares no Brasil. Ciênc. saúde coletiva. 2010, 15(2): 3027-34.
36. Vieira PC, Aerts DRGC, Freddo SL, Bittencourt A, Monteiro L. Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares em município do sul do Brasil. Cad Saude Publica. 2008; 24(11):2487-98.
37. Maldonado MR, Pedrão LJ, Castillo MMA, García KSL, Rodríguez NNO. Self-esteem, perceived self-efficacy, consumption of tobacco and alcohol in secondary students from urban and rural areas of Monterrey, Nuevo León, México. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2008, 16: 614-20.
38. Bernat DH, Erickson DJ, Widome R, Perry CL, Forster JL. Adolescent Smoking Trajectories: Result from a Population-based Cohort Study. J. Adolescent Health. 2008;43:334–40. 45.
39. Bordin R, Nipper VB, Silva JO, Bortolomiol L. Prevalência de tabagismo entre escolares em município de área metropolitana da Região Sul, Brasil, 1991. Cad Saude Publica 1993;9(2):185–89.
40. Precioso J, Macedo M, Rebelo L. Relação Entre o Tabagismo dos Pais e o Consumo de Tabaco dos Filhos: Implicações para a Prevenção. Rev Port Clin Geral, 2007; 23:259-66.
41. Muza GM, Costa MP. Aspectos sociofamiliares do consumo de tabaco por adolescentes escolares da rede privada do Distrito Federal. Revista ABP-APAL 1993;15(1):31-6.
42. Rudatsikira E, Muula AS, Siziya S, Mataya RH. Correlates of cigarette smoking among school-going adolescents in Thailand: findings from the Thai global youth tobacco survey 2005. Int Arch Med 2008;1-7.
43. Malta DC, Sardinha LMV, Mendes I; Barreto SM, Giatti L, Castro IRR, Moura L; Dias AJR, Crespo 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. Ciênc. saúde coletiva. 2010; 15(2):3009-19.
44. Strauch ES, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL. Uso de álcool por adolescentes: estudo de base populacional. Rev Saúde Pública 2009;43:647-55.
45. Tavares BF, Béria JU, Lima MS. Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. Rev Saúde Pública 2004; 38(6):787-96.
46. Alavarse GMA, Carvalho MDB. Álcool e adolescência: o perfil de consumidores de um município do norte do Paraná. Esc. Anna Nery Rev. Enferm 2006; 10(3):408-16.
47. Noal RB, Menezes AMB, Araujo CL, Hallal PC. Experimental use of alcohol in early adolescence: the 11-year follow-up of the 1993 Pelotas (Brazil) birth cohort study. Cad. Saúde Pública. 2010; 26(10): 1937-44.
48. Rojas-Guiot E, Fleiz-Bautista C, Medina-Mora Icaza ME, Morón MA,Domenech-Rodríguez M. Consumo de alcohol y drogas en estudiantes de Pachuca, Hidalgo. Salud Publica Mex 1999;41:297-308.
49. Vieira DL, Ribeiro M, Romano M, Laranjeira RR. Álcool e adolescentes: estudo para implementar políticas municipais. Rev Saude Publica. 2007;41(3):396-403.
50. Guillén RR; Nascimento LC. Consumo de drogas en los jóvenes de la ciudad de Guayaquil, Ecuador. Rev Lat Am Enfermagem 2010;18(Spec):598-605.
51. Recine E, Radaelli P. Alimentação e Cultura. NUT/FS/UnB e ATAN/DAB/SPS. São Paulo, 2008. NUT/FS/UnB – ATAN/DAB/SPS.

52. Ogden CL, Carroll MD, Curtin LR, McDowell MA, Tabak CJ, Flegal KM. Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999–2004. JAMA. 2006; 295:1549-55.
53. Bonvecchio A, Safdie M, Monterrubio EA, Gust T, Villalpando S, Rivera JA . Overweight and obesity trends in Mexican children 2 to 18 years of age from 1988 to 2006. Salud Publica Mex. 2009;51(Sup 4):586–94.
54. Magalhães VC, Mendonça GAS. Prevalência e fatores associados a sobrepeso e obesidade em adolescentes de 15 a 19 anos das regiões Nordeste e Sudeste do Brasil, 1996 a 1997. Cad Saúde Pública. 2003; 19(Sup1):129-39.
55. Silva GAP, Balaban G, Motta MEF. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de diferentes condições socioeconômicas. Rev Bras Saude Mater Infant 2005;5:53-9.
56. Campos LA, Leite AJM, Almeida PC. Nível socioeconômico e sua influência sobre a prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares adolescentes do município de Fortaleza. Rev Nutr. 2006;19:531-3.
57. Delwing KBB, Rempel C,Bosco SMD. Prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares entre 6 e 11 anos de um município do interior do RS. ConScientiae Saúde, 2010;9(2):173-78.
58. Amaral APA, Palma, AP. Perfil epidemiológico da obesidade em crianças: relação entre televisão, atividade física e obesidade. Rev Bras Ci Mov 2001;4:19–24.
59. Clark HR; Goyder E; Bissell P; Blank L; Peters J. Título: How do parents' child-feeding behaviours influence child weight? Implications for childhood obesity policy. J Public Health 2007;29(2):132-41.
60. Silva ARV, Damasceno MMC, Marinho NBP, Almeida LS, Araújo MFM, Almeida PC et al . Hábitos alimentares de adolescentes de escolas públicas de Fortaleza, CE, Brasil. Rev Bras Enferm 2009; 62(1):18-24.
61. Neutzling MB, Araújo CL, Vieira MFA, Hallal PC, Menezes AMB, Victora CG. Intake of fat and fiber-rich foods according to socioeconomic status: the 11-year follow-up of the 1993 Pelotas (Brazil) birth cohort study. Cad. Saúde Pública 2010;26(10):1904-11.
62. Ortiz-Hernandez L, Gomez-Tello BL. Food consumption in Mexican adolescents. Rev Panam Salud Publica. 2008;24(2):127-35.
63. Rasmussen M, Krølner R, Klepp K-I, Lytle L, Brug J, Bere E, Due P: Determinants of fruit and vegetable consumption among children and adolescents: a review of the literature. Part I: quantitative studies. Int J Behav Nutr Phys Act 2006;3:22.
64. Levy RB, Castro IRR, Cardoso LO, Tavares LF, Sardinha LMV, Gomes FS, Costa AWN. Consumo e comportamento alimentar entre adolescentes brasileiros. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009. Cien Saude Colet 2010; 15(Supl.2):3085-97.
65. Vitolo MR, Campagnolo PDB, Gama CM. Factors associated with risk of low dietary fiber intake in adolescents. J. Pediatr. 2007;83, 47–52.
66. Pearson N, Timperio A, Salmon J, Crawford D, Biddle SJH. Family influences on children's physical activity and fruit and vegetable consumption. Int J Behavior Nutrition and Physical Activity 2009;6(34):1-7.
67. Monge-Rojas R, Garita C, Sánchez M, Muñoz L. Barriers and motivators for healthful eating as perceived by rural and urban Costa Rican adolescents. J Nutr Educ Behav 2005;37:33-40.

68. Reichert FF, Menezes AMB, Araújo CL, Hallal PC. Self-reporting versus parental reporting of physical activity in adolescents: the 11-year follow-up of the 1993 Pelotas (Brazil) birth cohort study. Cad. Saúde Pública. 2010;26(10):1921-27.
69. Hallal PC, Knuth AG, Cruz DKA, Mendes MI, Malta DC. Prática de atividade física em adolescentes brasileiros. Ciênc. saúde coletiva. 2010;15(sup2):3035-42.
70. Tenório MCM, Barros MVG, Tassitano RM, Bezerra J, Hallal PC. Atividade física e comportamento sedentário em adolescentes estudantes do ensino médio. Rev. Bras. Epidemiol. 2010;13(1):105-17.
71. Richards R, Poulton R, Reeder AI, Williams S. Childhood and contemporaneous correlates of adolescent leisure time physical inactivity: a longitudinal study. J Adolesc Health 2009:44(3):260–67.
72. Gonçalves H, Hallal PC, Amorim TC, Araújo CL, Menezes AM. Fatores socioculturais e nível de atividade física no início da adolescência. Rev Panam Salud Pública 2007;22:246-53.
73. Davison KK, Schmalz DL: Youth at risk of physical inactivity may benefit more from activity-related support than youth not at risk. Int J Behav Nutr Phys Act. 2006;3(5):1-8.
74. Anderssen N, Wold B, Torsheim T.. Are parental health habits transmitted to their children? An eight-year longitudinal study of physical activity in adolescents and their parents. J Adolesc. 2006;29(4):513-524.
75. Dumith SC, Domingues MR, Gigante DP. Estágios de mudança de comportamento para a prática de atividade física: uma revisão da literatura. Rev. bras. cineantropom. desempenho hum. 2008;10(3):301-7.

Quadro 01. Critérios utilizados para adesão aos "10 Passos para uma Alimentação Saudável".

Passo	Adesão ao Passo: positiva
Passo 1	Realização de cinco ou mais refeições ao dia;
Passo 2	Consumo de seis ou mais porções de cereais, raízes ou tubérculos ao dia;
Passo 3	Consumo de três ou mais porções de frutas ao dia e três ou mais porções de legumes ou verduras ao dia;
Passo 4	Consumo de arroz e feijão combinados cinco ou mais vezes por semana;
Passo 5	Consumo de leite e derivados três vezes ou mais por dia, consumo de carnes, peixes, ou ovos uma vez por dia, e ter o hábito de retirar a gordura aparente da carne e pele de aves;
Passo 6	Consumo de óleos e gorduras uma vez ou menos por dia, utilização de manteiga, margarina ou óleo nas preparações, leitura dos rótulos dos alimentos e evitar alimentos contendo gorduras trans;
Passo 7	Consumo de refrigerantes duas vezes ou menos por semana, consumo de sucos industrializados duas vezes ou menos por semana, consumo de bolos, bolachas doces ou recheadas duas vezes ou menos por semana, consumo de doces, balas, chocolates e guloseimas duas vezes ou menos por semana;
Passo 8	Consumo de alimentos industrializados (hambúrguer, linguiça, charque, etc) uma vez ou menos por semana, consumo de alimentos enlatados e conservas uma vez ou menos por semana, não ter o hábito de colocar mais sal nas preparações prontas e não ter o hábito de levar o saleiro a mesa;
Passo 9	Consumo de seis copos de água ou mais ao dia.

Tabela 1. Descrição da amostra de adolescentes e seus pais conforme variáveis demográficas, socioeconômicas e de comportamentos de risco à saúde. Barão do Triunfo, RS, Brasil.

Variável	Adolescentes (N=377)	Pais (N=165)	Mães (N=173)
Sexo			
Masculino	53,1%		
Feminino	46,9%		
Idade em anos completos (média ± DP)	12,9 ± 1,8	45,2 ± 8,7	40,8 ± 8,1
Escolaridade (média ± DP)		12,5 ± 26,5	8,1±16,1
Fumo nos últimos 30 dias			
Não	93,4%	53,5%	86,4%
Sim	6,7%	46,5%	13,6%
Consumo de álcool nos últimos 30 dias			
Não	73,0%	53,6%	73,3%
Sim	27,0%	46,4%	26,7%
Índice de massa corporal (IMC)*			
Normal	75,2%	37,4%	33,3%
Sobrepeso	10,7%	49,4%	43,1%
Obesidade	14,1%	13,3%	23,5%
Atividade física[&]			
Inativo	45,0%	59,8%	75,0%
Ativo	55,0%	40,2%	25,0%
Passos da alimentação saudável			
Adesão ao Passo 1	31,4%	6,9%	8,8%
Adesão ao Passo 2	31,5%	14,7%	13,0%
Adesão ao Passo 3	5,6%	0,0%	0,0%
Adesão ao Passo 4	82,3%	87,5%	85,8%
Adesão ao Passo 5	0,6%	0,0%	0,0%
Adesão ao Passo 6	4,8%	6,4%	7,4%
Adesão ao Passo 7	14,8%	34,8%	36,5%
Adesão ao Passo 8	0,9%	0,8%	0,7%
Adesão ao Passo 9	31,8%	24,0%	16,7%

* Ponto de corte utilizado para IMC de adolescente[32] e adulto[33].
[&] Ponto de corte utilizado para nível de atividade física de adolescente[24] e adulto[28].

Tabela 2. Comportamento de risco à saúde de adolescentes conforme o comportamento dos pais: análise bruta. Barão do Triunfo, RS, Brasil.

Variáveis	Pais			Mães		
	Não	Sim	Valor* P	Não	Sim	Valor* P
Fumo nos últimos 30 dias	2,8%	6,4%	0,32	3,7%	0,0%	0,38
Consumo de álcool nos últimos 30 dias	21,3%	27,3%	0,40	19,0%	34,2%	0,05
Sobrepeso/obesidade	19,4%	25,5%	0,52	14,7%	32,8%	0,05
Ativo	48,5%	66,7%	0,02	53,9%	65,1%	0,20
Adesão ao Passo 1	29,9%	27,3%	0,85	26,6%	40,0%	0,27
Adesão ao Passo 2	29,0%	38,9%	0,40	29,7%	52,9%	0,06
Adesão ao Passo 4	82,4%	82,1%	0,98	81,0%	81,8%	0,92
Adesão ao Passo 6	6,7%	0,0%	0,51	3,0%	12,5%	0,17
Adesão ao Passo 7	10,0%	13,3%	0,57	9,4%	18,4%	0,13
Adesão ao Passo 9	30,8%	34,3%	0,70	32,8%	38,5%	0,58

*Teste do Qui-quadrado para heterogeneidade.

Tabela 3. Comportamento de risco à saúde de adolescentes conforme o comportamento dos pais: análise ajustada. Barão do Triunfo, RS, Brasil.

Desfechos	Pai		Mãe	
	RP (IC95%)	Valor P	RP (IC95%)	Valor P
Fumo nos últimos 30 dias	2,3 (0,4; 12,3)	0,34	Não estimável[&]	
Consumo de álcool nos últimos 30 dias	1,2 (0,7; 2,2)	0,48	1,8 (1,0; 3,1)	0,05
Sobrepeso/obesidade	1,3 (0,5; 3,0)	0,60	2,1 (0,9; 5,2)	0,09
Ativo	1,4 (1,1; 1,8)	0,02	1,1 (0,9; 1,5)	0,37
Adesão ao Passo 1	1,0 (0,4; 2,8)	0,99	1,5 (0,8; 3,0)	0,22
Adesão ao Passo 2	1,3 (0,6; 2,5)	0,50	1,9 (1,1; 3,4)	0,02
Adesão ao Passo 4	1,0 (0,8; 1,3)	0,97	1,0 (0,8; 1,2)	0,83
Adesão ao Passo 6	Não estimável[&]		4,8 (0,6; 37,9)	0,14
Adesão ao Passo 7	1,9 (0,6; 5,7)	0,27	1,9 (0,8; 4,6)	0,14
Adesão ao Passo 9	1,0 (0,6; 1,7)	0,94	1,2 (0,7; 2,0)	0,54

* Ajustado por sexo e idade do adolescente e escolaridade dos pais.
[&] Não é possível estimar a razão de prevalências, visto que o valor de uma das caselas é zero.

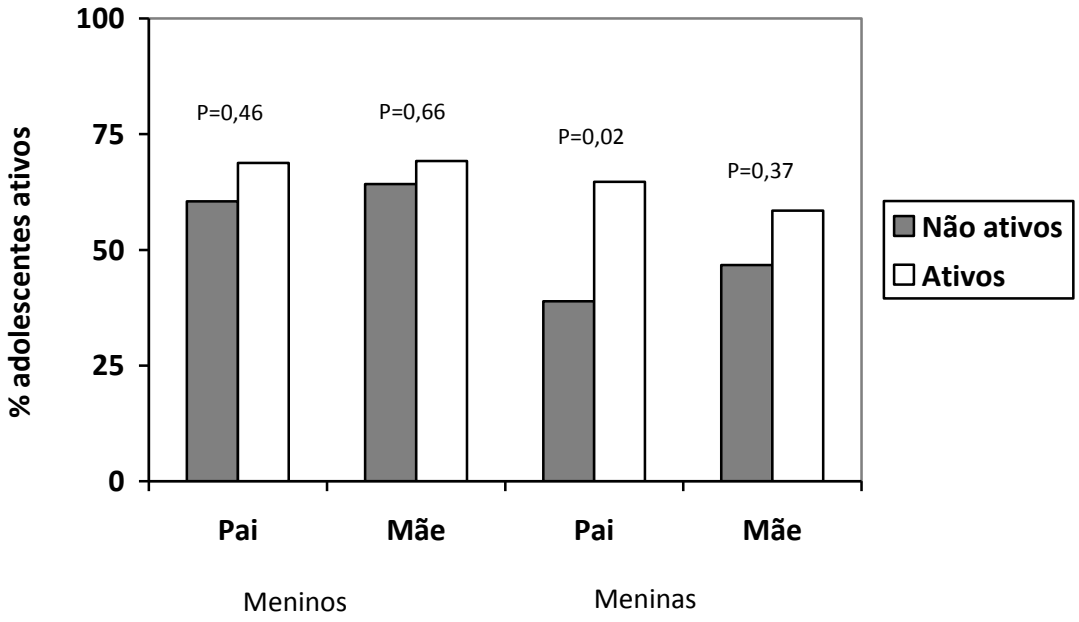


Figura 1. Associação do nível de atividade física do pai e da mãe sobre a atividade física de meninos e meninas.

4. Press-release

(Dissertação de Chirle de Oliveira Raphaelli)

Pesquisa avalia comportamento de risco à saúde pais e estilo de vida de adolescente de zona rural.

No ano letivo de 2010, foi realizado um estudo no município de Barão do Triunfo/RS pelo Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Pelotas. Foram entrevistados 377 escolares de 10 a 18 anos, matriculados entre 5ª e 8ª série do ensino fundamental e 338 pais.

A pesquisa mostrou que 6% dos escolares, 46% dos pais e 13% das mães relataram o de uso de cigarros no último mês. O consumo de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias foi referido por 27% dos escolares, 46,4% dos pais e 26,7% das mães. Com relação ao estado nutricional, 24,1% dos adolescentes, 62,7% dos pais e 66,6% das mães apresentaram excesso de peso. A recomendação mínima de atividade física semanal foi atingida por 55% dos adolescentes, 40,2% dos pais e apenas 25% das mães. A frequência de adesão aos passos para uma alimentação saudável ficou abaixo de 40% em todos os passos, exceto o referente ao consumo semanal de arroz e feijão combinados.

A atividade física dos adolescentes esteve relacionada de forma positiva com a atividade física dos pais. O consumo de álcool da mãe também se associou de forma positiva com consumo de álcool do adolescente. Para os outros comportamentos, não houve associação significativa entre comportamento dos pais e estilo de vida dos filhos. A principal associação foi entre prática de atividade física do pai e nível de atividade física das meninas.

Com estes resultados os pesquisadores, Prof. Dr. Pedro Curi Hallal, Prof. Dr. Mario Renato de Azevedo Júnior e a mestranda Chirle de Oliveira Raphaelli puderam concluir que o comportamento de risco à saúde de pais influencia o mesmo comportamento pelos adolescentes de zona rural.

Esta pesquisa chama a atenção, pois a disponibilidade de dados científicos sobre o comportamento de risco à saúde dos pais e adolescentes em área rural é bastante limitada. Além disso, a adoção de um estilo de vida saudável deve ser estimulada na infância e adolescência, pois nessa fase são formados os hábitos alimentares e de atividade física, e podem ser prevenidas a experimentação de bebidas alcoólicas e de cigarros.

5. Proposta de redação de artigos

(Dissertação de Chirle de Oliveira Raphaelli)

PROPOSTA DE REDAÇÃO PARA DEMAIS ARTIGOS DERIVADOS DA COLETA DE DADOS:

1.*"Associação entre comportamentos de risco à saúde de adolescentes escolares e seus irmãos em zona rural":* Este artigo abordará questões relacionadas aos comportamentos de risco à saúde (tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, sobrepeso/obesidade e hábitos alimentares inadequados) entre irmãos e os adolescentes escolares de 5ª a 8ª série do município de Barão do Triunfo/RS. A análise de dados e a redação do artigo não foram iniciadas. A proposta é encerrar a escrita do artigo até o final do mês de julho de 2011.

2.*"Trabalho infanto-juvenil em zona rural: perfil ocupacional e aspectos sociodemográficos":* Este artigo irá descrever a prevalência de trabalho dos escolares e relacionar a variáveis sociodemográficas: sexo, idade, escolaridade adequada/inadequada, nivel socioeconômico e escolaridade dos pais, tipo e local de trabalho, tempo de atividade diária, remuneração, zona de moradia, entre outras. A análise de dados e a redação do artigo ainda não foram iniciadas. A proposta é finalizar esse artigo até o final do mês de setembro, 2011.

3.*"Consumo de substâncias lícitas por adolescentes escolares e alguns fatores associados":* O terceiro artigo resultante da coleta de dados irá abordar a prevalência de uso de cigarros (tabaco) e de consumo de bebidas alcoólicas (álcool), bem como a frequência de experimentação das substâncias. Além disso, irá destacar alguns fatores associados aos desfechos: sexo, idade de experimentação, acesso a compra, consumo destas substâncias por familiares (pai, mãe, irmão), local do consumo. A análise de dados e a redação do artigo ainda não foram iniciadas. A proposta é finalizar esse artigo até o mês de janeiro do ano de 2012.

4.*"Comportamento sedentário de adolescentes de zona rural e seus irmãos":* O quarto artigo resultante da coleta de dados irá abordar a prevalência de comportamentos sedentários (uso de microcomputador, jogar videogame ou assistir TV por mais de duas horas diárias) e irá associar ao estado nutricional dos adolescentes, nível de atividade física, tempo diário de ida ao trabalho e colégio, uso de cigarros, consumo de bebidas alcoólicas, consumo de frutas e verduras ao dia, além de variáveis de nivel socioeconomico e demográficas. A análise de dados e a redação do artigo ainda não foram iniciadas. A proposta é finalizar esse artigo até o mês de março do ano de 2012.

5.*"Tempo diário de sono de adolescentes, pais e irmãos e sua associação com estado nutricional e nível de atividade física":* Este artigo irá associar o tempo diário de sono como desfecho principal e associar ao estado nutricional e nível de

atividade física. A análise de dados e a redação do artigo ainda não foram iniciadas. A proposta é finalizar esse artigo até o mês de maio do ano de 2012.

6.*"Auto avaliação de saúde e comportamentos de risco à saúde em estudantes, pais e irmãos de zona rural":* Este artigo irá associar como desfecho a auto avaliação de saúde e associar a variáveis dependente: comportamentos de risco à saúde (uso de cigarros, consumo de bebidas alcoólicas, consumir carnes com gordura e leite integral, não realizar atividade física regular no lazer, não consumir frutas e hortaliças diariamente, adicionar sal à refeição pronta), e a partir do relato de diagnóstico médico de alguma doença. A análise de dados e a redação do artigo ainda não foram iniciadas. A proposta é finalizar esse artigo até o mês de julho do ano de 2012.

6.Anexos

(Dissertação de Chirle de Oliveira Raphaelli)

Anexo 1- QUESTIONÁRIO DE ADULTOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA
Associação entre comportamento de risco à saúde de pais e irmãos e de adolescentes escolares de uma comunidade de zona rural
QUESTIONÁRIO DE ADULTOS

DATA DA ENTREVISTA: ____/____/_____ Entrevistadora: Chirle de O. Raphaelli — *NQ_ _ _ _ _*

Favor marcar um X no parêntese correspondente à sua resposta marque 01 alternativa em cada questão:

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

1.Qual seu nome? _____
2.Qual sua idade? _____em anos completos — *ID _____*
3.Qual sua data de nascimento? _____/_____/_____ — *DN __/___/___*

5.Qual é o seu sexo? — *SEXO ___*
(0) Masculino (1) Feminino

6.Qual é a cor da sua pele? — *CORPEL ___*
(0) Branca (1) Preta (2) Parda (3) Indígena (4) Outra: _____

7.Quantos filhos que você tem? — *NUMF_____*
(0) Nenhum (1) Um filho (2) Dois filhos (3) Três filhos (4) Quatro ou mais

8.Qual a escola que seu(s) filho(s) estuda (m)?
(0) Dom Pedro II (1) Egídio V. da Silva (2) Marechal D. da Fonseca
Descreva os nomes de seus filhos que estudam entre 5ª a 8ª série?
Filho 01: _____ **NQ_ _ _ _**
Filho 02: _____ **NQ_ _ _ _**
Filho 03: _____ **NQ_ _ _ _**
Filho 04: _____ **NQ_ _ _ _**

9. Qual é a sua situação conjugal atual? — *SITCONJ_____*
(1) Casado(a) ou mora com companheiro(a) (2) Solteiro(a) ou sem companheiro(a)
(3) Separado(a) (4) Viúvo(a)

10.Até que série você estudou? _____ (99) Não sei — *ESCPAIS_____*
Anos completos de estudo: __ __ anos

11.Marque com um X a quantidade de itens listados que existem em sua casa:

Televisão em cores	(0)	(1)	(2)	(3)	(4ou +)	(99) Não sei	*GTV __*
Banheiro	(0)	(1)	(2)	(3)	(4ou +)	(99) Não sei	*GBAN__*
Rádio	(0)	(1)	(2)	(3)	(4ou +)	(99) Não sei	*GRAD__*
Automóvel	(0)	(1)	(2)	(3)	(4ou +)	(99) Não sei	*GAUT__*
Empregada mensalista	(0)	(1)	(2)	(3)	(4ou +)	(99) Não sei	*GEMP__*
Aspirador de pó	(0)	(1)	(2)	(3)	(4ou +)	(99) Não sei	*GASP__*
Maquina de lavar	(0)	(1)	(2)	(3)	(4ou +)	(99) Não sei	*GMAQ__*
Vídeo cassete DVD	(0)	(1)	(2)	(3)	(4ou +)	(99) Não sei	*GVID__*
Geladeira simples	(0)	(1)	(2)	(3)	(4ou +)	(99) Não sei	*GGEL___*
Geladeira duplex	(0)	(1)	(2)	(3)	(4ou +)	(99) Não sei	*GGELD____*
Freezer	(0)	(1)	(2)	(3)	(4ou +)	(99) Não sei	*GFRE__*
Trator	(0)	(1)	(2)	(3)	(4ou +)	(99) Não sei	*GTRA__*
Micro trator ou tobata	(0)	(1)	(2)	(3)	(4ou +)	(99) Não sei	*GTOBA__*
Arado	(0)	(1)	(2)	(3)	(4ou +)	(99) Não sei	*GARA__*
Disco	(0)	(1)	(2)	(3)	(4ou +)	(99) Não sei	*GDISC___*
Carreta	(0)	(1)	(2)	(3)	(4ou +)	(99) Não sei	*GCARR__*
Carroça de bois	(0)	(1)	(2)	(3)	(4ou +)	(99) Não sei	*GCARO__*
Bois	(0)	(1)	(2)	(3)	(4ou +)	(99) Não sei	*GBOI__*
Roçadeira	(0)	(1)	(2)	(3)	(4ou +)	(99) Não sei	*GROÇ__*
Estufa	(0)	(1)	(2)	(3)	(4ou +)	(99) Não sei	*GEST__*
Plantadeira ou alerador	(0)	(1)	(2)	(3)	(4ou +)	(99) Não sei	*GPL__*
Subsolador ou pé de pato	(0)	(1)	(2)	(3)	(4ou +)	(99) Não sei	*GSUB__*
Máquina de amarrar fumo	(0)	(1)	(2)	(3)	(4ou +)	(99) Não sei	*GAF__*
Grampo de fumo	(0)	(1)	(2)	(3)	(4ou +)	(99) Não sei	*GGF__*
Outra, qual?: _____	(0)	(1)	(2)	(3)	(4ou +)	(99) Não sei	*OU__*

12.Como é o abastecimento de água da sua casa? (0) Não sei (1) Posso artesiano (2) Água tratada (3) Outro. Qual?_____	*AA___*
13.Para onde vão os dejetos sanitários (do banheiro) de sua casa? (0) Não sei (1) Esgoto (2) Fossa (3) Outro. Qual? _____	*DEJ___*
AGORA VAMOS FALAR SOBRE O SEU TRABALHO (marque 01 alternativa em cada questão)	
14.Você trabalha atualmente? (0) Não (1) Sim (2) Já trabalhei, mas agora estou desempregado	*TRAB_____*
15.No que você trabalha, o que você faz?_____	*TRABTP_____*
16.Atualmente você recebe salário mensal? (0) Não (1) Sim (2) Não, recebo o valor da safra anual	*SAL_____*
17.Onde, em que local você trabalha? (0) Não trabalho (3) Trabalho em outro lugar, qual? _____ (1) Trabalho na lavoura, na roça (4) Trabalho em casa e na lavoura (2) Trabalho em casa (5) Trabalho em casa e na cidade	*TRABLO____*
18.Como é sua relação pessoal de trabalho com a propriedade em que você trabalha? (0) Não trabalho (1) Sou responsável pela propriedade (2) Sou Proprietário (3) Sou Arrendatário do dono/ Agregado (4) Sou Empregado Fixo (5) Sou Empregado Temporário (6) Outros. Qual?_____ (9) Não sei	*RELTRAB__*
AGORA VAMOS FALAR SOBRE A SUA SAÚDE (marque 01 alternativa em cada questão)	
19.Como você considera a sua saúde? (0) Não sei (1) Excelente (2) Muito boa (3) Boa (4) Regular (5) Ruim	*AUTSAUDE____*

20.Algum médico ou outro profissional já disse que você tem alguma destas doenças?				
Pressão alta?	(0) Não	(1) Sim	(2) Não sei	*PARF____*
Açúcar alto no sangue ou Diabetes?	(0) Não	(1) Sim	(2) Não sei	*DMRF____*
Doenças no coração?	(0) Não	(1) Sim	(2) Não sei	*DCVRF____*
Doença no fígado?	(0) Não	(1) Sim	(2) Não sei	*FIGRF____*
Colesterol alto no sangue	(0) Não	(1) Sim	(2) Não sei	*COLRF____*
Problemas no estômago?	(0) Não	(1) Sim	(2) Não sei	*ESTRF____*
Asma ou problemas respiratórios?	(0) Não	(1) Sim	(2) Não sei	*ASRF_____*
Depressão?	(0) Não	(1) Sim	(2) Não sei	*DEPRF____*
Doenças nos rins?	(0) Não	(1) Sim	(2) Não sei	*RENRF____*
Anemia?	(0) Não	(1) Sim	(2) Não sei	*ANERF____*
Ou outra, qual? _____				*OUTRARF____*

AGORA VAMOS FALAR SOBRE O TEU SONO	
21.Geralmente, que horas você **dorme** em um dia de semana sem ser sábados e domingos? __ __ horas __ __ minutos **(Escreva o horário que você dorme)** 22. Geralmente, que horas você **acorda** em um dia de semana sem ser sábados e domingos? __ __ horas __ __ minutos **(Escreva o horário que você acorda)**	*TPSONO__ __ __*
AGORA VAMOS FALAR SOBRE SUAS ATIVIDADES FÍSICAS. PENSE NOS ÚLTIMOS *SETE DIAS*. PARA RESPONDER ESTAS PERGUNTAS O SENHOR DEVE SABER QUE:	
***ATIVIDADES FÍSICAS FORTES** são as que exigem **grande** esforço físico e que fazem respirar **muito** mais rápido que o normal. ***ATIVIDADES FÍSICAS MÉDIAS** são as que exigem esforço físico **médio** e que fazem respirar um pouco mais rápido que o normal. EM TODAS AS PERGUNTAS SOBRE ATIVIDADE FÍSICA RESPONDA SOMENTE SOBRE AQUELAS QUE DURAM PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS.	
AGORA EU GOSTARIA QUE O SENHOR PENSASSE NAS ATIVIDADES QUE FAZ NO SEU TEMPO LIVRE (LAZER, ESPORTE OU EXERCÍCIO)	
23.Quantos dias nesta semana você fez caminhada no seu tempo livre por pelo menos 10 minutos? _____ dias (0) nenhum dia (1) Não sei	*LAZCAMDIA ___*

24.SE VOCÊ CAMINHA: Nos dias que você caminhou no seu tempo livre quanto tempo, no total, você caminha por dia? **(Escreva o tempo que você caminha)** _____ horas _____ minutos (0) não realizo esta atividade (1) Não sei	*LAZCAMMIN* _ _ _
25.Quantos dias por você fez atividades físicas MODERADAS fora as caminhadas no seu tempo livre? Por exemplo: pedalar em ritmo médio, praticar esportes só por diversão, etc. ____ dias (0) nenhum dia (1) IGN	*LAZMEDDIA* ___
26.SE VOCÊ FEZ ATIVIDADES FÍSICAS MODERADAS: Nos dias que você fez atividades médias, quanto tempo, no total, elas duram por dia? **(Escreva o tempo que você fez atividades moderadas)** _____ horas _____ minutos (0) não realizo esta atividade (1) Não sei	*LAZMEDMIN* _ _ _
27.Quantos dias por semana você fez atividades físicas VIGOROSAS no seu tempo livre? Por exemplo: correr, fazer ginástica, pedalar em ritmo rápido, praticar esportes competitivos, etc. _____ dias (0) nenhum dia (1) Não sei	*LAZFORDIA* ___
28.SE FEZ ATIVIDADES FÍSICAS VIGOROSAS: Nos dias em que você fez atividades fortes, quanto tempo, no total, elas duraram por dia? **(Escreva o tempo que você fez atividades fortes)** _____ horas _____ minutos (0) não realizo esta atividade (1) Não sei	*LAZFORMIN* _ _ _
AGORA EU GOSTARIA QUE O SENHOR PENSASSE COMO É O SEU DESLOCAMENTO DE UM LUGAR A OUTRO QUANDO ESTE DESLOCAMENTO DURA PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS. PODE SER A IDA E VINDA DO TRABALHO, IDA AO VIZINHO OU EM OUTRO LUGAR.	
29.Quantos dias por semana você usa a bicicleta para ir de um lugar a outro? _____ dias (0) nenhum dia (1) Não sei	*DESBICDIA* ___
30.SE USA BICICLETA: Nestes dias quanto tempo, no total você pedalou por dia? _____ horas _____ minutos (0) não realizo esta atividade (1) Não sei	*DESBICMIN* _ _ _
31.Quantos dias por semana você caminha para ir de um local ao outro? _____ dias (0) nenhum dia (1) Não sei	*DESCAMDIA* ___
32.SE CAMINHA: Nos dias em que você fez caminha, quanto tempo, no total, elas duram por dia? _____ horas _____ minutos (0) não realizo esta atividade (1) Não sei	*DESCAMMIN* _ _ _
AGORA EU GOSTARIA QUE O SENHOR PENSASSE NAS ATIVIDADES QUE O SENHOR FAZ NO SEU SERVIÇO, NO SEU TRABALHO REMUNERADO OU VOLUNTÁRIO. **NÃO INCLUIR TRABALHO DE SUA CASA COMO TAREFAS DOMÉSTICAS, CUIDAR DO JARDIM E DA CASA OU TOMAR CONTA DA SUA FAMÍLIA.**	
33.Em quantos dias de uma semana normal você **anda,** durante **pelo menos 10 minutos contínuos**, **como parte do seu trabalho**? Por favor, **NÃO** inclua o andar como forma de transporte? _____ dias (0) nenhum dia (1) Não sei	*TRACAMDIA*____
34.Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** caminhando **como parte do seu trabalho**? _____ horas _____ minutos (0) não realizo esta atividade (1) Não sei	*TRACAMMIN* _ _ _
35.Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades **moderadas,** por **pelo menos 10 minutos contínuos,** como carregar pesos leves **como parte do seu trabalho**? _____ dias (0) nenhum dia (1) Não sei	*TRAMODDIA*____
36.Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** fazendo atividades moderadas **como parte do seu trabalho**? _____ horas _____ minutos (0) não realizo esta atividade (1) Não sei	*TRAMODMIN* _ _ _
37.Em quantos dias de uma semana normal você gasta fazendo atividades **vigorosas,** por **pelo menos 10 minutos contínuos,** como trabalho de construção pesada, carregar grandes pesos, trabalhar com enxada, escavar ou subir escadas **como parte do seu trabalho:** _____ dias (0) nenhum dia (1) Não sei	*TRAVIGDIA*____
38.Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** fazendo atividades físicas vigorosas **como parte do seu trabalho**? _____ horas _____ minutos (0) não realizo esta atividade (1) Não sei	*TRAVIGMMIN* _ _ _
AGORA EU GOSTARIA QUE O SENHOR PENSASSE NAS ATIVIDADES FÍSICAS EM CASA: TRABALHO, TAREFAS DOMÉSTICAS E CUIDAR DA FAMÍLIA. Cuidar da casa, cuidar do pomar, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa ou para cuidar da sua família.	
39.Em quantos dias da última semana você fez atividades **moderadas** por pelo menos 10 minutos como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer, rastelar **no jardim ou quintal.** _____ dias (0) nenhum dia (1) Não sei	*DOMMODDIA*___

40.Nos dias que você faz este tipo de atividades quanto tempo no total você gasta **POR DIA** fazendo essas atividades moderadas **no jardim ou no quintal**? _____ horas _____ minutos (0) não realizo esta atividade (1) Não sei	*DOMMODMIN* _ _ _
41.Em quantos dias da ultima semana você fez atividades **moderadas** por pelo menos 10 minutos como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer ou limpar o chão **dentro da sua casa** _____ dias (0) nenhum dia (1) Não sei	*DOMMODDIA___*
42.Nos dias que você faz este tipo de atividades moderadas **dentro da sua casa** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**? _____ horas _____ minutos (0) não realizo esta atividade (1) Não sei	*DOMMODMIN* _ _ _
43.Em quantos dias da ultima semana você fez atividades físicas **vigorosas no jardim ou quintal** por pelo menos 10 minutos como carpir, lavar o quintal, esfregar o chão:"\ _____ dias (0) nenhum dia (1) Não sei	*DOMMODDIA___*
44.Nos dias que você faz este tipo de atividades vigorosas **no quintal ou jardim** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**? _____ horas _____ minutos (0) não realizo esta atividade (1) Não sei	*DOMMODMIN* _ _ _
AGORA EU GOSTARIA QUE O SENHOR PENSASSE NO TEMPO QUE VOCÊ PERMANECE *SENTADO* DURANTE O DIA	
45.Quanto tempo no total você gasta sentado durante um **dia de semana**? _____ horas _____ minutos **(Escreva o tempo que você fica sentado)**	*TSENTSEM_ _ __*
46.Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um **dia de final de semana**? _____ horas _____ minutos **(Escreva o tempo que você fica sentado)**	*TSENTFSEM_ _ _*
AGORA IREMOS FALAR SOBRE CIGARROS	
Favor marcar um X no parêntese correspondente à sua resposta marque 01 alternativa em cada questão:	
47.Você (a) fuma atualmente? (0) Não, nunca fumei (1) Sim, fumo 1 ou mais cigarro(s) por **dia** há mais de 1 mês (2) Sim, fumo apenas ocasionalmente (1 ou mais cigarro(s) no **mês**) (99) Não sei/ NR	*FUMO ___*
48.Alguma vez na vida você (a) já fumou? (0) Não, nunca fumei (2) Já fumei, mas agora não fumo mais (1) Sim, eu fumo (99) Não sei/ NR	*TPAFUM ___ ___*
49.Há quanto tempo você fuma (ou fumou durante quanto tempo)? __ __ anos __ __ meses (0) Nunca fumei (99) Não sei/ NR	*TEFUMO ___ ___*
50.Quantos cigarros você fuma (ou fumava) por dia? __ __ cigarros (0) Nunca fumei (99) Não sei/ NR	*CIGDIA ___ ___*
51.Se você fuma, com que idade iniciou fumar todos os dias? __ __ anos __ __ meses (0) Nunca fumei (99) Não sei/ NR	*IDINIFUM__ __*
52.Nos últimos 30 dias, quantos dias você fumou? (0) de 1 a 5 dias (1) de 6 a 9 dias (2) 10 ou mais dias (3) todos os dias do mês (4) não fumei nos últimos 30 dias (5) nunca fumei cigarros	*CIGMES____*
53.Nos dias em que você fumou, quantos cigarros você geralmente fumou por dia? (0) de 1 a 5 cigarros (1) de 6 a 10 cigarros (2) mais de 10 cigarros (3) nunca fumei cigarros	*CIGQTDADE* *_____*
54.Em que local você fuma ou fumava com freqüência? (1) No trabalho (2) Em locais públicos (praças, calçadas, ruas) (3) Em casa (4) Casa de um amigo (5) Eventos sociais (6) Nunca fumei (7) Em vários locais	*CIGLOC_____*
55.Geralmente na companhia de quem você fuma? (0) Sozinho (1) Com minha família (2) Com meus amigos (3) Não fumo (4) Com outras pessoas. Quem?_____	*ALCCPFF_____*
AGORA IREMOS FALAR SOBRE BEBIDAS DE ÁLCOOL	
Favor marcar um X no parêntese correspondente à sua resposta marque 01 alternativa em cada questão:	
56.Caso lembre, você já tomou algum porre ou ficou bêbado? (0) Não (1) Sim (2) Não sei	*ALCPORRPAI_____*
57.Escreva a idade que você tinha quando iniciou usar bebida alcoólica por pelo menos *uma vez* na semana? _____ _____anos (0) Não bebo regularmente	*ALCPAIID__ __*
58.Qual bebida alcoólica você usa com mais frequência? (0) Não sei (1) Cerveja ou chope (2) Vinho branco ou tinto (3) Cachaça ou pinga (4) Wiski, vodca ou conhaque (5) Outra, qual? _____	*ALCPAITP_____*

59.Em que local você ingere bebidas alcoólicas com freqüência? (1) No trabalho (2) Em locais públicos (praças, calçadas, ruas) (3) Em casa (4) Casa de um amigo (5) Eventos sociais (6) Não bebo (7) Em vários locais	*ALCLOC*_____
60.Com que frequência você ingere bebidas alcoólicas? (0) Nunca (1) Uma vez por mês ou nem isso (2) Entre duas e quatro vezes por mês (3) Duas ou três vezes por semana (4) Quatro vezes ou mais por semana	*AUDIT1*_____
61.Num dos dias em que bebe tipicamente quantos copos de bebida alcoólica você bebe? (0) Bebo de um a dois copos (1) Bebo de três a quatro copos (2) Bebo de cinco a seis copos (3) Bebo de setes a nove copos (4) Bebo dez ou mais copos	*AUDIT 2*_____
62.Com que frequência você diria que bebe seis ou mais bebidas na mesma ocasião? (0) Nunca (1) Uma vez por mês ou nem isso (2) Uma vez por mês (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias	*AUDIT 3*_____
63.No último ano quantas vez você sentiu que não conseguia parar de beber depois de ter começado? (0) Nunca (1) Não terá chegado a uma vez por mês (2) Uma vez por mês (3) Semanalmente (4) Diariamente ou quase	*AUDIT 4*_____
64.Durante o último ano com que freqüência você deixou de fazer o que faria normalmente por causa de beber? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez por mês (2) Mensalmente (3) Uma vez por semana (4) Diariamente ou quase	*AUDIT 5*_____
65.No último ano com que frequência você diria que precisou de uma primeira bebida matinal para começar depois de ter tido uma sessão de "copos"? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez por mês (2) Mensalmente (3) Uma vez por semana (4) Diariamente ou quase	*AUDIT 6*_____
66.No último ano quantas vezes você teve sentimentos de culpa ou sentiu remorsos por ter estado a beber? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez por mês (2) Mensalmente (3) Uma vez por semana (4) Diariamente ou quase	*AUDIT 7*_____
67.No último ano, com que frequência é que, por ter estado a beber, acordou sem se lembrar de nada do que se tinha passado na noite anterior? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez por mês (2) Mensalmente (3) Uma vez por semana (4) Diariamente ou quase	*AUDIT 8*_____
68.Já alguma vez se feriu ou alguém se magoou por causa da sua bebida? (0) Não (2) Sim, mas já não foi este ano (4) Sim, durante o último ano	*AUDIT 9*_____
69.Já algum familiar ou amigo, ou médico ou outro profissional de saúde se mostrou preocupado com a sua bebida ou lhe sugeriu que você devia diminuir o consumo? (0) Não (2) Sim, mas já não foi este ano (4) Sim, durante o último ano	*AUDIT 10*_____
*AUDITSOMA:*_____ (0) ≤ 07 (1) DE 08 A 19 (2)≥ 20	
AGORA IREMOS FALAR SOBRE SUA ALIMENTAÇÃO	
As próximas perguntas se referem à sua alimentação. Leve em conta tudo o que você comeu em casa, na escola, na rua, em lanchonetes, em restaurantes ou em qualquer outro lugar. Marque um X no parêntese correspondente à sua resposta	
70.Quais refeições você costuma fazer por dia? Marque com X todas as refeições que você costuma fazer diariamente? (1) Café da manhã (4) Café da tarde ou Lanche da tarde (2) Lanche da manhã (5) Janta (3) Almoço (6) Lanche da noite	*SCAFE* __ __ *SLMAN* __ __ *SALMO* __ __ *SLTAR* __ __ *SJANT* __ __ *SLNOI* _ __

A seguir você encontrará uma lista de alimentos. Por favor, pense na sua alimentação no <u>último ano</u> e responda qual o número de vezes, por dia, por mês ou por ano que você normalmente come estes alimentos. Lembre-se de todas as refeições – café da manhã, almoço, jantar e lanches, que você faz em casa ou fora de casa	
COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ NORMALMENTE COME?	
71.Cereais como arroz, milho ou trigo: Frequência ___ ___ vezes por 1 ( ) dia 2 ( ) semana 3 ( ) mês 4 ( ) raramente ou nunca	*SVARRZ* __ __ *SFARRZ* __ __
72.Massa: Frequência ___ ___ vezes por 1 ( ) dia 2 ( ) semana 3 ( ) mês 4 ( ) raramente ou nunca	*SVMASS* __ __ *SFMASS* __ __
73.Tubérculos como batata, ou raízes como mandioca e aipim: Frequência ___ ___ vezes por 1 ( ) dia 2 ( ) semana 3 ( ) mês 4 ( ) raramente ou nunca	*SVRAIZ* __ __ *SFRAIZ* __ __
74.Pão branco (Caseiro, Frances, sanduiche): Frequência ___ ___ vezes por 1 ( ) dia 2 ( ) semana 3 ( ) mês 4 ( ) raramente ou nunca	*SVPAO* __ __ *SFPAO* __ __
75.Bolacha salgada: Frequência ___ ___ vezes por 1 ( ) dia 2 ( ) semana 3 ( ) mês 4 ( ) raramente ou nunca	*SVPAO* __ __ *SFPAO* __ __
76.Cereais integrais como aveia, farelos, grãos integrais, barra de cereais, etc.: Frequência ___ ___ vezes por 1 ( ) dia 2 ( ) semana 3 ( ) mês 4 ( ) raramente ou nunca	*SVCINT* __ __ *SFCINT* __ __
77.Legumes como abóbora, abobrinha, beterraba, chuchu, cenoura, vagem, tomate, etc.: Frequência ___ ___ vezes por 1 ( ) dia 2 ( ) semana 3 ( ) mês 4 ( ) raramente ou nunca	*SVLEG* __ __ *SFLEG* __ __
78.Hortaliças como agrião, alface, brócolis, couve, couve-flor, espinafre, repolho, etc.: Frequência ___ ___ vezes por 1 ( ) dia 2 ( ) semana 3 ( ) mês 4 ( ) raramente ou nunca	*SVHORT* __ __ *SFHORT* __ __
79.Frutas frescas ou saladas de frutas: Frequência ___ ___ vezes por 1 ( ) dia 2 ( ) semana 3 ( ) mês 4 ( ) raramente ou nunca	*SVFRU* __ __ *SFFRU* __ __
80.Arroz com feijão (combinados): Frequência ___ ___ vezes por 1 ( ) dia 2 ( ) semana 3 ( ) mês 4 ( ) raramente ou nunca	*SVAFEIJ* __ __ *SFAFEIJ* __ __

81.Leite e derivados como iogurte, bebida láctea, coalhada, queijo ou requeijão: Frequência ___ ___ vezes por 1 ( ) dia 2 ( ) semana 3 ( ) mês 4 ( ) raramente ou nunca	*SVLEIT* __ __ *SFLEIT* __ __
82.Carnes, aves, peixes ou ovos: Frequência ___ ___ vezes por 1 ( ) dia 2 ( ) semana 3 ( ) mês 4 ( ) raramente ou nunca	 *SVCARN* __ __ *SFCARN* __ __
83.Margarina ou manteiga: Frequência ___ ___ vezes por 1 ( ) dia 2 ( ) semana 3 ( ) mês 4 ( ) raramente ou nunca	 *SVMARG* __ __ *SFMARG* __ __
84.Refrigerantes: Frequência ___ ___ vezes por 1 ( ) dia 2 ( ) semana 3 ( ) mês 4 ( ) raramente ou nunca	 *SVREFRI* __ __ *SFREFRI* __ __
85.Sucos industrializados (prontos ou em pó): Frequência ___ ___ vezes por 1 ( ) dia 2 ( ) semana 3 ( ) mês 4 ( ) raramente ou nunca	 *SVSUCO* __ __ *SFSUCO* __ __
86.Bolos, biscoitos doces e recheados: Frequência ___ ___ vezes por 1 ( ) dia 2 ( ) semana 3 ( ) mês 4 ( ) raramente ou nunca	 *SVBOLO* __ __ *SFBOLO* __ __
87.Sobremesas, doces, balas, chocolates, chicletes, bombom, pirulitos ou outras guloseimas: Frequência ___ ___ vezes por 1 ( ) dia 2 ( ) semana 3 ( ) mês 4 ( ) raramente ou nunca	 *SVDOCE* __ __ *SFDOCE* __ __
88.Alimentos industrializados, como hambúrguer, charque, lingüiça, salsicha ou presunto: Frequência ___ ___ vezes por 1 ( ) dia 2 ( ) semana 3 ( ) mês 4 ( ) raramente ou nunca	 *SVHAMB* __ __ *SFHAMB* __ __
89.Salgadinho chips, incluindo batata chips: Frequência ___ ___ vezes por 1 ( ) dia 2 ( ) semana 3 ( ) mês 4 ( ) raramente ou nunca	 *SVSALG* __ __ *SFSALG* __ __
90.Alimentos enlatados ou em conserva, como milho, ervilha, azeitona, extrato ou massa de tomate, sopas, molhos ou temperos prontos: Frequência ___ ___ vezes por 1 ( ) dia 2 ( ) semana 3 ( ) mês 4 ( ) raramente ou nunca	 *SVENLAT* __ __ *SFENLAT* __ __

91.Bebidas alcoólicas, como cerveja, vinho, cachaça, whisky, conhaque, coquetéis ou outros: Frequência ___ ___ vezes por 1 ( ) dia 2 ( ) semana 3 ( ) mês 4 ( ) raramente ou nunca	*SVBEBID* __ __ *SFBEBID* __ __
AS PRÓXIMAS QUESTÕES SÃO SOBRE SEU EM RELAÇÃO À ALIMENTAÇÃO. POR FAVOR, PENSE SOBRE SUA ALIMENTAÇÃO NO <u>ÚLTIMO ANO.</u> **Favor marcar um X no parêntese correspondente à sua resposta marque 01 alternativa em cada questão:**	
92.Você costuma tirar a gordura aparente das carnes, a pele do frango ou outro tipo de ave? (0) Não (1) Sim (2) Não sei (3) Não como carne vermelha ou frango	*SGORD* __ __
93.Qual tipo de gordura é mais usada na sua casa para cozinhar os alimentos? (0) Não sei (1) Banha animal (2) Óleo vegetal como: de soja, girassol, milho, algodão, arroz ou canola ou azeite (3) Margarina ou manteiga. (4) Óleo vegetal e Banha animal	*STIPOG* __ __
94.Você costuma ler a informação nutricional que está presente no rótulo dos alimentos industrializados antes de comprá-los? (0) Nunca (1) Sim, algumas vezes (2) Sim, sempre **Se sim: Em relação às gorduras trans você costuma escolher:** (1) Alimentos com menores quantidades de gorduras trans (2) Alimentos com maiores quantidades de gorduras trans (3) A quantidade de gorduras trans não interfere na sua escolha (0) Não sei	*SLROT* __ __ *STRANS* __ __
95.Você costuma colocar mais sal na sua comida quando seu prato já esta servido? (0) Não (1) Sim (2) Não sei (3) Ás vezes	*SMSAL* __ __
96.Na sua casa, o saleiro costuma ficar em cima da mesa durante as refeições? (0) Não (1) Sim (2) Não sei (3) Ás vezes	*SMESA* __ __
97.Quantos copos de água você costuma tomar por dia (água pura, sem contar a incluída nos sucos, chá, chimarrão ou café)? (Escreva o número de copos de água) ___ ___ copos de água por dia (0) Não sei	*SAGUA* __ __
98.Você realiza mais de 30 minutos de atividade física ao dia? (0) Não (1) Sim (2) Não sei	*SATFIA* __ __
A SEGUIR SERÃO REALIZADAS ALGUMAS MEDIDAS, PORTANTO NÃO É NECESSÁRIO RESPONDER	
Peso MEDIDA 1: __ __ , __ kg MEDIDA 2: __ __ , __ kg **Altura** MEDIDA 1: __ __ , __ cm MEDIDA 2: __ __ , __ cm	P1A: __ __ __ P2A: __ __ __ A1A:__ __ __ __ A2A:__ __ __ _

Anexo 2- QUESTIONÁRIO DE ADOLESCENTES

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA
Associação entre comportamento de risco à saúde de pais e irmãos e de adolescentes escolares de uma comunidade de zona rural

QUESTIONÁRIO DE ADOLESCENTES

DATA DA ENTREVISTA: ____/____/_____ Entrevistadora: Chirle Raphaelli QUEST NÚMERO:_____	*NQ* __ __ __ __

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS:

1.Qual é o seu nome? _____	
2.Qual é a sua idade? _____em anos completos	*IDA* _____
3. Qual sua data de nascimento? _____/_____/_____	
4.Qual é o nome de sua mãe? _____	*LOCA*_____
5.Qual é o nome de seu pai? _____	
6. Com quem você mora? _____	
7.Onde você mora (nome da linha ou da rua)**?**_____	

AGORA MARQUE COM UM (X) NO PARÊNTESE A RESPOSTA QUE TU ACHAS MAIS ADEQUADA:

8.Qual é o nome da Escola onde você estuda? (0) Dom Pedro II (1) Egídio V. da Silva (2) Marechal D. da Fonseca	*ESC*__
9.Qual série você está? (0) 5ª série (1) 6ª série (2) 7ª série (3) 8ª série	*ESCOA*__
10.Qual é o seu sexo? (0) Masculino (1) Feminino	*SEXOA* ___
11.Qual é a cor da sua pele? (0) Branca (1) Preta (2) Parda /Amarela (3) Indígena (4) Outra: _____	*CORPEAL* __

ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS:

12.Tu trabalhas atualmente em casa e/ou em outro lugar? (0) Não (1) Sim (2) Já trabalhei, mas neste mês não estou trabalhando *Caso a resposta seja **NÃO** pule para questão número **20**.*	*TRABA*__
13.*SE SIM:* **No que tu trabalhas?** (0) Não trabalho (1) Trabalho na agricultura (2) Cuido de meus irmãos (3) Cuido de animais (4) Cuido da casa (5) Outro trabalho.Qual?_____ **14.***SE SIM:* **Com que idade tu começaste a trabalhar?** __ __ anos **15.***SE SIM:* **Onde, em que local tu trabalhas?** (0) Não trabalho (1) Trabalho em casa (2) Trabalho fora de casa trabalho (3)Em casa e fora **16.***SE SIM:* **Quantos dias por semana tu trabalhas?** (0) Nenhum dia (1)Um dia (2) Dois dias (3) Três dias (4) Quatro dias (5) Cinco dias (6) Seis dias (7) Todos os dias da semana **17.***SE SIM:* **Quantos horas por dia tu trabalhas?** _____ horas _____minutos **18.**SE SIM: **Tu recebes algum dinheiro por esse trabalho?** (0) Sim (1) Não **19.**SE SIM: **Qual é o valor de seu salário no mês?** (0) Menos de Um Salário mínimo (1) Um Salário (2) Dois Salários (3) Três Salários (4) Mais de Três Salários (5) Não sei (6) Outro valor, quanto? R$_____	*TRABTPA*__ *TRABIDA*__ __ *TRABLOC*__ *TRABDIA*__ *TRABHS*__ __ __ *SALREC*___ *SALA* __

AGORA VAMOS FALAR SOBRE A TUA SAÚDE

20.Como você considera a tua saúde? (0) Não sei (1) Excelente (2) Muito boa (3) Boa (4) Regular (5) Ruim	*AUTSAUDEA*___
21.Algum médico ou outro profissional já disse que você tem alguma destas doenças?	

Pressão alta?	(0) Não	(1) Sim	(2) Não sei	*PARFA*____
Açúcar alto no sangue ou Diabetes?	(0) Não	(1) Sim	(2) Não sei	*DMRFA*____
Doenças no coração?	(0) Não	(1) Sim	(2) Não sei	*DCVRFA*____
Doença no fígado?	(0) Não	(1) Sim	(2) Não sei	*FIGRFA*____
Colesterol alto no sangue	(0) Não	(1) Sim	(2) Não sei	*COLRFA*____
Problemas no estômago?	(0) Não	(1) Sim	(2) Não sei	*ESTRFA*____
Asma ou problemas respiratórios?	(0) Não	(1) Sim	(2) Não sei	*ASRFA*_____

Depressão?	(0) Não	(1) Sim	(2) Não sei	*DEPRFA____*
Doenças nos rins?	(0) Não	(1) Sim	(2) Não sei	*RENRFA____*
Anemia?	(0) Não	(1) Sim	(2) Não sei	*ANERFA____*
Ou outra, qual? _____				*OUTRARFA___*
AGORA VAMOS FALAR SOBRE O TEU SONO:				
21. Geralmente, que horas tu **dormes** em um dia de semana sem ser sábados e domingos? __ __ horas __ __ minutos **22.** Geralmente, que horas tu **acordas** em um dia de semana sem ser sábados e domingos? __ __ horas __ __ minutos				*TPSONOA* __ __ __
AGORA VAMOS FALAR SOBRE CIGARROS *Considere como cigarros qualquer tipo: cigarro de filtro, de palha, etc.*				
23.Alguma vez você experimentou fumar cigarros, mesmo uma ou duas fumadas? (0) Não (1) Sim (2) Não sei				*EXPCIG__*
24. Quantos anos você tinha quando fumou seu primeiro cigarro? (0) 9 anos ou menos (1) de 10 a 11 anos (2) de 12 a 13 anos (3) 14 anos ou mais (4) nunca fumei cigarros				*IDEXPCIG__*
25.Quantos anos você tinha quando começou a fumar cigarros todos os dias? (0) 9 anos ou menos (1) de 10 a 11 anos (2) de 12 a 13 anos (3) 14 anos ou mais (4) nunca fumei cigarros (5) não fumo todos os dias				*IDCIG__*
26.Nos últimos 30 dias, quantos dias você fumou cigarros? (0) de 1 a 5 dias (1) de 6 a 9 dias (2) 10 ou mais dias (3) todos os dias do mês (4) não fumei nos últimos 30 dias (5) nunca fumei cigarros				*CIGMES__*
27.Nos dias em que você fumou, quantos cigarros você geralmente fumou por dia? (0) de 1 a 5 cigarros (1) de 6 a 10 cigarros (2) mais de 10 cigarros (3) nunca fumei cigarros				*CIGQTDADE__*
28.Que tipo de cigarro você fuma mais? (0) Baixos teores (1) Teores regulares/normal (2) Outros (3) nunca fumei cigarros (4) não sei				*CIGTIP__*
29.Nos últimos 30 dias, em geral **como você conseguiu seus próprios cigarros?** (0) Comprei em uma lancheria, mercado ou venda (1) Comprei de vendedor ambulante (2) dei dinheiro para alguém comprar para mim (3) Eu pedi cigarros para alguém (4) eu peguei cigarros escondido (5) consegui de outro modo , qual? _____ (6) não fumei nos últimos 30 dias (7) Nunca fumei cigarros				*CIGACESSO___*
30.Em que local você fuma ou fumava com freqüência? (0) Na Escola (1) No trabalho (2) Em locais públicos (praças, calçadas, ruas) (3) Em casa (4) Casa de um amigo (5) Eventos sociais/festas (6) Nunca fumei				*CIGLOC__*
31.Na sua família tem alguém que fuma? (0) Ninguém fuma (1) Somente o pai/padrasto (2) Somente a mãe/madrasta (3) Os dois pais fumam (4) Irmãos e pais (5) Irmãos (as) (6) Outros:_____				*CIGFAM__*
32.Geralmente na companhia de quem você fuma? (0) Sozinho (1) Com minha família (2) Com meus amigos (3) Não fumo (4) Com outras pessoas. Quem?_____				*CIGCP__*
AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE BEBIDAS DE ÁLCOOL *Considere como bebida alcoólica qualquer bebida do tipo cachaça, cerveja, uísque, vodca, vinho, etc*				
33.Alguma vez você já experimentou alguma bebida alcoólica, mesmo um ou dois goles? (0) Não (1) Sim (2) Não sei				*EXPALC__*
34.Quantos anos você tinha quando tomou uma bebida alcoólica pela primeira vez? (0) 9 anos ou menos (1) de 10 a 11 anos (2) de 12 a 13 anos (3) 14 anos ou mais (4) nunca tomei bebida de álcool				*IDEXPALC__*
35.Nos últimos 30 dias, quantos dias você tomou bebida alcoólica? (0) de 1 a 5 dias (1) de 6 a 9 dias (2) 10 ou mais dias (3) todos os dias do mês (4) nunca bebi (5) não bebi no ultimo mês				*ALCQTDADE__*
36.Você já tomou algum porre ou ficou bêbado? (0) Não (1) Sim (2) Não sei **37.**SE SIM: **Quantas vezes ficou bêbado na vida?_____**				*ALCEXC__* *ALCNV__*

38. Na sua família tem alguém que bebe frequentemente (toda semana)? (0) Ninguém bebe (1) Somente o pai/padrasto (2) Somente a mãe/madrasta (3) Os dois pais bebem (4) Irmãos e pais (5) Irmãos (as) (6) Outros:_____	*ALCFAM_____*
39.Em que local você ingere bebidas alcoólicas com freqüência? (0) Na Escola (1) No trabalho (2) Em locais públicos (praças, calçadas, ruas) (3) Em casa (4) Casa de um amigo (5) Eventos sociais/festas (6) Nunca bebi (7) vários10 locais	*ALCLOC__*
40.Geralmente na companhia de quem você ingere bebidas alcoólicas? (0) Sozinho (1) Com minha família (2) Com meus amigos (3) Não bebo (4) Com outras pessoas. Quem?_____	*ALCCP__*
AGORA VOU PERGUNTAR SOBRE OUTRAS ATIVIDADES TUAS	
41.Tu assistes televisão? (0) Não (1) Sim (2) Não sei	*TEL __*
42.*SE SIM:* **Quantas horas tu assistes televisão nos domingos?** __ __ horas __ __ minutos **43.** *SE SIM:* **Quantas horas tu assistes televisão em um dia de semana sem ser sábado e domingo?** __ __ horas __ __ minutos	*TELDOM__ __ _* *TELSEM__ __ _*
44.Tu jogas videogame? (0) Não (1) Sim (2) Não sei	*VG __*
45.*SE SIM:* **Quantas horas tu jogas videogame nos domingos?** __ __ horas __ __ minutos **46.** *SE SIM:* **Quantas horas tu jogas videogame em um dia de semana sem ser sábado e domingo?** __ __ horas __ __ minutos	*VGDOM__ __ _* *VGSEM__ __ __*
47.Tu usas o computador? (0) Não (1) Sim (2) Não sei	*CP____*
48.*SE SIM:* **Quantas horas tu ficas no computador nos domingos?** __ __ horas __ __ minutos **49.** *SE SIM:* **Quantas horas tu ficas no computador em um dia de semana sem ser sábado e domingo?** __ __ horas __ __ minutos	*CPDOM__ __ _* *CPSEM__ __ _*
50.Como vais para o colégio na maioria dos dias? (0) Não sei (1) carro ou moto (2) ônibus ou microônibus (3) a pé (4) bicicleta (5) outro, qual? _____	*VAICOL __*
51.Quanto tempo demoras de casa até o colégio? __ __ __ horas __ __ minutos (0) Não sei	*TVAICOL* *__ __ __*
52.Como vais para o trabalho na maioria dos dias? (0) Não sei (1) carro ou moto (2) ônibus ou microônibus (3) a pé (4) bicicleta (5) Não trabalho (6) outro, qual? _____ (7) Trabalho em casa	*VAITRAB __*
53.Quanto tempo demoras de casa até o trabalho? __ __ horas __ __ minutos (0) Não sei (1) Não trabalho	*TVAITRAB* *__ __ __*
54.Na sua escola tem Educação Física? (0) Não (1) Sim, no turno das aulas (2) Sim, fora do turno das aulas	ESCEF __
55.Em quantos dias de uma semana você tem aulas de Educação Física? (1) Um dia (2) Dois dias (3) Três dias ou mais (4) Nenhum (5) Sou dispensado (8) Minha escola não oferece Educação Física	DIASEF __
56.Desde <u><dia> da semana passada</u>, tu praticaste alguma atividade física ou esporte **SEM CONTAR AS AULAS DE EDUCAÇÃO FÍSICA?** (0) Não (1) Sim *Caso a resposta seja **NÃO** pule para questão número **70.***	*ZPRAT __*

AGORA VAMOS FALAR SOBRE SUAS ATIVIDADES FÍSICAS. PENSE NOS ÚLTIMOS *SETE DIAS*.				
AGORA VOU CITAR ALGUMAS ATIVIDADES E GOSTARIA QUE TU DISSESSE QUAIS PRATICASTES DESDE <DIA> DA SEMANA PASSADA **Preencha o quadro abaixo, informando a freqüência e a duração das atividades que você faz. Se a resposta for (2) Não, passe para a próxima atividade.**				
ATIVIDADE	**Sim ou Não**	**Vezes por semana.**	**Quanto tempo em cada dia?**	
57.Futebol de sete, rua ou campo	(1) Sim (2) Não	___ vezes	__ __ horas __ __ minutos	*ZFUTD __* *ZFUTV __ __* *ZFUTM __ __ __*
58.Futebol de salão, futsal	(1) Sim (2) Não	___ vezes	__ __ horas __ __ minutos	*ZFUTSD __* *ZFUTSV __ __* *ZFUTSM__ __ __*
59.Caminhada	(1) Sim (2) Não	___ vezes	__ __ horas __ __ minutos	*ZCAMD __* *ZCAMV __ __* *ZCAMM __ __ __*
60.Bocha ou Boliche	(1) Sim (2) Não	___ vezes	__ __ horas __ __ minutos	*ZBOLID __* *ZBOLIV __ __* *ZBOLIM __ __ __*
61.Basquete	(1) Sim (2) Não	___ vezes	__ __ horas __ __ minutos	*ZBASD __* *ZBASV __ __* *ZBASM __ __*
62.Jazz, ballet, outras danças	(1) Sim (2) Não	__ ___ vezes	__ __horas horas __ __ minutos minutos	*ZDAND __* *ZDANV __ __* *ZDANM __ __ __*
63.Vôlei	(1) Sim (2) Não	___ vezes	__ __ horas __ __ minutos	*ZVOLD __* *ZVOLV __ __* *ZVOLM __ __*
64.Musculação	(1) Sim (2) Não	___ vezes	__ __ horas __ __ minutos	*ZMUSD __* *ZMUSV __ __* *ZMUSM __ __ __*
65. Caçador	(1) Sim (2) Não	___ vezes	__ __ horas __ __ minutos	*ZCACD __* *ZCACV__ __* *ZCACM __ __ __*
66. Corrida	(1) Sim (2) Não	___ vezes	__ __ horas __ __ minutos	*ZCORD __* *ZCORV __ __* *ZCORM __ __ __*
67.Ginástica de academia	(1) Sim (2) Não	___ vezes	__ __ horas __ __ minutos	*ZGIND __* *ZGINV __ __* *ZGINM __ __ __*
68. Bicicleta	(1) Sim (2) Não	___ vezes	__ __ horas __ __ minutos	*ZBICD __* *ZBICV __ __* *ZBICM __ __ __*
69.Outra atividade. Qual? **_____**	(1) Sim (2) Não	___ vezes	__ __ horas __ __ minutos	*ZOUTD __* *ZOUTV __ __* *ZOUTM __ __ __*
AGORA IREMOS FALAR SOBRE SUA ALIMENTAÇÃO				
As próximas perguntas se referem à sua alimentação. Leve em conta tudo o que você comeu em casa, na escola, na rua, em lanchonetes, em restaurantes ou em qualquer outro lugar. Marque um X no parêntese correspondente à sua resposta				
70.Onde você geralmente realiza suas refeições? (0) Na mesa da cozinha (1) No sofá da sala (2) Em frente à televisão (3) Em outro local, qual? _____				*LOCREF_____*
71.Quais refeições você costuma fazer por dia? Marque com X todas as refeições que você costuma fazer diariamente? Pode marcar mais de uma alternativa: (1) Café da manhã (4) Lanche da tarde/ café da tarde (2) Lanche da manhã/merenda (5) Janta (3) Almoço (6) Lanche da noite				*SCAFE A ____* *SLMANA____* *SALMOA ___* *SLTARA ____* *SJANTA ____* *SLNOIA ____*

A seguir você encontrará uma lista de alimentos. Por favor, pense na sua alimentação no <u>último ano</u> e responda qual o número de vezes, por dia, por mês ou por ano que você normalmente come estes alimentos. Lembre-se de todas as refeições – café da manhã, almoço, jantar e lanches, que você faz em casa ou fora de casa
COMO RESPONDER: Escreva o número de vezes que você come ou bebe o alimento e assinalar a freqüência. Se você comer menos que 1 vez por mês ou não comer, preencha com 00 no número de vezes e assinale a quadrícula de Raramente/Nunca.

COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ NORMALMENTE COME?

72.Cereais como arroz, milho ou trigo: Frequência ___ ___ vezes por 1 ( ) dia 2 ( ) semana 3 ( ) mês 4 ( ) raramente ou nunca	*SVARRZA__ __* *SFARRZA __*
73.Massa: Frequência ___ ___ vezes por 1 ( ) dia 2 ( ) semana 3 ( ) mês 4 ( ) raramente ou nunca	*SVMASSA __ __* *SFMASSA __*
74.Tubérculos como batata, ou raízes como mandioca e aipim: Frequência ___ ___ vezes por 1 ( ) dia 2 ( ) semana 3 ( ) mês 4 ( ) raramente ou nunca	*SVRAIZ A__ __* *SFRAIZ __*
75.Pão branco (caseiro, forma, Frances, doce): Frequência ___ ___ vezes por 1 ( ) dia 2 ( ) semana 3 ( ) mês 4 ( ) raramente ou nunca	*SVPAOA __ __* *SFPAOA __*
76.Bolacha salgada: Frequência ___ ___ vezes por 1 ( ) dia 2 ( ) semana 3 ( ) mês 4 ( ) raramente ou nunca	*SVPAOA __ __* *SFPAOA __*
77.Cereais integrais como aveia, farelos, grãos integrais, barra de cereais, etc.: Frequência ___ ___ vezes por 1 ( ) dia 2 ( ) semana 3 ( ) mês 4 ( ) raramente ou nunca	*SVCINTA __ __* *SFCINTA __*
78.Legumes como abóbora, abobrinha, beterraba, chuchu, cenoura, vagem, tomate, etc.: Frequência ___ ___ vezes por 1 ( ) dia 2 ( ) semana 3 ( ) mês 4 ( ) raramente ou nunca	*SVLEGA __ __* *SFLEGA__*
79.Hortaliças como agrião, alface, brócolis, couve, couve-flor, espinafre, repolho, etc.: Frequência ___ ___ vezes por 1 ( ) dia 2 ( ) semana 3 ( ) mês 4 ( ) raramente ou nunca	*SVHORTA__ __* *SFHORTA __*
80.Frutas frescas ou saladas de frutas: Frequência ___ ___ vezes por 1 ( ) dia 2 ( ) semana 3 ( ) mês 4 ( ) raramente ou nunca	*SVFRUA __ __* *SFFRUA__*
81.Arroz com feijão (combinados): Frequência ___ ___ vezes por 1 ( ) dia 2 ( ) semana 3 ( ) mês 4 ( ) raramente ou nunca	*SVAFEIJA __ __* *SFAFEIJA__*

82.Leite e derivados como iogurte, bebida láctea, coalhada, queijo ou requeijão: Frequência ___ ___ vezes por 1 ( ) dia 2 ( ) semana 3 ( ) mês 4 ( ) raramente ou nunca	*SVLEITA __ __* *SFLEITA__*
83.Carnes, aves, peixes ou ovos: Frequência ___ ___ vezes por 1 ( ) dia 2 ( ) semana 3 ( ) mês 4 ( ) raramente ou nunca	*SVCARNA__ __* *SFCARNA__*
84.Margarina ou manteiga: Frequência ___ ___ vezes por 1 ( ) dia 2 ( ) semana 3 ( ) mês 4 ( ) raramente ou nunca	*SVMARGA__ __* *SFMARGA__*
85.Refrigerantes: Frequência ___ ___ vezes por 1 ( ) dia 2 ( ) semana 3 ( ) mês 4 ( ) raramente ou nunca	*SVREFRIA__ __* *SFREFRIA__*
86.Sucos industrializados ou sucos em pó diluídos: Frequência ___ ___ vezes por 1 ( ) dia 2 ( ) semana 3 ( ) mês 4 ( ) raramente ou nunca	*SVSUCOA__ __* *SFSUCOA__*
87.Bolos, biscoitos doces e recheados: Frequência ___ ___ vezes por 1 ( ) dia 2 ( ) semana 3 ( ) mês 4 ( ) raramente ou nunca	*SVBOLOA__ __* *SFBOLOA__*
88.Sobremesas, doces, balas, chocolates, chicletes, bombom, pirulitos ou outras guloseimas: Frequência ___ ___ vezes por 1 ( ) dia 2 ( ) semana 3 ( ) mês 4 ( ) raramente ou nunca	*SVDOCEA__ __* *SFDOCEA__*
89.Alimentos industrializados, como hambúrguer, charque, lingüiça, salsicha ou presunto: Frequência ___ ___ vezes por 1 ( ) dia 2 ( ) semana 3 ( ) mês 4 ( ) raramente ou nunca	*SVHAMBA__ __* *SFHAMBA__*
90.Salgadinho chips, incluindo batata chips: Frequência ___ ___ vezes por 1 ( ) dia 2 ( ) semana 3 ( ) mês 4 ( ) raramente ou nunca	*SVSALGA__ __* *SFSALGA__*
91.Alimentos enlatados ou em conserva, como milho, ervilha, azeitona, extrato ou massa de tomate, sopas, molhos ou temperos prontos: Frequência ___ ___ vezes por 1 ( ) dia 2 ( ) semana 3 ( ) mês 4 ( ) raramente ou nunca	*SVENLATA__ _* *SFENLATA__*
92.Bebidas alcoólicas, como cerveja, vinho, cachaça, whisky, conhaque, coquetéis ou outros: Frequência ___ ___ vezes por 1 ( ) dia 2 ( ) semana 3 ( ) mês 4 ( ) raramente ou nunca	*SVBEBIDA__ __* *SFBEBIDA__*

As próximas questões se referem à sua alimentação. Por favor, pense sobre sua alimentação no último ano.	
93.Você costuma tirar a gordura aparente das carnes, a pele do frango ou outro tipo de ave? (0) Não (1) Sim (2) Não sei (3) Não como carne vermelha ou frango	*SGORDA__*
94.Qual tipo de gordura é mais usada na sua casa para cozinhar os alimentos? (0) Não sei (1) Banha animal (2) Óleo vegetal como: de soja, girassol, milho, algodão, arroz ou canola ou azeite (3) Margarina ou manteiga (4) Óleo vegetal e Banha animal (6) Margarina e banha animal	*STIPOGA __*
95.Você costuma ler a informação nutricional que está presente no rótulo dos alimentos industrializados antes de comprá-los? (0) Nunca (1) Sim, algumas vezes leio (2) Sim, sempre leio (3) Não sei	*SLROT __*
96.*Se sim:* **Em relação às gorduras trans você costuma escolher:** (1) Alimentos com menores quantidades de gorduras trans (2) Alimentos com maiores quantidades de gorduras trans (3) A quantidade de gorduras trans não interfere na sua escolha (4) Não sei	*STRANSA__*
97.Você costuma colocar mais sal na sua comida quando seu prato já esta servido? (0) Não (1) Sim (2) Não sei (3) Ás vezes	*SMSALA __*
98.Na sua casa, o saleiro costuma ficar em cima da mesa durante as refeições? (0) Não (1) Sim (2) Não sei (3) Ás vezes	*SMESAA__*
99.Quantos copos de água você costuma tomar por dia (água pura, sem contar a incluída nos sucos, chá, chimarrão ou café)? ___ ___ copos de água por dia	*SAGUAA __ __*
100.Você realiza mais de 30 minutos de atividade física ao dia? (0) Não (1) Sim (2) Não sei	*SATFISA __*
101.Marque os itens que você percebe como as principais fontes de contaminação dos alimentos. Pode marcar mais de uma alternativa: (0) Pessoas contaminadas com fungos, bactérias, etc (1) Alimentos crus ou sem serem lavados corretamente; (2) Insetos, ratos e animais domésticos; (3) Sujeira (pó, terra e outros resíduos) (4) Mesas, pias e utensílios utilizados na cozinha; (5) Lixo e alimentos estragados como contaminantes dos alimentos (6) Outros. Quais? _____ (7) Não sei	*SCONTA __*
AGORA EU GOSTARIA DE TE FAZER ALGUMAS MEDIDAS **Peso** *(anotar roupas que o adolescente usava durante medida)*: _____ **Peso** MEDIDA 1: __ __ , __ kg MEDIDA 2: __ __ , __ kg **Altura** MEDIDA 1: __ __ , __ cm MEDIDA 2: __ __ , __ cm **Circ Cintura** MEDIDA 1: __ __ , __ cm MEDIDA 2: __ __ , __ cm Lado não dominante: **(E) (D)** **DCT (braço)** MEDIDA 1: __ __ , __mm MEDIDA 2: __ __ , __mm MEDIDA 3: __ __ , __ mm **DCSUB (costas)** MEDIDA 1: __ __ , __mm MEDIDA 2: __ __ , __mm MEDIDA 3: __ __ , __ mm	P1A: _____ P2A: _____ A1A: _____ A2A: _____ CC1A: _____ CC2A: _____ DCT1A_____ DCT2A_____ DCT3A_____ DCS1A_____ DCS2A_____ DCS3A_____
Nome:	

Anexo 3 - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DAS ESCOLAS MUNICIPAIS

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA
MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

Sra. Diretora da Escola Municipal _____

Tenho a satisfação de dirigir-me a Vossa Senhoria, e nesta oportunidade, solicitar autorização para efetuar coleta de dados epidemiológicos nos alunos de 5ª a 8ª série do Ensino Fundamental. Os referidos dados serão utilizados no projeto de pesquisa "Associação entre comportamento de risco à saúde de pais e irmãos e de adolescentes escolares de uma comunidade de zona rural ". Realizaremos, nas salas de aula com os alunos e posteriormente com seus pais e irmãos, a coleta de dados de peso, altura e circunferência da cintura com fita métrica, além da aplicação de um questionário verificar o estilo de vida dos escolares.
A presente pesquisa tem por finalidade a elaboração de uma dissertação de mestrado do Curso "Mestrado em Educação Física".
Esclareço que os procedimentos são indolores, não causam nenhum constrangimento, são sigilosos e somente serão realizados com termo de consentimento assinado pelos pais e/ou responsáveis.
Nesta ocasião, apresento meus agradecimentos pela atenção dispensada, colocando-me à disposição para dirimir eventuais esclarecimentos no telefone (51)96352707 e 36501125.
Atenciosamente,

_____
Chirle de Oliveira Raphaelli

AUTORIZAÇÃO
Afirmo que após ler o texto acima, concordo e autorizo que Chirle de Oliveira Raphaelli realize a pesquisa supracitada em nossa instituição de ensino.

_____

Barão do Triunfo, março de 2010

Anexo 4- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA
MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

Termo de Consentimento livre e Esclarecido

Título: **"Associação entre comportamento de risco à saúde de pais e irmãos e de adolescentes escolares de uma comunidade de zona rural".**

Objetivo deste estudo do tipo transversal é avaliar a associação entre comportamentos de pais e irmãos e estilo de vida de adolescentes escolares de 5ª a 8ª série do ensino fundamental.

Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Sra. Chirle de Oliveira Raphaelli que pode ser encontrada na Rua Tassinare Cezare, 777 Centro, Barão do Triunfo ou através dos telefones 51-96352707 ou 51-36501125. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/ESEF/UFPel) situada na Rua Luiz de Camões, 625, Pelotas/RS com telefone 053-3273.2752.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição;

Direito de confidencialidade: As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros participantes, não sendo divulgado a identificação de nenhum participante individualmente;

É de seu direito ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, ou seja, ao final do estudo poderemos divulgar aos participantes seu diagnóstico do estado nutricional, além de outros resultados obtidos;

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. É de Compromisso do pesquisador utilizar os dados e o material coletado para a publicação de relatórios e artigos científicos referentes a essa pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo "Associação entre comportamentos de pais e irmãos e estilo de vida de adolescentes escolares". Eu discuti com a Sra. Chirle de Oliveira Raphaelli sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

---------- Data ____/_____/_____
Assinatura do participante (Pai, mãe ou responsável)

---------- Data ____/_____/_____
Assinatura da testemunha

(Para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente para a participação neste estudo.

_____ Data ____/_____/_____
Chirle de Oliveira Raphaelli

Telefones para contato: 51-96352707 ou 51-36501125

OBS: Esse TCLE foi elaborado respeitando às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução CNS 196/96), vigentes no Brasil.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA
MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

CONVITE:

Convidamos a todos os pais e adolescentes entre 10 a 19 anos para participar da pesquisa:
"Associação entre comportamento de risco à saúde de pais e irmãos e de adolescentes escolares de uma comunidade de zona rural ".

LOCAL E HORÁRIO DE COMPARECIMENTO DOS PAIS E IRMÃOS PARA A ENTREVISTA
Local: EMEF_____
Data: _____/_____/_____ Horário: às_____
Atenciosamente,
Chirle de Oliveira Raphaelli:_____

Anexo 5- PARECER DO COMITE DE ÉTICA DA ESEF-UFPel

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Pelotas, 27 de novembro de 2009.

À
Chirle de Oliveira Raphaelli

Prezada Senhora,

Vimos, através deste, informar a aprovação do projeto intitulado "Associação entre comportamentos de pais e irmãos e estilo de vida de adolescentes escolares" no Comitê de Ética em Pesquisa da ESEF/UFPel, com protocolo nº 068/2009.

Sem mais para o momento, subscrevemo-nos,

Atenciosamente

Suzete Chiviacowsky Clark
Profa. Dra. Suzete Chiviacowsky Clark
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da
ESEF-UFPel

Anexo 6- CADASTRO PROJETO PESQUISA NA PRPPG

Universidade Federal de Pelotas
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Portal | PRPPG | Projetos de Pesquisa | **Dados do Projeto**

desenvolvido pelo centro de informática

CADASTRO DE PROJETO DE PESQUISA

Dados do Projeto

Código: 4.09.00.213

Título do Projeto
Associação entre comportamento de pais e irmãos e estilo de vida de adolescentes escolares de zona rural

Data de cadastro
10/03/2010

Unidade
Escola Superior de Educação Física

Departamento
Escola Superior de Educação Física

Objetivos
• Avaliar a associação entre comportamento familiar de risco e estilo de vida de adolescentes escolares de 5ª a 8ª série do ensino fundamental de um município de zona rural do Rio Grande do Sul (Barão do Triunfo/RS).

Subárea de conhecimento
4.09.00.00-2
(CNPq)

Grupo de Pesquisa do Coordenador

Prazo de execução
8 meses

Início
01/01/2010

Término
02/09/2010

Fonte financiadora

Valor liberado
R$ 0,00

Coordenador do Projeto

SIAPE	Nome	E-mail	HS
1517093	Pedro Rodrigues Curi Hallal	prchallal@gmail.com	04

Colaboradores

Nome	Instituição	HS
MÁRIO RENATO DE AZEVEDO JÚNIOR	ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA	04

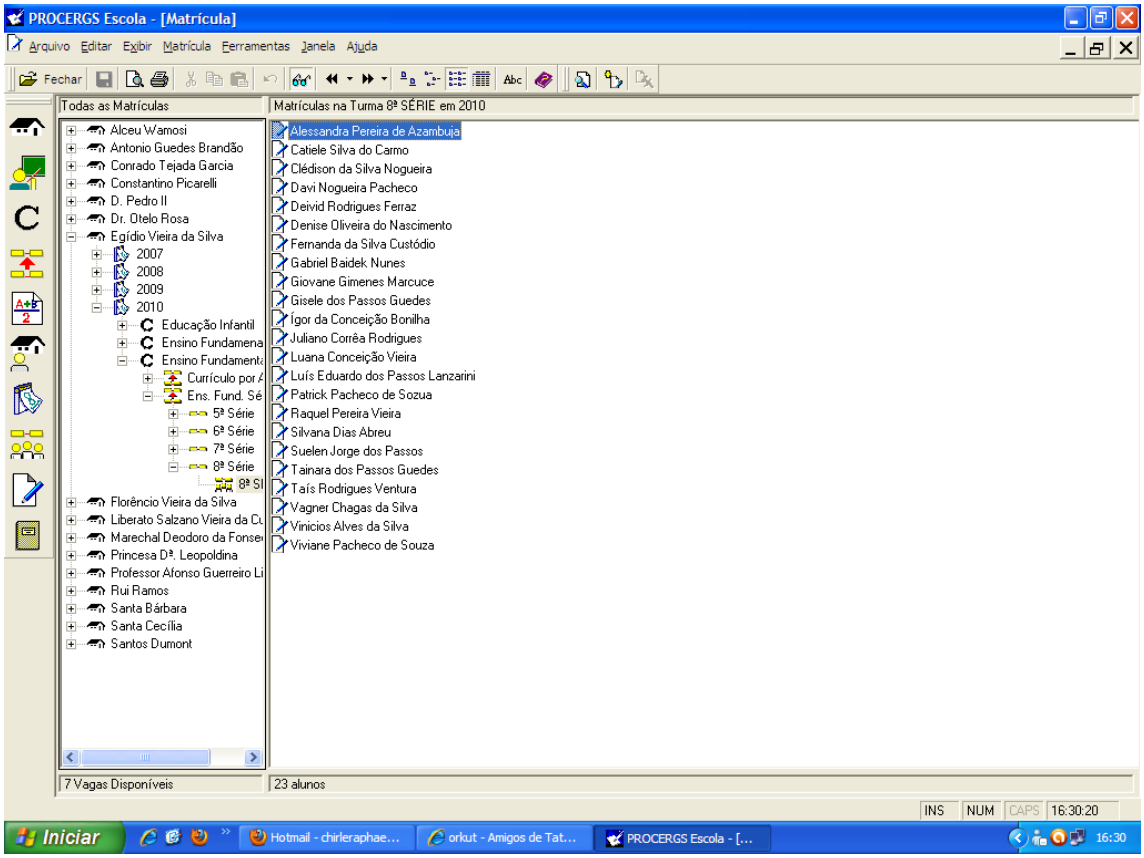
Alunos envolvidos

Unidade	Nome	Curso	HS
ESEF	CHIRLE DE OLIVEIRA RAPHAELLI	MESTRADO EM EDUCAÇÃO FISICA	10

Envolve experimentação com modelos animais? **NÃO** - Registro no CEEA:
Envolve experimentos utilizando vírus, microorganismos patogênicos, ou organismos geneticamente modificados?
NÃO
Possui Certificado de Qualidade em Biossegurança ou em processo de qualificação?

Resumo:
RAPHAELLI, Chirle de Oliveira. Associação entre comportamento de pais e irmão e estilo de vida de adolescentes escolares de zona rural. 2009. 130f. Projeto de Pesquisa (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas/RS. Introdução: Entre os fatores de risco associados às doenças e agravos não transmissíveis (DANTs), destacam-se os relacionados ao estilo de vida, especialmente o tabagismo, a inatividade física, a alimentação inadequada e o consumo abusivo de álcool. A adolescência é um período especialmente relevante na determinação das DANTs, visto que comportamentos e hábitos adquiridos nessa fase tendem a se manter até a idade adulta O comportamento da família pode influenciar o estilo de vida dos adolescentes. Objetivos: Avaliar a associação entre comportamento de pais e irmãos e estilo de vida de adolescentes escolares de 5ª a 8ª série do ensino fundamental de um município de zona rural do Rio Grande do Sul. Metodologia: Estudo transversal na zona rural no município de Barão do Triunfo/RS. A amostra incluirá os adolescentes entre 10 e 14 anos estudantes de 5ª a 8ª séries da rede municipal de educação, seus pais e seus irmãos na faixa etária da adolescência (10 a 19 anos). Serão obtidas informações socioeconômicas, demográficas e de saúde da população estudada. Nos adolescentes escolares, seus pais e irmãos, serão coletados dados referentes ao nível de atividade física, uso de cigarros, consumo de bebidas alcoólicas, adesão as diretrizes do guia Alimentar para a População Brasileira do Ministério da Saúde (MS), estado nutricional e gordura abdominal. Para coleta de dados dos escolares foram acrescentadas questões sobre a situação de trabalho, além de avaliar o percentual de gordura corporal. Análise Estatística: Uma descrição da população estudada, incluindo os escolares, pais e irmãos, será conduzida segundo características demográficas, socioeconômicas, comportamentais nutricionais e de saúde. A associação entre os desfechos estudados e as variáveis independentes será avaliada através do teste de Qui-quadrado para heterogeneidade ou tendência linear. Relevância: Com os dados do presente estudo, teremos embasamento científico para realizar intervenções e planejar estratégias de prevenção em médio e longo prazo, promover mudanças de hábitos e comportamentos ligados ao estilo de vida, o que poderá resultar em melhoria na qualidade de vida e reduzir problemas de saúde no futuro desta população.

Anexo 7- PROGRAMA PROCERGS ESCOLA



Anexo 8- DIVULGAÇÃO NAS MIDIAS LOCAIS

REGIONAL de Notícias

REGIONAL

Coxo G. do Sul
Sentinela do Sul
Tapes
Arambaré
Sertão Santana
Barão do Triunfo
Mariana Pimentel

Terça-feira, 04 de Maio de 2010 | www.regionaldenoticias.com.br | ANO XIII - Nº 267 | R$ 1,25

02 / Terça-feira, 04 de Maio de 2010

PESQUISA IRÁ AVALIAR ESTILO DE VIDA DE ADOLESCENTES DE BARÃO DO TRIUNFO/RS

A Prefeitura Municipal de Barão do Triunfo, juntamente com a Secretária Municipal de Educação e em parceria com a Universidade Federal de Pelotas (UFPel) está promovendo um estudo para avaliar o estilo de vida de escolares do município de Barão do Triunfo/RS.

A avaliação dos hábitos de atividade física, alimentação e estilo de vida dos escolares será realizada nas escolas Dom Pedro II, Egídio Vieira da Silva e Marechal Deodoro da Fonseca com adolescentes de 5ª a 8ª séries pela nutricionista da Secretaria de Educação e mestranda do Programa de Pós-Graduação em Educação Física da ESEF/UFPel, Chirle de O. Raphaelli. A mesma, explica que o objetivo do estudo será avaliar a associação entre comportamento de pais e irmãos e estilo de vida de adolescentes escolares de 5ª a 8ª série do ensino fundamental de famílias moradoras da zona rural do município, ou seja, primeiramente estaremos avaliando os estudantes da rede municipal de ensino que tenham entre 10 e 14 anos, após entrarmos em contato com os pais e irmãos dos estudantes a fim de obtermos dados sobre o estilo de vida de toda família.

Com este levantamento, a Prefeitura Municipal poderá realizar intervenções mais efetivas em relação ao estilo de vida dos escolares e promover melhorias na Alimentação Escolar municipal e assim, promover melhorias na qualidade de vida de toda população alem de reduzir problemas de saúde futuros.

Solicitamos que os alunos, os pais e os irmãos que forem convidados, possam participar da avaliação com a nutricionista e aproveitamos para avisar que em breve estaremos entrando em contato com os familiares dos estudantes.

A Voz do Sul

ANO I EDIÇÃO - 01 | www.avozdosul.com | R$ 1,00 | ABRIL - 2010

PESQUISA IRÁ AVALIAR ESTILO DE VIDA DE ADOLESCENTES DE BARÃO DO TRIUNFO/RS

A Prefeitura Municipal de Barão do Triunfo, juntamente com a Secretaria Municipal de Educação e em parceria com a Universidade Federal de Pelotas (UFPel) está promovendo um estudo para avaliar o estilo de vida de escolares do município de Barão do Triunfo/RS.

A avaliação dos hábitos de atividade física, alimentação e estilo de vida dos escolares será realizada nas escolas Dom Pedro II, Egídio Vieira da Silva e Marechal Deodoro da Fonseca com adolescentes de 5ª a 8ª séries pela nutricionista da Secretaria de Educação e mestranda do Programa de Pós-Graduação em Educação Física da ESEF/UFPel, Chirle de O. Raphaelli. A mesma, explica que o objetivo do estudo será avaliar a associação entre comportamento de pais e irmãos e estilo de vida de adolescentes escolares de 5ª a 8ª série do ensino fundamental de famílias moradoras da zona rural do município, ou seja, primeiramente estaremos avaliando os estudantes da rede municipal de ensino que tenham entre 10 e 14 anos, após entrarmos em contato com os pais e irmãos dos estudantes a fim de obtermos dados sobre o estilo de vida de toda família.

Com este levantamento, a Prefeitura Municipal poderá realizar intervenções mais efetivas em relação ao estilo de vida dos escolares e promover melhorias na Alimentação Escolar municipal e assim, promover melhorias na qualidade de vida de toda população alem de reduzir problemas de saúde futuros.

Solicitamos que os alunos, os pais e os irmãos que forem convidados, possam participar da avaliação com a nutricionista e aproveitamos para avisar que em breve estaremos entrando em contato com os familiares dos estudantes.

Pesquisa avaliou o estilo de vida dos adolescentes

Barão do Triunfo

Durante o ano escolar de 2010 foi promovido um estudo para verificar o estilo de vida de escolares do município de Barão do Triunfo/RS. Esta avaliação de hábitos alimentares, de nível de atividade física e estado nutricional dos escolares foi realizada nas escolas Dom Pedro II, Egídio Vieira da Silva e Marechal Deodoro da Fonseca com adolescentes de 5ª a 8ª séries, seus pais e irmãos.

Os questionários aplicados com os participantes estão sendo computados e analisados para serem enviados aos alunos os resultados individuais de cada um.

Acreditamos que foi fundamental e importante para o município a participação de cada um nesta pesquisa. Diz a nutricionista Chirle Raphaelli

Fica aqui um agradecimento especial a todos os alunos, seus irmãos e pais pela participação, pela paciência ao preencher o questionário e realização das medidas e obrigada pelo carinho recebido de todos!

Chirle Raphaelli

Anexo 9- RETORNO AOS ALUNOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA
MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

Resultados do estudo:

Associação entre comportamento de risco à saúde de pais e irmãos e de adolescentes escolares de uma comunidade de zona rural

Aluno: _____

ESTADO NUTRICIONAL:

Peso: _____ kg Altura: _____ Cm

IMC: _____ Kg/m^2 CC: _____ Cm

IMC - Índice de Massa Corporal considerado:

( ) Normal ( ) Com excesso de peso ( ) Obeso ( ) Desnutrido

CC - Circunferência da cintura considerada:

( ) Com excesso de gordura abdominal ( ) Com obesidade abdominal

ATIVIDADE FÍSICA: Considerado:

( ) **Ativo**: realiza o mínimo de atividades na semana ( ) **Sedentário**: não realiza o mínimo de atividades na semana

ALIMENTAÇÃO: Passos da alimentação:

Passo 1:	( ) Atinge ( ) Não atinge	Ingerir 3 refeições durante o dia mais 2 lanches intercalados;
Passo 2:	( ) Atinge ( ) Não atinge	Consumir 6 porções de cereais (arroz, milho, trigo, pães e massas), raízes ou tubérculos ao dia;
Passo 3:	( ) Atinge ( ) Não atinge	Consumir 3 porções de frutas e 3 porções de legumes e verduras ao dia
Passo 4:	( ) Atinge ( ) Não atinge	Consumir 1 porção de leguminosa (feijão, lentilhas, ervilhas) ao dia ou pelo menos, 5 vezes por semana;
Passo 5:	( ) Atinge ( ) Não atinge	Consumir 3 porções de leite e derivados (queijo, nata) e 1 porção de carnes, peixes, ou ovos. Retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação torna esses alimentos mais saudáveis
Passo 6:	( ) Atinge ( ) Não atinge	Consumir no máximo 1 porção de óleos e gorduras ao dia (óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina). Ler aos rótulos dos alimentos e escolher aqueles com menores quantidades de gorduras trans
Passo 7:	( ) Atinge ( ) Não atinge	Consumir no máximo 2 vezes na semana refrigerantes e sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas e outras guloseimas como regra da alimentação;
Passo 8:	( ) Atinge ( ) Não atinge	Consumir no máximo 1 vez por semana alimentos industrializados com muito sal como hambúrguer, charque, salsicha, lingüiça, presunto, salgadinhos, conservas de vegetais, sopas, molhos e temperos prontos. Não ter o hábito de colocar mais sal nas preparações prontas e nem de levar o saleiro a mesa;
Passo 9:	( ) Atinge ( ) Não atinge	Ingerir 6 ou mais copos de água pura ao dia;
Passo 10:	( ) Atinge ( ) Não atinge	Pratique pelo menos 60 minutos de atividade física todos os dias e evite as bebidas alcoólicas e o fumo. Mantenha seu peso dentro dos limites saudáveis

Obrigada pela sua participação e procure manter um estilo de vida saudável!

Nutricionista Chirle de Oliveira Raphaelli

Prefeitura Municipal de Barão do Triunfo e Secretaria Municipal de Educação e Cultura

Anexo 10- NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NO PERIÓDICO CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA:

Cadernos de Saúde Pública (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Este periódico aceita trabalhos no formato de artigo, desde que seja resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual, com no máximo máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações.

O CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

Normas:

- ✓ Serão aceitas contribuições em português, espanhol ou inglês.
- ✓ Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.
- ✓ A contagem de palavras inclui o corpo do texto e as referências bibliográficas.

Fontes de financiamento:

- ✓ Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.
- ✓ Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).
- ✓ No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

Conflito de interesses:

- ✓ Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

Colaboradores:

✓ Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

✓ Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do International Committee of Medical Journal Editors, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

Agradecimentos:

✓ Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas que não preencheram os critérios para serem co-autores.

Referências:

✓ As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/).

✓ Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

Nomenclatura:

✓ Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

Ética em pesquisas envolvendo seres humanos:

✓ A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki da World Medical Association.

✓ Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada.

✓ Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Metodologia do artigo).

✓ Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

✓ O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

Processo de submissão *online:*

- Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/csp/.
- Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contado com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.
- Inicialmente o autor deve entrar no sistem*a SAGAS.* Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".
- Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

Envio do artigo:

✓ 12.1 - A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos http://www.ensp.fiocruz.br/csp/. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o *link* "Submeta um novo artigo".

✓ A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

✓ Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título corrido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumo, *abstract* e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

✓ O título completo (no idioma original e em inglês) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

✓ O título corrido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

✓ As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponível: http://decs.bvs.br/.

✓ *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções

✓ Resenha ou Cartas, todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou em espanhol, além do *abstract* em inglês. O resumo pode ter no máximo 1100 caracteres com espaço.

✓ *Agradecimentos*. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

✓ Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

✓ Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

✓ O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

✓ O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

- ✓ O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumo e *abstract*; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).
- ✓ Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".
- ✓ *Ilustrações*. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).
- ✓ Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.
- ✓ Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.
- ✓ *Tabelas*. As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.
- ✓ *Figuras*. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.
- ✓ Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.
- ✓ Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).
- ✓ As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

✓ Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

✓ As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

✓ Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

✓ *Formato vetorial*. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

✓ *Finalização da submissão*. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

✓ *Confirmação da submissão*. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

✓ Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

✓ O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

✓ O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

Envio de novas versões do artigo:

✓ Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos http://www.ensp.fiocruz.br/csp/ do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

Prova de prelo:

✓ Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o

programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html.

- ✓ A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2514 bdentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.