



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E ESPORTES
CURSO DE EDUCAÇÃO FÍSICA – BACHARELADO

SUELLEN MATOS PEREIRA

COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE EM ADOLESCENTES DE ESCOLAS
DA REDE PRIVADA DE FORTALEZA

FORTALEZA
2018

SUELLEN MATOS PEREIRA

COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE EM ADOLESCENTES DE ESCOLAS DA
REDE PRIVADA DE FORTALEZA

Projeto de monografia apresentado ao Curso de Bacharelado em Educação Física do Instituto de Educação Física e Esportes da Universidade Federal do Ceará, como requisito para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Hugo González.

FORTALEZA
2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

P495c Pereira, Suellen Matos.

Comportamentos de risco à saúde em adolescentes de escolas da rede privada de Fortaleza : estudo exploratório / Suellen Matos Pereira. – 2018.
54 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Instituto de Educação Física e Esportes, Curso de Educação Física, Fortaleza, 2018.
Orientação: Prof. Dr. Ricardo Hugo Gonzalez.

1. Comportamentos de risco. 2. adolescentes. 3. qualidade de vida. I. Título.

CDD 790

FICHA DE APROVAÇÃO

SUELLEN MATOS PEREIRA

**COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE EM ADOLESCENTES DE ESCOLAS DA REDE
PRIVADA DE FORTALEZA.**

APROVADO, EM: ___/___/___

Prof. Dr. Ricardo Hugo González - orientador
Instituto de Educação Física e Esportes - IEFES

Prof. Ms. Júlio César Barbosa Lima Pinto
Instituto de Educação Física e Esportes - IEFES

Prof. Dtdo. Renée de Caldas Honorato
Instituto de Educação Física e Esportes - IEFES

*Primeiramente a Deus, por ser meu companheiro fiel,
nos momentos mais difíceis e nas alegrias mais intensas*

*Dedico esta, bem como todas as minhas demais
conquistas, aos meus pais Ricardo e Silvânia, que
tornaram tudo isso possível, fizeram do meu sonho real,
me proporcionando forças para que eu não desistisse de
ir atrás do que buscava para minha vida. Muitos
obstáculos apareceram durante o caminho, mas graças
a vocês eu não fraquejei. Obrigada por tudo.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, pois sem ele eu não teria forças para essa longa jornada e perseverança em poder realizar o meu sonho.

À minha família, por sua capacidade de acreditar e investir em mim. Mãe, seu exemplo de responsabilidade e dedicação foram uns dos meus principais guias. Pai, sua presença significou segurança e a certeza de que eu não estou sozinha nessa caminhada.

Ao Professor, Ricardo Hugo González, pela orientação acadêmica e formação profissional e pessoal. Tive a oportunidade de usufruir momentos de sabedoria e conhecimento ao seu lado. Obrigada pelos ensinamentos, paciência e confiança no meu trabalho.

Agradeço ao meu colega de curso Francisco José Rosa de Souza, pelo grande auxílio, amparo e gentileza nesses últimos meses, seu apoio foi um dos fatores decisivos na finalização desse ciclo.

As amigas Amanda e Analice, pelas palavras de incentivo, pelos momentos de alegria e por serem refúgios em períodos de angústia. Suas presenças foram mais do que significativas nesse processo.

Ao Instituto de Educação Física e Esportes pelo meu desenvolvimento acadêmico e profissional, e as pessoas com quem convivi nesses espaços ao longo do tempo.

Agradeço aos familiares e amigos, todos aqueles que de alguma forma tenham contribuído direta ou indiretamente nesse percurso, através de palavras, abraços ou gestos de carinho. Esse sonho não seria alcançado sem vocês. Obrigada.

RESUMO

A adolescência é um período de transição da infância para a vida adulta, marcada por intensas mudanças emocionais, cognitivas, sociais, físicas e hormonais. Não obstante, várias são as condutas que interferem prejudicando a saúde dos adolescentes. Dessa forma, objetivava-se analisar os comportamentos de riscos à saúde em adolescentes de escolas particulares. Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal realizado em duas escolas da rede privada do município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Será utilizado para avaliar os comportamentos de riscos e proteção à saúde o YRBS-C (*Youth Risk Behaviour Surveillance*) desenvolvido pelo *Center for Disease Control and Prevention/ United States of America* (CDC/USA). O estudo foi composto com adolescentes com idade média de $13,5 \pm 1,63$, estudantes de escolas particulares no município de Fortaleza. Quanto à violência na escola, no total, 34,4% dos entrevistados responderam que sim, já haviam participado de briga nos últimos 12 meses. Um destaque identificado quanto à violência na escola, foi sempre a maior prevalência dos meninos quando comparado as meninas, porém sem diferença significativa. Sobre os comportamentos sexuais de risco verificou-se que 84,4% dos adolescentes não tiveram relação sexual. Sendo que, dos jovens que responderam “sim”, que já haviam tido relação sexual, no geral, 71,4% tiveram com idade inferior a 11 anos. Foi observado que 43,3% do total dos adolescentes do presente estudo já consumiram bebida alcoólica, destacando-se com maior percentual as meninas com 46,3%. Sobre a prática de atividade física, averiguou-se que a média do total dos escolares, ficou entre $2,06 \pm 2,3$ dias, sendo que as meninas apresentaram um menor número de dias com $1,61 \pm 2,0$. Há necessidade de novos estudos mais abrangentes, que possam englobar uma população maior de escolares, e que facilitem identificar com mais precisão os subgrupos que apresentem maiores fatores de risco, podendo contribuir futuramente para o desenvolvimento de programas para a promoção da saúde no ambiente escolar.

PALAVRAS-CHAVE: Comportamentos de Risco. Adolescentes. Qualidade de Vida

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
1.1 JUSTIFICATIVA	10
2. OBJETIVOS	11
2.1 OBJETIVO GERAL.....	11
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
3. REVISÃO DE LITERATURA	12
3.1 COMPORTAMENTOS DE RISCO	12
3.1.1 Violência.....	12
3.1.2 Sentimento de Tristeza	14
3.1.3 Álcool e drogas	14
3.1.4 Comportamentos Sexuais de risco.....	15
3.1.5 Obesidade	16
3.1.5.1 Maus Hábitos Alimentares	17
3.1.5.2 Inatividade Física.....	18
3.2 FATORES DE PROTEÇÃO	18
4 METODOLOGIA	20
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	20
4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA	20
4.3 LOCAL DE ESTUDO.....	20
4.4 INSTRUMENTO	20
4.5 PROCEDIMENTO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO	21
4.5.1 COLETA DE DADOS	21
4.5.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	21
4.5.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	22
4.6 PROCESSAMENTO DOS DADOS	22
4.6.1 ANÁLISE ESTÁSTICA.....	22
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	22
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES	24
5.1 VARIÁVEIS SOCIO DEMOGRÁFICAS	24
5.2 VIOLÊNCIA	25

5.3 COMPORTAMENTOS SEXUAIS DE RISCO	26
5.4 CONSUMO DE ÁLCOOL.....	27
5.5 ATIVIDADE FÍSICA	28
6. CONCLUSÃO	29
REFERÊNCIAS	33
ANEXOS	40

1. INTRODUÇÃO

A adolescência é um período de transição da infância para a vida adulta, marcada por intensas mudanças emocionais, cognitivas, sociais, físicas e hormonais (CARVALHO MALTA *et al.*, 2010). Nessa fase da vida, os adolescentes além de passarem por essas transformações, simultaneamente, vivenciam a utilização e adoção de novos hábitos (IBGE, 2013; BARBOSA; CASOTTI; NERY, 2016). Entre eles, alguns se associam a fatores de risco para a saúde, como: consumo de bebidas alcoólicas; tabagismo; hábitos alimentares inadequados; inatividade física; relações sexuais desprotegidas (LOPES *et al.*, 2015; BARBOSA; CASOTTI; NERY, 2016; KANN, 2016).

Não obstante, várias são as condutas que interferem prejudicando a saúde dos adolescentes e como consequência, são causa de algumas doenças crônicas, como: hipertensão, diabetes mellitus, obesidade e doenças cardiovasculares (RODRIGUES *et al.*, 2016). Todas, resultantes de comportamentos de risco adotado pelos adolescentes. Em caráter complementar, muitos desses hábitos se propagam e se perpetuam ainda na vida adulta, tornando-se ainda mais difíceis de sofrerem alterações e podendo ocasionar problemas mais graves (FARIAS JR; LOPES, 2004; FEIJÓ; OLIVEIRA, 2004; BARBOSA; CASOTTI; NERY, 2016).

Embora se tenha conhecimento sobre a relevância de adotar hábitos e condutas que sejam benéficos à saúde, a preponderância de comportamentos de risco é proeminente em adolescentes de contextos sociais diferentes (BARBOSA; CASOTTI; NERY, 2016). As aquisições desses comportamentos nessa faixa etária colaboram como os principais fatores associados a morbidade e mortalidade entre jovens e adultos (ARAÚJO; BLANK; RAMOS, 2009). Os dados obtidos relacionados a morbimortalidade em indivíduos jovens está associada com as condutas de risco a saúde (KANN *et al.*, 2016). Segundo a *Centers for Disease Control and Prevention* – CDC (2015 *apud* Kann *et al.*, 2016), os Estados Unidos em 2014 com o levantamento de 71% das mortes entre pessoas de 10 a 24 anos teve como resultado quatro principais causas: acidentes com automóveis (23%), suicídio (17%), outras lesões não intencionais (17%) e homicídios (14%). No Brasil (IBGE, 2013) e no Ceará (GRANGEIRO, 2004), a principal causa de óbitos em adolescentes são as causas externas (lesões, acidentes, homicídios, etc.).

Os resultados obtidos por alguns estudos revelam um elevado índice de adolescentes com níveis insuficientes de atividade física, hábitos alimentares inadequados, consumo abusivo de álcool, comportamentos sexuais de risco (FARIAS JR *et al.*, 2009; BARBOSA; CASOTTI; NERY, 2016; LOPES; MIELKE; SILVA, 2015). As informações a respeito da ascendência dessas condutas podem contribuir para identificar e monitorar os níveis de saúde da população jovem e possivelmente subsidiar o desenvolvimento de programas e políticas públicas que favoreçam a promoção da saúde para esses indivíduos.

A relevância desse estudo está pautada no conhecimento acerca da prevalência dos comportamentos de risco à saúde em adolescentes e, por conseguinte, obter informações que possibilitem implantar programas e políticas públicas, na perspectiva de promover ações voltadas à promoção da saúde com a finalidade de minimizar os efeitos do impacto da adoção de hábitos prejudiciais à saúde na população jovem.

1.1 JUSTIFICATIVA

Os adolescentes têm se tornado alvo de pesquisas em todo o mundo por apresentarem elevados índices relacionados a comportamentos de risco à saúde (OEHLSCHLAEGER *et al.*, 2004). É notório o aumento da realização de estudos com esta população, tendo em vista que vem sendo cada vez mais prevalentes os fatores de risco associados a essa faixa etária, sobretudo, com forte potencial de repercutir na vida adulta (PENA *et al.*, 2016).

A maioria dos dados brasileiros pertencentes a este tema é referente a jovens que frequentam escolas da rede pública, devido à disponibilidade de autoridades públicas concederem o espaço para a aplicação de pesquisas. Diante dessa situação, mantêm-se uma compreensão parcial entre esses jovens estudantes, que não abrangem indivíduos da classe média e alta (CARLINI-COTRIM *et al.*, 2000).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar os comportamentos de riscos à saúde em adolescentes de escolas particulares.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar a associação entre os comportamentos de risco e os aspectos sócios demográficos.
- Identificar a associação dos comportamentos de risco relacionados ao sexo.
- Analisar o comportamento de risco relacionado à violência em jovens escolares.
- Analisar o comportamento de risco sexuais em jovens escolares.
- Analisar o consumo de álcool em jovens escolares.
- Analisar o nível de atividade física em jovens escolares.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Comportamentos de Risco

A adolescência é o período compreendido entre os 10 aos 19 anos, caracterizando como pré-adolescência a faixa etária entre 10 a 14 anos e a adolescência dos 15 aos 19 anos de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-americana de Saúde (OPS). A iniciação dessa fase é biológica determinada pelo amadurecimento sexual, à medida que, seu término é de determinação sociológica mediante a sua independência familiar e financeira (CARLOS *et al.* 2009).

A fase da adolescência é definida por diversas transformações biológicas, cognitivas e sociais que ocorrem de forma conjunta e colaboram para a estruturação da personalidade, tornando-se significativa na evolução do indivíduo (BARBOSA *et al.*, 2016). Esse período também é determinado pela sua fragilidade nos aspectos social, psicológico e físico (CARLOS *et al.*, 2009). Diante dessa vulnerabilidade, o adolescente é suscetível a comportamentos de risco que possam comprometer a sua saúde (DA SILVEIRA ARAÚJO *et al.*, 2008). Segundo Feijó e Oliveira (2004), a expressão “comportamento de risco” pode ser definida como a participação em atividades que possam comprometer a saúde física e mental do adolescente. Esses tipos de condutas que são obtidos na adolescência podem transcorrer à idade adulta, tornando-se indivíduos propensos a desenvolverem sérios problemas de saúde (DA SILVEIRA ARAÚJO *et al.*, 2008; BARBOSA *et al.*, 2016).

As principais causas relacionadas à morbidade e mortalidade entre jovens e adultos são comportamentos que contribuem para lesões não intencionais e violência, tabagismo, consumo de álcool, uso de drogas ilícitas, comportamentos sexuais de risco, hábitos alimentares não saudáveis e inatividade física. Frequentemente, essas condutas são correlacionadas e são iniciadas na infância e na adolescência podendo se estender até a vida adulta (EATON *et al.*, 2011).

3.1.1 Violência

O Ministério da Saúde (2001) esclarece por violência o evento representado por “ações realizadas intencionalmente por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros”. A violência e os

acidentes, sob a designação de causas externas, apresentam-se como um dos principais problemas de saúde pública da atualidade (MATOS; MARTINS, 2013).

A violência pode ter como origem fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais caracterizando-os como antecedentes de um problema multifatorial (MATOS; MARTINS, 2013). Os incidentes violentos que ocorrem no meio familiar ou na sociedade são caracterizados como um fenômeno multicasual, por apresentar vários contextos inseridos como fatores de risco. Os aspectos relacionados ao indivíduo, os relacionamentos que ele desenvolve, o meio onde está inserido e a sociedade de modo geral, agem de maneira associada no surgimento de casos de violência (PHEBO; MOURA, 2005).

De modo análogo, o envolvimento de adolescentes em atos violentos está vinculado aos diversos elementos biopsicossociais relacionados às causas da violência. Relações familiares conflitantes, integração em grupos marginalizados e o uso abusivo de álcool e drogas ilícitas, são alguns dos fatores associados a comportamentos de risco entre os adolescentes, e estão profundamente correlacionados com condutas violentas nessa faixa etária (PHEBO; MOURA, 2005; BROOK *et al.*, 2003; FARIA; MARTINS, 2016).

Tem se tornado crescente o índice de violência na fase da adolescência e na idade adulta jovem (SOUZA, 2005). Em virtude, de determinadas atitudes inerentes ao adolescente como a busca de emoções, prazer em experimentar situações de risco, impulsividade e inexperiência, todas essas condutas podem predisporlos a envolverem-se em situações, no qual poderão exercer o papel de agressor ou de vítima da violência (MATOS; MARTINS, 2013; GRANGEIRO, 2004).

As carências de perspectiva de realização nos aspectos pessoais, profissionais e sociais, produzem um sentimento de incapacidade e auto estima baixa. Os jovens do sexo masculino são, especialmente, afetados por essa impotência, no qual cessam por utilizar da violência armada como forma de expressão, resultando em um alto índice de homicídios que vem aumentando com o decorrer do tempo (PHEBO; MOURA, 2005).

Dados relativos da OMS (2002) discorrem que em 2000, aconteceram cerca de 199 mil homicídios juvenis em todo o mundo. Isto é, uma estimativa que 565 crianças, adolescentes e jovens adultos, na faixa etária entre 10 e 29 anos, falecem por dia como consequência da violência interpessoal. No Brasil, nesse mesmo ano de 2000, os homicídios foram encarregados por 39% de óbitos da população compreendida entre 15 e 24 anos (PHEBO; MOURA, 2005).

O entendimento dos componentes que aumentam o risco de os jovens desenvolverem o papel de vítima ou agressores de atos violentos se torna fundamental para o planejamento de políticas e programas eficientes para refrear a violência (OMS, 2002).

3.1.2 Sentimento de Tristeza

Indivíduos jovens que não tem a habilidade de resolver seus conflitos emocionais, possivelmente, esses adolescentes tornam-se mais suscetíveis a aderirem comportamentos de risco no anseio de minimizar os efeitos negativos ou inibir seus sentimentos (HESSLER; KATZ, 2010). De acordo com os estudos de Hessler e Katz (2010) a probabilidade de consumir drogas fortes foi relacionada com o desequilíbrio emocional na adolescência. Diante de situações emocionalmente subversivas, adolescentes que se encontram em estado de instabilidade emocional, correm maior risco de utilizarem substâncias ilícitas com o intuito de superar ou bloquear sentimentos negativos.

Determinadas atitudes tomadas por jovens como buscar ligações com outros por intermédio do ato sexual são decorrências de condutas que visam preencher o vazio emocional e o sentimento de solidão (HESSLER; KATZ, 2010).

Jovens que costumam usar o sexo como meio de suplantar emoções adversas são predispostos a apresentarem um número expressivo de parceiros sexuais tornando propício o surgimento de doenças sexualmente transmissíveis e a ocorrência de gravidez indesejada (HESSLER; KATZ, 2010).

Com a análise dos dados obtidos pelos estudos de Moreira e Bastos (2015), nota-se que nas últimas décadas, houve um crescimento na ocorrência de suicídio na fase da adolescência.

O parecer de sintomas depressivos foi evidenciado como um fator relevante de risco para a ideação suicida nos estudos investigados e, levando-se em conta que as informações pertinentes fazem alusão a uma população não-clínica de adolescentes, tornando-se ainda mais alarmante os dados obtidos pelas pesquisas (MOREIRA; BASTOS, 2015).

3.1.3 Álcool e drogas

O uso de bebidas alcoólicas é um costume habitual, especialmente em ocasiões especiais praticada pela nossa sociedade (CARDOSO *et al.*, 2008). Recentemente, o crescente

consumo do álcool por parte de crianças e adolescentes, vem se tornando destaque (HEIM *et al.*, 2008).

A adolescência é um período relevante no que se refere ao início ao uso de drogas. É no decorrer dessa fase que várias pessoas têm seu primeiro contato com qualquer tipo de droga, seja como mera experimentação ou pelo consumo ocasional.

No decorrer da adolescência, várias pessoas têm o seu primeiro contato com qualquer tipo de droga nesse período e é comum os companheiros de escola oferecem as substâncias (SANTOS *et al.*, 2008). O álcool e o tabaco estão como as drogas mais consumidas entre a população, sendo o consumo de bebidas alcoólicas superior ao uso do tabaco (FARIAS, 2002).

Quanto mais precocemente for o início do uso do álcool e do tabaco, mais suscetível estará o indivíduo a imoderação e dependência dessas substâncias, assim como, simultaneamente, será mais vulnerável ao consumo de drogas ilícitas (FERIGOLO *et al.*, 2004).

Em uma pesquisa elaborada com estudantes de primeiro e segundo grau em escolas de rede estaduais em 10 capitais brasileiras verificaram que entre as idades de 10 e 12 anos, a frequência do consumo de drogas é menor do que na faixa etária de 16 anos onde o índice é máximo relacionado ao uso experimental de drogas em escolares (FERIGOLO *et al.*, 2004).

Em estudantes de Aracaju foi avaliado que o álcool e o tabaco foram as drogas mais consumidas comparadas com as demais. Sobretudo, isso é explicado pela fácil obtenção por serem drogas lícitas de acesso comum, mesmo sendo ilegal a venda para menores de 18 anos (SANTOS *et al.*, 2008).

O uso excessivo do álcool é um fato que está relacionado com a idade e o gênero, a probabilidade de abuso da substância cresce com o aumento da idade e é mais comum o exagero em indivíduos do sexo masculino (NAEGER, 2017).

3.1.4 Comportamentos Sexuais de risco

Na descoberta da sexualidade na adolescência, o início da prática de relações sexuais pode ocorrer prematuramente nessa fase, com orientação inadequada ou inexistente em relação a métodos contraceptivos e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis; em detrimento desses fatores pode ocorrer um aumento de gestações indesejadas e a ocorrência de abortos (MOSER *et al.*, 2007).

São destaques prejudiciais desse assunto, os problemas biológicos e emocionais da gravidez na adolescência e a contaminação de doenças sexualmente transmissíveis. O abandono escolar e a limitação de oportunidades são características sociais também ressaltadas (TEIXEIRA *et al.*, 2006).

O período gestacional e a maternidade na adolescência estabelecem consequências negativas na qualidade de vida, em decorrência do dano causado na vida estudantil e no aumento da dependência pelos familiares (MICHELAZZO *et al.*, 2004).

As consequências negativas que a gravidez, nessa fase, pode ocasionar à saúde da mulher e sua introdução ao mercado de trabalho implicando no seu desenvolvimento pessoal e profissional, são questões retratadas em diversos estudos (MICHELAZZO *et al.*, 2004).

É essencial para os adolescentes o entendimento sobre os métodos contraceptivos e os perigos resultantes de relações sexuais desprotegidas, para que possam vivenciar a sexualidade de forma apropriada e saudável, garantido a prevenção de gravidez indesejada e a infecção por doenças sexualmente transmissíveis (SALDANHA *et al.*, 2008).

3.1.5 Obesidade

A obesidade pode ser caracterizada de uma forma simples como a aglomeração excessiva de gordura no corpo, sob a forma de tecido adiposo, sendo resultante dos agravos de saúde de inúmeros indivíduos (WHO, 2000).

Com estimativas para 2015, a Organização Mundial de Saúde (OMS) calculava que aproximadamente 2,3 bilhões de adultos apresentariam sobrepeso e mais de 700 milhões seriam obesos (OMS, 2013). Com o crescente número de pessoas com excesso de peso, diversos estudos vêm evidenciando que a obesidade é um problema de saúde mundial, seu aumento é evidente tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento (FLYNN *et al.*, 2006; SANTOS *et al.*, 2016; ANANIAS *et al.*, 2017).

De acordo com Dalcastagné e colaboradores (2012), vários fatores biológicos, psicológicos, sócios econômicos e sócios comportamentais exercem uma forte contribuição para o desenvolvimento do excesso de peso. Similarmente, Ananias e colaboradores (2017) apontam a obesidade como uma doença complexa e multifatorial, que possui condições poligênicas suscetíveis a interferências humanas.

3.1.5.1. Maus hábitos alimentares

O parâmetro alimentício, atualmente, evidenciado entre os adolescentes, contém a ingestão excessiva de refrigerantes, açúcares simples, gorduras e o consumo de *junk foods*, vinculada ao baixo consumo de frutas e hortaliças (TORAL *et al.*, 2007). Alguns hábitos como a prática de pular refeições, principalmente o jejum, associados a ingestão de refeições rápidas contribuem para situações de desequilíbrios nutricionais, bem como, o desenvolvimento da obesidade em jovens (DE MATOS FONSECA *et al.*, 1998).

Diante desses fatores consequentes de uma dieta inadequada, os adolescentes são considerados um grupo de risco nutricional e é relevante o conhecimento sobre o perfil nutricional do adolescente, pois o aparecimento da obesidade nessa fase tem sido relacionado com o surgimento prematuro de hipertensão arterial, dislipidemias, diabetes mellitus 2, distúrbios na esfera emocional além de comprometer a postura e causar problemas no sistema locomotor (ENES *et al.*, 2010).

Existem elementos relevantes que são dirigentes do aumento da obesidade ao ocasionar modificações significativas nos padrões alimentares: as refeições realizadas fora do ambiente familiar, o aumento da oferta de fast foods e o crescente uso de alimentos industrializados (MENDONÇA *et al.*, 2004). As características desses alimentos são a grande quantidade de gorduras e energia encontradas e são vendidos de maneira descomunal proporcionando fácil obtenção por crianças e adolescentes (SANTOS *et al.*, 2016).

Compreendendo que o padrão alimentar brasileiro tem desenvolvido transformações resultantes de uma maior consumação de alimentos processados em substituição da costumeira refeição caseira. Estas alterações consequentes de um estilo de vida atual promovem o consumo desmoderado de produtos gordurosos, açúcares, doces e bebidas açucaradas e a redução da ingestão de alimentos com fonte de fibras (LIMA; ARRAIS; PEDROSA, 2004).

Fatores como a influência genética, a atuação do meio familiar e a relação entre eles são causas recorrentes de possíveis desvios nutricionais. É grande a correspondência entre sobrepeso entre pais e filhos (DALCASTAGNÉ *et al.*, 2012). De acordo com os estudos de Ramos e Barros Filho (2003), a obesidade dos pais apresentou associação com a obesidade encontrada nos filhos, principalmente em relações às mães.

A mídia, em equivalência a outros fatores destacados, tem sua relevância em relação ao aumento da obesidade. De acordo com a análise feita por Almeida e colaboradores (2002), dos 1.395 anúncios de produtos alimentícios veiculados, 57,8% estão no grupo da pirâmide

alimentar representado por gorduras, óleos, açúcares e doces. Há uma completa ausência de frutas e vegetais. Com a continuação da análise, encontra-se, uma total inversão da pirâmide formada a partir da divulgação dos alimentos apresentados pela TV, onde o grupo de gorduras, óleos e doces se encontram no topo com quase 60%, e representando o segundo grupo mais veiculado se encontra os pães, cereais, arroz e massas (21,2%), seguidos pelo grupo de leites, queijos e iogurtes (11,7%) e o grupo de carnes e leguminosas (9,3%).

3.1.5.2 Inatividade Física

A consumação maior de alimentos com alto teor energético e principalmente rico em lipídeos e açúcares simples, é um fator decorrente do desenvolvimento do excesso de peso, porém, esse caso isolado, não é suficiente para desvendar o avanço descomunal da obesidade mundial (ENES *et al.*, 2010). Pesquisas internacionais e nacionais demonstram uma forte ligação entre os baixos níveis de inatividade física e a ascensão do excesso de peso em adolescentes (JANSSEN *et al.*, 2004; MASCARENHAS *et al.*, 2005).

No Brasil, os dados analisados pelos estudos aplicados conforme a região e o emprego dos métodos realizados apresentam que 39% a 93% dos adolescentes estão sujeitos a baixos níveis de atividade física (TENÓRIO *et al.*, 2010).

Segundo Enes e Slater (2010), o maior tempo dedicado às atividades de baixa intensidade, como assistir televisão, usar computador e jogar videogame, tem contribuído para o ganho de peso dos adolescentes.

No que se referem, a comparação entre os sexos, os resultados de alguns estudos apontam a prevalência de baixos níveis de atividade física exercido pelas meninas em comparação aos meninos (TENÓRIO *et al.*, 2010).

3.2 Fatores de Proteção à Saúde

Um dos assuntos mais vastamente pesquisado, no decorrer das últimas décadas, são os comportamentos de risco a saúde acometidos pelos adolescentes (BRITO *et al.*, 2015). Diante dessas condutas de risco, a qual os adolescentes estão expostos a diversas situações que possam ameaçar a sua saúde, os jovens caracterizam-se como um grupo prioritário para promoção da saúde em todas as localidades do mundo (CARVALHO *et al.*, 2010).

Alguns fatores de proteção são associados a crianças e adolescentes como a capacidade de regular suas próprias emoções, de resolver problemas, de sentir-se aceito pelos familiares e por sua comunidade (PHEBO; MOURA, 2005)

O meio familiar tem grande influência no estilo de vida dos adolescentes (DALCASTAGNÉ *et al.*, 2012). Aspectos positivos, como um bom relacionamento entre pais e filhos, suporte, segurança oferecidos pelo convívio familiar são associados como fatores de proteção para esses indivíduos (SCHENKER; MINAYO, 2005).

É apontada como escola promotora da saúde aquela que exerce a prática da pedagogia da mediação, que adota a solução de problemas através de atitudes não violentas. Um ambiente escolar que desenvolve as capacidades individuais e estimula relações saudáveis entre os alunos acaba desempenhando o papel fundamental de fator de proteção à população jovem (PHEBO; MOURA, 2005).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal realizado em duas escolas da rede privada do município de Fortaleza, Ceará, Brasil.

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo inclui alunos de ambos os sexos com idade entre 10 e 16 anos, regularmente matriculada no ano letivo de 2017 de duas escolas de ensino fundamental da rede privada da cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil. A amostra foi constituída de maneira aleatória simples por intermédio de um sorteio em uma escola da rede privada que foi dividida em duas etapas. Inicialmente, foi sorteado a turma de maneira proporcional dos alunos constituintes dessa faixa etária, por conseguinte, com a turma selecionada foi aplicado o instrumento. O total da amostra final foram de 90 estudantes.

4.3 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em duas escolas da rede privada do município de Fortaleza. Uma das escolas investigadas foi a Escola Monteiro Lobato, localizada na Granja Portugal, na Regional V, o qual comporta alunos do Infantil II ao 9º ano do Ensino Fundamental. A escola possui áreas de esportes, biblioteca e laboratório de informática.

O colégio Jim Wilson, localizado na Avenida Augusto dos Anjos, no bairro Bonsucesso, na Regional V, foi à segunda escola estudada. O colégio dispõe de alunos do Infantil ao Ensino Médio e oferece serviços como o berçário e tempo integral.

4.4 INSTRUMENTO

Foi utilizado para avaliar os comportamentos de riscos e proteção à saúde o YRBS-C (*Youth Risk Behavior Surveillance*) desenvolvido pelo *Center for Disease Control and Prevention/ United States of America* (CDC/USA) e validado para o português por LOPES, 2008, e denominado “comportamentos de risco à saúde”. O instrumento contém 87 (oitenta e sete) questões com alternativas de múltipla escolha, dentre esses itens os alunos serão

questionados sobre a quantidade de vezes que apresentaram, no período dos últimos trinta dias antes da aplicação do estudo, condutas específicas relacionadas à segurança pessoal, violência, sentimentos de tristeza e intenção ao suicídio, uso de tabaco e de bebidas alcoólicas, uso de maconha e outras drogas ilícitas, comportamento sexual, auto percepção do peso corporal, alimentação dos últimos setes dias, atividade física e, finalmente, sobre a percepção dos estudantes sobre a família e apreciação geral do questionário. O instrumento foi auto aplicado sob a orientação e supervisão dos acadêmicos, que auxiliaram na observação e no esclarecimento para assinalar apenas uma alternativa. A estimativa de tempo decorrido para a aplicação do questionário foi de aproximadamente 40 minutos.

Foi utilizado o Critério de Classificação Econômica do Brasil (ANEP, 2008) para a classificação do nível socioeconômico da família do adolescente. Para tanto, foi considerado o nível de escolaridade do chefe da família, posse de utensílios domésticos e a quantidade de empregadas mensalistas.

4.5 PROCEDIMENTO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Inicialmente, foi feito contato com a direção das escolas selecionadas para explicar a importância e a finalidade do estudo e, conseqüentemente, obter a autorização para aplicação do instrumento nas escolas. Após a permissão, no primeiro contato com os professores foi solicitada a motivação do mesmo para incentivar a participação dos alunos nas atividades que foram desenvolvidas.

4.5.1 COLETA DE DADOS

Foi realizado por três acadêmicos de educação física, treinados e capacitados para a coleta do estudo.

4.5.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Alunos matriculados nas escolas privadas selecionadas, que estavam na faixa etária de 10 a 16 anos com o termo de assentimento do menor pelo aluno assinado e com a apresentação da assinatura dos pais ou responsáveis do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

4.5.3 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

Alunos que não entregaram os termos devidamente assinados; não preenchimento completo do questionário; alunas grávidas; alunos que possuem alguma patologia ou deficiência que os impossibilite realizar as avaliações; aqueles que se negarem a participar; e alunos ausentes no dia da aplicação da pesquisa.

4.6 PROCESSAMENTO DOS DADOS

Os dados foram inicialmente armazenados em uma planilha no Microsoft Office Excel 2007. Posteriormente, os dados foram transportados para o programa estatístico SPSS versão 20.0, para verificação da consistência dos dados.

4.6.1 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As variáveis independentes foram organizadas em dois blocos hierárquicos, para viabilização em dimensões como variáveis em dimensões como variáveis sócios demográficos e o segundo de variáveis relacionadas aos comportamentos de risco a saúde.

Foram estimadas a frequência simples e a frequência a partir do cruzamento das informações, com intervalo de confiança de 95% das variáveis independentes: idade, sexo, escolaridade dos familiares (categorizada em: nenhuma ou fundamental incompleto; fundamental completo ou ensino médio incompleto; ensino médio completo ou superior incompleto; e superior completo).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Os responsáveis dos adolescentes participantes do projeto assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TAILE), para adolescentes menores de 18 anos. Só foi aceito participar do teste os jovens que apresentaram o termo devidamente assinado pelo responsável.

Após a autorização dos pais e o consentimento dos participantes do estudo, foi respondido o questionário YBRSS (versão em português). O pesquisador instruiu e explicou sobre o procedimento durante o preenchimento do referido instrumento. Aproximadamente, o tempo necessário para assinalar o questionário foi de 40 minutos.

O projeto de pesquisa foi inscrito no Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará segundo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

O estudo é composto em maioria por meninas (54,4%) com idade média de 13,5 a 1,63, estudantes de escolas particulares no município de Fortaleza. A maioria deles reside com pais e irmãos (75,3%), obtendo-se maior percentual de familiares com ensino superior (26,7%), no caso dos alunos que souberam responder essa pergunta. Foi identificado que a frequência semanal de aulas de Educação Física na escola é de 1,1 vezes na semana.

Tabela 1. Caracterização da amostra

N	90
Sexo	
Masculino	51 (45,6%)
Feminino	49 (54,4%)
Idade	13,5 ± 1,63
Escola	
Jim Wilson	38 (42,2%)
Monteiro Lobato	52 (57,8%)
Série	
6º série	30 (33,3%)
7º série	22 (24,4)
9º série	38 (42,2)
Pessoas com quem reside	
Pais e irmãos	67 (75,3%)
Outros parentes	20 (22,5)
Pessoas sem parentesco familiar	2 (2,2)
Escolaridade dos familiares	
Analfabeto	1 (1,1%)
Infantil completo e fundamental incompleto	8 (8,9%)
Fundamental completo e médio incompleto	12 (13,3)
Médio completo e Superior incompleto	16 (17,8%)
Superior completo	24 (26,7%)
Não sei	29 (32,2%)
Frequência semanal das aulas de educação física	1,1 ± 0,76

Nota: os dados estão apresentados em média ± desvio padrão e frequência absoluta (%).

Quanto ao fato dos alunos terem a frequência de aula de EF 1x na semana, esse resultado não é satisfatório em comparação a outras cidades do Sul do Brasil. Em Londrina, o estudo realizado por Coledam *et al* (2014) identificou que a frequência semana foi de 2x vezes na semana.

A escola é considerada um local propício a desenvolver a promoção da saúde (carta de Ottawa, 1988) assim como o hábito de ser consciente sobre o seu papel no processo de manutenção da sua saúde nos mais diversos contextos (PCN, 1997a). Assim sendo, as aulas

de Educação Física é tida como ferramenta nessa aquisição de conhecimento em saúde (PCN, 1997b). Dessa forma, a baixa frequência semanal de aulas de Educação Física pode interferir no processo de formação humana quanto ao conhecimento em saúde dos adolescentes.

5.2 VIOLÊNCIA

Os resultados obtidos sobre o envolvimento em lutas corporais, fator associado a casos de violência, característica recorrente sobre comportamentos de risco a saúde em adolescentes, são apresentados na tabela 2. No total, 34,4% dos entrevistados responderam que sim, que já haviam se envolvido em luta corporal, sendo a prevalência dos adolescentes do sexo masculino com 42,9%. Em relação à quantidade de vezes que os alunos se envolveram em luta corporal nos últimos 12 meses, 95,2% dos meninos afirmaram que tinham se envolvido entre 1 a 4 vezes, sendo que, 47,6% desses alunos, admitiram ter praticado o ato na escola com a mesma frequência (1 a 4 vezes). Um destaque identificado quanto à violência na escola, foi sempre a maior prevalência dos meninos quando comparado as meninas, porém sem diferença significativa.

Tabela 2. Comportamento de risco à saúde: Violência.

Você já se envolveu em luta corporal?			
	Sim	Não	
Menino	21 (42,9%)	28 (57,1%)	
Menina	10 (24,4%)	31 (75,6%)	
Quantas vezes você já se envolveu em luta corporal nos últimos 12 meses			
	1 a 4 vezes	>4 vezes	
Menino	20 (95,2%)	1 (4,8%)	
Menina	8 (80%)	2 (20%)	
Quantas vezes você já se envolveu em luta corporal na escola nos últimos 12 meses			
	Nenhuma vez	1 a 4 vezes	>4 vezes
Menino	10 (47,6%)	10 (47,6%)	1 (4,8%)
Menina	7 (70%)	3 (30%)	0 (0%)

Nota: os dados estão apresentados em frequência absoluta (%).

Em conformidade com alguns estudos, foi apresentada uma maior frequência de estudantes do sexo masculino em atos de violência como a luta corporal (MALTA *et al.*, 2010; PENA *et al.*, 2016). Os mesmos autores, Malta e colaboradores (2010), reconhecem que a violência vem surgindo como um grande problema entre os adolescentes, sendo a luta corporal como uma das principais demonstrações de violência entre os mesmos. Nos Estados Unidos, foi evidenciado que 22,6% dos estudantes de todo o país, haviam se envolvido em

uma ou mais vezes, em brigas nos últimos 12 meses, sendo que 7,8% desses episódios de violência aconteceram dentro da escola (KANN *et al.*, 2014).

A escola ainda aparece como um local ainda pouco investigado a cerca dos comportamentos violentos presentes entre alguns alunos (NETO, 2005). No ambiente escolar, onde não se desenvolvem intervenções que valorizem as diferenças, a prática de relações saudáveis e a promoção do diálogo, este espaço apresenta uma grande possibilidade de atuar como um fator de risco para os adolescentes, como consequência de situações, em que os estudantes utilizam-se da violência como solução de conflitos (PHEBO *et al.*, 2005).

Pena e colaboradores (2016) ressaltam a importância da percepção do contexto e da complexidade que permeia esse comportamento, visto que, é concebido como um indicativo da existência de problemas com adolescentes em situação de risco. Uma das causas é a própria exposição à violência, como a familiar. Este tipo de violência, frequentemente é encoberto, revelando uma triste realidade a qual crianças e adolescentes presenciam ou sofrem violência doméstica, acarretando em alguns prejuízos como baixo desempenho acadêmico, diminuição da frequência escolar e agente de atos violentos (MALTA *et al.*, 2010; PENA *et al.*, 2016).

5.3 COMPORTAMENTOS SEXUAIS DE RISCO

Na tabela 3 verificou-se que 84,4% dos adolescentes não tiveram relação sexual. Sendo que, dos jovens que responderam “sim”, que já haviam tido relação sexual, no geral, 71,4% tiveram com idade inferior a 11 anos. Quanto a quantidade de pessoas com quem se teve relação sexual, 14,3% foi de acima de 6 pessoas, sendo que, 100% eram do sexo masculino. Ocorreu uma igualdade de prevalência entre usar ou não preservativo na última relação sexual, sendo que, as meninas obtiveram maior prevalência em não usar, inclusive maior que os meninos (45,5%).

Tabela 3. Comportamento sexual de risco.

Você já teve relação sexual?		
	Sim	Não
Geral	14 (15,6%)	76 (84,4%)
Menino	11 (22,4%)	38 (77,6%)
Menina	3 (7,3%)	38 (92,7%)
Que idade você tinha quando teve uma relação sexual pela primeira vez?		

	< 11 anos	12 a 14 anos	> 15 anos
Menino	8 (72,7%)	2 (18,2%)	1 (9,7%)
Menina	2 (66,7%)	1 (33,3%)	0 (0%)

Durante sua vida, com quantas pessoas diferentes você teve alguma relação sexual?

	Até 2 pessoas	4 a 5 pessoas	> 6 pessoas
Menino	7 (63,6)	2 (18,2%)	2 (18,2%)
Menina	2 (66,7%)	1 (33,3%)	0 (0%)

Na última vez que você teve relação sexual, você ou seu parceiro usou preservativo?

	Sim	Não
Menino	6 (54,5%)	5 (45,5%)
Menina	1 (33,3)	2 (66,7%)

No estudo de Dallos e Martins (2018), no que se refere ao sexo, percebe-se que os meninos iniciam a atividade sexual mais cedo do que as meninas, assim como comprovado na tabela acima, reforçando a temática no que se refere à diferenciação de gêneros, o sexo masculino é mais estimulado e pressionado socialmente a ter uma iniciação sexual mais precoce do que comparado ao sexo feminino (OLIVEIRA CAMPOS *et al.*, 2014; MALTA *et al.*, 2011).

É importante destacar que a iniciação precoce, como foi evidenciada no atual estudo, possui uma forte correlação, com um maior risco de contaminação de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez na adolescência (HUGO *et al.*, 2011). Algumas pesquisas confirmam à associação de outros fatores de risco com as práticas sexuais prematuras, como a baixa escolaridade do indivíduo e dos pais, um menor nível socioeconômico, o uso de substâncias como o álcool, tabaco e drogas ilícitas, a não utilização de preservativos durante o ato sexual (MADKOUR *et al.*, 2010; HUGO *et al.*, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2014).

De acordo com Teixeira *et al.* (2006), que apesar do conhecimento eminente sobre os métodos anticoncepcionais entre os jovens, isso não expressa necessariamente que eles irão utilizar regularmente ou fazer um uso adequado do método, não obstante, ainda se deixa a desejar a quantidade de jovens que fazem a utilização de métodos contraceptivos. Um dos resultados desfavoráveis em consequência da falta de utilização ou do mau uso do preservativo na relação sexual pode acarretar na transmissão de doenças sexualmente transmissíveis e/ou em uma gravidez indesejada, essa situação, comumente, está associada ao abandono escolar ou baixo desempenho acadêmico, limitações no que se refere a

oportunidades de trabalho e baixa qualidade de vida (TEIXEIRA *et al.*, 2006; ALMEIDA e AQUINO, 2011).

Alguns fatores como a quantidade de informações sobre temas acerca das relações sexuais, características relacionadas aos gêneros, o tipo de relação afetiva no momento, acessibilidade aos métodos, a autonomia e a liberdade alcançadas em algumas faixas etárias, são aspectos que estão associados ao emprego dos métodos anticoncepcionais (TEIXEIRA *et al.*, 2006). É necessário considerar a sexualidade, não somente como caráter biológico, mas compreendê-la como uma construção cultural (MALTA *et al.*, 2006).

É importante salientar que os adolescentes que fazem o uso do preservativo na sua iniciação sexual, tendem a prosseguir com a utilização contínua do método e a ter atitudes mais saudáveis sexualmente, o que fortalece a necessidade de condições ou programas a qual favoreçam o estímulo ao uso do preservativo (TEIXEIRA *et al.*, 2006; SHAFII; STOVEL; HOLMES, 2007).

5.4 CONSUMO DE BEBIDAS ALCÓOLICAS

Na tabela 4 são apresentados os resultados a respeito do tema sobre o consumo de bebidas alcoólicas. Foi analisado que 43,3% do total dos adolescentes do presente estudo já consumiram bebida alcoólica, destacando-se com maior percentual as meninas com 46,3%. Acerca da idade a qual tomou a primeira dose de bebida alcoólica, 79,5% haviam consumido entre 9 a 13 anos de idade, sendo que, 75% foram referentes aos meninos e 84,2% relacionado às meninas. Na pergunta “durante os últimos 30 dias, em quantos dias você tomou pelo menos uma dose de bebida alcoólica?”, 74,4% dos alunos responderam que nenhum dia e 26,3% das meninas declararam que fizeram uso de bebida alcoólica dentre 1 a 5 dias, mesmo percentual adquirido pelas adolescentes a respeito de ingerir 5 ou mais doses de bebida alcoólica em uma mesma ocasião, durante os últimos 30 dias.

Tabela 4. Comportamento de risco à saúde: Consumo de bebida alcoólica.

Você já consumiu bebida alcoólica?			
	Sim		Não
Menino	20 (40,8%)		29 (59,2%)
Menina	19 (46,3%)		22 (53,7%)
Qual idade você tinha quando tomou a primeira dose de bebida alcoólica?			
	< 8 anos	9 a 13 anos	> de 14 anos
Menino	5 (25%)	15 (75%)	0 (0%)

Menina	1 (5,3%)	16 (84,2%)	2 (10,5)
Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você tomou pelo menos uma dose de bebida alcoólica?			
	0 dia	1 à 5 dias	> 6 dias
Menino	16 (80%)	1 (5,0)	3 (15%)
Menina	13 (68,4%)	5 (26,3%)	1 (5,3%)
Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você tomou 5 ou mais doses de bebida alcoólica em uma mesma ocasião?			
	0 dia	1 à 5 dias	> 6 dias
Menino	16 (80%)	3 (15%)	1 (5%)
Menina	14 (73,7%)	5 (26,3%)	0 (0%)

Diferentemente de algumas pesquisas que evidenciaram um percentual maior com jovens do sexo masculino em relação à ingestão de bebidas alcoólicas (DALLO; MARTINS, 2018; SOUZA; ARECO; SILVEIRA, 2005; TRINDADE; CORREIRA, 1999), as adolescentes do presente estudo, obtiveram resultados maiores quanto ao uso do álcool, sendo correspondente a alguns trabalhos que verificaram um aumento do padrão de consumo em relação ao sexo feminino (SOUZA; ARECO; FILHO, 2005; MALTA *et al.*, 2011). Há de se correlacionar com os progressos femininos que vem se destacando ao longo das décadas, dentre elas, além da liberdade e independência financeira, ambientes no qual há o consumo de bebidas alcoólicas, antes restritas aos indivíduos do sexo masculino, atualmente, são bastante freqüentados pelo público feminino, comportamento este que constantemente, ocasiona prejuízos a saúde (SOUZA; ARECO; FILHO, 2005).

Conforme os dados obtidos do vigente trabalho referente à idade a qual tomou a primeira dose alcoólica, semelhantes estudos apresentaram, como o de Malta et al. (2011) que a primeira experiência com o álcool ocorria, com prevalência, na idade de 12 a 13 anos, também similarmente, ocorreu com a pesquisa de Carlini *et al.* (2004), com escolares das 27 capitais do país que apontou como idade média para o início do consumo de álcool a de 12,5 anos. Resultados como estes são preocupantes em vista da iniciação precoce ao uso do álcool, que se caracteriza como um fator de risco à saúde na idade adulta, além de aumentar consideravelmente o índice de se tornar um usuário em excesso ao longo da vida (STRAUCH *et al.*, 2009).

O álcool intensifica a predisposição dos jovens ao envolvimento em comportamentos de risco. Mesmo com o consumo de maneira casual, pode acarretar em situações como acidentes de trânsito, sexo desprotegido, violência, ferimentos não intencionais, dificuldades no desempenho escolar (VIEIRA *et al.*, 2007; MALTA *et al.*, 2011). O consumo precoce e

continuo nessa fase da adolescência é prejudicial e tem uma grande probabilidade de ser mantido na fase adulta (SOUZA; ARECO; FILHO, 2005).

5.5 ATIVIDADE FÍSICA

Na tabela 5 sobre o questionamento dos últimos 7 dias, quantos dias o entrevistado praticou pelo menos 60 minutos por dia de atividade física moderada a vigorosa, averiguou-se que a média, no geral, ficou entre $2,06 \pm 2,3$ dias, sendo que as meninas apresentaram um menor número de dias com $1,61 \pm 2,0$. Na segunda pergunta sobre quantas horas você assiste televisão em um dia que vai para a escola, o maior percentual com 48,8% foram das meninas com até 2 horas por dia. Na terceira questão “Em um dia que você vai para a escola, quantas horas você joga videogame ou usa o computador por lazer?”, a maior porcentagem foi de 40,8% com os adolescentes do sexo masculino que afirmaram ficar até 2 horas por dia, e 20%, do total, declararam ficar acima de 5 horas.

Tabela 5. Comportamento de risco à saúde: Inatividade física.

Nos últimos 7 dias, quantos dias você praticou pelo menos 60 minutos por dia de atividade física moderada a vigorosa.				
Menino		$2,43 \pm 2,4$		
Menina		$1,61 \pm 2,0$		
Em um dia que você vai para a escola, quantas horas você assiste TV?				
	N/P*	Até 2h/d	3 às 5h/d	> 5h/d
Menino	10 (20,4%)	22 (44,9%)	10 (20,4%)	7 (14,3%)
Menina	7 (17,1%)	20 (48,8%)	8 (19,5%)	6 (14,6%)
Em um dia que você vai para a escola, quantas horas você joga videogame ou usa o computador por lazer?				
	N/P*	Até 2h/d	3 às 5h/d	> 5h/d
Menino	10 (20,4%)	20 (40,8%)	9 (18,4%)	10 (20,4%)
Menina	13 (31,7%)	15 (36,6%)	5 (12,2%)	8 (19,5%)

*N/P – Não se aplica

Considerando a literatura internacional (RIDDOCH *et al.*, 2004; TAMMELIN, *et al.*, 2007; SEABRA *et al.*, 2008) e nacional (FARIAS JR *et al.*, 2004; CESCHINI; JÚNIOR, 2009), as meninas retratam uma menor frequência em atividades físicas em comparação aos meninos. Em Londrina, Paraná, os meninos empenharam-se em práticas de esporte e exercício físicos, em média, uma duração de 300 minutos por semana, enquanto as meninas apresentaram 48 minutos por semana nas mesmas ações (GUEDES *et al.*, 2001). Essas atribuições relacionadas às meninas se devem ao fato da perpetuação de aspectos culturais, de incentivos a brincadeiras relacionadas a atividades domésticas e a conservação de manter-se

em casa, ao contrário dos meninos, que são estimulados e consentidos a prática de esportes, podendo dar continuidade a esse hábito na vida adulta (GONÇALVES *et al.*, 2007).

A Organização Mundial de Saúde recomenda que os jovens devam praticar diariamente, pelo menos, 60 minutos de atividade física de intensidade moderada a vigorosa, para obtenção de resultados positivos a saúde. Em contrapartida, ao conhecimento dos benefícios da prática de atividades físicas como fator de promoção da saúde e prevenção de doenças, ainda é elevado o índice de pessoas inativas fisicamente, condição essa que acomete todas as idades (TENÓRIO *et al.*, 2010).

É importante observar a elevada duração de tempo ao quais os jovens entrevistados se mantêm utilizando computadores, vídeo games e televisão, é um resultado inquietante, visto que, o peso proeminente em adolescentes têm se relacionado com o maior tempo dedicado à comportamentos sedentários como assistir TV, usar computador e jogar videogame (ENER, SLATER, 2010). Na pesquisa de Tremblay *et al* (2011), salientou-se que atividades sedentárias por mais de 2 horas está correlacionada a inúmeros fatores prejudiciais a saúde, como composição corporal elevada, redução da aptidão física, baixos índices de auto estima e desempenho acadêmico. Em algumas pesquisas, foi verificado que a maior parte livre do tempo de crianças e adolescentes vem sendo ocupado por comportamentos sedentários como no estudo de Colley *et al.* (2011) que constatou que os jovens canadenses passam em média 8,6 horas por dia em atividades sedentárias, fato semelhante nos Estados Unidos, no qual a média por dia variou de 5,5 a 8,5 (WHITT *et al.*, 2009).

Os níveis insuficientes de atividade física apresentados por crianças e adolescentes têm sido associados pelo aumento de tempo em frente à TV, a redução do número de aulas de educação física escolar, a diminuição de alternativas de lazer ativo devido ao avanço da violência urbana e preocupação em relação à segurança dos filhos por parte dos pais (MALTA *et al.*, 2010).

6. CONCLUSÃO

Neste estudo foram analisados os comportamentos de risco à saúde em adolescentes de escolas particulares do município de Fortaleza, com destaque em cinco dimensões: sócio demográfico, violência, relações sexuais, consumo de bebidas alcoólicas e nível de atividade física.

Evidenciou-se uma prevalência de adolescentes do sexo masculino em envolvimento em lutas corporais, sendo a escola, um local no qual foi praticado o ato de violência, ambiente este que deveria se caracterizar com um fator de proteção em relação aos jovens.

Quanto aos comportamentos de risco sexuais, foi notório o início precoce por parte dos entrevistados. E apesar, do estudo identificar que cerca da metade dos adolescentes utilizarem o preservativo, ainda é necessário uma maior difusão e conscientização a respeito do uso do método.

O consumo de álcool por parte dos adolescentes foi considerada precoce, visto que a média ficou entre 9 a 13 anos de idade dos participantes do estudo, similar a alguns outros trabalhos evidenciados. É pertinente acentuar que apesar do álcool ser uma droga legalizada no país, a venda para menores de idade é proibido, realçando a importância da vigência, fiscalização e cumprimento das leis pelas autoridades.

No que se refere à prática de atividades físicas as meninas possuem menor frequência em comparação aos meninos. E o elevado tempo dedicado a comportamentos como assistir TV, jogar vídeo game ou utilizar o computador, ainda é preocupante.

As limitações decorrentes do atual estudo foram a dificuldade de acesso e autorização por parte dos dirigentes das escolas da rede privada, pequeno quantitativo de adolescentes entrevistados, a utilização de somente alunos do Ensino Fundamental e a investigação em outros segmentos escolares, como escolas públicas e técnicas. Sendo assim, as inferências estão relacionadas, portanto, apenas com esse grupo analisado.

Há necessidade de novos estudos mais abrangentes, que possam englobar uma população maior de escolares, e que facilitem identificar com mais precisão os subgrupos que apresentem maiores fatores de risco, podendo contribuir futuramente para o desenvolvimento de programas para a promoção da saúde no ambiente escolar.

REFERÊNCIAS

- AINSWORTH, Barbara E. et al. Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. **Medicine and science in sports and exercise**, v. 32, n. 9; SUPP/1, p. S498-S504, 2000.
- ALMEIDA, Maria da Conceição Chagas de; AQUINO, Estela ML. Adolescent pregnancy and completion of basic education: a study of young people in three state capital cities in Brazil. **Cadernos de saude publica**, v. 27, n. 12, p. 2386-2400, 2011.
- ANANIAS, Aline Fernanda Franco et al. SOBREPESO E OBESIDADE EM ESCOLARES – CAUSAS, PREVENÇÃO E A INTERVENÇÃO DO PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA. **Publicatio UEPG: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 22, n. 1, p. 63-72, 2017.
- ARAÚJO, Eliane Denise da Silveira; BLANKB, Nelson; RAMOS, José Henrique. Comportamentos de risco à saúde de adolescentes do ensino médio. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 22, n. 3, 2009.
- BARBOSA, Franck Nei Monteiro; CASOTTI, Cezar Augusto; NERY, Adriana Alves. HEALTH RISK BEHAVIOR OF ADOLESCENT SCHOLARS. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 25, n. 4, 2016.
- BRASIL, PCN. Parâmetros curriculares nacionais. Ministério da Educação. 1997a.
- _____, PCN. Parâmetros curriculares nacionais. Tema Transversais saúde. Ministério da Educação. 1997b.
- BROOK, David W. et al. Early risk factors for violence in Colombian adolescents. **American Journal of Psychiatry**, v. 160, n. 8, p. 1470-1478, 2003.
- CARDOSO, Luciana Roberta Donolaet al. O consumo de álcool como fator de risco para a transmissão das DSTs/HIV/Aids. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 35, n. suppl1, p. 70-75, 2008.
- CARLINI, E. A. et al. V Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras: 2004. In: **V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras: 2004**. UNIFESP Centro Brasileiro de informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2005.
- CARLINI-COTRIM, Beatriz; GAZAL-CARVALHO, Cynthia; GOUVEIA, Nélon. Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 6, p. 636-645, 2000.
- CARLOS, Djailson José Delgado et al. **Adolescente/adolescência: revisão teórica sobre uma fase crítica da vida**. 2009.

CARVALHO MALTA, Deborah et al. Prevalência de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), Brasil, 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, 2010.

CESCHINI, Fabio Luis; JÚNIOR, Aylton Figueira. Prevalência de atividade física insuficiente e fatores associados em adolescentes. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 16, n. 3, 2009.

COLEDAM, D. H. C.; FERRAIOL, P. F.; JUNIOR, R. P.; DOS-SANTOS, J. W.; DE OLIVEIRA, A. R.; Prática esportiva e participação nas aulas de educação física: fatores associados em estudantes de Londrina, Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 30, n. 3, p. 533-545, 2014.

DA SILVA BRITO, Anísio Luiz; HARDMAN, Carla Meneses; DE BARROS, Mauro Virgílio Gomes. Prevalência e fatores associados à simultaneidade de comportamentos de risco à saúde em adolescentes. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 33, n. 4, p. 423-430, 2015.

DA SILVEIRA ARAÚJO, Eliane Denise; BLANK, Nelson. Associação de comportamentos de risco de adolescentes de três escolas públicas de florianopolis/sc-DOI: 10.4025/reveducfis.v19i2.3244. **Journal of Physical Education**, v. 19, n. 2, p. 215-223, 2008.

DALCASTAGNÉ, Giovanni et al. Influência dos pais no estilo de vida dos filhos e sua relação com a obesidade infantil. **RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 2, n. 7, 2012.

DALLO, Luana; MARTINS, Raul Aragão. Associação entre as condutas de risco do uso de álcool e sexo desprotegido em adolescentes numa cidade do Sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 303-314, 2018.

DAS GRAÇAS PENA, Geórgia et al. Comportamentos de risco para a saúde de adolescentes da rede pública de ensino. **Adolescência e Saude**, v. 13, n. 1, p. 36-50, 2016.

DE BARROS LONGO, Luciene AF; PEREIRA, Ana Paula FV. **Políticas Populacionais: Políticas de Saúde Sexual e Reprodutiva do Adolescente no Brasil**.

DE MATOS FONSECA, Vania; SICHIERI, Rosely; DA VEIGA, Glória Valéria. Fatores associados à obesidade em adolescentes. **Rev. Saúde Pública**, v. 32, n. 6, p. 541-9, 1998.

EATON, Danice K. et al. Youth risk behavior surveillance—United States, 2011. **Morbidity and Mortality Weekly Report: Surveillance Summaries**, v. 61, n. 4, p. 1-162, 2012.

ENES, Carla Cristina et al. Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. **Revista Brasileira de epidemiologia**, v. 13, n. 1, p. 163-171, 2010.

FARIA, Cleberson de Souza; MARTINS, Christine Baccarat de Godoy. Violência escolar entre adolescentes: condiciones de vulnerabilidad. **Enfermería Global**, v. 15, n. 42, p. 157-170, 2016.

FARIAS JR, J. C. **Estilo de vida de escolares do ensino médio no município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil**. 2002. Tese de Doutorado. Dissertação de Mestrado, Centro de Desportos, UFSC, Florianópolis-SC.

FARIAS JR, J. C.; LOPES, A. S. Health risk behaviors in adolescents. **Revista Brasileira Ciência & Movimento**, v. 12, n. 1, p. 7-12, 2004.

FARIAS JR, José Cazuza de *et al.* Comportamentos de risco à saúde em adolescentes no Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Revista Panam Salud Publica**. 2009. 25(4): p. 344-52.

FEIJÓ, Ricardo Becker; OLIVEIRA, Ércio Amaro de. **Comportamento de risco na adolescência**. Jornal de pediatria. Porto Alegre. Vol. 77, supl. 2 (nov. 2001), p. S125-S134, 2001.

FERIGOLO, Maristela et al. Drug use prevalence at FEBEM, Porto Alegre. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 1, p. 10-16, 2004.

FLYNN, M. A. T. et al. Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with 'best practice' recommendations. **Obesity reviews**, v. 7, n. s1, p. 7-66, 2006.

GONÇALVES, Helen et al. Fatores socioculturais e nível de atividade física no início da adolescência. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 22, p. 246-253, 2007.

GRANGEIRO, David Negrão. **Mortalidade por causas externas em adolescentes do estado do Ceará em 2000: distribuição e fatores causais**. 2004.

GUEDES, Dartagnan Pinto et al. Níveis de prática de atividade física habitual em adolescentes. **Rev Bras Med Esporte**, v. 7, n. 6, p. 187-99, 2001.

GUERRA, Paulo Henrique; FARIAS JÚNIOR, José Cazuza de; FLORINDO, Alex Antonio. Sedentary behavior in Brazilian children and adolescents: a systematic review. **Revista de saude publica**, v. 50, 2016.

HEIM, Joanna et al. Efeitos do uso do álcool e das drogas ilícitas no comportamento de adolescentes de risco: uma revisão das publicações científicas entre 1997 e 2007. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 35, n. suppl 1, p. 61-64, 2008.

HESSLER, Danielle M.; KATZ, Lynn Fainsilber. Brief report: Associations between emotional competence and adolescent risky behavior. **Journal of adolescence**, v. 33, n. 1, p. 241-246, 2010.

HEYWARD, Vivian H. e STOLARCZYK, Lisa M. **Avaliação da composição corporal aplicada**. São Paulo: Manole, 2000. 242p.

HUGO, Tairana Dias de Oliveira et al. Fatores associados à idade da primeira relação sexual em jovens: estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 2207-2214, 2011.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) 2012. Rio de Janeiro: IBGE, 2013

JANSSEN, Ian et al. Overweight and obesity in Canadian adolescents and their associations with dietary habits and physical activity patterns. **Journal of adolescent health**, v. 35, n. 5, p. 360-367, 2004.

KANN, Laura et al. Youth risk behavior surveillance—United States, 2015. **MMWR.SurveillanceSummaries**, v. 65, 2016.

KANN, Laura et al. Youth risk behavior surveillance—United States, 2013. **Morbidity and Mortality Weekly Report: Surveillance Summaries**, v. 63, n. 4, p. 1-168, 2014.

LIMA, Severina Carla Vieira Cunha; ARRAIS, Ricardo Fernando; PEDROSA, Lúcia de Fátima Campos. Avaliação da dieta habitual de crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade. **Revista de Nutrição**, 2004.

LOPES, Samuel Völz; MIELKE, Grégore Iven; SILVA, Marcelo Cozzensada. Comportamentos de risco relacionados à saúde em adolescentes escolares da zona rural. **Mundosaúde (Impr.)**, p. [269-278], 2015.

MADKOUR, Aubrey S. et al. Early adolescent sexual initiation as a problem behavior: a comparative study of five nations. **Journal of Adolescent Health**, v. 47, n. 4, p. 389-398, 2010.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Prevalência do consumo de álcool e drogas entre adolescentes: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, p. 136-146, 2011.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Sexual health of adolescents according to the National Survey of School Health. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, p. 147-156, 2011.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Vivência de violência entre escolares brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 3053-3063, 2010.

MASCARENHAS, Luís Paulo Gomes et al. Relação entre diferentes índices de atividade física e preditores de adiposidade em adolescentes de ambos os sexos. **Rev Bras Med Esporte**, v. 11, n. 4, p. 214-218, 2005.

MATOS, Karla; DE GODOY MARTINS, Christine Baccarat. Mortalidade por causas externas em crianças, adolescentes e jovens: uma revisão bibliográfica. **Espaço para a Saúde-Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 14, n. 1/2, p. 82-93, 2013.

MATSUDO, SMM. **Avaliação do Idoso: física e funcional**. Londrina: Midiograf, 2000.

MENDONÇA, Cristina Pinheiro; DOS ANJOS, Luiz Antonio. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil Dietary and physical activity factors as determinants of the increase. **Cad Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 698-709, 2004.

MICHELAZZO, Daniela et al. **Indicadores sociais de grávidas adolescentes: estudo caso-controlado**. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 26, n. 8, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. 2001.

MOREIRA, Lenice Carrilho de Oliveira; BASTOS, Paulo Roberto Haidamus de Oliveira. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 19, n. 3, p. 445-453, 2015.

MOSER, Angela Maria; REGGIANI, Claudete; URBANETZ, Almir. **Comportamento sexual de risco entre estudantes universitárias dos cursos de ciências da saúde**. RevAssocMed Bras., v. 53, 2007.

NAHAS, M V. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida**. 5.ed. Florianópolis: NUPAF, 2010.

NETO, Aramis A. Lopes. Bullying: comportamento agressivo entre estudantes. **Jornal de pediatria**, v. 81, n. 5, p. 164-172, 2005.

OEHLSCHLAEGER, Maria Helena Kleet et al. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo em adolescentes de área urbana. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. 157-163, 2004.

OLIVEIRA-CAMPOS, Maryaneet et al. Sexual behavior among Brazilian adolescents, National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, p. 116-130, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Obesityandoverweight. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; KRUG, Etienne G. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002.

PENA, Geórgia das graças et al. Comportamentos de risco para a saúde de adolescentes da rede pública de ensino. **Adolescencia e Saude**, v. 13, n. 1, p. 36-50, 2016.

PHEBO, Luciana; MOURA, Anna Tereza. Violência urbana: um desafio para o pediatra. **Jornal de Pediatria**, v. 81, n. 5, p. 189-196, 2005.

RAMOS, Alessandra MPP et al. Prevalência da obesidade em adolescentes de Bragança Paulista e sua relação com a obesidade dos pais. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, 2003.

RECINE, Elisabetta; RADAELLI, Patrícia. Obesidade e desnutrição. **FS/UnB, DAB/SPS/MS. Brasília: Ed. Ministério da Saúde**, 2001.

RIDDOCH, Chris J. et al. Physical activity levels and patterns of 9-and 15-yr-old European children. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v. 36, n. 1, p. 86-92, 2004.

RODRIGUES, Paulo Rogério Melo et al. Multiple risk behaviors for non-communicable diseases and associated factors in adolescents. **Revista de Nutrição**, v. 29, n. 2, p. 185-197, 2016.

SALDANHA, Ana Alayde W. et al. **Comportamento sexual e vulnerabilidade à aids: um estudo descritivo com perspectiva de práticas de prevenção.** DST j bras doenças sex transm, v. 20, n. 1, p. 36-44, 2008.

SANTOS, Alex Marques Borges; DI PIETRO, Giuliano; XAVIER FILHO, Lauro. Uso de drogas por estudantes do ensino médio em Aracaju-SE. **Rev Espaço para a Saúde**, v. 10, n. 1, p. 47-52, 2008.

SANTOS, Giuliano Gabriel et al. Obesidade e adolescência: uma análise dos estudos publicados na revista brasileira de atividade física & saúde. **Revista Corpoconsciência**, v. 20, n. 2, p. 57-71, 2016.

SCHENKER, Miriam; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Risk and protective factors and drug use among adolescence. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 707-717, 2005.

SEABRA, Andre Filipe Teixeira E. et al. Age and sex differences in physical activity of Portuguese adolescents. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v. 40, n. 1, p. 65-70, 2008.

SHAFII, Taraneh; STOVEL, Katherine; HOLMES, King. Association between condom use at sexual debut and subsequent sexual trajectories: a longitudinal study using biomarkers. **American journal of public health**, v. 97, n. 6, p. 1090-1095, 2007.

SOUZA, Delma P.; ARECO, Kelsy N.; SILVEIRA FILHO, Dartiu Xavier da. Álcool e alcoolismo entre adolescentes da rede estadual de ensino de Cuiabá, Mato Grosso. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, p. 585-592, 2005

SOUZA, Edinilsa Ramos de. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. **CiencSaude Coletiva.**, v. 10, n. 1, 2005.

STRAUCH, Eliane Schneider et al. Uso de álcool por adolescentes: estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 647-655, 2009.

TAMMELIN, Tuija et al. Physical activity and sedentary behaviors among Finnish youth. **Medicine and science in sports and exercise**, v. 39, n. 7, p. 1067-1074, 2007.

TEIXEIRA, Ana Maria Ferreira Borges et al. Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 7, p. 1385-1396, 2006.

TENÓRIO, Maria Cecília Marinho et al. Physical activity and sedentary behavior among adolescent high school students. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 1, p. 105-117, 2010.

TORAL, Natacha; SLATER, Betzabeth; SILVA, Marina Vieira da. Consumo alimentar e excesso de peso de adolescentes de Piracicaba, São Paulo. **Revista de Nutrição**, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) et al. **WHO Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health.** Geneva. document WHO/EHA/SPI. POA. 2). available at: <http://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en>, 1996.

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.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: preventing and managing the global epidemic.** World Health Organization, 2000.

ANEXOS

Anexo A – Questionário dos “Comportamentos de risco em jovens” – YRBS (versão traduzida para o idioma português)

Este questionário é sobre os comportamentos para a saúde. Está sendo aplicado para investigar os comportamentos que podem afetar a sua saúde. As informações que você nos apresentar deverão ser utilizadas para formular a educação para a saúde de jovens como você. Não escreva seu nome em qualquer parte deste questionário. As respostas que você nos der deverão ser mantidas em total sigilo. Ninguém deverá saber o que você respondeu. As respostas das questões deverão ser baseadas no que você realmente faz. Completar o questionário é uma atitude voluntária. As respostas das questões não deverão afetar o seu desempenho na escola. Se você não estiver confortável para responder qualquer questão, deixe-a em branco. As questões iniciais deverão ser utilizadas somente para descrever as características dos jovens que estão participando deste levantamento. As informações não deverão ser utilizadas para identificar o seu nome. Nenhum nome deverá ser revelado. Leia com atenção cada questão. Quando você terminar de responder todas as questões, siga as instruções do aplicador do questionário.

Muito obrigada pela sua ajuda

ANEXO A

Questionário dos “Comportamentos de risco em jovens” – YRBS (versão traduzida para o idioma português)

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

Sexo:

- A) Masculino ()
- B) Feminino()

Data de Nascimento _____ / _____ / _____

Série que estuda: _____

Escola: _____ **Regional:** _____

1 - Que tipo de escola você estuda?

- (A) Pública
- (B) Privada

2 - Em que turno você estuda?

- (A) Manhã
- (B) Tarde
- (C) Noite
- (D) Integral

3 - Quantas vezes você já reprovou de ano na escola?

- (A) Nunca reprovei
- (B) 1 reprovação
- (C) 2 reprovações
- (D) 3 reprovações
- (E) 4 reprovações
- (F) 5 ou mais reprovações

4 - Com quem você mora a maior parte do tempo?

- (A) Com os meus pais e irmãos
- (B) Com outros parentes (tios, avos, etc.)
- (C) Com esposo(a) e filhos(as)
- (D) Com amigos em repúblicas
- (E) Em casas de família com pessoas não parentes
- (F) Sozinho

5 - Quantas pessoas moram juntas na mesma casa com você (incluir todas, inclusive você)?

- (A) 2 ou menos pessoas
- (B) 3 pessoas
- (C) 4 pessoas
- (D) 5 pessoas
- (E) 6 pessoas
- (F) 7 pessoas
- (G) 8 pessoas
- (H) 9 pessoas
- (I) 10 ou mais

6 - Quantas horas você trabalha recebendo remuneração (dinheiro)?

- (A) Não realizo trabalho remunerado
- (B) Realizo trabalho remunerado eventual e sem vínculo empregatício
- (C) Realizo trabalho remunerado por tempo parcial ≤ 20 horas/semana
- (D) Realizo trabalho remunerado por tempo parcial 20 40 horas/semana
- (E) Realizo trabalho remunerado por tempo integral ≥ 40 horas/semana

7 - Qual é o nível de escolaridade de seu pai ou da pessoa responsável por você?

- (A) Analfabeto/Ensino Infantil
- (B) Ensino Infantil/ Ensino Fundamental incompleto
- (C) Ensino Fundamental completo / Segundo Grau incompleto
- (D) Segundo Grau Completo/Superior incompleto
- (E) Superior completo
- (F) Não sei

Assinale o número de itens de utensílios domésticos que possui na casa em que você reside com a família

As próximas 4 questões referem-se à segurança pessoal.

	Não tem	1	2	3	>4
8 - Televisão em cores	()	()	()	()	()
9 - Videocassete ou DVD	()	()	()	()	()
10 - Radio	()	()	()	()	()
11 - Aspirador de pó	()	()	()	()	()
12 - Máquina de lavar roupa	()	()	()	()	()
13 - Banheiros	()	()	()	()	()
14 - Automóvel	()	()	()	()	()
15 - Empregada(o) mensalista	()	()	()	()	()
16 - Geladeira e Freezer	() Não possui	() Possui só geladeira	() Possui só freezer	() Possui geladeira duplex ou freezer	

17 - Quando você andou de motocicleta nos últimos 12 meses, com que frequência você usou capacete?

- (A) Eu não andei de motocicleta nos últimos 12 meses
 (B) Nunca usei capacete
 (C) Raramente usei capacete
 (D) Algumas vezes usei capacete
 (E) Na maioria das vezes usei capacete
 (F) Sempre usei capacete

18 - Com que frequência você usa cinto de segurança quando esta em um carro dirigido por outra pessoa?

- (A) Nunca
 (B) Raramente
 (C) Algumas vezes
 (D) A maioria das vezes
 (E) Sempre

19 - Durante os últimos 30 dias, quantas vezes você andou em um carro ou outro veículo dirigido por outra pessoa que tinha ingerido bebida alcoólica?

- (A) Nenhuma vez
 (B) 1 vez
 (C) 2 ou 3 vezes
 (D) 4 ou 5 vezes
 (E) 6 ou mais vezes

20 - Durante os últimos 30 dias, quantas vezes você dirigiu um carro ou outro veículo quando você tinha ingerido bebida alcoólica?

- (A) Nenhuma vez
 (B) 1 vez
 (C) 2 ou 3 vezes
 (D) 4 ou 5 vezes
 (E) 6 ou mais vezes

As próximas 11 questões referem-se aos comportamentos relacionados à violência.

21 - Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você carregou uma arma, como faca, ou revolver?

- (A) Nenhum dia
 (B) 1 dia
 (C) 2 ou 3 dias
 (D) 4 ou 5 dias
 (E) 6 ou mais dias

22 - Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você carregou uma arma, como faca, revolver, na escola?

- (A) Nenhum dia
 (D) 4 ou 5 dias

- (B) 1 dia
(C) 2 ou 3 dias

(E) 6 ou mais dias

23 - Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você não foi a escola porque você não se sentiu seguro na escola ou no caminho para a escola?

- (A) Nenhum dia
(B) 1 dia
(C) 2 ou 3 dias

(D) 4 ou 5 dias
(E) 6 ou mais dias

24 - Durante os últimos 12 meses, quantas vezes você foi ameaçado ou agredido com uma arma, como faca, revólver, na escola?

- (A) Nenhuma vez
(B) 1 vez
(C) 2 ou 3 vezes
(D) 4 ou 5 vezes

(E) 6 ou 7 vezes
(F) 8 ou 9 vezes
(G) 10 ou 11 vezes
(H) 12 ou mais vezes

25 - Durante os últimos 12 meses, quantas vezes você foi roubado ou teve algo de sua propriedade danificado de propósito, como carro, motocicleta, bicicleta, patins, skate, roupas, tênis, livros, relógios, celular, cd, etc., na escola?

- (A) Nenhuma vez
(B) 1 vez
(C) 2 ou 3 vezes
(D) 4 ou 5 vezes

(E) 6 ou 7 vezes
(F) 8 ou 9 vezes
(G) 10 ou 11 vezes
(H) 12 ou mais vezes

26 - Durante os últimos 12 meses, quantas vezes você se envolveu em uma luta corporal?

- (A) Nenhuma vez
(B) 1 vez
(C) 2 ou 3 vezes
(D) 4 ou 5 vezes

(E) 6 ou 7 vezes
(F) 8 ou 9 vezes
(G) 10 ou 11 vezes
(H) 12 ou mais vezes

27 - Durante os últimos 12 meses, quantas vezes você se envolveu em luta corporal na qual você se machucou e teve que receber cuidados de médico ou enfermeiro?

- (A) Nenhuma vez
(B) 1 vez
(C) 2 ou 3 vezes
(D) 4 ou 5 vezes

(E) 6 ou 7 vezes
(F) 8 ou 9 vezes
(G) 10 ou 11 vezes
(H) 12 ou mais vezes

28 - Durante os últimos 12 meses, quantas vezes você se envolveu em uma luta corporal, na escola?

- (A) Nenhuma vez
(B) 1 vez
(C) 2 ou 3 vezes
(D) 4 ou 5 vezes
(E) 6 ou 7 vezes
(F) 8 ou 9 vezes
(G) 10 ou 11 vezes
(H) 12 ou mais vezes

29 - Durante os últimos 12 meses, seu namorado ou namorada lhe agrediu fisicamente com tapas, socos ou pontapés?

(A) Sim

(B) Não

30 - Você tem sido forçado(a) fisicamente a ter relação sexual quando você não quer?

(A) Sim

(B) Não

As próximas 5 questões referem-se aos sentimentos de tristeza e intenção de suicídio

31 - Durante os últimos 12 meses, você sentiu-se excessivamente triste ou sem esperanças em quase todos os dias de um período de 2 ou mais semanas, levando você a interromper suas atividades normais?

(A) Sim

(B) Não

32 - Durante os últimos 12 meses, você em algum momento pensou seriamente em cometer suicídio (se matar)?

- (A) Sim (B) Não

33 - Se você tentou suicídio durante os últimos 12 meses, esta tentativa resultou em alguma lesão, envenenamento, ou overdose que teve que ser tratada por um médico ou enfermeiro?

- (A) Eu não tentei suicídio durante os últimos 12 meses
(B) Sim
(C) Não

As próximas 11 questões referem-se ao uso de tabaco

34 - Você já tentou fumar cigarro, ate uma ou duas tragadas?

- (A) Sim (B) Não

35 - Que idade você tinha quando fumou um cigarro inteiro pela primeira vez?

- (A) Eu nunca fumei um cigarro inteiro
(B) 8 anos ou menos
(C) 9 ou 10 anos
(D) 11 ou 12 anos
(E) 13 ou 14 anos
(F) 15 ou 16 anos
(G) 17 anos ou mais

36- Durante os últimos 30 dias, nos dias em que fumou, quantos cigarros você fumou por dia?

- (A) Eu não fumei cigarros durante os últimos 30 dias
(B) Menos que 1 cigarro por dia
(C) 1 cigarro por dia
(D) 2 a 5 cigarros por dia
(E) 6 a 10 cigarros por dia
(F) 11 a 20 cigarros por dia
(G) Mais que 20 cigarros por dia

37- Durante os últimos 30 dias, na maioria das vezes, de que maneira você obteve os cigarros que fumou? (Selecione somente uma resposta).

- (A) Eu não fumei cigarros nos últimos 30 dias
(B) Eu comprei em loja de conveniência, bar, supermercado ou posto de gasolina
(C) Eu comprei em maquinas que vendem cigarros
(D) Eu dei dinheiro para alguém comprar para mim
(E) Eu emprestei cigarros de alguém próximo a mim
(F) Uma pessoa com 18 anos ou mais deu o cigarro para mim
(G) Eu peguei em casa com alguém da minha família
(H) Eu consegui de outra maneira

38 - Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você fumou cigarros na escola?

- (A) Nenhum dia (E) 10 a 19 dias
(B) 1 ou 2 dias (F) 20 a 29 dias
(C) 3 a 5 dias (G) Todos os 30 dias
(D) 6 a 9 dias

39- Durante os últimos 12 meses, você tentou parar de fumar cigarros?

- (A) Eu não fumei durante os últimos 12 meses
(B) Sim
(C) Não

As próximas 6 questões referem-se ao consumo de bebidas alcoólicas. Isto inclui bebidas como cerveja, vinho, pinga, cachaça, champagne, conhaque, licor, rum, gim, vodka ou uísque.

40 - Durante sua vida, em quantos dias você bebeu pelo menos uma dose de bebida alcoólica?

- (A) Nenhum dia
- (B) 1 ou 2 dias
- (C) 3 a 9 dias
- (D) 10 a 19 dias
- (E) 20 a 39 dias
- (F) 40 a 99 dias
- (G) 100 ou mais dias

41 - Que idade você tinha quando tomou a primeira dose de bebida alcoólica?

- (A) Eu nunca tomei uma dose de bebida alcoólica
- (B) 8 anos ou menos
- (C) 9 ou 10 anos
- (D) 11 ou 12 anos
- (E) 13 ou 14 anos
- (F) 15 ou 16 anos
- (G) 17 anos ou mais

44 - Durante os últimos 30 dias, na maioria das vezes, de que maneira você obteve a bebida alcoólica que tomou?

- (A) Eu não tomei bebida alcoólica nos últimos 30 dias
- (B) Eu comprei em uma loja de conveniência, supermercado, ou posto de gasolina
- (C) Eu comprei em um restaurante, bar ou clube
- (D) Eu comprei em um evento público, como festas, shows ou evento esportivo
- (E) Eu dei dinheiro para alguém comprar para mim
- (F) Alguém me deu
- (G) Eu peguei em casa com alguém da minha família
- (H) Eu consegui de outra maneira

As próximas 4 questões referem-se ao uso de maconha.

45 - Durante sua vida, quantas vezes você usou maconha?

- (A) Nenhum dia
- (B) 1 ou 2 dias
- (C) 3 a 9 dias
- (D) 10 a 19 dias
- (E) 20 a 39 dias
- (F) 40 a 99 dias
- (G) 100 ou mais dias

46 - Que idade você tinha quando usou maconha pela primeira vez?

- (A) Eu nunca fumei maconha
- (B) 8 anos ou menos
- (C) 9 ou 10 anos
- (D) 11 ou 12 anos
- (E) 13 ou 14 anos
- (F) 15 ou 16 anos
- (G) 17 anos ou mais

47 - Durante os últimos 30 dias, quantas vezes você usou maconha?

- (A) Nenhuma vez

42 - Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você tomou pelo menos uma dose de bebida alcoólica?

- (A) Nenhum dia
- (B) 1 ou 2 dias
- (C) 3 a 5 dias
- (D) 6 a 9 dias
- (E) 10 a 19 dias
- (F) 20 a 29 dias
- (G) Todos os 30 dias

43 - Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você tomou 5 ou mais doses de bebida alcoólica em uma mesma ocasião?

- (A) Nenhum dia
- (B) 1 dia
- (C) 2 dias
- (D) 3 a 5 dias
- (E) 6 a 9 dias
- (F) 10 a 19 dias
- (G) 20 ou mais dias

- (B) 1 ou 2 vezes
- (C) 3 a 9 vezes
- (D) 10 a 19 vezes
- (E) 20 a 39 vezes
- (F) 40 ou mais vezes

48 - Durante os últimos 30 dias, quantas vezes você usou maconha na escola?

- (A) Nenhuma vez
- (B) 1 ou 2 vezes
- (C) 3 a 9 vezes
- (D) 10 a 19 vezes
- (E) 20 a 39 vezes (F) 40 ou mais vezes

As próximas 9 questões referem-se ao uso de outras drogas.

49 - Durante sua vida, quantas vezes você usou qualquer forma de cocaína, incluindo pó, pedra ou pasta?

- (A) Nenhuma vez
- (B) 1 ou 2 vezes
- (C) 3 a 9 vezes

- (D) 10 a 19 vezes
- (E) 20 a 39 vezes
- (F) 40 ou mais vezes

50 - Durante os últimos 30 dias, quantas vezes você usou qualquer forma de cocaína, incluindo pó, pedra ou pasta?

- (A) Nenhuma vez
- (B) 1 ou 2 vezes
- (C) 3 a 9 vezes
- (D) 10 a 19 vezes
- (E) 20 a 39 vezes
- (F) 40 ou mais vezes

51 - Durante sua vida, em quantas vezes você cheirou cola, respirou conteúdos de spray aerossol, ou inalou tinta ou spray que deixa “ligado”?

- (A) Nenhuma vez
- (B) 1 ou 2 vezes
- (C) 3 a 9 vezes
- (D) 10 a 19 vezes
- (E) 20 a 39 vezes
- (F) 40 ou mais vezes

52 - Durante os últimos 12 meses, alguém ofereceu, vendeu ou deu de graça alguma droga ilegal para você na escola?

- (A) Sim
- (B) Não

As próximas 7 questões referem-se ao comportamento sexual.

53 - Você já teve relacionamento sexual?

- (A) Sim
- (B) Não

54 - Que idade você tinha quando teve uma relação sexual pela primeira vez?

- (A) Eu nunca tive uma relação sexual
- (B) 11 anos ou menos
- (C) 12 anos
- (D) 13 anos
- (E) 14 anos
- (F) 15 anos
- (G) 16 anos
- (H) 17 anos ou mais

55 - Durante sua vida, com quantas pessoas diferentes você teve alguma relação sexual?

- (A) Eu nunca tive relação sexual
- (B) 1 pessoa
- (C) 2 pessoas
- (D) 3 pessoas
- (E) 4 pessoas
- (F) 5 pessoas
- (G) 6 ou mais pessoas

56 - Durante os últimos 3 meses, com quantas pessoas diferentes você teve relação sexual?

- (A) Eu nunca tive relação sexual
- (B) Eu já tive relação sexual, mas não durante os últimos 3 meses
- (C) 1 pessoa
- (D) 2 pessoas
- (E) 3 pessoas
- (F) 4 pessoas
- (G) 5 pessoas
- (H) 6 ou mais pessoas

57 - Você tomou algum tipo de bebida alcoólica ou usou droga antes de ter relação sexual na última vez?

- (A) Eu nunca tive relação sexual
- (B) Sim
- (C) Não

58- Na última vez que você teve relação sexual, você ou seu parceiro usou preservativo (camisinha)?

- (A) Eu nunca tive relação sexual
- (B) Sim

(C) Não

59 - Na última vez que você teve relação sexual, qual método você ou seu parceiro/parceira usou para evitar gravidez? (Selecione somente 1 resposta.)

- (A) Eu nunca tive relação sexual
- (B) Nenhum método foi usado para evitar gravidez
- (C) Pílula anticoncepcional
- (D) Preservativo (camisinha)
- (E) Anticoncepcional injetável
- (F) Coito interrompido (“tira na hora H”)
- (G) Algum outro método
- (H) Não sei

As próximas 7 questões referem-se ao seu peso corporal.

60 - Como você descreve o seu peso corporal?

- (A) Muito abaixo do que eu espero
- (B) Um pouco abaixo do que eu espero
- (C) No peso que eu espero
- (D) Um pouco acima do que eu espero
- (E) Muito acima do que eu espero

61 - Você já tentou alguma iniciativa para mudar o seu peso corporal?

- (A) Perder peso corporal
- (B) Ganhar peso corporal
- (C) Manter peso corporal
- (D) Eu não tomei iniciativa para mudar o meu peso corporal

62 - Durante os últimos 30 dias, você fez algum tipo de exercício físico para perder peso corporal ou para não aumentar o seu peso corporal?

- (A) Sim
- (B) Não

63 - Durante os últimos 30 dias, você comeu menos, consumiu menos calorias ou evitou alimentos gordurosos para perder peso corporal ou para não aumentar o seu peso corporal?

- (A) Sim
- (B) Não

64 - Durante os últimos 30 dias, você ficou sem comer por 24 horas ou mais para perder peso corporal ou para não aumentar o seu peso corporal?

- (A) Sim
- (B) Não

65 - Durante os últimos 30 dias, você tomou algum remédio, pó ou líquido, sem indicação médica para perder peso corporal ou para não aumentar o seu peso corporal?

- (A) Sim
- (B) Não

66 - Durante os últimos 30 dias, você vomitou ou tomou laxantes para perder peso corporal ou para não aumentar o seu peso corporal?

- (A) Sim
- (B) Não

As próximas 8 questões referem-se a sua alimentação durante os últimos 7 dias. Pense a respeito de todas as refeições e lanches que você fez ao longo de todo o dia. Inclua os alimentos que você comeu em casa, na escola, em restaurantes ou em qualquer outro lugar.

67 - Durante os últimos 7 dias, quantas vezes você tomou suco de frutas 100% natural? (Não considerar sucos aromatizados, bebidas energéticas ou sucos industrializados)

- (A) Eu não tomei sucos 100% natural nos últimos 7 dias
- (B) 1 a 3 vezes durante os últimos 7 dias
- (C) 4 a 6 vezes durante os últimos 7 dias
- (D) 1 vez por dia
- (E) 2 vezes por dia
- (F) 3 vezes por dia
- (G) 4 ou mais vezes por dia

68 - Durante os últimos 7 dias, quantas vezes você comeu frutas? (Não considerar os sucos de frutas).

- | | |
|---|-----------------------------|
| (A) Eu não comi frutas nos últimos 7 dias | (E) 2 vezes por dia |
| (B) 1 a 3 vezes durante os últimos 7 dias | (F) 3 vezes por dia |
| (C) 4 a 6 vezes durante os últimos 7 dias | (G) 4 ou mais vezes por dia |
| (D) 1 vez por dia | |

69 - Durante os últimos 7 dias, quantas vezes você comeu saladas verdes?

- | | |
|---|-----------------------------|
| (A) Eu não comi salada verde nos últimos 7 dias | (E) 2 vezes por dia |
| (B) 1 a 3 vezes durante os últimos 7 dias | (F) 3 vezes por dia |
| (C) 4 a 6 vezes durante os últimos 7 dias | (G) 4 ou mais vezes por dia |
| (D) 1 vez por dia | |

70 - Durante os últimos 7 dias, quantas vezes você comeu batatas? (Não considerar batatas fritas ou batatas chips).

- | | |
|--|-----------------------------|
| (A) Eu não comi batatas nos últimos 7 dias | (E) 2 vezes por dia |
| (B) 1 a 3 vezes durante os últimos 7 dias | (F) 3 vezes por dia |
| (C) 4 a 6 vezes durante os últimos 7 dias | (G) 4 ou mais vezes por dia |
| (D) 1 vez por dia | |

71 - Durante os últimos 7 dias, quantas vezes você comeu outros vegetais? (Não considerar saladas verdes, batatas e cenouras).

- | | |
|--|-----------------------------|
| (A) Eu não comi outros vegetais nos últimos 7 dias | (D) 1 vez por dia |
| | (E) 2 vezes por dia |
| (B) 1 a 3 vezes durante os últimos 7 dias | (F) 3 vezes por dia |
| (C) 4 a 6 vezes durante os últimos 7 dias | (G) 4 ou mais vezes por dia |

72 - Durante os últimos 7 dias, quantas vezes você bebeu uma garrafa, lata ou copo de refrigerante? (Não considerar os refrigerantes diet ou light).

- | | |
|--|-----------------------------|
| (A) Eu não bebi refrigerantes nos últimos 7 dias | (E) 2 vezes por dia |
| (B) 1 a 3 vezes durante os últimos 7 dias | (F) 3 vezes por dia |
| (C) 4 a 6 vezes durante os últimos 7 dias | (G) 4 ou mais vezes por dia |
| (D) 1 vez por dia | |

73 - Durante os últimos 7 dias, quantos copos de leite você bebeu? (Incluir o leite que você bebeu em copo ou xícara, de caixinha, ou com cereais).

- | | |
|--|-----------------------------|
| (A) Eu não bebi leite nos últimos 7 dias | (E) 2 copos por dia |
| (B) 1 a 4 copos nos últimos 7 dias | (F) 3 copos por dia |
| (C) 4 a 6 copos nos últimos 7 dias | (G) 4 ou mais copos por dia |
| (D) 1 copo por dia | |

As próximas 5 questões referem-se à atividade física.

74 - Durante os últimos 7 dias, em quantos dias você foi ativo fisicamente por pelo menos 60 minutos por dia? (Considere o tempo que você gastou em qualquer tipo de atividade física que aumentou sua frequência cardíaca e fez com que sua respiração ficasse mais rápida por algum tempo).

- | | |
|----------------|------------|
| (A) Nenhum dia | (E) 4 dias |
| (B) 1 dia | (F) 5 dias |
| (C) 2 dias | (G) 6 dias |
| (D) 3 dias | (H) 7 dias |

75 - Em um dia que você vai para a escola, quantas horas você assiste TV?

- | | |
|---|-----------------------------|
| (A) Eu não assisto TV nos dias em que vou para escola | (D) 2 horas por dia |
| | (E) 3 horas por dia |
| (B) Menos que 1 hora por dia | (F) 4 horas por dia |
| (C) 1 hora por dia | (G) 5 ou mais horas por dia |

76 - Em um dia que você vai para a escola, quantas horas você joga videogame ou usa o computador para alguma atividade que não seja trabalho escolar? (incluir atividades como *Play Station*, games no computador e Internet).

- (A) Eu não jogo videogame ou uso o computador que não seja para os trabalhos escolares.
- (B) Menos que 1 hora por dia
- (C) 1 hora por dia
- (D) 2 horas por dia
- (E) 3 horas por dia
- (F) 4 horas por dia
- (G) 5 ou mais horas por dia

77 - Em uma semana que você vai a escola, em quantos dias você tem aula de educação física?

- (A) Nenhum dia
- (B) 1 dia
- (C) 2 dias
- (D) 3 dias
- (E) 4 dias
- (F) 5 dias

78 - Durante os últimos 12 meses, em quantas equipes de esporte você jogou? (incluir equipes da escola, do clube ou do bairro).

- (A) Nenhuma equipe
- (B) 1 equipe
- (C) 2 equipes
- (D) 3 ou mais equipe

As próximas 3 questões referem-se a outros tópicos relacionados a saúde

79 - Você tem recebido informações sobre AIDS ou HIV na escola?

- (A) Sim
- (B) Não
- (C) Não sei

80 - Um médico ou enfermeiro já disse que você tem asma?

- (A) Sim
- (B) Não
- (C) Não sei

81 - Ainda assim, você já teve asma?

- (A) Eu nunca tive asma
- (B) Sim
- (C) Não
- (D) Não sei

Quanto você tem de altura (cm)? _____

Quanto você pesa (peso corporal kg)? _____

Circunferência abdominal _____

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente Termo de Livre Consentimento e Esclarecido, você está sendo convidado a participar de um estudo que tem como tema: “Comportamentos de risco à saúde em adolescentes de uma escola da rede privada de Fortaleza”. Tal pesquisa tem como objetivo principal analisar os fatores de risco em adolescentes com idade entre 12 e 17 anos, na cidade de Fortaleza. Informamos que sua participação não trará prejuízos para sua saúde, sendo garantida a privacidade dos depoimentos prestados e dos dados coletados, que serão utilizados cientificamente. Informamos também que você não será submetido a despesas financeiras, nem receberá gratificação ou pagamento pela participação neste estudo. Você poderá receber esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa quando requisitar, podendo desistir de continuar colaborando se assim o desejar. Os participantes terão como benefícios um maior esclarecimento a respeito de seus conhecimentos sobre o tema proposto na pesquisa e conscientização de seu trabalho realizado com seus alunos.

Concordo em participar como voluntário (a) no estudo dos "Comportamentos de risco à saúde em adolescentes de uma escola da rede privada de Fortaleza.". Declaro ter sido informado (a) pelo pesquisador sobre o desenvolvimento da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, as finalidades, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Estou ciente de que poderei deixar de colaborar com o estudo em qualquer momento que desejar.

Fortaleza, _____ de _____ de 2017.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura do pesquisador responsável. Fone: 99790.8174

Obs.: O presente termo será feito em duas vias (uma para o participante e outra para o pesquisador).