



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA – UNIFOR
DOUTORADO EM ASSOCIAÇÃO AMPLA EM SAÚDE COLETIVA**

BÁRBARA CABRAL DE SOUSA

**ADOLESCER NA ZONA RURAL DA BAHIA: CONDICIONANTES DA SAÚDE EM
COMUNIDADES QUILOMBOLAS E NÃO QUILOMBOLAS**

FORTALEZA

2017

BÁRBARA CABRAL DE SOUSA

ADOLESCER NA ZONA RURAL DA BAHIA: CONDICIONANTES DA SAÚDE EM
COMUNIDADES QUILOMBOLAS E NÃO QUILOMBOLAS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Associação Ampla - UECE/UFC/UNIFOR, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva. Área de concentração: Epidemiologia.

Orientador: Prof. Dr. Álvaro Jorge Madeiro Leite.

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Danielle Souto de Medeiros.

FORTALEZA

2017

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)

S696a Sousa, Bárbara Cabral de.

Adolescer na zona rural da Bahia : Condicionantes da saúde em comunidades quilombolas e não quilombolas / Bárbara Cabral de Sousa. – 2017.
215 f. : il. color.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2017.

Orientação: Prof. Dr. Álvaro Jorge Madeiro Leite.

Coorientação: Profa. Dra. Danielle Souto de Medeiros.

1. Adolescente. 2. Comportamento alimentar. 3. Estilo de vida sedentário. 4. Autoimagem. 5. Sexualidade. I. Título.

CDD 362.1

BÁRBARA CABRAL DE SOUSA

ADOLESCER NA ZONA RURAL DA BAHIA: CONDICIONANTES DA SAÚDE EM
COMUNIDADES QUILOMBOLAS E NÃO QUILOMBOLAS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Associação Ampla - UECE/UFC/UNIFOR, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva. Área de concentração: Epidemiologia.

Aprovada em: 20 de Abril de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Álvaro Jorge Madeiro Leite (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. João Joaquim Freitas do Amaral
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Carlos Henrique Morais de Alencar
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dr.^a Ana Valeska Siebra e Silva
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Prof. Dr. Luciano Pamplona de Góes Cavalcanti
Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza
(UFC)

Prof.^a Dr.^a Danielle Souto de Medeiros
(Coorientadora)
Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Aos meus pais: Amilton e Eunice
Aos meus irmãos e minha família
A todos que não me permitiram desistir
A todos que me permitiram crescer
A todos aqueles pós-graduandos e a todos os
adolescentes que não estão mais entre nós,
pois as dores da batalha diária os levaram
antes mesmo de vencer.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por demonstrar a cada ano nítidos detalhes do seu amor por mim e por me conceder a graça de continuar no caminho da ciência conhecendo tantas pessoas especiais.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)** e **Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP)** pela bolsa de doutorado concedida.

Ao estado do **Ceará** e ao **povo fortalezense** que me acolheu com tanto amor e carinho nesses anos de morada, chegadas e partidas.

À **Universidade Federal do Ceará (UFC)** pelo aprendizado no ensino, pesquisa e extensão.

Aos meus **queridos professores** do Doutorado em Saúde Coletiva AMPLA UFC/UECE/UNIFOR e dos demais programas que cursei disciplinas, pelos ensinamentos em sala de aula e em campo. Em especial, ao coordenador e **Prof. Dr. Ricardo José Pontes** pela escuta, apoio e orientações no momento mais frágil do curso do doutorado.

Gratidão também aos **Profs. Drs. Carlos Henrique Alencar, Álvaro Jorge Leite, Danielle Medeiros e Jorg Heukelbach**, verdadeiros mestres na arte de ensinar e mostrar a diversidade de caminhos na pesquisa e na vida.

Ao **grupo de pesquisa IntegraHans Norte-Nordeste** “Atenção à saúde para hanseníase em áreas de alta endemicidade nos estados de Rondônia, Tocantins e Bahia: abordagem integrada de aspectos operacionais, epidemiológicos (espaço-temporais), clínicos e psicossociais”, meu primeiro grupo de pesquisa no doutorado e de amadurecimento.

Ao **meu querido orientador Prof. Dr. Álvaro Jorge Leite**, por me acolher na fase mais difícil da minha vida. Muito obrigada de coração pelo acolhimento, confiança, apoio, orientação, prontidão, ensinamentos e sempre me acalmar nos momentos de desespero. Mas principalmente por me dar a liberdade de escolher meus caminhos na pesquisa, confiar no meu potencial e por entender meu contexto pessoal.

A **minha querida coorientadora Prof.^a Dr.^a Danielle Medeiros**, por me acolher na fase de reestruturação emocional e acadêmica. Agradeço imensamente a Deus por nos permitir essa convivência e por me ajudar a semear e colher bons frutos. Com você aprendi que sou capaz, que sempre podemos aprender em comunidade e na transdisciplinaridade, que o medo é pra ser vencido, que a sinceridade deve prevalecer e por permitir que o meu bom humor fosse usado e abusado.

Aos integrantes da banca examinadora da qualificação **Prof.^a Dr.^a Márcia Maria**

Machado (UFC), Prof. Dr. Carlos Henrique Alencar (UFC) e Prof.^a Dr.^a Vanessa Bezerra (UFBA) pelas sugestões e contribuições.

Aos integrantes da banca examinadora **Prof. Dr. Álvaro Jorge Leite (UFC), Prof. Dr. João Joaquim Amaral (UFC), Prof. Dr. Carlos Henrique Alencar (UFC), Prof.^a Dr.^a Ana Valeska Silva (UECE), Prof. Dr. Luciano Pamplona (UFC), Prof.^a Dr.^a Danielle Medeiros** e à suplente **Prof.^a Dr.^a Márcia Maria Machado (UFC)** pela disponibilidade e críticas construtivas.

Às secretárias da pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará (UFC), **Dominik Fontes e Zenaide Fernandes**, pela amizade construída, orientações tão imprescindíveis e bons conselhos. Ao secretário **Hemison**, pelo apoio e disponibilidade na fase final.

Ao meu querido grupo de pesquisa **Adolescer: saúde do adolescente da zona rural e seus condicionantes e suas fontes de financiamento** FAPESB e PRODOC. Em especial aos estudantes de graduação **Mateus, Gislane, Maria Helena e Rebeca** pelas construções literárias. À **Babi (Bárbara Emanuely), Etna e Camila** por crescemos juntas como subcoordenação no braço de extensão do Projeto Adolescer nas escolas da zona rural. Cada um dos participantes do grupo de pesquisa Adolescer está guardado no meu coração.

À **Universidade Federal da Bahia – Instituto Multidisciplinar em Saúde – Campus Anísio Teixeira (UFBA/IMS/CAT)** de Vitória da Conquista, principalmente aos professores e pesquisadores do Laboratório Interdisciplinar em Saúde (LIS) por me acolherem como pesquisadora e aluna da professora Prof.^a Dr.^a Danielle. Ao amigo e professor **Prof. Dr. Adriano Maia**, que com sua serenidade, sabedoria e carinho sempre me acolheu e aconselhou.

Aos **meus pais, Amilton e Eunice**, meu maior exemplo de vida e amor, pelo incentivo, por acreditarem em mim e por proporcionarem todas as oportunidades da minha vida. Uma vida não bastará de gratidão a vocês.

Ao **meu irmão Bruno e minha cunhada e amiga Tatiana**, pela compreensão da minha ausência, acreditarem em meus sonhos e na minha vontade de vencer. A eles também sou grata pelos dois maiores presentes que já me concederam **Théo e Thales**. Meus sobrinhos amados vocês foram alegria, motivação e amor quando mais precisei. A minha irmã **Ana Sabrina**, talvez a pessoa que mais tenha sofrido comigo nessa caminhada. Desculpe-me pelas ausências meu amor, te agradeço pelos conselhos tão maduros, sensatos e carinhosos mesmo no auge de seus sete anos.

À **minha família Cabral, Sousa e tantas outras famílias**, por acreditarem que minha ausência nesses anos seria recompensada. Agradeço de coração a **Gabriel, minha madrinha Vane e tia Almira (pelas orações), vô Antônio, vó Ester, vó Odília, Vanessa, Vanessa Saraiva, Ester, Ivana, tio Cabral, tia Mariá e tio Toinho**. A meus avós **Maria Eufrásia (in memoriam) e Aurélio (in memoriam)**.

Aos **meus colegas de turma do Doutorado AMPLA UFC/UECE/UNIFOR e aos colegas do Mestrado em Saúde Pública**. Em especial a **Tatiana Uchôa** por me ajudar nos momentos mais difíceis e me dizer sempre um “vai dar certo” ceareense, quando tudo parecia dar errado. A caminhada acadêmica foi mais divertida e leve com a amizade de **Cláudia, Eliana Amorim, Sabrina Sabry, Débora Gurgel, Fábio Solon, Saulo Diogénes, Lorena Monteiro, Thaissa Melo e Mauricélia Lima**. Saudades e admiração pela colega **Ana Maria Zuwick** que partiu tão precocemente.

A **Prof.^a Dr.^a Cláudia Macedo e ao Prof. Dr. Valmir Henrique Araújo**, que me apresentaram precocemente o prazer de pesquisar. Serei eternamente grata a vocês.

Aos **amigos de infância, aos amigos que se foram e aos que chegaram**, que minha ausência nos encontros, cafés, partos, casamentos, formaturas, batizados e celebrações sejam recompensados ao longo da nossa história.

À **minha família cearense Camila Silveira, Martha Cerqueira e Thayanne Loth**, juntas fomos irmãs, mães, amigas e família. Guardarei eternamente em meu coração as alegrias, tristezas, medos, risadas, aventuras, escritas de manuscritos, estudos multiprofissionais e nossa amizade. Nossa casa ficou em nossos corações e lembranças.

À **minha amiga e irmã de alma Camila Silveira**, que viveu intensamente todos esses anos ao meu lado, compartilhando alegrias, dúvidas, lágrimas, viagens, artigos, o lar, as batalhas, as vitórias, as derrotas, enfim a vida. Sua fé em mim moveu montanhas em meu coração e na minha mente.

Ao **médico e Me. Antônio Moura**, obrigada pela escuta atenta e acolher meus ideais de vida e de mundo.

A todas as pessoas não citadas em palavras ou nomeadas, mas guardadas no coração, obrigada pelas orações e a presença física em cada fase desse doutoramento.

Agradeço de forma muito especial ao meu querido **Herbert Cruz** que me incentivou e incentivava na busca de realização dos meus sonhos, seu carinho e dedicação foram fundamentais na reta final desse processo.

Aos **adolescentes rurais** que nesta pesquisa cederam seus saberes e dúvidas sobre o complexo mundo do desenvolvimento humano.

*“Somos parte de uma longa história de resistência, cultura, força, dor e alegrias. Mas, somos também o hoje e o amanhã de nossos quilombos, e de nossa história. Somos mais! Somos sujeitos de direito desse ‘estado democrático’ que silencia as dívidas históricas que tem para com a população negra, sobretudo no meio rural. Somos parte dessa população. [...]:
Os quilombos vivem!”*

Jovens quilombolas do CONAQ (2015)

“Tentaram-nos enterrar, nesta e noutras vidas..., mas não sabiam que éramos sementes. Sementes de mudança.”

Provérbio Mexicano

RESUMO

A geração de adolescentes no Brasil é numerosa e uma parcela considerável destes vive em áreas rurais, marcadas por desigualdades que dificultam o acesso a serviços públicos de saúde, educação e lazer. Essas desigualdades afetam as diferentes dimensões da vida dos adolescentes e reverberam, incisivamente em situações de morbimortalidade, principalmente em um mesmo espaço rural, com destaque para comunidades quilombolas e não quilombolas. O objetivo do estudo foi caracterizar condicionantes de saúde de adolescentes quilombolas e não quilombolas da zona rural de um município do sudoeste da Bahia. Estudo transversal, realizado em 2015, com adolescentes de 10 a 19 anos, residentes em comunidades quilombolas (184) e não quilombolas (210). Foi utilizado questionário semiestruturado, adaptado de pesquisas nacionais. As diferenças foram testadas pelo qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher. As concordâncias foram verificadas pelo kappa ponderado. A razão de prevalência (RP) e seu intervalo de confiança de 95% (IC95%) estimaram a associação por regressão de Poisson. Foram entrevistados 390 adolescentes, 42,8% quilombolas, 51,3% do sexo feminino e 52,3% com idade < 15 anos. A ocorrência de relação sexual esteve associada à mediana de 15 anos de idade (RP=1,42; IC95%: 1,33-1,52) e a ter experimentado uma dose de álcool (RP=2,41; IC95%: 1,70-3,46). O consumo de feijão entre os quilombolas foi maior (RP=1,11; IC95%: 1,04-1,20) e o consumo de hortaliças (RP=0,73; IC95%: 0,77-0,52), frutas (RP=0,67; IC95%: 0,48-0,92) e leite (RP=0,68; IC95%: 0,47-0,99) menor, que os não quilombolas. O sedentarismo no lazer mostrou-se associado ao sexo feminino (RP=1,36; IC95%: 1,08-1,70), à escolaridade com 10 e mais anos (RP=1,70; IC95%: 1,26-2,28), ao hábito regular de comer enquanto assiste TV (RP=1,51; IC95%: 1,22-1,88), ao consumo regular de salgadinhos de pacote (RP=1,33; IC95%: 1,01-1,76) e ao excesso de peso (RP=1,41; IC95%: 1,11-1,78). Houve baixa concordância entre as categorias de imagem corporal e estado nutricional (k=0,32) e atitudes de controle de peso (k=0,44). Os adolescentes do campo demonstraram hábitos alimentares mais saudáveis, menores prevalências de relação sexual, de sedentarismo no lazer, de sobrepeso/obesidade e prática de atitudes extremas prejudiciais à saúde, em comparação aos adolescentes urbanos. Entretanto, observou-se precocidade no início das relações sexuais, associado ao uso de álcool, baixo consumo de frutas, hortaliças, leite e o consumo regular de marcadores de alimentação não saudável e percepção imprecisa do seu peso e/ou atitude relacionada ao peso. A desigualdade econômica entre os estratos evidenciou iniquidades sociais presentes na população rural estudada. Sugere-se intervenções que melhorem a qualidade de vida, impeçam a permanência

dos maus hábitos e minimizem as vulnerabilidades. A intersetorialidade efetiva entre os campos da saúde e da educação dentro das políticas públicas mostra-se relevante, com vistas à inserção de temáticas que tratem de comportamentos e hábitos saudáveis à manutenção da saúde dos adolescentes.

Palavras-chave: Adolescente. Comportamento alimentar. Estilo de Vida Sedentário. Autoimagem. Sexualidade.

ABSTRACT

The generation of adolescents in Brazil is large and a considerable number live in rural areas, marked by inequalities that make access to public health, education and leisure services difficult. These inequalities affect the different dimensions of adolescents' lives and reverberate, incisively in situations of morbidity and mortality, especially in the same rural area, with emphasis on quilombola and non-quilombola communities. The objective of this study was to characterize health conditioners of quilombola and non - quilombola adolescents from the rural zone of a city in Bahia's southwest. Cross-sectional study, carried out in 2015, with adolescents between 10 and 19 years old, living in quilombola communities (184) and non-quilombolas (210). A semi-structured questionnaire was used, adapted from national surveys. Differences were tested by Pearson's chi-square or Fisher's exact test. The concordances were verified by the weighted kappa. The prevalence ratio (PR) and its 95% confidence interval (95% CI) estimated the association by Poisson regression. A total of 390 adolescents were interviewed, 42.8% were quilombolas, 51.3% were female, and 52.3% were < 15 years old. The occurrence of sexual intercourse was associated with the median age of 15 years (PR = 1.42, 95% CI: 1.33-1.52) and to have experienced a dose of alcohol (PR = 2.41, 95% CI: 1.70-3.46). Bean consumption among the quilombolas was higher (RP = 1.11, 95% CI: 1.04-1.20) and vegetable consumption (RP = 0.73, 95% CI: 0.77-0.52) , Fruit (RP = 0.67, 95% CI: 0.48-0.92) and milk (RP = 0.68, 95% CI: 0.47-0.99) lower than non-quilombolas. The leisure-time sedentary lifestyle was associated with the female gender (PR = 1.36, 95% CI: 1.08-1.70), schooling aged 10 and over (PR = 1.70, 95% CI: 1.26 (OR = 1.51, 95% CI: 1.22-1.88), to the regular consumption of packet snacks (RP = 1.33, 95% CI: -2.28), to regular eating habits while watching TV 1.01-1.76) and to overweight (RP = 1.41, 95% CI: 1.11-1.78). There was low agreement between body image categories and nutritional status (k = 0.32) and weight control attitudes (k = 0.44). The adolescents in the field demonstrated healthier eating habits, lower prevalence of sexual intercourse, leisure time inactivity, overweight / obesity, and practice of extreme attitudes detrimental to health compared to urban adolescents. However, precocity was observed at the beginning of sexual intercourse, associated with alcohol use, low fruit consumption, vegetables, milk and regular consumption of unhealthy food markers and imprecise perception of their weight and / or weight-related attitude. Economic inequality among the strata showed social inequalities present in the studied rural population. It is suggested that interventions that improve the quality of life, prevent the permanence of bad habits and minimize vulnerabilities. The effective

intersectoriality between the fields of health and education within public policies is relevant, with a view to the insertion of themes that deal with healthy behaviors and habits to the maintenance of adolescents' health.

Keywords: Adolescent. Food behavior. Sedentary Lifestyle. Self image. Sexuality.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	– Localização geográfica da Região Econômica Sudoeste e do município de Vitória da Conquista, Bahia 2017	46
Figura 2	– Mapa de Vitória da Conquista, população rural por distrito, 2010	47
Figura 3	– Mapa da comunidade avaliada no estudo piloto, gerado por pontos de GPS. Pesquisa Adolescer, Bahia, 2015	52
Figura 4	– Modelo teórico conceitual para estudo do comportamento sexual e fatores associados, de adolescentes da zona rural do Sudoeste da Bahia. Pesquisa Adolescer, Bahia, 2015	55
Figura 5	– Modelo teórico conceitual para estudo do sedentarismo no lazer e fatores associados, de adolescentes da zona rural do Sudoeste da Bahia. Pesquisa Adolescer, Bahia, 2015	57
Figura 6	– Comportamentos, estado nutricional e práticas extremas em relação à autoimagem corporal de adolescentes da zona rural do Sudoeste da Bahia (n=390). Pesquisa Adolescer, Bahia, 2015	81
Figura 7	– Atitudes em relação ao peso e estado nutricional relacionados à autoimagem corporal de adolescentes, do sexo feminino e masculino, da zona rural do Sudoeste da Bahia (n=390). Pesquisa Adolescer, Bahia, 2015	82
Figura 8	– Atitudes em relação ao peso e estado nutricional relacionado à autoimagem corporal de adolescentes, quilombolas e não quilombolas, da zona rural do Sudoeste da Bahia (n=390). Pesquisa Adolescer, Bahia, 2015	83

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Comparação entre participantes e não participantes para os estratos quilombola e não quilombolas, de acordo com o sexo e faixa etária. Pesquisa Adolescer, Bahia, 2015	61
Tabela 2	– Concordância observada e índice kappa de variáveis categóricas presentes no questionário. Pesquisa Adolescer, Bahia, 2015	62
Tabela 3	– Descrição das características sociodemográficas e econômicas de adolescentes da zona rural do Sudoeste da Bahia (n=390). Pesquisa Adolescer, Bahia, 2015	63
Tabela 4	– Descrição dos comportamentos e orientações recebidas pelos adolescentes da zona rural do Sudoeste da Bahia (n=390). Pesquisa Adolescer, Bahia, 2015	64
Tabela 5	– Descrição dos comportamentos dos adolescentes da zona rural do Sudoeste da Bahia (n=390). Pesquisa Adolescer, Bahia, 2015	65
Tabela 6	– Prevalência, razão de prevalência da ocorrência de relação sexual, segundo variáveis estudadas, em adolescentes da zona rural do Sudoeste da Bahia (n=390). Pesquisa Adolescer, Bahia, 2015	67
Tabela 7	– Fatores associados à ocorrência de relação sexual, após análise multivariada com amostra total e por local de residência, em adolescentes da zona rural do Sudoeste da Bahia (n=390). Pesquisa Adolescer, Bahia, 2015	69
Tabela 8	– Distribuição do consumo de alimentos e comportamento alimentar, segundo marcadores de frequência semanal e consumo regular, de adolescentes da zona rural do Sudoeste da Bahia (n=390). Pesquisa Adolescer, Bahia, 2015	71
Tabela 9	– Consumo regular de alimentos marcadores de alimentação saudável, segundo variáveis socioeconômicas e demográficas, de adolescentes da zona rural do Sudoeste da Bahia (n=390). Pesquisa Adolescer, Bahia, 2015	72
Tabela 10	– Consumo regular de alimentos marcadores de alimentação não saudável, segundo variáveis socioeconômicas e demográficas, de adolescentes da zona rural do Sudoeste da Bahia (n=390). Pesquisa Adolescer, Bahia, 2015	73

Tabela 11 – Comportamento alimentar, segundo variáveis socioeconômicas e demográficas, de adolescentes da zona rural do Sudoeste da Bahia (n=390). Pesquisa Adolescer, Bahia, 2015	74
Tabela 12 – Prevalência e razão de prevalência para sedentarismo no lazer, entre adolescentes da zona rural do Sudoeste da Bahia (n=389). Pesquisa Adolescer, Bahia, 2015	75
Tabela 13 – Prevalência e razão de prevalência para sedentarismo no lazer, entre adolescentes, quilombolas e não quilombolas, da zona rural do Sudoeste da Bahia (n=389). Pesquisa Adolescer, Bahia, 2015	77
Tabela 14 – Fatores associados à ocorrência de sedentarismo no lazer, segundo modelo de regressão para amostra total, quilombolas e não quilombolas. Pesquisa Adolescer, Bahia, 2015	78
Tabela 15 – Autoimagem corporal, estado nutricional e atitudes extremas em relação ao peso, para a amostra total e de acordo com o sexo e com o local de residência, de adolescentes da zona rural do Sudoeste da Bahia (n=390). Pesquisa Adolescer, Bahia, 2015	80

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Pesquisas e Mercados
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BA	Bahia
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAPESB	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
RP	Razão de Prevalência
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia em Saúde
PPSUS	Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde
PROSAD	Programa Saúde do Adolescente
PRODOC	Programa de Apoio a Projetos Institucionais com a Participação de Recém-Doutores
PROPCI	Pró-reitoria de Pesquisa, Criação e Inovação
PROPG	Pró-reitoria de Ensino de Pós-Graduação
PSF	Programa de Saúde da Família
SASAD	Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TV	Televisão
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFC	Universidade Federal do Ceará
WHO	World Health Organization

LISTA DE SÍMBOLOS

%	Porcentagem
cm	Centímetros
m	Metros
kg	Quilogramas
mm	Milímetros

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	21
2 INTRODUÇÃO	22
2.1 Adolescência	22
2.1.1 Adolescência rural	24
2.1.2.1 Adolescência quilombola	26
2.2 Políticas públicas voltadas à adolescência	28
2.3 Comportamento sexual	30
2.4 Comportamento e hábitos alimentares	34
2.5 Sedentarismo no lazer	35
2.6 Autoimagem corporal e práticas extremas em relação ao peso	37
2.7 Estado nutricional	39
3 JUSTIFICATIVA	41
4 OBJETIVOS	43
4.1 Objetivo geral	43
4.2 Objetivos específicos	43
5 MÉTODOS	44
5.1 Aspectos éticos	44
5.2 Delineamento e local do estudo	44
5.2.1 Caracterização do município de Vitória da Conquista	45
5.3 População de estudo e amostra	47
5.3.1 Amostragem	47
5.4 Procedimentos para coleta de dados	48
5.4.1 Instrumentos	48
5.4.2 Treinamento	48
5.4.3 Pré-teste	49
5.4.4 Sensibilização e mapeamento	49
5.4.5 Estudo piloto	51
5.5 Coleta de dados	52
5.6 Variáveis	53
5.7 Análises dos dados	57
5.7.1 Avaliação das perdas	57
5.7.2 Confiabilidade das variáveis do estudo	57
5.7.4 Análise bivariada	58

5.7.5 <i>Análise multivariada</i>	58
5.7.6 <i>Análise de concordância</i>	58
5.8 Fontes de financiamento	59
6 RESULTADOS.....	60
6.1 Avaliação das perdas	60
6.2 Confiabilidade das variáveis do estudo	60
6.3 Caracterização da população estudada	61
6.4 Comportamento sexual	63
6.4.1 <i>Análise descritiva do comportamento sexual</i>	63
6.4.2 <i>Ocorrência de relação sexual e fatores associados</i>	65
6.5 Comportamento e consumo alimentar	68
6.5 Sedentarismo no lazer	74
6.5 Autoimagem corporal, estado nutricional e atitudes em relação ao peso.....	78
7 DISCUSSÃO	83
7.1 Comportamento sexual	83
7.2 Consumo e comportamento alimentar	86
7.3 Sedentarismo no lazer	90
7.4 Autoimagem corporal, estado nutricional e atitudes em relação ao peso.....	95
7.5 Limitações do estudo	100
8 CONCLUSÃO.....	102
9 ARTIGOS RELACIONADOS À TESE	105
9.1 Artigo 1	106
9.2 Artigo 2	107
9.3 Artigo 3	108
10 REFERÊNCIAS.....	109
APÊNDICE A – Questionário do Projeto ADOLESCER: saúde do adolescente da zona rural e seus condicionantes	123
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	210

1 APRESENTAÇÃO

Esse trabalho emergiu a partir da contemplação do Edital 30/2013 – Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde/PPSUS-BA MS/CNPq/FAPESB e no Edital PRODOC 2013 – PROPCI/PROPG/UFBA – os quais concederam financiamento substancial para a pesquisa “Adolescer: saúde do adolescente da zona rural e seus condicionantes”. Assim, foi possível realizar uma investigação epidemiológica multidisciplinar com adolescentes de comunidades rurais do território de identidade de Vitória da Conquista, município do interior do estado da Bahia.

A pesquisa *Adolescer* subsidiou dados para construção desta tese, que trata sobre alguns aspectos inerentes à saúde do adolescente rural. As considerações iniciais têm como objetivo contextualizar o leitor quanto ao cenário da pesquisa e para a sequência dos temas estudados. Todos os temas seguem apresentados segundo métodos, resultados, discussão e conclusão do estudo. Expõe-se o seguinte:

O primeiro capítulo desta é composto da parte introdutória com abordagem da revisão de literatura, incluindo conceitos da adolescência, adolescência rural e quilombola, determinantes e condicionantes associados a esta fase da vida, comportamento sexual, hábitos e comportamentos alimentares, autoimagem corporal e sedentarismo no lazer e uma breve contextualização das políticas públicas voltadas à adolescência.

Consecutivamente, é apresentada justificativa e relevância do estudo, bem como, os objetivos geral e específicos. Metodologicamente, foram descritos os aspectos éticos, desenho e local de estudo, população e amostra, procedimentos para coleta de dados, variáveis dependentes e independentes, análise dos dados e fontes de financiamento. Para os resultados, foi apresentada caracterização geral da população e, a cada subitem, apresentados os resultados de cada desfecho e suas variáveis explicativas.

Por fim, são apresentadas as considerações finais relacionadas aos desfechos, bem como o conhecimento elaborado ao longo da construção da tese. Segue ao final desse trabalho a relação dos artigos aprovados e submetidos referentes à tese, respectivos periódicos, e instrumentos de coleta de dados na íntegra, termos e anexos.

2 INTRODUÇÃO

2.1 Adolescência

A cultura ocidental considera a adolescência como período de transição do desenvolvimento humano que permeia a passagem da infância para a idade adulta, estereotipada muitas vezes por “fase problemática da vida”. Nesta fase, acontecem importantes transformações biopsicossociais, observadas desde o início da maturação sexual na fase pré-púbere até os questionamentos de autoconhecimento, sócio-políticos e coletivos próprios da fase (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2005; HEILBORN et al., 2006; MALTA et al., 2011; MORAES e VITALE, 2012; SOUSA, 2013).

Na adolescência, as turbulências hormonais e emocionais repercutem de maneira extrema e dorida, o que muitas vezes gera conflitos sociais e no meio familiar (SOUSA, 2013). Muitos autores discutem que esta fase da vida pode ser repleta de ambivalências, paixões, descoberta de ideais e utopias de vida futura (ROEHRS et al., 2010; MOREIRA et al., 2008). Filósofos da antiguidade já descreviam este período, inclusive, com características que permanecem na atualidade. Platão (427-347 a.C.) refere que a paixão e a excitabilidade contemplam bem essa fase da vida. Aristóteles (384-322 a.C.) trata da adolescência como uma fase de “tempestade e tensão”, de impulsividade e de um ser queixoso, inclusive quanto a incompreensão familiar, conceitos ainda contemporâneos (DAVIM et al., 2009; GALVÃO, 2000).

Salles (2005) e Ariès (1986) afirmaram que a adolescência nada mais é que uma invenção, relacionada a leis trabalhistas e educacionais, que surgiram a partir de necessidades da família burguesa, inserida no contexto da sociedade industrial capitalista, em dividir seres adultos e seres em formação, excluindo progressivamente a criança do mundo do trabalho. Com o tempo, esse modelo originado nas classes mais abastadas estendeu-se também aos demais indivíduos da sociedade, atingindo toda organização social.

Atualmente, observa-se que a adolescência consolidou-se integralmente como uma importante fase do desenvolvimento humano, marcada por transformações aceleradas e representa diversas modificações nos âmbitos social, emocional, cognitivo, físico e biológico. Caracteriza-se por novas descobertas e curiosidades, quebras e críticas às regras impostas, convívio com pares semelhantes, sentimentos de ambivalência – não é mais criança, mas ainda não é adulto – e autonomia, frente ao distanciamento das figuras parentais (ZORDÃO et al., 2015; CAMPOS, 2013; LIBERALI et al., 2013; DAVIM et al., 2009; SALLES, 2005).

A adolescência é compreendida como uma fase decisiva em diversos aspectos da vida do ser humano e permeia um processo de desprendimento. Configura-se pelo rápido crescimento e desenvolvimento, em que são observadas transformações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais. A superação desse contexto de transformações acontece no momento em que o adolescente torna-se independente dos seus familiares, determinado na maioria dos casos, por sua liberdade financeira (ROEHRIS; MAFTUM; ZAGONEL, 2010; DAVIM et al., 2009).

No Brasil, as discussões acerca do período cronológico da adolescência divergem quanto ao período em anos dessa fase da vida. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera como adolescente o indivíduo da faixa etária de 12 a 18 anos (BRASIL, 2012a). Em contrapartida, a classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS), também adota pelo Ministério da Saúde do Brasil, denominam a idade dos 10 aos 19 anos como adolescência (WHO, 1986).

Além da OMS e ECA, outras instituições e teóricos categorizaram a adolescência em faixas etárias ou fases diversas. Algumas trazem que esta fase compreende dos 10 aos 14 anos de idade (fase inicial), em que ocorrem eventos hormonais de maneira mais intensa, caracterizando o estirão de crescimento, fazendo assim com que as mudanças mais intensas ocorram, respeitando os preceitos genéticos e biológicos. Essas mudanças iniciais, geralmente são tão nítidas, e podem gerar ansiedade, entusiasmo e até orgulho para esses indivíduos. A fase posterior, dos 15 aos 19 anos, é considerada a fase de diminuição das mudanças primordiais e ocorre então a parada total de crescimento, com respectivas mudanças quanto a materialização do seu crescimento e personalidade (UNICEF, 2011; DAVIM et al., 2009).

Os adolescentes representam 1,2 bilhões da população mundial e no Brasil, são aproximadamente 34 mil indivíduos, que representam 17,9% de toda população brasileira. Na região Nordeste do país, os adolescentes correspondem a 19,6% da população e, especificamente, no estado da Bahia, representam 19,1% (IBGE, 2010a).

Como afirma Salles (2005, p. 35), a adolescência caracteriza-se como “um emaranhado de fatores de ordem individual, por estar associada à maturidade biológica, e de ordem histórica e social, por estar relacionada às condições específicas da cultura na qual o adolescente está inserido”. Por ser considerada uma fase em desenvolvimento, o adolescente traz consigo uma condição intrínseca de vulnerabilidade, refletindo a necessidade de proteção física, psíquica e moral, com atenção integral (PESSALACIA; MENEZES; MASSUIA, 2010).

Diversas questões podem aumentar o grau de vulnerabilidade na adolescência, destacando-se as relações de gênero, associadas à raça/etnia e classe social, as condições de vida, de saúde, de acesso ou não às informações, e a insuficiência de políticas públicas em saúde e educação e outros (BRÊTAS, 2010).

Na zona rural devem ser consideradas situações adicionais de vulnerabilidade, peculiares a este segmento populacional, que possibilitam o agravamento de algumas situações na adolescência. Aspectos como o pertencimento a grupos tradicionais, como os quilombolas, podem interferir na qualidade de vida e nas suas condições de saúde dos adolescentes. Os quilombolas vivem predominantemente em comunidades rurais e carregam consigo um histórico de opressão, de discriminação social, racismo, dificuldade de acesso aos serviços, entre outros (BRASIL, 2013a; BEZERRA et al., 2014).

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta aponta que a vulnerabilidade se encontra acentuada nos adolescentes que vivem em comunidades rurais, devido, principalmente, à dispersão populacional. Esta vulnerabilidade gera dificuldades de acesso aos serviços, problemas socioeconômicos, ausência ou insuficiência de políticas públicas de saúde, de saneamento e a escassez de recursos aplicados nessas comunidades (BRASIL, 2013a).

2.1.1 Adolescência rural

A zona rural diferencia-se da zona urbana nos mais diversos aspectos, sobretudo aos ambientais, estruturais e culturais (LOPES, MIELKE, SILVA, 2015). Nas comunidades rurais, o acesso à informação, assim como, o acesso aos serviços de saúde, lazer e alimentação, podem ser precários ou escassos. A localização geográfica é um dos principais fatores que tornam a zona rural mais propensa às vulnerabilidades sociais, quando comparada a zona urbana (BRASIL, 2013a).

A contemporaneidade fez com que a identidade do adolescente fosse moldada conforme diversas influências atuais. Salles (2005) revela que essa identidade é construída considerando aspectos culturais múltiplos como a indústria da informação, de bens culturais, de lazer e consumo que dão relevância ao momento, a velocidade das informações, ao prazer imediato e volátil. No século passado era nítida a dispersão de algumas dessas e outras influências nesse grupo residentes em áreas urbanas, atualmente, as recentes e contínuas mudanças ocorridas nas formas de vida contemporânea, tendem a diminuir limites e misturar

categorias previamente definidoras, não havendo atualmente um isolamento absoluto entre áreas rurais e os centros urbanos (ANDO et al., 2011; SALLES, 2005).

A Declaração de Brasília (ANDO et al., 2011) traz o conceito rural associado à saúde de modo ampliado, considerando as diversidades da população brasileira. O texto da declaração refere-se que ser rural não é necessariamente sinônimo de pobreza, insuficiência de pessoas ou recursos/serviços, insuficiência agrícola ou distância, mesmo sendo reconhecido que esta é a realidade de muitas áreas rurais brasileiras. Este conceito deve estar suficientemente livre de limites rígidos, sejam eles de dados populacionais, geográficos, num sentido restrito (físico), e político. Todavia, a realidade dos adolescentes rurais brasileiros está distante do que é proposto por esta declaração, no que concerne todos os aspectos de abrangência à saúde.

Os adolescentes rurais, muitas vezes, enfrentam situações como a dificuldade de acesso à educação formal, deficiência de equipamentos públicos de lazer e saúde nas suas comunidades, baixa escolaridade dos pais, submissão às condições informais de trabalho, como forma de complementação da renda familiar, entre outras situações que agravam ainda mais a situação de vulnerabilidade a que estão expostos (BRASIL, 2016; ANDO et al., 2011)

A realidade das famílias rurais brasileiras foi influenciada pela história política, econômica e cultural do país, construída com bases na concentração de riquezas, recursos naturais e de terra, além da escravidão e marginalização de crianças e mulheres camponesas. Estas condições influenciaram diretamente, aspectos como a qualidade de vida dos diversos grupos rurais, unidos por características comuns, e ainda impactam sob a morbimortalidade associada às mais variadas condições (BRASIL, 2013a).

Ressalta-se que as mudanças ocorridas, devido o cenário político brasileiro dos últimos vinte anos, com a implementação de suas respectivas políticas sociais, corroborou, sobretudo, às mudanças reais nas condições socioeconômicas e de educação também nas comunidades rurais do país. (BRASIL, 2013a). Ainda que minimizada e lenta, houve uma melhoria da qualidade de vida dos brasileiros. A possibilidade de acesso às condições como saneamento básico, água potável, energia elétrica e a diversos programas educacionais, principalmente de qualificação técnica profissional, e de redistribuição de renda, são fatores que contribuíram a esta mudança. Esse avanço possibilitou às novas gerações de adolescentes um conhecimento sócio-político, frente a um Brasil em fase de crescimento e reestruturação, que lhes permitem o desenvolvimento educacional e reflexivo, de modo que se percebam corresponsáveis da construção do seu projeto de vida (JAGER et al., 2014).

Desse modo, as pluralidades de adolescências existentes devem ser consideradas ao discutir as necessidades de saúde dos adolescentes, em função das diferenças concretas de condições de vida existentes na sociedade (ROEHRS, 2010; SALLES, 2005). Tais considerações reafirmam que o meio em que se vive, rural ou urbano, pode determinar mudanças na percepção dos adolescentes, influenciando hábitos e comportamentos, e expondo-os a fatores socioeconômicos, culturais, biológicos e individuais de vulnerabilidade.

Logo, a influência do meio em que se vive é um determinante para o estilo de vida do adolescente, pois mesmo os indivíduos separados, convivendo em um mesmo espaço geográfico, podem ter estilos de vida completamente diferentes (GLANER et al. 2013; GLANER, 2005).

2.1.2.1 Adolescência quilombola

Ao conceituarmos populações rurais e sua organização nos espaços gerados, faz-se necessário especificar algumas características importantes, inclusive as étnicas culturais. No Brasil, são reconhecidos como grupos rurais as comunidades ribeirinhas, de pescadores, mineradores, de áreas indígenas, grupos de trabalhadores temporários, bairros periféricos, áreas rurais incrustadas, municípios muito pequenos, populações de áreas tradicionalmente reconhecidas como rurais e populações quilombolas (BRASIL, 2007a; ANDO et al., 2011).

Em um mesmo espaço rural, podem ser encontradas diferenças entre os hábitos, comportamentos, características culturais e vulnerabilidades distintas. Populações de comunidades tradicionais, como os quilombolas, distinguem-se pela sua cultura, território, organização, hábitos e padrões alimentares específicos (LEÃO, 2015).

As populações quilombolas são “grupos étnico-raciais, segundo critérios de autoatribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida” (BRASIL, 2003, p.1).

A experiência dessas comunidades é marcada por uma história de mobilização e luta pelo reconhecimento dos seus direitos, em especial pela posse de terras, que se concretizou pelo processo de identificação, regulamentação, delimitação e titulação pelo Decreto nº 4.887, promulgado pela Constituição Federal em 1988 (BRASIL, 2003). Além disso, vivem em sua maioria, na zona rural, podendo assumir diferentes formas de expressão, as quais podem estar ligadas às crenças, tradições e padrões típicos de cada sociedade (SOUSA-SANTOS; FÉLIX; MORAIS, 2012; PINHEIRO et al., 2013).

Além do enfrentamento de todas as questões inerentes à adolescência, a exemplo da maturação biológica e psicossocial, o adolescente quilombola convive com a desigualdade social e a discriminação racial, podendo ter restrito o direito à saúde, educação e outros meios que se apresentam como um direito a qualquer pessoa (SOUZA-SANTOS; FÉLIX; MORAIS, 2012).

Silva (2015), em estudo com adolescentes quilombolas rurais de Minas Gerais, destacou que muitos deles sofreram experiências de depreciação quanto a sua imagem, vivenciadas tanto nas relações com “os de fora da comunidade”, quanto com os seus pares, “de dentro da comunidade”. Ainda segundo a autora, o racismo permeia as relações entre adultos, jovens e adolescentes, e alguns o trazem como verdade introjetada historicamente na concepção dessas comunidades. A autocrítica aparece nas falas discriminatórias quanto ao cabelo, características das mãos, boca, nariz e estrutura corporal. No entanto, há ainda aqueles adolescentes que fazem questão de assumir que gostam das suas características fenotípicas, inclusive representadas pela identidade negra e todo seu contexto de luta histórica.

Adolescentes e jovens quilombolas podem não possuir, ou têm acesso reduzido às informações acerca de programas destinados a eles, a sua educação, seus direitos e direito à saúde. Segundo Silva (2015) alguns desconhecem a existência de universidades, apesar de relataram sonhos de projetos de vida vinculados à educação de qualidade e igualitária. Os mais engajados nas lutas sociais referem não saber como integrar os conhecimentos próprios, adquiridos de geração em geração, aos conhecimentos que aprendem na escola, pois estas instituições, muitas vezes, criticam o conhecimento tradicional das comunidades.

Esses jovens parecem não ter clareza acerca da possibilidade de uma educação escolar quilombola (Parecer CNE/CEB 16/2012) que articule saberes considerados universais e saberes que dão ênfase à identidade étnico-racial, à história e cultura da África e afro-brasileira (Lei 10639/2003) e às questões que envolvem território e territorialidade, próprios da condição de negro, rural e quilombola (SILVA, 2015; p. 101).

Dessa forma, compreende-se que tanto os adolescentes rurais não quilombolas quanto os quilombolas estão suscetíveis às vulnerabilidades, mesmo que de modos diferentes. Entre os de comunidades quilombolas, evidencia-se a exclusão social e maiores dificuldades de acesso a serviços e informações, principalmente de saúde, o que pode influenciar de modo negativo suas perspectivas e comportamentos relativos à adolescência (LEÃO, 2015; SILVA, 2015).

2.2 Políticas públicas voltadas à adolescência

Após a revolução industrial e os prejuízos oriundos dessa fase deixados a crianças e adolescentes daquela época, surgiu, no final do século XIX, um movimento internacional político, social e de saúde, referente à construção das potencialidades e direitos de crianças e adolescentes. Dentre os movimentos mundiais mais expressivos destacam-se: a Declaração Universal dos Direitos da Criança (1959), que reconhece o direito a proteção integral, e a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança (1989), que resguardou o direito superior da criança, com a obrigatoriedade do Estado da proteção, com garantia da igualdade e da não discriminação (SANTOS, 2014).

No Brasil, o Ministério da Saúde assumiu a assistência à saúde dos adolescentes após o ano de 1986, por meio da Divisão Materno Infantil. Esta Divisão possuía o papel de elaborar e distribuir normas e manuais técnicos, com vistas à instrumentalização de profissionais da saúde para a prática clínica em demandas específicas e fragmentadas para esse segmento populacional. Todavia, estas ações eram essencialmente voltadas às crianças e gestantes, enquanto que os adolescentes ainda caracterizavam-se como coadjuvantes (COATES, 1999).

Por ocasião da promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil (1988) e conquista do Sistema Único de Saúde (SUS), com a implementação das Leis Orgânicas da Saúde 8.080 e 8.142 de 1990, foi estabelecida como justiça social o direito à saúde de todo cidadão brasileiro. Este direito está pautado no pleno e consciente exercício da cidadania, dignidade da pessoa humana, assim como no acesso integral, universal e gratuito a serviços de saúde. Ademais, corrobora com os princípios tratados na Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança (1989) (SANTANA, 2016; BRASIL, 2010a).

A lei 8.069/90 foi elaborada com apoio no item proteção integral, que constitui a base da Convenção sobre Direitos da Criança no Brasil. A convenção é considerada o marco legal e regulatório dos direitos humanos de crianças e de adolescentes e regulamentadora do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) no país. Esta lei estabelece proteção integral, indicando as medidas sociais, protetivas e socioeducativas que devem ser priorizadas para assegurar o bem-estar de crianças e adolescentes (BRASIL, 2010b).

O cenário descrito marcou a atenção à saúde do adolescente brasileiro, que ainda não era reconhecida pelos serviços de saúde como prioritária, e possibilitou a implantação, do Programa Saúde do Adolescente (PROSAD) no ano de 1989. O PROSAD trouxe a priorização específica de problemas como a gravidez não planejada, as Infecções

Sexualmente Transmissíveis (IST) e uso de drogas, com o foco no cuidado dos adolescentes acometidos por estas situações (JAGER et al., 2014; LEÃO, 2005).

Em 1993, foi criado o Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente (SASAD) com foco central para as diretrizes de atendimento na adolescência, na saúde mental, e na sexualidade. Nesse período, as estratégias de saúde voltadas à saúde do adolescente fundamentavam-se na capacitação de equipes multiprofissionais e na tentativa de inserção dos adolescentes nesse processo, com o intuito de torná-los multiplicadores para os outros jovens (SAITO; RUZANY; SERRA, 2015).

As ações primárias do PROSAD foram reorientadas e serviram como subsídio à criação e implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes, em 2004. Esse redirecionamento do cuidado trouxe um novo protagonismo para os adolescentes, agora munidos como sujeitos de direitos, capazes de tomar decisões sobre diversos aspectos da sua saúde, como por exemplo, a sexualidade, os hábitos de vida e sua imagem corporal (JAGER et al., 2014; BRASIL, 2013b).

No ano de 2007, o Ministério da Saúde lançou o *Marco Legal: Saúde, um direito de Adolescentes*, que visava, entre outros, fomentar o processo de tomada de decisões, à elaboração de políticas públicas de atendimento nos serviços de saúde. Tais políticas fizeram com que os direitos dos adolescentes fossem amplamente divulgados e discutidos pela sociedade (BRASIL, 2007b).

Em consonância com o Marco Legal, ainda em 2007, foi implantado o Programa Saúde na Escola (PSE), uma política intersetorial do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, instituído por decreto presidencial. O objetivo do programa é interagir e articular equipes de saúde da atenção primária com as equipes de educação, para o desenvolvimento de crianças e adolescentes, por meio do planejamento, execução e monitoramento de ações de prevenção, promoção e avaliação das condições de saúde dos educandos (BRASIL, 2009a).

Posteriormente, no ano de 2010, o Ministério da Saúde cria as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. As diretrizes foram desenvolvidas com base na avaliação das ações intersetoriais e programas voltados à saúde do adolescente, desenvolvidos nas últimas duas décadas, e seus respectivos indicadores de saúde (BRASIL, 2010a).

Esta avaliação evidenciou lacunas no cuidado à adolescência (10 a 19 anos) e que os aspectos de saúde relacionados à vulnerabilidade estavam sendo trabalhados apenas com o público restrito, de 15 a 24 anos. As repercussões das transições epidemiológicas e nutricionais e determinações socioeconômicas e políticas da reforma do Estado, atingiam

incisivamente todas as faixas etárias, inclusive a adolescência. Os prejuízos advindos das antigas formas de prestação de cuidado estavam deixando aquém um segmento populacional negligenciado. Dessa forma, as diretrizes ampliaram a assistência para o público de 10 a 24 anos e passaram a abordar de maneira sistêmica as necessidades dessa população, sensibilizando e mobilizando gestores e profissionais que atuam SUS para integrarem suas ações (BRASIL, 2010a).

A avaliação das ações e programas apontou ainda que o cuidado, tido como de demanda espontânea, era apenas pautado em uma cobertura focalizada, que não mostrou-se efetiva. Ao longo dos anos, ficou evidente que os objetivos do PROSAD não estavam em sintonia com os princípios e diretrizes do SUS. Logo, entre os anos de 2004 e 2014, o governo brasileiro assumiu a necessidade de formulação de novas políticas públicas para os adolescentes, haja vista que as políticas já existentes eram limitadas aos problemas sociais ou de delinquência, vinculados aos serviços de saúde (KERBAUY, 2005; LEÃO, 2005, BRASIL, 2014).

Diversas mudanças apoiaram a tentativa de implementação da integralidade do cuidado à saúde ao adolescente no Brasil. Algumas dessas mudanças obtiveram sucesso, outras, insucessos e outras, fundamentaram a elaboração de documentos e materiais para apoiar os profissionais de saúde na compreensão dos fatores e condicionantes desta fase da vida. Destacam-se como materiais ministeriais voltados à saúde de adolescentes e jovens: o manual “A saúde de Adolescentes e Jovens – uma metodologia de autoaprendizagem para equipes de atenção básica de saúde: módulo básico” de 2007; o “Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde” de 2005; e a “Caderneta de Saúde do adolescente” de 2009 (JAGER et al., 2014).

Em 2013, após avaliação do PSE, o Ministério da Saúde mensurou os benefícios e lacunas do programa e resolveu ampliá-lo, passando a ser facultativo dentro do PSE equipamentos e serviços como: creches (incluindo as conveniadas); pré-escolas; ensino fundamental; ensino médio e Educação de Jovens e Adultos (EJA) (BRASIL, 2014).

2.3 Comportamento sexual

Alguns processos do desenvolvimento humano são acelerados na adolescência, dentre eles destacamos o aprendizado da sexualidade, no qual experiências pessoais são impregnadas pela cultura sexual do grupo a que o indivíduo pertence. Esta fase do ciclo vital é acompanhada da maturação de órgãos e sistemas fisiológicos, e o desenvolvimento de

habilidades cognitivas, que associado às experiências vividas pelo adolescente, lhe atribui capacidade de julgamento, inclusive sobre risco e segurança (CAMPOS, 2013; SOUSA, 2013).

A trajetória afetivo-sexual do indivíduo perpassa pelos relacionamentos afetivo-sexuais que levam a autonomia quanto às escolhas futuras da sexualidade, com influências da percepção e decisões quanto ao gênero, identidade social, escolaridade e experiências em grupo ou individuais, experimentadas ou vivenciadas como expectador (SOARES, 2007).

Logo, o contexto deve ser considerado em prol de fatores individuais, quando pautamos comportamentos sexuais adotadas na adolescência. Deve-se buscar compreender as interferências da subjetividade do adolescente que, como os demais indivíduos, vivencia um processo de apropriação da realidade, de tal forma, que ao viver em sociedade apropria-se do social e o mundo exterior, tornando-se interno (HEILBORN et al., 2006; SALLES, 2005). Esta subjetividade intrínseca é construída nas circunstâncias em que o indivíduo é inserido com aspectos históricos e sociais próprios, além da vivência cultural e da individualidade (SALLES, 2005).

Heilborn et al. (2006) afirma que as mudanças envolvidas na adolescência, principalmente relacionadas ao parceiro sexual, repercutem de maneira primordial na vida do adolescente e no seu aprendizado, que não está limitado apenas a genitalidade ou perda da virgindade. A sexualidade, enquanto dimensão fundamental de todas as etapas da vida humana, envolve um emaranhado de sensações, desejos, práticas e condutas voltados ao prazer, à satisfação e elaboração dos sentimentos, assim como, ao exercício da liberdade sexual, autonomia em decisões diversas e sobre sua saúde (BRASIL, 2005).

As vivências da sexualidade na adolescência são influenciadas pelas diferenças contextuais, já que a sexualidade representa também uma construção histórica e social, mutáveis, a depender dos espaços e tempos vivenciados (MORAES; VITALLE, 2012). De modo geral, além de todos os aspectos mencionados, a sexualidade está permeada por tabus, mitos, preconceitos, interdições e relações de poder, que dificultam o acesso aos cuidados de saúde por parte dos adolescentes (BRASIL, 2005).

A Convenção Internacional dos Direitos da Criança realizada pela ONU em 1989, trata de maneira incisiva, o direito do adolescente como sujeito e não como objeto passivo de intervenção da família, sociedade e Estado. Esse marco legal impulsionou diversas mudanças ao longo dos anos nas políticas públicas sobre adolescência, principalmente sobre seus direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2005).

No ano de 1994 aconteceu no Cairo, a Conferência Mundial de População em Desenvolvimento, em que foram colocados os direitos reprodutivos na normativa internacional. Especificamente em seu Capítulo VII, reconheceu os adolescentes como sujeitos desses direitos. Posterior à conferência, em 1999, a ONU realizou uma revisão e avaliação da implementação de seu plano, conhecido como Cairo+5, da qual emergiu a garantia do direito dos adolescentes como “o direito à privacidade, ao sigilo, ao consentimento informado, à educação sexual no currículo escolar, à informação e à assistência à saúde sexual e reprodutiva” (TAQUETTE, 2013; p.73).

A afirmação dos direitos sexuais/reprodutivos dos adolescentes e, conseqüentemente, a possibilidade de uma vivência saudável, segura e autônoma da sexualidade nesta fase, perpassa necessariamente por uma mudança de atitude dos principais atores envolvidos nesse processo. Dentre eles, destaca-se a família, que é o primeiro grupo de interação com a criança e quem responderá as primeiras inquietações da adolescência, realizando importante papel nas orientações sobre sexualidade e podendo abrir ou não brechas para meios não confiáveis de informações sobre o assunto. Por conseguinte, a escola também possui papel fundamental na autonomia da sexualidade do adolescente, já que esta é um espaço privilegiado à disseminação de conhecimento e empoderamento para responsabilização na tomada de decisões. Acrescenta-se ainda, os serviços e profissionais de saúde que têm o dever reconhecido por lei de acolher as demandas de indivíduos nessa fase da vida, quanto às questões inerentes aos seus comportamentos e atitudes perante o sexo (BRASIL, 2013c).

No entanto, a ineficiência das ações de cuidado integral à saúde dos adolescentes tem ocasionado sérios agravos à saúde desse grupo. Geralmente, as mulheres iniciam a vida sexual mais tardiamente que os homens e a média da primeira relação sexual dos brasileiros é de 14,9 anos, refletindo a atenção especial e necessária que deve ser dada a esse segmento pelas esferas familiares, de educação, dos serviços de saúde e do Estado (GONÇALVES et al., 2015; BARBOSA; KOYAMA, 2008).

Heilborn et al. (2006) caracteriza o início da vida sexual como precoce, intermediária e tardia, com idades variando entre meninos e meninas. Para os homens, ocorre iniciação sexual denominada precoce quando este tem 14 anos ou menos de idade, já a intermediária abrange idades dos 15 aos 16 anos, e a tardia 17 anos ou mais. Para as mulheres considera-se precoce a iniciação sexual com 15 anos ou menos, intermediária com 16 a 17 anos e tardia com 18 anos ou mais (BOZON; HEILBORN, 2006).

Dentre os principais comportamentos sexuais de risco percebidos entre os adolescentes brasileiros, estão a idade precoce da primeira relação sexual, as relações sexuais

desprotegidas, a gravidez/parentalidade não planejada, as altas taxas de internamento por complicações do parto e aborto, a alta prevalência de IST e aumento da incidência de HIV/Aids nesse grupo (ASSIS et al., 2014; OLIVEIRA-CAMPOS et al., 2014; BERQUÓ et al., 2012; MALTA et al., 2011).

A não utilização ou o uso inadequado do preservativo tem sido apontado como discussões importantes em vários estudos referentes à iniciação sexual precoce (OLIVEIRA-CAMPOS 2014, ANJOS et al., 2012; PENSE, 2012; PENSE 2009). Sabe-se, que há uma associação entre os comportamentos de risco, como uso de álcool e outras drogas, às relações sexuais na adolescência, expondo o adolescente há um maior risco de adoecimento por IST (ASSIS et al., 2014; CAMPOS, 2013; OLIVEIRA-CAMPOS et al., 2013).

Ressalta-se que, em muitos casos, as relações sexuais na adolescência acontecem de modo ocasional e não planejado. Os comportamentos sexuais de riscos na adolescência podem comprometer a vida futura, com consequências relacionadas às IST sem cura e a gravidez não planejada (CAMPOS, 2013; ASSIS et al., 2014). Nas últimas décadas, houve aumento expressivo das taxas de prevalência de infecção pelo HIV entre os jovens e observa-se também uma mudança no perfil etário dos casos de AIDS. No ano de 2012, por exemplo, foram notificados mais de 4 mil novos casos em jovens de 15 a 24 anos de idade, principalmente no sexo masculino (BRASIL, 2013d).

Além do não uso ou uso inadequado do preservativo, na adolescência é comum a utilização de métodos contraceptivos e de barreiras de forma não planejada. Os resultados da Pesquisa Nacional de Demografia em Saúde (PNDS) do ano 2006 evidenciaram que a fecundidade das mulheres de 15 a 19 anos de idade, que em 1996 representava 17,0% da taxa total, passou para 23,0% neste mesmo ano. Além disso, as mulheres acima de 35 anos contribuíam apenas com 11% da taxa de fecundidade geral, sinalizando um rejuvenescimento do processo reprodutivo no Brasil (BRASIL, 2009b).

No sentido mais amplo deste problema, destaca-se as internações de adolescentes nos hospitais da rede do SUS, por complicações na gravidez, parto e puerpério. Segundo dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), as maiorias das internações registradas corresponderam a estas causas, sobretudo entre as adolescentes de faixa etária entre 15 e 19 anos (BRASIL, 2009b).

De modo geral, compreende-se que a forma como a experimentação da vida sexual acontece pode trazer consequências diversas, boas ou ruins, de exposição a vulnerabilidade, com comportamentos de riscos e até traumas para o futuro dessa adolescente.

2.4 Comportamento e hábitos alimentares

O conjunto de ações relacionadas aos alimentos é denominado comportamento alimentar, que tem início com a decisão do que ingerir, passando pela disponibilidade do alimento, a maneira como é preparado, os utensílios utilizados, horários e a separação das refeições, terminado com o ato de comer (MALTA; FIORE, 2010). Eles podem ser classificados em saudáveis e não saudáveis, considerando costumes como realizar refeições no âmbito familiar, realizar desjejum, a quantidade de água ingerida, dentre outros (MATIAS; FIORE, 2010; BARUFALDI, 2016).

Os hábitos alimentares são considerados atos individuais, no entanto, extrapolam sua subjetividade e vão além da escolha do indivíduo, já que são influenciados nas diversas fases da vida por características sociais, culturais, históricas, ecológicas e biológicas (PACHECO, 2008; MURRIETA, 2001).

A adolescência é uma fase da vida bastante suscetível a influências sobre os hábitos alimentares, em grande parte pelas experiências vivenciadas fora do âmbito familiar, seja pela ideia de formação de uma identidade grupal ou por rebeldia ou aceitação social (SANTOS et al., 2012; PACHECO, 2008). Os adolescentes vivenciam um dilema, típico do processo de transição nutricional, entre consumir alimentos que os identificam como “alguém moderno e descontraído” (representado por consumo de refrigerantes, *fast food*, entre outros) ou adotar hábitos saudáveis que proporcionem benefícios à saúde (FONSECA, 2015; MAIA; KUBO; GUBERT, 2014; SANTOS et al., 2012).

Nas últimas décadas, ocorreram diversas transformações econômicas, sociais, demográficas, que refletiram em mudanças nos padrões do comportamento e consumo alimentar da população. Atualmente, o consumo exacerbado de alimentos industrializados tem substituído o consumo de alimentos tradicionais, à base de grãos cereais e alimentos *in natura*, afetando diretamente a saúde da população brasileira e constituindo parte da chamada dieta ocidentalizada (NAVAS et al., 2015; DIEZ-GARCIA, 2003).

Tardido e Falcão (2006) e Woichick et al. (2013) apontam diferenças na escolha entre os alimentos consumidos por adolescentes de zona urbana e rural. Adolescentes rurais consomem diariamente mais alimentos *in natura* (cereais, tubérculos, frutas e hortaliças) quando comparados aos adolescentes urbanos, que comumente consomem mais alimentos processados (ricos em açúcares e gorduras), leite e derivados.

Entre determinados grupos socialmente vulneráveis, como os quilombolas, Souza e Soares (2011) e Navas et al. (2015) evidenciaram mudanças nos hábitos alimentares ao longo

do tempo. Tais mudanças podem ser atribuídas à influência de uma dieta ocidentalizada, que tem por base alimentos industrializados e uma menor produção para autoconsumo, refletindo uma pior condição de consumo e comportamento alimentar.

O estudo de Soares e Barreto (2014), realizado com adultos de mais de 20 anos, residentes em comunidades quilombolas da zona rural do município de Vitória da Conquista, Bahia, evidenciou consumo regular (≥ 5 dias por semana) de frutas e verduras/legumes em, respectivamente, 18,0% e 13,5%. Ademais, 81,0% destes não encontravam local para comprar frutas e verduras.

As comunidades rurais do estudo têm maior proximidade das estradas que dão acesso ao meio urbano, o que facilita a distribuição dos produtos agrícolas da comunidade e faz com que busquem novas formas de subsistência. Geralmente, estas alternativas diferem dos modos de produção da agricultura familiar e podem ser baseadas em um maior consumo de alimentos industrializados. Tais mudanças são reflexos do processo de transição nutricional ocorrido nas últimas décadas no Brasil e repercutem em alterações do comportamento alimentar dessa população.

2.5 Sedentarismo no lazer

O lazer sedentário pode ser definido como o aumento do tempo em atividades de repouso, que ocorre devido aos avanços tecnológicos, tais como o uso de computador, celular, tempo gasto em frente à televisão (TV), jogos de videogame e internet (RANGEL; FREITAS; ROMBALDI, 2015). Esse comportamento pode acontecer em qualquer etapa da vida, mas é na adolescência, fase caracterizada por intensas transformações biológicas, cognitivas e emocionais, que ela revela maiores repercussões e influências (WHO, 1986).

A mudança de diversos hábitos da população durante as últimas décadas tem contribuído para o crescimento dos níveis de sedentarismo entre os adolescentes (OLIVEIRA et al., 2011; GUIMARÃES, 2013). Este fator está diretamente relacionado ao aumento do tempo em atividades de lazer sedentário, anteriormente não existentes ou escassos nos domicílios brasileiros e que atualmente com avanços tecnológicos, tais como o uso de computador, celular, tempo gasto em frente à televisão (TV), jogos de videogame e internet, contribuíram drasticamente para esta forma de lazer (RANGEL; FREITAS; ROMBALDI, 2015; GUIMARÃES, 2013).

A permanência por grandes períodos diários em frente à TV vem sendo associada ao aumento do Índice de Massa Corporal (IMC), sobrepeso e obesidade. Acredita-se que esse

aumento aconteça por dois fatores: menor gasto energético e o aumento da prevalência do consumo de alimentos de alto valor calórico (GUIMARÃES, 2013; CAMELO et al., 2012; MONTICELLI; SOUZA; SOUZA, 2012). Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012), a prevalência de lazer sedentário, definido como o tempo em frente à TV igual ou superior a duas horas diárias, foi de 78,6% (MALTA et al., 2014).

Atualmente e em crescente atividade, outro fator que tende a elevar o aumento do tempo gasto no lazer em repouso e que merece destaque pela facilidade de acesso, é a internet, podendo diminuir o convívio pessoal em espaços fora de casa, para manter comunicação pelo espaço virtual por longos períodos de tempo. Podem efetivar-se por meio de aparelhos de fácil aquisição, tais como celulares, computadores e *smartphone/tablets*, que levam a mudanças de hábitos alimentares devido à influência da mídia contida nos sites de relacionamentos (SOUZA, 2013).

O sedentarismo no lazer pode levar ao aumento do ganho de peso devido ao menor gasto de energia e ao crescente aumento do consumo de alimentos de alta densidade calórica (GUIMARÃES, 2013). Doenças como obesidade, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e diabetes *mellitus*, também podem surgir em função desse comportamento (VITORINO et al., 2014; RIOS et al., 2012).

No Brasil, a última pesquisa nacional realizada com adolescentes revelou alta prevalência de lazer sedentário entre os escolares (IBGE, 2016a). Resultado corroborado por Camelo et al. (2012), avaliando escolares do 9º ano das redes públicas e privadas do Brasil, e por Malta et al. (2014), em estudo com escolares do 9º ano de escolas brasileiras. Estes estudos demonstraram que esta prevalência esteve associada sexo feminino, menor idade, cor da pele preta ou parda, viver apenas com um dos pais, estudar em escola pública, piores condições econômicas e em ambientes onde não é estabelecido o uso de meios de comunicação social. Segundo Camelo et al. (2012), o hábito de estar em frente à TV por longos períodos pode resultar do menor custo da TV frente às demais opções diárias de lazer e esporte.

A recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) é de redução do tempo gasto frente à TV a menos de duas horas e estimular a prática de atividades físicas, com intensidade moderada e vigorosa pelo menos 60 minutos por dia (WHO, 2008).

Müller e Silva (2013) discutiram que o contexto da zona rural, por apresentar uma conformação diferente da área urbana, pode influenciar o estilo de vida do adolescente, levando-o a comportamentos e hábitos diferentes dos urbanos. Em regiões rurais, além de condições financeiras mais desfavoráveis, a falta de um ambiente físico adequado para a

realização das práticas desportivas pode favorecer a inatividade física e o sedentarismo no lazer.

Um estudo realizado por Barros e Silva (2013), com adolescentes de 13 a 19 anos, matriculados em escolas de ensino médio da zona rural do Rio Grande do Sul, evidenciou 46,7% de prevalência de inatividade física no lazer.

Bezerra et al. (2015) discutiram que entre populações de comunidades tradicionais, como as quilombolas, a atividade física é comumente associada ao domínio trabalho, ocorrendo mais inatividade física nas horas de lazer. Neste estudo, foi encontrado 93,3% de prevalência de inatividade física no lazer entre adultos com 18 anos ou mais, residentes em comunidades quilombolas de um município do sudoeste da Bahia. Os autores apontaram que as características próprias destas populações, como a cultura, território, organização, padrões e hábitos alimentares podem expressar maior vulnerabilidade entres estes.

2.6 Autoimagem corporal e práticas extremas em relação ao peso

A percepção de autoimagem corporal começa a ser formada ainda no período da infância, na qual o indivíduo passa a formar opiniões sobre o seu corpo (LAUS et al., 2011), mas é na adolescência que esses sentidos afloram e a autonomia da percepção é consagrada (CONTI, 2008). Essa percepção pode ser influenciada por fatores sociais, psicológicos, biológicos, bem como por emoções já vividas pelo indivíduo (GRAUP et al., 2008).

Entende-se por autoimagem corporal a constituição figurativa do corpo humano formado a partir da imaginação da própria pessoa, a maneira na qual o corpo é representado para si mesmo. É uma construção multidimensional que o indivíduo forma envolvendo fatores fisiológicos, biológicos, ambientais e sociais, que podem alterar a visão do próprio corpo (FINATO et al, 2013).

Na adolescência, fase marcada por transformações diversas, o indivíduo começa a exercer comportamentos e práticas diferenciadas, marcadas especialmente pela autonomia, desenvolvimento e sua maior exposição a situações do cotidiano. Essa é a fase da vida na qual o crescimento é de maior velocidade, implicando alterações no tamanho, na aparência e na satisfação corporal (DEL CIAMPO; DEL CIAMPO, 2010).

Em um estudo realizado por Miranda et al. (2014), em cidades rurais de Minas Gerais, observou-se que 27,8% dos adolescentes estavam insatisfeitos com seu corpo, esse resultado diferiu positivamente do resultado da PeNSE 2012, que 38,2% dos adolescentes estavam insatisfeitos com seu corpo, demonstrando uma maior satisfação corporal entre adolescentes

de zona rural do que os da zona urbana. Corroborando com esse resultado, Iepsen e Silva (2014) avaliaram a presença da insatisfação corporal em adolescentes da zona rural do Rio Grande do Sul e observaram também uma menor prevalência da insatisfação corporal (16,9%) desses adolescentes quando comparados a pesquisa de nível nacional, a PeNSE 2012. (IBGE, 2013a).

A sociedade vem apresentando comportamentos abusivos e extravagantes quando se fala em padrões de beleza, com a busca excessiva pelo corpo perfeito, magro e com musculatura definida, resultando em uma incessante disputa pelo corpo “ideal” (DE OLIVEIRA LANGONI et al., 2014). São disseminadas rotineiramente nos meios de comunicação várias informações de que não existe lugar na sociedade para aqueles que não se enquadram nos parâmetros ditados, favorecendo pensamentos negativos aqueles que já são vulneráveis (CLARO; SANTOS; OLIVEIRA-CAMPOS, 2014; LAUS et al., 2011).

A preocupação exagerada e a insegurança em relação ao seu corpo podem levar o adolescente a adotar práticas extremas e não saudáveis para conseguir o corpo ideal (OLIVEIRA et al., 2003). A vulnerabilidade em relação à percepção corporal é mais evidente entre adolescentes do sexo feminino (IEPSEN; SILVA, 2014). Geralmente, as meninas tendem a uma maior busca pela perda de peso em detrimento dos meninos, que priorizam o desejo de porte atlético (FIDELIX et al., 2011).

As adoções de práticas extremas em relação ao peso como dietas milagrosas sem o acompanhamento de um profissional da área, indução de vômitos, além do uso indiscriminado de medicamentos sem a prescrição médica assim como laxantes e diuréticos, tornam os adolescentes mais suscetíveis a graves distúrbios alimentares como a anorexia e bulimia (OLIVEIRA et al., 2003).

Do mesmo modo, outros comportamentos adotados nesta fase da vida, também trazem consequências graves aos adolescentes podendo levar até a morte, como exercícios físicos praticados de maneira exagerada e o uso de anabolizantes, práticas que são relacionadas à dismorfia corporal (CLARO; SANTOS; OLIVEIRA-CAMPO, 2014), que é caracterizada como a preocupação exagerada com a aparência, sendo o início de transtornos mais graves (MORIYAMA; AMARAL, 2007).

Apesar de mais comumente encontrados em adolescentes da zona urbana, estudos revelam que adolescentes da zona rural também são afligidos por esses comportamentos e questionamentos (TRICHES; GIUGLIANI, 2007). Kochergin, Proietti e César (2014) evidenciaram que as diferenças culturais, encontradas no contexto rural, podem modificar a percepção da imagem corporal e os comportamentos relacionados ao peso. Além disso, entres

as próprias comunidades rurais, podem ser encontradas diferenças.

Miranda et al. (2014) evidenciou 27,8% dos adolescentes matriculados em escolas da rede pública de cidades rurais, da zona da mata de Minas Gerais, apresentaram algum nível de insatisfação corporal. Do mesmo modo, Iepsen e Silva (2014) encontraram 16,9% de adolescentes de 13 a 19 anos, escolares da zona rural da região sul do Rio Grande do Sul, com alguma insatisfação corporal.

Para Iepsen e Silva (2014), as prevalências de insatisfação corporal na zona rural, muitas vezes, são menores quando comparadas às da zona urbana. Sugere-se que, os adolescentes rurais possam estar menos expostos às pressões sociais, cultura da magreza ou corpo musculoso, frente ao perfil encontrado entre adolescentes urbanos. Esta insatisfação pode ainda ser influenciada por questões culturais de beleza, específicas de cada população ou comunidade.

2.7 Estado nutricional

As influências ambientais, sociais, comportamentais e de padrões familiares de alimentação inadequados, geram maus hábitos alimentares e provocam prejuízos, muitas vezes irreparáveis, ao estado nutricional e saúde geral do indivíduo (NEUMARK-SZTAINER et al., 2002).

Observa-se um acentuado aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade entre as diferentes faixas etárias, ainda que a desnutrição, os distúrbios metabólicos, entre outras deficiências de ordem nutricional, não tenham sido superados. Este processo de transição demográfico e nutricional tem atingido diversos países no mundo, principalmente os países do ocidente, devido à melhoria da qualidade de vida, acesso a bens e serviços, implantação de programas de transferência de renda e processo de industrialização de alimentos. No Brasil, a transição nutricional foi influenciada, sobretudo, pelas características socioculturais e econômicas do desenvolvimento do país que demarcaram os estágios dessa transição (RAMIRES et al., 2014; BATISTA FILHO; RISSIN, 2003).

Estudos têm demonstrando que este cenário representa fator de risco para o aparecimento de doenças, a curto e longo prazo, que são cada vez mais frequentes e precoces na sociedade contemporânea, a exemplo das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT). As DCNT estão relacionadas, principalmente, a prevalência de excesso de peso, ao inadequado estado nutricional e aos hábitos alimentares poucos satisfatórios (RAMIRES et al., 2014; LEAL et al., 2012; MENEZES et al., 2015). Ainda assim, mostram-se prevalentes

os distúrbios nutricionais, como as hipovitaminoses e carências de nutrientes essenciais (LIBERALI et al., 2013).

Crianças e adolescentes constituem-se como os grupos mais vulneráveis à ocorrência desses agravos, já que estão em construção dos hábitos e comportamentos alimentares. Por isso, considera-se que a evidência de distúrbios nutricionais nestes segmentos etários, configura-se como um bom indicador de saúde da população (RAMIRES; 2014; MONTEIRO; CONDE; DE CASTRO, 2003).

Diversos métodos podem ser empregados no diagnóstico do excesso de gordura corporal, dentre eles a antropometria. As medidas antropométricas consistem em um método não invasivo, prático, de fácil aplicação e que oferece um diagnóstico rápido para identificação do sobrepeso/obesidade. Além disso, podem ser utilizadas amplamente nos serviços de saúde pública, oferecendo um diagnóstico nutricional correto e colaborando à prevenção de eventuais complicações. O IMC é um indicador antropométrico mais comum à identificação do sobrepeso/obesidade e à prevalência dos fatores de risco para o surgimento de doenças e agravos nutricionais (ROMERO et al., 2014; AZAMBUJA et al., 2014).

Além disso, Lynch et al. (2007) e Azambuja et al. (2014) demonstraram que há uma correlação positiva entre o peso e a aparência corporal na adolescência, revelando que esta associação traz riscos de distúrbios alimentares em ambos os sexos e todos os grupos étnicos, apesar de assumir que apresente variação entre grupos por conta das suas características próprias. Outros estudos revelam que o sobrepeso tem influência direta na insatisfação com sua imagem corporal entre os adolescentes em fase escolar e, além disso, quando avaliada a insatisfação, os mesmos ainda apresentam maiores índices de insatisfação que os colegas com peso normal (AZAMBUJA et al., 2014; GLANNER et al., 2013; ASSUNÇÃO SANTIAGO; SANTOS, 2013; FIDELIX et al., 2013).

3 JUSTIFICATIVA

Os adolescentes podem estar expostos à maior vulnerabilidade, sobretudo, devido às transformações vivenciadas nesse período da vida. Esta vulnerabilidade pode ser influenciada por aspectos como gênero, raça/cor, condições socioeconômicas, estilo de vida, disfunções no contexto familiar, privação de acesso aos serviços de saúde e a informações, e carência de políticas públicas específicas. Tais influências podem comprometer sua vida futura, favorecendo a ocorrência de doenças de base e comorbidades, além da aquisição de comportamentos e hábitos inadequados e/ou de risco.

Adolescentes residentes em áreas rurais podem ser bastante diferentes daqueles da zona urbana, tanto em relação às questões sociais, quanto religiosas e/ou culturais. Na zona rural, a falta ou dificuldade de acesso a bens e serviços sociais e de saúde, longas distâncias geográficas, tornam esta população susceptível às iniquidades. Este contexto pode ser ainda mais evidente em grupos ou comunidades tradicionalmente mais vulneráveis, como os quilombolas, historicamente expostos aos efeitos das desigualdades sociais e segregação racial.

Sabe-se que são escassos na literatura os estudos que avaliem as dimensões de saúde de adolescentes no meio rural, principalmente de adolescentes quilombolas. Ressalta-se que a maior parte dos estudos epidemiológicos no Brasil concentra-se no conhecimento das condições de saúde de adolescentes urbanos, sobretudo, no ambiente escolar. Nesta perspectiva, este estudo surgiu como possibilidade de realizar um amplo diagnóstico das condições de saúde da população de adolescentes de uma zona rural do Nordeste brasileiro. A pesquisa incluiu adolescentes escolares, inclusive os que estudavam no turno noturno, e aqueles que não estavam inseridos no sistema educacional, possibilitando uma melhor caracterização da população estudada.

Logo, o presente estudo justifica-se pela necessidade de compreensão das questões de saúde de adolescente rurais, quilombolas e não quilombolas, que podem estar mais vulneráveis. Entre estes, as particularidades culturais e religiosas podem refletir em comportamentos distintos das demais populações. Podem ser encontradas barreias de acesso à informação, que dificultam a vivência de uma sexualidade saudável e favorecem a exposição a comportamentos de risco. Devido às piores condições financeiras e/ou influências culturais e sociais, podem ter menores oportunidades de acesso a uma alimentação saudável e em quantidade suficiente. Podem ainda não ter espaços adequados para a prática de atividade física, devido à localização geográfica e falta de infraestrutura da zona rural. Ademais, diante

de todos estes aspectos, podem ter percepções corporais diferentes dos demais, inclusive incoerentes com seu estado nutricional e atitudes em relação ao peso.

Apesar de todos os programas e materiais e das mudanças ocorridas na percepção do que é adolescência no Brasil, ainda são encontradas diversas lacunas nos conteúdos teórico-metodológicos que contemplem o cuidado integral dessa fase vida. Além disso, observa-se que há pouca visibilidade das articulações, da valorização intersetorial e da participação dos adolescentes como protagonistas desse processo (JAGER et al., 2014).

Nessa perspectiva, é imprescindível oportunizar aos adolescentes o acesso efetivo aos serviços de saúde, a seus direitos e dispositivos sociais vinculados a este segmento. A Atenção Primária a Saúde (APS) surge como porta de entrada, estruturada e organizada, para ofertar serviços acessíveis às demandas da adolescência e do seu contexto familiar.

Este estudo foi conduzido pelas seguintes perguntas norteadoras:

- Qual o comportamento sexual dos adolescentes de uma região rural na Bahia? Existem vulnerabilidades individuais e sociais relacionadas ao comportamento sexual desses adolescentes rurais?
- Como são o consumo e o comportamento alimentar desses adolescentes?
- Estes adolescentes apresentam comportamento de lazer sedentário? Existem hábitos alimentares e vulnerabilidades individuais e sociais relacionadas ao comportamento de lazer sedentário?
- Estes adolescentes estão satisfeitos com o seu próprio corpo? Existem diferenças entre a percepção corporal e estado nutricional? Ocorrem atitudes e práticas extremas em relação ao peso?

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Avaliar condicionantes de saúde de adolescentes quilombolas e não quilombolas da zona rural de um município do Sudoeste da Bahia.

4.2 Objetivos específicos

- Descrever o comportamento sexual de adolescentes rurais;
- Identificar fatores individuais e do contexto familiar e social associados à ocorrência de relação sexual alguma vez na vida de adolescentes quilombolas e não quilombolas;
- Descrever o consumo e comportamento alimentar dos adolescentes quilombolas e não quilombolas;
- Medir a associação entre consumo alimentar e características sociodemográficas de adolescentes quilombolas e não quilombolas;
- Determinar a prevalência do sedentarismo no lazer na população em estudo;
- Identificar fatores individuais e de contexto familiar e social associados ao sedentarismo no lazer de adolescentes quilombolas e não quilombolas;
- Descrever a autoimagem corporal, estado nutricional e comportamentos em relação ao peso na população em estudo;
- Verificar a concordância da autoimagem corporal com o estado nutricional e com as atitudes e práticas extremas em relação ao peso de adolescentes, quilombolas e não quilombolas.

5 MÉTODOS

5.1 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Bahia, *Campus* Anísio Teixeira, Instituto Multidisciplinar em Saúde, em 08 de maio de 2014, sob o parecer número 639.966. Conforme previsto na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, a privacidade e o anonimato dos adolescentes foram garantidos em todas as fases da pesquisa inclusive na elaboração dos resultados, considerando os aspectos éticos que envolvem pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012b). Além da Resolução 466/12, foram também observados itens do Estatuto da Criança e do Adolescente, quando da abordagem aos mesmos.

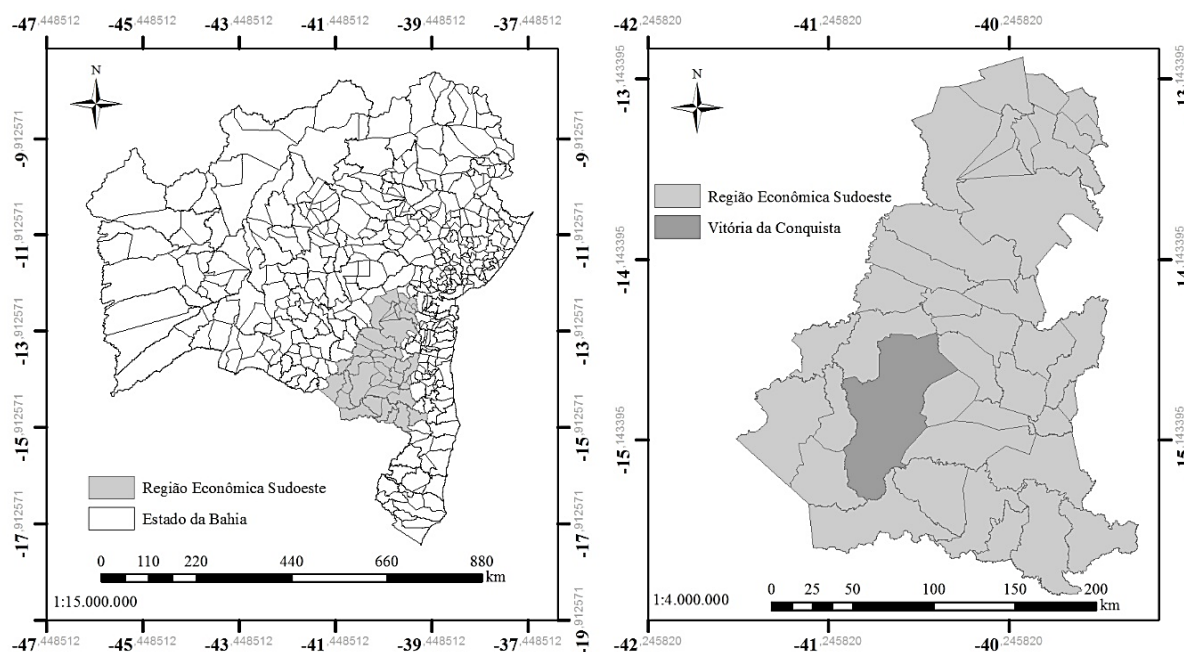
Os participantes foram previamente informados sobre os objetivos da pesquisa, procedimentos e coleta dos dados, por meio da leitura dos termos, e reforçou-se as questões do sigilo, anonimato, voluntariedade da participação e possibilidade de desistência em qualquer tempo. Caso concordassem em participar, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias pelos adolescentes maiores 18 anos e/ou responsáveis. O Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) foi assinado pelos adolescentes menores de 18 anos e a assinatura do TCLE foi realizada pelos representantes legais.

5.2 Delineamento e local do estudo

Trata-se de um recorte da pesquisa “Adolescer: saúde do adolescente rural e seus condicionantes”, um estudo transversal de base populacional rural e abordagem domiciliar.

O estudo foi realizado no município de Vitória da Conquista, região Sudoeste da Bahia, e teve como área de abrangência as microáreas atendidas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), localizadas na zona rural do município (Figura 1).

Figura 1 – Localização geográfica da Região Econômica Sudoeste e do município de Vitória da Conquista, Bahia, 2017.



Projeção *Transverse Mercator*. Datum WGS 1984. Edição: 05/01/2017.

Fonte: Adaptado da Divisão Político-Administrativa da Bahia 2012: DIGEO/SEI - Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia - Coordenação de Cartografia e Geoprocessamento - CARTGEO, Coordenação de Recursos Naturais - CRNA, Divisão de Informação Geoambientais

5.2.1 Caracterização do município de Vitória da Conquista

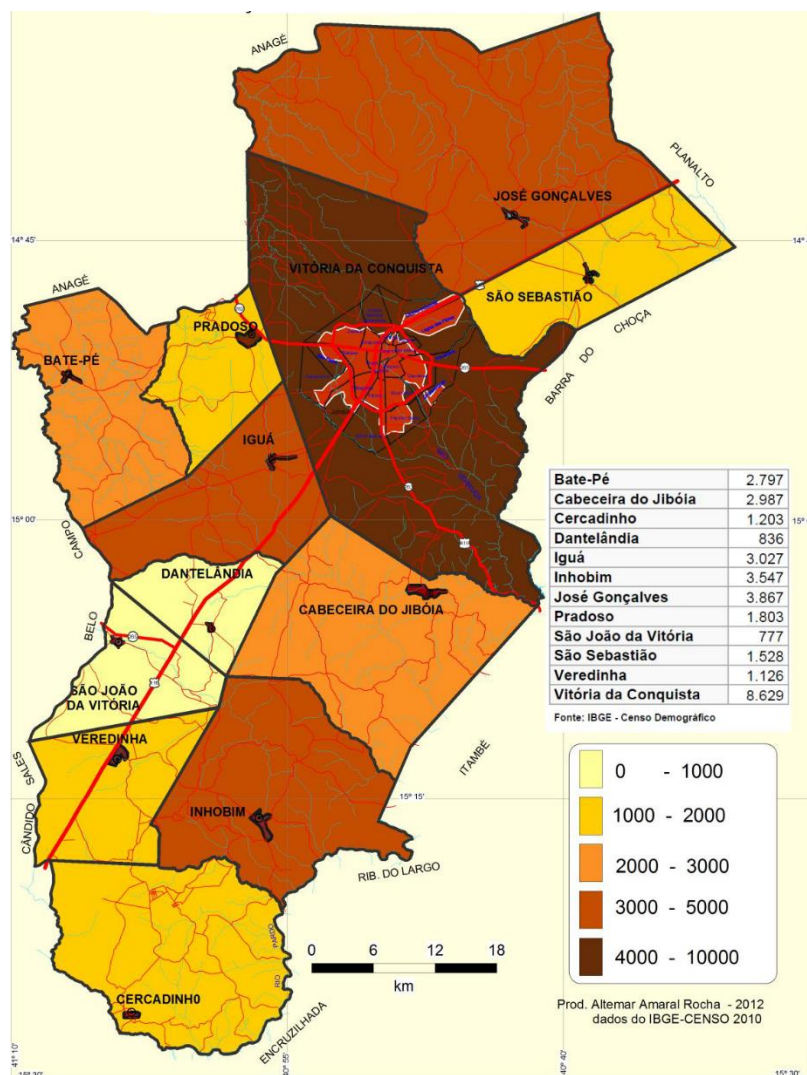
Desde o ano de 2010, o estado da Bahia é dividido em “Territórios de Identidade”. Esta divisão foi realizada considerando a realidade local dos territórios e teve como principal finalidade o apoio ao desenvolvimento equilibrado e sustentável entre as regiões e a implementação de políticas públicas no estado. A definição dos critérios de divisão e avaliação da seleção dessas regiões contou com a participação de atores sociais e gestores públicos, valorizando o sentimento de pertencimento das comunidades (BAHIA, 2016).

O território de identidade de Vitória da Conquista é composto por 24 municípios e faz fronteira com territórios como o Sertão Produtivo, Médio Rio de Contas e Itapetinga. É distribuído em uma área de 26.809,99 km², teve população estimada em 695.302 habitantes e densidade demográfica de 25,9 habitantes/km, considerada a 4^a maior população entre os territórios baianos. Entre os municípios que compõem esse território, a maior parte população se concentra na zona rural (SANTOS; ALCANTARA, 2013).

O município de Vitória da Conquista estimou para o ano de 2016, 346.069 habitantes,

com uma extensão territorial de 3.704,018 km² e possui o 6º maior Produto Interno Bruto (PIB) do estado. Estima-se que 11,7% da sua população reside em uma extensa área geográfica rural (IBGE, 2016b). O município possui 304 povoados, distribuídos em 12 distritos, distantes em média 31,2 km da sede, denominados: Bate Pé, Cabeceira do Jibóia, Cercadinho, Dantelândia, Iguá, Inhobim, José Gonçalves, Pradoso, São João da Vitória, São Sebastião, Veredinha e o Distrito Sede Vitória da Conquista. (FERRAZ; ROCHA, 2012) (Figura 2).

Figura 2 – Mapa de Vitória da Conquista, população rural por distrito, 2010.



Fonte: Ferraz; Rocha, 2012.

A política pública de saúde aplicada neste município concentra-se, em partes, na Atenção Primária a Saúde (APS). A Estratégia de Saúde da Família (ESF) conta com 42 equipes (17 localizadas na zona rural e 25 na zona urbana) e o Programa de Agentes

Comunitário de Saúde (PACS), com o total de 10 equipes de Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo que 2 destas atendem também a zona rural do município. À época da pesquisa, o município possuía cobertura total da ESF de 42,6% e de 97,4% de cobertura do Programa de Agentes Comunitários de Saúde na zona rural (BRASIL, 2015a).

5.3 População de estudo e amostra

A população alvo foi composta por adolescentes de 10 a 19 anos de idade, provenientes de comunidades não quilombolas e quilombolas, reconhecidas pela Fundação Cultural Palmares, da zona rural do município de Vitória da Conquista.

Esta zona rural contempla diferentes grupos e comunidades rurais que apresentam diversidades culturais e de costumes. As famílias quilombolas existentes e reconhecidas pela Fundação Cultural Palmares (2016) na região desta pesquisa somam vinte e três comunidades. A população quilombola participante do estudo foram provenientes de nove localidades destas, conhecidas como: Poço de Aninha, Manoel Antônio, Tabua, Caldeirão, Oiteiro, Baixão, Lagoa de Maria Clemência, Muritiba e Riacho de Teófilo.

O universo amostral compreendeu 350 adolescentes quilombolas e 461 adolescentes não quilombolas, totalizando uma população de 811 adolescentes.

5.3.1 Amostragem

A estimativa populacional para o planejamento da amostra foi realizada com base na Ficha A (ANEXO B), preenchidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), nas visitas domiciliares da APS. Foram considerados os estratos populacionais de adolescentes residentes em comunidades quilombolas e não quilombolas.

Para garantir a representatividade e a viabilidade da pesquisa, optou-se por uma estratégia amostral que considerasse a extensão territorial e a população de adolescentes residentes nas comunidades rurais. Sendo assim, foram utilizados como princípios amostrais: selecionar domicílios proporcionalmente ao número de adolescentes por comunidade e entrevistar apenas um adolescente por domicílio. Além disso, para possibilitar a obtenção de estimativas válidas para as populações quilombolas e não quilombolas, a amostra foi calculada separadamente para cada estrato.

Para o cálculo amostral considerou-se prevalência de 50%; precisão de 5%; nível confiança de 95%; efeito de desenho igual a 1,0 e 15,0% para possíveis perdas. Contudo, para

o estrato quilombola, o acréscimo de perdas foi de 7,1%, considerando que seria entrevistado apenas um adolescente por domicílio e que o número de domicílios para este grupo seria superado. Assim, todos os domicílios em comunidades quilombolas foram visitados.

A amostragem para o estrato não quilombola foi realizada em duas etapas. Primeiro, foram selecionados aleatoriamente os domicílios que tinham a presença de adolescentes, conforme a distribuição proporcional destes na comunidade. Posteriormente, houve seleção aleatória de adolescentes por domicílio. Para o estrato quilombola, foram visitados todos os domicílios e os adolescentes foram selecionados aleatoriamente.

Adotou-se como critério de exclusão, as situações em que os adolescentes e/ou responsáveis estavam impossibilitados de responder o questionário, por estarem alcoolizados no momento da coleta dos dados ou por apresentarem transtornos mentais graves com comprometimento cognitivo.

5.4 Procedimentos para coleta de dados

5.4.1 Instrumentos

O instrumento utilizado para a realização das entrevistas foi elaborado utilizando pesquisas nacionais, a saber: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) (IBGE, 2013b); Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (IBGE, 2013c) e Heilborn et al. (2006).

O instrumento de coleta de dados foi dividido em dois blocos. O primeiro foi respondido pelo próprio adolescente ou responsável maior que 18 anos e abordou características gerais do domicílio, renda e escolaridade do chefe da família. O segundo bloco, foi respondido apenas pelo adolescente, dividido da seguinte forma: características do adolescente e apoio social; características do trabalho; estilo de vida; percepção do estado de saúde e autoimagem corporal; deficiências; uso de drogas ilícitas; acidentes e violência; saúde sexual e reprodutiva; saúde bucal e higiene; e utilização dos serviços de saúde.

O software *Questionnaire Development System* (QDSTM; NOVA Research Company), versão 2.6.1, foi usado para construção dos questionários, pelo aplicativo *Questionnaire Design Studio* e visualização destes, por meio do CAPI e HAPI.

5.4.2 Treinamento

A equipe de entrevistadores foi composta por estudantes de graduação dos cursos de

Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Medicina e Psicologia, que já haviam participado de projetos de pesquisa e/ou extensão anteriores na zona rural estudada. Foram realizados treinamento e capacitação, por profissionais de saúde e docentes, tendo como enfoques: abordagem ao adolescente, condução de entrevista (orientação e dramatização), aspectos éticos, aferição de medidas antropométricas, manuseio e utilização de equipamentos e *softwares*, mapeamento territorial e identificação dos domicílios.

A equipe foi dividida em duplas, formadas por um entrevistador homem e uma entrevistadora mulher. Esse critério foi adotado com a finalidade de que os pares, entrevistador(a) e entrevistado (a), fossem do mesmo sexo, como forma de minimizar possíveis constrangimentos e viés de informação. Ademais, o(a) entrevistador(a) foi orientado(a) à buscar um ambiente que garantisse a confidencialidade das respostas e no qual o informante pudesse sentir-se confortável para responder ao instrumento e ser avaliado.

5.4.3 Pré-teste

Para o pré-teste foram aplicados cerca de 20 questionários com adolescentes de idades variadas, entre 10 e 19 anos, com os entrevistadores em treinamento. O instrumento recebeu adaptações, adequações e modificações, em relação à compreensão da linguagem dos adolescentes, além de pulos e da inserção de novas questões.

Para tais modificações, o questionário foi exaustivamente discutido, com intuito de saber se o mesmo seria sensível à população e de fácil compressão, considerando o contexto da zona rural deste território. Todavia, as discussões evidenciaram a necessidade da realização de um estudo piloto e, desta maneira, foram realizadas poucas alterações antes da execução do mesmo. O questionário manteve a estrutura original da PeNSE e PNS, com as questões fundamentais à comparabilidade em âmbito nacional e internacional. Contudo, considerando consistência interna e à sequência lógica das questões, foram incorporadas algumas questões e feita readaptação à estrutura de algumas sessões.

5.4.4 Sensibilização e mapeamento

O processo de sensibilização foi realizado conforme as seguintes etapas:

- Contato com a Prefeitura Municipal/Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista;

- Contato com a equipe de ESF da comunidade, para definição da data para apresentação do projeto Adolescer e do projeto piloto;
- Contato com a enfermeira da ESF da comunidade, para informar sobre o mapeamento e sobre o estudo piloto;
- Contato com o(a) ACS que atuava na região da comunidade, para que este(a) contribuísse à definição dos limites territoriais da comunidade. Este(a) profissional foi um importante agente de divulgação do estudo piloto em sua base socioespacial;
- Distribuição de convites aos adolescentes para exibição do filme “Adolescendo” (Fiocruz/Vídeo Saúde), em uma escola municipal da comunidade.

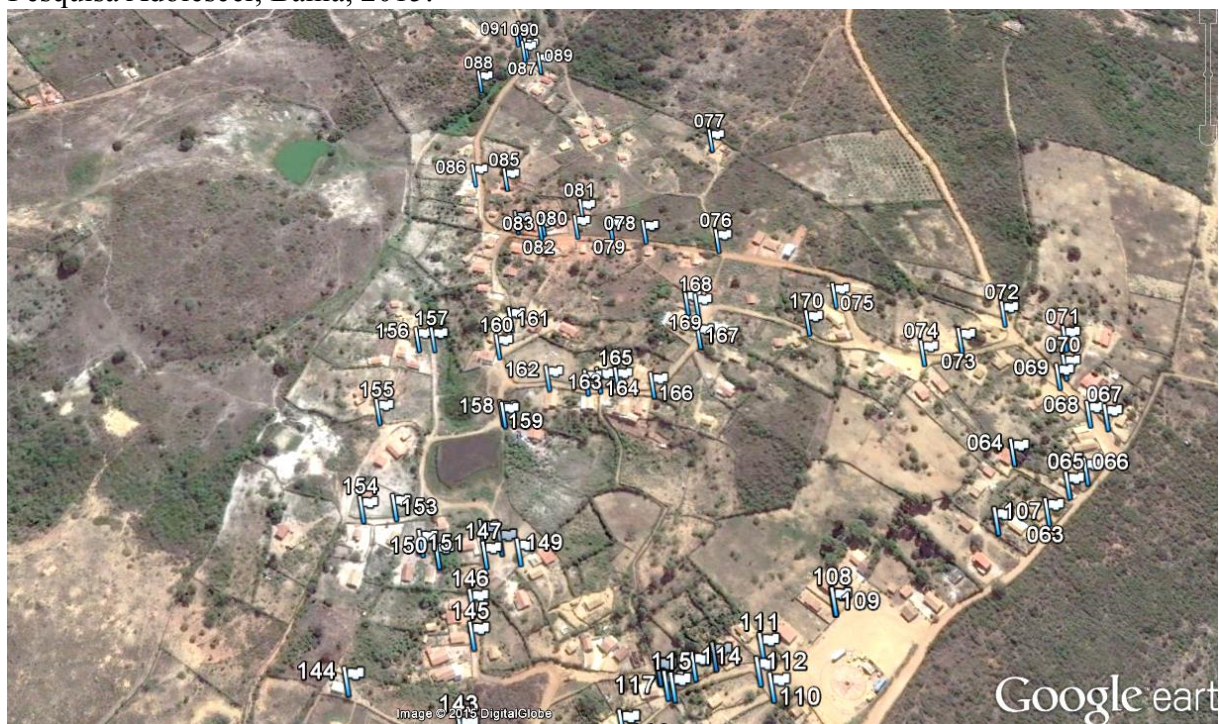
O projeto foi apresentado à equipe de ESF durante reunião mensal dos profissionais. Além disso, o projeto foi apresentado às lideranças comunitárias, no Conselho Local de Saúde e Conselho Territorial Quilombola.

O mapeamento foi parte importante da sensibilização e facilitou a identificação visual dos domicílios elegíveis na abordagem da equipe de entrevistadores, para realização das entrevistas domiciliares. Durante sua realização, foi distribuído no domicílio material impresso contendo informações acerca do estudo, convites para participação e esclarecimentos aos moradores e adolescentes quanto os objetivos da pesquisa. Os ACS colaboraram diretamente a esta etapa e o resultado dessa ação conjunta (equipe de mapeamento/ACS) foi percebido pelos entrevistadores durante a coleta de dados, uma vez que, a maioria dos moradores já relatava ter obtido informações sobre a pesquisa.

Para mapeamento do território, foram utilizados aparelhos *Global Positioning System* - GPS (Garmin eTrex-30), com precisão de 10 metros, e máquina fotográfica digital. O registro de imagens e a marcação dos pontos foram feitos em frente à porta principal dos domicílios e equipamentos das comunidades (igrejas, bares, escolas e campos). Os dados gerados pelo GPS foram editados com a identificação de cada ponto (*waypoint* – número e coordenadas geográficas) no *software Microsoft Office Word*. Acrescentou-se a essa identificação a foto do domicílio e algumas características que o identificasse. Desta listagem foram realizadas entrevistas em todos os domicílios, sorteando apenas os adolescentes a serem entrevistados, usando a ferramenta números aleatórios no *software online OpenEpi*.

Para confecção do mapa, os dados do GPS foram extraídos com o programa *Easy GPS*, versão 5.21, e transferidos para o programa *Google Earth®*, versão 7.1.2.204, para a confecção dos mapas utilizados em campo.

Figura 3 – Mapa da comunidade avaliada no estudo piloto, gerado por pontos do GPS. Pesquisa Adolescer, Bahia, 2015.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2014.

5.4.5 Estudo piloto

O estudo piloto foi realizado em dezembro de 2014, em uma comunidade rural não participante do estudo principal, e entrevistou-se população equivalente a 10,0% da amostra. Para garantia da qualidade das informações, foram reentrevistados 20,0% dos domicílios.

A realização desta etapa teve como objetivo principal verificar a viabilidade do estudo principal. Os objetivos específicos foram propostos para avaliar aspectos do protocolo que serão utilizados, a saber:

- Avaliar os instrumentos de coleta de dados (entrevista semiestruturada), no que se refere à confiabilidade, incluindo adequação à população, sequência, compreensão, tempo de aplicação e confiabilidade, forma de elaboração das perguntas, dentre outros aspectos;
- Avaliar os procedimentos para obtenção do TCLE e TALE, grau de participação, de recusas e os motivos destas;
- Avaliar o protocolo proposto em seus aspectos operacionais, incluindo medidas antropométricas, plano amostral, dimensionamento do tempo despendido com transporte, abordagem e aplicação das entrevistas;

Durante as atividades de campo do estudo piloto, a ferramenta de identificação visual e o mapa gerado se mostraram fundamentais, não só para identificação do domicílio a ser abordado, como a própria localização da equipe de entrevistadores na comunidade. Foram utilizados impressos para acompanhar a logística de campo, tais como: *check-list* do entrevistador, controle de visitas ao domicílio e participação dos indivíduos, agendamento de entrevistas e controle de entrevistas e reentrevistas.

5.5 Coleta de dados

A coleta de dados do campo principal ocorreu entre os meses de janeiro e maio de 2015. Para esta etapa foram organizadas diversas equipes e, durante a abordagem dos domicílios, foi utilizado um *script*, visando padronizar e orientar os entrevistadores para o convite aos residentes. Após abordagem e convite, foram aplicados os TCLE e TALE, seguidos das entrevistas e finalização com as tomadas de medidas.

Para a avaliação da confiabilidade das respostas obtidas em entrevistas, estabeleceu-se a realização de reentrevistas em 5% da amostra, que ocorreu no prazo máximo de sete dias após a realização da entrevista inicial. O processo de entrevista das características domiciliares teve duração aproximada de 15 minutos e, para a entrevista ao adolescente, foram gastos cerca de 60 minutos.

Os entrevistadores utilizaram computadores portáteis (HP Pocket Rx5710) para aplicação dos instrumentos durante a coleta. O software QDSTM (NOVA Research Company), versão 2.6.1, foi usado para extração, programação e armazenamento dos dados, por meio do aplicativo *Warehouse Manager*.

Para avaliação do comportamento sexual, optou-se pelas entrevistas serem realizadas em um lugar isolado no domicílio, com entrevistadores do mesmo sexo e de faixas etárias próximas às dos adolescentes (jovens).

As medidas antropométricas foram aferidas conforme Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) (BRASIL, 2011). O peso foi verificado em quilos (kg), com os indivíduos descalços e vestindo roupas leves, em balança portátil da marca Marte (modelo LC 200pp) com capacidade máxima de 200,0 kg e precisão de 0,05 kg. Para a aferição da estatura, verificada em centímetros (cm), foi utilizado o estadiômetro portátil da marca CauMaq (modelo est-22) de leitura lateral com extensão de 2,0 metros (m) e graduação em milímetros (mm), estando os indivíduos descalços e em posição ereta

(BRASIL, 2011).

5.6 Variáveis

Para descrever o comportamento sexual dos adolescentes, foram utilizadas as variáveis: relação sexual alguma vez na vida, idade na primeira relação sexual (em anos), relação sexual nos últimos 12 meses, uso de preservativo na última relação sexual e número de parceiros sexuais na vida. Para descrever as orientações recebidas pelos adolescentes, foram utilizadas as variáveis: orientação sobre gravidez, sobre Aids ou outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e sobre como conseguir preservativo.

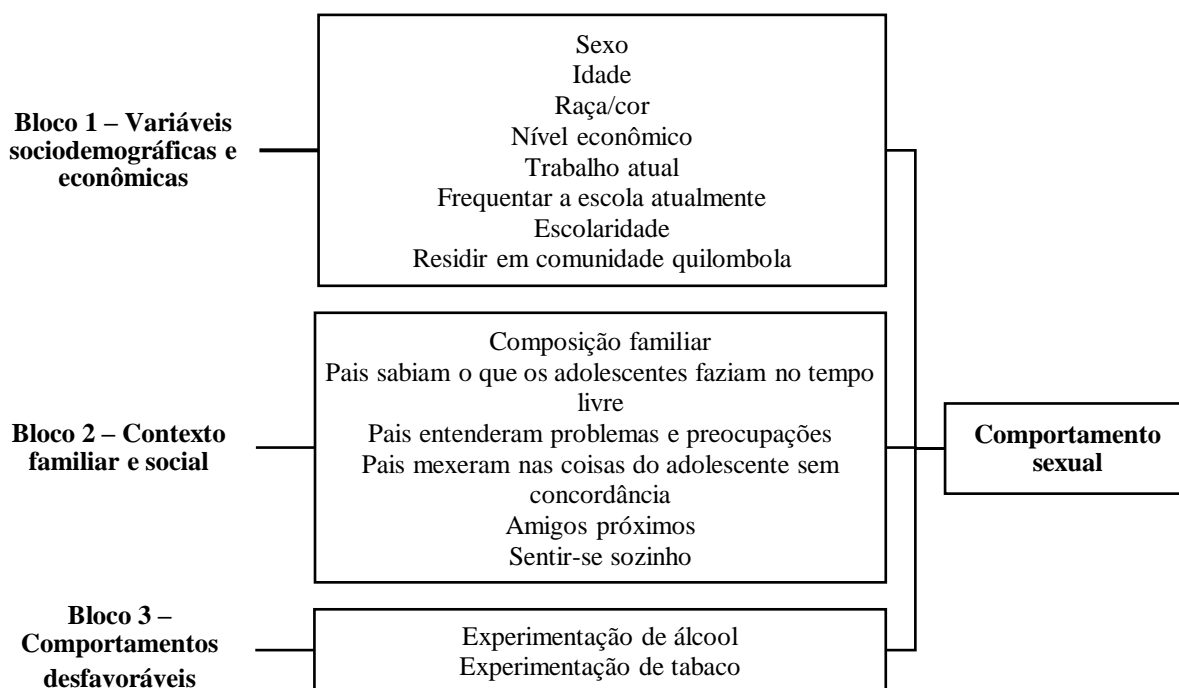
Nessa avaliação, a variável dependente foi relação sexual alguma vez na vida, obtida através da pergunta: “Você já teve relação sexual (transou) alguma vez?”. As variáveis independentes foram estabelecidas a partir de uma revisão da literatura para análise do comportamento sexual e fatores associados, organizadas em três blocos (Figura 4).

O primeiro bloco foi constituído por variáveis sociodemográficas e econômicas: sexo (masculino; feminino), idade (em anos), raça/cor (não negra; negra – pardos e pretos), nível econômico (B/C; D; E – de acordo os critérios da Associação Brasileira de Pesquisas e Mercados – ABEP, 2014), trabalho atual (não; sim), frequentar a escola atualmente (sim; não), escolaridade em anos de estudo (até 5 anos; 6 a 9 anos; 10 ou mais) e residir em comunidade quilombola (não; sim).

No segundo bloco, o contexto familiar e social foi descrito a partir das variáveis: composição familiar (mora com os pais; mora apenas com o pai ou com a mãe; não mora com os pais), frequência com que pais sabiam o que os adolescentes faziam no tempo livre (na maior parte do tempo/sempre; às vezes; nenhuma vez/raramente), frequência com que os pais entenderam problemas e preocupações (na maior parte do tempo/sempre; às vezes; nenhuma vez/raramente), frequência com que os pais mexeram nas coisas do adolescente sem sua concordância (na maior parte do tempo/sempre; às vezes; nenhuma vez/raramente), amigos próximos (até 2; 3 e mais) e sentir-se sozinho (nunca/raramente; às vezes; na maioria das vezes/sempre).

O terceiro bloco, constituído por comportamentos desfavoráveis, utilizou as variáveis: experimentação de uma dose de bebida alcoólica (não; sim) e experimentação de tabaco (não; sim).

Figura 4 – Modelo teórico conceitual para estudo do comportamento sexual e fatores associados de adolescentes da zona rural do sudoeste da Bahia. Pesquisa Adolescer, Bahia, 2015.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2017.

Para a descrição dos hábitos alimentares, o consumo e comportamento alimentar foram considerados como variáveis dependentes. O consumo alimentar foi estimado a partir da frequência do consumo, nos sete dias anteriores a pesquisa, de oito alimentos, grupos de alimentos ou preparações, considerando os critérios estabelecidos pela PeNSE 2012 (IBGE, 2013a):

- Alimentos considerados marcadores de alimentação saudável: feijão, hortaliças (cruas e cozidas), frutas *in natura* e leite;
- Alimentos considerados marcadores de alimentação não saudável: refrigerantes, guloseimas, salgadinho ou batata frita de pacote, salgados fritos, biscoitos doces, biscoitos ou bolachas salgadas e embutidos.

A avaliação dietética foi realizada com base em dois parâmetros: alimentos considerados marcadores de alimentação saudável: feijão, hortaliças (cruas e cozidas), frutas *in natura* e leite; e alimentos considerados marcadores de alimentação não saudável: refrigerantes, guloseimas, salgadinho ou batata frita de pacote, salgados fritos, biscoitos doces, biscoitos ou bolachas salgadas e embutidos.

A descrição do consumo foi expressa pela distribuição percentual da frequência semanal de ingestão de cada alimento e pelos desfechos de consumo regular de alimentos marcadores de alimentação saudável e não saudável. Neste trabalho, considerou-se consumo regular a utilização do alimento em cinco dias ou mais da semana, conforme Levy et al. (2009).

Além disso, alguns comportamentos alimentares foram estudados: realizar o desjejum, sendo marcador de comportamento saudável, e realizar refeição enquanto assistia TV ou estudava como marcador de comportamento não saudável. Esses comportamentos foram analisados pela distribuição percentual da frequência da ocorrência desses comportamentos; e por meio da prática regular de cada um desses indicadores (0 dia, raramente, 1-2 dias, 3-4 dias e ≥ 5 dias) de acordo Levy et al. (2009).

O consumo e comportamento alimentar foram descritos segundo o local de residência do adolescente (quilombola e não quilombola). Ainda, foram utilizadas como variáveis explicativas: sexo (masculino; feminino), faixa etária (categorizada como <15 anos e ≥ 15 anos) e nível socioeconômico domicílio (B/C, D e E).

Na avaliação do lazer sedentário, a variável dependente foi definida como o tempo diário em frente à TV superior a 2 horas (não; sim). O desfecho foi medido pela pergunta: “Em um dia de semana comum, quantas horas por dia você assiste TV?” (menos de 1 hora por dia; 1 a 2 horas por dia; 3 a 4 horas por dia; 5 a 6 horas por dia; 7 a 8 horas por dia; mais de 8 horas por dia) (CAMELO et al., 2012).

As variáveis independentes para esta análise foram estabelecidas com base no modelo teórico conceitual, organizado em 4 blocos, construído a partir de uma revisão da literatura (Figura 5). O primeiro bloco foi constituído pelas variáveis demográficas e econômicas: sexo, idade (<15 anos; ≥ 15 anos), nível econômico (recategorizado como D-E e B-C), frequenta a escola (sim; não) e escolaridade (até 5 anos; 6 a 9 anos; e 10 ou mais anos).

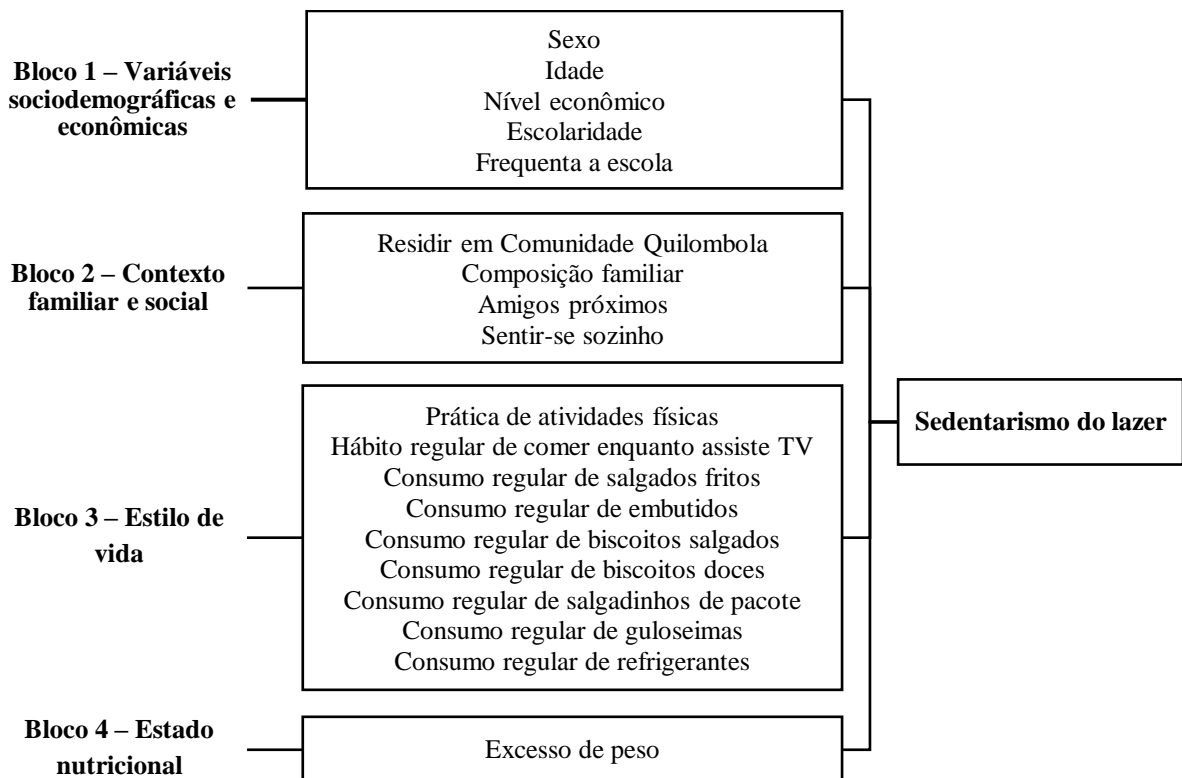
O segundo bloco abordou as questões de composição familiar e contexto social: comunidade de residência (quilombola; não quilombola), composição familiar (mora com o pai e com a mãe; mora com o pai ou com a mãe; não mora nem com o pai, nem com a mãe), amigos próximos (até 2; 3 ou mais) e sentir-se sozinho (nunca/raramente; às vezes; na maioria das vezes/sempre).

O terceiro bloco abrangeu variáveis relacionadas ao estilo de vida: prática de atividade física (ativo – 300 minutos ou mais por semana; e inativo – menos que 300 minutos), hábito regular de comer enquanto assiste TV (não – menos de 5 dias por semana; sim – 5 dias ou mais por semana), consumo regular de salgados fritos, embutidos, biscoitos salgados,

biscoitos doces, salgadinhos de pacote, guloseimas e refrigerantes (não; sim).

O quarto bloco apresentou a variável excesso de peso (não; sim). O estado nutricional foi definido pelo Índice de Massa Corporal (IMC), conforme classificação das curvas de crescimento para idade e o sexo: baixo peso ($IMC < \text{percentil } 3$), eutrofia ($IMC \geq \text{percentil } 3$ e $< \text{percentil } 85$), sobrepeso ($IMC \geq \text{percentil } 85$ e $< \text{percentil } 97$) e obesidade ($IMC \geq \text{percentil } 97$) (BRASIL, 2011). Nessa análise, os pontos de corte foram categorizados em: sem excesso de peso (baixo peso e eutrofia) e com excesso de peso (sobrepeso e obesidade).

Figura 5 – Modelo teórico conceitual para estudo do sedentarismo no lazer e fatores associados de adolescentes da zona rural do sudoeste da Bahia. Pesquisa Adolescer, Bahia, 2015.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2017.

A autoimagem corporal foi avaliada a partir da seguinte pergunta: “Quanto ao seu corpo, você se considera?” (muito magro(a)/magro(a); normal; gordo(a)/muito gordo(a)) (IBGE, 2013a). Para descrever as atitudes em relação ao peso, foi utilizada a pergunta: “O que você está fazendo em relação ao seu peso?” (recategorizada como nada/tentando manter o peso; tentando perder peso; tentando ganhar peso). As atitudes extremas em relação ao peso foram descritas por meio das seguintes perguntas: “Nos últimos 30 dias, você vomitou ou tomou laxantes para perder peso ou evitar ganhar peso?” (não; sim); “Nos últimos 30 dias,

“você tomou algum remédio, fórmula ou outro produto para perder ou manter seu peso, sem acompanhamento médico?” (não; sim); “Nos últimos 30 dias, você tomou algum remédio, fórmula ou outro produto para ganhar peso ou massa muscular sem acompanhamento médico?” (não; sim) (IBGE, 2013a).

Para avaliação da concordância com a autoimagem corporal, o estado nutricional foi categorizado em: baixo peso ($IMC < \text{percentil } 3$), eutrofia ($IMC \geq \text{percentil } 3$ e $< \text{percentil } 85$), sobrepeso/obesidade ($IMC \geq \text{percentil } 85$) (BRASIL, 2011).

5.7 Análises dos dados

O programa Stata, versão 12.0 (*Stata Corporation, College Station, USA*) foi utilizado para todas análises dos dados.

5.7.1 Avaliação das perdas

As perdas foram comparadas entre os indivíduos participantes e não participantes do estudo, segundo o sexo e idade. Perdas diferenciais foram avaliadas pelo teste qui-quadrado de Pearson. Para a avaliação do efeito das perdas sobre o comportamento sexual e ocorrência de sedentarismo no lazer, foi realizada uma calibração dos fatores naturais de expansão (SZWARCWALD; DAMACENA, 2008). As estimativas de ponto da prevalência de ocorrência dos desfechos, com e sem o fator de calibração, foram comparadas pelo teste qui-quadrado.

5.7.2 Confiabilidade das variáveis do estudo

A confiabilidade das variáveis do estudo foi avaliada pela concordância observada e pelo índice kappa, interpretado conforme orientado por Landis e Koch (1977): < 0 (nenhuma concordância); $0-0,19$ (concordância insuficiente); $0,20-0,39$ (baixa concordância); $0,40-0,59$ (concordância moderada); $0,60-0,79$ (alta concordância); $0,80-1,00$ (concordância quase perfeita).

5.7.3 Análise univariada

A análise descritiva foi feita por frequência simples e mediana, considerando a

distribuição não normal.

5.7.4 Análise bivariada

Para análise bivariada, os dados foram estratificados por local de residência (quilombola e não quilombola) e os testes qui-quadrado de Pearson, tendência linear ou teste exato de Fisher (para categorias com $n < 5$) foram utilizados para testar as diferenças entre as variáveis dicotômicas e entre os grupos. As variáveis não paramétricas foram comparadas pelo teste de Mann-Whitney. Considerou-se nível de significância de 5%.

A razão de prevalência (RP) e seu intervalo de confiança de 95% (IC95%) foram utilizados para estimar a associação entre os desfechos (relação sexual alguma vez na vida e sedentarismo no lazer) e as variáveis explicativas de interesse. Essa medida e seu IC95% foram calculados por regressão de Poisson com variância robusta.

5.7.5 Análise multivariada

Para a análise multivariada, foram incluídas nos modelos iniciais todas as variáveis que, na análise bivariada, apresentaram associação com os desfechos em nível de significância inferior a 20%. Para a permanência das variáveis nos modelos finais, foi utilizado nível de significância de 5%. Os modelos foram comparados pelo critério de Akaike e teste de bondade de ajuste, e a adequação dos modelos foi avaliada pelo qui-quadrado.

5.7.6 Análise de concordância

A concordância da autoimagem corporal com o estado nutricional e atitudes em relação ao peso, foi verificada pelo kappa ponderado (k), interpretado de acordo com Landis e Koch (1977). Neste estudo foi considerada a distribuição de pesos à matriz kappa adotada por Castro et al. (2010): peso 1, para a concordância entre as categorias de imagem corporal “muito magro(a)/magro(a)”, estado nutricional “baixo peso” e atitude em relação ao peso “estou tentando ganhar peso”; imagem corporal “normal”, estado nutricional “eutrofia” e atitude em relação ao peso “não estou fazendo nada/estou tentando manter o peso”; imagem corporal “gordo(a)/muito gordo(a), estado nutricional “sobrepeso/obesidade” e atitude em relação ao peso “estou tentando perder peso”.

Foi atribuído peso de 0,5 à matriz, para as concordâncias entre as categorias:

autoimagem corporal “normal”, estado nutricional “baixo peso” e atitude em relação ao peso “tentando ganhar peso”; autoimagem corporal “muito magro(a)/magro(a)”, estado nutricional “eutrofia” e atitude em relação ao peso “estou fazendo nada/estou tentando manter o peso”, e autoimagem corporal “normal”, estado nutricional “sobrepeso/obesidade” e atitude em relação ao peso “estou tentando perder peso”.

O peso 0 foi atribuído para as categorias discordantes: autoimagem corporal “gordo(a)/muito gordo(a)”, estado nutricional “baixo peso” e atitude em relação ao peso “estou tentando ganhar peso”; autoimagem corporal “muito magro(a)/magro(a)”, estado nutricional “sobrepeso/obesidade” e atitude em relação ao peso “estou tentando perder peso”.

5.8 Fontes de financiamento

O Projeto “Adolescer: saúde do adolescente da zona rural e seus condicionantes” foi financiado pela Fundação de Amparo ao Pesquisador do Estado da Bahia (FAPESB), Edital 30/2013, Pesquisa para O SUS: gestão compartilhada em Saúde / PPSUS – BA MS/ CNPq/ FAPESB. Contou também com o financiamento do Programa de Apoio a Projetos Institucionais com a Participação de Recém-Doutores (PRODOC 2013).

Foram concedidas bolsas estudiantis de apoio financeiro, entre os anos de 2015 e 2016, por programas como: Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) – Ministério da Saúde; Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC UFBA) e PIBIC Ações Afirmativas (PIBIC AF) – Pró-Reitoria de Pesquisa, Criação e Inovação da UFBA (PROPCI UFBA); e Permanecer UFBA – Pró-Reitora de Ações Afirmativas e Assistência Estudantil da UFBA (PROAE UFBA).

Além disso, Bárbara Cabral de Sousa é bolsista de Doutorado da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará.

6 RESULTADOS

6.1 Avaliação das perdas

Foram realizadas 420 entrevistas domiciliares, sendo 179 em domicílios quilombolas (9,1% de perdas) e 241 não quilombolas (0,4% de perdas). As entrevistas com adolescentes totalizaram 390, sendo 167 quilombolas e 223 não quilombolas, com perdas de 15,2% e 7,9%, respectivamente, mediante os seguintes motivos: domicílio fechado após três visitas (29,5%), adolescente não encontrado após três visitas (24,6%) e recusa (23,0%)

As perdas foram diferenciais em relação ao sexo, com maior predominância no sexo masculino, para os adolescentes não quilombolas (p valor 0,038) (Tabela 1). Entretanto, a estimativa do desenho com e sem calibração para esta variável não apresentou diferenças significativas nas estimativas. Deste modo, as análises foram conduzidas sem considerá-lo.

Tabela 1 – Comparação entre participantes e não participantes para os estratos quilombola e não quilombolas, de acordo com o sexo e faixa etária. Pesquisa Adolescer, Bahia, 2015.

Variáveis	Quilombola				p valor *	Não Quilombola				p valor *
	Participantes		Não participantes			Participantes		Não participantes		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Sexo					0,907					0,038
Masculino	76	45,5	14	46,7		114	51,1	15	73,7	
Feminino	91	54,5	16	53,3		109	48,9	04	26,3	
Idade					0,521					0,144
< 15 anos	83	49,7	13	43,3		121	54,3	7	36,8	
≥ 15 anos	84	50,3	17	56,7		102	45,7	12	63,2	

*Valor de p calculado pelo qui-quadrado de Pearson.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2017.

6.2 Confiabilidade das variáveis do estudo

A análise da confiabilidade das variáveis evidenciou percentuais de concordância observada que variaram de 71,4 % a 100,0%, com kappa de 0,43 a 1,00 (Tabela 2). Das variáveis apresentadas, 50,0% e 36,4% apresentaram, segundo Altman & Bland (1983), concordância excelente e boa, respectivamente.

Tabela 2 – Concordância observada e índice kappa de variáveis categóricas presentes no questionário. Pesquisa Adolescer, Bahia, 2015.

Módulo/Questão	C _{Obs} (%) [*]	kappa [†]
Domiciliar		
A4. Qual material predomina no piso do domicílio?	84,2	0,69
A7. Este domicílio tem água canalizada para pelo menos um cômodo?	100,0	1,00
A18b. Este domicílio possui geladeira?	100,0	1,00
A23g. Beneficiário do Programa Bolsa Família?	94,7	0,85
Adolescente		
B1. Qual é seu sexo?	100,0	1,00
B4. Você mora com sua mãe?	100,0	1,00
B9. Você frequenta a escola?	95,2	0,86
C1. Na última semana você trabalhou ou estagiou, durante pelo menos uma hora, em alguma atividade remunerada em dinheiro?	85,7	0,49
D21. Algumas vezes na vida você já experimentou bebida alcoólica?	95,2	0,90
D30. Nos últimos três meses, você praticou exercício físico ou esporte? (Não considera fisioterapia)	85,7	0,69
D50. Alguma vez na vida você já fumou mesmo uma ou duas tragadas?	95,2	0,64
E2. Quanto ao seu corpo você se considera?	76,2	0,66
F16. Você tem deficiência visual?	95,2	0,65
I1. Você já teve relação sexual (transou) alguma vez?	100,0	1,00
I4. Nos últimos doze meses, você teve relação sexuais (transou)?	95,2	0,88
I6. Na última vez que você teve relação sexual (transou), você ou seu (sua) parceiro (a) usou camisinha (preservativo)?	100,0	1,00
J5. Você acha que necessita de tratamento dentário atualmente?	71,4	0,43
K1. Nas duas últimas semanas, você deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, ir à escola, brincar, afazeres domésticos, etc) por motivo de saúde?	90,5	0,61
K34. Nos últimos doze meses, você ficou internado (a) em hospital por 24 horas ou mais?	100,0	1,00
K55. Nos últimos 15 dias você usou algum tipo de medicamento?	80,9	0,60
K56. Nos últimos 15 dias você usou algum tipo de chá ou medicamento natural?	85,7	0,63

*Concordância observada; †Índice kappa.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2017.

6.3 Caracterização da população estudada

A maioria dos entrevistados residia em comunidades não quilombolas (57,2%). Entre os quilombolas 54,5% eram do sexo feminino, 83,8% de raça/cor negra, 49,7% tinham idade < 15 anos, 40,7% tinham até 5 anos de estudo e 45,5% tinham 6 a 9 anos de estudo. Destes, 54,4% eram de nível econômico D e 21,6% de nível E, 31,7% trabalhavam, 10,8% não frequentavam a escola, 24,5% moravam como pai ou com a mãe e 11,4% não moravam com os pais (Tabela 3).

Entre os não quilombolas, 48,9% eram do sexo feminino, 70,8% de raça/cor negra, 54,3% tinham idade < 15 anos, 37,4% tinham até 5 anos de estudo e 41,9% tinham 6 a 9 anos de estudo. Neste grupo, 41,2% eram de nível econômico D e 9,0% de nível E, 43,3% trabalhavam, 7,6% não frequentavam a escola, 22,4% moravam como pai ou com a mãe e

7,2% não moravam com os pais (Tabela 3).

Foram observadas diferenças entre quilombolas e não quilombolas, referentes à raça/cor (p valor 0,003), nível econômico (p valor <0,001) e trabalho atual (p valor 0,023) (Tabela 3).

Tabela 3 – Descrição das características sociodemográficas e econômicas de adolescentes da zona rural do sudoeste da Bahia (n=390). Pesquisa Adolescer, Bahia, 2015.

Variáveis	Total		Quilombola		Não Quilombola		p valor [†]
	n*	%	n*	%	n*	%	
Quilombola							-
Não	223	57,2	-	-	-	-	
Sim	167	42,8	-	-	-	-	
Sexo							0,237
Masculino	190	48,7	76	45,5	114	51,1	
Feminino	200	51,3	91	54,5	109	48,9	
Raça/cor							0,003
Não negra	92	23,6	27	16,2	65	29,2	
Negra	298	76,4	140	83,8	158	70,8	
Faixa etária							0,372
< 15 anos	204	52,3	83	49,7	121	54,3	
≥ 15 anos	186	47,7	84	50,3	102	45,7	
Escolaridade							0,207
Até 5 anos	151	38,8	68	40,7	83	37,4	
6 a 9 anos	169	43,4	76	45,5	93	41,9	
10 ou mais anos	69	17,8	23	13,8	46	20,7	
Nível econômico							<0,001
B/C	151	38,7	40	23,9	111	49,8	
D	183	46,9	91	54,5	92	41,2	
E	56	14,4	36	21,6	20	9,0	
Trabalho atual							0,023
Não	241	61,8	114	68,3	127	56,9	
Sim	149	38,2	53	31,7	96	43,1	
Frequenta a escola atualmente							0,281
Não	35	9,0	18	10,8	17	7,6	
Sim	355	91,0	149	89,2	206	92,4	
Composição familiar							0,268
Mora com ambos os pais	264	67,7	107	64,1	157	70,4	
Mora apenas com o pai ou com a mãe	91	23,3	41	24,5	50	22,4	
Não mora com os pais	35	9,0	19	11,4	16	7,2	

*Frequência absoluta; [†]Valor de p calculado pelo qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2017.

Do total de adolescentes avaliados, 62,6% os pais sabiam o que eles faziam no tempo livre na maior parte do tempo ou sempre, 42,3% tiveram seus problemas e preocupações entendidos pelos pais na maior parte do tempo ou sempre e 71,1% relataram que os pais nenhuma vez ou raramente mexeram em suas coisas sem concordância. Destes, 83,1% tinham 3 amigos ou mais e 63,3% nunca ou raramente sentiram-se sozinhos. Experimentação de dose de álcool e tabaco foram relatados por 71,8% e 5,1%, respectivamente. Diferenças entre

quilombolas e não quilombolas foram observadas para raça/cor ($p=0,003$), nível econômico (p valor $<0,001$) e trabalho atual (p valor $0,023$) (Tabela 4).

Tabela 4 – Descrição dos comportamentos de adolescentes da zona rural do sudoeste da Bahia (n=390). Pesquisa *Adolescer*, Bahia, 2015.

Variáveis	Total		Quilombola		Não Quilombola		p valor [†]
	n*	%	n*	%	n*	%	
Frequência com que pais sabiam o que fazia no tempo livre							0,559
Na maior parte do tempo/ sempre	239	62,6	98	59,8	141	64,7	
Às vezes	70	18,3	31	18,9	39	17,9	
Nenhuma vez/ raramente	73	19,1	35	21,3	38	17,4	
Frequência com que pais entenderam problemas e preocupações							0,984
Na maior parte do tempo/ sempre	163	42,3	70	42,2	93	42,5	
Às vezes	124	32,2	53	31,9	71	31,4	
Nenhuma vez/ raramente	98	25,5	43	25,9	55	25,1	
Frequência com que pais mexeram em suas coisas sem concordância							0,131
Na maior parte do tempo/ sempre	53	13,8	19	11,5	34	15,5	
Às vezes	58	15,1	20	12,0	38	17,4	
Nenhuma vez/ raramente	274	71,1	127	76,5	147	67,1	
Amigos próximos							0,731
Até 2	66	16,9	27	16,2	39	17,5	
3 e mais	324	83,1	140	83,8	184	82,5	
Sentir-se sozinho							0,354
Nunca/ raramente	247	63,3	107	64,1	140	62,8	
Às vezes	113	29,0	44	26,3	69	30,9	
Na maioria das vezes/ sempre	30	7,7	16	9,6	14	6,28	
Experimentação de dose de álcool							0,106
Não	280	71,8	127	76,1	153	68,6	
Sim	110	28,2	40	23,9	70	31,4	
Experimentação de tabaco							0,794
Não	370	94,9	159	95,2	211	94,6	
Sim	20	5,1	8	4,8	12	5,4	

*Frequência absoluta; †Valor de p calculado pelo qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2017.

6.4 Comportamento sexual

6.4.1 Análise descritiva do comportamento sexual

A ocorrência de relação sexual alguma vez na vida foi relatada por 26,4% dos adolescentes (Tabela 5), com mediana de idade da primeira relação de 15,0 anos (idade mínima 6 e máxima 19 anos). Desses, 74,8% tiveram relações sexuais nos 12 meses anteriores à entrevista, 77,7% mencionaram o uso de preservativo na última relação e 35,9% tiveram 3 e mais parceiros(as) sexuais na vida. A maioria dos adolescentes recebeu orientações sobre

gravidez (52,3%), sobre Aids ou outras IST (56,1%) e não recebeu orientações sobre como conseguir preservativo gratuito (57,7%) (Tabela 5).

Dentre os adolescentes quilombolas, 28,1% relataram ocorrência de relação sexual alguma vez na vida e 25,1% dos não quilombolas (Tabela 5), com mediana de idade da primeira relação de 15,0 anos nos dois estratos (idades mínima e máxima de 6 e 19 anos para quilombolas e 12 e 19 anos para não quilombolas, respectivamente). Observaram-se diferenças significativas entres os grupos relacionadas à relação sexual nos últimos 12 meses (p valor 0,019), ao recebimento de orientações sobre gravidez (p valor <0,001) e sobre Aids ou outras IST (p valor 0,001) (Tabela 5).

Tabela 5 – Descrição do comportamento sexual e orientações recebidas pelos adolescentes da zona rural do sudoeste da Bahia (n=390). Pesquisa Adolescer, Bahia, 2015.

Variáveis	Total		Quilombola		Não Quilombola		p valor
	n*	%	n*	%	n*	%	
Relação sexual alguma vez na vida							0,502
Sim	103	26,4	47	28,1	56	25,1	
Não	287	73,6	120	71,9	167	74,9	
Relação sexual nos últimos 12 meses							0,019
Sim	77	74,8	30	63,8	47	83,9	
Não	26	25,2	17	36,2	9	16,1	
Uso de preservativo na última relação sexual							0,897
Sim	80	77,7	36	77,6	44	78,6	
Não	22	21,3	11	23,4	11	19,6	
Não quis responder	1	1,0	0	0,0	1	1,8	
Número de parceiros sexuais na vida							0,811
1	43	41,8	19	40,4	24	42,9	
2	19	18,4	10	21,3	9	16,1	
3 e mais	37	35,9	17	36,2	20	35,7	
Não sabia/Não quis responder	4	3,9	1	2,1	3	5,4	
Orientação sobre gravidez							<0,001
Sim	204	52,3	67	40,1	137	61,4	
Não	186	47,7	100	59,9	86	38,6	
Orientação sobre Aids ou outras IST							0,001
Sim	219	56,1	77	46,1	142	63,7	
Não	171	43,9	90	53,9	81	36,3	
Orientação sobre como conseguir preservativo gratuito							0,073
Sim	165	42,3	62	37,1	103	46,2	
Não	225	57,7	105	62,9	120	53,8	

*Frequência absoluta; †Valor de p calculado pelo qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2017.

6.4.2 Ocorrência de relação sexual e fatores associados

A prevalência de ocorrência de relação sexual foi significativamente maior entre indivíduos que trabalhavam (38,9%), que não frequentavam a escola (85,7%), não moravam com os pais (45,7%), que referiram frequência dos pais entenderem seus problemas e preocupações nenhuma vez ou raramente (32,7%) e que se sentiram sozinhos às vezes (31,9%). As experimentações de álcool e tabaco exibiram prevalências de relação sexual de 63,6 e 90,0%, respectivamente (Tabela 6).

Entre os adolescentes quilombolas, essa prevalência foi maior entre os adolescentes que trabalhavam (43,4%), que não frequentavam a escola (83,3%), que já experimentaram uma dose de álcool (72,5%) e tabaco (87,5%). Entre aqueles não quilombolas, a ocorrência de relação sexual foi superior quando os adolescentes eram de raça/cor negra (30,4%), trabalhavam (36,5%), não frequentavam a escola (88,2%), não moravam com os pais (50,0%), cujos pais nenhuma vez ou raramente entenderam problemas e preocupações (36,4%), que se sentiram sozinhos às vezes (33,3%) e que já tinham experimentado uma dose de álcool (58,6%) e tabaco (91,7%) (Tabela 6).

As variáveis numéricas idade e escolaridade mostraram-se significativamente associadas à maior frequência de relação sexual, com razões de prevalência de 1,51 (IC95% 1,42-1,60) e 1,25 (IC95% 1,19-1,31), respectivamente. O mesmo foi observado para adolescentes quilombolas (RP=1,48, IC95% 1,36-1,62; RP=1,29, IC95% 1,21-1,38) e não quilombolas (RP=1,53, IC95% 1,42-1,65; RP=1,24, IC95% 1,16-1,32), respectivamente.

Mostraram-se positivamente associados à ocorrência de relação sexual, após ajuste: idade (RP=1,42) e ter experimentado uma dose de álcool (RP=2,41). No estrato quilombola, a idade (RP=1,37), ter 3 e mais amigos próximos (RP=1,37) e ter experimentado uma dose de álcool (RP=2,60) mostraram-se associados. No estrato não quilombola, a ocorrência de relação sexual mostrou-se independentemente associada à idade (RP=1,43), raça/cor negra (RP=2,06) e à experimentação de uma dose de álcool (RP=2,68) (Tabela 7).

Tabela 6 – Prevalência, razão de prevalência da ocorrência de relação sexual, segundo variáveis estudadas, em adolescentes da zona rural do sudoeste da Bahia (n=390). Pesquisa Adolescer, Bahia, 2015.

Variáveis	Total			Quilombola			Não Quilombola		
	P (%) [*]	RP [†]	IC95% [‡]	P (%) [*]	RP [†]	IC95% [‡]	P (%) [*]	RP [†]	IC95% [‡]
Quilombola									
Não	25,1	1,00	-	-	-	-	-	-	-
Sim	28,1	1,12	0,80-1,56	-	-	-	-	-	-
Sexo									
Masculino	28,4	1,00	-	32,9	1,00	-	25,4	1,00	-
Feminino	24,5	0,86	0,62-1,20	24,2	0,73	0,45-1,19	24,8	1,04	0,64-1,53
Raça/cor									
Não negra	18,5	1,00	-	33,3	1,00	-	12,3	1,00	-
Negra	28,9	1,56	0,98-2,50	27,1	0,81	0,47-1,48	30,4	2,60	1,24-4,93
Nível econômico									
B e C	27,2	1,00	-	32,5	1,00	-	25,2	1,00	-
D e E	25,9	0,96	0,68-1,37	26,8	0,82	0,48-1,40	25,0	1,00	0,63-1,56
Trabalho atual									
Não	18,7	1,00	-	21,1	1,00	-	16,5	1,00	-
Sim	38,9	2,08	1,50-2,91	43,4	2,06	1,30-3,30	36,5	2,20	1,37-3,54
Frequenta a escola atualmente									
Não	85,7	1,00	-	83,3	1,00	-	88,2	1,00	-
Sim	20,6	0,25	0,20-0,32	21,5	0,27	0,19-0,37	19,9	0,26	0,20-0,31
Composição familiar									
Mora com ambos os pais	24,6	1,00	-	27,1	1,00	-	22,9	1,00	-
Mora apenas com o pai ou com a mãe	24,2	1,02	0,64-1,50	24,4	0,90	0,48-1,70	24,0	1,08	0,59-1,85
Não mora com os pais	45,7	1,87	1,22-2,82	42,1	1,55	0,84-2,87	50,0	2,18	1,23-3,85
Frequência com que pais sabiam o que fazia no tempo livre									
Na maior parte do tempo/ sempre	23,0	1,00	-	25,5	1,00	-	21,3	1,00	-
Às vezes	27,1	1,18	0,75-1,85	29,0	1,14	0,60-2,18	25,6	1,21	0,65-2,25
Nenhuma vez/ raramente	32,9	1,43	1,06-2,14	34,3	1,34	0,78-2,38	31,6	1,48	0,84-2,61
Frequência com que pais entenderam problemas e preocupações									
Na maior parte do tempo/ sempre	20,3	1,00	-	22,9	1,00	-	18,3	1,00	-
Às vezes	27,4	1,35	0,89-2,06	34,0	1,51	0,85-2,63	22,5	1,23	0,68-2,27
Nenhuma vez/ raramente	32,7	1,61	1,06-2,45	27,9	1,22	0,64-2,33	36,4	2,00	1,14-3,47
Frequência com que pais mexeram em suas coisas sem concordância									
Na maior parte do tempo/ sempre	30,2	1,00	-	26,3	1,00	-	32,4	1,00	-

Continua

Continuação									
Às vezes	29,3	0,97	0,55-1,72	30,0	1,14	0,42-3,13	29,0	0,90	0,46-1,80
Nenhuma vez/ raramente	24,1	0,80	0,50-1,26	27,6	1,05	0,50-2,35	21,10	0,65	0,37-1,16
Amigos próximos									
Até 2	25,8	1,00	-	14,8	1,00	-	33,3	1,00	-
3 e mais	26,5	1,03	0,66-1,61	30,7	2,07	0,81-5,31	23,4	0,70	0,42-1,17
Sentir-se sozinho									
Nunca/ raramente	23,1	1,00	-	26,2	1,00	-	20,7	1,00	-
Às vezes	31,9	1,38	1,17-2,00	29,6	1,13	0,65-2,02	33,3	1,61	1,04-2,56
Na maioria das vezes/ sempre	33,3	1,44	0,86-2,53	37,5	1,43	0,70-2,92	28,6	1,38	0,58-3,36
Experimentação de dose de álcool									
Não	11,8	1,00	-	14,2	1,00	-	9,8	1,00	-
Sim	63,6	5,41	3,80-7,68	72,5	5,11	3,20-8,18	58,6	6,00	3,60-10,1
Experimentação de tabaco									
Não	23,0	1,00	-	25,2	1,00	-	21,3	1,00	-
Sim	90,0	3,92	3,09-5,00	87,5	3,48	2,40-5,07	91,7	4,30	3,15-5,87

*Prevalência de ocorrência de relação sexual (em porcentagem); †Razão de prevalências bruta; ‡Intervalo de confiança 95%.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2017.

Tabela 7 – Fatores associados à ocorrência de relação sexual, após análise multivariada com amostra total e por local de residência, em adolescentes da zona rural do sudoeste da Bahia (n=390). Pesquisa Adolescer, Bahia, 2015.

Variáveis	Total		Quilombola		Não Quilombola	
	RP*	IC95%†	RP*	IC95%†	RP*	IC95%†
Idade	1,42	1,33-1,52	1,37	1,25-1,51	1,43	1,38-1,60
Raça/cor						
Não negra	-	-	-	-	1,00	-
Negra	-	-	-	-	2,06	1,08-3,65
Frequência com que pais entenderam problemas e preocupações						
Na maior parte do tempo/ sempre	1,00	-	-	-	1,00	-
Às vezes	1,05	0,78-1,50	-	-	0,77	0,46-1,28
Nenhuma vez/ raramente	1,31	0,94-1,83	-	-	1,30	0,79-2,07
Amigos próximos						
Até 2	-	-	1,00	-	-	-
3 e mais	-	-	1,37	>1,00-4,51	-	-
Experimentação de dose de álcool						
Não	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Sim	2,41	1,70-3,46	2,60	1,58-4,07	2,68	1,58-4,60

*Razão de prevalências ajustada; †Intervalo de confiança 95%.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2017.

6.5 Comportamento e consumo alimentar

Quando analisados os marcadores de alimentação saudável, o consumo regular (≥ 5 dias por semana) entre os adolescentes foi de 88,0% de feijão, 44,3% de hortaliças (28,2% hortaliças cruas e 15,1% cozidas), 30,8% de frutas e 24,4% de leite. O consumo regular de marcadores de alimentação não saudável foi de: 6,7% de salgados fritos, 5,1% de embutidos, 36,0% de biscoitos/bolachas salgadas, 16,9% de biscoitos doces, 10,8% de salgadinho/batata frita de pacote, 35,1% de guloseimas e 6,7% de refrigerantes. Cerca de 41,5% dos adolescentes tinham o hábito de realizar refeição assistindo TV ou estudando por 5 dias ou mais da semana e 86,2% costumavam realizar o desjejum (Tabela 8).

Adolescentes quilombolas e não quilombolas diferiram em relação ao consumo de alimentos marcadores de alimentação saudável. De um modo geral, quando comparados ao grupo não quilombola, os adolescentes quilombolas têm uma maior frequência de consumo de feijão (RP=1,11), um menor consumo de hortaliças (RP= 0,73), hortaliças cruas (RP=0,68), frutas (RP=0,67) e leite (RP=0,68). Não houve diferença estatisticamente significativa entre esses dois grupos para o consumo de alimentos marcadores de alimentação não saudável ou para o comportamento alimentar (Tabela 8).

As variáveis estudadas influenciaram de maneira diferente o consumo regular de alimentos marcadores de alimentação saudável. O consumo de feijão esteve associado ao

comportamento de realizar o desjejum (RP=1,22), enquanto que o consumo de hortaliças em geral e na forma crua foi associado ao menor índice econômico (RP=0,69; RP=0,54), com relação dose-resposta. As pessoas de nível econômico E apresentaram menor ingestão regular de frutas (RP=0,32) e pessoas de maior faixa etária (≥ 15 anos) tiveram um menor consumo de leite (RP=0,67) (Tabela 9).

O consumo regular dos diversos alimentos marcadores de alimentação não saudável não se mostrou associado à maioria das variáveis investigadas. A ingestão de biscoitos/bolachas salgadas foi influenciada pelo hábito regular de realizar o desjejum (RP=1,71) e o consumo de biscoitos doces esteve associado ao nível econômico D (RP=0,60) (Tabela 10).

O comportamento de realizar o desjejum apresentou maior frequência no nível econômico E. Para todas as demais variáveis, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas para os comportamentos alimentares regulares estudados (Tabela 11).

Tabela 8 – Distribuição do consumo de alimentos e comportamento alimentar, segundo marcadores de frequência semanal e consumo regular, de adolescentes da zona rural do sudoeste da Bahia (n=390). Pesquisa Adolescer, Bahia, 2015.

Consumo total	Frequência semanal*						Consumo regular (≥5 dias)		
	0 dia	1 dia	2 dias	3 dias	4 dias	≥5 dias	Não Quilombola*	Quilombola*	RP (IC95%)†
Feijão	3,1	1,0	2,1	3,3	2,6	88,0	83,9	93,4	1,11 (1,04-1,20)
Hortaliças	16,2	12,3	11,3	12,1	3,9	44,3	50,2	36,5	0,73 (0,57-0,92)
Hortaliças cruas	28,2	17,2	13,1	9,2	4,1	28,2	32,7	22,2	0,68 (0,48-0,95)
Hortaliças cozidas	31,8	21,0	16,4	12,1	3,6	15,1	17,9	11,4	0,63 (0,38-1,05)
Frutas	21,8	17,2	12,8	10,8	6,7	30,8	35,9	24,0	0,67 (0,48-0,92)
Leite	42,6	10,5	10,8	9,2	2,6	24,4	28,3	19,2	0,68 (0,47-0,99)
Salgados fritos	46,7	23,9	15,4	5,9	1,5	6,7	5,4	8,4	1,56 (0,74-3,28)
Embutidos	48,0	22,6	15,4	6,9	2,1	5,1	4,0	6,6	1,63 (0,69-3,85)
Biscoitos/ bolachas salgadas	21,3	15,4	12,8	9,5	5,1	36,0	39,5	31,1	0,79 (0,60-1,04)
Biscoitos doces	41,3	16,2	12,3	8,7	4,6	16,9	17,5	16,2	0,92 (0,59-1,45)
Salgadinho/ batata frita de pacote	45,7	23,6	10,0	8,0	2,1	10,8	9,0	13,2	1,47 (0,83-2,60)
Guloseimas	19,8	18,5	13,9	8,7	4,1	35,1	33,2	37,7	1,14 (0,87-1,49)
Refrigerantes	40,0	28,0	14,4	6,9	4,1	6,7	7,2	6,0	0,83 (0,39-1,79)

Comportamento alimentar	Frequência semanal*					Consumo regular (≥5 dias)		
	0 dia	Raramente	1-2 dias	3-4 dias	≥ 5 dias	Não Quilombola*	Quilombola*	RP (IC95%)†
Refeição assistindo TV ou estudando	31,0	8,0	8,0	11,5	41,5	39,5	44,3	1,12 (0,89-1,42)
Realizar o desjejum	6,7	2,1	2,0	3,0	86,2	86,6	85,6	0,99 (0,91-1,07)

*Valores expressos em %. †Razão de prevalências e intervalo de 95% de confiança.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2017.

Tabela 9 – Consumo regular de alimentos marcadores de alimentação saudável, segundo variáveis socioeconômicas e demográficas, de adolescentes da zona rural do sudoeste da Bahia (n=390). Pesquisa Adolescer, Bahia, 2015.

Variáveis	Feijão		Hortaliças		Hortaliças cruas	
	%	RP (IC95%)*	%	RP (IC95%)*	%	RP (IC95%)*
Sexo						
Masculino	89,0	1,00	45,3	1,00	30,0	1,00
Feminino	87,0	0,98 (0,91-1,05)	43,5	0,96 (0,77-1,20)	26,5	0,88 (0,64-1,21)
Faixa etária						
< 15 anos	88,7	1,00	43,1	1,00	29,9	1,00
≥ 15 anos	87,1	0,98 (0,91-1,06)	45,7	1,06 (0,85-1,32)	26,3	0,88 (0,64-1,21)
Nível econômico						
B/C	90,1	1,00	56,3	1,00	38,4	1,00
D	86,9	0,96 (0,89-1,04)	38,8	0,69 (0,55-0,87)	25,1	0,65 (0,47-0,90)
E	85,7	0,95 (0,84-1,07)	30,4	0,54 (0,35-0,82)	10,7	0,28 (0,13-0,61)
Refeição assistindo TV ou estudando						
Não	86,0	1,00	46,5	1,00	29,4	1,00
Sim	90,7	1,06 (0,98-1,13)	41,4	0,89 (0,71-1,12)	26,5	0,90 (0,65-1,25)
Realizar o desjejum						
Não	74,1	1,00	31,5	1,00	29,6	1,00
Sim	90,2	1,22 (1,04-1,43)	46,4	1,47 (0,98-2,22)	27,9	0,94 (0,60-1,47)
Variáveis	Hortaliças cozidas		Frutas		Leite	
	%	RP (IC95%)*	%	RP (IC95%)*	%	RP (IC95%)*
Sexo						
Masculino	16,8	1,00	27,4	1,00	27,4	1,00
Feminino	13,5	0,80 (0,50-1,29)	34,0	1,24 (0,92-1,68)	21,5	0,79 (0,55-1,12)
Faixa etária						
< 15 anos	14,0	1,00	30,0	1,00	28,9	1,00
≥ 15 anos	16,9	1,21 (0,76-1,95)	32,1	1,03 (0,76-1,38)	19,4	0,67 (0,46-0,96)
Nível econômico						
B/C	19,9	1,00	39,1	1,00	29,1	1,00
D	12,2	0,63 (0,38-1,04)	29,5	0,76 (0,56-1,02)	23,0	0,79 (0,55-1,13)
E	14,3	0,74 (0,36-1,53)	12,5	0,32 (0,16-0,66)	16,1	0,55 (0,29-1,06)
Refeição assistindo TV ou estudando						
Não	16,7	1,00	33,3	1,00	21,5	1,00
Sim	13,5	0,78 (0,47-1,27)	27,2	0,81 (0,60-1,11)	28,4	1,32 (0,93-1,87)
Realizar o desjejum						
Não	7,4	1,00	22,2	1,00	13,0	1,00
Sim	16,6	2,21 (0,83-5,86)	32,1	1,45 (0,86-2,44)	26,2	2,02 (0,99-4,13)

*Razão de prevalências e intervalo de 95% de confiança.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2017.

Tabela 10 – Consumo regular de alimentos marcadores de alimentação não saudável, segundo variáveis socioeconômicas e demográficas, de adolescentes da zona rural do sudoeste da Bahia (n=390). Pesquisa Adolescer, Bahia, 2015.

Variáveis	Salgados fritos		Embutidos		Biscoitos/ bolachas salgadas		Biscoitos doces	
	%	RP (IC95%)*	%	RP (IC95%)*	%	RP (IC95%)*	%	RP (IC95%)*
Sexo								
Masculino	6,3	1,00	4,2	1,00	38,4	1,00	17,9	1,00
Feminino	7,0	1,11 (0,53-2,34)	6,0	1,43 (0,59-3,41)	33,5	0,87 (0,67-1,14)	16,0	0,89 (0,58-1,39)
Faixa etária								
< 15 anos	6,4	1,00	6,4	1,00	34,8	1,00	20,1	1,00
≥ 15 anos	7,0	1,10 (0,52-2,31)	3,8	0,59 (0,24-1,45)	37,1	1,05 (0,80-1,36)	13,4	0,69 (0,42-1,06)
Nível econômico								
B/C	5,3	1,00	6,0	1,00	39,1	1,00	21,9	1,00
D	7,7	1,44 (0,62-3,35)	4,9	0,83 (0,34-2,03)	37,2	0,95 (0,72-1,25)	13,1	0,60 (0,37-0,97)
E	7,1	1,35 (0,42-4,31)	3,6	0,60 (0,13-2,69)	23,1	0,54 (0,35-1,00)	16,1	0,74 (0,38-1,44)
Refeição assistindo TV ou estudando								
Não	6,6	1,00	6,1	1,00	36,8	1,00	14,9	1,00
Sim	6,8	1,03 (0,49-2,19)	3,7	0,60 (0,24-1,54)	34,6	0,94 (0,71-1,23)	19,8	1,32 (0,85-2,06)
Realizar o desjejum								
Não	11,1	1,00	5,6	1,00	22,2	1,00	16,7	1,00
Sim	6,0	0,54 (0,23-1,27)	5,1	0,91 (0,28-3,01)	38,1	1,71 (1,02-2,88)	17,0	1,02 (0,54-1,94)
Variáveis	Salgadinho/ batata frita de pacote		Guloseima		Refrigerante			
	%	RP (IC95%)*	%	RP (IC95%)*	%	RP (IC95%)*		
Sexo								
Masculino	9,5	1,00	32,1	1,00	7,9	1,00		
Feminino	12,0	1,27 (0,71-2,26)	38,0	1,18 (0,90-1,55)	5,5	0,70 (0,33-1,48)		
Faixa etária								
< 15 anos	11,3	1,00	34,3	1,00	5,9	1,00		
≥ 15 anos	10,2	0,84 (0,47-1,51)	36,0	1,05 (0,80-1,38)	7,5	1,28 (0,61-2,70)		
Nível econômico								
B/C	9,3	1,00	30,5	1,00	8,0	1,00		
D	11,5	1,25 (0,66-2,38)	37,2	1,22 (0,90-1,66)	4,4	0,55 (0,23-1,31)		
E	12,5	1,35 (0,57-3,17)	41,1	1,35 (0,91-2,00)	10,7	1,35 (0,53-3,42)		
Refeição assistindo TV ou estudando								
Não	9,7	1,00	35,1	1,00	6,1	1,00		
Sim	12,3	1,28 (0,72-2,27)	35,2	1,00 (0,76-1,32)	7,4	1,21 (0,57-2,54)		

Continua

Continuação

Realizar o desjejum

Não	5,6	1,00	24,1	1,00	5,6	1,00
Sim	11,6	2,09 (0,67-6,53)	36,9	1,53 (0,93-2,51)	6,9	1,23 (0,38-3,97)

*Razão de prevalência e intervalo de 95% de confiança.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2017.

Tabela 11 – Comportamento alimentar, segundo variáveis socioeconômicas e demográficas, de adolescentes da zona rural do sudoeste da Bahia (n=390). Pesquisa Adolescer, Bahia, 2015.

Variáveis	Refeição assistindo TV ou estudando		Realizar o desjejum	
	%	RP (IC95%)*	%	RP (IC95%)*
Sexo				
Masculino	39,0	1,00	89,0	1,00
Feminino	44,0	1,13 (0,89-1,43)	83,5	0,94 (0,87-1,02)
Faixa etária				
< 15 anos	44,6	1,00	88,2	1,00
≥ 15 anos	38,2	0,86 (0,67-1,09)	83,9	0,95 (0,88-1,03)
Nível econômico				
B/C	43,7	1,00	82,1	1,00
D	41,5	0,95 (0,74-1,22)	86,3	1,05 (0,96-1,16)
E	35,7	0,82 (0,55-1,21)	96,4	1,17 (1,07-1,28)

*Razão de prevalência e intervalo de 95% de confiança.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2017.

6.5 Sedentarismo no lazer

Ao todo, 389 adolescentes participaram deste estudo. Para o desfecho avaliado houve 1 perda, devido à falta de registro dessa informação (resposta “não sabe”). A ocorrência de sedentarismo no lazer foi de 45,2% (IC95%: 40,3-50,2%) entre os adolescentes. Quando estratificados por local de comunidade residência, a prevalência desse comportamento foi estimada em 46,7% (IC95%: 39,0-54,4) dos quilombolas e em 44,1% (IC95%: 37,6-50,7) dos não quilombolas.

A inatividade física foi percebida em 54,1% e o excesso de peso estimado em 18,6% dos adolescentes (Tabela 12).

A prevalência de lazer sedentário foi maior entre as meninas (53,5%), entre os adolescentes com idade ≥ 15 anos (46,2%), de níveis econômicos B e C (48,3%), com 10 ou mais anos de estudo (50,9%), que frequentavam a escola (45,7%), de comunidades quilombolas (46,7%), que moravam com o pai ou com a mãe (46,7%), com 3 ou mais amigos próximos (45,9%) e entre os que se sentiam sozinhos na maioria das vezes, sempre (Tabela 12).

Esta maior prevalência foi percebida entre os inativos fisicamente (48,8%), com hábito regular de comer enquanto assistiam TV (55,6%), com consumo regular de salgados fritos (46,1%), embutidos (50,0%), biscoitos salgados (48,2%), biscoitos doces (53,0%), salgadinho de pacote (59,2%) e guloseimas (48,9%), entretanto, foi maior entre os que não consumiam refrigerante (45,4%). O evento foi igualmente mais prevalente entre os que apresentaram excesso de peso (56,3%) (Tabela 12).

O comportamento de lazer sedentário foi significativamente maior entre as adolescentes do sexo feminino, com 10 ou mais anos de estudo, com o hábito regular de consumir alimentos enquanto assiste TV, que consumiam regularmente salgadinhos de pacote e com excesso de peso (Tabela 12).

Tabela 12 – Prevalência e razão de prevalência para sedentarismo no lazer entre adolescentes da zona rural do sudoeste da Bahia (n=389). Pesquisa Adolescer, Bahia, 2015.

Variáveis	P(%)†	p valor‡	RP§	IC95%
Amigos próximos		0,511		
Até 2	41,5		1,00	1,00
3 ou mais	45,9		1,11	0,81-1,51
Sentir-se sozinho		0,927		
Nunca, raramente	45,7		1,00	1,00
Às vezes	43,7		0,96	0,74-1,23
Na maioria das vezes, sempre	46,7		1,02	0,68-1,53

Continua

Continuação

Prática de atividade física		0,123		
Ativo	41,0		1,00	1,00
Inativo	48,8		1,19	0,95-1,49
Hábito regular de comer enquanto assiste TV		0,001		
Não	37,9		1,00	1,00
Sim	55,6		1,47	1,18-1,82
Consumo regular de salgados fritos		0,923		
Não	45,2		1,00	1,00
Sim	46,1		1,02	0,66-1,57
Consumo regular de embutidos		0,661		
Não	44,9		1,00	1,00
Sim	50,0		1,11	0,71-1,75
Consumo regular de biscoitos salgados		0,382		
Não	43,6		1,00	1,00
Sim	48,2		1,10	0,88-1,38
Consumo regular de biscoitos doces		0,680		
Não	43,6		1,00	1,00
Sim	53,0		1,21	0,93-1,57
Consumo regular de salgadinhos de pacote		0,049		
Não	43,5		1,00	1,00
Sim	59,2		1,37	1,03-1,80
Consumo regular de guloseimas		0,285		
Não	43,2		1,00	1,00
Sim	48,9		1,13	0,90-1,44
Consumo regular de refrigerante		0,755		
Não	45,4		1,00	1,00
Sim	42,3		0,93	0,58-1,47
Excesso de peso		0,033		
Não	42,2		1,00	1,00
Sim	56,3		1,33	1,04-1,70

*Frequência absoluta e relativa. †Prevalência. ‡Valor de p calculado pelo qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher. §Razão de prevalências bruta. ¶Intervalo de confiança de 95%.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2017.

Quando estratificados por local de residência, os quilombolas apresentaram lazer sedentário associado ao sexo feminino e ao consumo regular de salgadinhos de pacote. Entre os não quilombolas, esse comportamento foi mais prevalente entre os adolescentes do sexo feminino, com 10 ou mais anos de estudo, com o hábito regular de comer alimentos enquanto assiste TV e com excesso de peso (Tabela 13).

Tabela 13 – Prevalência e razão de prevalência de sedentarismo no lazer, entre adolescentes quilombolas e não quilombolas, da zona rural do sudoeste da Bahia. Pesquisa Adolescer, Bahia, 2015.

Variáveis	Quilombola			Não Quilombola		
	P(%)*	RP†	IC95%‡	P(%)*	RP†	IC95%‡
Sexo						
Masculino	38,2	1,00	-	35,4	1,00	-
Feminino	53,9	1,41	1,00-2,00	53,2	1,50	1,11-2,04
Idade						
< 15 anos	49,4	1,00	-	40,8	1,00	-
≥ 15 anos	44,1	0,89	0,64-1,24	48,0	1,18	0,88-1,58
Nível Econômico						
D e E	52,5	1,00	-	46,9	1,00	-
B e C	44,9	0,85	0,60-1,22	41,4	0,88	0,66-1,19
Escolaridade						
Até 5 anos	39,7	1,00	-	35,4	1,00	-
6 a 9 anos	50,0	1,26	0,87-1,82	45,2	1,28	0,88-1,85
10 ou mais anos	56,5	1,42	0,89-2,26	58,7	1,66	1,13-2,43
Frequenta a escola						
Não	38,9	1,00	-	41,2	1,00	-
Sim	47,7	1,23	0,67-2,24	44,4	1,08	0,60-1,94
Composição familiar						
Mora com os pais	45,8	1,00	-	42,2	1,00	-
Mora apenas com o pai ou com a mãe	46,3	1,01	0,69-1,50	46,9	1,04	0,74-1,47
Não mora com os pais	52,6	1,15	0,71-1,85	25,0	0,55	0,23-1,32
Amigos próximos						
Até 2	44,4	1,00	-	39,5	1,00	-
3 ou mais	47,1	1,06	0,67-1,68	45,1	1,14	0,75-1,75
Sentir-se sozinho						
Nunca, raramente	44,9	1,00	-	46,4	1,00	-
Às vezes	52,3	1,17	0,82-1,66	38,2	0,82	0,58-1,17
Na maioria das vezes, sempre	43,8	0,98	0,54-1,77	50,0	1,08	0,62-1,87
Prática de atividade física						
Ativo	39,7	1,00	-	42,0	1,00	-
Inativo	52,8	1,33	0,95-1,86	45,9	1,09	0,81-1,48
Hábito regular de comer enquanto assiste TV						
Não	40,9	1,00	-	35,8	1,00	-
Sim	54,1	1,32	0,96-1,83	56,8	1,59	1,19-2,12
Consumo regular de salgados fritos						
Não	47,7	1,00	-	43,3	1,00	-
Sim	35,7	0,75	0,36-1,54	58,3	1,35	0,81-2,23
Consumo regular de embutidos						
Não	46,8	1,00	-	43,7	1,00	-
Sim	45,5	0,97	0,50-1,90	55,6	1,27	0,70-2,33
Consumo regular de biscoitos salgados						
Não	45,2	1,00	-	42,2	1,00	-
Sim	50,0	1,11	0,79-1,55	47,1	1,12	0,83-1,50
Consumo regular de biscoitos doces						
Não	44,3	1,00	-	43,2	1,00	-
Sim	59,3	1,34	0,93-1,93	48,7	1,13	0,78-1,62
Consumo regular de salgadinhos de pacote						
Não	44,1	1,00	-	43,1	1,00	-
Sim	63,6	1,44	1,00-2,07	55,0	1,28	0,83-1,96
Consumo regular de guloseimas						
Não	43,3	1,00	-	43,2	1,00	-
Sim	52,4	1,21	0,88-1,67	46,0	1,06	0,78-1,45

Continua

Continuação

Consumo regular de refrigerante						
Não	47,1	1,00	-	44,2	1,00	-
Sim	40,0	0,85	0,39-1,85	43,8	1,00	0,56-1,76
Excesso de peso						
Não	43,8	1,00	-	41,1	1,00	-
Sim	55,2	1,26	0,86-1,85	57,1	1,39	1,01-1,91

*Prevalência. †Razão de prevalências bruta. ‡Intervalo de confiança de 95%.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2017.

Após os ajustes, mostraram-se associadas ao lazer sedentário as seguintes variáveis: sexo feminino (RP=1,36; IC95%: 1,08-1,71), maior escolaridade, com efeito dose-resposta para as categorias de 6 a 9 anos de estudos (RP=1,29; IC95%: 0,99-1,67) e 10 ou mais anos (RP=1,70; IC95%: 1,28-2,28), hábito regular de comer enquanto assiste TV (RP=1,51; IC95%: 1,22-1,87), consumo regular de salgadinhos de pacotes (RP=1,33; IC95%: >1,00-1,76) e excesso de peso (RP=1,41; IC95%: 1,11-1,79) (Tabela 14).

A análise para os quilombolas, evidenciou associação do lazer sedentário com o sexo feminino (RP=1,44; IC95%: >1,00-1,99) e hábito regular de comer alimentos enquanto assiste TV (RP=1,44; IC95%: 1,20-1,80). Entre os não quilombolas, esse comportamento esteve independentemente associado à escolaridade de 10 ou mais anos (RP=1,90; IC95%: 1,31-2,76), ao hábito regular de comer enquanto assiste TV (RP= 1,66; IC95%: 1,25-2,20) e ao excesso de peso (RP=1,48; IC95%: 1,09-2,02) (Tabela 14).

Tabela 14 – Fatores associados à ocorrência de sedentarismo no lazer, segundo modelo de regressão, para amostra total, quilombolas e não quilombolas. Pesquisa Adolescer, Bahia, 2015.

Variáveis	Amostra total		Quilombola		Não Quilombola	
	RP*	IC 95%†	RP*	IC 95%†	RP*	IC 95%†
Sexo						
Masculino	1,00	-	1,00	-	-	-
Feminino	1,36	1,08-1,71	1,41	>1,00-1,99	-	-
Escolaridade						
Até 5 anos	1,00	-	-	-	1,00	-
6 a 9 anos	1,29	0,99-1,67	-	-	1,32	0,92-1,89
10 e mais anos	1,70	1,28-2,28	-	-	1,90	1,31-2,76
Hábito regular de comer enquanto assiste TV						
Não	1,00	-	-	-	1,00	-
Sim	1,51	1,22-1,88	-	-	1,66	1,25-2,20
Consumo regular de salgadinhos de pacote						
Não	1,00	-	-	-	-	-
Sim	1,33	>1,00-1,76	-	-	-	-
Excesso de peso						
Não	1,00	-	-	-	1,00	-
Sim	1,41	1,11-1,79	-	-	1,48	1,09-2,02

*Razão de prevalências ajustada. †Intervalo de confiança de 95%.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2017.

Com o uso das RP ajustadas, foram calculadas as frações atribuíveis populacionais para as variáveis modificáveis: hábito de comer enquanto assiste TV, consumo regular de salgadinho de pacote e excesso de peso. Foram observadas frações atribuíveis entre os adolescentes que consumiam regularmente salgadinhos de pacotes (3,4%), comiam enquanto assistiam TV (17,5%) e entre aqueles com excesso de peso (7,1%).

6.5 Autoimagem corporal, estado nutricional e atitudes em relação ao peso

Entre os adolescentes, 28,2% percebiam-se muito magros(as)/magros(as), e 17,2% gordos(as)/muito gordos(as). Algumas atitudes em relação ao peso foram mencionadas pelos adolescentes, destes 16,7% referiram pretender perder peso, 19,8% ganhar peso e 27,1% nada ou manter o peso atual (Tabela 15).

Aproximadamente 80,0% estavam eutróficos, em relação ao estado nutricional, e 4,4% utilizavam práticas extremas em relação ao peso, sendo 1,0% indução de vômito ou uso de laxante, 1,0% utilização de fórmula/medicamento para perda de peso e 2,8% fórmula/medicamento para ganho de peso (Tabela 15).

Diferenças entre meninas e meninos foram observadas entre as categorias de autoimagem corporal, em que 31,0% das meninas percebiam-se como muito magras/magras e 20,6% gordas/muito gordas, enquanto que essa percepção foi de 25,3% e 13,7% para os meninos (Tabela 15).

Em relação às atitudes, 43,0% das meninas e 29,4% dos meninos estavam tentando perder ou ganhar peso. Entre os adolescentes quilombolas e não quilombolas não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes em relação aos comportamentos de autoimagem corporal, atitudes em relação ao peso e utilização de práticas extremas, e ao estado nutricional (Tabela 15).

Tabela 15 – Autoimagem corporal, estado nutricional e atitudes extremas em relação ao peso, para a amostra total e de acordo com o sexo e com o local de residência, de adolescentes da zona rural do sudoeste da Bahia (n=390). Pesquisa Adolescer, Bahia, 2015.

Variáveis	n*	%	IC95% [†]	Meninas		Meninos		p valor [‡]	Quilombola		Não quilombola		p valor [‡]
				n*	%	n*	%		n*	%	n*	%	
Autoimagem corporal								0,037					0,192
Muito magro(a)/magro(a)	110	28,2	23,7-32,7	62	31,0	48	25,3		45	27,0	65	29,2	
Normal	213	54,6	49,7-59,6	97	48,5	116	61,1		99	59,3	114	51,1	
Gordo(a)/muito gordo(a)	67	17,2	13,4-21,0	41	20,6	26	13,7		23	13,8	44	19,7	
Atitude em relação ao peso								0,000					0,641
Nada	142	36,4	31,6-41,2	53	26,5	89	46,8		65	38,9	77	34,5	
Perder peso	65	16,7	13,0-20,4	41	20,5	24	12,6		28	16,8	37	16,6	
Ganhar peso	77	19,8	15,8-23,7	45	22,5	32	16,8		34	20,4	43	19,3	
Manter o peso	106	27,1	22,7-31,6	61	30,5	45	23,7		40	24,0	66	29,6	
Utilização de práticas extremas								0,525					0,389
Não	373	95,6	93,6-97,7	190	95,0	183	96,3		158	94,6	215	96,4	
Sim	17	4,4	2,3-6,4	10	5,0	7	3,7		9	5,4	8	3,6	
Indução de vômito ou utilização de laxante para perda de peso								0,959					0,469
Não	386	99,0	98,0-100,0	198	99,0	188	98,9		166	99,4	220	98,7	
Sim	4	1,0	0,0-2,0	2	1,0	2	1,1		1	0,6	3	1,4	
Uso de fórmula/medicamento para perda de peso								0,340					0,191
Não	386	99,0	98,0-100,0	197	99,0	189	99,5		164	98,2	222	99,6	
Sim	4	1,0	0,0-2,0	3	1,0	1	0,5		3	1,8	1	0,5	
Uso de remédio/fórmula para ganho de peso								0,826					0,157
Não	379	97,2	96,0-99,0	194	97,0	185	97,4		160	95,8	219	98,2	
Sim	11	2,8	1,2-4,5	6	3,0	5	2,6		7	4,2	4	1,8	
Estado nutricional								0,407					0,655
Baixo peso	13	3,4	1,6-5,2	6	3,1	7	3,7		4	2,5	9	4,1	
Eutrofia	297	78,0	73,8-82,1	146	75,7	151	80,3		128	80,0	169	76,8	
Sobrepeso/obesidade	71	18,6	14,7-22,6	193	21,2	30	16,0		29	18,0	42	19,1	

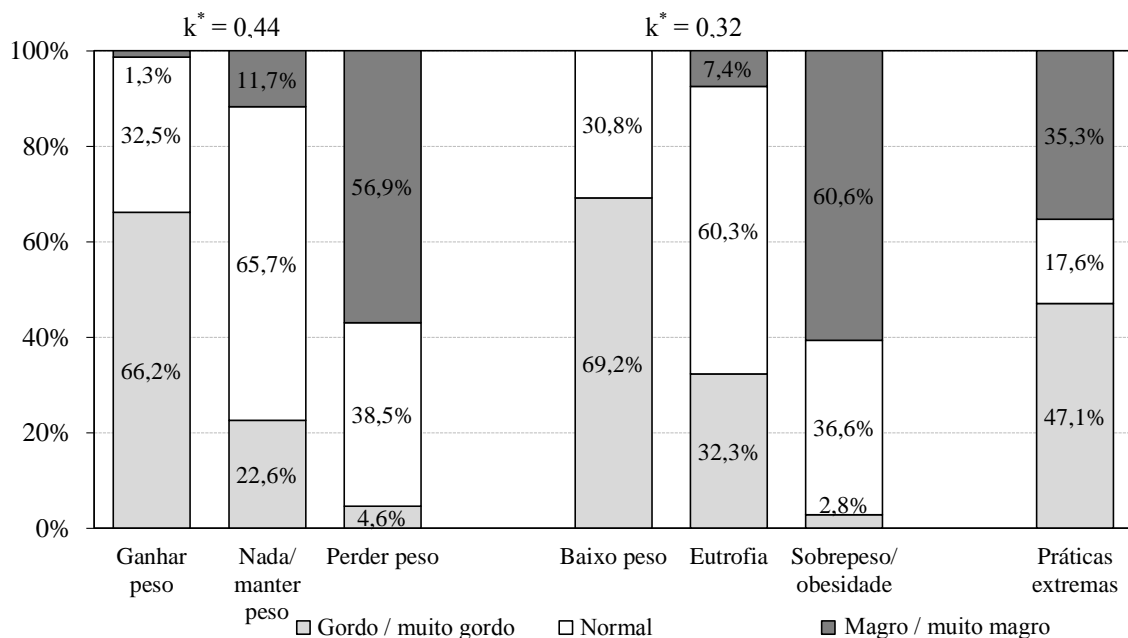
*Frequência absoluta; [†]Intervalo de confiança de 95%; [‡]Valor de p calculado pelo qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2017.

Para a amostra total, foram observadas maiores concordâncias entre as categorias de estado nutricional e de atitudes condizentes com cada categoria de imagem corporal isto é: entre aqueles com baixo peso e que estavam tentando ganhar peso, a maior proporção (69,2% e 66,2%) classificou-se como “muito magro(a)/ magro(a)”; entre os com peso adequado e que não estavam fazendo nada em relação ao peso ou estava tentando manter o peso, a maior proporção (60,3% e 65,7%) se classificou como “normal” e, entre os com excesso de peso e que estavam tentando perder peso, a maior proporção (60,6% e 56,9%) se classificou como “gordo(a)/muito gordo(a)” (Figura 6).

Tanto a atitude em relação ao peso, quanto o estado nutricional, mostraram-se associados à autoimagem corporal e exibiram valores de kappa de 0,44 e 0,32, respectivamente. Entre os que faziam a utilização de práticas extremas, (47,1%) consideravam-se muito magros(as)/magros(as) e 35,3% gordos(as)/muito gordos(as) (Figura 6).

Figura 6 – Comportamentos, estado nutricional e práticas extremas em relação à autoimagem corporal de adolescentes da zona rural do sudoeste da Bahia (n=390). Pesquisa Adolescer, Bahia, 2015.



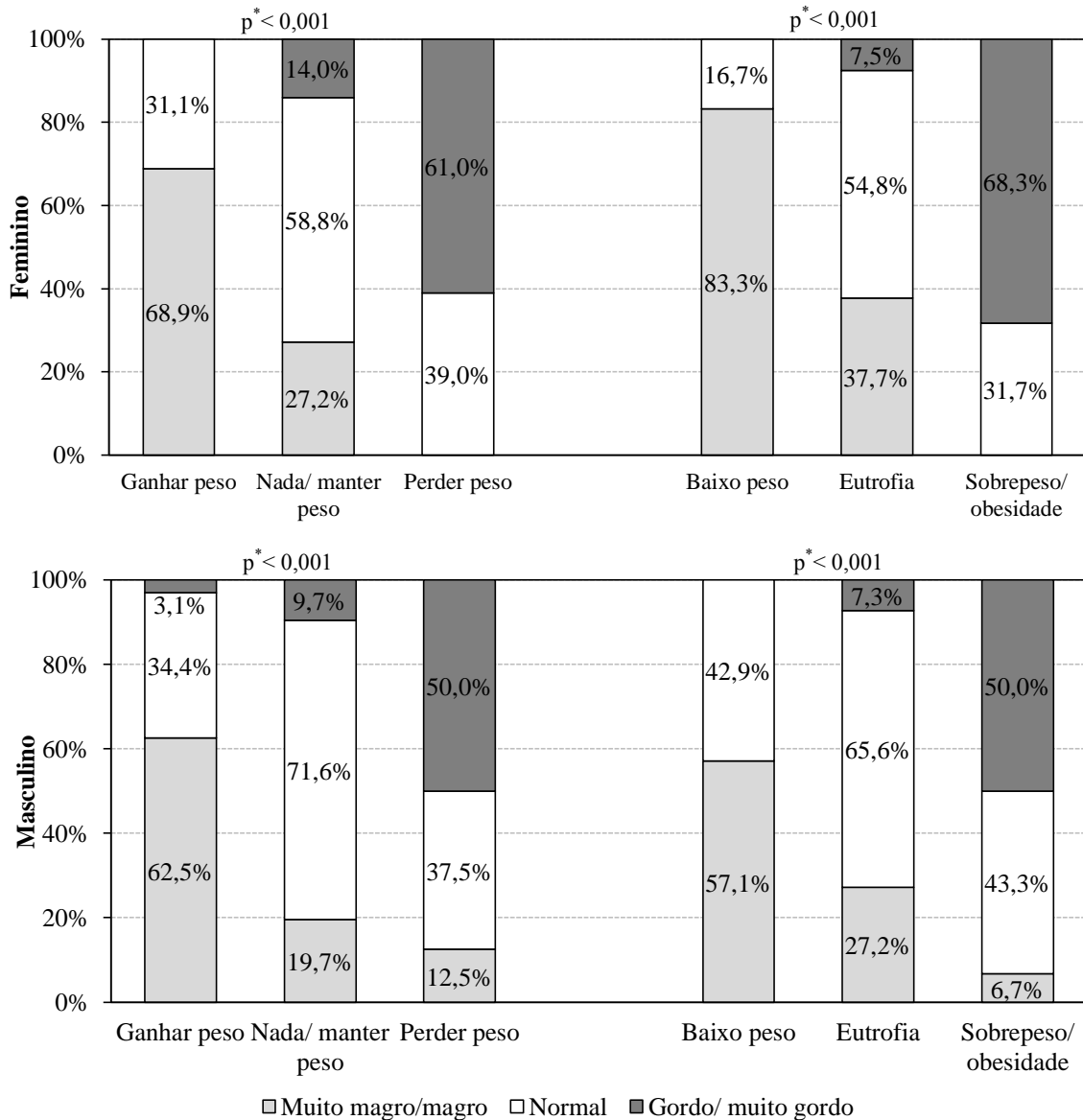
*Índice kappa.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2017.

A estratificação por sexo evidenciou que houve maiores concordâncias entre as categorias de estado nutricional e de atitudes condizentes com cada categoria de imagem corporal (p valor $<0,001$). Os valores de kappa para a relação entre o estado nutricional e a autoimagem corporal foram de 0,36 para meninas e 0,27 para meninos. Quando relacionadas

as atitudes em relação ao peso com a autoimagem (p valor $<0,001$), os valores de kappa foram de 0,38 e 0,47 para meninas e meninos, respectivamente (Figura 7).

Figura 7 – Atitudes em relação ao peso e estado nutricional relacionados à autoimagem corporal de adolescentes, do sexo feminino e masculino, da zona rural do sudoeste da Bahia (n=390). Pesquisa Adolescer, Bahia, 2015.



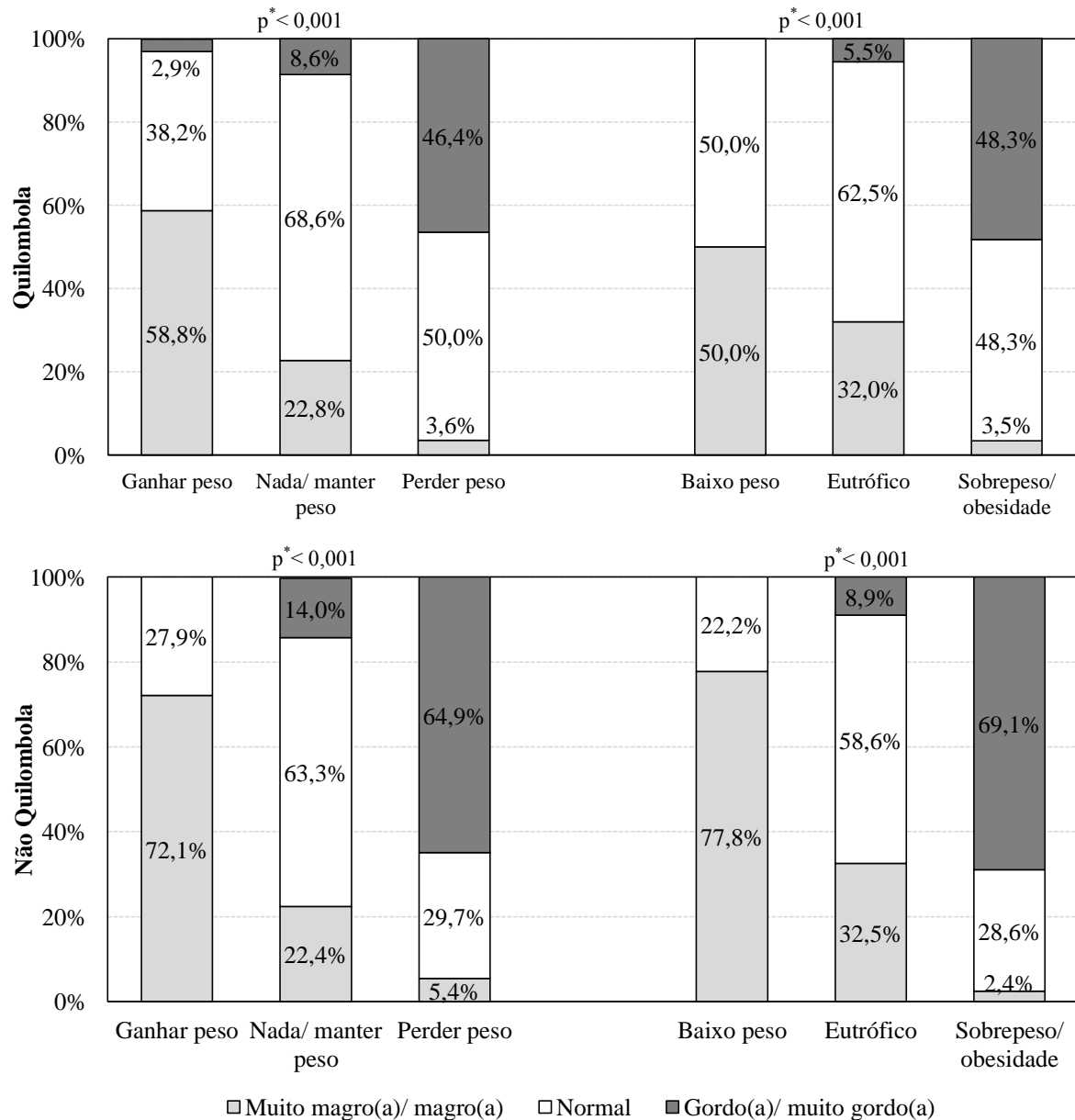
*Valor de p calculado pelo qui quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2017.

No estrato não quilombola, observou-se o mesmo comportamento da amostra total, já entre os quilombolas, as maiores frequências para as categorias de estado nutricional e de atitudes em relação ao peso não se comportaram de modo condizente com cada categoria de autoimagem (p valor $<0,001$). Os valores de kappa para estado nutricional em relação à

autoimagem foram de 0,25 e 0,37 para quilombola e não quilombola, respectivamente. Os valores de kappa para a relação das atitudes em relação ao peso com a autoimagem corporal foram de 0,38 para o estrato quilombola e 0,47 para não quilombola (Figura 8).

Figura 8 – Atitudes em relação ao peso e estado nutricional relacionado à autoimagem corporal de adolescentes, quilombolas e não quilombolas, da zona rural do sudoeste da Bahia (n=390). Pesquisa Adolescer, Bahia, 2015.



*Valor de p calculado pelo qui quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher.
Fonte: Elaborado pelo autor, 2017.

7 DISCUSSÃO

As características da população evidenciaram uma maior vulnerabilidade social e econômica vivenciada por adolescentes quilombolas e não quilombolas da zona rural estudada. Apesar dos resultados encontrados terem sido diferentes dos estudos nacionais com adolescentes da zona urbana, foram evidenciadas desigualdades sociais e diferenças de comportamento e hábitos entre os estratos. Tal evidência sugere a necessidade de intervenções que melhorem a qualidade de vida, impeçam a permanência dos maus hábitos e minimizem os aspectos de vulnerabilidade.

7.1 Comportamento sexual

Os resultados dessa pesquisa mostram que o comportamento sexual dos adolescentes de zona rural é semelhante àqueles da zona urbana, e que fatores individuais, familiares e comportamentos desfavoráveis - uso de álcool - estão associados à vivência da sexualidade entre os adolescentes rurais. Foram encontradas diferenças nos fatores associados a esse comportamento entre adolescentes quilombolas e não quilombolas.

A ocorrência de relação sexual alguma vez na vida entre os adolescentes de zona rural (26,4%), tanto para quilombolas quanto para não quilombolas, foi semelhante à encontrada em estudos nacionais (IBGE, 2013a; SASAKI et al., 2014), porém superior à de estudos internacionais (CURTIS; WATERS; BRINDIS, 2011; ECOR-TURNER et al. 2014). Resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), realizada em 2012 com escolares, na faixa etária de 13 a 15 anos de idade, nas capitais brasileiras, mostraram que 28,7% dos entrevistados tiveram relação sexual alguma vez na vida (OLIVEIRA-CAMPOS et al, 2014). Esse resultado foi diferente para a região Nordeste (24,9%) e para a capital baiana (36,5%) (MALTA et al., 2011). Já em Goiânia, dentre os entrevistados pela PeNSE 2009 (SASAKI et al., 2014), a prevalência de relação sexual foi de 26,5%. Essas semelhanças encontradas em populações sociocultural e economicamente distintas possivelmente estão relacionadas ao acesso aos meios de comunicação, como rádio e TV, ou mesmo a internet. A sexualidade, compreendida como uma construção social e histórica tem encontrado na mídia maior abertura para discussões acerca da sua vivência (TAQUETTE; VILHENA, 2008). Essa situação pode influenciar o comportamento sexual dos adolescentes independentemente da sua moradia em regiões rurais ou urbanas.

Um estudo realizado na zona rural da Califórnia, com adolescentes entre 12 e 17 anos,

encontrou prevalência de 15,8% de relação sexual (CURTIS; WATERS; BRINDIS, 2011). Na Malásia, um estudo realizado com adolescentes do sexo feminino, em escolas rurais, com média de idade de 15,2 anos, mostrou que apenas 3,2% das entrevistadas tiveram relação sexual (AHMADIAN et al., 2014). Os resultados apresentados por estes estudos mostraram prevalências de relação sexual entre os adolescentes inferiores aos encontrados na zona rural. Tal comparação, porém, deve considerar as diferenças culturais entre os países onde os estudos foram realizados e que a população em estudo difere quanto à abordagem de apenas um sexo e/ou diferentes faixas etárias dos adolescentes (ASSUNÇÃO SANTIAGO; SANTOS, 2013; AHMADIAN et al., 2014; CURTIS; WATERS; BRINDIS, 2011).

A idade da primeira relação sexual na zona rural foi inferior à encontrada pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde realizada em 2006, em que a idade média de início da vida sexual da população brasileira feminina foi de 17,9 anos (HEILBORN et al., 2006). Em 2009, a idade da primeira relação sexual dos adolescentes entrevistados pela PeNSE foi predominantemente aos 13 e 14 anos (26,1 e 26,5% respectivamente). Os resultados da PeNSE 2012 (IBGE, 2013a) mantiveram a maior ocorrência de primeira relação sexual nessa faixa etária, porém, com uma diminuição nas proporções (13,7% aos 13 anos e 22,9% aos 14 anos de idade).

Considerando apenas a idade de iniciação sexual precoce (adolescentes que iniciaram a sua vida sexual com 15 anos e menos) (HEILBORN et al., 2006), este estudo apresentou uma frequência de 60,4%, sendo um pouco maior em quilombolas (61,8%) do que em não quilombolas (58,7%). Há consenso na literatura de que a iniciação precoce da vida sexual é um comportamento de risco que pode aumentar as chances de ter diversos parceiros sexuais ao longo da vida (SILVA et al., 2015; PAIVA et al., 2008). Esta situação pode favorecer a maior chance de exposição a algumas IST, a exemplo do HPV (papiloma vírus humano) (SILVA et al., 2015). Além disso, Teixeira et al. (2006) e Aerts et al. (2014) referem que adolescentes que iniciam sua vida sexual precocemente podem ter menos acesso à informações como métodos contraceptivos e onde adquirir preservativo.

A amplitude da idade de ocorrência da primeira relação variou de 6 a 19 anos, indicando, possivelmente, situações de violência sexual ainda na infância. A estratificação dessa variável, segundo o local de residência, revelou que as idades mais precoces aconteceram entre os adolescentes quilombolas. Esse dado revela a necessidade de uma maior vigilância dos serviços que trabalham diretamente com crianças e adolescentes na região, como as escolas e as equipes da Estratégia de Saúde da Família, para perceberem possíveis sinais de abuso sexual e efetuarem a notificação frente aos dispositivos sociais, como

Conselhos Tutelares e Ministério Público.

A utilização do preservativo pela maioria dos adolescentes mostra um valor acima da média nacional da PeNSE 2012 (IBGE, 2013a) para as capitais brasileiras e para a região Nordeste (de 75,3% e 74,0%, respectivamente). Se comparada a outros estudos realizados no Brasil (OLIVEIRA-CAMPOS et al., 2014; VONK; BONAN; SILVA, 2013; HUNEEUS et al., 2014) e no Chile (HUNEEUS et al., 2014), a utilização de preservativo na última relação sexual dos adolescentes rurais também mostrou-se elevada. Quilombolas e não quilombolas não diferiram em relação a essa característica.

O Boletim Epidemiológico de HIV/Aids em 2015 revelou aumento da taxa de detecção de Aids na faixa etária de 15 a 19 anos, de 2,1 para 6,7 casos por 100 mil, entre 2005 e 2014, maior no sexo masculino (BRASIL, 2015b). Enfatizar a utilização do preservativo como método de proteção simultânea – contracepção e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis – é uma proposta necessária para intervir no avanço desse agravo entre os adolescentes, ao pensarmos o percentual importante de adolescentes rurais que na última relação sexual estavam expostos a infecções sexualmente transmissíveis (23,3%).

Estudos têm demonstrado a associação da idade mais avançada do adolescente com a iniciação sexual (SASAKI et al., 2014; OLIVEIRA-CAMPOS et al., 2014; BORGES; LATORREMRDO; SCHOR, 2007). Nossa pesquisa corrobora com esses achados, uma vez que o aumento de um ano na idade elevou a prevalência de relação sexual em 42%. A idade permaneceu associada após ajustes também nos estratos quilombola e não quilombola. Portanto, esse é um fator importante a ser considerado na elaboração de ações para a promoção da saúde sexual dos adolescentes da zona rural. Ressalta-se que este estudo incluiu adolescentes que não estão inseridos no sistema educacional regular e aqueles que estudavam no turno noturno, possibilitando uma melhor caracterização da diversidade de condições da população estudada.

A frequência com que os pais compreendiam os problemas e preocupações dos adolescentes demonstrou ser uma variável importante para explicar o modelo final de regressão para a amostra total e para o estrato não quilombola, apesar de não ser estatisticamente significativa. Enquanto primeiro espaço de interação do adolescente, a família pode participar mais ativamente das transformações vivenciadas pelo adolescente e ajudá-lo a lidar com inquietações e dúvidas (MALTA et al., 2011). Um distanciamento da família e, conseqüente, maior busca pelos pares, pode influenciar no comportamento sexual dos adolescentes (BORGES; LATORREMRDO; SCHOR, 2007). Entre os quilombolas, ter maior número de amigos próximos aumentou a prevalência de relação sexual em 37,0%.

Apesar da proibição legal de venda de álcool para adolescentes menores de 18 anos, o seu consumo foi referido pelos adolescentes rurais. Estudos têm demonstrado associação entre o uso de substâncias psicoativas e o relato de relações sexuais (SASAKI et al., 2014; OLIVEIRA-CAMPOS et al., 2014). Entre os adolescentes, aqueles que experimentaram uma dose de álcool tiveram 1,41 vezes mais prevalência de relações sexuais alguma vez na vida. Entre os quilombolas e não quilombolas, a experimentação de álcool aumentou essa prevalência em 1,60 e 1,68 vezes, respectivamente. Os efeitos do álcool no organismo humano ocasionam desinibição e podem encorajar o indivíduo a ter comportamentos que, caso sóbrio, não os teria (HUNEEUS et al., 2014). Um estudo realizado com adolescentes em um município do interior de Minas Gerais encontrou maior ocorrência de relação sexual entre indivíduos que haviam feito uso de álcool (43,8% tiveram alguma relação sexual sob efeito do álcool e 21,4% deles nem sempre utilizaram preservativo) (HUNEEUS et al., 2014). Esse cenário demonstra a necessidade da educação sexual aliada a abordagens preventivas do uso de álcool, tabaco e outras drogas, além do acesso facilitado a preservativos (OLIVEIRA-CAMPOS et al., 2014).

Para os adolescentes rurais, a escola, enquanto espaço importante de socialização na adolescência demonstrou representar a principal fonte de orientação: sobre gravidez (53,9%), Aids e outras IST (72,3%) e como adquirir gratuitamente preservativos (46,4%), tanto para quilombolas quanto não quilombolas. A presença do adolescente na escola facilita a percepção de possibilidades para a construção de um projeto de vida e um maior acesso à informação. Percebe-se a necessidade de qualificar os educadores e potencializar as parcerias intersetoriais entre educação e saúde para tornar a sala de aula um espaço propício para discussões acerca da saúde sexual e reprodutiva na adolescência.

7.2 Consumo e comportamento alimentar

Os adolescentes da zona rural estudada, tanto quilombolas quanto não quilombolas, apresentaram consumo e comportamento alimentares mais saudáveis que os resultados encontrados para adolescentes em outras pesquisas nacionais em regiões urbanas (WOICHICK et al., 2013; NEUTZLING et al., 2007; IBGE, 2016a). No entanto, ainda foi encontrado um baixo consumo de hortaliças, frutas e leite, e um expressivo consumo de biscoitos/bolachas salgadas e guloseimas.

Os adolescentes quilombolas apresentaram distinções no consumo alimentar dos marcadores de alimentação saudável, quando comparados aos demais adolescentes da mesma

área rural. Houve menor consumo de leite, hortaliças, hortaliças cruas e frutas, e maior consumo de feijão. Os hábitos alimentares e o contexto em que os adolescentes estão inseridos são influenciados por aspectos como a cultura alimentar local e, principalmente, pela condição socioeconômica (LEVY et al., 2009; IBGE, 2013a). Compreende-se que, entre os adolescentes quilombolas, estão presentes vulnerabilidades adicionais, que podem ter comprometido o acesso a uma alimentação saudável e variada.

Os hábitos e as escolhas alimentares demonstram a identidade de um povo, o que pode ser observado em povos tradicionais como os quilombolas. Mesmo em meio a dificuldades de acesso aos alimentos, a alimentação é marcada por crenças, valores e costumes e conhecimentos tradicionais compartilhados (SANTOS, 2009). Contudo, não se pode deixar de mencionar as desigualdades econômicas entre esses grupos populacionais, que podem contribuir para as diferenças encontradas. Mais de 75% dos adolescentes quilombolas encontravam-se nos níveis econômicos mais baixos (D e E), enquanto que entre os não quilombolas esse valor foi de 50,2%.

Veiga e Sichieri (2006) discutiram a relação entre a ingestão de alguns grupos de alimentos por adolescentes e a condição socioeconômica das famílias. O poder econômico teve influência sob o consumo alimentar, especialmente de frutas, hortaliças, carne e leite, que foram consumidos por famílias de melhor condição social. Por outro lado, em seu estudo e outros encontrados na literatura, a ingestão de arroz e de feijão foi maior entre os de níveis mais baixos (CLARO; MONTEIRO, 2010).

O feijão foi o alimento marcador de uma alimentação saudável com o consumo regular mais frequente na população estudada, significativamente maior entre os adolescentes quilombolas. Esta leguminosa possui alto valor nutritivo, rica em proteínas, ferro, fibras, ácido fólico e outros nutrientes essenciais e, na ausência do consumo habitual de carne, torna-se um importante aporte proteico (LEAL et al., 2010). Estudos sobre práticas alimentares em comunidades quilombolas revelam que o imaginário popular considera o feijão como um alimento forte, com a representação de um alimento que sustenta (SÁ, 2010; MOTA; PENA, 2014). Logo, sugere-se que este fato possa ter influenciado o seu maior consumo por este grupo.

Resultados da PeNSE 2015 (IBGE, 2016a), revelaram um consumo regular de feijão de 60,7% para os escolares brasileiros que frequentavam o 9º ano do ensino fundamental. Na amostra de 13 a 17 anos, do mesmo estudo, esse percentual foi de 57,3%. Santos et al. (2005), em um estudo com adolescentes de escolas públicas municipais de Teixeira de Freitas, Bahia, encontraram que 94,1% destes consumiam feijão 4 vezes ou mais por semana, sendo 90,0%

das famílias pertencentes aos níveis D e E. No presente estudo, os adolescentes quilombolas apresentaram consumo de 93,4% de feijão, enquanto que os adolescentes não quilombolas tiveram o consumo de 83,9%, resultados bastante superiores aos dados encontrados na PeNSE (IBGE, 2016a).

O consumo regular de hortaliças, hortaliças cruas e frutas (44,3%, 28,1% e 31,0%, respectivamente) mostrou-se maior que em outros estudos (ABEP, 2014; IBGE, 2013a). No entanto, esses alimentos ainda são consumidos com menor frequência entre os adolescentes de famílias que possuem menor poder aquisitivo, como os quilombolas. A influência do poder econômico sobre o consumo alimentar, especialmente de frutas e hortaliças, é demonstrada em vários estudos nacionais e internacionais (VEIGA; SICHIERI, 2006; CLARO; MONTEIRO, 2010).

Estudos realizados em países desenvolvidos mostraram que dietas com alto consumo de frutas e hortaliças são mais restritas, pois possuem maior custo quando comparadas com os demais alimentos. Esta restrição de acesso por famílias menos favorecidas, resulta em uma maior utilização de alimentos densamente calóricos, como cereais e carboidratos processados, óleos e açúcares (DARMON; FERGUSON; BRIEND, 2003; DREWNOWSKI; DARMON; BRIEND, 2004).

Claro e Monteiro (2010), avaliando os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) no Brasil, evidenciaram que, com o incremento da renda, houve aumento da participação de frutas e hortaliças no total de aquisições das famílias. Esses resultados sugerem que o aumento na renda das famílias, especialmente aquelas pertencentes aos níveis econômicos mais baixos (D e E), poderia favorecer o consumo desses alimentos pelos adolescentes. Outro fator importante a ser considerado, são as barreiras de acessos a esses alimentos. Em estudo com comunidades quilombolas da zona rural de Vitória da Conquista, Bezerra et al. (2013) encontraram baixa disponibilidade de locais de vendas de frutas e verduras.

Neste trabalho, o consumo regular de leite apresentou valores bastante superiores aos encontrados entre os escolares brasileiros (51,5%) (IBGE, 2013a) e entre escolares da região Centro-Oeste (54,4%) (MAIA; KUBO; GUBERT, 2014). Todavia, este consumo foi menor entre os adolescentes maiores de 15 anos de idade (19,0%) e quilombolas (19,2%). No município de Teixeira de Freitas, Bahia, 36,7% dos adolescentes da zona urbana, com idade entre 17 e 19 anos, ingeriam habitualmente (≥ 4 vezes/semana) leite integral (SANTOS et al., 2005).

O leite é um alimento de grande valor nutricional, por ser fonte de proteínas de alto

valor biológico, vitaminas e minerais (MUNIZ; MADRUGA; ARAÚJO, 2013). A ingestão habitual deste alimento é recomendada, principalmente, para atingir a adequação diária de cálcio, um nutriente importante para a formação e manutenção da estrutura óssea, entre outras funções no organismo (BUZINARO; ALMEIDA; MAZETO, 2006), sobretudo na adolescência, quando estas demandas estão aumentadas.

Sabe-se que a zona rural pesquisada apresenta predomínio de agricultura familiar voltada à subsistência, com terras de pequeno tamanho e criação de pequenos animais. A criação de gado para a produção de leite não é frequente, assim, a sua utilização depende da aquisição desse alimento pelas famílias (MAIA, 2012). Infere-se que o acesso a este alimento pode ter sido prejudicado pela menor disponibilidade do produto na área rural estudada e pelo seu alto custo, dada a situação climática desfavorável da região semiárida (seca). As famílias quilombolas podem ter esse acesso ainda mais dificultado, devido à condição econômica, levando a um baixo consumo de leite pelos adolescentes.

O consumo regular de alimentos não saudáveis, como salgados fritos, embutidos, biscoitos doces, salgadinho/ batata frita de pacote, guloseimas e refrigerantes, foi inferior ao observado por outros estudos (ABEP, 2014; IBGE, 2016a; IBGE, 2013a; VEIGA; SICHIERI, 2006). A ingestão desses alimentos está associada a maiores prevalências de sobrepeso, obesidade e outras doenças crônicas não transmissíveis (diabetes, hipertensão, dislipidemia) (NESS et al., 2005; SILVA et al., 2009), por isso, enfatiza-se a necessidade de redução desse consumo. Como os adolescentes que participaram da pesquisa viviam na zona rural, a oferta desses alimentos pode estar reduzida, o que dificultaria o acesso e minimizaria o consumo.

O consumo de biscoitos/bolachas salgadas (36,0%) foi similar ao observado em estudantes brasileiros (IBGE, 2013a). Devido à escassez de estabelecimentos que comercializem pães e produtos similares, o consumo de biscoitos salgados tende a ser maior nessa população rural, sobretudo no desjejum, em que a prevalência de consumo regular de biscoitos/bolachas salgadas foi 72,0% maior entre os que realizavam esta refeição habitualmente.

O consumo de alimentos marcadores de alimentação não saudável foi observado em 41,5% dos entrevistados que tinham o comportamento habitual de comer assistindo televisão ou estudando. Apesar de inferior aos resultados nacionais (57,9%) e da capital baiana (64,1%) (IBGE, 2016a), estudos demonstram que o tempo de exposição à televisão esteve associado a dietas menos saudáveis e ao excesso de peso (SILVA et al., 2009; CAMELO et al., 2012). A OMS recomenda que crianças e adolescentes não devam permanecer mais que duas horas em frente à TV, pois esta prática associa-se ao consumo de alimentos calóricos, além de pouco

gasto de energia (UNICEF, 2011).

O hábito de realizar o desjejum foi relatado por 86,2% dos adolescentes, frequência superior à dos escolares brasileiros (64,4%) e da capital baiana (66,2%) (IBGE, 2016a). Realizar esta refeição regularmente mostrou-se positivamente associado ao nível econômico mais baixo (prevalência de 96,4%). Esse resultado é corroborado pelos achados de Nunes, Figueroa e Alves (2007), nos quais os maus hábitos alimentares apresentaram frequências mais elevadas entre os adolescentes pertencentes às classes econômicas mais favorecidas. Estudos mostraram que o desjejum é a refeição mais comumente omitida entre os adolescentes (STORY; NEUMARK-SZTAINER; FRENCH, 2002; ESTIMA et al., 2009), todavia, ressalta-se que esta refeição denota grande importância na cultura alimentar rural.

A adolescência constitui uma fase da vida marcada por estímulos que influenciam os hábitos e comportamentos, expondo essa população às diversas vulnerabilidades. Os maus hábitos alimentares adquiridos nessa fase podem repercutir sobre o consumo e comportamento alimentar ao longo da vida, refletindo em fatores de risco para o desenvolvimento de doenças e agravos não transmissíveis.

Em geral, os adolescentes são considerados saudáveis e não são prioritários dentro das políticas de saúde. Em áreas rurais, onde há uma maior dificuldade de acesso aos serviços, estudos com adolescentes podem evidenciar possíveis problemas e favorecer o desenvolvimento de estratégias para o seu enfrentamento, apoiadas na articulação com outros setores, como a educação, e parcerias com a sociedade civil. Nesse grupo, sobretudo entre os de comunidades como os quilombolas, são observadas características específicas, devido à diversidade dos aspectos culturais e geográficos, e disparidades socioeconômicas. Assim, é fundamental que haja uma atenção à saúde que respeite as especificidades das demandas e necessidades desses adolescentes para que a integralidade e equidade sejam atingidas.

7.3 Sedentarismo no lazer

Esse estudo evidenciou alta prevalência de lazer sedentário entre os adolescentes da zona rural estudada. Contudo, essa prevalência foi menor quando comparada à literatura nacional (IBGE, 2016a; CAMELO et al., 2012; MALTA et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2016) e internacional. (VERECKEN et al., 2006; ARGENTINA, 2012; MACHADO et al., 2011). O comportamento mostrou-se associado ao sexo feminino, ao incremento de idade e escolaridade, ao hábito regular de comer enquanto assiste TV, ao consumo regular de

salgadinho de pacote e ao excesso de peso. Foram encontradas diferenças nos fatores associados a esse comportamento entre adolescentes quilombolas e não quilombolas.

A ocorrência de sedentarismo no lazer entre os adolescentes pesquisados (45,2%), tanto quilombola como não quilombolas, mostrou-se inferior à encontrada entre os adolescentes brasileiros (60,0%), avaliados pela PeNSE 2015 (IBGE, 2016a). Malta et al. (2014), utilizando os dados da PeNSE 2012, evidenciaram que 78,6% dos adolescentes de 13 a 15 anos, apresentaram lazer sedentário. Do mesmo modo, Camelo et al. (2012) apontaram que 79,5% dos adolescentes do nono ano de capitais brasileiras, avaliados pela PeNSE 2009, eram sedentários no lazer.

A alta prevalência desse comportamento foi também observada em um estudo quadrienal, realizado sobre a situação de saúde na Argentina, com escolares de 13 a 15 anos, em que a prevalência de lazer sedentário foi de 50,3% (ARGENTINA, 2012). Machado-Rodrigues et al. (2011), também evidenciaram esse comportamento em 69,6% dos adolescentes, de 13 a 16 anos, na zona urbana e rural de Midlands, Portugal.

O sedentarismo no lazer foi menos prevalente entre os adolescentes rurais, quando comparados aos das zonas urbanas de outros estudos, entretanto, o seu valor ainda pode ser considerado alto. Machado-Rodrigues et al. (2011) e Ferreira et al. (2016) discutiram que, na zona urbana, a diversidade de programas de TV, o acesso à internet e o crescente uso de mídias digitais, amplamente oportunizados na última década, bem como, o crescimento da violência urbana, são fatores que favorecem a utilização do tempo de lazer com atividades sedentárias.

Possivelmente, a influência desse comportamento ocorreu também entre os adolescentes rurais, porém, não de forma tão evidente, já que questões estruturais e geográficas podem ter dificultado o acesso a essas mídias. Além disso, comumente, atividades culturais e socioeconômicas da zona rural (ir à igreja, atividade domésticas, ajuda na realização de tarefas de trabalho dos pais, entre outros), favorecem a realização de outras atividades em seus momentos de lazer.

A prevalência de lazer sedentário foi 36,0% maior entre as meninas, sobretudo entre as residentes em comunidade quilombolas, resultado corroborado por Camelo et al. (2012) com adolescentes de capitais brasileiras, avaliados pela PeNSE 2009 (RP=1,18). Entretanto, alguns estudos não encontraram diferenças significantes entre os sexos, como Oliveira et al. (2016) avaliando escolares entre 12 e 17 anos de 124 municípios do Brasil; Dias et al. (2014), em pesquisa com adolescentes entre 10 e 17 anos de Cuiabá, Mato Grosso; e Utter et al. (2006), em estudo com crianças e adolescentes entre 5 e 14 anos da Nova Zelândia.

Ferreira et al. (2016) e Menezes et al. (2015) apontaram a restrição paternal às meninas, como um dos fatores responsáveis à maior prevalência de lazer sedentário no sexo feminino. Os pais, muitas vezes, influenciados por aspectos culturais e religiosos, acabam privando mais as filhas de atividades socioculturais ao ar livre, em detrimento dos filhos, que são vistos como mais independentes. As comunidades quilombolas diferem-se das demais, principalmente por aspectos culturais, de modo que, essa restrição possa ser mais exacerbada.

A ocorrência do sedentarismo no lazer foi maior com o incremento da escolaridade do adolescente. Aqueles com 10 anos e mais de estudo tiveram prevalência 70,0% maior que os que tinham até 5 anos de estudo. Essa maior ocorrência, associada ao aumento da escolaridade, foi também apontada por Loucaides et al. (2011), avaliando crianças de 7 a 9 anos e adolescentes de 10 a 12, de 25 escolas da República Chipre, Grécia, em que esse comportamento ocorreu de forma mais evidente entre as séries mais avançadas.

Os jovens com maior número de anos de estudo, geralmente têm maior idade e são mais influenciados pelas mudanças psicossociais, ao passo que se tornam mais velhos. Dias et al. (2014) sugeriram que, entre os adolescentes de maior idade, pode haver uma menor atração por determinadas atividades, inclusive a prática de exercício físico. Para os autores, esses adolescentes consideram tais atividades como sem importância às suas expectativas e acabam substituindo-as por comportamentos sedentários.

Dessa forma, sugere-se que os adolescentes de menor escolaridade, provavelmente com menor idade, tenham mais acesso às atividades escolares e extraclasses. Comumente, essas atividades têm como base a prática de atividades e/ou exercícios físicos, a exemplo das aulas de educação física, jogos de recreação, campeonatos esportivos e gincanas.

A vulnerabilidade socioeconômica percebida entre os quilombolas, pode demandar a busca por trabalho como complemento à renda familiar, haja vista que a maior parte deles eram pertencentes aos níveis socioeconômicos D e E. Este resultado corrobora a evidência que os adolescentes quilombolas com maior escolaridade, provavelmente mais velhos, não apresentarem prevalência significativa de sedentarismo no lazer.

Entre os adolescentes que tinham o hábito regular de consumir alimentos enquanto assistiam TV, a prevalência de lazer sedentário foi 51,0% maior. Este hábito esteve também associado a maior prevalência do lazer sedentário entre os quilombolas e não quilombolas. Supõe-se que o sedentarismo no lazer seria o comportamento que desencadearia este consumo e não o contrário. Os dados da PeNSE evidenciaram que, entre os adolescentes brasileiros, 56,3% destes tinham consumiam regularmente alimentos enquanto assistiam TV (IBGE,

2016a). Oliveira et al. (2016) encontraram uma proporção de 56,6% desse hábito, entre escolares de 124 municípios do Brasil.

Camelo et al. (2012) relataram que a TV tornou-se a opção de lazer de mais fácil acesso, devido a seu menor custo em relação a outros aparelhos. Oliveira et al. (2016) corroboram que, assistir TV e consumir alimentos, vem se tornando um hábito comum entre as famílias. Tradições familiares, como sentar-se ao redor da mesa no horário da refeição, têm sido perdidas e, como consequência, observa-se uma menor atenção às formas de preparação e consumo das refeições.

O lazer sedentário teve prevalência 33,0% a mais em adolescentes que consumiam regularmente salgadinhos de pacote. Nesta associação, possivelmente, o sedentarismo no lazer foi o responsável pela maior ingestão desse tipo de alimento. Na zona rural estudada, a compra de salgadinhos de pacotes pode ser facilitada pela grande oferta em bares e mercearias disponíveis. O menor custo e o extenso prazo de validade desses alimentos, torna-os mais vendáveis em comparação aos alimentos saudáveis, que são mais perecíveis e caros.

Estudos demonstram que o maior tempo em frente à TV favorece o maior consumo de alimentos não saudáveis, como guloseimas, refrigerantes, biscoitos doces e embutidos, além da maior exposição aos comerciais de marketing alimentar. Em sua maioria, estes comerciais estimulam o consumo de salgadinhos, doces e refrigerantes, em detrimento do consumo de frutas, vegetais e alimentos in natura. (CAMELO et al., 2012; VEREECKEN et al., 2006; UTTER; SCRAGG; SCHAAF, 2006).

O Código Brasileiro de Autorregulamentação Publicitária prevê que os anúncios de alimentos não devam incentivar o consumo excessivo de alimentos e bebidas, ou desapreciar a alimentação saudável ou exibir produtos que substituam refeições. Este Conselho instaurou 241 processos no ano de 2015 e, destes, 19,5% foram para julgar propagandas de encorajamento do consumo de alimentos, sucos e refrigerantes (CONARG, 2016).

As mudanças na organização familiar, observadas nas últimas décadas, mostraram-se um importante fator à configuração dos hábitos. A organização familiar, predominante de famílias conjugais, sobretudo, as de casais com filhos, foi significativamente reduzida. Em contrapartida, houve incremento da proporção de domicílios com famílias monoparentais, chefiadas por mulheres e/ou por homens, além do crescimento dos domicílios unipessoais. Essas mudanças ressignificaram os arranjos de trabalho e renda, bem como, a forma de proteção e cuidado dos membros familiares, inclusive de pais para filhos (MONTALLI, 2015).

Silva et al. (2009) apontaram a necessidade de sensibilização dos pais/cuidadores, quanto à sua mudança de comportamento não saudável, como grandes períodos de exposição e consumir regularmente alimentos em frente à TV. A mudança de tais hábitos, por parte dos pais/cuidadores, é mais efetiva no convencimento dos adolescentes. A utilização apenas da fala ou o ato de privar os adolescentes da mídia publicitária negativa, podem não refletir em ações bem-sucedidas.

A prevalência de sedentarismo no lazer foi 41,0% maior entre os que estavam com excesso de peso, sugerindo que o lazer sedentário seja um fator de risco adicional à ocorrência de sobrepeso e obesidade. Em análise de regressão, este foi um fator associado também entre os não quilombolas. Vasconcellos et al. (2013), avaliando escolares do sexto ao nono ano de escolas públicas de Niterói, Rio de Janeiro, encontraram prevalência de tempo de exposição às telas 58,6% maior, entre os que estavam com sobrepeso e obesidade.

O consumo regular de marcadores de alimentação não saudável mostra-se um importante fator associado às alterações de estado nutricional e ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis (VITORINO et al., 2014; RIOS et al., 2012). Ferreira et al. (2016) e Al-Nuaim et al. (2012) abordaram questões culturais, ambientais, sociais e regionais, como os fatores mais influentes à ocorrência da tríade sedentarismo no lazer, obesidade e consumo alimentar.

A literatura aponta a permanência diária de grandes períodos em frente à TV, como um comportamento associado ao aumento IMC e, conseqüentemente, do sobrepeso e obesidade. Esse aumento se deve, principalmente, por fatores como o menor gasto energético e o aumento da prevalência do consumo de alimentos de alto valor calórico (GUIMARÃES, 2013; CAMELO et al., 2012; MONTICELLI; SOUZA; SOUZA, 2012).

Como já mencionado, entre os adolescentes quilombolas podem existir situações que demandam ocupação do seu tempo livre com atividades de trabalho. Nas comunidades em estudo, é comum o exercício de funções de trabalho em feiras, estabelecimentos comerciais ou ajudando os pais em atividades do campo, o que possivelmente colaboraria à prática de atividade física entre os adolescentes quilombolas.

O cálculo da fração atribuível populacional evidenciou que a modificação de fatores como o hábito regular de comer alimentos enquanto assiste TV, o consumo regular de salgadinhos de pacote e o excesso de peso, podem reduzir a ocorrência do lazer sedentário entre os adolescentes da zona rural estudada.

Essas evidências ratificam a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS), de reduzir o tempo diário em frente à TV para menos de duas horas por dia (WHO, 2008).

Implica-se dizer que as estratégias, de redução ou controle do lazer sedentário, devem ser estimuladas pelos seguimentos da sociedade que mais influenciam ou orientam esses meninos e meninas, como a escola, os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) e pais/cuidadores.

O desenvolvimento de estratégias de promoção à saúde no ambiente escolar, com atividades extraclasse e não curriculares mais atrativas (grupos de dança, teatro, atividades e/ou jogos ao ar livre e ações de educação alimentar e nutricional), pode contribuir de maneira efetiva à redução do tempo em frente à TV. Essas atividades devem ser construídas com base na participação ativa dos adolescentes, sob a ótica da construção de novos hábitos e comportamentos no ambiente escolar.

Entre as políticas públicas de saúde escolar, destaca-se o Programa de Saúde na Escola, que visa garantir saúde para escolares e adolescentes, por meio da adesão e apoio dos municípios. O programa é desenvolvido em parceria com a APS e a responsabilidade de execução cabe às equipes de ESF, em suas áreas de abrangência, assim como aos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2013b).

Diversas ações e compromissos devem ser assumidos por essas equipes, com o objetivo de promover a atenção integral à saúde e a valorização do adolescente como ator social. Destaca-se a atuação de profissionais como o de educação física e nutricionista, que podem ser protagonistas nas ações de redução de comportamentos não saudáveis. Para instrumentalizar estas equipes, o Ministério da Saúde orienta a utilização do Manual de Orientações Básicas de Atenção Integral à Saúde do Adolescente, como apoio à atenção global de saúde do adolescente (BRASIL, 2013b).

Ressalta-se a “articulação de canais, que facilitem a sua expressão e o reconhecimento de suas potencialidades, por meio de atividades culturais, campeonatos, gincanas, grupos de voluntários e olimpíadas desportivas”. Essa estratégia busca despertar o adolescente para a construção de uma identidade autônoma, política e reflexiva, sobre comportamentos que promovam o seu bem-estar e saúde (BRASIL, 2013b). Tais ações podem contribuir para a menor ocorrência de sedentarismo no lazer, dado que, estudos como o de Oliveira et al. (2016) mostraram que as intervenções no ambiente escolar, têm alcançado resultados positivos na redução do tempo em frente à TV.

7.4 Autoimagem corporal, estado nutricional e atitudes em relação ao peso

Os adolescentes pesquisados, em sua maioria, consideraram-se normais em relação à autoimagem corporal, tiveram atitudes de satisfação com o peso, fizeram baixa utilização de

práticas extremas e apresentaram estado nutricional eutrófico. Entretanto, a baixa concordância encontrada entre a autoimagem corporal e o estado nutricional, aponta que parte desses adolescentes não se viam realmente como estavam.

Na zona rural estudada, os adolescentes tiveram percepções de autoimagem corporal semelhantes às dos adolescentes brasileiros, que foram 25,8% muito magro(a)/magro(a), 55,9% normal e 18,3% gordo(a)/muito gordo(a). Os resultados foram também similares aos encontrados na região Nordeste (26,3%, 59,1% e 14,6%) e no estado da Bahia (25,6%, 59,8% e 14,6%) (IBGE, 2016a).

De modo geral, as pesquisas nacionais sobre saúde do adolescente, PeNSE 2009 (IBGE, 2009) e 2012 (IBGE, 2013a), avaliaram adolescentes de capitais e regiões metropolitanas do Brasil. Entretanto, em 2015, a PeNSE teve maior abrangência geográfica, compreendendo em sua amostra, 8% de estudantes rurais de áreas metropolitanas e do interior do país. A similaridade encontrada entre os nossos resultados e os da PeNSE (IBGE, 2016a), aponta que, a rápida disseminação das informações através dos meios de comunicação, não foi restrita apenas à zona urbana. A influência do acesso à mídia (televisão, revistas e internet), pode fazer com que os adolescentes rurais tenham pensamentos equivalentes aos da zona urbana e, mesmo sendo de culturas diferentes, desejem um padrão de corpo/beleza igual.

Observou-se que as percepções de autoimagem corporal entre os meninos (25,3% muito magros/magros, 61,1% normal e 13,7% gordos/muito gordos) foram similares aos resultados da PeNSE (IBGE, 2016a) no Brasil, respectivamente 26,1%, 59,2% e 14,6%. O percentual de meninas com autoimagem muito magra/magra (31,0%) foi superior ao das meninas brasileiras (25,4%), entretanto, enquanto que a proporção de meninas que se viam gordas/muito gordas (20,6%) foi semelhante (21,8%). As categorias muito magra/magra (31,0%) e gorda/muito gorda (20,6%) foram igualmente maiores, quando comparadas às da região Nordeste (26,1% e 16,9%) e às da Bahia (24,9% e 16,9%) (IBGE, 2016a).

As meninas tiveram percepções diferentes das encontradas entre as brasileiras avaliadas na PeNSE (IBGE, 2016a). Na zona rural, são encontrados aspectos socioculturais que justificam a percepção tradicional de que a gordura é um sinal de saúde e beleza (ALWAN, et al., 2011). Apesar disso, essas adolescentes, tendo como referência o padrão de beleza difundido pela mídia, podem não ver em si uma autoimagem normal, fazendo com que as percepções de magreza e/ou gordura se mostrem aumentadas.

Foram encontradas diferenças significativas de autoimagem entre os sexos. As adolescentes consideraram-se mais gordas/muito gordas e muito magras/magras, quando comparadas aos meninos. Os dados da PeNSE, também apontaram que a proporção de

meninas que se colocam como gordas/muito gordas (21,8%), supera o percentual de meninos (14,6%). No entanto, na categoria magro(a)/muito magro(a), estas proporções foram aproximadas, 25,4% meninas e 26,1% meninos (IBGE, 2016a).

Miranda et al. (2014), em estudo com adolescentes rurais, apontaram que as pressões do ambiente em que o adolescente está inserido, como as questões culturais e sociais, podem afetar sua autopercepção corporal. Os autores observaram que diferentes estímulos influenciaram as percepções entre os sexos, levando a comportamentos individuais distintos. Discutiram também que, quando comparados, as meninas sofreram uma pressão sociocultural maior, tendendo a uma elevada autocrítica, o que pode justificar o fato de as adolescentes em estudo considerarem-se mais magras ou mais gordas que os meninos.

As atitudes em relação ao peso observadas apontam para a uma possível satisfação dos adolescentes com sua imagem corporal, pois a maioria não fez nada, para perda ou ganho de peso, ou tentou mantê-lo. Somando-se as duas respectivas categorias, foi encontrada satisfação entre meninos (70,5%) e meninas (57,0%). A satisfação com o peso foi um resultado encontrado entre a maioria dos adolescentes brasileiros avaliados pela PeNSE 2012 (IBGE, 2016a) (72,0%) e no estudo de Iepsen e Silva (2012), em que 83,1% dos adolescentes de zona rural de municípios no Rio Grande do Sul, apresentaram satisfação. Entretanto, alguns estudos com adolescentes de zona rural mostraram um percentual relevante de insatisfação corporal entre estes (FIDELIX et al., 2011; PELEGRINI et al., 2010).

Quando comparados os sexos, as atitudes em relação ao peso foram significativamente diferentes. O sentimento de satisfação corporal é algo que pode estar associado aos ideais de beleza difundidos culturalmente, como já citado que o sobrepeso pode ser entendido como um aspecto de saúde na zona rural (ALWAN, et al., 2011). Os adolescentes rurais em estudo podem ter sido influenciados por informações da mídia, sobre o modelo de corpo ideal, pesando de forma negativa em sua percepção de autoimagem. Apesar disso, quando comparados a seus pares, esta influência pode não ter refletido em necessidade de mudança do seu padrão corporal, sobretudo entre os meninos, justificando a satisfação corporal encontrada.

Por outro lado, o percentual considerável de adolescentes insatisfeitos (36,5%) demonstra que os aspectos biopsicossociais de saúde podem estar fragilizados. Haja visto, que fatores como o estranhamento com o corpo, causado pelo processo de maturação, o excesso de preocupação com a aparência física e os distúrbios alimentares, são tidos como os aspectos mais frequentemente relacionados à insatisfação corporal entre a maioria dos adolescentes (DE OLIVEIRA LANGONI et al., 2014; IEPSSEN; SILVA, 2012).

A utilização de práticas extremas foi uma estratégia pouco observada entre os adolescentes dessa zona rural. Os resultados encontrados entre os adolescentes do Brasil, avaliados pela PeNSE de 2012 (IBGE, 2013a), demonstraram que 16,6% destes utilizavam de alguma prática extrema para ganho ou perda de peso. Os dados da PeNSE de 2015 (IBGE, 2016a), apontaram para uma diminuição da utilização de práticas extremas entre os adolescentes brasileiros (7,0%). Entretanto, metodologicamente, nesta última publicação foram considerados apenas a indução de vômitos e o uso de laxantes como práticas observadas. Não houve diferenças estatisticamente significantes quando comparados meninos e meninas e a utilização de tais práticas.

A baixa prevalência dessas práticas é positiva, pois a utilização desse tipo de estratégia como forma de alteração do peso é considerada como um hábito não saudável. A utilização destas, manifesta comportamentos não saudáveis para o controle ou ganho de peso, como o uso de dietas muito restritivas, jejuns prolongados e a utilização de suplementos calóricos, sem a prescrição de um profissional da área. Cabe ressaltar, que o uso de práticas extremas indica uma vulnerabilidade para a presença e/ou desenvolvimento de transtornos alimentares, a exemplo da anorexia e bulimia (CLARO; SANTOS; OLIVEIRA-CAMPOS, 2014).

A proporção de adolescentes eutróficos foi superior à demonstrada pela PeNSE (73,2%) (IBGE, 2016a). Todavia, foi semelhante à encontrada no estudo de Pelegrini et al. (2010) (77,4%), em que foram avaliados adolescentes urbanos e rurais de 10 a 17 anos, do sul do Brasil e por Glaner et al. (2013), em pesquisa com adolescentes de 11 a 17 anos, de um município de pequeno porte em Santa Catarina, em que 77,2% eram eutróficos.

A prevalência do baixo peso foi semelhante à encontrada entre os adolescentes do Brasil, em que 3,1% dos adolescentes tiveram baixo peso. Em contrapartida, o sobrepeso/obesidade observado foi inferior, pois 23,7% dos adolescentes brasileiros tiveram mais sobrepeso/obesidade (IBGE, 2016a). Essa proporção foi também inferior aos valores encontrados por Dalla Costa et al. (2011) (38,3%), em estudo com adolescentes de 10 a 19 anos do município de Cascavel, Paraná, e por Al-Nuaim et al. (2012) (23,9%), avaliando adolescentes de 15 a 19 anos, de comunidades urbanas e rurais, de áreas agrícolas e desérticas da Arábia Saudita. Quando comparados os estratos por sexo, não foram evidenciadas diferenças entre as categorias de estado nutricional.

Neste trabalho identificamos uma baixa prevalência de sobrepeso/obesidade. Pelegrini et al. (2010) e Machado-Rodrigues et al. (2011) discutiram uma associação entre o estado nutricional de sobrepeso/obesidade e o local de moradia. Segundo os autores, adolescentes que residem em áreas urbanas tendem a apresentar maiores chances de excesso de peso,

determinados principalmente, pela facilidade de acesso a alimentos mais calóricos (*fast food*) e pela menor prática de atividade física. Os residentes em zonas rurais precisam, às vezes, deslocar-se a pé para a escola quando não há disponibilidade do transporte público e, geralmente, ajudam seus pais nas atividades do campo. Essas atitudes colaboram de certa forma, à prática de atividade física, diminuindo a probabilidade de ocorrência de excesso de peso.

Entre os adolescentes quilombolas e não quilombolas, embora difiram culturalmente, não foram encontradas diferenças entre as variáveis analisadas. Esse resultado pode ser atribuído ao fato de que na população estudada, as comunidades estão muito próximas umas das outras, o que favorece o contato entre os adolescentes ali residentes. Pelegrini et al. (2010) ressaltam que, nas zonas rurais, comumente há uma menor oferta de serviços, inclusive, de educação. A pouca quantidade de escolas pode refletir a necessidade de deslocamento dos alunos para as sedes das comunidades e, mesmo sendo de diferentes populações, estes adolescentes podem assumir comportamentos semelhantes.

A concordância entre a autoimagem corporal e atitudes em relação ao peso foi moderada. Alwan et al. (2011) também encontraram concordância moderada entre essas categorias, em adolescentes de 11 a 17 anos, da região sul do deserto do Saara. Os adolescentes desta pesquisa tiveram atitudes em relação ao peso condizentes com o que achavam de sua autoimagem. Em sua maioria, aqueles que pretendiam ganhar peso, sentiam-se muito magros(as)/magro(as), e aqueles que pretendiam perder peso, sentiam-se gordos(as)/muito gordos(as). Sugere-se, que a partir da observação do seu estado corporal, o adolescente pôde assumir posturas de mudança comportamental, desencadeado alguma atitude referente ao controle de peso.

Para os meninos, a concordância das atitudes em relação ao peso com a autoimagem foi também moderada, enquanto que para as meninas foi baixa. Possivelmente, os adolescentes tiveram em paralelo a influência da mídia e de concepções tradicionais da zona rural, como o estado de sobrepeso/obesidade relacionado à condição de saúde. Dessa forma, como discutido, a comparação entre os sexos pôde tornar evidente que estas influências ocorreram de maneiras distintas.

Houve baixa concordância entre a imagem corporal e o estado nutricional, resultado corroborado pelo estudo de Castro et al. (2010). A baixa concordância permaneceu, mesmo quando estratificados por sexo e por local de residência. Essa baixa concordância, encontrada na amostra total e nos estratos avaliados, pode ser atribuída, em partes, ao processo de transformações biológicas, psicológicas, sociais e emocionais sofridas por estes adolescentes.

Castro et al. (2010) ressaltaram que a adolescência é caracterizada como um período de desenvolvimento e formação de identidade. Estas mudanças podem favorecer a maior vulnerabilidade, deixando estes jovens mais suscetíveis às pressões sociais e da mídia, promovendo assim, confusões interpessoais. Além disso, ressaltaram que possíveis limitações nos instrumentos e procedimentos de comparação utilizados, poderiam ter evidenciado tal discordância em seu estudo. Para os autores, as opções às repostas podem remeter a dúvidas, como no caso da opção “magro”, que pode ser associada a situação de déficit ponderal ou a uma variação da normalidade. Do mesmo modo, a opção “gordo” poderia dar margem às situações de excesso de peso que não se diagnostiquem como obesidade.

A maior proporção de adolescentes que utilizavam práticas extremas em relação ao peso, eram adolescentes que se consideravam muito magros(as)/magros(as). O resultado difere do estudo de Castro et al. (2010), em que a utilização destas práticas por estudantes do 9º ano, predominantemente de zonas urbanas do Brasil, foram adotadas por aqueles que consideravam-se gordos(as)/muito gordos(as). Conforme mencionado, os adolescentes de zona rural podem manter opiniões sobre ideais de beleza diferentes dos que residem em zona urbana. O fato de estarem gordos(as) ou muito gordos(as), pode não ser uma preocupação relevante, mediante as opiniões que compõem sua cultura. No entanto, a percepção de estarem muito magros(as) ou magros(as) pode ser compreendida como um incômodo, fazendo-os buscar maneiras não saudáveis para o ganho de peso.

7.5 Limitações do estudo

Este estudo apresenta algumas limitações. Por se tratar de um estudo transversal, não é possível inferir a natureza temporal de algumas das associações observadas. O tamanho da amostra não foi planejado para testar diferenças entre os grupos quilombolas e não quilombolas, logo, pode não ter havido suficiente poder amostral para algumas variáveis, definida a priori. Por outro lado, não é aceitável supor que esse fato tenha comprometido as diferenças observadas e descritas.

A metodologia empregada para análise dos dados não contemplou a abordagem da vulnerabilidade e distinções culturais dos grupos de adolescentes, também não abordou questões estruturais, que afetam a produção de alimentos nas regiões rurais e que incidem tanto na disponibilidade dos alimentos como na variação de preço em períodos de estiagem. Os instrumentos de coleta de dados não contemplaram todos os aspectos previstos de acordo a literatura, como religião e estruturas físicas que envolvem a variável tempo regular em frente

à TV. Além disso, não haviam perguntas diretamente relacionadas com a satisfação com o peso, bem como sobre como eles gostariam de ser. Esse fato limitou a comparabilidade com outros estudos.

8 CONCLUSÃO

Em comparação com os comportamentos, hábitos, percepções e estado nutricional dos adolescentes da zona urbana, os adolescentes do campo demonstraram hábitos alimentares mais saudáveis, menores prevalências de relação sexual, de sedentarismo no lazer, de sobrepeso e obesidade e a prática de atitudes extremas e prejudiciais à saúde foi menos comum.

Entretanto, observou-se precocidade no início das relações sexuais, uso de álcool associado ao comportamento sexual, baixo consumo de frutas, hortaliças, leite e o consumo regular de marcadores de alimentação não saudável e percepção imprecisa do seu peso e/ou atitude relacionada com o peso inadequado. Acrescenta-se a esse achado a desigualdade econômica entre os grupos, evidenciando que as iniquidades sociais estão presentes na população rural estudada.

Essa condição pode, portanto, violar o direito fundamental de acesso à saúde, comprometendo a assistência adequada e influenciando os indivíduos à busca por cuidados em saúde em outros níveis de assistência, que não a atenção primária. A falta de acesso aos serviços de saúde ou a carência de informações podem comprometer as ações de atenção à saúde e expor o adolescente às condições adversas.

Na zona rural estudada, a atenção à saúde sexual e reprodutiva do adolescente deve compreender um conjunto de ações que tenha na atenção primária um lócus privilegiado. Entre estes adolescentes existem situações que fragilizam o exercício autônomo e saudável da sua sexualidade, além de exposição a comportamentos desfavoráveis, como o uso de álcool, que necessitam ser contemplados nas estratégias de promoção de saúde e prevenção de agravos.

Neste contexto, os principais desafios a serem superados pelas equipes de ESF do território estudado são o elevado número de famílias em suas respectivas áreas e a grande demanda por serviços que, muitas vezes, ultrapassa a capacidade de resposta da equipe. Dentre as limitações do sistema, destacam-se: a sobrecarga de trabalho; a dificuldade de operacionalizar de forma consolidada o planejamento e a programação local em saúde; a necessidade de redirecionamento do modelo de cuidado, sobretudo o de educação em saúde, com priorização dos grupos mais vulneráveis como adolescentes; o incentivo à participação social para corresponsabilização do cuidado; e o aperfeiçoamento das ações intersetoriais.

As ações de educação em saúde são fundamentais para esta população, para além do espaço da escola e da Unidade Básica de Saúde, principal porta de entrada para o sistema. A

proximidade com as famílias e o melhor conhecimento da cultura e das vulnerabilidades do território possibilita o desenvolvimento de ações que tenham maior efetividade para a população. O setor saúde precisa atuar mais ativamente em parceria com o setor educação, potencializar os espaços já disponíveis e desenvolver estratégias para a priorização de espaços de cuidado não ocupados, até então, visando alcançar os adolescentes não escolarizados. O reconhecimento de outros espaços na comunidade e atuação desses adolescentes, com vistas à corresponsabilização e empoderamento desses sujeitos, podem possibilitar a formação de multiplicadores, distribuindo o conhecimento para toda a comunidade.

Do mesmo modo, são necessárias ações de educação alimentar e nutricional, com a promoção de políticas públicas de incentivo à agricultura familiar e segurança alimentar, assim como o fortalecimento dos programas de transferência de renda, priorizando a população quilombola. Entende-se, que a atenção a este grupo é uma ação fundamental para a prevenção de comorbidades futuras nessa população, haja vista que foram identificados comportamentos associados ao lazer sedentário, já evidenciados por outros estudos, tais como: o hábito regular de comer enquanto assiste TV, o consumo regular de salgadinho de pacote e o excesso de peso.

Logo, o panorama descrito nesse estudo evidencia uma demanda de estratégias de enfrentamento do problema, principalmente, com o estímulo à prática de atividade física regular e outras modalidades de lazer, incluindo atividades extraclasse. Para isso, a atuação da ESF, com o apoio de profissionais do NASF, é uma importante ferramenta de incentivo às mudanças de hábitos e comportamentos desses adolescentes, especialmente entre as meninas.

As ações propostas devem colaborar à diminuição do tempo em frente à TV e, paralelamente, à redução do sobrepeso/obesidade. Os achados reforçam a importante influência dos fatores sociais e culturais, sob a percepção exata do próprio peso e comportamentos de controle deste. Como já mencionado, mostra-se relevante a intersetorialidade efetiva entre os campos da saúde e da educação, com vistas à inserção de temáticas que tratem de comportamentos e hábitos saudáveis para a manutenção da saúde e da qualidade de vida no projeto pedagógico das escolas. Ademais, são necessárias práticas que estimulem a participação dos pais nas discussões sobre saúde no ambiente escolar.

De modo geral, observou-se demandas do setor saúde, educação e setores sociais quanto aos condicionantes envolvidos na vivência da adolescência rural, haja vista que, foi evidente a falta de informações sobre questões diversas e acesso escasso a bens e serviços de saúde, principalmente na atenção primária. Embora o município de Vitória da Conquista possua 100% de cobertura da ESF na zona rural, ainda é necessário minimizar as barreiras de

acesso e produzir o cuidado mais equânime e condizente com as demandas de saúde individuais e coletivas.

Há ainda um desafio para o século XXI e a Atenção Primária a Saúde no Brasil, quanto à inserção efetiva do adolescente nas ações da ESF e NASF, apoiados na construção de vínculos entre os trabalhadores e profissionais de saúde com os adolescentes. Para as próximas décadas, recebemos o desafio de integrar as redes de atenção à saúde, existentes e futuras, os dispositivos sociais e programas educacionais e ministeriais, para que estes adolescentes tornem-se adultos mais saudáveis, com uma boa qualidade de vida e conscientes moral, cultural e politicamente.

Este trabalho abre novas perspectivas de pesquisas, apoiadas por metodologias, qualitativas e antropológicas, que avaliem as dimensões de saúde de grupos tão específicos como os quilombolas, cabendo ainda à necessidade de discussões que abordem questões de gênero.

9 ARTIGOS RELACIONADOS À TESE

	TÍTULO	REVISTA	AUTORES	ANO	SITUAÇÃO
1	Comportamento sexual e fatores associados em adolescentes da zona rural	Saúde Pública	Sousa, B.C.; Medeiros,D.S.; Santos, R.S.; Santana,K.C.; Souzas,R. Leite,A.J.M.	2016	Aceito/ Prelo
2	Hábitos alimentares de adolescentes quilombolas e não quilombolas da zona rural do semiárido baiano	Ciência & Saúde Coletiva	Sousa, B.C.; Medeiros,D.S.; Curvelo,M.H.S.; Silva,E.K.P.; Teixeira,C.S.S.; Bezerra.V.M.; Souzas,R. Leite,A.J.M.	2017	Aceito/ Prelo
3	<i>Sedentary lifestyle and associated factors among rural adolescents from southwestern of Bahia</i>	<i>Rural and Remote Health</i>	Sousa, B.C.; Sousa,M.S.; Teixeira,C.S.S.; Bezerra.V.M.; Leite,A.J.M Medeiros,D.S.	2017	Em fase de correção pelos coautores
4	Autoimagem corporal, estado nutricional e comportamentos em relação ao peso de adolescentes, quilombolas e não quilombolas, de uma zona rural do Nordeste brasileiro	Cadernos de Saúde Pública	Sousa, B.C.; Lima,G.P.; Teixeira,C.S.S.; Bezerra.V.M.; Leite,A.J.M Medeiros,D.S.	2017	Submetido

9.1 Artigo 1

The logo for RSP Revista de Saúde Pública is located at the top of the page. It consists of the letters 'RSP' in a large, bold, white font on a blue rectangular background. To the right of this background, the words 'Revista de Saúde Pública' are written in a smaller, white, sans-serif font.

Manuscrito nº 6988

Prezada Colaboradora Danielle Souto de Medeiros

Temos a satisfação de comunicar-lhe, em nome da Editoria Científica, que ao término da etapa do processo de avaliação por pares externos, seu manuscrito intitulado 'COMPORTAMENTO SEXUAL E FATORES ASSOCIADOS EM ADOLESCENTES DA ZONA RURAL', em sua versão final, foi aprovado quanto ao mérito.

Na sequência, seu manuscrito será encaminhado para a Equipe de Redação para ser preparado para publicação. Nessa etapa, a RSP se reserva o direito de fazer alterações e sugestões na redação científica, incluindo revisão gramatical e de estilo, visando a uma perfeita comunicação aos leitores. O manuscrito, com as alterações introduzidas, será encaminhado para sua revisão, assim como a versão em inglês.

Para ser efetivada a publicação do artigo, será imprescindível o envio do documento de Transferência de Direitos Autorais assinado por todos os autores e escaneado, por e-mail, para rspline@fsp.usp.br.

Solicitamos que aguarde nosso próximo contato na fase de preparo do manuscrito para publicação.

Agradecemos pela sua valiosa contribuição a esta Revista e esperamos continuar contando com outras contribuições de sua autoria.

Cordialmente,
Maria Teresinha Dias de Andrade

Editora Executiva

9.2 Artigo 2

07/03/2017

barbaracabral84 - Yahoo Mail

02- Mar- 2017

Opinion: Article accepted with minor changes in form

Dear Ms. Sousa:

The Manuscript ID CSC-2016-3457, entitled "Hábitos alimentares de adolescentes quilombolas e não quilombolas da zona rural do semiárido baiano" was recommended for publication, with small suggestions for revision. For this reason, I would invite you to revise it.

In order to revise your manuscript, log in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo> and enter the "Author Center", where you will find the title of your manuscript listed under "Manuscripts with Decisions". In "Actions", click on "Create a Revision". This revision will automatically receive a new number.

If you prefer, you may also click on the following link to initiate the revision process (or you continue with the process, if you have already started).

*** PLEASE NOTE: This is a two-step process. After clicking on the link, you will be directed to a webpage to confirm. ***

https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo?URL_MASK=d503fle255514999844c9d67b9312c4b

You will not be able to revise the originally submitted version of the manuscript. Instead of this, revise your manuscript using a text editing program and save it on your computer. In this version please type the changes made in red.

Once the manuscript has been revised, you can upload and send it through your area ("Author Center").

On submitting the revised manuscript, you can annex a letter to reply to the comments appearing in the opinions. In order to facilitate the processing of the revised manuscript, please be as clear as possible in your reply.

NB: Your original files are available when you upload your revised manuscript. Please delete all of the redundant files before concluding your presentation.

The manuscript shall be resubmitted by the author by the deadline set in the received e-mail.

01-Apr-2017

(The corrections requested should be sent by midnight on the day prior to this date.)

Yours truly,

Dr. Romeu Gomes
Editor-in-Chief, Ciência & Saúde Coletiva
romeuqo@gmail.com

9.3 Artigo 3

barbaracabral84 - Yahoo Mail

Esportes Finanças Celebidades Vida e Estilo Cinema Respostas Flickr Mais ▾

Todas ▾ Bárbara, pesquise sua caixa de correio Buscar no Mail Buscar na Web Início Bárbara ⚙

Arquivar Mover ▾ Apagar Spam ▾ Mais ▾ ↑ ↓ ×

• Novo artigo (CSP_0273/17) Pessoas ✎ ★

Cadernos de Saude Publica <cadernos@fiocruz.br> Fev 16 em 2:58 PM

Para: barbaracabral84@yahoo.com.br


Prezado(a) Dr(a). Barbara Cabral de Sousa:

Confirmamos a submissão do seu artigo "Autoimagem corporal, estado nutricional e comportamentos em relação ao peso de adolescentes, quilombolas e não quilombolas, de uma zona rural da Bahia" (CSP_0273/17) para Cadernos de Saúde Pública. Agora será possível acompanhar o progresso de seu manuscrito dentro do processo editorial, bastando clicar no link "Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos", localizado em nossa página <http://www.ensp.fiocruz.br/csp>.

Em caso de dúvidas, envie suas questões através do nosso sistema, utilizando sempre o ID do manuscrito informado acima. Agradecemos por considerar nossa revista para a submissão de seu trabalho.

Atenciosamente,

Prof. Marília Sá Cavalho
 Prof. Cláudia Medina Coeli
 Prof. Luciana Dias de Lima
 Editoras



Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health
 Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
 Fundação Oswaldo Cruz
 Rua Leopoldo Bulhões 1480
 Rio de Janeiro, RJ 21041-210, Brasil
 Tel.: +55 (21) 2598-2511, 2508 / Fax: +55 (21) 2598-2737
cadernos@ensp.fiocruz.br
<http://www.ensp.fiocruz.br/csp>

10 REFERÊNCIAS

- ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério de classificação econômica Brasil 2014 (Base LSE 2012)**. São Paulo. 2014. Disponível em: <<http://www.abep.org/criterio-brasil>>. Acesso em: 14 maio 2015.
- AERTS, D. R. G. C; OTTONI, G. T. C. S; ALVES, G.G; PALAZZO, L.S.; SANTOS, A.M.P.V. Fatores associados ao início da vida sexual ativa de escolares em uma cidade do sul do Brasil. **Aletheia**, n. 45, p. 87-100, 2014.
- AHMADIAN, M.; HAMSAN, H.H.; ABDULLAH, H.; SAMAH, A.A.; NOOR, A.M. Risky sexual behavior among rural female adolescents in Malaysia: A limited role of protective factors. **Global Journal of Health Science**, v.6, n. 3, p. 165-74, 2014.
- AL-NUAIM, A.; AL-NAKEEB, Y.; LYONS, M.; AL-HAZZAA, H.M.; NEVILL A.; COLLINS, P.; DUNCAN, M.J.. The Prevalence of Physical Activity and Sedentary Behaviours Relative to Obesity among Adolescents from Al-Ahsa, Saudi Arabia: Rural versus Urban Variations. **Journal of Nutrition and Metabolism**, 2012. v.1.
- ALTMAN, D. G.; BLAND, J. M. Measurement in Medicine: The analysis of method comparison studies. **Journal of the Royal Statistical Society**. Series D (The Statistician), v. 32, n. 3, p. 307-317, 1983.
- ALWAN, H.; VISWANATHAN, B.; PACCAUD, F.; BOVET. P. Is Accurate Perception of Body Image Associated with Appropriate Weight-Control Behavior among Adolescents of the Seychelles. **Journal of Obesity**, v. 1, p. 1-8, 2011.
- ANDO, N. M.; TARGA, L.V.; ALMEIDA, A.; SILVA, D.H.S.; BARROS, E.F.; SCHWALM, F.D.; SAVASSI, L.C.M.; BREUNIG, M.; LIMA, M.C.; FILHO, R.A.; HORTA, T.C.G. Declaração de Brasília: O Conceito de rural e o cuidado à saúde. **Revista Brasileira de medicina de família e comunidade**. Florianópolis. Abr-Jun 2011, v. 6, n. 19, p. 142-4.
- ANJOS, R.H.D.; SILVA, J.A.S.; VAL, L.F.; RINCON, L.A.; NICHATA, L.Y.I. Diferenças entre adolescentes do sexo feminino e masculino na vulnerabilidade individual ao HIV. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, ago. 2012
- ARGENTINA. Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta Mundial de Salud Escolar 2012. Disponível em: <http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/2014-09_informe-EMSE-2012.pdf>. Acesso em: 12 set. 2016.
- ARIÈS, P. História social da infância e da família. Rio de Janeiro: **Guanabara**. 1986, 275 pág.
- ASSIS, S. G.; GOMES, R.; PIRES, T. O. Adolescência, comportamento sexual e fatores de risco à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 1, Fev. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102014000100043&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 12 nov. 2015.
- ASSUNÇÃO SANTIAGO, D. B.; SANTOS, D. L. Satisfação com a imagem corporal e comportamentos de risco para transtornos alimentares em meninas praticantes e não

praticantes de dança. **Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**. São Paulo. Vol. 7. Num. 39. 2013. p. 177-184.

BAHIA. SEPLAN – Secretaria de Planejamento. **Territórios de Identidade**. 2016. Disponível em: <<http://www.seplan.ba.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=17>>. Acesso em: 10 out. 2016.

BARBOSA, R. M.; KOYAMA, M. A. H. Comportamento e práticas sexuais de homens e mulheres, Brasil 1998 e 2005. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, supl. 1, p. 21-33, June, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000800005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 dez. 2016.

BERQUÓ, E.; GARCIA, S.; LIMA, L. Reprodução na juventude: perfis sociodemográficos, comportamentais e reprodutivos na PNDS 2006. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 4, ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000400013>. Acesso em: 13 Set. 2015.

BEZERRA, V. M.; ANDRADE, A. C. S.; CÉSAR, C. C.; CAIAFFA, W. T. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 9, p. 1889-1902, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2013000900027&lng=en>. Acesso em: 27 ago. 2016.

BEZERRA, V. M.; ANDRADE, A. C. S.; CÉSAR, C. C.; CAIAFFA, W. T. Domínios de atividade física em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil: estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 6, p. 1213-24, 2015.

BEZERRA, V. M.; MEDEIROS, D. S.; GOMES, K. O.; SOUZAS, R.; GIATTI, L.; STEFFENS, A. P.; KOCHERGIN, C. N.; SOUZA, C. L.; MOURA, C. S.; SOARES, D. A.; SANTOS, L. R. C. S.; CARDOSO, L. G. V.; OLIVEIRA, M. V.; MARTINS, P. C.; NEVES, O. S. C.; GUIMARÃES, M. D. C. Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, p.1835-1847, 2014. Suplemento. FAP UNIFESP (SciELO).

BORGES, A.L.V.; LATORREMRDO, SCHOR N. Fatores associados ao início da vida sexual de adolescentes matriculados em uma unidade de saúde da família da zona leste do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 7, p. 1583-94, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000700009>. Acesso em: 21 set. 2016.

BOZON, M.; HEILBORN, M. L. Iniciação à sexualidade: modos de socialização, interações de gênero e trajetórias individuais. In: HEILBORN, M. L.; AQUINO, E. M. L.; BOZON, M.; KNAUTH, D. R. (Orgs.). O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Garamond/Ed. Fiocruz, 2006.

BRASIL. **Ações da Coordenação Geral da Saúde dos Adolescentes e dos Jovens**. 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/518-sas-raiz/dapes/saude-do-adolescente-e-do-jovem/11->

saude-do-adolescente-e-do-jovem/10465-apresentacao. Acesso em: 10 março 2017.

BRASIL. Constituição (2012). Lei N. 8.069, de 13 de Julho de 1990, e Legislação Correlata nº 8069, de 2012a. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 9. ed. Disponível em: <http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/camara/estatuto_crianca_adolescente_9ed.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2016.

BRASIL. Decreto nº 4877, de 20 de novembro de 2003. **Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Nov. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/>. Acesso em: 12 jul. 2016.

BRASIL. Decreto nº 6.040, de 07 de fevereiro de 2007. **Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Fev. 2007a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20072010/2007/decreto/d6040.htm>. Acesso em: 17 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Cultura. **Fundação Palmares**. 2016. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/?page_id=37551>. Acesso em: 07 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS e DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS e DST**. Brasília; 2015b. Disponível em: <<http://www.Aids.gov.br/publicacao/2015/boletim-epidemiologico-Aids-e-dst-2015>>. Acesso em: 30 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Saúde na Escola**. Cadernos de Atenção Básica, Série B, Brasília, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto da criança e do adolescente: **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 e legislação correlata – 7. ed.** – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010. 225 p. – (Série legislação; n. 25). Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/785/estatuto_crianca_adolescente_7ed.pdf>. Acesso em: 09 de novembro 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007b. 60 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas estratégicas. **Marco Legal: Saúde um direito de adolescentes**. Brasília (DF), 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 26; 1. ed., 1. Reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 300 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes Nacionais Para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde**. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 132 p: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf>. Acesso: 16 abril de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa**, 1. ed.; 1. reimp., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: **Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Resolução Nº 466, de 12 de Dezembro de 2012**. 2012b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2016

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (2013). **Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde**. 1. ed., 1. reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde; 2013c.

BRASIL.SAGE. **Cobertura de Equipes de Saúde da família de Vitória da Conquista em 2015**. 2015a Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/#>>. Acesso em: 11 Out. 2016.

BRÊTAS, J. R. S. Vulnerabilidade e Adolescência. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros e Pediatras**. São Paulo, V. 10, n.2, p. 89-96, Dez. 2010.

BUZINARO, E. F.; ALMEIDA, R. N. A.; MAZETO, G. M. F. S. Biodisponibilidade do cálcio dietético. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 50, n. 5, p. 852-861, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v50n5/32222.pdf>>. Acesso em 14 set. 2016.

CAMELO, L. D. V.; RODRIGUES, J. S. C.; GIATTI, L.; BARRETO, C. N. Lazer Sedentário e consumo de alimentos entre adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PenSE 2009). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 11, p. 2155-2162, 2012.

CAMPOS, M. O. Comportamento sexual e uso de substâncias psicoativas em adolescentes brasileiros: fatores contextuais associados: 2013. 112 folhas. **Tese (Doutorado em Saúde Pública)** Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais,

2013.

CASTRO, I.R.R.; LEVY, R.B.; CARDOSO, L.O.; PASSOS, M.D.; SARDINHA L.M.V.; TAVARES L.F.; DUTRA, S.P.; MARTINS, A. Imagem corporal, estado nutricional e comportamento com relação ao peso entre adolescentes brasileiros. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, p.3099-3108, 2010.

CLARO, R. M.; MONTEIRO, C. A. Renda familiar, preço de alimentos e aquisição domiciliar de frutas e hortaliças no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n.6, p. 1014-20, 2010.

CLARO, R.M.; SANTOS, M.A.S.; OLIVEIRA-CAMPOS, M. Imagem corporal e atitudes extremas em relação ao peso em escolares brasileiros (PeNSE 2012). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, p. 146-157, 2014.

COATES, V. História brasileira da medicina do adolescente: Comemorando 10 anos da ASBRA. **Revista Adolescência Latino Americana**, v.1, n.4, p.260-265, 1999.

CONARG. Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária (2016). Decisões. Estatísticas de 2015. Disponível em: <<http://www.conar.org.br/>>. Acesso em: 13 nov. 2016. **Conquista, Bahia. 2015**. Disponível em: http://www.palmares.gov.br/?page_id=88# Acesso em: 15 jul.2016

CONTI, M.A. Os aspectos que compõem o conceito de imagem corporal pela ótica do adolescente. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 18, p. 240-253, 2008.

CURTIS, A.C.; WATERS, C.M.; BRINDIS, C. Rural adolescent health: The importance of prevention services in the rural community. **The Journal of Rural Health**, v. 27, n.1, p. 60-71, 2011. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1748-0361.2010.00319.x/epdf>>. Acesso em: 15 jun. 2016.

DALLA COSTA, M.C.; BARRETO, A.D.C.; BLEIL, R.A.T.; OSAKU, N.; RUIZ, F.S. Estado nutricional de adolescentes atendidos em uma unidade de referência para adolescentes no Município de Cascavel, Estado do Paraná, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 2011. v. 20, p. 355-361.

DARMON, N.; FERGUSON, E.; BRIEND, A. Do economic constraints encourage the selection of energy dense diets? **Appetite**, v. 41, p. 315-322, 2003.

DAVIM, R. M. B.; GERMANO, R. M.; MENEZES, R. M. V.; CARLOS, D.J.D. Adolescente/adolescência: revisão teórica sobre uma fase crítica da vida. **Revista Rene. Fortaleza**, v. 2, n. 10, p. 131-140, 2009.

DE OLIVEIRA LANGONI, P. O.; AERTS, D. R. G. C.; ALVES, G. G.; CÂMARA, S. G. Insatisfação com a imagem corporal e fatores associados em adolescentes escolares. **Diaphora**, v. 12, p. 23-30, 2014.

DEL CIAMPO, L. A.; DEL CIAMPO, I. R. L. Adolescência e imagem corporal. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v.7, n. 4, p. 55-59, 2010.

DIAS, P. J. P.; DOMINGOS, I. P.; FERREIRA, M.G.; MURARO, A.P.; SICHIERI, R.; GONÇALVES-SILVA, R.M.V. Prevalência e fatores associados aos comportamentos sedentários em adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 2, p. 266-74, 2014.

DIEZ-GARCIA, R.W. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 16, n. 4, p. 483-492, dec. 2003.

DREWNOWSKI, A.; DARMON, N.; BRIEND, A. Replacing Fats and Sweets With Vegetables and Fruits- A Questiono of Cost. **American Journal of Public Health**, v. 94, n. 9, p. 1555-1559, 2004.

ECOR-TURNER, M.A.; RANDALL, B.A.; BRENNAN, A.L.; ANDERSON, M.K.; GROSS, D.A. Rural Adolescents' Access to Adolescent Friendly Health Services. **J. Pediatr. Health Care**, v. 28, n.6, p. 534-40, 2014.

ESTIMA, C.C.P.; COSTA, R.S.; SICHIERI, R.; PEREIRA, R.A.; VEIGA, G.V. Meal consumption patterns and anthropometric measurements in adolescents from a low socioeconomic neighborhood in the metropolitan area of Rio de Janeiro, Brazil. **Appetite**, v. 52, n. 3, p. 735-9, 2009.

FERRAZ, A. E. D.; ROCHA, A. A. **Apontamentos sobre a população rural no município de Vitória da Conquista Bahia**. 2012. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/14974201apontamentos-sobre-a-populacao-rural-no-municipio-de-vitoria-da-conquista-bahia-1-resumo.html>> Acesso em: 17 out. 2016.

FERREIRA, R.W.; ROMBALDI, A.J.; RICARDO, L.I.C.; HALLAL, P.C.; AZEVEDO, M.R. Prevalência de comportamento sedentário de escolares e fatores associados. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 34, n.1, v. 56-63, 2016.

FIDELIX, Y.L.; SILVA, D.A.S.; PELEGRINI, A.; SILVA, A.F.; PETROSKI, E.L. Insatisfação com a imagem corporal em adolescentes de uma cidade de pequeno porte: associação com sexo, idade e zona de domicílio. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, v. 13, p. 202-207, 2011.

FINATO, S.; RECH, R.R.; MIGON, P.; GAVINESKI, I.C.; TONI, V.; HALPERN, R. Insatisfação com a imagem corporal em escolares do sexto ano da rede municipal de Caxias do Sul, no Rio Grande do Sul. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 31, p. 65-70, 2013.

FONSECA, M.C.P.M. Determinantes dos hábitos alimentares nos estudantes do ensino profissional. Portugal: **Dissertação (Mestrado em Enfermagem Comunitária)** - Escola Superior de Saúde de Viseu. Portugal, 2015. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10400.19/2864>>. Acesso em: 13 jul. 2016.

FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES. **Comunidades Quilombolas de Vitória da GALVÃO, J. Aids no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia**. Rio de Janeiro: Editora 34; 2000.

GLANER, M. F. Aptidão física relacionada à saúde de adolescentes rurais e urbanos em

relação a critérios de referência. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v.19, n.1, p.13-24, jan./mar. 2005

GLANER, M. F.; PELEGRINI, A.; CORDOBA, C. O.; POZZOBON, M. E. Associação entre insatisfação com a imagem corporal e indicadores antropométricos em adolescentes. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 27, p. 129-136, 2013.

GONCALVES, H.; MACHADO, E.C.; SOARES, A.L.G.; CAMARGO-FIGUERA, F.A.; SEERIG, L.M.; MESENBURG, M.A.; GUTTIER, M.C.; BARCELOS, R.S.; BUFFARINI, R.; ASSUNÇÃO, M.C.F.; HALLAL, P.C.; MENEZES, A.M.B. Início da vida sexual entre adolescentes (10 a 14 anos) e comportamentos em saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 25-41, mar. 2015.

GRAUP, S.; PEREIRA, E. F.; LOPES, A. S.; ARAÚJO, V. C.; LEGNANI, R. F. S.; BORGATTO, A. F. Associação entre a percepção da imagem corporal e indicadores antropométricos de escolares. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 22, n. 2, p.129-138, 2008.

GUIMARÃES, R.D.F. **Atividade física, hábitos alimentares e comportamento sedentário: associação com o IMC e o perfil metabólico em adolescentes de Curitiba, Paraná, 2013**. Dissertação (mestrado em educação física) Pós-Graduação em Educação Física, do Setor de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Paraná. Paraná, 2013. 85p.

HEILBORN, M.L.; AQUINO, E.M.L.; BOZON, M.; KNAUTH, D.R. **O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Garamond; 2006, 534 p.

HUNEEUS, A.; DEARDORFF, J.; LAHIFF, M.; GUENDELMAN, S. Type of primary education is associated with condom use at sexual debut among Chilean adolescents. **Sexually Transmitted Diseases**, v. 41, n. 5, p. 306-11, 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010a: **População geral distribuída por idade, sexo e local de residência**. Rio de Janeiro, 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estados@: Bahia**. 2016a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ba>>. Acesso em: 10 out. 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2009 (PeNSE 2009)**. Rio de Janeiro: IBGE 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/>>. Acesso em 27: ago. 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2012 (PeNSE 2012)**. Rio de Janeiro: IBGE; 2013a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/2012/>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde. **Questionário do Domicílio, 2013c**. Disponível em: <<http://www.pns.icict.fiocruz.br/arquivos/Domiciliar/Modulo%20A-PNS.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015 (PeNSE, 2015)**. Rio de Janeiro: IBGE; 2016b. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/2015/>>. Acesso em: 27 ago. 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Questionário PENSE 2012**, 2013a. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=52908>>. Acesso em: 16 jul. 2016.

IEPSEN, A. M., SILVA, M. C. Prevalência e fatores associados à insatisfação com a imagem corporal de adolescentes de escolas do Ensino Médio da zona rural da região sul do Rio Grande do Sul, 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, p. 317-325, 2014.

JAGER, M. E., BATISTA, F. A., PERRONE, C. M., SANTOS, S. S., DIAS, A. C. G. O adolescente no contexto da saúde pública brasileira: reflexões sobre o PROSAD. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 19, n. 2, p. 211-221, 2014.

KOCHERGIN, C.N.; PROIETTI, F.A.; CÉSAR, C.C. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: auto avaliação de saúde e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 1487-1501, 2014.

LANDIS, J.R.; KOCH, G.G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, v. 33, p. 159-174, 1977.

LAUS, M.F.; NASCIMENTO, P.C.B.D.; ALMEIDA, S.S.; BRAGA COSTA, T. M. Determinantes ambientais do comportamento alimentar. In: DIEZ-GARCIA, R.W.; CERVATO-MANCUSO, A.M. **Mudanças alimentares e educação nutricional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 118-138, 2011.

LEAL, G. V. S.; PHILIPPI, S. T.; MATSUDO, S. M. M.; TOASSA, E. C. Consumo alimentar e padrão de refeições de adolescentes, São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 3, p. 457-67, 2010.

LEÃO, M. M. Saúde e qualidade de vida de adolescentes de um assentamento rural no Pontal do Paranapanema-SP. **Tese (doutorado em Odontologia Preventiva e Social)** - Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho. São Paulo, 2015.

LEVY, R. B.; CASTRO, I. R. R.; CARDOSO, L.O.; TAVARES, L. F.; SARDINHA, L. M.V.; GOMES, F.S.; COSTA, A.W.N. Consumo e comportamento alimentar entre adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do escolar (PeNSE), 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. Supl.2, p. 3085-3097, 2010.

LIBERALI, T.; SCHMITT, V.; ORUÉ, A.L.; NOVELLO, D. Efeito da imagem corporal sobre o estado nutricional e comportamento alimentar de adolescentes. **UNOPAR Científica Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 15, 2013.

LOPES, S. V.; MIELKE, G. I.; SILVA, M. C. Comportamentos de risco relacionados à saúde em adolescentes escolares da zona rural. **O Mundo da Saúde**, v. 39, n. 3, p.269-278, 30 set. 2015.

LOUCAIDES, C. A.; JAGO, R. THEOPHANOUS, M. Physical activity and sedentary behaviours in Greek-Cypriot children and adolescents: a cross-sectional study. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v.8, n. 1, p. 1, 2011.

MACHADO-RODRIGUES, A.M.; COELHO-E-SILVA, M.J.; MOTA, J.; CUMMING, S.; RIDDOCH, C.; MALINA, R.M. Correlates of aerobic fitness in urban and rural areas of Portuguese adolescents. **Annals of humanbiology**, v. 38, p. 479-484, 2011.

MAIA, M.R. **Sustentabilidade e agricultura familiar em Vitória da Conquista – Ba.** Sergipe: Universidade Federal de Sergipe, 2012. Disponível em: <http://bdtd.ufs.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=895>. Acesso em: 16 set. 2016.

MAIA, R. P.; KUBO, S. E. A. C.; GUBERT, M. B. Diferenças no consumo alimentar de adolescentes na região Centro-Oeste e outras regiões brasileiras. **Demetra: alimentação, nutrição & saúde**, v. 9, n. 1, p. 147-62, 2014.

MALTA, D. C.; PORTO, D. L.; MELO, F. C. M.; MONTEIRO, R. A.; SARDINHA, L. M. V.; LESSA, B. H. Família e proteção ao uso de tabaco, álcool e drogas em adolescentes, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, n.1, p. 166-77, 2011.

MALTA, D. C.; SILVA, M. A. I.; MELLO, F. C. M.; MONTEIRO, R. A.; PORTO, D. L.; SARDINHA, L. M. V.; FREITAS, P.C. Saúde sexual dos adolescentes segundo a Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, n. 1, p. 147-56, 2011.

MALTA, D.C.; ANDREAZZI, M.A.R.D.; OLIVEIRA-CAMPOS, M.; ANDRADE, S.S.C.D.A.; SÁ, N.N.B.D.; MOURA, L.D.; DIAS, A.J.R.; CRESPO, C.D.; SILVA JÚNIOR, J.B. Trend of the risk and protective factors of chronic diseases in adolescents, National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2009 e 2012). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, p. 77-91, 2014.

MATIAS, C. T.; FIORE, E. G. Mudanças no comportamento alimentar de estudantes do curso de nutrição em uma instituição particular de ensino superior. **Nutrire: Revista da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição**, v. 35, n. 2, p. 53-66, 2010.

MENEZES, A. S.; DUARTE, M. D. F. D. S. Condições de vida, inatividade física e conduta sedentária de jovens nas áreas urbana e rural. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 21, n. 5, p. 338-44, 2015.

MIRANDA, V. P. N.; CONTI, M.; BASTOS, R. R.; LAUS, M. F.; ALMEIDA, S. S.; FERREIRA, M. E. C. Imagem corporal de adolescentes de cidades rurais. **Ciência de Saúde Coletiva**, v. 19, p. 1791-1801, 2014.

MONTALLI, L. **Mudanças na família, no mercado de trabalho e nos arranjos familiares.** Fundação Friedrich Ebert Stiftung Brasil. Electronic ed.: São Paulo: FES, 2015.

MONTICELLI, F.D.B.; SOUZA, J.M.P.; SOUZA, S.B. Consumo alimentar por adolescentes e a relação com fatores socioeconômicos e atividades de lazer sedentárias. **Nutrire: Revista da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição**, v. 37, n. 1, p. 64-77, 2012.

MORAES, S. P. de; VITALLE, M. S. de S. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 58, n. 1, fev. 2012.

MOREIRA, T.M.M.; VIANA, D.S.; QUEIROZ, M.V.O.; JORGE, M.S.B. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2008, v. 42, n. 2, p. 312-20.

MORIYAMA, J. S.; AMARAL, V.L.A.R. Transtorno dismórfico corporal sob a perspectiva análise do comportamento. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental**, São Paulo, vol. 9, n. 1, p.11-25, 2007.

MOTA, S. E. C.; PENA, P.G.L. Significados socioculturais da alimentação em uma comunidade de marisqueiras no Recôncavo Baiano. In: FREITAS, M.C.S.; OLIVEIRA e SILVA, D. **Narrativas sobre o comer no mundo da vida**. Salvador: EDUFBA, p.125-143, 2014.

MÜLLER, A.W.; SILVA, M. C. Barreiras à prática de atividades físicas de adolescentes escolares da zona rural do sul do Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 18, n. 3, p. 344-353, 2013.

MUNIZ, L. C.; MADRUGA, S.W.; ARAÚJO, C. L. Consumo de leite e derivados entre adultos e idosos no Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 12, p. 3515-3522, 2013.

MURRIETA, R. S. S. Dialética do sabor: alimentação, ecologia e vida cotidiana em comunidades ribeirinhas da Ilha de Ituqui, Baixo Amazonas, Pará. **Revista de Antropologia**, v. 44, n. 2, p. 39-88, 2001.

NAVAS, R.; KANIKADAN, A. Y. S.; SANTOS, K. M. P.; GARAVELLO, M. E. P. E. Transição alimentar em comunidade quilombola no litoral sul de São Paulo. **Revista NERA**, v. 27, p. 138-155, 2015.

NESS, A.R.; MAYNARD, M.; FRANKEL, S.; DAVEY SMITH, G.; FROBISHER, C.; LEARY, S.D.; EMMETT, P.P; GUNNELL, D. Diet in childhood and adult cardiovascular and cause mortality: the Boyd Orr cohort. **Heart**, v. 91, n. 7, p. 894- 898, 2005.

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

NUNES, M. M. A.; FIGUEIROA, J. N.; ALVES, J. G. B. Excesso de peso, atividade física e hábitos alimentares entre adolescentes de diferentes classes econômicas em Campina Grande (PB). **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 53, n. 2, p. 132-4, 2007.

OLIVEIRA, F. A.; NETO, S.G.C.; NETO, V.R.S.; ROCHA, S.V. Fatores associados à inatividade física entre adolescentes de uma escola pública do município de Jequié-BA. **Ulbra e Movimento - Revista de Educação Física**, v. 2, n. 1, p. 30-44, 2011.

OLIVEIRA, F. P.; BOSI, M. L. M.; VIGÁRIO, P. S.; VIEIRA, R. S. Comportamento

alimentar e imagem corporal em atletas. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 9, p. 348-356, 2003.

OLIVEIRA, J. S.; BARUFALDI, L. A.; ABREU, G. A.; LEAL, V. S.; BRUNKEN, G. S.; VASCONCELOS, S. M. L.; SANTOS, M.M.; BLOCH, K.V. ERICA: uso de telas e consumo de refeições e petiscos por adolescentes brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. 1, p. 7, 2016.

OLIVEIRA-CAMPOS, M.; NUNES, M.L.; MADEIRA, F.C.; SANTOS, M.G.; BREGMANN, S.R.; MALTA, D.C.; GIATTI, L.; BARRETO, S.M. Comportamento sexual em adolescentes brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.17, n. supl1, p. 116-30, 2014.

PACHECO, S.S.M. O hábito alimentar enquanto comportamento culturalmente produzido. In: FREITAS, M.C.S.; FONTES, G.A.V.; OLIVEIRA, N. Escritas e narrativas em alimentação e cultura, Salvador: **EdUFBA**, p. 217-238, 2008.

PAIVA, V.; CALAZANS, G.; VENTURI, G.; DIAS, R. Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, p. n. supl.1, p. 45-53, 2008.

PELEGRINI, A.; SILVA, D. A. S.; PETROSKI, E. L.; GLANER, M. F. Estado nutricional e fatores associados em escolares domiciliados na área rural e urbana. **Revista de Nutrição**, v. 23, p. 839-846, 2010.

PESSALACIA, J. D. R.; DE MENEZES, E. S.; MASSUIA, D. A vulnerabilidade do adolescente numa perspectiva das políticas de saúde pública. **Revista Bioethikos. Centro universitário São Camilo**, v. 4, n. 4, p. 423-430, 2010.

PINHEIRO, E.P.; BUSQUETS, M.B.; RODRIGUES, R.A.M.; SILVA, J.B.A.; SEIBERT, C.S.; MALVASIO, A.M. Quilombolas no centro urbano de Monte do Carmo–TO. **Revista Interface (Porto Nacional)**, n. 06, 2013.

RANGEL, S.R.V.; FREITAS, M.P.; ROMBALDI, A.J. Atividade física e comportamento sedentário: prevalência e fatores associados em adolescentes de três escolas públicas de Pelotas/RS. **Biomotriz**, v. 9, n. 1, 2015.

RIOS, L. C.; ROCHA, S. V.; ALMEIDA, M. M. G. D.; ARAÚJO, T. M. Inatividade física no lazer em jovens de Feira de Santana, Bahia. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 30, n. 2, p. 223-28, 2012.

ROEHRS, H.; MAFTUM, M. A.; ZAGONEL, I. P. S. Adolescência na percepção de professores do ensino fundamental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, p. 421-8, 2010.

SÁ, M.L.B. **Saberes e práticas alimentares em uma comunidade quilombola no Ceará**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6133/tde-23022011-095139/pt-br.php>>. Acesso em: 22 set. 2016.

SAITO, M.I.; RUZANY, M.H.; SERRA, A.S.L. Laboratório de Inovações: experiências

exitosas em Saúde de Adolescentes e Jovens. **Revista Adolescência e Saúde**, vol. 12, Supl. 1, p. 8-13, 2015.

SALLES, L. M. F. Infância e adolescência na sociedade contemporânea: alguns apontamentos. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 22, n. 1, mar. 2005.

SANTANA, K. C. Direito à saúde: adolescentes quilombolas em comunidades rurais de Vitória da Conquista - BA. **Dissertação (Mestrado)** – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Vitória da Conquista - BA, 2016. 137 f. Disponível em: <<http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=4941>>. Acesso: 10 março 2017

SANTOS, A. **Entre a colher e a enxada: interfaces entre a alimentação e a cultura dos quilombolas de Piranga-MG**. Minas Gerais: Universidade Federal de Viçosa. 2009. Disponível em: <<http://repositorio.ufv.br/handle/123456789/4119>>. Acesso em: 20 jul. 2016.

SANTOS, B. R. dos Por uma escuta da criança e do adolescente social e culturalmente contextualizada: concepções de infância e de adolescência, universalidade de direitos e respeito às diversidades. In: SANTOS, B. R. dos, et. al. (Orgs.). **Escuta de crianças e adolescentes em situação de violência sexual, Aspectos Teóricos e Metodológicos**. DF: EdUCB, 2014. 396 p

SANTOS, J. S.; COSTA, C. O. M.; SOBRINHO, C. L. N.; SILVA, M. C. M.; SOUZA, K. E. P.; MELO, B. O. Perfil antropométrico e consumo alimentar de adolescentes de Teixeira de Freitas- Bahia. **Revista de Nutrição**, v. 18, n. 5, p. 623-632, 2005.

SANTOS, R. C.; ALCANTARA, F. V. Desenvolvimento territorial e políticas públicas: em foco o Território de Identidade Vitória da Conquista – Ba. **In: 65ª Reunião Anual da SBPC**, 2013, Recife. Anais da 65ª Reunião Anual da SBPC, Recife: UFPE, 2013. Disponível em: <http://www.sbpnet.org.br/livro/65ra/resumos/resumos/6841.htm> Acesso: 12 de nov.2016

SASAKI, R. S. A.; SOUZA, M. M.; LELES, C. R.; MALTA, D. C.; SARDINHA, L. M. V.; FREIRE, M. C. M. Comportamento sexual de adolescentes escolares da cidade de Goiânia, Goiás. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.17, n. supl 1, p. 172-82, 2014.

SILVA, A. S. N.; SILVA, B. L. C. N.; SILVA JÚNIOR, A. F.; SILVA, M. C. F.; GUERREIRO, J. F.; SOUSA, A. S. C. A. Onset of sexual intercourse among adolescent students: a cross-sectional study of sexual risk behavior in Abaetetuba, Pará State, Brazil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 6, n. 3, p. 27-34, 2015.

SILVA, D. A. S.; LIMA, J. O.; SILVA, R. J. S.; PRADO, R. L. Nível de atividade física e comportamento sedentário em escolares. **Revista Brasileira de Cineantropometria Desempenho Humano**, v. 11, n. 3, p. 299-306. 2009.

SILVA, E. A. Projetos de vida de adolescentes e jovens de comunidades quilombolas do Vale do Mucuri/MG. São Paulo. **Cadernos Ceru (USP)**, v. 26, n. 2, dez. 2015.

SOARES, A. H. R. O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1495-1496, jun 2007.

SOARES, D. A.; BARRETO, S. M. Sobrepeso e obesidade abdominal em adultos

quilombolas, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 2, fev 2014. DOI: 10.1590/0102-311X00004613

SOUSA, B. C. Conhecimento de adolescentes sobre o desenvolvimento da mama e os fatores de risco para o câncer. **Dissertação (Mestrado-Programa de pós-graduação em Enfermagem e Saúde)** - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, 2013. 92f: il.

SOUZA, A.S.; SOARES, L.F. Análise das práticas alimentares das comunidades quilombolas do estado do Piauí. Nutrire: **Revista da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição**, v. 36, p. 1354, 2011.

SOUZA, L. W. A influência das tecnologias no lazer dos jovens e a relação com as práticas corporais. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 30, n. 2, p. 223-228, 2013.

SOUZA-SANTOS, M. F; FÉLIX, L. B.; MORAIS, E. R. C. Representações Sociais de Juventude em uma Comunidade Quilombola do Agreste Pernambucano. **Psico**, v. 43, n. 4, 2012.

STORY, M.; NEUMARK-SZTAINER, D.; FRENCH, S. Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors. **Journal of the American Dietetic Association**, Minneapolis, USA, v.102, n.3, p. 40-50, 2002.

SZWARCWALD, C. L.; DAMACENA, G. N. Amostras complexas em inquéritos populacionais: planejamento e implicações na análise estatística dos dados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.11, p. 38-45, 2008.

TAQUETTE, S. R. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência. **Revista Adolescência e Saúde**. v. 10, n. Supl. 1, p. 72-77, 2013.

TAQUETTE, S. R.; VILHENA, M. M. Uma contribuição ao entendimento da iniciação sexual feminina na adolescência. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 1, p. 105-14, 2008.

TARDIDO, A.P.; FALCÃO, M.C. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v. 62, n. 2, p.117-124, 2006.

TEIXEIRA, A. M. F. B.; KNAUTH, D. P.; FACHEL, J. M. G.; LEAL, A. F. Adolescente 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.

TRICHES, R. M.; GIUGLIANI, E. R. J. Insatisfação corporal em escolares de dois municípios da região Sul do Brasil. **Revista de Nutrição**, v. 20, p. 119-128, 2007.

UFBA. Universidade Federal da Bahia. **Relatório técnico parcial do Projeto Adolescência: Saúde do Adolescente Rural e dos seus Condicionantes**. Vitória da Conquista: UFBA. 2015. 143p.

UNICEF. The State of the World's Children 2011. Adolescence: **An Age of Opportunity**. New York: United Nations Children's Fund . Disponível em: <http://www.unicef.org/adolescence/files/SOWC_2011_Main_Report_EN_02092011.pdf>. Acesso em: 25. Jan. 2016.

UTTER, J.; SCRAGG, R.; SCHAAF, D. Associations between television viewing and consumption of commonly advertised foods among New Zealand children and young adolescents. **Public Health Nutrition**, v. 9, n.5, p. 606-12, 2006.

VASCONCELLOS, M.B.D.; ANJOS, L.A.D.; VASCONCELLOS, M.T.L.D. Estado nutricional e tempo de tela de escolares da Rede Pública de Ensino Fundamental de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 713-22, 2013.

VEIGA, G.V.; SICHIERI, R. Correlation in food intake between parentes and adolescents depends on socioeconomic level. **Nutrition Research**, v. 26, p.517-523. 2006.

VERECKEN, C.A.; TODD, J.; ROBERTS, C.; MULVIHILL, C.; MAES, L. Television viewing behaviour and associations with food habits in different countries. **Public Health Nutrition**, v. 9, n. 2, p. 244-50, 2006.

VITORINO, P.V.O.; BARBOSA, M.A.; SOUSA, A.L.L.; JARDIM, P.C.B.V.; FERREIRA, S.S. Prevalência de estilo de vida sedentário entre adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.27, n. 1, p. 166-71, 2014.

VONK, A.C.R.P.; BONAN, C.; SILVA, K.S. Sexualidade, reprodução e saúde: experiências de adolescentes que vivem em município do interior de pequeno porte. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1795-1807, 2013.

WHO, World Health Organization. Young People's Health - a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. **Technical Report Series 731**. Geneva: WHO, 1986.

WHO. **World Health Organization** (2008). Inequalities Young people's health: key findings from the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2005/2006 survey fact sheet. Copenhagen: WHO, 2008.

WOICHICK, C.; VIEIRA, R. L. D.; KUHLE, A. M.; FREITAS, A. R.; SUPAL, P. A. Consumo Alimentar de Adolescentes: Comparação Entre a Área Rural e Urbana de Prudentópolis, Paraná. **Uniciências**, v. 17, n. 1, p. 25-31, 2013.

ZORDÃO, O. P.; BARBOSA, A.; PARISI, T.S.A.; GRASSELLI, C.S.M.; NOGUEIRA, D.A.; SILVA, R.R. Associação da imagem corporal e transtornos alimentares em adolescentes de Minas Gerais (Brasil). **Nutrición clínica y dietética hospitalaria**, v. 35, n. 2, p. 48-56, 2015

APÊNDICE A – Questionário do Projeto ADOLESCER: saúde do adolescente da zona rural e seus condicionantes

MÓDULO A. CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS MORADORES.

A1	Este domicílio é do tipo:	1. Casa		<input type="checkbox"/>
		2. Apartamento		
		3. Habitação em casa de cômodos ou cortiço		
A2	Qual o material que predomina na construção das paredes externas deste domicílio?	1. Alvenaria com revestimento		<input type="checkbox"/>
		2. Alvenaria sem revestimento		
		3. Madeira apropriada para construção		
		4. Taipa não revestida		
		5. Madeira aproveitada		
		6. Palha		
		7. Outro material		
A3	Qual o material que predomina na cobertura (telhado) do domicílio?	1. Telha		<input type="checkbox"/>
		2. Laje de concreto		
		3. Madeira apropriada para construção		
		4. Zinco ou chapa metálica		
		5. Madeira aproveitada		
		6. Palha		
		7. Outro material		
A4	Qual o material que predomina no piso do domicílio?	1. Cimento		<input type="checkbox"/>
		2. Cerâmica, lajota ou pedra		
		3. Terra		
		4. Madeira aproveitada		
		5. Tacos ou tábua corrida		
		6. Outro material		
A5	Qual é a principal forma de abastecimento de água deste	1. Rede geral de distribuição	Se A5≠1: passe ao A7	<input type="checkbox"/>
		2. Poço ou nascente na propriedade		

	domicílio?	3. Poço ou nascente fora da propriedade		
		4. Carro-pipa		
		5. Água da chuva armazenada em cisterna		
		6. Água da chuva armazenada de outro modo		
		7. Rios, lagos e igarapés		
		8. Outra		
A6	Com que frequência a água proveniente da rede geral está habitualmente disponível para este domicílio?	1. Diariamente		<input type="checkbox"/>
		2. Pelo menos uma vez por semana		
		3. Menos que uma vez por semana		
A7	Este domicílio tem água canalizada para pelo menos um cômodo?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
A8	Além da principal, que outra forma de abastecimento de água é utilizada neste domicílio?	1. Nenhuma		
		2. Rede geral de distribuição		
		3. Poço ou nascente na propriedade		
		4. Poço ou nascente fora da propriedade		
		5. Carro-pipa		<input type="checkbox"/>
		6. Água da chuva armazenada em cisterna		
		7. Água da chuva armazenada de outro modo		
		8. Rios, lagos e igarapés		
		9. Outra		
A9	A água utilizada para beber neste domicílio é:	1. Filtrada		
		2. Fervida		
		3. Tratada de outra forma no domicílio		<input type="checkbox"/>
		4. Mineral industrializada		
		5. Sem tratamento no domicílio		
A10	Qual o número de cômodos no seu domicílio, incluindo banheiro(s) e cozinha(s)?	<input type="text"/>		<input type="text"/>
A11	Quantos cômodos estão	<input type="text"/>		<input type="text"/>

	servindo permanentemente de dormitório para os moradores deste domicílio?			
A12	O seu domicílio tem cozinha?	0. Não 1. Sim		<input type="checkbox"/>
A13	O fogão deste domicílio utiliza predominantemente:	1. Gás de botijão 3. Lenha 4. Carvão 5. Energia elétrica 6. Outro 7. Não tem fogão		<input type="checkbox"/>
A14	Quantos banheiros de uso exclusivo dos moradores existem neste domicílio?	<input type="text"/>	Se A14=0, passe ao A16.	<input type="text"/>
A15	De que forma é feito o escoadouro dos banheiros ou sanitários?	1. Rede geral de esgoto ou pluvial 2. Fossa séptica 3. Fossa rudimentar 4. Vala 5. Direto para rio ou lago 6. Outra		<input type="checkbox"/>
A16	Qual o destino dado ao lixo?	1. Coletado diretamente por serviço de limpeza 2. Coletado em caçamba de serviço de limpeza 3. É queimado na propriedade 4. É enterrado na propriedade 5. Jogado em terreno baldio ou logradouro 6. Jogado em rio ou lago 7. Outro		<input type="checkbox"/>
A17	Qual a origem da energia elétrica utilizada neste domicílio?	1. Rede geral 2. Outra origem (gerador, placa solar, eólica etc.) 3. Não tem energia elétrica		<input type="checkbox"/>

A18	Neste domicílio existe:			
A18A	Televisão em cores?	0. Não	Se A18A=0, vá para A18B	□
		1. Sim		
A18A1	Quantas televisões em cores?	□□□		□□□
A18B	Geladeira?	0. Não	Se A18B=0, vá para A18C	□
		1. Sim		
A18B1	Quantas geladeiras?	□□□		□□□
A18C	Videocassete/DVD?	0. Não	Se A18C=0, vá para A18D	□
		1. Sim		
A18C1	Quantos videocassete/DVD?	□□□		□□□
A18D	Máquina de lavar roupa?	0. Não	Se A18D=0, vá para A18E	□
		1. Sim		
A18D1	Quantas máquinas de lavar roupa?	□□□		□□□
A18E	Telefone fixo?	0. Não	Se A18E=0, vá para A18F	□
		1. Sim		
A18E1	Quantos telefones fixos?	□□□		□□□
A18F	Telefone celular?	0. Não	Se A18F=0, vá para A18G	□
		1. Sim		
A18F1	Quantos telefones celulares?	□□□		□□□
A18G	Forno micro-ondas?	0. Não	Se A18G=0, vá para A18H	□
		1. Sim		
A18G1	Quantos forno micro-ondas?	□□□		□□□
A18H	Computador?	0. Não	Se A18H=0,	□

		1. Sim	vá para A18I	
A18H1	Quantos computadores?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
A18I	Motocicleta?	0. Não	Se A18I=0, vá para A18J	<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
A18I1	Quantas motocicletas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
A18J	Rádios?	0. Não	Se A18J=0, vá para A18K	<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
A18J1	Quantos rádios?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
A18K	Freezer?	0. Não	Se A18K=0, vá para A18L	<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
A18K1	Quantos freezers?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
A18L	Carro?	0. Não	Se A18L=0, vá para A19	<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
A18L1	Quantos carros?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
A19	Em seu domicílio, trabalha algum(a) empregado(a) doméstico(a) mensalista?	0. Não	Se A19=0 vá para A20.	<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
A19A	Quantos empregados (as) domésticos (as) mensalistas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
A20	Qual o grau de escolaridade do senhor (a) (chefe da família)?	1. Não alfabetizado/Fundamental 1 Incompleto		<input type="checkbox"/>
		2. Fundamental 1 completo/ Fundamental 2 incompleto		
		3. Fundamental 2 completo/ Médio incompleto		
		4. Médio completo/ Superior incompleto		
		5. Superior completo/Pós graduação		
A21	Quantos anos completos de estudo o senhor (a) (chefe de	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

	família) tem?			
A22	Qual o número de residentes neste domicílio?			□□□
A23.	Alguns moradores deste domicílio, nos últimos três meses, recebeu algum rendimento proveniente de:			
A23A	Trabalho	0. Não 1. Sim	Se A23A=0, vá para A23B	□
A23A1	Qual valor total deste rendimento?	R\$ □□□□□□□□,□□□□		R\$ □□□□□□□□,□□□□
A23B	Aposentadoria ou pensão de Instituto de previdência federal (INSS), estadual, municipal ou do governo federal, estadual, municipal?	0. Não 1. Sim	Se A23B=0, vá para A23C	□
A23B1	Qual valor total deste rendimento?	R\$ □□□□□□□□,□□□□		R\$ □□□□□□□□,□□□□
A23C	Pensão alimentícia ou doação em dinheiro de pessoa que não morava no domicílio?	0. Não 1. Sim	Se A23C=0, vá para A23D	□
A23C1	Qual valor total deste rendimento?	R\$ □□□□□□□□,□□□□		R\$ □□□□□□□□,□□□□
A23D	Aluguel ou arrendamento?	0. Não 1. Sim	Se A23D=0, vá para A23E	□
A23D1	Qual valor total deste rendimento?	R\$ □□□□□□□□,□□□□		R\$ □□□□□□□□,□□□□
A23E	Seguro-desemprego, seguro defesa?	0. Não 1. Sim	Se A23E=0, vá para A23F	□
A23E1	Qual valor total deste rendimento?	R\$ □□□□□□□□,□□□□		R\$ □□□□□□□□,□□□□
A23F	Benefício assistencial de	0. Não	Se A23F=0,	□

MÓDULO B. CARACTERÍSTICAS DO ADOLESCENTE E APOIO SOCIAL

B1	Qual seu sexo?	1. Masculino		<input type="checkbox"/>
		2. Feminino		
B2	Qual sua cor ou raça?	1. Branca		<input type="checkbox"/>
		2. Preta		
		3. Amarela		
		4. Parda		
		5. Indígena		
B3	Qual sua data de nascimento	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
B4	Você mora com sua mãe?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
B5	Você mora com seu pai?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
B6	Qual o nível (grau) de ensino que sua mãe estudou ou estuda?	1. Minha mãe não estudou.		<input type="checkbox"/>
		2. Minha mãe começou o ensino fundamental (ou 1º grau), mas não terminou.		
		3. Minha mãe terminou o ensino fundamental (ou 1º grau).		
		4. Minha mãe começou o ensino médio (ou 2º grau), mas não terminou.		
		5. Minha mãe terminou o ensino médio (ou 2º grau).		
		6. Minha mãe começou a faculdade (ensino superior), mas não terminou.		
		7. Minha mãe terminou a faculdade (ensino superior, inclusive pós graduação, mestrado e doutorado em curso ou terminado)		
B7	Qual o nível (grau) de ensino que seu pai estudou ou estuda?	1. Meu pai não estudou		<input type="checkbox"/>
		2. Meu pai começou o ensino fundamental (ou 1º grau), mas não terminou		

		3. Meu pai terminou o ensino fundamental (ou 1º grau)		
		4. Meu pai começou o ensino médio (ou 2º grau), mas não terminou		
		5. Meu pai terminou o ensino médio (ou 2º grau)		
		6. Meu pai começou a faculdade (ensino superior), mas não terminou		
		7. Meu pai terminou a faculdade (ensino superior, inclusive pós graduação, mestrado e doutorado em curso ou terminado)		

MÓDULO C. CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO

C1	Na última semana você trabalhou ou estagiou, durante pelo menos uma hora, em alguma atividade remunerada em dinheiro? <i>(Para a pessoa cuja natureza do trabalho implica em ofertar serviços ou aguardar clientes e que esteve à disposição, mas não conseguiu clientes na semana de referência, marque “Sim”.)</i>	0. Não	Se C1=1 vá para C10.	<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
C2	Na última semana você trabalhou ou estagiou, durante pelo menos uma hora, em alguma atividade remunerada em produtos, mercadorias, moradia, alimentação, experiência profissional, etc.?	0. Não	Se C2=1 vá para C10.	<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
C3	Apesar do que acaba de dizer, na última semana você fez algum bico ou trabalhou em alguma atividade ocasional remunerada durante pelo menos 1 hora? <i>(EXEMPLOS: Na semana de referência a pessoa pode ter preparado doces ou salgados para fora, vendido cosméticos, prestado algum tipo de serviço, etc.)</i>	0. Não	Se C3=1 vá para C10.	<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
C4	Na última semana você ajudou durante pelo menos 1 hora, sem	0. Não	Se C4=1 vá para C10.	<input type="checkbox"/>

	receber pagamento, no trabalho remunerado de algum morador do domicílio?	1. Sim		
C5	Na última semana você tinha algum trabalho remunerado do qual estava temporariamente afastado? <i>(ATENÇÃO: Trabalho remunerado é aquele pelo qual a pessoa recebia dinheiro, produtos, mercadorias ou benefícios, tais como moradia, alimentação, experiência profissional, etc.)</i>	0. Não	Se C5=0 vá para C15.	<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
C6	Na última semana porque motivo você estava afastado desse trabalho?	1. Férias, folga ou jornada de trabalho variável	C6=3 ou 4, vá para C8.	<input type="checkbox"/>
		2. Licença maternidade		
		3. Licença remunerada por motivo de doença ou acidente da própria pessoa		
		4. Outro tipo de licença remunerada (estudo, paternidade, casamento, licença prêmio etc.)		
		5. Afastamento do próprio negócio/empresa por motivo de gestação, doença, acidente etc., sem ser remunerado por instituto de previdência		
		6. Fatores ocasionais (tempo, paralisação nos serviços de transporte etc.)		
		7. Greve ou paralisação		
		8. Outro motivo		
C7	Durante o tempo de afastamento,	0. Não		<input type="checkbox"/>

		7. Empregador (ATENÇÃO: Lembre-se que empregadores têm pelo menos um empregado remunerado)		
		8. Conta própria (ATENÇÃO: Lembre-se que trabalhadores por conta própria não têm empregados remunerados)		
		9. Trabalhador não remunerado em ajuda a conta própria ou empregador que era membro do domicílio		
		10. Trabalhador não remunerado em ajuda a empregado que era membro do domicílio		

C13	Qual era o rendimento bruto mensal que você recebia, ou retirada mensal que você fazia, normalmente nesse trabalho?			
C13A	Valor em dinheiro?	0. Não	C13A=0 vá para C13B.	□
		1. Sim		
C13A1	Qual valor? (R\$)	R\$ □□□□□□□□,□□□□		□□□□□□□□,□□□□
C13B	Valor estimado dos produtos ou mercadorias?	0. Não	C13B=0 vá para C13C.	□
		1. Sim		
C13B1	Qual valor? (R\$)	R\$ □□□□□□□□,□□□□		□□□□□□□□,□□□□
C13C	Somente em benefícios?	0. Não		□
		1. Sim		
C13C1	Qual valor? (R\$)	R\$ □□□□□□□□,□□□□		□□□□□□□□,□□□□

Entrevistador, se o entrevistado tiver apenas um trabalho vá para C15.

C14	Qual era o rendimento bruto mensal ou retirada que você fazia normalmente nesse(s) outro(s) trabalho(s)?			
C14A	Valor em dinheiro?	0. Não	C14A=0 vá para C14B.	□
		1. Sim		
C14A1	Qual valor? (R\$)	R\$ □□□□□□□□,□□□□		□□□□□□□□,□□□□
C14B	Valor estimado dos	0. Não	C14B=0 vá	□

	produtos ou mercadorias?	1. Sim	para C14C.	
C14B1	Qual valor? (R\$)	R\$ _ _ _ _ _ _ _ _ , _ _		_ _ _ _ _ _ _ , _ _
C14C	Somente em benefícios?	0. Não	Siga para D1.	_
		1. Sim		
C14C1	Qual Valor? (R\$)	R\$ _ _ _ _ _ _ _ _ , _ _		_ _ _ _ _ _ _ , _ _

MÓDULO D. ESTILO DE VIDA (ALIMENTAÇÃO, ÁLCOOL, ATIVIDADE FÍSICA E FUMO)

D1	Nos últimos 7 dias, em quantos dias você comeu feijão?	<input type="text"/> dias		<input type="checkbox"/>
D2	Nos últimos 7 dias, em quantos dias você comeu salgados fritos? Exemplo: batata frita (sem contar a batata de pacote) ou salgados fritos como coxinha de galinha, quibe frito, pastel frito, acarajé, etc.	<input type="text"/> dias		<input type="checkbox"/>
D3	Nos últimos 7 dias, em quantos dias você comeu hambúrguer, salsicha, mortadela, salame, presunto, nuggets ou linguça?	<input type="text"/> dias		<input type="checkbox"/>
D4	Nos últimos 7 dias, em quantos dias você comeu pelo menos um tipo de legume ou verdura crus ou cozidos? Exemplo: couve, tomate, alface, abobora, chuchu, brócolis, espinafre, etc. Não inclua batata e aipim (mandioca).	<input type="text"/> dias		<input type="checkbox"/>
D5	Ontem, em quais refeições você comeu legumes ou verduras cozidos, sem contar batata e aipim (mandioca/macaxeira)?	1. Não comi		<input type="checkbox"/>
		2. No almoço		
		3. No jantar		
		4. No almoço e no jantar		
D6	Nos últimos 7 dias, em quantos dias você comeu salada crua? Exemplo: alface, tomate, cenoura, pepino, cebola, etc.	<input type="text"/> dias		<input type="checkbox"/>

D7	Ontem, em quais refeições você comeu salada crua? Exemplos: alface, tomate, cenoura, pepino, cebola, etc.	1. Não comi		<input type="checkbox"/>
		2. No almoço		
		3. No jantar		
		4. No almoço e no jantar		
D8	Nos últimos 7 dias, em quantos dias você comeu legumes ou verduras cozidos na comida, inclusive sopa? Exemplo: couve, abobora, chuchu, brócolis, espinafre, cenoura, etc. Não inclua batata e aipim (mandioca).	<input type="text"/> dias		<input type="checkbox"/>
D9	Nos últimos 7 dias, em quantos dias você comeu biscoitos salgados ou bolachas salgadas?	<input type="text"/> dias		<input type="checkbox"/>
D10	Nos últimos 7 dias, em quantos dias você comeu biscoitos doces ou bolachas doces?	<input type="text"/> dias		<input type="checkbox"/>
D11	Nos últimos 7 dias, em quantos dias você comeu salgadinho de pacote ou batata frita de pacote?	<input type="text"/> dias		<input type="checkbox"/>
D12	Nos últimos 7 dias, em quantos dias você comeu guloseimas (doces, balas, chocolates, chicletes, bombons ou pirulitos)?	<input type="text"/> dias		<input type="checkbox"/>
D13	Nos últimos 7 dias, em quantos dias você comeu frutas frescas ou salada de frutas?	<input type="text"/> dias		<input type="checkbox"/>
D14	Ontem, quantas vezes você comeu frutas frescas?	1. Não comi frutas frescas ontem		<input type="checkbox"/>
		2. Uma vez ontem		
		3. Duas vezes		
		4. Três vezes ou mais		

D15	Nos últimos 7 dias, em quantos dias você tomou leite? (Excluir “leite” de soja e considerar, por exemplo, leite com café ou chocolate, vitamina, mingau)	<input type="text"/> dias		<input type="text"/>
D16	Nos últimos 7 dias, em quantos dias você tomou Refrigerante?	<input type="text"/> dias		<input type="text"/>
D17	Você costuma almoçar ou jantar com sua mãe, pai ou responsável?	1. Não		<input type="text"/>
		2. Sim, todos os dias		
		3. Sim, 5 a 6 dias por semana		
		4. Sim, 3 a 4 dias por semana		
		5. Sim, 1 a 2 dias por semana		
		6. Sim, mas apenas raramente		
D18	Você costuma comer quando está assistindo a TV ou estudando?	1. Não		<input type="text"/>
		2. Sim, todos os dias		
		3. Sim, 5 a 6 dias por semana		
		4. Sim, 3 a 4 dias por semana		
		5. Sim, 1 a 2 dias por semana		
		6. Sim, mas apenas raramente		
D19	Você costuma tomar o café da manhã?	1. Não	Se não estuda, vá para D21.	<input type="text"/>
		2. Sim, todos os dias		
		3. Sim, 5 a 6 dias por semana		
		4. Sim, 3 a 4 dias por semana		
		5. Sim, 1 a 2 dias por semana		
		6. Sim, mas apenas raramente		

Entrevistador, caso o entrevistado não seja estudante vá para D21.

D20	Você costuma comer a comida (merenda/almoço) oferecida pela escola?	1. Minha escola não oferece merenda		<input type="checkbox"/>
		2. Não, não costumo comer a comida oferecida pela Escola		
		3. Sim, todos os dias		
		4. Sim, 3 a 4 dias por semana		
		5. Sim, 1 a 2 dias por semana		
		6. Sim, mas apenas raramente		
D21	Alguma vez na vida, você já experimentou bebida alcoólica?	0. Não	Se D21=0 vá para D29.	<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
D22	Alguma vez na vida você tomou uma dose de bebida alcoólica? (uma dose equivale a uma lata de cerveja ou uma taça de vinho ou uma dose de cachaça ou uísque, etc.)	0. Não	Se D22=0 vá para D29.	<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
D23	Que idade você tinha quando tomou a primeira dose de bebida alcoólica? (uma dose equivale a uma lata de cerveja ou uma taça de vinho ou uma dose de cachaça ou uísque, etc.)	1. 7 anos ou menos		<input type="checkbox"/>
		2. 8 ou 9 anos		
		3. 10 ou 11 anos		
		4. 12 ou 13 anos		
		5. 14 ou 15 anos		
		6. 16 ou mais anos		
D24	Nos últimos 30 dias, em quantos dias você tomou pelo menos uma dose de bebida alcoólica? (uma dose equivale a uma lata de cerveja ou uma taça de vinho ou uma dose de cachaça ou uísque, etc.)	1. Nenhum dia	Se D24=1 vá para D27.	<input type="checkbox"/>
		2. 1 ou 2 dias		
		3. 3 a 5 dias		
		4. 6 a 9 dias		
		5. 10 a 19 dias		
		6. 20 a 29 dias		

		7. Todos os dias		
D25	Nos últimos 30 dias, nos dias em que você tomou alguma bebida alcoólica, quantas doses você tomou por dia?	1. Menos de uma dose		<input type="checkbox"/>
		2. 1 dose		
		3. 2 doses		
		4. 3 doses		
		5. 4 doses		
		6. 5 doses ou mais		
D26	Nos últimos 30 dias, na maioria das vezes, como você conseguiu a bebida que tomou?	1. Comprei no mercado, loja, bar ou supermercado		<input type="checkbox"/>
		2. Comprei de um vendedor de rua		
		3. Dei dinheiro a alguém que comprou para mim		
		4. Consegui com meus amigos		
		5. Consegui em casa		
		6. Consegui em uma festa		
		7. Consegui de outro modo		
D27	Na sua vida, quantas vezes você bebeu tanto que ficou realmente bêbado(a)?	1. Nenhuma vez		<input type="checkbox"/>
		2. 1 ou 2 vezes		
		3. 3 a 5 vezes		
		4. 6 a 9 vezes		
		5. 10 ou mais vezes		
D28	Na sua vida, quantas vezes você teve problemas com sua família ou amigos, perdeu aulas ou brigou porque tinha bebido?	1. Nenhuma vez		<input type="checkbox"/>
		2. 1 ou 2 vezes		
		3. 3 a 5 vezes		
		4. 6 a 9 vezes		
		5. 10 ou mais vezes		
D29	Qual seria a reação de sua família, se você chegasse em casa bêbado(a)?	1. Iria se importar muito		<input type="checkbox"/>
		2. Iria se importar um pouco		
		3. Não iria se importar		
		4. Não sei se ela iria se importar		

D30	Nos últimos três meses, você praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? (não considere fisioterapia)	0. Não	Se D30=0 vá para D34.	
		1. Sim		
D31	Quantos dias por semana você costuma praticar exercício físico ou esporte?	_		_
D32	Qual o exercício físico ou esporte que você pratica com mais frequência?	01. Caminhada (não vale para o trabalho ou para escola)		_
		02. Caminhada em esteira		
		03. Corrida/cooper		
		04. Corrida em esteira		
		05. Musculação		
		06. Ginástica aeróbica/spinning/step/jump		
		07. Hidroginástica		
		08. Ginástica em geral/localizada/pilates/alongamento/ioga		
		09. Natação		
		10. Artes marciais e luta		
		11. Bicicleta/bicicleta ergométrica		
		12. Futebol		
		13. Basquetebol		
		14. Voleibol		
		15. Tênis		
		16. Dança (com o objetivo de praticar atividade física)		
		17. Outro		
D33	Em geral, no dia que você pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?	_ _ horas _ _ minutos		_ _ : _ _

Entrevistador, se o entrevistado não trabalha vá para D38.

D34	No seu trabalho, você anda bastante a pé?	0. Não 1. Sim		
D35	No seu trabalho, você faz faxina pesada, carrega peso ou faz outra atividade pesada que requer esforço físico intenso?	0. Não 1. Sim	Se D35=0 vá para D36.	
D35A	Em uma semana normal, em quantos dias você faz essas atividades no seu trabalho?	__ dias		__
D35B	Quanto tempo você passa realizando atividades físicas em um dia normal de trabalho?	__ __ horas __ __ minutos		__ __ :__ __
D36	Para ir ou voltar do trabalho, você faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?	1. Sim, todo o trajeto 2. Sim, parte do trajeto 3. Não	Se D36=3 vá para D38.	
D37	Quanto tempo você gasta, por dia, para percorrer este trajeto a pé ou de bicicleta, considerando a ida e a volta do trabalho?	__ __ horas __ __ minutos		__ __ :__ __
D38	Nas suas atividades habituais (tais como ir a algum curso, escola ou clube ou levar alguém a algum curso, escola ou clube), quantos dias por semana você faz alguma atividade que envolva deslocamento a pé ou bicicleta?	__ dias	D38=0 vá para D40.	__
D39	No dia em que você faz esta atividade, quanto tempo você gasta no deslocamento a pé ou de bicicleta, considerando a ida e a	__ __ horas __ __ minutos		__ __ :__ __

	volta?			
D40	Nas suas atividades domésticas, você faz faxina pesada, carrega peso ou faz outra atividade pesada que requer esforço físico intenso?	0. Não		Se D40=0 vá para D41.
		1. Sim		
D40A	Em uma semana normal, nas suas atividades domésticas, em quantos dias você faz faxina pesada ou realiza atividades que requerem esforço físico intenso?	_ _ dias		_
D40B	Quanto tempo gasta, por dia, realizando essas atividades domésticas pesadas?	_ _ horas _ _ minutos		_ _ :_ _
D41	Em um dia de semana comum, quantas horas por dia você assiste a TV? (não contar sábado, domingo e feriado)	_ _ horas _ _ minutos		_ _ :_ _
D42	Em um dia de semana comum, quanto tempo você fica sentado (a), assistindo televisão, usando computador, jogando videogame, conversando com amigos (as) ou fazendo outras atividades sentado (a)? (não contar sábado, domingo, feriados e o tempo sentado na escola)	1. Menos de 1 hora por dia		_
		2. 1 a 2 horas por dia		
		3. 3 a 4 horas por dia		
		4. 5 a 6 horas por dia		
		5. 7 a 8 horas por dia		
		6. Mais de 8 horas por dia		
D43	Perto do seu domicílio, existe algum lugar público (praça, parque, rua fechada) para fazer caminhada, realizar exercício ou praticar esporte?	0. Não		
		1. Sim		

D44	Você conhece algum programa público no seu município de estímulo à prática de atividade física?	0. Não	Se D44=0 vá para D47, mas se não for estudante, vá para D50.	
		1. Sim		
D45	Você participa desse programa?	0. Não	Se D45=1 vá para D47, mas se não for estudante, vá para D50.	
		1. Sim		
D46	Qual o principal motivo de não participar?	1. Não é perto do meu domicílio	Se não for estudante, vá para D50.	
		2. Não tenho tempo		
		3. Não tenho interesse nas atividades oferecidas		
		4. O espaço não é seguro/iluminado		
		5. Foi impedido de participar		
		6. Problemas de saúde ou incapacidade física		
		7. Outro		
D47	Ao longo deste ano escolar, quantos dias por semana você participou das aulas de educação física?	__ dias		<input type="checkbox"/>
D48	Nos últimos 7 dias, quantos dias você teve aulas de educação física na escola?	__ dias	Se D48=0 vá para D50.	<input type="checkbox"/>
D49	No (s) dia (s) que você fez atividade física ou esporte, durante as aulas de educação física na escola, quanto tempo durou esta atividade.	1. Menos de 10 minutos		<input type="checkbox"/>
		2. 10 a 19 minutos		
		3. 20 a 29 minutos		
		4. 30 a 39 minutos		
		5. 40 a 49 minutos		
		6. 50 a 59 minutos		

		7. De 1 hora a 1 hora e 19 minutos		
D50	Alguma vez na vida, você já fumou, mesmo uma ou duas tragadas?	0. Não 1. Sim	Se D50=0 vá para D67.	<input type="checkbox"/>
D51	Que idade você tinha quando experimentou fumar pela primeira vez?	<input type="text"/> <input type="text"/> anos		<input type="text"/> <input type="text"/>
D52	Atualmente, você fuma algum produto do tabaco?	1. Sim, diariamente 2. Sim, menos que diariamente 3. Não fumo atualmente	D52=1 vá para D55. Se D52=3 vá para D54.	<input type="checkbox"/>
D53	NOS ULTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você fumou?	1. Nenhum dia 2. 1 ou 2 dias 3. 3 a 5 dias 4. 6 a 9 dias 5. 10 a 19 dias 6. 20 a 29 dias 7. Todos os dias		<input type="checkbox"/>
D54	E no passado, você fumou algum produto do tabaco?	1. Sim, diariamente 2. Sim, menos que diariamente 3. Não	D54=2 ou 3 vá para D59.	<input type="checkbox"/>
D55	Que idade você tinha quando começou a fumar cigarro diariamente?	<input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/>

Entrevistador, se o entrevistado respondeu que fuma atualmente (D52=1 ou 2) vá para D56.

D56	Dentre os produtos do tabaco abaixo você utiliza:			
D56A	Cigarros industrializados?	0. Não 1. Sim	Se D56A=0 vá para D56B.	<input type="checkbox"/>
D56A1	Quantos?	1. Um ou mais por dia 2. Um ou mais por semana		<input type="checkbox"/>

		3. Menos de um por semana		
		4. Menos de um por mês		
D56B	Cigarros de palha ou enrolados a mão?	0. Não	Se D56B=0 vá para D56C.	<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
D56B1	Quantos?	1. Um ou mais por dia		<input type="checkbox"/>
		2. Um ou mais por semana		
		3. Menos de um por semana		
		4. Menos de um por mês		
D56C	Cigarros de cravo ou de Bali?	0. Não	Se D56C=0 vá para D56D.	<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
D56C1	Quantos?	1. Um ou mais por dia		<input type="checkbox"/>
		2. Um ou mais por semana		
		3. Menos de um por semana		
		4. Menos de um por mês		
D56D	Cachimbos (considere cachimbos cheios)?	0. Não	Se D56D=0 vá para D56E.	<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
D56D1	Quantos?	1. Um ou mais por dia		<input type="checkbox"/>
		2. Um ou mais por semana		
		3. Menos de um por semana		
		4. Menos de um por mês		
D56E	Charutos ou cigarrilhas?	0. Não	Se D56E=0 vá para D56F.	<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
D56E1	Quantos?	1. Um ou mais por dia		<input type="checkbox"/>
		2. Um ou mais por semana		
		3. Menos de um por semana		
		4. Menos de um por mês		
D56F	Narguilé (sessões)?	0. Não	Se D56F=0 vá para D57.	<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
D56F1	Quantos?	1. Um ou mais por dia		<input type="checkbox"/>
		2. Um ou mais por semana		
		3. Menos de um por semana		

		4. Menos de um por mês		
D57	Quanto tempo depois de acordar você normalmente fuma pela primeira vez?	1. Até 5 minutos		<input type="checkbox"/>
		2. De 6 a 30 minutos		
		3. De 31 a 60 minutos		
		4. Mais de 60 minutos		
D58	Nos últimos 30 dias, na maioria das vezes, como você conseguiu o cigarro que fumou?	1. Comprei no mercado, loja, bar ou supermercado	Siga para D60.	<input type="checkbox"/>
		2. Comprei de um vendedor de rua		
		3. Dei dinheiro a alguém que comprou para mim		
		4. Consegui com meus amigos		
		5. Consegui em casa		
		6. Consegui em uma festa		
		7. Consegui de outro modo		
D59	Há quanto tempo você parou de fumar?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Meses	Se $D59 \leq 12$ vá para D61. Se $D59 > 12$, v	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
D60	Durante os últimos 12 meses, você tentou parar de fumar?	0. Não	Se $D60=0$ vá para D67.	<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
D61	Quando você tentou parar de fumar, procurou tratamento com profissional de saúde?	0. Não	Se $D61=0$ vá para D64.	<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
D62	Você conseguiu o tratamento com profissional de saúde?	0. Não	Se $D62=1$ vá para D67.	<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
D63	Por que você não conseguiu tratamento?	1. A consulta está marcada, mas ainda não foi realizada		<input type="checkbox"/>
		2. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande		
		3. Não conseguiu marcar		
		4. Não sabia quem procurar ou aonde ir		
		5. Estava com dificuldades financeiras		
		6. O plano de saúde não cobria o tratamento		
		7. O serviço de saúde era muito distante		
		8. Teve dificuldades de transporte		
		9. O horário de funcionamento do serviço de saúde era		

		incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas		
		10. Outro		
D64	O tratamento foi coberto por algum plano de saúde?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
D65	Você pagou algum valor por esse tratamento? <i>(Entrevistador: Se o(a) entrevistado(a) responder que pagou mas teve reembolso total, marque a opção 0)?</i>	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
D66	O tratamento foi feito através do Sistema Único de Saúde (SUS)?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
D67	Nos últimos 7 dias, em quantos dias tiveram pessoas que fumaram na sua presença?	1. Nenhum dia		<input type="checkbox"/>
		2. 1 ou 2 dias		
		3. 3 ou 4 dias		
		4. 5 ou 6 dias		
		5. Todos os 7 dias		
D68	Algum de seus pais ou responsáveis fuma?	1. Nenhum deles		<input type="checkbox"/>
		2. Só meu pai ou responsável do sexo masculino		
		3. Só minha mãe ou responsável do sexo feminino		
		4. Meu pai e minha mãe ou responsáveis		
D69	Atualmente, você masca fumo, usa rapé ou usa algum produto do tabaco que não faz fumaça?	1. Sim, diariamente		<input type="checkbox"/>
		2. Sim, menos que diariamente		
		3. Não usa		
D70	Com que frequência alguém fuma dentro do seu domicílio?	1. Diariamente		<input type="checkbox"/>
		2. Semanalmente		
		3. Mensalmente		
		4. Menos que mensalmente		
		5. Nunca		
D71	Qual seria a reação da sua família se ela soubesse que você fuma	1. Iria se importar muito		<input type="checkbox"/>
		2. Iria se importar um pouco		

	cigarros?	3. Não iria se importar		
		4. Não sei se ela iria se importar		

MÓDULO E: PERCEPÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE E AUTOIMAGEM CORPORAL

E1	Como você avalia:			
E1A	Sua saúde	1. Muito ruim		<input type="checkbox"/>
		2. Ruim		
		3. Nem ruim nem boa		
		4. Boa		
		5. Muito boa		
E1B	Sua qualidade de vida	1. Muito ruim		<input type="checkbox"/>
		2. Ruim		
		3. Nem ruim nem boa		
		4. Boa		
		5. Muito boa		
E2	Quanto ao seu corpo, você se considera:	1. Muito magro (a)		<input type="checkbox"/>
		2. Magro (a)		
		3. Normal		
		4. Gordo (a)		
		5. Muito Gordo (a)		
E3	O que você está fazendo em relação a seu peso?	1. Não estou fazendo nada		<input type="checkbox"/>
		2. Estou tentando perder peso		
		3. Estou tentando ganhar peso		
		4. Estou tentando manter o mesmo peso		
E4	Nos últimos 30 dias, você vomitou ou tomou laxantes para perder peso ou evitar ganhar peso?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		

E5	Nos últimos 30 dias, você tomou algum remédio, fórmula ou outro produto para perder ou manter seu peso, sem acompanhamento médico?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
E6	Nos últimos 30 dias, você tomou algum remédio, fórmula ou outro produto para ganhar peso ou massa muscular sem acompanhamento médico?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
E7	Durante os últimos 12 meses com que frequência tem se sentido sozinho (a)?	1. Nunca		<input type="checkbox"/>
		2. Raramente		
		3. Às vezes		
		4. Na maioria das vezes		
		5. Sempre		
E8	Durante os últimos 12 meses, com que frequência você não conseguiu dormir a noite porque algo o (a) preocupava muito?	1. Nunca		<input type="checkbox"/>
		2. Raramente		
		3. Às vezes		
		4. Na maioria das vezes		
		5. Sempre		

MÓDULO F. DEFICIÊNCIAS

F1	Você tem deficiência intelectual? (desenvolvimento abaixo do normal)	0. Não	Se F1=0, passe ao F6.	<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
F2	Você nasceu com a deficiência intelectual ou a deficiência foi adquirida por doença ou acidente?	1. Nasceu com a deficiência	Se F2=1, vá para F3.	<input type="checkbox"/>
		2. Foi adquirida		
F2A	Com que idade adquiriu?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> anos		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
F3	A deficiência intelectual está associada a alguma dessas síndromes ou transtornos de desenvolvimento?	1. Síndrome de Down		<input type="checkbox"/>
		2. Autismo		
		3. Paralisia cerebral		
		4. Outra síndrome		
F4	Em geral, em que grau a deficiência intelectual limita as suas atividades habituais (como ir à escola, brincar, trabalhar etc.)	1. Não limita		<input type="checkbox"/>
		2. Um pouco		
		3. Moderadamente		
		4. Intensamente		
		5. Muito intensamente/Não consegue		
F5	Você frequenta algum serviço de reabilitação devido à deficiência intelectual?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
F6	Você tem alguma deficiência física?	0. Não	Se F6=0, passe ao F11.	<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
F7	Você nasceu com a deficiência física ou a deficiência foi adquirida por doença ou acidente?	1. Nasceu com a deficiência	Se F7=1, siga a F8.	<input type="checkbox"/>
		2. Foi adquirida		
F7A	Com que idade adquiriu?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> anos		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
F8	Qual deficiência física?	1. Paralisia permanente de um dos lados do corpo		<input type="checkbox"/>
		2. Paralisia permanente das pernas e dos braços		
		3. Paralisia permanente das pernas		
		4. Paralisia permanente de uma das pernas		

		5. Amputação ou ausência de perna		
		6. Amputação ou ausência de braço		
		7. Amputação ou ausência de mão		
		8. Amputação ou ausência de pé		
		9. Deformidade congênita ou adquirida em um ou mais membros		
		10. Deficiência motora em decorrência de poliomielite ou paralisia infantil		
		11. Ostomia (adaptação de bolsa de fezes e/ou urina)		
		12. Nanismo		
		13. Outra		
F9	Em geral, em que grau a deficiência física limita as suas atividades habituais?	1. Não limita		
		2. Um pouco		
		3. Moderadamente		<input type="checkbox"/>
		4. Intensamente		
		5. Muito intensamente/Não consegue		
F10	Você frequenta algum serviço de reabilitação devido à deficiência física?	0. Não		
		1. Sim		<input type="checkbox"/>
F11	Você tem deficiência auditiva?	0. Não	Se F11=0, passe ao F16.	<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
F12	Você nasceu com a deficiência auditiva ou a deficiência foi adquirida?	1. Nasceu com a deficiência	Se F12=1, passe para F13.	<input type="checkbox"/>
		2. Foi adquirida		
F12A	Com que idade adquiriu?			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> anos
F13	Qual deficiência auditiva?	1. Surdez dos dois ouvidos		
		2. Surdez de um ouvido e audição reduzida do outro		
		3. Surdez de um ouvido e audição normal do outro		
		4. Audição reduzida de ambos os ouvidos		<input type="checkbox"/>
		5. Audição reduzida em um dos ouvidos		

F14	Em geral, em que grau a deficiência auditiva limita suas atividades habituais?	1. Não limita		<input type="checkbox"/>
		2. Um pouco		
		3. Moderadamente		
		4. Intensamente		
		5. Muito intensamente/Não consegue		
F15	Você frequenta algum serviço de reabilitação devido à deficiência auditiva?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
F16	Você tem deficiência visual?	0. Não	Se F16=0 vá para G1.	<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
F17	Você nasceu com a deficiência visual ou a deficiência foi adquirida?	1. Nasceu com a deficiência	Se F17=1, passe para F18.	
		2. Foi adquirida		
F17A	Com que idade adquiriu?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> anos		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
F18	Qual deficiência visual?	1. Cegueira de ambos os olhos	Se F18=1 ou 2, siga F19. Se F18= 3, 4 ou 5, passe ao F21.	<input type="checkbox"/>
		2. Cegueira de um olho e visão reduzida do outro		
		3. Cegueira de um olho e visão normal do outro		
		4. Baixa visão de ambos os olhos		
		5. Baixa visão em um dos olhos		
F19	Você usa algum recurso para auxiliar a locomoção?	0. Não	Se F19=0 vá para F21.	<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
F20	Quais destes recursos você faz uso?			
F20A	Bengala articulada	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
F20B	Cão guia	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
F20C	Outros	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
F21	Em geral, em que grau a deficiência visual limita suas atividades habituais?	1. Não limita		<input type="checkbox"/>
		2. Um pouco		
		3. Moderadamente		

		4. Intensamente		
		5. Muito intensamente/Não consegue		
F22	Você frequenta algum serviço de reabilitação devido à deficiência visual?	0. Não		□
		1. Sim		

MÓDULO G. DROGAS ILÍCITAS

G1	Alguma vez na vida, você usou alguma droga, tais como: maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança perfume, ecstasy, oxy, etc.?	0. Não	Se G1=0 vá para H1.	□
		1. Sim		
G2	Que idade você tinha quando usou essa droga pela primeira vez?	□□□anos		□□□
G3	Nos últimos 30 dias, quantas vezes você usou droga tais como maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança perfume, ecstasy, oxy, etc.?	□□□vezes		□□□
G4	Nos últimos 30 dias, quantas vezes você usou maconha?	□□□vezes		□□□
G5	Nos últimos 30 dias, quantas vezes você usou crack?	□□□vezes		□□□

MÓDULO H. ACIDENTES E VIOLÊNCIA

H1	Nos últimos 30 dias, em quantos dias você deixou de ir à escola ou ao trabalho porque não se sentia seguro no caminho de casa para a escola/trabalho ou da escola/trabalho para casa?			<input type="text"/>
H2	Nos últimos 30 dias, em quantos dias você não foi à escola ou ao trabalho porque não se sentia seguro na escola ou no trabalho?			<input type="text"/>
H3	Nos últimos 30 dias, quantas vezes você foi agredido fisicamente por um adulto da sua família?			<input type="text"/>
H4	Nos últimos 30 dias, você esteve envolvido(a) em alguma briga em que alguma pessoa usou arma de fogo, como revólver ou espingarda?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
H5	Nos últimos 30 dias, você esteve envolvido(a) em alguma briga em que alguma pessoa usou alguma outra arma como faca, canivete, peixeira, pedra, pedaço de pau ou garrafa?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
H6	Nos últimos 30 dias, quantas vezes você usou o cinto de segurança quando estava em um carro ou outro veículo motorizado dirigido por outra pessoa (excluir ônibus)?	1. Não andei em veículo dirigido por outra pessoa		<input type="checkbox"/>
		2. Nunca		
		3. Raramente		
		4. Às vezes		
		5. Na maioria das vezes		

		6. Sempre		
H7	Nos últimos 30 dias, quantas vezes você usou um capacete ao andar de motocicleta?	1. Não andei de motocicleta		<input type="checkbox"/>
		2. Nenhuma vez		
		3. Raramente		
		4. Às vezes		
		5. Na maioria das vezes		
		6. Sempre		
H8	Nos últimos 30 dias, quantas vezes você dirigiu um veículo motorizado de transporte (carro, motocicleta, etc.)?	1. Não dirigi carro ou outro veículo nos últimos 30 dias		<input type="checkbox"/>
		2. 1 vez		
		3. 2 ou 3 vezes		
		4. 4 ou 5 vezes		
		5. 6 ou mais vezes		

MÓDULO I. SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

I1	Você já teve relação sexual (transou) alguma vez?	0. Não	Se I1=0 vá para I9.	<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
I2	Que idade você tinha quando teve relação sexual (transou) pela primeira vez?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> anos		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
I2A	Com quem foi?	1. Namorado (a)		<input type="checkbox"/>
		2. Amigo (a)		
		3. Marido/esposa		
		4. Parente		
		5. Outro		
I3	Na sua vida, você já teve relação sexual (transou) com quantas pessoas?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pessoas		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
I4	Nos últimos 12 meses, você teve relações sexuais (transou)?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
I5	Na última vez que você teve relação sexual (transou), você ou seu(sua) parceiro(a) usou algum método para evitar a gravidez e/ou Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
I6	Na última vez que você teve relação sexual (transou), você ou seu(sua) parceiro(a) usou camisinha (preservativo)?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
I7	Na última vez que você teve relação sexual (transou), você ou seu(sua) parceiro(a) usou algum outro método para evitar a gravidez (Não contar camisinha)?	0. Não	Se I7=0 vá para I9.	<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
I8	Qual foi o método utilizado?	1. Esterilização Feminina		<input type="checkbox"/>

		2.Pílula anticoncepcional		
		3.Espuma ou geléia vaginal		
		4.Injeções anticoncepcionais		
		5.Diafragma		
		6.DIU		
		7.Tabela, ritmo, calendário		
		8.Coito interrompido		
		9.Esterilização masculina		
		10. Pílula do Dia Seguinte		
		11. Outros métodos		
I9	Você já recebeu orientação sobre prevenção de gravidez?	0. Não	Se I9=0 vá para I10.	<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
I9A	Através de quem ou como?	1.Mãe		<input type="checkbox"/>
		2.Pai		
		3.Parceiro (a)/namorado (a)		
		4.Irmãos		
		5.Irmãs		
		6.Amigos/colegas		
		7.Professores/escola		
		8.Serviços de saúde		
		9.Televisão		
		10. Revistas femininas		
		11. Revistas masculinas		
		12. Livros		
		13. Filmes		
		14. Outro		
I10	Você já recebeu orientação sobre AIDS ou outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)?	0. Não	Se I10=0 vá para I11.	<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
I10A	Através de quem ou como?	1.Mãe		<input type="checkbox"/>

		2.Pai		
		3.Parceiro (a)/namorado (a)		
		4.Irmãos		
		5.Irmãs		
		6.Amigos/colegas		
		7.Professores/escola		
		8.Serviços de saúde		
		9.Televisão		
		10. Revistas femininas		
		11. Revistas masculinas		
		12. Livros		
		13. Filmes		
		14. Outro		
I11	Você já recebeu orientação sobre como conseguir camisinha (preservativo) gratuitamente?	0. Não	Se I11=0 vá para I14.	<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
I11A	Através de quem ou como?	1.Mãe		<input type="checkbox"/>
		2.Pai		
		3.Parceiro (a)/namorado (a)		
		4.Irmãos		
		5.Irmãs		
		6.Amigos/colegas		
		7.Professores/escola		
		8.Serviços de saúde		
		9.Televisão		
		10. Revistas femininas		
		11. Revistas masculinas		
		12. Livros		
		13. Filmes		
		14. Outro		

Entrevistador, se o entrevistado for do sexo masculino, vá para I14.

I12	Você já menstruou?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
I12A	Com que idade você ficou menstruada pela primeira vez?	<input type="text"/> <input type="text"/> anos		<input type="text"/>
I13	Você está grávida no momento?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
I14	Quantas vezes você esteve grávida – ou a sua parceira (namorada, esposa)?	<input type="text"/> vezes	Se I14=0 ir para I87.	<input type="text"/>
I15	Quantos filhos estão vivos hoje?	<input type="text"/> filhos	Se I14=I15 ir para I17.	<input type="text"/>
I16	O que aconteceu com os outros filhos?			
I16A	Sofreram aborto natural	0. Não	Se I16A=0 ir para I16B.	<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
I16A1	Quantos?	<input type="text"/> filhos		<input type="text"/>
I16B	Sofreram aborto provocado	0. Não	Se I16B=0 ir para I16C.	<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
I16B1	Quantos?	<input type="text"/> filhos		<input type="text"/>
I16C	Morreram no parto	0. Não	Se I16C=0 ir para I16D.	<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
I16C1	Quantos?	<input type="text"/> filhos		<input type="text"/>
I16D	Morreram entre 0 e 1 ano	0. Não	Se I16D=0 ir para I16E.	<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
I16D1	Quantos?	<input type="text"/> filhos		<input type="text"/>
I16E	Morreram com mais de 1 ano	0. Não	Se I16E=0 ir para I17.	<input type="checkbox"/>
		1. Sim		

I16E1	Quantos?	<input type="text"/> <input type="text"/> filhos		<input type="text"/> <input type="text"/>
I17	Qual sua idade quando você teve seu primeiro filho nascido vivo?	<input type="text"/> <input type="text"/> anos		<input type="text"/> <input type="text"/>
I18	Quantos filhos moram com você hoje?	<input type="text"/> <input type="text"/> filhos	I15=I18 vá para I20.	<input type="text"/> <input type="text"/>
I19	Com quem seus filhos moram?	1. Com o pai/mãe		<input type="text"/>
		2. Avôs/Avós		
		3. Outro parente		
		4. Abrigos		
		5. Família adotiva		
		6. Não sei		
I20	Se você ou sua parceira já esteve grávida, responda conforme o seu grau de concordância:			
I20A	Esse foi um momento importante da minha vida	1. Discordo		<input type="text"/>
		2. Nem concordo nem discordo		
		3. Concordo		
I20B	A gravidez foi desejada	1. Discordo		<input type="text"/>
		2. Nem concordo nem discordo		
		3. Concordo		
I20C	Eu me senti envergonhado(a)	1. Discordo		<input type="text"/>
		2. Nem concordo nem discordo		
		3. Concordo		
I20D	A gravidez foi motivo de preocupação	1. Discordo		<input type="text"/>
		2. Nem concordo nem discordo		
		3. Concordo		
I20E	Escondi a gravidez	1. Discordo		<input type="text"/>
		2. Nem concordo nem discordo		
		3. Concordo		
I20F	Eu me senti orgulhoso(a)	1. Discordo		<input type="text"/>
		2. Nem concordo nem discordo		

		3. Concordo		
I20G	Perdi o emprego por causa da gravidez	1. Discordo		<input type="checkbox"/>
		2. Nem concordo nem discordo		
		3. Concordo		
I20H	Eu me casei	1. Discordo		<input type="checkbox"/>
		2. Nem concordo nem discordo		
		3. Concordo		
I20I	Fui obrigado(a) a casar	1. Discordo		<input type="checkbox"/>
		2. Nem concordo nem discordo		
		3. Concordo		
I20J	Comecei a trabalhar por causa da gravidez	1. Discordo		<input type="checkbox"/>
		2. Nem concordo nem discordo		
		3. Concordo		
I20L	Parei de estudar por causa da gravidez	1. Discordo		<input type="checkbox"/>
		2. Nem concordo nem discordo		
		3. Concordo		
I21	Se você já foi mãe ou pai, responda conforme o seu grau de concordância:			
I21A	Esse foi um momento importante da minha vida	1. Discordo		<input type="checkbox"/>
		2. Nem concordo nem discordo		
		3. Concordo		
I21B	Comecei a trabalhar para criar meu(s) filhos(s)	1. Discordo		<input type="checkbox"/>
		2. Nem concordo nem discordo		
		3. Concordo		
I21C	Abandonei os estudos pra trabalhar	1. Discordo		<input type="checkbox"/>
		2. Nem concordo nem discordo		
		3. Concordo		
I21D	Gostaria de ter outro(s) filho(s)	1. Discordo		<input type="checkbox"/>
		2. Nem concordo nem discordo		
		3. Concordo		

I21E	O nascimento da criança mudou a minha dinâmica de vida	1. Discordo		<input type="checkbox"/>
		2. Nem concordo nem discordo		
		3. Concordo		
I21F	Abandonei os estudos para criar o bebê	1. Discordo		<input type="checkbox"/>
		2. Nem concordo nem discordo		
		3. Concordo		
I21G	Minha família ajuda financeiramente o(s) meu(s) filho(s)	1. Discordo		<input type="checkbox"/>
		2. Nem concordo nem discordo		
		3. Concordo		
I21H	Minha família ajuda na criação de meu(s) filho(s)	1. Discordo		<input type="checkbox"/>
		2. Nem concordo nem discordo		
		3. Concordo		

Pré-Natal

Entrevistador: As questões deste módulo são dirigidas às meninas que tiveram o último parto nos últimos 24 meses.

I22	Em que data foi o seu último parto?	<input type="text"/>		<input type="text"/>
I23	Na última vez em que você esteve grávida, você fez pré-natal?	0. Não	Se I23=0, vá para I66.	<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
I24	Na última vez em que você esteve grávida, você recebeu o cartão pré-natal?	0. Não		
		1. Sim		
I25	Com quantas semanas de gravidez você iniciou o pré-natal?	<input type="text"/> semanas		<input type="text"/>
I26	Quantas consultas de pré-natal você teve?	<input type="text"/> consultas		<input type="text"/>
I27	Onde foi realizada a maioria	1. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou		<input type="checkbox"/>

	das consultas de pré-natal?	unidade de saúde da família)		
		2. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica		
		3. Hospital público/ambatório		
		4. Consultório particular ou clínica privada		
		5. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato		
		6. Outro		
I28	As consultas de pré-natal foram cobertas por algum plano de saúde?	1. Sim, todas		<input type="checkbox"/>
		2. Sim, algumas		
		3. Não, nenhuma		
I29	Você pagou algum valor pelas consultas do pré-natal? <i>(Entrevistador: Se a entrevistada responder que pagou, mas teve reembolso, marque opção 0)</i>	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
I30	As consultas do pré-natal foram feitas através do SUS?	1. Sim, todas		<input type="checkbox"/>
		2. Sim, algumas		
		3. Não, nenhuma		
I31	Quem a atendeu na maioria das consultas?	1. Médico(a)		<input type="checkbox"/>
		2. Enfermeira(a)		
		3. Técnico ou auxiliar de enfermagem		
		4. Parteira		
		5. Outro		
I32	Durante as consultas de pré-natal, você recebeu algum dos seguintes aconselhamentos?			
I32A	Não faltar às consultas agendadas	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
I32B	Manter uma alimentação saudável	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
I32C	Não fumar	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		

I32D	Não beber	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
I32E	Não fazer uso de tintura/alisamento de cabelo	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
I33	Durante as consultas de pré-natal, você recebeu alguma destas orientações?			
I33A	Sobre sinais de trabalho de parto	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
I33B	Sobre sinais de risco na gravidez	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
I33C	Sobre aleitamento materno	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
I34	Durante o pré-natal a você foi informada sobre a qual serviço de saúde você deveria ir, no momento do parto?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
I35	Mediram a sua altura na primeira consulta de pré-natal?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
I36	Durante o pré-natal, em quantas consultas:			
I36A	Mediram sua pressão arterial?	1. Todas		<input type="checkbox"/>
		2. Algumas		
		3. Nenhuma		
I36B	Mediram o seu peso?	1. Todas		<input type="checkbox"/>
		2. Algumas		
		3. Nenhuma		
I36C	Mediram a sua barriga? (fundo de útero)	1. Todas		<input type="checkbox"/>
		2. Algumas		
		3. Nenhuma		
I36D	Ouviram o coração do bebê?	1. Todas		<input type="checkbox"/>
		2. Algumas		

		3. Nenhuma		
I36E	Examinaram suas mamas?	1. Todas		<input type="checkbox"/>
		2. Algumas		
		3. Nenhuma		
I37	Em alguma consulta do pré-natal o médico ou enfermeiro falou que sua pressão estava alta?	0. Não	Se I37=0 vá para I42.	<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
I38	O médico ou enfermeiro explicou sobre os riscos da pressão alta para você e para o bebê?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
I39	Você foi encaminhada para consulta com médico especialista por causa da pressão alta?	0. Não	Se I39=0 vá para I42.	<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
I40	Você foi à consulta com o médico especialista?	0. Não	Se I40=1 vá para I42.	<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
I41	Qual principal motivo de você não ter comparecido à consulta com o especialista?	1. Não conseguiu marcar		<input type="checkbox"/>
		2. Não achou necessário		
		3. Não sabia quem procurar ou aonde ir		
		4. Estava com dificuldades financeiras		
		5. O plano de saúde não cobria a consulta		
		6. O serviço de saúde era muito distante		
		7. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande		
		8. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas		
		9. Não havia especialista no serviço de saúde		

		10. Dificuldade de transporte		
		11. Outro		
I42	Durante o pré-natal você fez exame de sangue?	0. Não 1. Sim	Se I42=0 vá para I55.	<input type="checkbox"/>
I43	Em alguma consulta do pré-natal o médico ou enfermeiro falou que seu exame de sangue mostrou açúcar alto (presença de diabetes)?	0. Não 1. Sim	Se I43=0 vá para I49.	<input type="checkbox"/>
I44	O médico ou enfermeiro explicou os riscos do açúcar alto no sangue para você e seu bebê?	0. Não 1. Sim		<input type="checkbox"/>
I45	Explicaram sobre a alimentação que você deveria ter para ajudar a controlar o açúcar no sangue?	0. Não 1. Sim		<input type="checkbox"/>
I46	Você foi encaminhada para consulta com médico especialista por causa do diabetes?	0. Não 1. Sim	Se I46=0 vá para I49.	<input type="checkbox"/>
I47	Você foi à consulta com o médico especialista?	0. Não 1. Sim	Se I47=1 vá para I49.	<input type="checkbox"/>
I48	Qual principal motivo de você não ter comparecido à consulta com o especialista?	1. Não conseguiu marcar 2. Não achou necessário 3. Não sabia quem procurar ou aonde ir 4. Estava com dificuldades financeiras 5. O plano de saúde não cobria a consulta 6. O serviço de saúde era muito distante 7. O tempo de espera no serviço de saúde era muito		<input type="checkbox"/>

		grande		
		8. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas		
		9. Não havia especialista no serviço de saúde		
		10. Dificuldade de transporte		
		11. Outro		
I49	Durante o atendimento pré-natal você realizou exame de sangue para sífilis?	0. Não 1. Sim	Se I49=0 vá para I55.	<input type="checkbox"/>
I50	Você recebeu o resultado do exame para sífilis antes do parto?	1. Sim, foi negativo 2. Sim, foi positivo 3. Não recebeu o resultado/Não foi informada antes do parto	Se I50=1 ou 3 vá para I55.	<input type="checkbox"/>
I51	Você recebeu tratamento para sífilis?	1. Sim, antes do parto 2. Sim, depois do parto 3. Não		<input type="checkbox"/>
I52	Você foi orientada a usar preservativo?	0. Não 1. Sim		<input type="checkbox"/>
I53	Foi pedido exame de sífilis para o seu parceiro?	0. Não 1. Sim		<input type="checkbox"/>
I54	O seu parceiro foi tratado?	0. Não 1. Sim		<input type="checkbox"/>
I55	Durante seu pré-natal, foi solicitado o teste para HIV?	0. Não 1. Sim	Se I55=0 vá para I57.	<input type="checkbox"/>
I56	Você fez o teste de HIV?	1. Sim 2. Não, pois já sabia que estava infectada pelo HIV 3. Não concordei em ser testada		<input type="checkbox"/>
I57	Durante o atendimento pré-natal você realizou exame de urina?	0. Não 1. Sim		<input type="checkbox"/>
I58	Durante o pré-natal, quantos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

	exames de ultrassonografia foram solicitados?			
I59	Você conseguiu realizar os exames de ultrassonografia solicitados?	1. Sim, todos 2. Sim, alguns 3. Não, nenhum	Se I59=1 vá para I61.	<input type="checkbox"/>
I60	Qual o principal motivo de você não ter conseguido fazer todos os exames de ultrassonografia solicitados?	1. Não conseguiu marcar 2. Não achou necessário 3. Não sabia quem procurar ou aonde ir 4. Estava com dificuldades financeiras 5. Teve dificuldades de transporte 6. O serviço de saúde era muito distante 7. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande 8. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas 9. Não havia especialista no serviço de saúde para fazer o exame 10. Não havia equipamento disponível no serviço de saúde 11. O plano de saúde não cobria todos os exames 12. Outro	Se I60=3 vá para I64.	<input type="checkbox"/>
I61	Os exames de ultrassonografia foram cobertos por algum plano de saúde?	1. Sim, todos 2. Sim, alguns 3. Não, nenhum		<input type="checkbox"/>
I62	Você pagou algum valor pelos exames? <i>(Entrevistador: Se a entrevistada responder que pagou, mas teve reembolso total, marque a opção 0)</i>	0. Não 1. Sim		<input type="checkbox"/>
I63	Os exames de ultrassonografia foram feitos através do SUS?	1. Sim, todos 2. Sim, alguns		<input type="checkbox"/>

		3. Não, nenhum		
I64	Quanto tempo antes do parto foi a sua última consulta de pré-natal?	1. Menos de 7 dias		<input type="checkbox"/>
		2. De 7 a 14 dias		
		3. De 15 a 30 dias		
		4. Mais de 30 dias		
I65	Com quantas semanas de gravidez você estava na última consulta pré-natal?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> semanas		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
I66	Qual o seu peso antes de engravidar?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
I67	Quantos quilos você engordou na última gestação?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
I68	Quem a atendeu no último parto?	1. Médico(a)		<input type="checkbox"/>
		2. Enfermeira(a)		
		3. Parteira		
		4. Auxiliar de enfermagem		
		5. Estudantes de enfermagem ou medicina		
		6. Outra pessoa (parente, amigo, vizinho) sem treinamento		
		7. Ninguém		
I69	Onde foi realizado o seu último parto?	1. Hospital ou maternidade	Se I69=4 ou 5 vá para I78.	<input type="checkbox"/>
		2. Casa de parto		
		3. Outro tipo de serviço de saúde		
		4. Em casa		
		5. Outro		
I70	O parto foi realizado no estabelecimento de saúde indicado no pré-natal?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		2. Não		
		3. Não houve indicação		
I71	O parto foi realizado no primeiro estabelecimento de saúde que procurou?	0. Não	Se I71=1 vá para I73.	<input type="checkbox"/>
		1. Sim		

I72	Quantos estabelecimentos de saúde você teve que ir até conseguir a internação para o parto?			<input type="text"/>
I73	O parto foi coberto por algum plano de saúde?	0. Não 1. Sim		<input type="text"/>
I74	Você pagou algum valor pelo parto? <i>(Entrevistador: Se a entrevistada responder que pagou, mas teve reembolso total, marque a opção 0)</i>	0. Não 1. Sim		<input type="text"/>
I75	O parto foi feito através do SUS?	0. Não 1. Sim		<input type="text"/>
I76	O seu companheiro ou alguma pessoa da família, ou amiga ficou com você durante o trabalho de parto?	0. Não 1. Sim	Se I76=1 vá para I78.	<input type="text"/>
I77	Porque você não teve acompanhante durante o trabalho de parto?	1. Não sabia que podia 2. Não quis 3. Não deixaram 4. Não tinha quem a acompanhasse		<input type="text"/>
I78	O seu parto foi:	1. Vaginal 2. Cesáreo	Se I78=1 vá para I81.	<input type="text"/>
I79	A cesariana foi marcada com antecedência, durante o pré-natal?	0. Não 1. Sim		<input type="text"/>
I80	Qual principal motivo de você ter tido parto cesáreo?	1. Já tinha um parto cesáreo anterior 2. Queria ligar as trompas 3. Não queria sentir a dor do parto/Por ser mais conveniente		<input type="text"/>

		4. Por escolha do médico durante o pré-natal		
		5. Indicação médica por complicações na gravidez ou no trabalho de parto		
		6. Indicação médica porque não entrou em trabalho de parto		
		7. Outro		
I81	Quantas semanas de gravidez você tinha no momento do parto?	□□□		□□□
I82	Qual o peso do bebê ao nascer?	□□□,□□□		□□□,□□□
I83	O bebê nasceu vivo?	1. Sim	Se I83=3 vá para I86. Se I83=1 vá para I85.	□
		2. Sim, mas morreu depois		
		3. Não, nasceu morto		
I84	Após o parto, para onde o bebê foi encaminhado(a)?	1. Alojamento conjunto		□
		2. Berçário		
		3. UI (Unidade Intermediária)		
		4. UTI (Unidade de Tratamento Intensivo)		
		5. Transferido para outro estabelecimento de saúde		
		6. Outro		

Entrevistador faça essa pergunta apenas para quem disse que o bebê nasceu vivo, mas morreu depois

I85	Com que idade o bebê morreu?	□□□horas □□□dias □□□meses		□□□horas □□□dias □□□meses
I86	Você fez consulta de puerpério (consulta com médico ou enfermeiro até 42 dias após o parto)?	0. Não		□
		1. Sim		

Entrevistador as perguntas seguintes devem ser feitas apenas para mulheres.

Vacina HPV

I87	Você recebeu a 1ª Dose da Vacina contra HPV	0. Não	Se I86=0 vá para I87.	<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
I87A	Onde recebeu?	1. Unidade de Saúde		<input type="checkbox"/>
		2. Escola		
		3. Outros		
I88	Por que não recebeu?	1. Recusa dos pais		<input type="checkbox"/>
		2. Não quis		
		3. Não conseguiu		
		4. Idade não contemplada pela Campanha		

MÓDULO J. HIGIENE E SAÚDE BUCAL

J1	Nos últimos 30 dias, quantas vezes por dia você usualmente escovou os dentes?	1. Não escovei meus dentes nos últimos 30 dias		<input type="checkbox"/>
		2. Uma vez por dia		
		3. Duas vezes por dia		
		4. Três vezes por dia		
		5. Quatro ou mais vezes por dia		
		6. Não escovei meus dentes diariamente		
J2	O que você usa para fazer a limpeza de sua boca?			
J2A	Escova de dente?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
J2B	Pasta de dente?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
J2C	Fio dental?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
J3	Com que frequência você troca a sua escova de dente por uma nova?	1. Com menos de 3 meses		<input type="checkbox"/>
		2. Entre 3 meses e menos de 6 meses		
		3. Entre 6 meses e menos de 1 ano		
		4. Com mais de um ano		
		5. Nunca trocou		
J4	Em geral, como você avalia sua saúde bucal (dentes e gengivas)?	1. Muito Boa		<input type="checkbox"/>
		2. Boa		
		3. Regular		
		4. Ruim		
		5. Muito ruim		
J5	Você acha que necessita de tratamento dentário atualmente?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
J6	Nos últimos seis meses, você teve dor de dente? (excluir dor de dente causada por uso de aparelho)	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		

J7	Alguma vez na vida você já foi ao consultório do dentista?	0. Não 1. Sim	Se J7=0 siga para J13.	<input type="checkbox"/>
J8	Quando você consultou o dentista pela última vez?	1. Menos de um ano 2. Um a dois anos 3. Três anos ou mais		<input type="checkbox"/>
J9	Onde foi a sua última consulta?	1. Serviço público 2. Serviço particular; 3. Plano de Saúde ou Convênios 4. Outros;		<input type="checkbox"/>
J10	Qual o principal motivo da sua última consulta ao dentista?	1. Limpeza, revisão, manutenção ou prevenção 2. Dor de dente 3. Extração 4. Tratamento dentário 5. Problema na gengiva 6. Tratamento de ferida na boca 7. Implante dentário 8. Aparelho nos dentes (ortodôntico) 9. Colocação/manutenção de prótese ou dentadura 10. Fazer radiografia 11. Fazer o orçamento do tratamento 12. Outro		<input type="checkbox"/>
J11	Onde foi a última consulta odontológica?	1. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família) 2. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica 3. CEO – Centro de Especialidades Odontológicas 4. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas) 5. Pronto-socorro ou emergência de hospital público 6. Hospital público/ambulatório 7. Consultório particular ou clínica privada 8. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato		<input type="checkbox"/>

		9. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado		
		10. Outro		
J12	O que você achou do tratamento na última consulta?	1. Muito Bom		<input type="checkbox"/>
		2. Bom		
		3. Regular		
		4. Ruim		
		5. Muito Ruim		
J13	Com relação aos seus dentes/boca você está:	1. Muito satisfeito		<input type="checkbox"/>
		2. Satisfeito		
		3. Nem satisfeito nem insatisfeito		
		4. Insatisfeito		
		5. Muito insatisfeito		
J14	Você considera que necessita usar prótese total (dentadura) ou trocar a que está usando atualmente?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
J15	Algumas pessoas têm problemas que podem ter sido causados pelos dentes. Das situações abaixo, quais se aplicam você, nos últimos seis meses?			
J15A	Teve dificuldade para comer por causa dos dentes ou sentiu dor nos dentes ao tomar líquidos gelados ou quentes?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
J15B	Os seus dentes o incomodaram ao escovar?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
J15C	Os seus dentes o deixaram nervoso(a) ou irritado(a)?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
J15D	Deixou de sair, se divertir, ir a festas, passeios por causa dos seus dentes?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
J15E	Deixou de praticar esportes por causa dos seus dentes?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
J15F	Teve dificuldade para falar por causa	0. Não		<input type="checkbox"/>

	dos seus dentes?	1. Sim		
J15G	Os seus dentes o fizeram sentir vergonha de sorrir ou falar?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
J15H	Os seus dentes atrapalharam para estudar/trabalhar ou fazer tarefas da escola/trabalho?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
J15I	Deixou de dormir ou dormiu mal por causa dos seus dentes?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
J15J	Nos últimos 30 dias com que frequência você lavou as mãos antes de comer?	1. Nunca		<input type="checkbox"/>
		2. Raramente		
		3. Às vezes		
		4. Na maioria das vezes		
		5. Sempre		
J15L	Nos últimos 30 dias com que frequência você lavou as mãos após usar o banheiro ou o vaso sanitário?	1. Nunca		<input type="checkbox"/>
		2. Raramente		
		3. Às vezes		
		4. Na maioria das vezes		
		5. Sempre		
J15M	Nos últimos 30 dias com que frequência você usou sabão ou sabonete quando lavou suas mãos?	1. Nunca		<input type="checkbox"/>
		2. Raramente		
		3. Às vezes		
		4. Na maioria das vezes		
		5. Sempre		

MÓDULO K. UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

K1	Nos últimos quinze dias, você deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, ir à escola, brincar, afazeres domésticos etc.) por motivo de saúde?	0. Não	Se K1=0 vá para K6.	<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
K2	Nos últimos quinze dias, quantos dias você deixou de realizar suas atividades habituais, por motivo de saúde?	_ _ dias		_ _
K3	Qual foi o principal motivo de saúde que impediu você de realizar suas atividades habituais nos últimos quinze dias?	1. Dor nas costas, problema no pescoço ou na nuca		<input type="checkbox"/>
		2. Dor nos braços ou nas mãos		
		3. Artrite ou reumatismo		
		4. DORT- doença osteomuscular relacionada ao trabalho		
		5. Dor de cabeça ou enxaqueca		
		6. Problemas menstruais		
		7. Problemas da gravidez		
		8. Parto		
		9. Problema odontológico		
		10. Resfriado / gripe		
		11. Asma / bronquite / pneumonia		
		12. Diarreia / vômito / náusea / gastrite		
		13. Dengue		
		14. Pressão alta ou outra doença do coração		
		15. Diabetes		
		16. AVC ou derrame		
		17. Câncer		
		18. Depressão		
		19. Outro problema de saúde mental		
		20. Outra doença		

		21. Lesão provocada por acidente de trânsito		
		22. Lesão provocada por outro tipo de acidente		
		23. Lesão provocada por agressão ou outra violência		
		24. Outro		
K4	Nos últimos quinze dias você esteve acamado(a)?	0. Não	Se K4=0 vá para K6.	<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
K5	Nos últimos quinze dias, quantos dias você esteve acamado(a)?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dias		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
K6	Algum médico já deu o diagnóstico de alguma doença crônica, física ou mental, ou doença de longa duração (de mais de 6 meses de duração) a você?	0. Não	Se K6=0 vá para K8.	<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
K6A	Qual doença?	<input type="text"/>		
K7	Esta doença limita de alguma forma suas atividades habituais (trabalhar, ir à escola, brincar, afazeres domésticos, etc.)?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
K8	Você costuma procurar o mesmo lugar, mesmo médico ou mesmo serviço de saúde quando precisa de atendimento de saúde?	0. Não	Se K8=0 vá para K10.	<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
K9	Quando está doente ou precisando de atendimento de saúde você costuma procurar:	1. Farmácia		<input type="checkbox"/>
		2. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)		
		3. Pronto-socorro ou emergência de hospital público		
		4. Hospital público/ambulatório		
		5. Consultório particular ou clínica privada		

		6. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato		
		7. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado		
		8. No domicílio, com profissional da equipe de saúde da família		
		9. No domicílio, com médico particular		
		10. Outro		
K10	Quando você consultou um médico pela última vez?	1. Nos doze últimos meses	Se K10≠1 vá para K12.	<input type="checkbox"/>
		2. De 1 ano a menos de 2 anos		
		3. De 2 anos a menos de 3 anos		
		4. 3 anos ou mais		
		5. Nunca foi ao médico		
K11	Quantas vezes você consultou o médico nos últimos 12 meses?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> vezes		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
K12	Nos últimos quinze dias, você procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde?	0. Não	Se K12=0 vá para K33.	<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
K13	Qual foi o motivo principal pelo qual você procurou atendimento relacionado à saúde nos últimos quinze dias?	1. Acidente ou lesão		<input type="checkbox"/>
		2. Doença		
		3. Problema odontológico		
		4. Reabilitação ou terapia		
		5. Continuação de tratamento		
		6. Pré-natal		
		7. Puericultura		
		8. Parto		
		9. Exame complementar de diagnóstico		
		10. Vacinação		
		11. Outro atendimento preventivo		
		12. Solicitação de atestado de saúde		
		13. Outro		
K14	Onde você procurou o primeiro	1. Farmácia		<input type="checkbox"/>

	atendimento de saúde por este motivo nos últimos quinze dias?	2. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família) 3. Pronto-socorro ou emergência de hospital público 4. Hospital público/ambulatório 5. Consultório particular ou clínica privada 6. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato 7. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado 8. No domicílio, com profissional da equipe de saúde da família 9. No domicílio, com médico particular 10. Outro		
K15	Nessa primeira vez que procurou atendimento de saúde, nos últimos quinze dias, você foi atendido(a)?	0. Não 1. Sim	Se K15=1 vá para K21.	<input type="checkbox"/>
K16	Por que motivo você não foi atendido(a) na primeira vez que procurou atendimento de saúde nos últimos quinze dias?	1. Não conseguiu vaga ou pegar senha 2. Não tinha médico atendendo 3. Não tinha dentista atendendo 4. Não havia serviço ou profissional de saúde especializado para atender 5. Esperou muito e desistiu 6. O serviço de saúde não estava funcionando 7. Os equipamentos do serviço de saúde não estavam funcionando ou disponíveis para uso 8. Não podia pagar pela consulta 9. Outro		<input type="checkbox"/>
K17	Nos últimos quinze dias, quantas vezes você voltou a procurar atendimento de saúde por este motivo?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> vezes	Se K17=0 vá para K34.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
K18	Onde você procurou o último	1. Farmácia		<input type="checkbox"/>

	atendimento de saúde por este motivo nos últimos quinze dias?	2. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família) 3. Pronto-socorro ou emergência de hospital público 4. Hospital público/ambulatório 5. Consultório particular ou clínica privada 6. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato 7. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado 8. No domicílio, com profissional da equipe de saúde da família 9. No domicílio, com médico particular 10. Outro		
K19	Nessa última vez que procurou atendimento de saúde, nos últimos quinze dias, você foi atendido(a)?	0. Não 1. Sim	Se K19=1 vá para K21.	<input type="checkbox"/>
K20	Por que motivo você não foi atendido(a) nessa última vez que procurou atendimento de saúde nos últimos quinze dias?	1. Não conseguiu vaga ou pegar senha 2. Não tinha médico atendendo 3. Não tinha dentista atendendo 4. Não havia profissional de saúde especializado para atender 5. Esperou muito e desistiu 6. O serviço de saúde não estava funcionando 7. Os equipamentos do serviço de saúde não estavam funcionando ou disponíveis para uso 8. Não podia pagar pela consulta 9. Outro	Passa ao K34.	<input type="checkbox"/>
K21	Este serviço de saúde onde você foi atendido era:	1. Público 2. Privado		<input type="checkbox"/>
K22	Seu atendimento de saúde foi coberto por algum plano de saúde?	0. Não 1. Sim		<input type="checkbox"/>
K23	Você pagou algum valor por este atendimento de saúde recebido nos últimos quinze dias?	0. Não		<input type="checkbox"/>

	<i>(Entrevistador: se o(a) entrevistado(a) responder que pagou, mas teve reembolso total, marque a opção 0)</i>	1. Sim		
K24	Seu atendimento foi feito pelo SUS?	0. Não 1. Sim		<input type="checkbox"/>
K25	Qual foi o principal atendimento de saúde que você recebeu	1. Consulta médica 2. Consulta odontológica 3. Consulta com outro profissional de saúde (fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista, enfermeiro, etc.) 4. Atendimento com agente comunitário de saúde 5. Atendimento com parteira 6. Atendimento na farmácia 7. Vacinação 8. Injeção, curativo ou medição de pressão arterial 9. Quimioterapia, radioterapia, hemodiálise ou hemoterapia 10. Exames laboratoriais ou de imagem ou exames complementares de diagnóstico 11. Gesso ou imobilização 12. Pequena cirurgia em ambulatório 13. Internação hospitalar 14. Marcação de consulta 15. Práticas complementares como acupuntura, homeopatia e fitoterapia 16. Outro atendimento	Se K25=14 vá para K34.	<input type="checkbox"/>
K26	No seu último atendimento, foi receitado algum medicamento?	0. Não 1. Sim	Se K26=0 vá para K34.	<input type="checkbox"/>
K27	Você conseguiu obter os medicamentos receitados?	1. Todos 2. Alguns 3. Nenhum	Se K27=1 vá para K29.	<input type="checkbox"/>
K28	Qual o principal motivo de você	1. Não conseguiu obter no serviço público de saúde, pois a		<input type="checkbox"/>

	não ter conseguido obter todos os medicamentos receitados?	farmácia estava fechada 2. Os medicamentos não estavam disponíveis no serviço de saúde 3. Não consegui o(s) medicamento(s) no programa farmácia popular (PFP) 4. Não tinha farmácia próxima ou teve dificuldade de transporte 5. Não consegui encontrar todos os medicamentos na farmácia 6. Não tinha dinheiro para comprar 7. Não achou necessário 8. Desistiu de procurar, pois melhorou 9. Outro		
K29	Alguns dos medicamentos foram cobertos por plano de saúde?	1. Sim, todos 2. Sim, alguns 3. Não, nenhum	Se K29=1, vá para K32.	<input type="checkbox"/>
K30	Alguns dos medicamentos foram obtidos no programa farmácia popular (PFP)?	1. Sim, todos 2. Sim, alguns 3. Não, nenhum	Se K30=1 vá para K32.	<input type="checkbox"/>
K31	Alguns dos medicamentos foram obtidos em serviço público de saúde?	1. Sim, todos 2. Sim, alguns 3. Não, nenhum		<input type="checkbox"/>
K32	Você pagou algum valor pelos medicamentos?	0. Não 1. Sim	Siga para K34.	<input type="checkbox"/>
K33	Nos últimos quinze dias, por que motivo você não procurou serviço de saúde?	1. Não houve necessidade 2. Não tinha dinheiro 3. O local de atendimento era distante ou de difícil acesso 4. Horário incompatível 5. O atendimento é muito demorado 6. O estabelecimento não possuía especialista compatível com suas necessidades		<input type="checkbox"/>

		7. Achou que não tinha direito		
		8. Não tinha quem o(a) acompanhasse		
		9. Não gostava dos profissionais do estabelecimento		
		10. Greve nos serviços de saúde		
		11. Dificuldade de transporte		
		12. Outro motivo		
K34	Nos últimos 12 meses, você ficou internado(a) em hospital por 24 horas ou mais?	0. Não	Se K34=0 vá para K43.	<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
K35	Nos últimos 12 meses, quantas vezes você esteve internado(a)?	<input type="text"/> <input type="text"/> vezes		<input type="text"/> <input type="text"/>
K36	Qual foi o principal atendimento de saúde que você recebeu quando esteve internado(a) (pela última vez) nos doze últimos meses?	1. Parto normal		<input type="checkbox"/>
		2. Parto cesáreo		
		3. Tratamento clínico		
		4. Tratamento psiquiátrico		
		5. Cirurgia		
		6. Exames complementares de diagnóstico		
		7. Outro		
K37	Quanto tempo você ficou internado na última vez?	<input type="text"/> <input type="text"/> meses <input type="text"/> <input type="text"/> dias		<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>
K38	O estabelecimento de saúde em que você esteve internado(a) pela última vez nos últimos 12 meses era:	1. Público		<input type="checkbox"/>
		2. Privado		
K39	A sua última internação nos últimos 12 meses foi coberta por algum plano de saúde?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
K40	Você pagou algum valor por esta última internação?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
K41	Esta última internação sua foi feita	0. Não		<input type="checkbox"/>

	através do SUS?	1. Sim		
K42	Na última vez que você foi internado(a), como foi o atendimento recebido?	1. Muito bom		<input type="checkbox"/>
		2. Bom		
		3. Regular		
		4. Ruim		
		5. Muito ruim		
K43	Nos últimos 12 meses, você teve atendimento de emergência no domicílio?	0. Não	Se K43=0 vá para K50.	<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
K44	Este atendimento foi coberto por algum plano de saúde?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
K45	Você pagou algum valor por este atendimento? <i>(Entrevistador: se o(a) entrevistado(a) responder que pagou, mas teve reembolso total, marque a opção 0)</i>	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
K46	Este atendimento foi feito por através do SUS?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
K47	Na última vez que você teve atendimento de urgência no domicílio, como foi o atendimento recebido?	1. Muito bom		<input type="checkbox"/>
		2. Bom		
		3. Regular		
		4. Ruim		
		5. Muito ruim		
K48	Neste atendimento, você foi transportado por ambulância para um serviço de saúde?	0. Não	Se K48=0 vá para K50.	<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
K49	O transporte foi feito por:	1. SAMU		<input type="checkbox"/>
		2. Ambulância de serviço público de saúde		
		3. Ambulância de serviço de saúde privado/plano de saúde		

		4. Corpo de Bombeiros		
		5. Outro		
L50	Nos últimos 12 meses, você utilizou alguma prática integrativa e complementar, isto é, tratamento como acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia etc.?	0. Não	Se K50=0, vá para K55.	<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
K51	Qual tratamento você fez uso?	1. Acupuntura		<input type="checkbox"/>
		2. Homeopatia		
		3. Plantas medicinais e fitoterapia		
		4. Outro		
K52	Este tratamento foi coberto por algum plano de saúde?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
K53	Você pagou algum valor por este tratamento? <i>(Entrevistador: se o(a) entrevistado(a) responder que pagou, mas teve reembolso total, marque a opção 0)</i>	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
K54	Este tratamento foi feito através do SUS?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		

K55	Nos últimos 15 dias você usou algum tipo de medicamento? <i>(Entrevistador, se a resposta for sim, solicite ao entrevistado para trazer todas as embalagens/ prescrições de medicamentos utilizados nos últimos 15 dias)</i>	0. Não	Se K55=0 vá para K58.	<input type="checkbox"/>
		1. Sim		

K55A	Quantos medicamentos?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
------	-----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Entrevistador, após preencher os dados com o número de medicamentos informado pelo entrevistado, vá para K56.

K55B	Qual nome do medicamento, nome comercial, dosagem e forma farmacêutica?			
K55B1	Nome do medicamento	<input type="text"/>		
K55B1A	Nome comercial do medicamento	<input type="text"/>		
K55B1B	Dosagem do medicamento	<input type="text"/>		
K55B1C	Forma farmacêutica do medicamento	<input type="text"/>		
K55B1D	Esse medicamento foi prescrito por um profissional de saúde (médico, enfermeiro ou dentista)?	0. Sim		<input type="checkbox"/>
		1. Não		
K55B1E	Onde você teve acesso ao medicamento?	1. Na farmácia do SUS ou pública		<input type="checkbox"/>
		2. Na farmácia comercial		
		3. Na igreja ou sindicato		
		4. Em outro lugar		
K55B1F	Você tem algum problema pra conseguir este remédio?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim, não tem na farmácia do SUS		
		2. Outro problema		
K55B2	Nome do medicamento	<input type="text"/>		
K55B2A	Nome comercial do medicamento	<input type="text"/>		
K55B2B	Dosagem do medicamento	<input type="text"/>		
K55B2C	Forma farmacêutica do medicamento	<input type="text"/>		

K55B2D	Esse medicamento foi prescrito por um profissional de saúde (médico, enfermeiro ou dentista)?	0. Não		
		1. Sim		
K55B2E	Onde você teve acesso ao medicamento?	1. Na farmácia do SUS ou pública		
		2. Na farmácia comercial		
		3. Na igreja ou sindicato		
		4. Em outro lugar		
K55B2F	Você tem algum problema pra conseguir este remédio?	0. Não		
		1. Sim, não tem na farmácia do SUS		
		2. Outro problema		
K55B3	Nome do medicamento	<input type="text"/>		
K55B3A	Nome comercial do medicamento	<input type="text"/>		
K55B3B	Dosagem do medicamento	<input type="text"/>		
K55B3C	Forma farmacêutica do medicamento	<input type="text"/>		
K55B3D	Esse medicamento foi prescrito por um profissional de saúde (médico, enfermeiro ou dentista)?	0. Não		
		1. Sim		
K55B3E	Onde você teve acesso ao medicamento?	1. Na farmácia do SUS ou pública		
		2. Na farmácia comercial		
		3. Na igreja ou sindicato		
		4. Em outro lugar		
L55B3F	Você tem algum problema pra conseguir este remédio?	0. Não		
		1. Sim, não tem na farmácia do SUS		
		2. Outro problema		

K55B4	Nome do medicamento	<input type="checkbox"/>		
K55B4A	Nome comercial do medicamento	<input type="checkbox"/>		
K55B4B	Dosagem do medicamento	<input type="checkbox"/>		
K55B4C	Forma farmacêutica do medicamento	<input type="checkbox"/>		
K55B4D	Esse medicamento foi prescrito por um profissional de saúde (médico, enfermeiro ou dentista)?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
K55B4E	Onde você teve acesso ao medicamento?	1. Na farmácia do SUS ou pública		<input type="checkbox"/>
		2. Na farmácia comercial		
		3. Na igreja ou sindicato		
		4. Em outro lugar		
K55B4F	Você tem algum problema pra conseguir este remédio?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim, não tem na farmácia do SUS		
		2. Outro problema		
K55B5	Nome do medicamento	<input type="checkbox"/>		
K55B5A	Nome comercial do medicamento	<input type="checkbox"/>		
K55B5B	Dosagem do medicamento	<input type="checkbox"/>		
K55B5C	Forma farmacêutica do medicamento	<input type="checkbox"/>		
K55B5D	Esse medicamento foi prescrito por um profissional de saúde (médico, enfermeiro ou dentista)?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		

K55B5E	Onde você teve acesso ao medicamento?	1. Na farmácia do SUS ou pública		<input type="checkbox"/>
		2. Na farmácia comercial		
		3. Na igreja ou sindicato		
		4. Em outro lugar		
K55B5F	Você tem algum problema pra conseguir este remédio?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim, não tem na farmácia do SUS		
		2. Outro problema		
K55B6	Nome do medicamento	<input type="text"/>		
K55B6A	Nome comercial do medicamento	<input type="text"/>		
K55B6B	Dosagem do medicamento	<input type="text"/>		
K55B6C	Forma farmacêutica do medicamento	<input type="text"/>		
K55B6D	Esse medicamento foi prescrito por um profissional de saúde (médico, enfermeiro ou dentista)?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
K55B6E	Onde você teve acesso ao medicamento?	1. Na farmácia do SUS ou pública		<input type="checkbox"/>
		2. Na farmácia comercial		
		3. Na igreja ou sindicato		
		4. Em outro lugar		
K55B6F	Você tem algum problema pra conseguir este remédio?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim, não tem na farmácia do SUS		
		2. Outro problema		
K55B7	Nome do medicamento	<input type="text"/>		
K55B7A	Nome comercial do medicamento	<input type="text"/>		

K55B7B	Dosagem do medicamento	<input type="checkbox"/>		
K55B7C	Forma farmacêutica do medicamento	<input type="checkbox"/>		
K55B7D	Esse medicamento foi prescrito por um profissional de saúde (médico, enfermeiro ou dentista)?	0. Não		
		1. Sim		<input type="checkbox"/>
K55B7E	Onde você teve acesso ao medicamento?	1. Na farmácia do SUS ou pública		<input type="checkbox"/>
		2. Na farmácia comercial		
		3. Na igreja ou sindicato		
		4. Em outro lugar		
K55B7F	Você tem algum problema pra conseguir este remédio?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim, não tem na farmácia do SUS		
		2. Outro problema		
K55B8	Nome do medicamento	<input type="checkbox"/>		
K55B8A	Nome comercial do medicamento	<input type="checkbox"/>		
K55B8B	Dosagem do medicamento	<input type="checkbox"/>		
K55B8C	Forma farmacêutica do medicamento	<input type="checkbox"/>		
K55B8D	Esse medicamento foi prescrito por um profissional de saúde (médico, enfermeiro ou dentista)?	0. Não		
		1. Sim		<input type="checkbox"/>
K55B8E	Onde você teve acesso ao medicamento?	1. Na farmácia do SUS ou pública		<input type="checkbox"/>
		2. Na farmácia comercial		

K55B10D	Esse medicamento foi prescrito por um profissional de saúde (médico, enfermeiro ou dentista)?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
K55B10E	Onde você teve acesso ao medicamento?	1. Na farmácia do SUS ou pública		<input type="checkbox"/>
		2. Na farmácia comercial		
		3. Na igreja ou sindicato		
		4. Em outro lugar		
K55B10F	Você tem algum problema pra conseguir este remédio?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim, não tem na farmácia do SUS		
		2. Outro problema		
K55B11	Nome do medicamento	<input type="text"/>		
K55B11A	Nome comercial do medicamento	<input type="text"/>		
K55B11B	Dosagem do medicamento	<input type="text"/>		
K55B11C	Forma farmacêutica do medicamento	<input type="text"/>		
K55B11D	Esse medicamento foi prescrito por um profissional de saúde (médico, enfermeiro ou dentista)?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
K55B11E	Onde você teve acesso ao medicamento?	1. Na farmácia do SUS ou pública		<input type="checkbox"/>
		2. Na farmácia comercial		
		3. Na igreja ou sindicato		
		4. Em outro lugar		
K55B11F	Você tem algum problema pra conseguir este remédio?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim, não tem na farmácia do SUS		
		2. Outro problema		

K55B12	Nome do medicamento	<input type="text"/>		
K55B12A	Nome comercial do medicamento	<input type="text"/>		
K55B12B	Dosagem do medicamento	<input type="text"/>		
K55B12C	Forma farmacêutica do medicamento	<input type="text"/>		
K55B12D	Esse medicamento foi prescrito por um profissional de saúde (médico, enfermeiro ou dentista)?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
K55B12E	Onde você teve acesso ao medicamento?	1. Na farmácia do SUS ou pública		<input type="checkbox"/>
		2. Na farmácia comercial		
		3. Na igreja ou sindicato		
		4. Em outro lugar		
K55B12F	Você tem algum problema pra conseguir este remédio?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim, não tem na farmácia do SUS		
		2. Outro problema		
K55B13	Nome do medicamento	<input type="text"/>		
K55B13A	Nome comercial do medicamento	<input type="text"/>		
K55B13B	Dosagem do medicamento	<input type="text"/>		
K55B13C	Forma farmacêutica do medicamento	<input type="text"/>		
K55B13D	Esse medicamento foi prescrito por um profissional de saúde (médico, enfermeiro ou dentista)?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		

K55B15B	Dosagem do medicamento	<input type="text"/>		
55B15C	Forma farmacêutica do medicamento	<input type="text"/>		
K55B15D	Esse medicamento foi prescrito por um profissional de saúde (médico, enfermeiro ou dentista)?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
K55B15E	Onde você teve acesso ao medicamento?	1. Na farmácia do SUS ou pública		<input type="checkbox"/>
		2. Na farmácia comercial		
		3. Na igreja ou sindicato		
		4. Em outro lugar		
K55B15F	Você tem algum problema pra conseguir este remédio?	0. Não		<input type="checkbox"/>
		1. Sim, não tem na farmácia do SUS		
		2. Outro problema		

K56	Nos últimos 15 dias você usou algum tipo de chá ou medicamento natural?	0. Não	Se L56=0 vá para o módulo M.	<input type="checkbox"/>
		1. Sim		
K57	Quantos tipos de chás ou medicamentos naturais você utilizou?	<input type="text"/>		<input type="text"/>

Entrevistador, preencha os dados do nº de chás ou medicamentos naturais informado pelo entrevistado.

K58A	Qual o nome da planta?	<input type="text"/>		
K58A1	O que levou você a fazer uso do chá ou	1. Gosto de tomar chá		<input type="checkbox"/>
		2. Indicação dos pais, amigos ou vizinhos		
		3. Para tratar alguma dor ou sintoma		

MÓDULO L. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

Agora irei verificar suas medidas antropométricas.

L1	Peso	_ _ _ , _ _		_ _ _ , _ _
L2	Altura	_ _ _ _ cm		_ _ _ _

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO



Projeto ADOLESCER: Saúde do Adolescente da Zona Rural e seus Condicionantes

APOIO FINANCEIRO: Edital 30/2013 - PESQUISA PARA O SUS: GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE
PPSUS-BA MS/ CNPq/ FAPESB
Edital PRODOC 2013 – PROPCI/ PROPG/ UFBA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Estamos convidando você e o(a) seu(sua) filho(a) para participarem de um estudo que será realizado entre os adolescentes da zona rural de Vitória da Conquista – Bahia. Este estudo está sendo desenvolvido pelo Instituto Multidisciplinar de Saúde da Universidade Federal da Bahia – Campus Anísio Teixeira, Vitória da Conquista e é importante para que se possa conhecer a situação de saúde dos adolescentes.

A SUA PARTICIPAÇÃO E DO(A) SEU(SUA) FILHO(A) NÃO SÃO OBRIGATÓRIAS:

Este termo de consentimento lhe dará informações sobre o estudo. Após você tê-lo entendido e, se decidir participar e que o(a) seu(sua) filho(a) participe do mesmo, solicitaremos sua assinatura no termo de consentimento. Você receberá uma cópia para guardar. A qualquer momento você ou o(a) seu(sua) filho(a) podem desistir de participar e retirar seu consentimento. A recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com este pesquisador ou com os serviços de saúde.

OBJETIVOS DO ESTUDO:

Investigar os determinantes sociais, as condições de saúde, o acesso e utilização dos serviços de saúde pela população de adolescentes da zona rural do município de Vitória da Conquista – Bahia. Os resultados serão importantes para caracterizar os adolescentes, permitindo um melhor direcionamento das ações e recursos da saúde para esse grupo populacional.

PROCEDIMENTOS:

Serão aplicados dois questionários: um sobre o domicílio, que será respondido pelo chefe da família ou por qualquer morador com idade maior ou igual a 18 anos; e outro sobre o adolescente, a ser respondido pelo mesmo. No questionário domiciliar, serão feitas questões que investigam as características gerais do domicílio e a situação econômica da sua família. No questionário do adolescente as questões estarão distribuídas nos seguintes blocos de informações: 1) características do adolescente e apoio social; 2) características de trabalho; 3) estilo de vida; 4) percepção do estado de saúde e autoimagem corporal; 5) deficiências; 6) drogas ilícitas; 7) acidentes e violências; 8) saúde sexual e reprodutiva; 9) higiene e saúde bucal; e 10) utilização dos serviços de saúde. Também serão feitas medidas de peso e altura ao final da entrevista.

CONFIDENCIALIDADE:

O(A) seu(sua) filho(a) e você tem a garantia de que os dados coletados nesta pesquisa serão mantidos em sigilo e apenas os resultados gerais serão divulgados. Estes dados serão publicados em artigos científicos e divulgados em congressos, sendo a identidade dos participantes preservada.

POSSÍVEIS RISCOS E BENEFÍCIOS:

Os riscos da sua participação e do(a) seu(sua) filho(a) envolvem um possível constrangimento ao expor algumas informações pessoais (exemplo: rendimento familiar, escolaridade, uso de drogas, atividades sexuais e situações de violência) e/ou falha da memória. Os benefícios incluem traçar um perfil dos adolescentes da zona rural, possibilitando a utilização destas informações para a orientação e avaliação de um conjunto de políticas de saúde destinadas aos adolescentes.

CUSTOS:

Não há custos para você ou o(a) seu(sua) filho(a) em participar do estudo.



Projeto ADOLESCER: Saúde do Adolescente da Zona Rural e seus Condicionantes

APOIO FINANCEIRO: Edital 30/2013 - PESQUISA PARA O SUS: GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE
PPSUS-BA MS/ CNPq/ FAPESB
Edital PRODOC 2013 – PROPCI/ PROPG/ UFBA

OUTRAS INFORMAÇÕES:

A equipe de trabalho estará disponível para esclarecer qualquer dúvida durante o projeto. Entretanto, caso você ainda necessite de mais esclarecimentos, pode procurar a Professora Danielle Souto de Medeiros, do Instituto Multidisciplinar em Saúde, da Universidade Federal da Bahia – Vitória da Conquista, Coordenadora do Estudo, pelo telefone (77) 9131-6838 para esclarecer dúvidas, comunicar qualquer problema com relação ao estudo ou retirar o seu consentimento, podendo telefonar a cobrar.

AUTORIZAÇÃO:

Aceito participar da entrevista ()

Autorizo meu filho(a) a participar da entrevista ()

Autorizo meu filho(a) a participar das medidas de peso e altura. ()

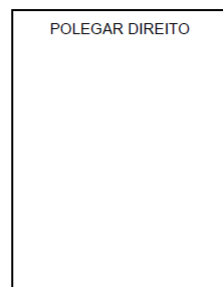
Consentimento para participação: Eu estou de acordo com a participação no estudo descrito acima. Eu fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido e os possíveis riscos envolvidos na minha participação. Os pesquisadores me garantiram disponibilizar qualquer esclarecimento adicional que eu venha solicitar durante o curso da pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que a minha desistência implique em qualquer prejuízo à minha pessoa ou à minha família, sendo garantido anonimato e o sigilo dos dados referentes a minha identificação. Também fui informado que a minha participação neste estudo não me trará nenhum benefício econômico.

Eu, _____, aceito livremente participar do estudo intitulado “Adolescer: Saúde do Adolescente da Zona Rural e seus condicionantes”, sob a responsabilidade da docente Danielle Souto de Medeiros da Universidade Federal da Bahia - Instituto Multidisciplinar em Saúde - Campus Anísio Teixeira (UFBA).

Este documento (TCLE) será fornecido em duas vias, sendo uma delas entregue ao participante.

Assinatura do participante

POLEGAR DIREITO



Nome do entrevistador (Legível)

Assinatura do entrevistador

Para maiores informações, pode entrar em contato com:

Danielle Souto de Medeiros - Fone: (77) 9131-6838

E-mail: daniellesoutomedeiros@gmail.com

Endereço: Universidade Federal da Bahia.

Pavilhão de Aulas IMS/UFBA, Rua Rio de Contas, 58, Quadra 17, Lote 58

Candeias, CEP: 45029-094 - Vitória da Conquista, BA – Brasil

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Multidisciplinar em Saúde (CEP-SERES HUMANOS

IMS/CAT-UFBA). Site: <http://www.ims.ufba.br/cep/sereshumanos/>

APÊNDICE C – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO



Projeto ADOLESCER: Saúde do Adolescente da Zona Rural e seus Condicionantes

APOIO FINANCEIRO: Edital 30/2013 - PESQUISA PARA O SUS: GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE
PPSUS-BA MS/ CNPq/ FAPESB
Edital PRODOC 2013 – PROPCI/ PROPG/ UFBA

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Estamos convidando você para participar de um estudo que será realizado com os adolescentes da zona rural de Vitória da Conquista – Bahia. Este estudo está sendo desenvolvido pelo Instituto Multidisciplinar de Saúde da Universidade Federal da Bahia – Campus Anísio Teixeira, Vitória da Conquista e é importante para que se possa conhecer a situação de saúde dos adolescentes. Este termo lhe dará informações sobre o estudo. Após você tê-lo entendido e, se decidir participar, solicitaremos sua assinatura e você receberá uma cópia para guardar. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com este pesquisador ou com os serviços de saúde. Os resultados serão importantes para caracterizar os adolescentes, permitindo um melhor direcionamento das ações e recursos da saúde para esse grupo populacional. A sua participação no estudo acontecerá por meio da realização de uma entrevista e da coleta de medidas de peso e altura. Você tem a garantia de que os dados coletados nesta pesquisa serão mantidos em segredo e apenas os resultados gerais serão divulgados. Estes dados serão publicados em artigos científicos e divulgados em congressos, mas sua identidade será preservada. Os riscos da sua participação envolvem um possível constrangimento ao expor algumas informações pessoais (exemplo: rendimento familiar, escolaridade, uso de drogas, atividades sexuais e situações de violência) e/ou falha da memória. Os benefícios incluem traçar um perfil dos adolescentes da zona rural, possibilitando a utilização destas informações para a orientação e avaliação de um conjunto de políticas de saúde destinadas aos adolescentes. Não há custos para você participar do estudo. A equipe de trabalho estará disponível para esclarecer qualquer dúvida durante o projeto. Entretanto, caso você ainda necessite de mais esclarecimentos, pode procurar a Professora Danielle Souto de Medeiros, do Instituto Multidisciplinar em Saúde, da Universidade Federal da Bahia – Vitória da Conquista, Coordenadora do Estudo, pelo telefone (77) 9131-6838 para esclarecer dúvidas, comunicar qualquer problema com relação ao estudo ou retirar o seu consentimento, podendo telefonar a cobrar.

Consentimento para participação: Eu estou de acordo com a participação no estudo descrito acima. Eu fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido e os possíveis riscos envolvidos na minha participação. Os pesquisadores me garantiram disponibilizar qualquer esclarecimento adicional que eu venha solicitar durante o curso da pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que a minha desistência implique em qualquer prejuízo à minha pessoa ou à minha família, sendo garantido anonimato e o sigilo dos dados referentes a minha identificação. Também fui informado que a minha participação neste estudo não me trará nenhum benefício econômico.

Eu, _____, aceito livremente participar do estudo intitulado “Adolescer: Saúde do Adolescente da Zona Rural e seus condicionantes”, sob a responsabilidade da docente Danielle Souto de Medeiros da Universidade Federal da Bahia - Instituto Multidisciplinar em Saúde - Campus Anísio Teixeira (UFBA).

Este documento será fornecido em duas vias, sendo uma delas entregue ao participante.

Assinatura do participante

POLEGAR DIREITO

Nome do entrevistador (Legível)

Assinatura do entrevistador



Projeto ADOLESCER: Saúde do Adolescente da Zona Rural e seus Condicionantes

APOIO FINANCEIRO: Edital 30/2013 - PESQUISA PARA O SUS: GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE
PPSUS-BA MS/ CNPq/ FAPESB
Edital PRODOC 2013 – PROPCI/ PROPG/ UFBA

Para maiores informações, pode entrar em contato com:

Danielle Souto de Medeiros - Fone: (77) 9131-6838

E-mail: daniellesoutomedeiros@gmail.com

Endereço: Universidade Federal da Bahia.

Pavilhão de Aulas IMS/UFBA, Rua Rio de Contas, 58, Quadra 17, Lote 58

Candeias, CEP: 45029-094 - Vitória da Conquista, BA – Brasil

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Multidisciplinar em Saúde (CEP-SERES HUMANOS IMS/CAT-UFBA). Site: <http://www.ims.ufba.br/cep/sereshumanos/>

APÊNDICE D- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Adolescente maior de 18 anos)



Projeto ADOLESCER: Saúde do Adolescente da Zona Rural e seus Condicionantes
APOIO FINANCEIRO: Edital 30/2013 - PESQUISA PARA O SUS: GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE
 PPSUS-BA MS/ CNPq/ FAPESB
 Edital PRODOC 2013 – PROPCI/ PROPG/ UFBA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Adolescente maior de 18 anos)

Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Estamos convidando você para participar de um estudo que será realizado entre os adolescentes da zona rural de Vitória da Conquista – Bahia. Este estudo está sendo desenvolvido pelo Instituto Multidisciplinar de Saúde da Universidade Federal da Bahia – Campus Anísio Teixeira, Vitória da Conquista e é importante para que se possa conhecer a situação de saúde dos adolescentes.

A SUA PARTICIPAÇÃO NÃO É OBRIGATÓRIA:

Este termo de consentimento lhe dará informações sobre o estudo. Após você tê-lo entendido e, se decidir participar mesmo, solicitaremos sua assinatura no termo de consentimento. Você receberá uma cópia para guardar. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com este pesquisador ou com os serviços de saúde.

OBJETIVOS DO ESTUDO:

Investigar os determinantes sociais, as condições de saúde, o acesso e utilização dos serviços de saúde pela população de adolescentes da zona rural do município de Vitória da Conquista – Bahia. Os resultados serão importantes para caracterizar os adolescentes, permitindo um melhor direcionamento das ações e recursos da saúde para esse grupo populacional.

PROCEDIMENTOS:

Serão aplicados dois questionários: um sobre o domicílio, que será respondido pelo chefe da família ou por qualquer morador com idade maior ou igual a 18 anos; e outro sobre o adolescente, a ser respondido pelo mesmo. No questionário domiciliar, serão feitas questões que investigam as características gerais do domicílio e a situação econômica da sua família. No questionário do adolescente as questões estarão distribuídas nos seguintes blocos de informações: 1) características do adolescente e apoio social; 2) características de trabalho; 3) estilo de vida; 4) percepção do estado de saúde e autoimagem corporal; 5) deficiências; 6) drogas ilícitas; 7) acidentes e violências; 8) saúde sexual e reprodutiva; 9) higiene e saúde bucal; e 10) utilização dos serviços de saúde. Também serão feitas medidas de peso e altura ao final da entrevista.

CONFIDENCIALIDADE:

Você tem a garantia de que os dados coletados nesta pesquisa serão mantidos em sigilo e apenas os resultados gerais serão divulgados. Estes dados serão publicados em artigos científicos e divulgados em congressos, sendo a identidade dos participantes preservada.

POSSÍVEIS RISCOS E BENEFÍCIOS:

Os riscos da sua participação envolvem um possível constrangimento ao expor algumas informações pessoais (exemplo: rendimento familiar, escolaridade, uso de drogas, atividades sexuais e situações de violência) e/ou falha da memória. Os benefícios incluem traçar um perfil dos adolescentes da zona rural, possibilitando a utilização destas informações para a orientação e avaliação de um conjunto de políticas de saúde destinadas aos adolescentes.

CUSTOS:

Não há custos para você em participar do estudo.



Projeto ADOLESCER: Saúde do Adolescente da Zona Rural e seus Condicionantes
 APOIO FINANCEIRO: Edital 30/2013 - PESQUISA PARA O SUS: GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE
 PPSUS-BA MS/ CNPq/ FAPESB
 Edital PRODOC 2013 – PROP/CI/ PROG/ UFBA

OUTRAS INFORMAÇÕES:

A equipe de trabalho estará disponível para esclarecer qualquer dúvida durante o projeto. Entretanto, caso você ainda necessite de mais esclarecimentos, pode procurar a Professora Danielle Souto de Medeiros, do Instituto Multidisciplinar em Saúde, da Universidade Federal da Bahia – Vitória da Conquista, Coordenadora do Estudo, pelo telefone (77) 9131-6838 para esclarecer dúvidas, comunicar qualquer problema com relação ao estudo ou retirar o seu consentimento, podendo telefonar a cobrar.

AUTORIZAÇÃO:

- Aceito participar da entrevista
- Aceito participar das medidas de peso e altura.

Consentimento para participação: Eu estou de acordo com a participação no estudo descrito acima. Eu fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido e os possíveis riscos envolvidos na minha participação. Os pesquisadores me garantiram disponibilizar qualquer esclarecimento adicional que eu venha solicitar durante o curso da pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que a minha desistência implique em qualquer prejuízo à minha pessoa ou à minha família, sendo garantido anonimato e o sigilo dos dados referentes a minha identificação. Também fui informado que a minha participação neste estudo não me trará nenhum benefício econômico.

Eu, _____, aceito livremente participar do estudo intitulado “Adolescer: Saúde do Adolescente da Zona Rural e seus condicionantes”, sob a responsabilidade da docente Danielle Souto de Medeiros da Universidade Federal da Bahia - Instituto Multidisciplinar em Saúde - Campus Anísio Teixeira (UFBA).

Este documento (TCLE) será fornecido em duas vias, sendo uma delas entregue ao participante.

POLEGAR DIREITO

 Assinatura do participante

 Nome do entrevistador (Legível)

 Assinatura do entrevistador

Para maiores informações, pode entrar em contato com:
 Danielle Souto de Medeiros - Fone: (77) 9131-6838
 E-mail: daniellesoutomedeiros@gmail.com
 Endereço: Universidade Federal da Bahia.
 Pavilhão de Aulas IMS/UFBA, Rua Rio de Contas, 58, Quadra 17, Lote 58
 Candeias, CEP: 45029-094 - Vitória da Conquista, BA – Brasil
 Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Multidisciplinar em Saúde (CEP-SERES HUMANOS IMS/CAT-UFBA). Site: <http://www.ims.ufba.br/cep/sereshumanos/>

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR
EM SAÚDE-UFBA-CAMPUS
ANÍSIO TEIXEIRA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Adolescer: Saúde do Adolescente da Zona Rural e seus Condicionantes

Pesquisador: Danielle Souto de Medeiros

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 27939914.7.0000.5556

Instituição Proponente: Instituto Multidisciplinar em Saúde-Campus Anísio Teixeira

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 639.966

Data da Relatoria: 08/05/2014

Apresentação do Projeto:

O estudo proposto será realizado nas microáreas atendidas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Pradoso, localizada na Zona Rural do município de Vitória da Conquista, BA, com o objetivo de investigar os determinantes sociais, as condições de saúde, o acesso e a utilização dos serviços de saúde pelos adolescentes, buscando traçar o perfil epidemiológico dessa população. No desenho metodológico proposto para este estudo consta que o mesmo terá um componente quantitativo de base populacional, com abordagem domiciliar e outro qualitativo. No quantitativo, será realizado um estudo de corte transversal, em duas populações de adolescentes atendidas pela ESF do Pradoso: quilombolas e não quilombolas. A amostra compreende 200 adolescentes quilombolas e 254 adolescentes não quilombolas. Será utilizado um questionário semi-estruturado, aplicado em visita domiciliar, tendo como dimensões de análise os seguintes módulos temáticos: aspectos sociodemográficos; alimentação; atividade física; uso do tabaco, álcool e drogas; autoimagem corporal; saúde bucal; uso de medicamentos; saúde sexual; deficiências físicas; uso de serviços de saúde; e dados antropométricos dos participantes. No componente qualitativo será utilizado o referencial das representações sociais, em razão de sua contribuição para a análise das relações intergrupais, da influência da cultura na introjeção de valores e da definição de comportamentos. Serão realizados três Grupos Focais, separadamente: um grupo composto pela equipe da USF e quatro Agentes Comunitários de Saúde selecionados

Endereço: RIO DE CONTAS, 58 Qd. 17, Lote 58

Bairro: CANDEIAS

CEP: 45.029-094

UF: BA

Município: VITORIA DA CONQUISTA

Telefone: (61)0161-6161

E-mail: drlucianorosa@yahoo.com.br

**INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR
EM SAÚDE-UFBA-CAMPUS
ANÍSIO TEIXEIRA**



Continuação do Parecer: 639.966

aleatoriamente; um segundo grupo composto por profissionais da educação que lecionam em turmas compostas por adolescentes, escolhidos nas escolas locais que trabalham com esse público; e o último grupo que incluirá dez adolescentes pertencentes à comunidade e que já tenham utilizado o serviço de saúde, escolhidos aleatoriamente após a realização das entrevistas. O foco central destes grupos estará na tentativa de compreender a representação social dos e sobre os adolescentes em relação às suas condições de saúde, acesso e utilização dos serviços disponíveis, para complementar as informações obtidas pelo inquérito de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar os determinantes sociais, as condições de saúde, o acesso e utilização dos serviços de saúde dos adolescentes atendidos pela Estratégia de Saúde da Família do Pradoso.

Objetivo Secundário:

- Investigar fatores associados à utilização dos serviços de saúde por adolescentes; -Identificar fatores associados às condições de saúde dos adolescentes;
- Descrever o perfil dos adolescentes atendidos pela estratégia de saúde do Pradoso, destacando o contexto social e familiar dos mesmos;
- Avaliar o uso de tabaco, drogas/álcool e outras substâncias psicoativas;
- Investigar informações sobre o hábito alimentar e prática de atividade física dos adolescentes;
- Compreender as principais características da vida sexual e reprodutiva dos adolescentes;
- Identificar o comportamento dos adolescentes em relação à saúde bucal;
- Investigar fatores associados à utilização de medicamentos e automedicação por adolescentes;
- Comparar os fatores associados à utilização de medicamentos e automedicação por adolescentes quilombolas e não quilombolas;
- Compreender a representação social dos e sobre os adolescentes em relação a suas condições de saúde, acesso e utilização dos serviços de saúde disponíveis.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os autores relatam como riscos o constrangimento com algumas perguntas como, por exemplo: uso de drogas, atividades sexuais e situações de violência.

Como benefícios os autores relatam que esta pesquisa se constitua como contribuição para a identificação de grupos de risco, para o monitoramento dos níveis de saúde da população e para subsidiar o desenvolvimento de novas estratégias de atenção à saúde de adolescentes quilombolas e não quilombolas atendidos pela Unidade de Saúde da Família do Pradoso.

Endereço: RIO DE CONTAS, 58 Qd. 17, Lote 58

Bairro: CANDEIAS

CEP: 45.029-094

UF: BA

Município: VITORIA DA CONQUISTA

Telefone: (61)0161-6161

E-mail: drlucianorosa@yahoo.com.br

**INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR
EM SAÚDE-UFBA-CAMPUS
ANÍSIO TEIXEIRA**



Continuação do Parecer: 639.966

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo de pesquisa encontra-se bem estruturado e é de relevância, pois, segundo os autores, poderá produzir dados confiáveis que, após análise e contextualização, sejam norteadores da construção de novas estratégias de atenção à saúde dos adolescentes quilombolas e não quilombolas atendidos pela Estratégia de Saúde da Família do Pradoso.

A metodologia proposta encontra-se baseada em ferramentas já consolidadas em pesquisas anteriores como: PENSE, QSB Brasil (2010), Lopes Jr. et al. (2010), PNS, Projeto COMQUISTA (2013) e Heilborn et al. (2006) sendo adequadamente aplicadas e os dados analisados por meio de testes estatísticos indicados na metodologia.

O sigilo dos dados foi explicitado na metodologia e é novamente destacado nos TCLEs.

Os TCLEs estão formulados em linguagem clara e objetiva promovendo fácil entendimento por parte dos participantes da pesquisa. Formam apresentados 4 TCLEs de acordo com os grupos de indivíduos participantes do estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram adequadamente apresentados a saber: projeto da Plataforma Brasil, folha de rosto da Plataforma Brasil, folha local do CEP, declaração de participação dos autores, curriculum lattes dos autores, autorização de coleta de dados do Polo de Educação da Prefeitura de Vitória da Conquista-BA e TCLEs.

Recomendações:

Todas as recomendações feitas em parecer anterior foram devidamente esclarecidas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise do protocolo de pesquisa conclui-se que o mesmo não apresenta pendências a serem sanadas. Dessa forma, indico a aprovação do mesmo.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O coordenador do CEP IMS/CAT avaliou o protocolo de pesquisa e o aprovou ad referendum no dia 08 de maio de 2014.

Endereço: RIO DE CONTAS, 58 Qd. 17, Lote 58

Bairro: CANDEIAS

CEP: 45.029-094

UF: BA

Município: VITORIA DA CONQUISTA

Telefone: (61)0161-6161

E-mail: drlucianorosa@yahoo.com.br

INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR
EM SAÚDE-UFBA-CAMPUS
ANÍSIO TEIXEIRA



Continuação do Parecer: 639.966

VITORIA DA CONQUISTA, 08 de Maio de 2014

Assinador por:
Luciano Pereira Rosa
(Coordenador)

Endereço: RIO DE CONTAS, 58 Qd. 17, Lote 58

Bairro: CANDEIAS

CEP: 45.029-094

UF: BA

Município: VITORIA DA CONQUISTA

Telefone: (61)0161-6161

E-mail: drlucianorosa@yahoo.com.br

Ficha A, verso - modelo

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO

TIPO DE CASA		TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO	
Tijolo/Adobe		Filtração	
Taipa revestida		Fervura	
Taipa não revestida		Cloração	
Madeira		Sem tratamento	
Material aproveitado		ABASTECIMENTO DE ÁGUA	
Outro - Especificar:		Rede pública	
Número de cômodos / peças		Poço ou nascente	
Energia elétrica		Outros	
DESTINO DO LIXO		DESTINO DE FEZES E URINA	
Coletado		Sistema de esgoto (rede geral)	
Queimado / Enterrado		Fossa	
Céu aberto		Céu aberto	

OUTRAS INFORMAÇÕES

Alguém da família possui Plano de Saúde?		Número de pessoas cobertas por Plano de Saúde	
Nome do Plano de Saúde [_ _ _ _ _]			
EM CASO DE DOENÇA PROCURA		PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS	
Hospital		Cooperativa	
Unidade de Saúde		Grupo religioso	
Benzedeira		Associações	
Farmácia		Outros - Especificar:	
Outros - Especificar:		MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA	
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA		Onibus	
Rádio		Caminhão	
Televisão		Carro	
Outros - Especificar:		Carroça	
Outros - Especificar:		Outros - Especificar:	
A família é beneficiária do Programa Bolsa Família?		NIS do Responsável	
		[_ _ _ _ _]	
A família está inscrita no Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal (CAD-Único)?			

OBSERVAÇÕES