

Aldemir Smith Menezes

**CONDIÇÕES DE VIDA E CONDUTAS DE SAÚDE EM  
ADOLESCENTES RESIDENTES EM ÁREAS RURAIS E  
URBANAS NO ESTADO DE SERGIPE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física, na área de concentração em Atividade Física e Saúde, do Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Doutor em Educação Física.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria de Fátima da Silva Duarte

Florianópolis  
2012

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Smith-Menezes, Aldemir

CONDIÇÕES DE VIDA E CONDUTAS DE SAÚDE EM ADOLESCENTES RESIDENTES EM ÁREAS RURAIS E URBANAS NO ESTADO DE SERGIPE [tese] / Aldemir Smith-Menezes; orientadora, Maria de Fátima da Silva Duarte - Florianópolis, SC, 2012.

123 p. ; 21cm

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Desportos. Programa de Pós-Graduação em Educação Física.

Inclui referências

1. Educação Física. 2. Condutas de risco à saúde. 3. Atividade Motora. 4. Adolescentes. 5. Autoavaliação da Saúde. I. Duarte, Maria de Fátima da Silva. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Educação Física. III. Título.

Aldemir Smith Menezes

**CONDIÇÕES DE VIDA E CONDUTAS DE SAÚDE EM  
ADOLESCENTES RESIDENTES EM ÁREAS RURAIS E  
URBANAS NO ESTADO DE SERGIPE**

Esta Tese foi julgada adequada para obtenção do Título de “Doutor em Educação Física”, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Educação Física.

Florianópolis, 01 de outubro de 2012.

---

Prof. Fernando Diefenthaler, Dr.  
Coordenador do Curso

**Banca Examinadora:**

---

Prof.<sup>a</sup> Maria de Fátima da Silva Duarte, Dr.<sup>a</sup>  
Orientadora  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof. Douglas Roque Andrade, Dr.  
Universidade de São Paulo

---

Prof.<sup>a</sup> Vânia Fonseca, Dr.<sup>a</sup>  
Universidade Tiradentes

---

Prof.<sup>a</sup> Rosane Carla Rosendo da Silva, Dr.<sup>a</sup>  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof.<sup>a</sup> Aline Rodrigues Barbosa, Dr.<sup>a</sup>  
Universidade Federal de Santa Catarina



Este trabalho é dedicado aos escolares  
do Ensino Médio da Rede Estadual de  
Ensino.



## AGRADECIMENTOS

A minha mãe, D. Virgínia pelo eterno apoio aos seus filhos.

Aos meus irmãos Abel, Aldair, Abraão, Adilson e Adeilton pelo apoio durante o período do curso.

A Mônica e Pedro pela paciência e compreensão decorrentes de ausências.

Aos professores do PPGEF, pela grande contribuição ao nordeste brasileiro.

A minha segunda mãe, Prof<sup>a</sup> Maria de Fátima da Silva Duarte, pelo acolhimento, confiança, amizade e lição de vida.

Aos professores e amigos João Paulo, Luiz Paulo, Luiz Vinícius, Rodrigo, Robson, Fabrício, Adilson, Lucas e Felipe pela colaboração nos momentos da pesquisa, principalmente durante a coleta dos dados.

À Mauro, Simone, Gabriel e Rafaella e seus familiares pelo acolhimento em Recife e contribuição na construção deste trabalho.

Ao Grupo do GPES pelo apoio e amizade.

Ao Mestre Lucas pelo apoio constante durante todo o processo da tese.

Aos diretores das unidades de ensino pesquisadas pelo apoio e compreensão da pesquisa.

Aos discentes que colaboraram de forma efetiva na construção desse trabalho.

Aos colegas da turma 2009 pelos debates e pela amizade construída.

Aos professores da banca: Dra Vânia Fonseca, Dr. Douglas Roque de Andrade, Dra Aline Rodrigues Barbosa e Rosane Carla Rosendo da Silva pelas contribuições dadas.

Aos amigos do Loafis por todo o apoio dado nos momentos difíceis.

À Secretaria de Estado da Educação.





“... E aprendi que se depende sempre  
De tanta, muita, diferente gente  
Toda pessoa sempre é as marcas  
Das lições diárias de outras tantas pessoas.

E é tão bonito quando a gente entende  
Que a gente é tanta gente onde quer que a gente vá  
E é tão bonito quando a gente sente  
Que nunca está sozinho por mais que pense  
estar...”

(Gonzaguinha, ano)



## RESUMO

O estudo objetivou Investigar relações entre condições de vida e condutas de risco à saúde em escolares residentes em áreas rurais e urbanas no estado de Sergipe. Para tanto, foi realizado um estudo de base escolar com delineamento transversal. A amostra foi composta por 3992 escolares, distribuídos em 39 Unidades de Ensino de 27 municípios do estado de Sergipe. As variáveis dependentes foram: nível de atividade física abaixo das recomendações, exposição ao comportamento sedentário, baixo consumo de frutas e de verduras, tabagismo, uso de drogas, consumo de álcool, estresse e envolvimento em brigas, sobrepeso/obesidade e autoavaliação da saúde. As variáveis independentes foram indicadores isolados e agregados de condições de vida e de saúde. Os resultados mostraram elevadas prevalências de condutas de risco à saúde, diferindo do local de residência. Os achados também mostraram relação de condutas de risco à saúde com os indicadores isolados e agregados de condições de vida. Assim, esse estudo conclui que, de uma maneira geral, condutas de risco à saúde podem ser explicadas por indicadores de condições de vida, isolados ou agregado, apresentando diferenças quanto ao local de residência. Tais achados revelaram a necessidade de políticas públicas ampliadas e diferenciadas para modificar condutas de saúde em adolescentes sergipanos residentes em áreas urbanas e rurais.

**Palavras-chave:** Condutas de risco à saúde; autoavaliação da saúde; atividade motora; Adolescentes; Sergipe.

## ABSTRACT

The study aimed to investigate relationships between living conditions and health risk behaviors in children living in rural and urban areas in the state of Sergipe. Therefore, a cross-sectional study of school-based. The sample consisted of 3992 students in 39 schools in 27 municipalities in the state of Sergipe. The dependent variables were physical activity level below the recommendations, exposure to sedentary behavior, low consumption of fruits and vegetables, smoking, drug use, alcohol consumption, stress and involvement in fights, overweight/obesity, and self-rated health. The independent variables were isolated and combined living conditions, and health. The results showed a high prevalence of health risk behaviors, differing from place of residence. The findings also showed a relationship to health risk behaviors with individual and aggregate indicators of living conditions. Thus, this study concludes that, in general, health risk behaviors can be explained by indicators of living conditions, singly or in aggregate, with differences as to the place of residence. These findings revealed the need for expanded and differentiated public policies to change health behaviors in Sergipe's adolescents living in urban and rural areas.

**Keywords:** health risk behavior, self-rated health; motor activity; Teens; Sergipe.

## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA</b>		<b>PÁGINAS</b>
Figura 1.	Territórios geográficos do estado de Sergipe, Brasil.....	34
Figura 2.	Prevalência de condutas de saúde segundo Índice de Condições de Vida e de Saúde.....	80

## LISTA DE QUADROS

<b>QUADROS</b>		<b>PÁGINAS</b>
Quadro 1.	Distribuição das unidades de ensino, por território e porte da escola.....	36
Quadro 2.	População e distribuição da amostra do estudo, de acordo com territórios, municípios e unidades de ensino.....	38
Quadro 3.	Variáveis do estudo (variáveis dependentes e variáveis independentes).....	41
Quadro 4.	Matriz analítica dos domínios, indicadores e categorias selecionados de Condições de Vida (CV).....	45

## Lista de Tabelas

<b>TABELAS</b>		<b>Páginas</b>
Tabela 1.	Prevalência e <i>Odds Ratio</i> limítrofes para associação estatísticas significativas, de acordo com o desfecho e por local de residência. Sergipe, Brasil, 2011.....	48
Tabela 2.	Características dos indicadores selecionados demográfico e educacional, por local de residência. Sergipe, Brasil, 2011.....	50
Tabela 3.	Características de indicadores selecionados de ambiente e habitação, por local de residência. Sergipe, Brasil, 2011.....	51
Tabela 4.	Características dos indicadores selecionados de condições de vida (demográfico, educação, trabalho e renda) segundo exposição ao comportamento sedentário (ECS) e nível de atividade física abaixo da recomendação (NAFAR), por local de residência. Sergipe, Brasil, 2011.....	53
Tabela 5.	Análises de regressão logística bruta da associação entre indicadores selecionados de condições de vida, nível de atividade física abaixo da recomendação (NAFAR) e exposição ao comportamento sedentário (ECS) segundo local de residência. Sergipe, Brasil, 2011.....	60
Tabela 6.	Análises de regressão logística ajustada da associação entre indicadores selecionados de condições de vida e a exposição ao comportamento sedentário (ECS) e nível de atividade física abaixo da recomendação (NAFAR), segundo local de residência. Sergipe, Brasil, 2011.....	66
Tabela 7.	Características demográficas, educacionais, trabalho e renda, ambiente e habitação e acesso a serviços de saúde de escolares sergipanos - Brasil, 2011.....	76

Tabela 8.	Análises de regressão Poisson bruta da associação entre domínios de condições de vida e condutas de saúde em adolescentes residentes em área urbana. Sergipe, Brasil, 2011.....	85
Tabela 9.	Análises de regressão Poisson ajustada da associação entre domínios de condições de vida e condutas de saúde em adolescentes residentes em área urbana. Sergipe, Brasil, 2011.....	86
Tabela 10.	Análises de regressão Poisson bruta da associação entre domínios de condições de vida e condutas de saúde em adolescentes residentes em área rural. Sergipe, Brasil, 2011.....	87
Tabela 11.	Análises de regressão Poisson ajustada da associação entre domínios de condições de vida e condutas de saúde em adolescentes residentes em área rural. Sergipe, Brasil, 2011.....	88
Tabela 12.	Características sociodemográficas e de condutas de risco à saúde em adolescentes com sobrepeso/obesidade (SO), por local de residência. Sergipe, Brasil, 2011.....	94
Tabela 13.	.. Análises de regressão logística bruta e ajustada da associação entre o desfecho SO e as variáveis explicativas NAFAR, ECS, consumo de frutas e consumo de verduras em adolescentes, segundo local de residência. Sergipe, Brasil, 2011.....	96
Tabela 14.	Características sociodemográficas segundo autoavaliação negativa da saúde (ANS) de adolescentes. Sergipe, Brasil, 2011	103
Tabela 15.	Análises de regressão de Poisson bruta e ajustada da associação entre domínios de condições de vida (CV) e autoavaliação negativa da saúde (ANS) em adolescentes, segundo local de residência. Sergipe, Brasil, 2011	107



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DANT -	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
IDH -	Índice de Desenvolvimento Humano
CRS -	Condutas de Risco à Saúde
NAFAR -	Nível de atividade física abaixo das recomendações
ECS -	Exposição ao comportamento sedentário
<i>Estudo-CRiSES</i> -	Condutas de Risco à Saúde em Escolares de Sergipe, Brasil
<i>GPEFiS</i> -	Grupo de Pesquisa em Educação Física e Saúde
IFS -	Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Sergipe
LOAFIS -	Laboratório de Atividade Física e Saúde
SO -	Sobrepeso/obesidade
ANS -	Autoavaliação negativa da saúde
CEP/UFS -	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe
IMC -	Índice de Massa Corporal
BCF -	Baixo Consumo de Frutas
BCV -	Baixo Consumo de Frutas
ICV -	Índice de Condições de Vida
ICVS -	Índice de Condições de Vida e de saúde
PCV -	Pesquisa de Condições de Vida
COMPAC -	Comportamento de Risco à Saúde de Adolescentes Catarinenses
PENSE -	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
GSHS -	Global Student Health Survey
SM -	Salário Mínimo
EF -	Ensino Fundamental
EM -	Ensino Médio

## SUMÁRIO

<b>SUMÁRIO .....</b>	<b>42</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>19</b>
1.1 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA: .....	19
1.2 JUSTIFICATIVA: .....	21
1.3 OBJETIVOS .....	22
<b>1.3.1 Objetivo Geral .....</b>	<b>22</b>
<b>1.3.2 Objetivos Específicos .....</b>	<b>22</b>
1.4 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO .....	23
1.5 DEFINIÇÃO DE TERMOS .....	23
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>25</b>
2.1 INDICADORES SELECIONADOS DE CONDIÇÕES DE VIDA, NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA ABAIXO DAS RECOMENDAÇÕES INTERNACIONAIS E EXPOSIÇÃO AO COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO. ....	25
2.2 CONDUTAS DE SAÚDE E ÍNDICE DE CONDIÇÕES DE VIDA EM ADOLESCENTES RESIDENTES EM ÁREAS URBANAS E RURAIS .....	27
2.3 HÁBITOS ALIMENTARES, ATIVIDADE FÍSICA, EXPOSIÇÃO AO COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO E OBESIDADE EM ADOLESCENTES, SEGUNDO ÁREAS URBANAS E ÁREAS RURAIS... ..	28
2.4 AUTOAVALIAÇÃO DA SAÚDE E ÍNDICE DE CONDIÇÕES DE VIDA E DE SAÚDE EM ADOLESCENTES. ....	30
<b>3. MATERIAS E MÉTODOS .....</b>	<b>33</b>
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO: .....	33
3.2 CAMPO DE PESQUISA: .....	33
3.3 PLANEJAMENTO AMOSTRAL .....	35
<b>3.3.1 População e Amostra: .....</b>	<b>35</b>
<b>3.3.2 Seleção da amostra: .....</b>	<b>36</b>
<b>3.3.3 Critérios de Inclusão e Aspectos Éticos: .....</b>	<b>40</b>
<b>3.3.4 Instrumentação e Coleta de Dados: .....</b>	<b>40</b>

<b>3.3.5 Construção dos Domínios de Condições de Vida e do Índice de Condições de Vida e Saúde</b> .....	<b>42</b>
<b>3.3.6 Tabulação e Análise dos Dados:</b> .....	<b>47</b>
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>49</b>
4.1 RESULTADOS GERAIS .....	49
4.2 INDICADORES SELECIONADOS DE CONDIÇÕES DE VIDA, INATIVIDADE FÍSICA E EXPOSIÇÃO AO COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO EM ADOLESCENTES, SERGIPE, BRASIL.....	52
4.3 CONDUTAS DE SAÚDE E ÍNDICE DE CONDIÇÕES DE VIDA EM ADOLESCENTES RESIDENTES EM ÁREAS URBANAS E RURAIS. SERGIPE, BRASIL, 2011 .....	75
4.4 HÁBITOS ALIMENTARES, ATIVIDADE FÍSICA, COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO E OBESIDADE EM ADOLESCENTES. SERGIPE, BRASIL. ....	92
4.5 AUTOAVALIAÇÃO DA SAÚDE EM ADOLESCENTES. SERGIPE, BRASIL .....	102
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS (Principais Achados do Estudo, Limitações do Estudo, Sugestões para Outros Estudos)</b> .....	<b>113</b>
5.1 PRINCIPAIS ACHADOS DO ESTUDO .....	113
5.2 LIMITAÇÕES DO ESTUDO .....	113
5.3 RECOMENDAÇÕES .....	114
<b>6. CONCLUSÕES</b> .....	<b>115</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>117</b>
ANEXO A –Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres os.....	134
ANEXO B – Questionário .....	135



## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA:

O processo de industrialização foi um marco fundamental no desenvolvimento de diversas comunidades. Não há dúvida de que a mecanização, a automação e a informatização modificaram os padrões de morbidade e mortalidade nas últimas décadas, fato que tem preocupado diversos profissionais da área da saúde pública no que tange ao aumento constante, e cada vez mais precoce, das doenças e agravos não transmissíveis (DANT), sobrepondo as causas decorrentes das doenças infecciosas e parasitárias (PEREIRA, 2003; BARRETO e CARMO, 2006). Tais características apontam para melhorias significativas nas condições de vida e de saúde na população brasileira, como, por exemplo, aumento significativo na expectativa de vida. Entretanto, parece que estas melhorias não ocorreram de forma homogênea em todos os territórios geográficos e áreas urbanas e rurais do Brasil (BARRETO e CARMO, 2006; DUCHIADE, 1999).

Conforme documento publicado pela Organização Pan-americana de Saúde, 80% das DANT ocorrem em países de baixa e média renda, existindo forte relação direta dessas doenças com a pobreza (OPAS, 2005). Não obstante a esta situação, há evidências que a população brasileira, principalmente na região Nordeste, passa por forte transição nutricional, sendo constatada queda na prevalência de baixo peso e aumento do sobrepeso/obesidade, apesar do elevado déficit nutricional (BATISTA FILHO e RISSIN, 2003).

O estado de Sergipe parece seguir o mesmo caminho, onde se verifica que as doenças cardiocirculatórias, em 2005, responderam por 29,8% e as neoplasias por 13% das causas de óbitos (DATASUS, 2008). Além disso, apresenta diferenças significativas entre os seus territórios geográficos e, mais ainda, entre áreas urbanas e rurais, quanto aos aspectos econômicos, tipo de trabalho, taxa de analfabetismo, renda *per capita*, saneamento

básico e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (IBGE, 2008).

Considerando os aspectos social, cultural, econômico e demográfico, constatados entre os territórios geográficos sergipanos e suas áreas rurais e urbanas, observa-se a necessidade de analisar e compreender as condições de vida e de saúde que se apresentam, muitas vezes, de forma complexa e paradoxal. O novo contexto do Brasil impulsionou alterações rápidas em condutas de risco à saúde entre pessoas adultas, como elevada prevalência do sedentarismo (MASSON et al. 2005; BARETTA et al., 2007; PITANGA e LESSA, 2005), incorporação de hábitos alimentares industrializados e pouco saudáveis, incremento excessivo do estresse e da ansiedade na vida diária, juntamente com o abuso de drogas lícitas e ilícitas, dentre outros, contribuindo com o crescimento substancial das doenças crônicas. Ao mesmo tempo, ainda se percebe a persistência ou o reaparecimento de doenças infecciosas, a precariedade no sistema de saúde, baixo nível de escolaridade e diferenças nas condições de vida e de trabalho entre comunidades pertencentes às áreas urbanas e rurais (BARRETO e CARMO, 2006), podendo influenciar diretamente na adoção de condutas de saúde. Neste contexto, a identificação da prevalência e determinantes de níveis insuficientes de atividade física e de outros fatores comportamentais associados a subgrupos pertencentes às áreas rurais e urbanas pode direcionar estratégias efetivas que visem modificar as condições de vida de uma população.

Pesquisas realizadas com adultos em diversos países destacaram forte associação inversamente proporcional da adoção de condutas negativas à saúde sobre a morbimortalidade em geral, por doenças cardíacas, por acidente vascular cerebral, por câncer e por diabetes tipo 2 (PATRICK et al., 2004; US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2008). Evidências mostraram haver continuidade (*tracking*) em condutas de risco à saúde adotadas na infância e na adolescência para a vida adulta (AZEVEDO et al, 2007; BIBBINS-DOMINGO et al., 2007). Na mesma direção, pesquisas indicam que sobrepeso na infância (BAKER et al, 2007) e na adolescência

(BIBBINS-DOMINGO et al., 2007) pode ser projetado como causa de problemas cardiovasculares em idades mais avançadas.

Outro fato preocupante entre jovens, refere-se a elevada prevalência de fatores de risco para as doenças cardiocirculatórias, como etilismo, (FARIAS JÚNIOR, 2002), hipertensão, obesidade, hábito de fumar e sedentarismo, mostrando uma associação elevada entre pais e filhos (MENDES et al., 2006). Além disso, estudos apontam para a forte associação entre várias condutas de risco à saúde neste grupo populacional (PATE et al., 1996; FARIAS JÚNIOR et al., 2007).

## 1.2 JUSTIFICATIVA:

No estado de Sergipe pesquisas desta natureza se justificam por não se conhecer investigações com adolescentes que considerem amostras representativas em todo o estado (SILVA e SILVA, 2008; SILVA, SMITH-MENEZES, GOMES e SOUSA, 2010; LIMA, FONSECA e GUEDES, 2010), de acordo com as características de seus territórios geográficos e suas áreas urbanas e rurais. Além disso, as características culturais, econômicas, políticas e nutricionais dos oito territórios sergipanos também parecem justificar a possibilidade de desfechos diferenciados de outros estados brasileiros. Sendo assim, observa-se a necessidade de realizar pesquisas em face de informações detalhadas sobre determinantes do nível de atividade física, exposição ao comportamento sedentário e de outras condutas de risco à saúde a partir das condições de vida da população, especialmente entre adolescentes com diferentes níveis socioeconômicos, renda familiar, tipo e propriedade de moradia, tipo de trabalho, nível de escolaridade do chefe da família e outros indicadores de condições de vida e de saúde no âmbito de áreas rurais e urbanas.

## 1.3 OBJETIVOS

### 1.3.1 Objetivo Geral

Investigar relações entre condições de vida e condutas de risco à saúde (CRS) em adolescentes residentes em áreas rurais e urbanas no estado de Sergipe.

### 1.3.2 Objetivos Específicos

- a) Verificar a prevalência do nível de atividade física abaixo das recomendações (NAFAR) e da exposição ao comportamento sedentário (ECS) associados a indicadores isolados de condições de vida em residentes de áreas urbanas e áreas rurais;
- b) Identificar a relação entre condutas de risco à saúde e *quartis* do índice de condições de vida em residentes de áreas urbanas e áreas rurais;
- c) Verificar a associação do NAFAR e ECS combinados, bem como, de hábitos alimentares com o obesidade/sobrepeso em residentes de áreas urbanas e áreas rurais;
- d) Verificar a associação entre a autoavaliação da saúde e o índice de condições de vida em residentes de áreas urbanas e áreas rurais;



#### 1.4 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

Esta pesquisa faz parte do projeto “Condutas de Risco à Saúde em Escolares de Sergipe, Brasil (*Estudo-CRiSES*)”, desenvolvido pelo *Grupo de Pesquisa em Educação Física e Saúde (GPEFiS)* do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Sergipe e do Laboratório de Atividade Física e Saúde do Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina. Foi desenvolvido um estudo com delineamento transversal, envolvendo escolares do Ensino Médio da Rede Estadual de Ensino de Sergipe com idades de 14 a 19 anos.

#### 1.5 DEFINIÇÃO DE TERMOS

**Território:** Agregados de municípios com características semelhantes quanto a 15 variáveis e 79 indicadores distribuídos nas seguintes dimensões: econômico-produtiva, social, político institucional, sociocultural e ambiental (Secretaria de Estado do Planejamento, 2009);

**Residências em Áreas Urbana:** Representa residências localizadas na sede dos municípios sergipanos;

**Residências em Área Rural:** Representa residências localizadas nos distritos (povoados) dos municípios sergipanos;



## 2. REVISÃO DE LITERATURA

Serão apresentadas breves revisões da literatura buscando justificar a necessidade de estudos que considerem variáveis explicativas agregadas quanto aos aspectos educacionais, trabalho e renda, ambiente e habitação e oferta e acesso aos serviços de saúde na população de adolescentes. Tais aspectos serão ordenados de acordo com os objetivos do estudo.

### 2.1 INDICADORES SELECIONADOS DE CONDIÇÕES DE VIDA, NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA ABAIXO DAS RECOMENDAÇÕES INTERNACIONAIS E EXPOSIÇÃO AO COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO.

Os benefícios da atividade física à saúde de jovens estão bem documentados na literatura (JANSSEN et al., 2010, U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2008). Apesar disto, verificam-se prevalências de inatividade física superior a 50% da população de adolescentes em vários países (HAMAR et al., 2009; AL-HAZZAA et al., 2011), com maior ênfase nas moças (AL-HAZZAA et al., 2011) e em jovens com maior idade (CESCHINI et al., 2009). Evidências apontam para níveis de atividades físicas abaixo de recomendações internacionais (NAFAR) adotados na infância e adolescência possivelmente serem transferido para a vida adulta (AZEVEDO et al., 2007). Na mesma direção, pesquisas indicam que sobrepeso na infância (BAKER et al., 2007) e na adolescência (BIBBINS-DOMINGO et al., 2007) pode ser projetado como causa de problemas cardiovasculares em idades mais avançadas. Além disso, estudo longitudinal encontrou decréscimo dos níveis de atividade física com o aumento da idade na adolescência e na idade adulta (GORDON-LARSEN et al., 2004) com redução mais proeminente entre as moças (BRODERSEN et al., 2007).

De forma similar, a exposição a comportamento sedentário (ECS) apresenta elevada prevalência (PATE et al., 2011), principalmente nos rapazes quando comparado a moças

(SAMDAL et al., 2006) e nas idades mais avançadas (PATE et al., 2011; PATRIARCA et al., 2009). A ECS está diretamente associada com sobrepeso/obesidade (PATRICK et al., 2004). Recente estudo de revisão sistemática revelou forte relação dose-resposta entre a ECS e vários problemas de saúde e que redução na ECS diminui a média de sobrepeso/obesidade (TREMBLAY et al., 2011) em adolescentes. Estudo longitudinal evidenciou aumento do ECS com a idade (BRODERSEN et al., 2007), podendo ser explicado por características físicas e/ou de personalidade no grupo de adolescentes (UIJTDEWILLIGEN et al., 2011).

Algumas investigações apontam a distinção entre estas condutas de saúde (NAFAR e ECS), não a considerando como opostas, mas como comportamentos independentes (TAVERAS et al., 2007). Em estudo conduzido com diferentes países da Europa e da América do Norte mostrou que reduzir a ECS não significa elevar os níveis de atividade física em todos os países (MELKEVIK et al., 2010). No Brasil poucos estudos foram publicados considerando essas duas condutas de saúde (TENÓRIO et al., 2010) e nenhum, até onde se sabe, mostrou associação deles com indicadores selecionados de condições de vida.

Considerando os aspectos social, cultural, econômico e demográfico, constatados entre as áreas rurais e urbanas, observa-se a necessidade de analisar e compreender a associação de indicadores de condições de vida com o NAFAR e ECS que se apresentam, muitas vezes, de forma complexa e paradoxal. No Brasil não se tem conhecimento de pesquisa dessa natureza que considerou como foco de análise áreas urbanas e rurais com adolescentes. Por outro lado, pesquisas conduzidas em outros países mostraram que adolescentes residentes em áreas rurais são menos ativos (MACHADO-RODRIGUES et al., 2012; AL-NUAIM et al., 2012), apresentam maior sobrepeso/obesidade (BRUNER et al., 2008) e tabagismo (PLOTNIKOFF et al., 2004) quando comparado com residentes em áreas urbanas.

Neste contexto, a identificação da prevalência e determinantes de NAFAR e ECS em subgrupos pertencentes às

áreas rurais e urbanas pode direcionar estratégias efetivas de promoção da saúde. Portanto, o referido estudo buscou verificar, em amostra representativa, a prevalência e indicadores selecionados de condições de vida associados ao NAFAR e ECS em escolares do Ensino Médio da Rede Estadual de Ensino no estado de Sergipe.

## 2.2 CONDUTAS DE SAÚDE E ÍNDICE DE CONDIÇÕES DE VIDA EM ADOLESCENTES RESIDENTES EM ÁREAS URBANAS E RURAIS

Publicações com análises globais mostram o impacto negativo da desigualdade de renda dos países e da distribuição de suas riquezas com a saúde da população e com a mortalidade (BIGGS et al., 2010), sendo mais evidente em adolescentes e adultos jovens no mundo (DORLING et al., 2011). De forma similar, investigações vêm demonstrando que as desigualdades em indicadores socioeconômicos estão diretamente associadas ao aumento da mortalidade, autoavaliação negativa da saúde (MACKENBACH et al., 2008), derrame (KUNST et al., 1998) em adultos e idosos e a mortalidade na infância (HOUWELING, KUNST, 2010). Semelhantemente, a literatura mostra que a desigualdade em condutas de risco à saúde é diferente entre grupos de jovens com variação na posição socioeconômica (SALONNA et al., 2008; MELOTTI et al., 2011).

Parece então que condutas de risco podem aumentar a possibilidade de danos na saúde de adolescentes, podendo ser projetados para a vida adulta. Exposição ao comportamento sedentário (ECS) por mais de 2 h/dia está associada à baixa de saúde física e mental (TREMBLAY et al., 2011). Da mesma forma, estudos destacam que adolescentes devem atingir, no mínimo, 60 minutos diários em práticas de atividades físicas, de moderada a vigorosa (JANSSEN et al., 2010). O nível de atividade física abaixo das recomendações internacionais (NAFAR) pode proporcionar sérios prejuízos à saúde desse subgrupo populacional.

Revisão sistemática mostrou a associação do baixo status socioeconômico com hábitos alimentares pouco saudáveis, níveis insuficientes de atividades físicas e maior exposição ao cigarro, enquanto que, o consumo de álcool e uso de drogas ilícitas, não mostraram clara associação durante a adolescência (HANSON, CHEN, 2007). Apesar disto, estudo longitudinal conduzido com adolescentes evidenciou mudanças no consumo de álcool e no uso de drogas em rapazes e de baixo nível de atividades físicas em moças conforme posição socioeconômica (SALONNA et al., 2008). O consumo de álcool parece estar relacionado a maior renda familiar e ao menor nível educacional materno, enquanto que o tabagismo esteve diretamente associado ao menor *status* socioeconômico (MELOTTI et al., 2011). O consumo alimentar com elevado teor calórico também está diretamente associado à posição socioeconômica e a área urbana entre adolescentes (SHI et al., 2005; ZABORSKIS et al., 2012). Tais características apontam possibilidades de melhorias significativas na saúde de adolescentes com mudanças em prováveis indicadores individuais de condição socioeconômica. Entretanto, não se encontrou estudos que agregassem variáveis de condições de vida associadas à adoção de condutas de risco à saúde em adolescentes residentes em áreas rurais e urbanas. Por este motivo, o referido estudo buscou identificar a relação entre índice de condições de vida e de saúde com nove condutas de risco à saúde em escolares do Ensino Médio da Rede Estadual de Ensino.

### 2.3 HÁBITOS ALIMENTARES, ATIVIDADE FÍSICA, EXPOSIÇÃO AO COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO E OBESIDADE EM ADOLESCENTES, SEGUNDO ÁREAS URBANAS E ÁREAS RURAIS.

O sobrepeso/obesidade (SO) na adolescência é um grande problema de saúde pública em vários países (JANSSEN et al., 2005), sendo que alguns estudos mostram maior prevalência em residentes de áreas rurais (BERG et al., 2001; REED et al., 2011; BRUNER et al., 2008; LIU et al., 2008) e outros nos de áreas urbanas (XU et al., 2008). Essa morbidade está diretamente

associada ao aumento no risco da pressão arterial elevada (FLORES-HUERTA et al., 2009) e marcadores da síndrome metabólica (NASREDDINE et al., 2012) nesse subgrupo populacional. Além disso, Investigações revelaram que o SO pode persistir da adolescência para a idade adulta (LEE et al., 2011) e que SO na infância (BAKER et al., 2007) e na adolescência (BIBBINS-DOMINGO et al., 2007) pode ser projetado como causa de problemas cardiovasculares, alguns tipos de neoplasias (LEIBA et al., 2012; LEVI et al., 2011; LEVI et al., 2012) e resistência a insulina (STEINBERGER et al., 2001) em idades mais avançadas. Tais evidências apontam para forte preocupação dos setores de saúde quanto ao combate do SO em idades cada vez mais precoces.

Investigações mostram que a exposição ao comportamento sedentário (ECS), nível de atividade física abaixo das recomendações Internacionais (NAFAR) e maus hábitos alimentares estão diretamente associados ao SO (PEART et al., 2011). Além disso, a idade, assistir TV, nível de urbanização, e percepção de peso corporal também foram identificados como preditores de SO (ISMAILOV et al., 2010). Jovens com peso normal mostraram-se mais ativos que adolescentes com SO (AL-NUAIM et al., 2012). Adolescentes de áreas urbanas apresentaram-se menos ativos em relação aos de áreas rurais (LIU et al., 2008). Estudo conduzido por 4 anos realizado nos EUA mostrou que assistir TV por mais de 5 h/dia está diretamente associado ao SO (GORTMAKER et al., 1996). Em adultos, o baixo consumo de frutas e verduras mostrou-se inversamente associado ao SO (HEO et al., 2011). Da mesma forma, parece haver forte relação entre os maus hábitos alimentares, principalmente, o baixo consumo de frutas e verduras, com a ECS (PEARSON et al., 2011) e NAFAR (HEO et al., 2011).

Apesar do aumento na quantidade de pesquisa realizada com adolescentes brasileiros, não se conhece investigação com abrangência estadual que relacionou NAFAR, ECS, baixo consumo de refrigerantes, de frutas e de verduras de forma individual ou combinados associados ao sobrepeso/obesidade. Assim, o referido estudo buscou verificar, em amostra

representativa, a associação de hábitos alimentares, NAFAR e ECS com o sobrepeso e obesidade em escolares do Ensino Médio da Rede Estadual de Ensino no Estado de Sergipe.

#### 2.4 AUTOAVALIAÇÃO DA SAÚDE E ÍNDICE DE CONDIÇÕES DE VIDA E DE SAÚDE EM ADOLESCENTES.

A análise da autoavaliação da saúde é bastante complexa, entretanto, tem sido evidenciada como um indicador importante para queixas psicossomáticas (MIKOLAJCZYK et al., 2008), dormir mal (GEIGER et al., 2012), mortalidade em geral (GUIMARÃES et al., 2012) e em pessoas com diabetes (WENBERG et al., 2012), sendo diferente entre os gêneros (NISHI et al., 2012) e podendo ser potencializada quando combinada a baixos níveis de aptidão física níveis de aptidão física (GANDER et al., 2011). Apesar dessas evidências, poucas pesquisas foram realizadas no Brasil sobre autoavaliação negativa da saúde (ANS) com adolescentes.

De maneira similar, a ANS está relacionada alguns fatores demográficos, socioeconômicos isolados e outros relacionados ao estilo de vida em industriários (FONSECA et al., 2008; HÖFELMANN et al., 2007), adultos (SÖDERGREN et al., 2008; MOLARIUS et al., 2006) e em idosos (TAKKINEN et al., 2001), podendo determinar uma percepção positiva ou negativa o que contribui para o desenvolvimento de futuras intervenções em diversos subgrupos populacionais (DACHS et al., 2006). Além disso, a ANS está associada à maior frequência de doenças crônicas (BARRETO et al., 2009), fumar mais de 20 cigarros/dia, níveis insuficientes de atividades físicas (ALRICSSON et al., 2006; ABOLFOTOUH et al., 2007), apresentar baixo peso ou obesidade (BARROS et al., 2006), ser do sexo feminino, ter idade avançada, ter baixo nível educacional e saúde debilitada (DARVIRI et al., 2012).

Desse modo, acredita-se que diferentes fatores agregados podem potencializar ainda mais o bem-estar de pessoas, reforçando a necessidade de realizar pesquisas que mostrem esta



relação. No Brasil, nota-se a inexistência de estudos sobre a associação de fatores agregados de condições de vida e de saúde com a ANS em jovens. Assim, o referido estudo buscou verificar, em amostra representativa, a associação de índice de condições de vida e de saúde com a ANS em escolares do Ensino Médio da Rede Estadual de Ensino do Estado de Sergipe.



### 3. MATERIAS E MÉTODOS

#### 3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO:

Foi realizada uma pesquisa de base escolar caracterizada como epidemiológica, com delineamento transversal, em adolescentes estudantes do ensino médio, residentes em áreas rurais e urbanas, no estado de Sergipe, Brasil.

#### 3.2 CAMPO DE PESQUISA:

De acordo com informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2010, o estado de Sergipe, localizado na região nordeste do Brasil, apresenta uma área da unidade territorial de 21.910,348 km<sup>2</sup>, com população total de 2.068.031 pessoas, sendo 233.119 adolescentes (13-19 anos) (IBGE, 2010). O Estado é composto por 75 municípios, sendo dividido geograficamente, pela Secretaria de Estado do Planejamento, em oito territórios (figura 1).

Cada município, dentro de um mesmo território sergipano, apresenta características semelhantes quanto a 15 variáveis e 79 indicadores distribuídos nas seguintes dimensões: econômico-produtiva, social, político institucional, sociocultural e ambiental. A política de construção dos territórios sergipanos foi desenvolvida pela Secretaria Estadual de Planejamento, no período de 6 de fevereiro de 2007 a 27 de agosto de 2009, com ampla participação popular e de professores de Instituições de Ensino Superior.

Além disso, ações governamentais direcionam os estudantes do ensino médio da área rural para estudar na sede da cidade (área urbana). Da mesma forma, a semelhança na proposta pedagógica e na organização, quanto ao nível de ensino, dentro de cada território são visíveis, reduzindo possibilidades de viés de seleção em virtude da proximidade de algumas características da amostra (PEREIRA, 2003). Por esses motivos, acredita-se que a seleção aleatória dos municípios, bem como, das unidades de ensino, nos conglomerados (territórios) representem claramente o

subgrupo de escolares sergipanos. Neste contexto, para a seleção da amostra, a proporcionalidade por território, porte da unidade de ensino, série e turno justifica a metodologia a ser utilizada.

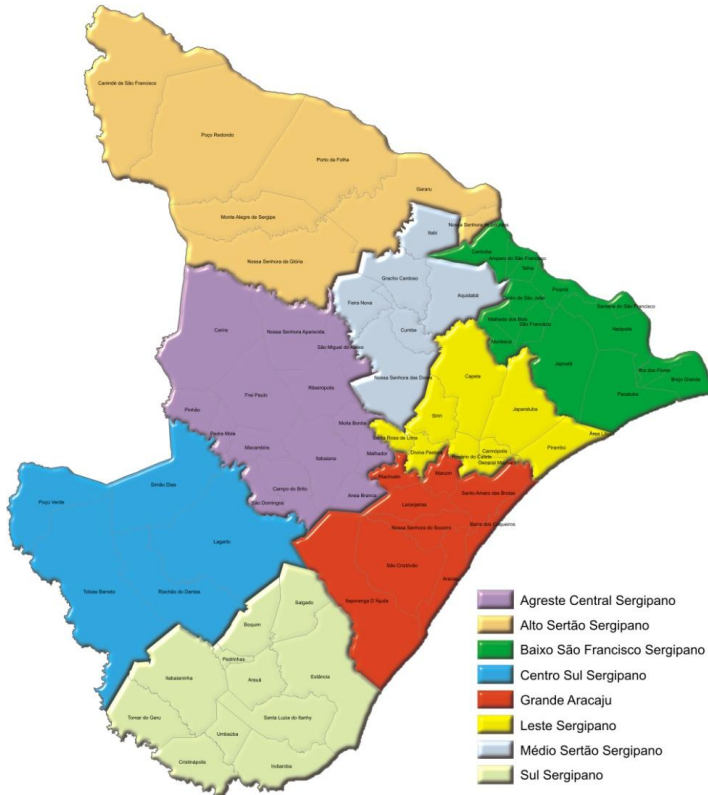


Figura 1. Territórios Geográficos do estado de Sergipe, Brasil.  
Fonte: SEPLAN/SE (2008).

### 3.3 PLANEJAMENTO AMOSTRAL

#### 3.3.1 População e Amostra:

A população alvo do estudo foi composta por escolares de 14 a 19 anos de idade da rede estadual de ensino, nos turnos diurno e noturno. De acordo com dados disponíveis na Secretaria de Estado da Educação (2010), a matrícula do ensino médio, realizada em 2010, foi de 58.301 alunos em toda a Rede Estadual de Ensino, distribuídos em 155 unidades de ensino (Quadro 1). Entretanto, considerando que as escolas de ensino médio apenas estão localizadas nas sedes dos municípios e os gestores municipais disponibilizam transporte para que os alunos da área rural se desloquem para a área urbana (sede do município), torna mais viável a coleta das informações dos jovens de ambas as áreas (urbana e rural). Para compor a amostra da pesquisa foram sorteadas, inicialmente, as unidades de ensino, por porte de alunos, distribuídas nos municípios de cada território. Em seguida, sortearam-se as turmas (considerando 25 alunos/turma), por série e turno que seriam utilizadas para a coleta das informações. Para o cálculo deste planejamento amostral da pesquisa foi utilizado o processo de amostragem complexa disponível no software do SPSS versão 15.0.

Quadro 1.

Distribuição das unidades de ensino, por território e porte da escola.

Território	Quantidade de Municípios	Porte da unidade de ensino (alunos)		
		< 200	200-499	500 ou +
Agreste Central	12	4	13	2
Alto Sertão	7	10	5	2
Baixo São Francisco	13	12	7	0
Centro Sul	5	2	1	8
Grande Aracaju	9	15	25	13
Leste Sergipano	9	4	5	1
Médio Sertão	6	5	2	1
Sul Sergipano	11	0	15	2
Outros*	03	-	-	-

\*Municípios que não têm unidades de ensino médio.

Em virtude dos vários desfechos a serem investigados (condutas de risco à saúde, autoavaliação negativa da saúde e sobrepeso/obesidade), na estimativa do tamanho amostral na análise da prevalência para cada território, foi considerado o tamanho da população do território, a prevalência estimada em 50% como a maior esperada, o intervalo de confiança em 95%, o erro tolerável da amostragem em cinco pontos percentuais e, por se tratar de um processo amostral por conglomerado, multiplicou-se o tamanho amostral por 1,5 em função da correção do efeito do desenho ( $d_{eff}=1,5$ ), estimando a necessidade de estudantes, para cada território (StatCalc. Epiinfo). Para não perder a representatividade amostral, foram acrescentados 20 % de escolares devido a vários motivos, como: recusa dos participantes, idade maior ou menor do que a estabelecida nesse estudo, não responder a questões importantes como sexo e idade, dentre outros. Desse modo, para compor a amostra em cada território serão necessárias as quantidades mínimas de escolares apresentados no quadro 2.

Para a análise de associação foi considerado, além das informações descritas anteriormente, poder estatístico de 80% e *Odds Ratio* (OR) de 1,2, sendo necessária uma amostra mínima de 3.876 adolescentes para todo o Estado (quadro 2).

### **3.3.2 Seleção da amostra:**

Para seleção da amostra, recorreu-se ao processo de amostragem por conglomerado utilizando dois estágios:

1. Considerando a amostra mínima necessária (quadro 1) para o estudo, realizou-se o processo de amostragem estratificada proporcional ao território (conglomerado) e porte da escola (1 = até 199 alunos; 2 = 200-499 alunos; 3 = 500+ alunos). Desse modo, para que todos os territórios fossem contemplados representativamente com os três portes dos colégios, estabeleceu-se como critério o sorteio de 25% das unidades de ensino do

Estado (155 unidades de ensino), totalizando 39 colégios distribuídos em 27 municípios (Quadro 2).

2. Selecionaram-se as turmas, de acordo com a série e o turno de estudo (diurno e noturno), mediante a utilização do processo aleatório simples considerando 25 alunos por turma (Quadro 2).

Quadro 2.

População e distribuição da amostra do estudo, de acordo com territórios, municípios e unidades de ensino.

Território	N	n para P	n para Ass.	% N	Território			
							Turmas	
					Municípios	Unidades de Ensino	D	No
Sul Sergipano	8312	551	554	14,3	Estância	CE Prof. Gilson Amado	3	3
					Estância	CE Gumercindo Bessa	4	4
					Umbaúba	CE Benedito B. do Nascimento	3	3
					Salgado	CE Dep. Joaldo Vieira Barbosa	3	3
Centro Sul	7329	548	488	12,6	Lagarto	CE Silvio Romero	4	3
					Simão Dias	CE Dr. Milton Dortas	5	3
					Simão Dias	CE Sen. Lourival Batista	3	-
					Riachão do Dantas	CE José Lopes de Almeida	3	3
Agreste Central	6308	543	419	10,8	Itabaiana	CE Dr. Augusto César Leite	3	3
					Itabaiana	CE Murilo Braga	5	2
					São Miguel	EE Miguel das Graças	1	3
					N Sra Aparecida	EE João Salonio	3	3
Leste Sergipano	3062	512	205	5,3	Japarutuba	CE José de Matos Teles	3	3
					Capela	CE Edélzio Vieira de Melo	3	3
					Divina Pastora	CE Dr. João de Melo Prado	3	3
					Siriri	CE Cel José J. Barbosa	3	2
Médio Sertão	2153	489	143	3,7	N Sra das Dores Aquidabã	CE Prof. Fernando Azevedo EE Nações Unidas	3 3	3 3
Baixo São Francisco	3766	523	252	6,5	Neópolis	CE Gov. Manoel de Miranda	-	2
					Japoatã	CE Josino Menezes	3	3
					Propriá	CE Cel João Fernandes de Brito	3	3



Quadro 2.

População e distribuição da amostra do estudo, de acordo com territórios, municípios e unidades de ensino. (continuação).

Território	N	n para P	n para Ass.	% N	Território			
					Municípios		Turmas	
					Municípios	Unidades de Ensino	D	No
Grande Aracaju	23284	567	1547	39,9	Maruim	CE Dr. Alcides Pereira	2	3
					N Sra do Socorro	CAIC Jornalista Joel Silveira	2	-
					Santo Amaro das Brotas	CE Prof. Rogaciano M Leão Brasil	3	3
					São Cristovão	CE Prof. Hamilton Alves Rocha	3	3
					São Cristovão	CE Profª Glorita Portugal	3	3
					Aracaju	CE Sen. José Alves do Nascimento	2	-
					Aracaju	CE Gov. Albano Franco	3	-
					Aracaju	CE Leandro Maciel	3	3
					Aracaju	CE Min. Marco Maciel	4	3
					Aracaju	CE Tobias Barreto	3	3
Aracaju	CE Atheneu Sergipense	5	-					
Aracaju	EE Paulíno Nascimento	2	3					
Alto Sertão	4087	527	271	7,0	Porto da Folha	CE Prof. Clemência Alves da Silva	-	3
					Porto da Folha	CE Gov. Lourival Baptista	3	3
					Monte Alegre	CE 28 de Janeiro	3	3
					Gararu	CE Nelson R. de Albuquerque	2	3
					Canindé de S Franc	EE Dom Juvencio de Brito	3	3
					Canindé de S Franc	CE Delmiro de M. Britto	3	3
Total	58301	4260	3876	100,0	27	39	113	100

CE=Colégio Estadual; D=Diurno; No=Noturno; P=Prevalência; Ass.=Associação; n=amostra; N=população.

<sup>1</sup> Os valores apresentado neste quadro deverão ser transportados para cada ano em estudo no ensino médio.

### **3.3.3 Critérios de Inclusão e Aspectos Éticos:**

A participação dos escolares na pesquisa foi voluntária, adotando-se, além da utilização do termo negativo de consentimento os seguintes critérios de inclusão: estar regularmente matriculado nas turmas de 1<sup>o</sup> ao 3<sup>o</sup> ano do ensino médio das escolas selecionadas; estar presente no momento da aplicação do instrumento; preencher adequadamente o questionário distribuído, reduzindo, ao máximo, as não respostas; ter idade de 14 a 19 anos. Os diretores das escolas também assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido autorizando a participação das instituições na pesquisa. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (CEP/UFS), sob o número do protocolo N<sup>o</sup> CAAE – 2006.0.000.107-10.

### **3.3.4 Instrumentação e Coleta de Dados:**

A coleta dos dados foi realizada por professores de Educação Física, devidamente treinados quanto ao domínio das questões do instrumento, forma de aplicação, supervisão, análise dos questionários após a aplicação e mensuração das medidas. Os professores visitaram 27 municípios sergipanos, aplicaram o questionário e realizaram as medidas antropométricas (massa corporal, estatura e circunferência da cintura), conforme metodologia discutida e adotada no grupo de pesquisa. A média de tempo da aplicação do questionário foi de 45 minutos.

**Quadro 3.**

Variáveis dependentes do estudo.

<b>Variáveis Dependentes</b>	<b>Categoria</b>
NAFAR	0= $\geq$ 60 min./dia atividades físicas de moderada a vigorosa, em 5+ d/sem. 1= < 60 min./dia atividades físicas de moderada a vigorosa, em 5+ d/sem.
ECS	0= $\leq$ 2 h/dia 1= > 2 h/dia
BCF	0= “bom consumo” ( $\geq$ 2 porções/dia) 1= “baixo consumo” (< 2 porções/dia)
BCV	0= “bom consumo” ( $\geq$ 3 porções/dia) 1= “baixo consumo” (< 3 porções/dia)
Uso de Drogas	0= Não usou nos últimos 30 dias 1= Usou 1+ vezes nos últimos 30 dias
Consumo de Álcool	0= Não usou nos últimos 30 dias 1= Usou 1+ vezes nos últimos 30 dias
Tabagismo	0= Não usou nos últimos 30 dias 1= Usou 1+ vezes nos últimos 30 dias
Percepção do Estresse	0= “estresse negativo” ( <i>raramente estressado/às vezes estressado</i> ) 1= “estresse positivo” ( <i>quase sempre/sempre estressado</i> )
Envolvimento em Brigas	0= “não envolvido” (não se envolveu em brigas nos últimos 12 meses) 1= “envolvido” (1+ vezes nos últimos 12 meses)
Sobrepeso/Obesidade	Índice de Massa Corporal (Classificação de Cole et al)
Autoavaliação da Saúde	0= “Positiva” (Boa/Excelente) 1= “Negativa” (Regular/Ruim)

BCF= Baixo Consumo de Frutas; BCV= Baixo Consumo de Frutas; NAFAR= Nível de Atividades Físicas abaixo das Recomendações Internacionais; ECS= Exposição ao Comportamento Sedentário;

A proposta do referido trabalho foi, além de realizar a análise por variáveis de condições de vida isoladamente, construir

um índice para cada domínio e um índice geral. Sendo assim, as variáveis consideradas para o estudo foram apresentadas isoladamente e na forma de índice e indicadores: a) Índice de Condições de Vida – variáveis: demográficas, educacionais, trabalho e renda, meio ambiente e habitação, oferta e produção de serviços de saúde; b) Indicadores de Condutas de Saúde – variáveis: atividade física habitual, hábitos alimentares, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, comportamentos preventivos e Índice de Massa Corporal (Quadro 3).

Para a coleta de dados foi aplicado um questionário auto-administrado, construído com base em outros já validados (ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 1998; LUIZ et al., 2009; FUNDAÇÃO SEADE, 2006; NAHAS et al., 2005; PENSE, 2009; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009), composto por duas seções. A primeira referente às condições de vida (informações demográficas e educacionais, informações sobre trabalho e renda, informações sobre ambiente e habitação, informações sobre oferta e serviços de saúde); a segunda sobre condutas de saúde (consumo de álcool e uso de outras drogas, hábitos alimentares, higiene, sentimentos e relacionamentos, atividade física habitual, comportamentos na escola, comportamento sexual, tabagismo e violência). Além disso, também foram coletadas medidas de estatura (m) e massa corporal (kg) com o intuito de calcular o Índice de Massa Corporal (IMC) e o perímetro da cintura.

### **3.3.5 Construção dos Domínios de Condições de Vida e do Índice de Condições de Vida e Saúde**

A construção e seleção dos domínios e indicadores de condições de vida se basearam em adaptações de cinco instrumentos de pesquisa publicados, a saber: os domínios, o Índice de Condições de Vida (ICV) (ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 1998) e o Índice de Condições de Vida e de saúde (ICVS) (LUIZ et al., 2009); e as informações da Pesquisa de Condições de Vida (PCV) (FUNDAÇÃO SEADE, 2006), do Instrumento Comportamento

de Risco à Saúde de Adolescentes Catarinenses (COMPAC) (NAHAS et al., 2005), Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE, 2009) e da versão do *Global Student Health Survey* (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009) foram utilizados para agrupar os indicadores aos domínios.

As variáveis independentes consideradas para o estudo foram categorizadas em domínios (quadro 4): a. Domínio Educacional (defasagem escolar do adolescente, turno de estudo, reprovação, escolaridade materna e escolaridade paterna); b. Domínio Trabalho/Renda (situação ocupacional do escolar, trabalho do pai, trabalho da mãe, renda familiar mensal e principal fonte de renda familiar); c. Domínio Ambiente/Habitação (com quem reside, coleta de lixo, esgoto sanitário, água canalizada, energia elétrica, iluminação pública, pavimentação da rua, ocupação urbana e tipo de edificação); e d. Domínio Saúde (visita do agente comunitário de saúde, plano de saúde, procura de unidade básica de saúde, tipo de equipamento utilizado, uso da assistência em saúde e frequência ao dentista). Além disso, também foi calculado o índice de Condições de Vida e de Saúde.

Para construir cada domínio foram usados três passos (Quadro 4):

*Passo 1.* a identificação dos indicadores de condições de vida e distribuição nos domínios baseando-se em adaptações de seis referenciais, a saber: para os estabelecer Domínios, usaram-se como referência o ICV (ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 1998) e o ICVS (LUIZ et al., 2009); e, para agrupar os indicadores de condições de vida aos domínios foram utilizadas as informações da PCV (FUNDAÇÃO SEADE, 2006), do Instrumento COMPAC (NAHAS et al., 2005), da PENSE (PENSE, 2009) e da versão do *Global Student Health Survey* (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

*Passo 2.* Os valores de cada indicador foram transformados numa mesma escala (*Índice = (valor*

*observado para o indicador - pior valor) / (melhor valor - pior valor)), com variação de zero a um, para possibilitar a agregação das variáveis e posicionar os escolares no quartil de cada domínio (ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 1998): quanto mais próximo de “um” indica melhor condição no indicador e, quanto mais próximo de “zero”, a pior condição.*

*Passo 3.* A construção do índice sintético foi possível pelo agrupamento dos valores dentro de cada domínio (educação; trabalho/renda; ambiente/habitação; saúde). Em seguida, baseando-se na média dos índices dos domínios, construiu-se o ICVS. Para a análise dos domínios e do ICVS as variáveis foram transformadas em *quartis* (Q1 = pior condição e Q4 = melhor condição).

Quadro 4. Matriz analítica dos domínios, indicadores e categorias selecionados de Condições de Vida (CV).

Domínios selecionados	Indicadores selecionados	Categorias dos indicadores
Educação	Repetência do adolescente	Não=1; sim=0
	Escolaridade Paterna	Não estudou=0; não concluiu o ensino fundamental=1; concluiu o ensino fundamental=2; concluiu o ensino médio=3; Concluiu o ensino superior=4; Não sabia=5.
	Escolaridade Materna	Não estudou=0; não concluiu o ensino fundamental=1; concluiu o ensino fundamental=2; concluiu o ensino médio=3; Concluiu o ensino superior=4; Não sabia=5.
	Defasagem escolar do Adolescente	Aluno regular=0; 1 ano de atraso=1; 2 anos de atraso=2; 3 anos de atraso=3; 4 anos de atraso=4; 1 ano adiantado=5; 2 anos adiantado=6; 3 anos adiantado=7
	Turno de Estudo	Diurno=0; Noturno=1
Trabalho e Renda	Trabalho do pai	Não trabalha=1; Outro=2; Sem carteira assinada=3; Com carteira assinada=4; Por conta própria=5; setor público=6; Empregador/Patrão=7
	Situação Ocupacional do Escolar	Não Trabalha=0; Estágio profissionalizante=1; voluntário=2; Trabalho sem carteira assinada=3; Empregado com salário=4
	Trabalho da Mãe	Não trabalha=1; Outro=2; Sem carteira assinada=3; Com carteira assinada=4; Por conta própria=5; setor público=6; Empregador/Patrão=7
	Renda Familiar Mensal (SM)	≤0,5=1; 0,5-1=2; 1-1,5=3; 1,5-2=4; 2-2,5=5; ≥ 2,5=6; Não Sabia=7
	Principal fonte de renda familiar	Outro=0; Bolsa família=1; pensão=2; Aposentadoria=3; trabalho do pai/mãe=4

**Quadro 4.**

Matriz analítica dos domínios, indicadores e categorias selecionados de Condições de Vida (CV). (Continuação...)

<b>Domínios selecionados</b>	<b>Indicadores selecionados</b>	<b>Categorias dos indicadores</b>
Ambiente Habitação	Ocupação urbana	Favela=0; Casa de vila=1; Edificação Isolada=2; Outro=3; Conj. habitacional=4; condomínio fechado=5
	Tipo de edificação	Outro=0; Residência Coletiva=1; Barraco ou Cômodo=2; casa de alvenaria=3; Apartamento=4
	Com quem reside	Com o pai e a mãe=0; Só o pai=1; Só a mãe=2; Outro=3
	Acesso à iluminação pública	Não=0; sim=1
	Energia Elétrica	Não=0; sim=1
	Pavimentação de ruas	Não=0; sim=1
	Acesso à rede de esgoto sanitário	Outra forma=0; Rede Geral de Esgotamento Sanitário=1
	Coleta de lixo	Lixo não Coletado=0; Lixo coletado=1
	Água encanada	Outra forma=0; Rede de abastecimento ligado à rua=1
Oferta e Acesso aos Serviços de Saúde	Acesso a plano de saúde	Não=1; Não sei=2; Sim=3;
	Visita ao Agente Comunitário de Saúde	Não=1; Não sei=2; Sim=3;
	Procura por unidades de saúde nos últimos 30 dias	Não=1; Não, mas recebi atendimento em casa de um profissional de saúde=2; Sim, uma vez=3; Sim, 2 vezes ou mais=4
	Tipo de equipamento do setor saúde utilizado	Pronto-Socorro=0; Posto ou centro de saúde=1; Consultório médico=2; Outro=3
	Utilização da assistência a saúde	Não sei=1; SUS=2; Plano de saúde ou convênio=3; Particular=4
	Frequência ao odontólogo	Menos de 1 mês=0; 1 a 2 meses=1; 3 a 5 meses=2; 6 meses ou mais=3



### 3.3.6 Tabulação e Análise dos Dados:

Foram usados o software HS-ICR-Teleform e o scanner Fujitsu FI6230 para realizar a tabulação dos dados por meio de leitora óptica. A capacidade de leitura deste equipamento é de cerca de 40 páginas por minuto. A tabulação completa dos questionários durou cerca de oito horas. Após esta etapa, apesar da precisão do equipamento, os questionários que mostraram problemas foram conferidos e os erros corrigidos.

As variáveis foram inicialmente analisadas por meio de procedimentos descritivos (distribuição de frequências absoluta e relativa, medidas de tendência central e medidas de dispersão) e inferenciais. Na análise da associação entre variáveis foi empregado o teste de Qui-quadrado, Qui-quadrado para tendência e, quando pertinente, o teste exato de Fisher.

Para a construção do índice de condições de vida foi usada a aplicação em escalas da análise fatorial de componentes principais, sendo a análise da consistência interna pelo método Alpha de Cronbach, e o método utilizado como referência na construção de outros índices (LUIZ et al., 2009). O critério utilizado para a exclusão dos sujeitos, que não responderam questões necessárias para construir o índice foi de 10% (taxa de não resposta) (PESTANA e GAGEIRO, 2000). Todas as variáveis compostas tiveram o mesmo tratamento de análise das variáveis isoladas.

Por fim, foram utilizadas as análises multivariadas para verificar a associação das variáveis condições de vida e condutas de saúde. Para as variáveis dependentes binárias foi utilizada a regressão de Poisson bruta e ajustada, entrando no modelo somente as variáveis com  $p < 0,20$  na análise bruta. O nível de significância adotado foi de  $\leq 5\%$ .

Na tabela 1 estão descritas as prevalências e Razão de Prevalências (RP) limítrofes para encontrar associações

estatísticas mantendo o poder da análise em 80% e nível de significância de 5% nos desfechos estudados, por local de residência.

**Tabela 1.**

Prevalência e Razão de Prevalências (RP) limítrofes para associação estatísticas significativas, de acordo com o desfecho e por situação de domicílio. Sergipe, Brasil. 2011.

Desfecho do Estudo	Limites			
	Urbana		Rural	
	%	RP Bruta	%	RP Bruta
NAFAR	76,0	1,05	80,0	1,04
ECS	50,2	1,09	41,2	1,11
BCF	51,2	1,09	48,0	1,09
BCV	84,8	1,04	84,5	1,04
Uso de Drogas	5,7	1,40	5,4	1,42
Tabagismo	19,7	1,19	14,2	1,23
Consumo de Álcool	50,1	1,09	47,9	1,10
Envolvimento em brigas	21,0	1,18	17,8	1,20
Estresse	22,1	1,18	19,1	1,19
Sobrepeso/Obesidade	16,3	1,22	14,2	1,23
ANS	30,2	1,14	32,7	1,13

NAFAR=Nível de Atividade Física abaixo das Recomendações Internacionais; ECS= Exposição ao Comportamento Sedentário; BCF= Baixo Consumo de Frutas; BCV= Baixo Consumo de Verduras; ANS= Autoavaliação Negativa da Saúde.

## **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A apresentação e discussão dos resultados serão realizadas mediante tópicos. 1. Resultados gerais; 2. Indicadores selecionados de condições de vida, inatividade física e exposição ao comportamento sedentário em adolescentes, Sergipe, Brasil; 3. Condutas de saúde e índice de condições de vida em adolescentes residentes em áreas urbanas e rurais. Sergipe, Brasil, 2011; 4. Hábitos alimentares, atividade física, comportamento sedentário e obesidade em adolescentes. Sergipe, Brasil; 5. Percepção da saúde em adolescentes. Sergipe, Brasil.

### **4.1 RESULTADOS GERAIS**

Compuseram a amostra 3992 escolares do ensino médio da Rede Estadual de Ensino, Sergipe, Brasil. A quantidade de questionário respondido variou de acordo com o desfecho. A tabela 2 mostra as características dos indicadores selecionados demográficos e educacionais, por situação de domicílio. Verifica-se maior proporção de adolescentes residentes em áreas urbanas, com faixa etária de 16-17 anos, moças, pardo, reside com pai e mãe, estudante do 1<sup>o</sup> ano, estudante diurno e com um ou mais anos de escolaridade atrasada (Tabela 2).

**Tabela 2.**

Características dos indicadores selecionados demográficos e educacionais, por situação de domicílio. Sergipe, Brasil, 2011.

Variáveis	Áreas Urbanas		Áreas Rurais		Total	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Faixa Etária						
14-15	447	18,1	282	18,5	729	18,3
16-17	1314	53,3	755	49,5	2069	51,8
18-19	705	28,6	489	32,0	1194	29,9
Sexo						
Rapazes	982	39,8	562	36,8	1544	38,7
Moças	1484	60,2	964	63,2	2448	61,3
Cor da Pele						
Branca	549	22,3	297	19,5	846	21,2
Preta	214	8,7	114	7,5	328	8,2
Pardo	1654	67,1	1074	70,4	2728	68,3
Outros	49	2,0	41	2,7	90	2,3
Mora com:						
Com o Pai e a Mãe	1450	58,8	1024	67,1	2474	62,0
Só com o Pai	68	2,8	35	2,3	103	2,6
Só com a Mãe	593	24,0	289	18,9	882	22,1
Outros	355	14,4	178	11,7	533	13,4
Série do Adolescente						
1 <sup>o</sup> ano	1027	41,6	623	40,8	1650	41,3
2 <sup>o</sup> ano	819	33,2	524	34,3	1343	33,6
3 <sup>o</sup> ano	620	25,1	379	24,8	999	25,0
Turno de Estudo						
Diurno	1741	70,6	912	59,8	2653	66,5
Noturno	725	29,4	614	40,2	1339	33,5
Reprovação						
Sim	1205	48,9	789	51,7	1994	49,9
Não	1261	51,1	737	48,3	1998	50,1
Distorção Idade-Série						
Aluno Regular	836	33,9	461	30,2	1297	32,5
1 ano de atraso	736	29,8	433	28,4	1169	29,3
2 anos de atraso	475	19,3	320	21,0	795	19,9
3 anos de atraso	192	7,8	134	8,8	326	8,2
4+ anos de atraso	41	1,7	31	2,0	72	1,8
1 ano adiantado	175	7,1	135	8,8	310	7,8
2+ anos adiantado	11	0,4	12	0,8	23	0,6

A tabela 3 mostra as características de indicadores selecionados de ambiente e habitação, por situação de domicílio. Na mesma, verificam-se maiores problemas de condições de vida entre escolares residentes em áreas rurais (Tabela 3).

**Tabela 3.**

Características de indicadores selecionados de ambiente e habitação, por situação de domicílio. Sergipe, Brasil, 2011.

Variáveis	Áreas Urbanas		Áreas Rurais		Total	
	N	(%)	n	(%)	n	(%)
Abastecimento de Água						
Com ligação da rua	2203	89,3	906	59,4	31,09	77,9
Poço Individual	105	4,3	329	21,6	434	10,9
Rio/Riacho	81	3,3	133	8,7	214	5,4
Caminhão Pipa	16	0,6	54	3,5	70	1,8
Outro	61	2,5	104	6,8	165	4,1
Energia Elétrica na casa						
Sim	2439	98,9	1504	98,6	3943	98,8
Não	27	1,1	22	1,4	49	1,2
Iluminação Pública						
Sim	2370	96,1	1269	83,2	3639	91,2
Não	96	3,9	257	16,8	353	8,8
Água Encanada						
Sim	2383	96,6	1230	80,6	3613	90,5
Não	83	3,4	296	19,4	379	9,5
Esgoto Sanitário						
Sim	2177	88,3	925	60,6	3102	77,7
Não	925	60,6	583	38,2	851	21,3
Outro	3102	77,7	18	1,2	39	1,0
Rua Pavimentada						
Sim	2022	82,0	610	40,0	2632	65,9
Não	423	17,2	876	57,4	1299	32,5
Outro	21	0,9	40	2,6	61	1,5
Lixo						
Coletado	2246	91,1	685	44,9	2931	73,4
Queimado	99	4,0	722	47,3	821	20,6
Enterrado	19	0,8	35	2,3	54	1,4
Jogado	31	1,3	36	2,4	67	1,7
Outro	71	2,9	48	3,1	119	3,0

#### 4.2 INDICADORES SELECIONADOS DE CONDIÇÕES DE VIDA, INATIVIDADE FÍSICA E EXPOSIÇÃO AO COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO EM ADOLESCENTES, SERGIPE, BRASIL.

Para análise do NAFAR e ECS associados a indicadores selecionados de condições de vida, após a exclusão de 16 escolares (que não preencheram questões importantes como a idade e o sexo) e 709 estavam com idade superior ao estabelecido no estudo, a amostra final totalizou 3992 adolescentes.

A proporção de adolescentes com NAFAR foi de 77,5% (moças = 86%; rapazes = 71,0%) e ECS foi de 46,7% (moças=49,4%; rapazes=42,5%), sendo maior em residentes de áreas urbanas (NAFAR=60,5%; ECS=66,3%) versus os residentes em áreas rurais (NAFAR=39,5%; ECS=33,7%).

A Tabela 4 descreve as características dos adolescentes por indicadores selecionados de condição de vida. A ECS foi mais prevalente em adolescentes residentes em áreas urbanas, enquanto que o NAFAR apresentou maior proporção nos adolescentes residentes em áreas rurais, para quase todos os indicadores selecionados.

**Tabela 4.**

Características dos indicadores selecionados de condições de vida (%) (demográfico, educação, trabalho e renda) segundo exposição ao comportamento sedentário (ECS) e nível de atividade física abaixo da recomendação (NAFAR), por situação de domicílio. Sergipe, Brasil, 2011.

Variáveis	Áreas Urbanas			Áreas Rurais			Total		
	n	NAFAR	ECS	n	NAFAR	ECS	n	NAFAR	ECS
Faixa Etária		0,191	<0,001*		0,019**	0,014*		0,034*	<0,001*
14-15	447	75,8	56,6	282	83,3	47,2	729	78,7	52,9
16-17	1314	77,2	50,8	755	80,9	41,9	2069	78,6	47,5
18-19	705	73,6	45,0	489	76,7	36,6	1194	74,9	41,5
Sexo		<0,001*	0,019*		<0,001*	<0,001*		<0,001*	<0,001*
Rapazes	982	69,6	47,6	562	73,7	33,6	1544	71,0	42,5
Moças	1484	80,2	51,9	964	83,7	45,5	2448	81,6	49,4
Cor da Pele		0,812	0,431		0,091	0,347		0,190	0,018**
Branca	549	76,5	53,2	297	78,5	44,1	846	77,2	50,0
Preta	214	73,4	48,6	114	71,9	45,6	328	72,9	47,6
Pardo	1654	76,1	49,5	1074	81,4	40,1	2728	78,2	45,8
Outros	49	77,6	46,9	41	78,0	34,1	90	77,8	41,1
Estado Civil		0,392	0,143		0,239	0,170		0,713	0,048*
Solteiro(a)	2180	75,6	50,4	1393	80,0	40,9	3573	77,3	46,7
Casado(a)	144	80,6	43,1	55	72,7	34,5	199	78,4	40,7
Outro(a)	142	76,8	54,2	78	84,6	50,0	220	79,5	52,7

(Continuação...)									
Mora:		0,018*	0,506		0,961	0,263		0,146	0,863
Com o Pai e a Mãe	1450	75,2	49,0	1024	80,3	40,1	2474	77,3	46,5
Só com o Pai	68	91,2	51,5	35	77,1	34,3	103	86,4	43,7
Só com a Mãe	593	74,9	52,4	289	79,9	46,0	882	76,5	47,1
Outros	355	77,7	48,5	178	79,2	40,4	533	78,2	47,8
Série do Adolescente		0,683	0,209		0,469	0,339		0,352	0,200
1 <sup>o</sup> ano	1027	76,2	48,3	623	80,6	39,6	1650	77,9	45,0
2 <sup>o</sup> ano	819	76,6	50,5	524	80,9	43,7	1343	78,3	47,9
3 <sup>o</sup> ano	620	74,7	52,7	379	77,8	40,1	999	75,9	47,9
Turno de Estudo		0,448	<0,001*		0,491	<0,001*		0,618	<0,001*
Diurno	1741	75,5	53,1	912	80,6	44,8	2653	77,3	50,3
Noturno	725	77,0	43,0	614	79,2	35,7	1339	78,0	39,7
Reprovação		0,622	0,001*		0,672	0,486		0,572	0,002*
Sim	1205	75,5	46,8	789	79,6	40,3	1994	77,1	44,2
Não	1261	76,4	53,4	737	80,5	42,1	1998	77,9	49,2



(Continuação...)									
Escolaridade		0,039*	<0,001*		0,283	0,009		0,004*	<0,001*
Materna									
Não Estudou	229	79,5	36,2	227	82,8	31,7	456	81,1	34,0
Não concluiu o EF	1132	77,9	48,6	887	80,7	40,7	2019	79,1	45,1
Concluiu o EF	292	73,6	51,7	111	79,3	45,0	403	75,3	49,9
Concluiu o EM	462	75,3	56,3	139	72,7	48,2	601	74,7	54,4
Concluiu	a 225	69,3	56,4	70	78,6	48,6	295	71,5	54,6
Faculdade									
Não Sabia	126	71,4	52,4	92	79,3	47,8	218	74,8	50,5
Escolaridade		0,050*	0,001*		0,449	0,020*		0,040*	<0,001*
Paterna									
Não Estudou	329	78,1	41,6	369	80,5	38,5	698	79,4	40,0
Não concluiu o EF	1007	76,7	48,7	781	78,9	38,8	1788	77,6	44,4
Concluiu o EF	248	70,6	50,0	90	86,7	44,4	338	74,9	48,5
Concluiu o EM	406	75,9	56,4	83	80,7	54,2	489	76,7	56,0
Concluiu	a 124	67,7	57,3	24	70,8	50,0	148	68,2	56,1
Faculdade									
Não Sabia	352	78,7	52,8	179	81,6	48,0	531	79,7	51,2

(Continuação...)										
Situação Ocupacional			0,186	<0,001*		<0,001*	<0,001*		<0,001*	<0,001*
Não trabalha		1800	76,8	53,5	1201	82,5	44,3	3001	79,1	49,8
Trabalha	com	172	72,1	41,3	53	67,9	30,2	225	71,1	38,7
Salário										
Estágio		120	75,0	40,8	41	78,0	22,0	161	75,8	36,0
Voluntário		35	85,7	34,3	30	83,3	16,7	65	84,6	26,2
Trabalho	sem	339	72,6	41,9	201	68,2	32,8	540	70,9	38,5
Salário										
Trabalho do Pai			0,021*	0,038*		0,656	0,096		0,035*	<0,001*
Sem	carteira	397	75,8	46,3	382	78,8	36,1	779	77,3	41,3
assinada										
Com	carteira	852	75,2	54,1	344	81,7	46,8	1196	77,1	52,0
assinada										
Empregador/Patrão		146	71,2	48,6	55	72,7	40,0	201	71,6	46,3
Por conta própria		508	79,3	46,9	450	79,3	39,6	958	79,3	43,4
Setor Público		145	76,6	56,6	35	85,7	48,6	180	78,3	55,0
Não trabalho		236	80,5	49,2	107	80,4	41,2	389	81,2	46,0
Outro		182	67,6	46,7	153	82,4	45,8	289	72,3	46,4

(Continuação...)										
Trabalho da Mãe			0,536	0,024*		0,583	0,289		0,309	0,014*
Sem carteira assinada	471	77,3	47,3	313	82,4	43,1	784	79,3	45,7	
Com carteira assinada	435	74,0	56,8	170	81,2	40,6	605	76,0	52,2	
Empregadora/Patroa	66	72,7	50,0	28	75,0	53,6	94	73,4	51,1	
Por conta própria	152	80,3	44,7	77	85,7	48,1	229	82,1	45,9	
Setor Público	140	71,4	55,0	65	81,5	49,2	205	74,6	53,2	
Não trabalho	863	76,6	50,2	249	78,3	38,8	1487	77,4	45,4	
Outro	339	75,7	46,0	624	78,5	39,4	588	76,7	43,2	
Renda Familiar Mensal (SM)		0,011*	<0,001*		0,241	<0,001*		0,005*	<0,001*	
≤ 0,5	192	80,7	35,9	298	78,2	31,2	490	79,2	33,1	
0,5-1	399	78,2	38,1	394	83,2	37,8	793	80,7	38,0	
1-1,5	589	78,8	50,3	349	79,4	44,1	938	79,0	48,0	
1,5-2	422	74,4	51,2	194	79,4	49,0	616	76,0	50,5	
2-2,5	316	76,9	60,1	110	75,5	48,2	426	76,5	57,0	
> 2,5	496	70,4	60,3	146	78,1	48,6	642	72,1	57,6	
Não Sabia	52	69,2	28,8	35	91,4	37,1	87	78,2	32,2	

(Continuação...)										
Principal Fonte de Renda	0,826	<0,001*		0,907	0,022*			0,809	<0,001*	
Familiar										
Aposentadoria	316	74,4	48,1	232	81,0	45,7	548	77,2	47,1	
Bolsa Família	254	77,6	36,2	325	79,7	33,8	579	78,8	34,9	
Trabalho Pai e/ou Mãe	1563	76,3	52,7	827	80,2	43,3	2390	77,7	49,5	
Pensão	92	72,8	59,8	44	81,8	40,9	136	75,7	53,7	
Outro	241	75,1	47,3	98	76,5	36,7	339	75,5	44,2	

A tabela 5 mostra a associação bruta entre os indicadores selecionados de condições de vida, NAFAR e ECS, por situação de domicílio. Em adolescentes residentes na zona urbana do estado, a ECS mostrou-se associada à idade, sexo feminino, território, turno de estudo, reprovação do aluno, escolaridade materna, escolaridade paterna, situação ocupacional do aluno, trabalho do pai, trabalho da mãe, principal fonte de renda e renda familiar mensal. Já NAFAR mostrou-se associada ao sexo feminino, morar só com pai, escolaridade materna, trabalho do pai e renda familiar mensal. Na zona rural, a ECS apresentou-se positivamente associada à idade, sexo feminino, turno de estudo diurno, escolaridade materna, escolaridade paterna, situação ocupacional, renda média familiar mensal e principal fonte de renda. NAFAR foi positivamente associada ao sexo feminino e situação ocupacional do adolescente.

**Tabela 5.**

Análises de regressão logística bruta da associação entre indicadores selecionados de condições de vida, nível de atividade física abaixo da recomendação (NAFAR) e exposição ao comportamento sedentário (ECS) segundo situação de domicílio. Sergipe, Brasil, 2011.

Variáveis	Áreas Urbanas		Áreas Rurais	
	ECS	NAFAR	ECS	NAFAR
	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Faixa Etária				
14-15	1	1	1	1
16-17	0,79 (0,64-0,98)	1,08 (0,84-1,39)	0,81 (0,61-1,06)	0,85 (0,59-1,22)
18-19	0,63 (0,49-0,80)	0,89 (0,68-1,17)	0,65 (0,48-0,87)	0,66 (0,45-0,96)
<i>p</i> -valor	0,001*	0,191	0,014*	0,058
Sexo				
Rapazes	1	1	1	1
Moças	1,19 (1,01-1,40)	1,77 (1,47-2,14)	1,65 (1,33-2,05)	1,84 (1,43-2,37)
<i>p</i> -valor	0,035*	<0,001*	<0,001	<0,001*
Cor da Pele				
Branca	1	1	1	1
Preta	0,83 (0,61-1,14)	0,85 (0,59-1,22)	1,06 (0,69-1,64)	0,70 (0,43- 1,15)
Pardo	0,86 (0,71-1,05)	0,98 (0,78-1,23)	0,85 (0,66-1,10)	1,20 (0,88-1,65)
Outros	0,78 (0,43-1,40)	1,06 (0,53-2,14)	0,66 (0,33-1,30)	0,98 (0,44-2,15)
<i>p</i> -valor	0,432	0,813	0,349	0,095

(Continuação...)

Estado Civil				
Solteiro(a)	1	1	1	1
Casado(a)	0,75 (0,53-1,05)	1,34 (0,88-2,04)	0,76 (0,43-1,34)	0,67 (0,36-1,22)
Outro(a)	1,17 (0,83-1,64)	1,07 (0,71-1,59)	1,44 (0,92-2,28)	1,37 (0,73-2,57)
<i>p-valor</i>	0,145	0,394	0,173	0,244
Reside:				
Com o Pai e a Mãe	1	1	1	1
Só com o Pai	0,91 (0,56-1,48)	3,40 (1,46-7,93)	0,78 (0,38-1,58)	0,83 (0,37-1,85)
Só com a Mãe	0,87 (0,72-1,06)	0,98 (0,79-1,22)	1,27 (0,98-1,65)	0,98 (0,71-1,36)
Outros	1,02 (0,81-1,29)	1,15 (0,87-1,52)	1,01 (0,73-1,40)	0,94 (0,63-1,39)
<i>p-valor</i>	0,507	0,029*	0,265	0,961
Território				
Grande Aracaju	1	1	1	1
Sul Sergipano	0,80 (0,61-1,05)	1,11 (0,81-1,53)	0,79 (0,53-1,20)	1,41 (0,86-2,32)
Agreste Sergipano	0,75 (0,57-0,99)	1,06 (0,78-1,45)	0,80 (0,53-1,21)	1,31 (0,80-2,15)
Leste Sergipano	0,77 (0,57-1,05)	1,47 (0,99-2,16)	0,86 (0,58-1,28)	1,42 (0,88-2,28)
Alto Sertão Sergipano	0,58 (0,44-0,76)	1,08 (0,79-1,47)	0,73 (0,49-1,07)	1,21 (0,77-1,91)
Centro Sul Sergipano	0,83 (0,64-1,07)	1,40 (1,03-1,90)	1,04 (0,71-1,51)	1,41 (0,90-2,21)
Médio Sertão	0,86 (0,61-1,22)	1,08 (0,72-1,60)	0,94 (0,56-1,57)	1,86 (0,94-3,66)
Baixo São Francisco	0,64 (0,42-0,99)	1,18 (0,71-1,96)	1,09 (0,67-1,76)	1,15 (0,65-2,04)
<i>p-valor</i>	0,008*	0,406	0,431	0,669

(Continuação...)

Série do Adolescente				
1 <sup>o</sup> ano	1	1	1	1
2 <sup>o</sup> ano	1,09 (0,91-1,32)	1,02 (0,82-1,26)	1,11 (0,93-1,50)	1,02 (0,76-1,37)
3 <sup>o</sup> ano	1,20 (0,98-1,46)	0,92 (0,73-1,16)	1,02 (0,79-1,32)	0,85 (0,62-1,16)
<i>p</i> -valor	0,209	0,683	0,340	0,470
Turno de Estudo				
Diurno	1	1	1	1
Noturno	0,67 (0,56-0,79)	1,08 (0,88-1,33)	0,68 (0,55-0,84)	0,91 (0,71-1,18)
<i>p</i> -valor	≤0,001*	0,448	<0,001*	0,491
Reprovação				
Sim	1	1	1	1
Não	0,77 (0,66-0,90)	0,96 (0,79-1,15)	0,93 (0,76-1,14)	0,95 (0,74-1,22)
<i>p</i> -valor	0,001*	0,622	0,486	0,672
Escolaridade Materna				
Não Estudou	1	1	1	1
Não concluiu o EF	1,66 (1,24-2,22)	0,91 (0,64-1,29)	1,48 (1,08-2,01)	0,87 (0,59-1,27)
Concluiu o EF	1,88 (1,32-2,68)	0,72 (0,48-1,09)	1,77 (1,11-2,81)	0,79 (0,45-1,41)
Concluiu o EM	2,26 (1,63-3,14)	0,79 (0,54-1,16)	2,00 (1,30-3,09)	0,55 (0,33-0,92)
Faculdade	2,28 (1,56-3,32)	0,58 (0,38-0,90)	2,03 (1,18-3,51)	0,76 (0,39-1,48)
Não Sabia	1,94 (1,24-3,01)	0,65 (0,39-1,07)	1,97 (1,20-3,24)	0,80 (0,39-1,48)
<i>p</i> -valor	≤0,001*	0,040*	0,010*	0,290



<b>Escolaridade Paterna</b>				
Não Estudou	1	1	1	1
Não concluiu o EF	1,33 (1,03-1,71)	0,92 (0,68-1,24)	1,01 (0,79-1,31)	0,91 (0,66-1,23)
Concluiu o EF	1,40 (1,01-1,95)	0,67 (0,46-0,98)	1,28 (0,80-2,04)	1,58 (0,81-3,05)
Concluiu o EM	1,81 (1,35-2,43)	0,88 (0,62-1,25)	1,89 (1,17-3,06)	1,02 (0,56-1,86)
Faculdade	1,88 (1,24-2,85)	0,59 (0,37-0,93)	1,60 (0,70-3,66)	0,59 (0,24-1,47)
Não Sabia	1,57 (1,16-2,13)	1,04 (0,72-1,49)	1,48 (1,03-2,12)	1,07 (0,68-1,69)
<i>p-valor</i>	0,001*	0,052	0,021*	0,460
<b>Situação Ocupacional</b>				
Não trabalha	1	1	1	1
Trabalha com Salário	0,61 (0,45-0,84)	0,78 (0,55-1,11)	0,54 (0,30-0,99)	0,45 (0,25-0,81)
Estágio	0,60 (0,41-0,87)	0,91 (0,59-1,39)	0,35 (0,17-0,75)	0,75 (0,35-1,60)
Voluntário	0,45 (0,22-0,92)	1,81 (0,70-4,69)	0,25 (0,10-0,66)	1,06 (0,40-2,80)
Trabalho sem Salário	0,63 (0,50-0,79)	0,80 (0,61-1,04)	0,62 (0,45-0,84)	0,45 (0,33-0,63)
<i>p-valor</i>	≤0,001*	0,192	<0,001*	<0,001*
<b>Trabalho do Pai</b>				
Sem carteira assinada	1	1	1	1
Com carteira assinada	0,89 (0,65-1,23)	0,76 (0,51-1,13)	0,81 (0,55-1,19)	0,80 (0,49-1,29)
Empregador	1,22 (0,91-1,63)	0,74 (0,51-1,05)	1,26 (0,86-1,85)	0,96 (0,58-1,57)
Por conta própria	0,98 (0,65-1,48)	0,60 (0,37-0,97)	0,95 (0,51-1,79)	0,57 (0,28-1,18)
Setor Público	0,91 (0,67-1,24)	0,93 (0,63-1,37)	0,94 (0,64-1,36)	0,82 (0,51-1,32)
Não trabalho	1,35 (0,89-2,04)	0,79 (0,48-1,31)	1,35 (0,65-2,82)	1,29 (0,46-3,62)
Outro	0,91 (0,62-1,34)	0,51 (0,32-0,79)	1,21 (0,73-1,99)	0,88 (0,47-1,65)
<i>p-valor</i>	0,039*	0,022*	0,097	0,661

(Continuação...)

Trabalho da Mãe				
Sem carteira assinada	1	1	1	1
Com carteira assinada	0,89 (0,71-1,12)	1,04 (0,80-1,36)	1,20 (0,91-1,58)	1,28 (0,91-1,82)
Empregadora	1,31 (1,04-1,65)	0,87 (0,67-1,14)	1,08 (0,76-1,52)	1,18 (0,77-1,81)
Por conta própria	0,99 (0,60-1,64)	0,82 (0,46-1,43)	1,82 (0,85-3,89)	0,82 (0,34-1,97)
Setor Público	0,80 (0,57-1,14)	1,24 (0,81-1,91)	1,46 (0,91-2,35)	1,64 (0,84-3,20)
Não trabalho	1,21 (0,85-1,74)	0,76 (0,51-1,14)	1,53 (0,92-2,56)	1,21 (0,63-2,33)
Outro	0,85 (0,66-1,09)	0,94 (0,70-1,26)	1,02 (0,76-1,38)	0,99 (0,69-1,41)
<i>p-valor</i>	0,025*	0,538	0,295	0,588
Renda Familiar Mensal (SM)				
≤ 0,5	1	1	1	1
0,5-1	1,10 (0,77-1,57)	0,86 (0,56-1,32)	1,34 (0,98-1,84)	1,39 (0,95-2,03)
1-1,5	1,80 (1,29-2,52)	0,89 (0,59-1,33)	1,74 (1,26-2,41)	1,07 (0,74-1,57)
1,5-2	1,87 (1,32-2,66)	0,69 (0,46-1,06)	2,12 (1,46-3,07)	1,07 (0,69-1,67)
2-2,5	2,69 (1,86-3,90)	0,80 (0,51-1,24)	2,05 (1,31-3,21)	0,86 (0,51-1,43)
> 2,5	2,71 (1,92-3,82)	0,57 (0,38-0,85)	2,09 (1,39-3,13)	0,99 (0,62-1,60)
Não Sabia	0,72 (0,37-1,41)	0,54 (0,27-1,07)	1,30 (0,63-2,70)	2,98 (0,88-10,03)
<i>p-valor</i>	<0,001*	0,012*	<0,001*	0,262

(Continuação...)

Principal Fonte de Renda Familiar	1	1	1	1
Trabalho Pai/Mãe				
Bolsa Família	0,51 (0,39-0,67)	1,07 (0,78-1,47)	0,67 (0,51-0,88)	0,97 (0,71-1,34)
Aposentadoria	0,83 (0,65-1,06)	0,90 (0,68-1,19)	1,10 (0,82-1,48)	1,06 (0,73-1,53)
Pensão	1,33 (0,87-2,05)	0,83 (0,52-1,34)	0,91 (0,49-1,68)	1,11 (0,51-2,44)
Outro	0,81 (0,61-1,06)	0,94 (0,68-1,28)	0,76 (0,49-1,17)	0,81 (0,49-1,33)
<i>p-valor</i>	≤0,001*	0,827	0,022*	0,908

SM= Salário Mínimo; EF= Ensino Fundamental; EM=Ensino Médio.

Tabela 6.

Análises de regressão logística ajustada da associação entre indicadores selecionados de condições de vida e a exposição ao comportamento sedentário (ECS) e nível de atividade física abaixo da recomendação (NAFAR), segundo situação de domicílio. Sergipe, Brasil, 2011.

Variáveis	Zona Urbana		Zona Rural	
	ECS	NAFAR	ECS	NAFAR
	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Faixa Etária				
14-15	1	1	1	1
16-17	0,79 (0,64-0,98)	1,05 (0,81-1,36)	0,83 (0,63-1,09)	0,89 (0,62-1,28)
18-19	0,64 (0,51-0,82)	0,89 (0,67-1,18)	0,70 (0,52-0,95)	0,72 (0,49-1,05)
p-valor	0,002*	0,322	0,066	0,163
Sexo				
Rapazes	1	1	1	1
Moças	1,21 (1,03-1,43)	1,78 (1,47-2,14)	1,62 (1,30-2,01)	1,75 (1,36-2,27)
p-valor	0,024*	<0,001*	<0,001*	0,001*
Cor da Pele				
Branca				1
Preta				0,78 (0,47-1,28)
Pardo				1,21 (0,88-1,66)
Outros				1,08 (0,49-2,40)
p-valor				0,204
Estado Civil				
Solteiro(a)	1		1	
Casado(a)	0,75 (0,53-1,06)		0,72 (0,41-1,28)	
Outro(a)	1,13 (0,80-1,60)		1,39 (0,88-2,20)	
p-valor	0,184		0,192	
Reside:				
Pai e Mãe		1		
Só Pai		3,60 (1,54-8,44)		
Só Mãe		0,95 (0,76-1,19)		
Outro		1,07 (0,81-1,42)		
p-valor		0,024*		

(Continuação...)

Território			
Grande Aracaju	1		
Sul	0,78 (0,59-1,03)		
Agreste	0,75 (0,57-0,99)		
Leste	0,78 (0,57-1,06)		
Alto Sertão	0,57 (0,44-0,75)		
Centro Sul	0,82 (0,64-1,06)		
Médio Sertão	0,84 (0,60-1,19)		
Baixo São Francisco	0,64 (0,41-0,99)		
p-valor	0,006*		
Turno			
Diurno	1		1
Noturno	0,75 (0,62-0,90)		0,71 (0,58-0,88)
p-valor	0,002*		0,002*
Reprovação			
Não	1		
Sim	0,87 (0,74-1,03)		
p-valor	0,107		
Escolaridade materna			
Não estudou	1		1
Não concluiu EF	1,52 (1,13-2,06)		1,45 (1,06-1,99)
Concluiu o EF	1,63 (1,13-2,36)		1,63 (1,00-2,65)
Concluiu EM	1,86 (1,32-2,63)		1,73 (1,10-2,72)
Concluiu faculdade	1,80 (1,20-2,69)		1,72 (0,98-3,04)
Não sabia	1,55 (0,96-2,50)		1,66 (0,98-2,82)
p-valor	0,021*		0,139
Escolaridade paterna			
Não estudou	1		1
Não concluiu EF	1,17 (0,90-1,51)		0,93 (0,71-1,20)
Concluiu o EF	1,12 (0,79-1,59)		1,06 (0,65-1,72)
Concluiu EM	1,41 (1,03-1,93)		1,51 (0,91-2,50)
Faculdade	1,43 (0,92-2,23)		1,33 (0,57-3,10)
Não sabia	1,34 (0,97-1,86)		1,29 (0,88-1,89)
p-valor	0,261		0,229

(Continuação...)

(Continuação...)				
Situação Ocupacional				
Não trabalha	1	1	1	1
Trabalha com salário	0,56 (0,40-1,28)	0,91 (0,63-1,31)	0,53 (0,29-0,97)	0,51 (0,28-0,93)
Estagiário	0,58 (0,40-0,86)	0,94 (0,61-1,46)	0,34 (0,16-0,72)	0,83 (0,39-1,77)
Voluntário	0,52 (0,25-1,06)	2,01 (0,76-5,33)	0,25 (0,10-0,68)	1,32 (0,49-3,53)
Trabalha sem salário	0,63 (0,49-0,80)	0,84 (0,63-1,10)	0,61 (0,44-0,84)	0,54 (0,38-0,77)
p-valor	≤0,001*	0,408	<0,001*	0,003*
Trabalho do Pai				
Não trabalha	1	1	1	
Sem carteira assinada	0,88 (0,62-1,24)	0,78 (0,52-1,77)	0,86 (0,57-1,30)	
Com carteira assinada	0,94 (0,68-1,30)	0,83 (0,57-1,21)	1,11 (0,73-1,69)	
Empregador	0,76 (0,49-1,19)	0,72 (0,44-1,20)	1,16 (0,60-2,25)	
Por conta própria	0,83 (0,59-1,16)	0,99 (0,67-1,49)	0,93 (0,62-1,38)	
Setor Público	0,98 (0,63-1,53)	0,96 (0,56-1,63)	1,24 (0,57-2,67)	
Outro	0,80 (0,53-1,20)	0,49 (0,31-0,78)	1,13 (0,68-1,89)	
p-valor	0,737	0,025*	0,638	
Trabalho da Mãe				
Não trabalha	1			
Sem carteira assinada	0,95 (0,75-1,20)			
Com carteira assinada	1,09 (0,85-1,40)			
Empregadora	0,88 (0,52-1,49)			
Por conta própria	0,88 (0,62-1,26)			
Setor Público	0,95 (0,65-1,39)			
Outro	0,87 (0,67-1,13)			
p-valor	0,810			

(Continuação...)

Renda Média Familiar (SM)	1	1	1
≤ 0,5			
0,5-1	1,03 (0,71-1,51)	0,90 (0,58-1,40)	1,28 (0,91-1,81)
1-1,5	1,66 (1,14-2,41)	0,95 (0,62-1,45)	1,64 (1,14-2,37)
1,5-2	1,69 (1,14-2,50)	0,77 (0,50-1,20)	2,03 (1,33-3,09)
2-2,5	2,48 (1,64-3,76)	0,92 (0,57-1,46)	1,88 (1,15-3,07)
> 2,5	2,43 (1,63-3,63)	0,74 (0,47-1,15)	1,92 (1,22-3,03)
Não sabia	0,68 (0,34-1,35)	0,62 (0,30-1,27)	1,11 (0,53-2,31)
p-valor	<0,001	0,490	0,012*
Principal Fonte de Renda Familiar			
Trabalho Pai e/ou Mãe	1		1
Bolsa Família	0,78 (0,57-1,07)		0,92 (0,67-1,26)
Aposentadoria	0,87 (0,67-1,14)		1,06 (0,77-1,46)
Pensão	1,47 (0,94-2,30)		0,98 (0,52-1,85)
Outro	1,01 (0,76-1,35)		0,80 (0,51-1,25)
p-valor	0,132		0,825

SM= Salário Mínimo; EF= Ensino Fundamental; EM=Ensino Médio.

Após ajustar às variáveis de confusão (tabela 6), com  $p \leq 0,20$ , inseridas em cada domínio de indicadores selecionados de condições de vida foi verificado que, na zona urbana, a menor idade, o sexo feminino, território, turno de estudo diurno, escolaridade materna, situação ocupacional do adolescente e maior renda familiar mensal continuaram associadas significativamente a ECS. NAFAR manteve-se associada, para heterogeneidade, com o sexo feminino e morar só com o pai, e, para tendência linear, com o trabalho do pai. Por outro lado, a ECS, em residentes nas áreas rurais, manteve associada a menor idade, sexo feminino, turno de estudo, situação ocupacional do adolescente e renda média familiar mensal. NAFAR associou-se ao sexo feminino e ao trabalho com ou sem salário.

*EM RESUMO:* Os resultados deste tópico mostram a prevalência de adolescentes sergipanos expostos à ECS e NAFAR, além da associação desses comportamentos de risco a indicadores selecionados de condições de vida. Foram observadas, na população geral, prevalências de 77,5% de NAFAR e 46,7% de ECS, sendo o primeiro mais prevalente nos adolescentes residentes em áreas urbanas e, o segundo, nos residentes em áreas rurais, independentemente da associação do indicador selecionado de condições de vida. A ECS esteve associada à menor idade, ao sexo feminino, ao território, a estudar no turno diurno, a escolaridade materna, a situação ocupacional do aluno e a maior renda média familiar mensal. Entre os escolares com NAFAR as variáveis associadas foram: sexo feminino, morar com o pai e situação ocupacional do aluno.

No presente estudo, a prevalência de adolescentes com NAFAR foi superior aos escolares dos estados de Santa Catarina (FARIAS JÚNIOR et al., 2009) e



Pernambuco (TENÓRIO et al., 2010). Por outro lado, proporções mais elevadas foram encontradas em estudantes do município de Niterói/RJ (SILVA, MALINA, 2000).

A importância deste estudo em diagnosticar a prevalência e fatores associados à ECS e NAFAR em adolescentes sergipanos se dá pelo aumento no risco à saúde neste subgrupo populacional. Sabe-se também que a mudança no tempo gasto em comportamento sedentário não está associada às alterações na prática de atividade física no lazer, apontando para a reflexão que as duas condutas de saúde são independentes e não opostas (TAVERAS et al., 2007). Estudo de revisão sistemática mostrou que a ECS está associada à saúde física e psicossocial (TREMBLAY et al., 2011). Por outro lado, NAFAR se mostrou associada a vários indicadores de saúde em crianças e jovens (JANSSEN et al., 2010; STRONG et al., 2005). Além disso, crianças e adolescentes expostos a ECS e NAFAR apresentaram, de forma independente, maior probabilidade em aumentar o risco de sobrepeso/obesidade (PATRICK et al., 2004; VELDE et al., 2007; LIORET et al., 2007).

No Brasil, alguns estudos focalizando o nível insuficiente de atividade física e a ECS associados a indicadores isolados de condições de vida foram conduzidos com população de adolescentes considerando como foco da pesquisa a zona urbana (FARIAS JUNIOR et al., 2006; BASTOS et al., 2008; OLIVEIRA et al., 2010), ambas (urbana/rural) (FARIAS JÚNIOR et al., 2009; TENÓRIO et al., 2010; SILVA et al., 2009) e outros não informaram o local de residência da pesquisa (CESCHINI et al., 2009; GOMES et al., 2001). O desenvolvimento das investigações talvez tenha ocorrido pela facilidade de acesso às comunidades em que os jovens convivem.

Na revisão da literatura não foi encontrado estudo brasileiro que considerasse a exposição a ECS e o NAFAR

relacionado à situação de domicílio. Pesquisas conduzidas em outros países mostraram que adolescentes residentes em áreas rurais são menos ativos quando comparados aos de áreas urbanas, corroborando os achados deste estudo em Sergipe (MACHADO-RODRIGUES et al., 2012; AL-NUAIM et al., 2012). Residentes em área rural também mostrou maior probabilidade de sobrepeso/obesidade (BRUNER et al., 2008) e tabagismo (PLOTNIKOFF et al., 2004). Por outro lado, um estudo no México encontrou maior prevalência de hipertensão arterial, sobrepeso/obesidade, tabagismo e inatividade física nos adolescentes residentes em áreas urbanas (YAMAMOTO-KIMURA et al., 2006). Tais resultados sugerem a necessidade de pesquisas considerando ambas as áreas, para melhor possibilidade de intervenção.

Os resultados mostraram que a ECS foi associada inversamente proporcional à idade dos escolares. Diferentemente, outras investigações mostraram a ECS associada ao aumento da idade, maior renda familiar e menor nível educacional dos pais (SINGH et al., 2008). Em recente revisão sistemática sintetizando os fatores associados à ECS, os autores verificaram que adolescentes com maior idade gastam mais tempo em atividades sedentárias, quando comparados aos mais jovens. No entanto, sugeriam novos estudos com o uso de acelerômetros (PATE et al., 2011). Além disso, evidências apontam que o principal comportamento sedentário é assistir TV e que os rapazes gastam mais tempo sentados e conversando, enquanto que as moças usam mais o computador na vida diária (HAMAR et al., 2009), sugerindo diferentes formas de se intervir para a mudança de hábitos.

Baseado nas recomendações internacionais de praticar atividade física, por 300 minutos semanais, os resultados deste estudo não mostraram associação com a idade. Porém, a literatura específica tem constantemente divulgado a forte associação negativa entre a idade e a

prática de atividades físicas (SEABRA et al., 2008). Pesquisas conduzidas com imigrantes americanos (SINGH et al., 2008), como também na Arábia Saudita (AL-HAZZAA et al., 2011) e no Brasil (CESCHINI et al., 2009; FARIAS JÚNIOR et al., 2009; FARIAS JUNIOR, 2006) corroboram com esses achados. Apesar dessas evidências, ressalta-se também que outras investigações realizadas com delineamento transversal, conduzidas com amostras expressivas, não confirmaram esta relação (ROMANZINI et al., 2008).

Também em outras pesquisas, a proporção de moças com NAFAR e a ECS foi superior a dos rapazes, independente do local de residência (áreas urbanas ou áreas rurais) (TENÓRIO et al., 2010; AL-HAZZAA et al., 2011; SEABRA et al., 2008; VAN DER HORST et al., 2007; LOUCAIDES et al., 2011). Tais resultados podem ser explicados devido aos aspectos culturais, impostos pela sociedade, quanto à limitação de oportunidades à prática de atividades físicas, favorecendo assim o maior acesso a hábitos sedentários para as moças, quando comparadas às dos rapazes.

Esse estudo evidenciou que as intervenções no estado do Sergipe deverão focalizar primordialmente as moças. Pesquisas brasileiras semelhantes mostraram que as moças são menos ativas em relação aos rapazes nas áreas urbanas (FARIAS JUNIOR et al., 2006; BASTOS et al., 2008). No Brasil, somente foi encontrado estudo que considerasse a área rural como foco de análise em pesquisa conduzida com adultos (BICALHO et al., 2010).

Verificou-se que escolares sergipanos que vivem somente com o pai, em áreas urbanas, apresentaram *resultados* superiores na exposição à NAFAR quando comparados aos que moram com ambos os pais. Além disso, residir em territórios diferentes da região metropolitana de Aracaju está associado a maior ECS.

Os resultados mostraram que, dentre as variáveis selecionadas para o domínio educacional, somente estudar

no turno diurno e a maior escolaridade materna mostraram-se associadas à ECS.

Em uma pesquisa, o turno noturno não foi associado à ECS (SILVA et al., 2009), porém, em outras a maior exposição ao nível insuficiente de atividade física por estudantes do turno noturno foi encontrada em outras pesquisas com adolescentes brasileiros (TENÓRIO et al., 2010; SILVA et al., 2009). Investigações conduzidas na Grécia (LOUCAIDES et al., 2011) mostraram que a maior prevalência de ECS e NAFAR ocorre nas séries mais avançadas. O declínio da prática de atividades físicas com o aumento da idade pode ser parcialmente explicado devido às obrigações relacionadas ao trabalho, forçando o início dos estudos no turno noturno.

As variáveis selecionadas para o domínio trabalho e renda associadas a ECS foram a situação ocupacional do adolescente e a maior renda familiar. Estudo longitudinal mostrou maior ECS entre os jovens de menor classe socioeconômica (BRODERSEN et al., 2007), aspecto confirmado em ampla revisão sistemática (PATE et al., 2011). O trabalho com ou sem salário de adolescentes sergipanos está associado a menor chance de NAFAR. Outras investigações corroboram com estes resultados (TENÓRIO et al., 2010; STALSBERG et al., 2010).

Já os indicadores selecionados de condições de vida no domínio associados a NAFAR foram a situação ocupacional do adolescente e trabalho do pai, em áreas rurais e em áreas urbanas, respectivamente. Apesar deste estudo não apresentar associação significativa entre a renda média familiar mensal e NAFAR, evidências na literatura apontam para associação direta entre estas variáveis, mesmo não sendo possível identificar com clareza em virtude das diferentes maneiras de classificar o *status* socioeconômico (SEABRA et al., 2008; STALSBERG et al., 2010).

As conclusões deste estudo mostram que as prevalências de ECS e NAFAR foram elevadas nos

adolescentes sergipanos de escola pública. Os residentes nas áreas urbanas estão mais ECS e os residentes das áreas rurais, por sua vez, estão mais expostos ao NAFAR. Nos adolescentes da zona urbana a ECS apresentou relação com os domínios demográficos (idade, sexo feminino, território), educacional (turno diurno, escolaridade materna) e trabalho e renda (situação ocupacional do adolescente, renda familiar mensal). O NAFAR mostrou associação com os domínios demográficos (idade, morar com o pai) e trabalho e renda (situação ocupacional dos escolares e trabalho do pai). Os resultados revelam a necessidade de políticas públicas ampliadas para modificar a ECS e aumentar os níveis de atividades físicas em adolescentes sergipanos residentes em áreas urbanas e rurais.

#### 4.3 CONDUTAS DE SAÚDE E ÍNDICE DE CONDIÇÕES DE VIDA EM ADOLESCENTES RESIDENTES EM ÁREAS URBANAS E RURAIS. SERGIPE, BRASIL, 2011

A mostra final do estudo foi de 3992 escolares, sendo 61,3 % de moças. A maioria tinha 16-17 anos, solteiro, católico, residentes em áreas urbanas e estudante noturno (tabela 7).

**Tabela 7.**

Características demográficas, educacionais, trabalho e renda, ambiente e habitação e acesso a serviços de saúde de escolares sergipanos, por sexo - Brasil, 2011.

Variáveis	Rapazes		Moças		Todos	
	N	%	N	%	N	%
Faixa Etária						
14-15	259	35,5	470	64,5	729	18,3
16-17	759	36,7	1310	63,3	2069	51,8
18-19	526	44,1	668	55,9	1194	29,0
Cor da Pele						
Branca	320	37,8	526	62,2	846	21,2
Preta	168	51,2	160	48,8	328	8,2
Parda	1013	37,1	1715	62,9	2728	68,3
Outra	43	47,8	47	52,2	90	2,3
Estado Civil						
Solteiro	1440	40,3	2133	59,7	3573	89,5
Vivendo com parceiro	29	14,6	170	85,4	199	5,0
Outro	75	34,1	145	65,9	220	5,5
Religião						
Não tem	248	54,0	211	46,0	459	11,5
Católico	917	34,6	1733	65,4	2650	66,4
Evangélico	268	39,9	404	60,1	672	16,8
Outra	111	57,7	100	42,3	211	5,3
Situação de Domicílio						
Área Urbana	982	39,8	1484	60,2	2466	61,8
Área Rural	562	36,8	964	63,2	1526	38,2
Série de Ensino						
Médio						
1 ano	679	41,2	971	58,8	1650	41,3
2 ano	502	37,4	841	62,6	1343	33,6
3 ano	363	36,3	637	63,7	999	25,0

(Continuação...)

Turno de estudo						
Noturno	588	43,9	751	56,1	1339	33,5
Diurno	956	36,0	1697	64,0	2653	66,5
Reprovação						
Sim	871	43,7	1123	56,3	1994	49,9
Não	673	33,7	1325	66,3	1998	50,1
Escolaridade						
Materna						
Não sabia	94	43,1	124	56,9	218	5,5
Não estudou	162	35,5	294	64,5	456	11,4
Não concluiu o EF	738	36,6	1281	63,4	2019	52,3
Concluiu o EF	175	43,4	228	56,6	403	10,1
Concluiu o EM	234	38,9	367	61,1	601	15,1
Concluiu a faculdade	141	47,8	154	52,2	295	7,4
Escolaridade						
Paterna						
Não sabia	199	37,5	332	62,5	531	13,3
Não estudou	249	35,7	449	64,3	698	17,5
Não concluiu o EF	681	38,1	1107	61,9	1788	44,8
Concluiu o EF	134	39,6	204	60,4	338	8,5
Concluiu o EM	204	41,7	285	58,3	489	12,2
Concluiu a faculdade	77	52,0	71	48,0	148	3,7
Distorção Idade-Série						
Adiantado	105	31,5	228	68,5	333	8,3
Regular	444	34,2	853	65,8	1297	32,5
1 ano atraso	454	38,8	715	61,2	1169	29,3
2 anos atraso	347	43,6	448	56,4	795	19,9
3 anos atraso	160	49,1	166	50,9	326	8,2
4 anos atraso	34	47,2	38	52,8	72	1,8

(Continuação...)

Ocupação do aluno							
Não trabalha	991	33,0	2010	67,0	3001	75,2	
Estágio profissionalizante	75	46,6	86	53,4	161	4,0	
Voluntário	40	61,5	25	38,5	65	1,6	
Empregado com salário	129	57,3	96	42,7	225	5,6	
Trabalha sem carteira assinada	309	57,2	231	42,8	540	13,5	
Ocupação do Pai							
Não Trabalha	138	35,5	251	64,5	389	9,7	
Sem carteira assinada	296	38,0	483	62,0	779	7,2	
Com carteira assinada	506	42,3	690	57,7	1196	19,5	
Por conta própria	346	36,1	612	63,9	958	30,0	
No setor Público	69	38,3	111	61,7	180	24,0	
Empregador	94	46,8	107	53,2	201	4,5	
Outro	95	32,9	194	67,1	289	5,0	
Ocupação da Mãe							
Não Trabalha	546	36,7	941	63,3	1487	37,2	
Sem carteira assinada	317	40,4	467	59,6	784	19,6	
Com carteira assinada	264	43,6	341	56,4	605	15,2	
Por conta própria	74	32,3	155	67,7	229	5,7	
No setor Público	81	39,5	124	60,5	205	5,1	
Empregadora	45	47,9	49	52,1	94	2,4	
Outro	217	36,9	371	63,1	588	14,7	

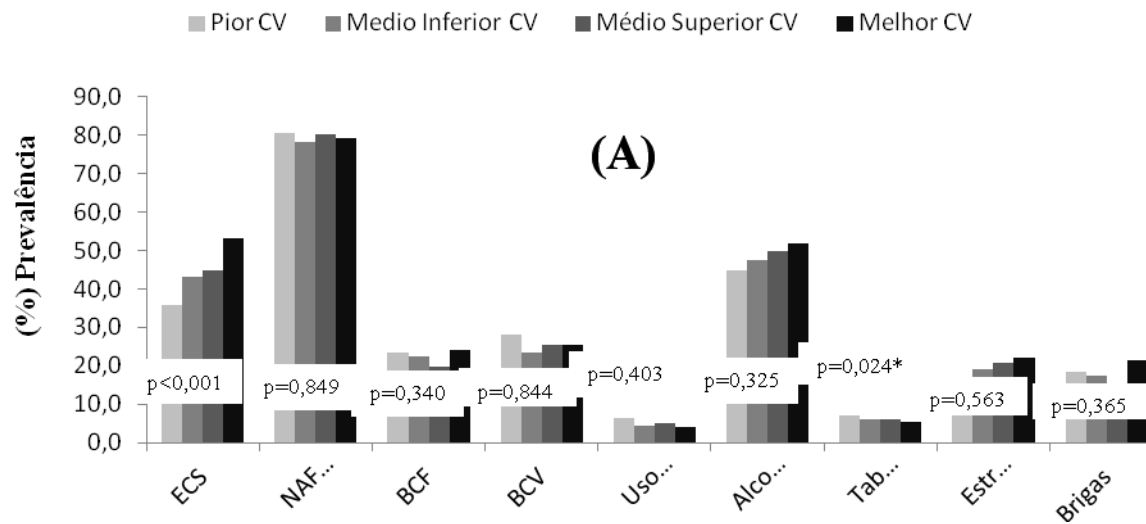


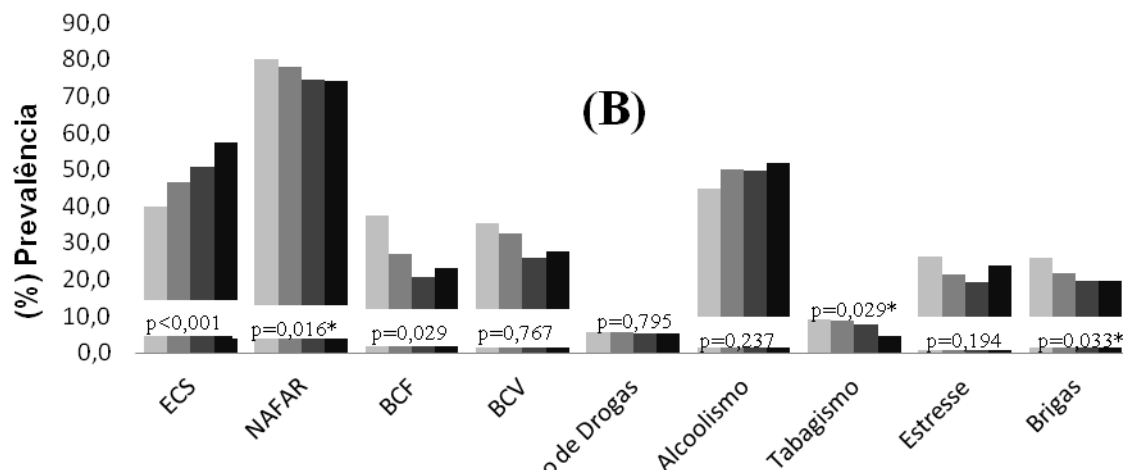
(Continuação...)

Renda Mensal (SM)	Familiar					
Até 0,5	154	31,4	336	68,6	490	12,3
0,5-1	262	33,0	531	67,0	793	19,9
1-1,5	341	36,4	597	63,6	938	23,5
1,5-2	248	40,3	368	59,7	616	15,4
2-2,5	182	42,7	244	57,3	426	10,7
≥ 2,5	329	51,2	313	48,8	642	16,1
Não sabia	28	32,2	59	67,8	87	2,2
Principal Fonte de Renda Familiar						
Trabalho pai/mãe	1004	42,0	1386	58,0	2390	59,9
Aposentadoria	210	38,3	338	61,7	548	13,7
Pensão	54	39,7	82	60,3	136	3,4
Bolsa Família	160	27,6	419	72,4	579	14,5
Outro	116	34,2	223	65,8	339	8,5

SM= Salário Mínimo; EF= Ensino Fundamental; EM=Ensino Médio.

A figura 2 mostra a distribuição das condutas de risco à saúde por *quartil* de ICVS, segundo local de residência. Na área rural (figura 2A), verificou-se aumento ESB e redução do tabagismo com a melhoria do ICVS. Na área urbana (figura 2B), observou-se aumento do ECS e redução no NAFAR, baixo consumo de frutas, tabagismo e envolvimento em brigas com o aumento do ICVS.





**Figura 2.** Prevalência de condutas de risco à saúde, segundo Índice de Condições de Vida e Saúde (ICVS). Áreas Rurais (A), Áreas Urbanas (B). BCF=Baixo Consumo de Frutas; BCV=Baixo Consumo de Verduras; ECS=Exposição ao Comportamento Sedentário; NAFAR=Nive

As tabelas 8 e 10 mostram a associação bruta entre condutas de saúde e os domínios de condições de vida, por situação de domicílio. Em adolescentes residentes em áreas urbanas, a pior condição no domínio educação associou-se a ECS e a exposição ao tabagismo, enquanto a melhor condição esteve relacionada ao uso de drogas, consumo de álcool e envolvimento em brigas.

Em áreas rurais, a pior condição no domínio educação esteve relacionada à ECS e a exposição ao tabagismo, por outro lado, a melhor condição neste domínio associou-se ao uso de drogas e ao consumo de álcool.

A pior condição no domínio trabalho/renda associou-se à ECS, baixo consumo de frutas e de verduras, uso de drogas e consumo de álcool em residentes de áreas urbanas. Em áreas rurais, as condutas de risco à saúde do adolescente não se mostraram associadas ao domínio trabalho e renda.

A ECS, o baixo consumo de frutas/verduras e o tabagismo mostraram-se associados à pior condição no domínio ambiente e habitação. O envolvimento em brigas esteve associado à melhor condição, em residentes de áreas urbanas.

Não foi observada associação entre as condutas de risco à saúde dos adolescentes sergipanos de áreas rurais com o domínio ambiente e habitação. O baixo consumo de frutas e de verduras foi associado a pior condição no domínio saúde em áreas urbanas. A ECS, o baixo consumo de frutas e a exposição ao tabagismo estiveram negativamente associados ao ICVS nos residentes de áreas urbanas. Já em áreas rurais somente a ECS mostrou associada ao Índice de Condições de Vida e de Saúde.

Após ajustar às variáveis de confusão (tabela 9 e 11) com  $p \leq 0,20$ , verificou-se que, em áreas urbanas, a ECS e a exposição ao tabagismo estiveram associados a pior condição no domínio educação, já o consumo de

álcool e o envolvimento em brigas mostraram-se positivamente associados. Por outro lado, em residentes de áreas rurais, o uso de drogas relacionou-se positivamente e a exposição ao tabagismo negativamente nos jovens.

A pior condição no domínio trabalho/renda mostrou associação com a ECS, baixo consumo de frutas/verduras e consumo de álcool em residentes de áreas sergipanas urbanas. A ECS, baixo consumo de frutas/verduras, exposição ao tabagismo e autoavaliação positiva do estresse associaram-se positivamente ao domínio ambiente e habitação, enquanto que, o envolvimento em brigas relacionou-se negativamente em adolescentes de áreas urbanas.

Na pior condição do domínio saúde, somente o baixo consumo de frutas/verduras mostrou-se associado nos adolescentes de áreas urbanas. Estar na pior condição no ICVS, associa-se a ECS, baixo consumo de frutas e tabagismo, em residentes em áreas rurais; mas nas áreas urbanas somente a ECS.

*EM RESUMO:* Este segundo tópico mostra a associação entre condutas de saúde e índice de condições de vida e de saúde em adolescentes residentes em áreas rurais e urbanas no estado de Sergipe, Brasil. A descoberta revela elevadas prevalências nas condutas de risco à saúde e que o pior índice geral de condição de vida esteve negativamente associado à ECS, baixo consumo de frutas e tabagismo em adolescentes de áreas urbanas, e ao ECS em jovens de áreas rurais. Além deste aspecto, verificou-se que os domínios de condições de vida explicaram várias condutas de risco à saúde observada apenas nos escolares residentes em áreas urbanas.

A relevância deste estudo se dá na tentativa de conhecer um pouco mais sobre a relação do risco à saúde de adolescentes haja vista o agrupamento de vários indicadores de condições de vida selecionados como variável explicativa, sugerindo a possibilidade de

crescimento, de forma exponencial, dos problemas de saúde desses jovens. Além disso, não se conhece estudo realizado no Brasil que buscou associar um ICVS, variável explicativa, às condutas de risco à saúde, desfecho. Conhecem-se apenas investigações que usaram a combinação de condutas de risco à saúde como desfecho (FARIAS JÚNIOR et al., 2009).

**Tabela 8.**

Análises de regressão Poisson bruta da associação entre domínios de condições de vida e condutas de saúde em adolescentes residentes em área urbana. Sergipe, Brasil, 2011.

Domínios	Condutas de Risco à Saúde								
	NAFAR	ECS	BCF	BCV	Uso de Drogas	Alcool	Tabagismo	Estresse	Brigas
Educação									
Pior CV	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Q2	0,97 (0,84-1,10)	0,90 (0,86-0,95)	0,86 (0,72-1,03)	1,00 (0,85-1,19)	1,01 (0,99-1,04)	1,04 (0,99-1,10)	0,65 (0,44-0,96)	0,97 (0,76-1,26)	1,02 (0,97-1,06)
Q3	0,94 (0,83-1,08)	0,90 (0,85-0,95)	1,01 (0,84-1,20)	1,11 (0,94-1,32)	1,02 (0,99-1,05)	1,10 (1,05-1,17)	0,52 (0,35-0,78)	1,00 (0,78-1,28)	1,04 (0,99-1,09)
Melhor CV	0,97 (0,85-1,10)	0,83 (0,79-0,88)	0,84 (0,70-1,01)	1,05 (0,88-1,24)	1,04 (1,02-1,07)	1,20 (1,14-1,27)	0,36 (0,23-0,55)	0,95 (0,75-1,21)	1,11 (1,06-1,16)
p-valor	0,849	<0,001*	0,105	0,621	0,011*	<0,001*	<0,001*	0,977	<0,001*
Trabalho/ Renda									
Pior CV	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Q2	1,01 (0,88-1,16)	1,05 (1,00-1,11)	1,02 (0,86-1,21)	0,82 (0,70-0,97)	0,98 (0,96-1,01)	0,95 (0,90-0,99)	1,01 (0,61-1,66)	0,91 (0,70-1,19)	0,99 (0,95-1,03)
Q3	0,94 (0,82-1,08)	0,99 (0,93-1,04)	0,99 (0,83-1,19)	0,85 (0,72-1,01)	0,96 (0,94-0,99)	0,92 (0,87-0,97)	1,36 (0,87-2,13)	1,00 (0,78-1,28)	0,98 (0,94-1,03)
Melhor CV	0,95 (0,83-1,08)	0,91 (0,86-0,96)	0,79 (0,66-0,95)	0,76 (0,64-0,91)	0,97 (0,95-0,99)	0,90 (0,85-0,96)	1,36 (0,88-2,11)	0,99 (0,78-1,26)	0,99 (0,94-1,03)
p-valor	0,600	<0,001*	0,036*	0,014*	0,026*	0,002*	0,295	0,878	0,824
Ambiente/ Habitação									
Pior CV	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Q2	0,99 (0,83-1,18)	1,01 (0,96-1,06)	1,10 (0,94-1,28)	1,07 (0,92-1,24)	1,00 (0,98-1,02)	1,03 (0,98-1,08)	0,34 (0,21-0,54)	0,66 (0,48-0,90)	0,99 (0,95-1,03)
Q3	0,94 (0,79-1,10)	0,99 (0,93-1,05)	1,01 (0,84-1,22)	1,09 (0,92-1,31)	1,01 (0,98-1,03)	0,99 (0,93-1,05)	0,28 (0,19-0,43)	0,73 (0,55-0,97)	0,96 (0,92-1,01)
Melhor CV	0,92 (0,77-1,10)	0,90 (0,83-0,97)	0,75 (0,59-0,97)	0,79 (0,62-0,99)	1,03 (0,99-1,06)	1,07 (0,99-1,15)	0,38 (0,25-0,58)	0,76 (0,57-1,02)	1,10 (1,04-1,17)
p-valor	0,630	0,017*	0,023*	0,049*	0,445	0,176	<0,001*	0,071	0,001*
Saúde									
Pior CV	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Q2	1,03 (0,91-1,18)	1,03 (0,97-1,09)	0,74 (0,62-0,89)	0,86 (0,73-1,02)	1,00 (0,98-1,03)	1,01 (0,95-1,06)	0,70 (0,46-1,07)	1,09 (0,85-1,40)	0,97 (0,93-1,02)
Q3	1,03 (0,91-1,17)	0,99 (0,94-1,05)	0,79 (0,66-0,95)	0,93 (0,78-1,11)	0,99 (0,96-1,02)	0,98 (0,93-1,04)	0,73 (0,49-1,10)	1,01 (0,79-1,30)	0,97 (0,93-1,02)
Melhor CV	0,99 (0,87-1,13)	0,98 (0,93-1,04)	0,70 (0,59-0,84)	0,72 (0,61-0,85)	0,99 (0,97-1,02)	1,02 (0,97-1,08)	0,74 (0,50-1,10)	1,08 (0,85-1,37)	0,97 (0,93-1,01)
p-valor	0,905	0,375	0,001*	0,002*	0,794	0,559	0,275	0,852	0,535
ICVS									
Pior CV	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Q2	1,01 (0,96-1,05)	0,93 (0,89-0,98)	1,06 (0,90-1,25)	1,03 (0,88-1,21)	1,00 (0,98-1,03)	1,02 (0,97-1,07)	0,77 (0,50-1,18)	0,82 (0,62-1,08)	1,00 (0,96-1,04)
Q3	1,04 (0,99-1,09)	0,90 (0,85-0,95)	0,92 (0,76-1,09)	0,93 (0,79-1,10)	1,01 (0,99-1,04)	1,02 (0,96-1,07)	0,69 (0,45-1,06)	0,73 (0,55-0,97)	1,02 (0,98-1,07)
Melhor CV	1,06 (1,01-1,12)	0,84 (0,79-0,90)	0,71 (0,57-0,87)	0,85 (0,69-1,04)	1,01 (0,98-1,04)	1,07 (1,00-1,14)	0,40 (0,25-0,63)	0,92 (0,71-1,19)	1,06 (1,01-1,12)
p-valor	0,094	<0,001*	0,002*	0,240	0,795	0,237	0,001*	0,097	0,114

CV=condições de vida; NAFAR=nível de atividade física abaixo das recomendações; ECS=exposição a comportamento sedentário; ICVS=Índice de Condições de Vida e Saúde.

**Tabela 9.** Análises de regressão Poisson ajustada da associação nos domínios de condições de vida e condutas de saúde em adolescentes residentes em área urbana, Sergipe, Brasil, 2011.

Domínios	Condutas de Risco à Saúde								
	NAFAR <sup>1</sup>	ECS <sup>2</sup>	BCF <sup>1</sup>	BCV <sup>3</sup>	Drogas <sup>3</sup>	Alcool <sup>4</sup>	Tabagismo <sup>3</sup>	Estresse	Brigas <sup>3</sup>
Educação									
Pior CV	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Q2	0,96 (0,84-1,10)	0,91 (0,86-0,96)	0,87 (0,73-1,03)	0,96 (0,81-1,14)	1,01 (0,98-1,03)	1,01 (0,96-1,07)	0,68 (0,46-1,00)	0,96 (0,75-1,24)	1,01 (0,97-1,06)
Q3	0,94 (0,82-1,07)	0,91 (0,85-0,96)	1,01 (0,84-1,21)	1,03 (0,85-1,25)	1,01 (0,98-1,04)	1,04 (0,98-1,11)	0,54 (0,35-0,84)	0,98 (0,76-1,25)	1,03 (0,99-1,08)
Melhor CV	0,96 (0,84-1,09)	0,84 (0,79-0,90)	0,85 (0,71-1,02)	0,99 (0,81-1,21)	1,02 (0,99-1,06)	1,12 (1,05-1,20)	0,36 (0,21-0,60)	0,92 (0,73-1,25)	1,09 (1,04-1,14)
p-valor	0,003*	<0,001*	0,127	0,885	0,434	0,003*	0,001*	0,922	0,001*
Trabalho/Renda									
Pior CV	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Q2	1,02 (0,89-1,17)	1,05 (1,00-1,11)	1,01 (0,85-1,20)	0,82 (0,70-0,97)	0,98 (0,96-1,01)	0,95 (0,90-1,00)	0,96 (0,58-1,58)	0,94 (0,72-1,22)	0,99 (0,95-1,04)
Q3	0,96 (0,84-1,10)	0,98 (0,93-1,03)	0,97 (0,81-1,16)	0,84 (0,70-0,99)	0,97 (0,94-0,99)	0,92 (0,87-0,97)	1,19 (0,76-1,87)	1,07 (0,84-1,37)	0,99 (0,95-1,04)
Melhor CV	0,98 (0,86-1,11)	0,90 (0,85-0,95)	0,76 (0,63-0,91)	0,73 (0,61-0,88)	0,97 (0,95-1,00)	0,90 (0,85-0,97)	1,19 (0,72-1,75)	1,08 (0,85-1,38)	1,01 (0,96-1,06)
p-valor	0,004*	<0,001*	0,012*	0,005*	0,052	0,001*	0,756	0,668	0,902
Ambiente/Habitação									
Pior CV	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Q2	0,98 (0,82-1,17)	1,01 (0,96-1,06)	1,09 (0,93-1,28)	1,06 (0,91-1,23)	1,00 (0,98-1,02)	1,02 (0,98-1,07)	0,38 (0,24-0,60)	0,64 (0,47-0,88)	0,99 (0,95-1,03)
Q3	0,93 (0,79-1,10)	0,99 (0,94-1,05)	1,01 (0,83-1,21)	1,09 (0,91-1,30)	1,00 (0,98-1,03)	0,98 (0,93-1,04)	0,31 (0,20-0,46)	0,72 (0,54-0,95)	0,97 (0,92-1,01)
Melhor CV	0,92 (0,77-1,09)	0,90 (0,84-0,97)	0,76 (0,59-0,97)	0,78 (0,61-0,98)	1,02 (0,99-1,06)	1,05 (0,97-1,13)	0,42 (0,28-0,64)	0,75 (0,56-1,01)	1,10 (1,03-1,17)
p-valor	0,641	0,027*	0,027*	0,040*	0,603	0,278	<0,001*	0,046*	0,001*
Saúde									
Pior CV	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Q2	1,02 (0,90-1,17)	1,03 (0,98-1,09)	0,74 (0,62-0,89)	0,86 (0,72-1,01)	1,00 (0,97-1,02)	1,00 (0,95-1,06)	0,77 (0,50-1,18)	1,06 (0,83-1,36)	0,97 (0,93-1,01)
Q3	1,02 (0,90-1,16)	0,99 (0,94-1,05)	0,79 (0,66-0,95)	0,92 (0,77-1,09)	0,99 (0,96-1,01)	0,97 (0,92-1,03)	0,81 (0,54-1,22)	0,98 (0,77-1,26)	0,97 (0,93-1,01)
Melhor CV	0,98 (0,86-1,11)	0,99 (0,94-1,05)	0,71 (0,59-0,85)	0,71 (0,60-0,85)	0,99 (0,96-1,01)	1,01 (0,95-1,06)	0,86 (0,57-1,28)	1,04 (0,82-1,32)	0,96 (0,92-1,00)
p-valor	0,003*	0,503	0,038*	0,001*	0,558	0,638	0,624	0,910	0,296
ICVS									
Pior CV	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Q2	1,01 (0,97-1,05)	0,94 (0,90-0,99)	1,06 (0,90-1,25)	1,00 (0,86-1,17)	0,99 (0,97-1,02)	0,99 (0,94-1,04)	0,79 (0,51-1,21)	0,82 (0,62-1,09)	0,99 (0,95-1,04)
Q3	1,04 (1,00-1,09)	0,91 (0,86-0,96)	0,92 (0,76-1,09)	0,88 (0,74-1,04)	1,00 (0,97-1,02)	0,96 (0,91-1,02)	0,72 (0,46-1,12)	0,74 (0,56-0,98)	1,02 (0,97-1,06)
Melhor CV	1,06 (1,00-1,12)	0,86 (0,80-0,92)	0,70 (0,57-0,87)	0,78 (0,63-0,96)	0,99 (0,96-1,02)	0,99 (0,93-1,06)	0,43 (0,27-0,70)	0,92 (0,71-1,19)	1,06 (1,01-1,18)
p-valor	0,106	<0,001*	0,002*	0,059	0,851	0,608	0,006*	0,118	0,103

<sup>1</sup>ajustado para o sexo; <sup>2</sup>ajustado para o sexo e idade; <sup>3</sup>ajustado para o sexo, idade e cor da pele; <sup>4</sup>ajustado para a idade e cor da pele; <sup>5</sup>ajustado para o sexo e cor da pele; CV=condições de vida; NAFAR=nível de atividade física abaixo das recomendações; ECS=exposição a comportamento sedentário;



**Tabela 10.**

Análises de regressão Poisson bruta da associação entre domínios de condições de vida e condutas de saúde em adolescentes residentes em área rural. Sergipe, Brasil, 2011.

Domínios	Condutas de Risco à Saúde								
	NAFAR	ECS	BCF	BCV	Uso de Drogas	Alcool	Tabagismo	Estresse	Brigas
<b>Educação</b>									
Pior CV	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Q2	0,96 (0,80-1,14)	0,88 (0,69-1,10)	0,99 (0,71-1,38)	0,96 (0,70-1,32)	1,30 (0,47-3,59)	1,03 (0,82-1,30)	0,61 (0,38-0,99)	0,86 (0,64-1,18)	0,88 (0,60-1,29)
Q3	0,98 (0,83-1,16)	0,75 (0,60-0,94)	0,80 (0,58-1,11)	0,98 (0,73-1,32)	2,18 (0,88-5,41)	1,09 (0,87-1,35)	0,41 (0,23-0,76)	0,91 (0,66-1,26)	0,90 (0,63-1,30)
Melhor CV	0,97 (0,82-1,15)	0,74 (0,59-0,93)	1,03 (0,75-1,40)	1,07 (0,80-1,44)	4,41 (1,88-10,3)	1,31 (1,06-1,62)	0,42 (0,21-0,81)	1,02 (0,73-1,42)	1,13 (0,80-1,60)
p-valor	0,969	0,027*	0,329	0,862	<0,001*	0,024*	0,005*	0,739	0,399
<b>Trabalho/ Renda</b>									
Pior CV	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Q2	1,05 (0,87-1,26)	1,00 (0,78-1,28)	0,85 (0,61-1,20)	0,95 (0,69-1,32)	0,77 (0,38-1,53)	0,97 (0,78-1,19)	1,08 (0,63-1,85)	1,15 (0,85-1,56)	0,79 (0,55-1,15)
Q3	1,06 (0,89-1,26)	0,98 (0,77-1,23)	0,79 (0,57-1,09)	1,10 (0,82-1,48)	0,79 (0,42-1,52)	0,83 (0,68-1,02)	0,83 (0,45-1,56)	1,04 (0,75-1,46)	0,88 (0,63-1,25)
Melhor CV	1,06 (0,90-1,26)	0,87 (0,69-1,10)	1,07 (0,79-1,44)	1,01 (0,76-1,36)	0,92 (0,50-1,68)	0,87 (0,72-1,06)	1,66 (0,98-2,84)	1,22 (0,88-1,71)	0,75 (0,53-1,05)
p-valor	0,907	0,547	0,155	0,798	0,843	0,251	0,124	0,624	0,374
<b>Ambiente/ Habitação</b>									
Pior CV	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Q2	1,14 (0,83-1,58)	1,00 (0,67-1,50)	0,78 (0,43-1,43)	0,80 (0,47-1,38)	3,42 (0,45-25,9)	1,19 (0,79-1,78)	1,27 (0,78-2,05)	1,00 (0,75-1,34)	0,66 (0,35-1,24)
Q3	1,11 (0,81-1,58)	0,90 (0,60-1,34)	1,21 (0,69-2,13)	1,13 (0,67-1,88)	4,33 (0,59-32,0)	1,06 (0,71-1,58)	1,03 (0,58-1,83)	1,07 (0,78-1,48)	0,92 (0,51-1,66)
Melhor CV	1,10 (0,81-1,49)	0,81 (0,55-1,18)	0,94 (0,55-1,62)	0,90 (0,55-1,47)	2,98 (0,41-21,7)	1,19 (0,81-1,74)	1,40 (0,56-3,52)	1,06 (0,59-1,90)	0,85 (0,48-1,49)
p-valor	0,876	0,189	0,080	0,147	0,309	0,509	0,732	0,973	0,389
<b>Saúde</b>									
Pior CV	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Q2	0,98 (0,83-1,17)	0,76 (0,60-0,97)	0,87 (0,62-1,22)	0,97 (0,70-1,32)	0,74 (0,37-1,46)	0,87 (0,71-1,08)	0,83 (0,47-1,46)	1,03 (0,74-1,43)	0,81 (0,57-1,15)
Q3	0,98 (0,83-1,15)	0,85 (0,69-1,06)	0,89 (0,65-1,23)	1,06 (0,79-1,42)	0,93 (0,51-1,71)	0,95 (0,78-1,16)	1,18 (0,68-2,03)	1,10 (0,78-1,54)	0,70 (0,49-0,98)
Melhor CV	0,97 (0,83-1,14)	0,89 (0,72-1,10)	1,26 (0,94-1,68)	1,25 (0,95-1,65)	0,92 (0,51-1,67)	0,91 (0,75-1,10)	0,98 (0,55-1,72)	1,32 (0,96-1,81)	0,84 (0,61-1,16)
p-valor	0,986	0,165	0,043*	0,226	0,850	0,611	0,705	0,327	0,223
<b>ICVS</b>									
Pior CV	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Q2	1,01 (0,81-1,27)	0,84 (0,64-1,12)	0,82 (0,54-1,25)	1,00 (0,67-1,48)	1,30 (0,50-3,39)	1,05 (0,79-1,39)	0,87 (0,53-1,42)	1,12 (0,84-1,49)	0,70 (0,44-1,11)
Q3	0,99 (0,80-1,22)	0,81 (0,62-1,05)	0,93 (0,63-1,37)	0,93 (0,64-1,35)	1,08 (0,43-2,73)	1,10 (0,84-1,43)	0,86 (0,49-1,53)	1,21 (0,88-1,67)	0,81 (0,54-1,23)
Melhor CV	1,02 (0,83-1,24)	0,67 (0,52-0,87)	0,97 (0,68-1,40)	1,11 (0,79-1,58)	1,61 (0,69-3,79)	1,15 (0,89-1,48)	0,77 (0,36-1,64)	1,28 (0,87-1,89)	0,87 (0,59-1,28)
p-valor	0,983	0,012*	0,734	0,522	0,434	0,652	0,873	0,508	0,457

CV=condições de vida; NAFAR=nível de atividade física abaixo das recomendações; ECS=exposição a comportamento sedentário; ICVS=Índice de Condições de Vida e Saúde.

**Tabela 11.**

Análises de regressão Poisson ajustada da associação entre domínios de condições de vida e condutas de saúde em adolescentes residentes em área rural, Sergipe, Brasil, 2011.

Domínios	Condutas de Risco à Saúde								
	NAFAR <sup>1</sup>	ECS <sup>2</sup>	BCF <sup>1</sup>	BCV <sup>1</sup>	Uso de Drogas <sup>2</sup>	Alcool <sup>2</sup>	Tabagismo <sup>1</sup>	Estresse <sup>3</sup>	Brigas <sup>2</sup>
Educação									
Pior CV	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Q2	0,96 (0,80-1,15)	0,89 (0,70-1,13)	0,99 (0,71-1,37)	0,96 (0,70-1,31)	1,36 (0,49-3,79)	0,99 (0,78-1,25)	0,68 (0,41-1,10)	0,84 (0,62-1,15)	0,97 (0,65-1,43)
Q3	0,98 (0,83-1,16)	0,78 (0,61-1,00)	0,79 (0,57-1,09)	0,96 (0,71-1,30)	2,35 (0,89-6,20)	1,01 (0,80-1,28)	0,47 (0,26-0,86)	0,86 (0,62-1,19)	1,12 (0,76-1,67)
Melhor CV	0,99 (0,84-1,17)	0,80 (0,61-1,04)	0,99 (0,73-1,35)	1,02 (0,76-1,37)	4,59 (1,75-12,0)	1,19 (0,93-1,52)	0,48 (0,25-0,94)	0,98 (0,70-1,37)	1,46 (0,97-2,20)
p-valor	0,969	0,227	0,359	0,961	0,001*	0,219	0,030*	0,649	0,132
Trabalho/ Renda									
Pior CV	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Q2	1,02 (0,85-1,23)	0,93 (0,73-1,20)	0,90 (0,64-1,27)	1,02 (0,73-1,41)	0,86 (0,43-1,73)	0,99 (0,80-1,23)	0,97 (0,56-1,67)	1,19 (0,88-1,62)	0,84 (0,58-1,22)
Q3	1,03 (0,87-1,23)	0,91 (0,72-1,15)	0,83 (0,60-1,16)	1,18 (0,88-1,60)	0,89 (0,46-1,71)	0,85 (0,69-1,05)	0,72 (0,39-1,36)	1,09 (0,78-1,53)	0,96 (0,68-1,35)
Melhor CV	1,03 (0,86-1,22)	0,79 (0,62-1,00)	1,16 (0,86-1,58)	1,13 (0,84-1,52)	1,08 (0,58-2,00)	0,90 (0,74-1,10)	1,23 (0,71-2,12)	1,41 (1,00-1,99)	0,85 (0,60-1,21)
p-valor	0,989	0,208	0,110	0,621	0,877	0,351	0,451	0,244	0,712
Ambiente/ Habitação									
Pior CV	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Q2	1,11 (0,80-1,54)	0,93 (0,62-1,40)	0,83 (0,46-1,52)	0,87 (0,50-1,49)	3,78 (0,50-28,8)	1,23 (0,82-1,85)	1,24 (0,77-2,01)	0,99 (0,74-1,33)	0,72 (0,38-1,37)
Q3	1,09 (0,79-1,49)	0,84 (0,56-1,26)	1,27 (0,73-2,24)	1,20 (0,72-2,24)	4,59 (0,62-34,0)	1,09 (0,73-1,63)	1,04 (0,58-1,85)	1,04 (0,76-1,44)	1,00 (0,55-1,81)
Melhor CV	1,07 (0,79-1,46)	0,76 (0,52-1,17)	0,99 (0,58-1,72)	0,96 (0,59-1,58)	3,12 (0,43-22,8)	1,22 (0,83-1,79)	1,14 (0,45-2,86)	1,13 (0,63-2,04)	0,94 (0,53-1,66)
p-valor	0,924	0,188	0,088	0,170	0,271	0,488	0,850	0,973	0,453
Saúde									
Pior CV	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Q2	0,99 (0,83-1,17)	0,77 (0,61-0,99)	0,86 (0,61-1,21)	0,95 (0,69-1,30)	0,72 (0,37-1,43)	0,86 (0,70-1,07)	0,91 (0,51-1,60)	1,00 (0,72-1,38)	0,79 (0,56-1,13)
Q3	0,98 (0,83-1,15)	0,88 (0,70-1,09)	0,89 (0,64-1,22)	1,04 (0,78-1,40)	0,88 (0,48-1,62)	0,93 (0,76-1,13)	1,28 (0,74-2,21)	1,09 (0,77-1,53)	0,70 (0,50-0,99)
Melhor CV	0,99 (0,84-1,16)	0,93 (0,75-1,16)	1,22 (0,91-1,63)	1,20 (0,91-1,59)	0,84 (0,46-1,53)	0,88 (0,76-1,13)	1,12 (0,64-1,98)	1,28 (0,93-1,76)	0,81 (0,59-1,12)
p-valor	0,997	0,193	0,067	0,358	0,827	0,500	0,675	0,397	0,226
ICVS									
Pior CV	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Q2	1,01 (0,81-1,26)	0,85 (0,64-1,13)	0,83 (0,54-1,26)	1,00 (0,68-1,49)	1,22 (0,47-3,18)	1,02 (0,76-1,36)	0,89 (0,55-1,46)	1,10 (0,83-1,47)	0,74 (0,46-1,18)
Q3	0,98 (0,80-1,21)	0,82 (0,62-1,07)	0,94 (0,64-1,38)	0,94 (0,65-1,37)	0,96 (0,37-2,44)	1,05 (0,80-1,37)	0,86 (0,49-1,53)	1,21 (0,88-1,67)	0,91 (0,60-1,39)
Melhor CV	1,01 (0,83-1,24)	0,69 (0,53-0,90)	0,98 (0,68-1,40)	1,12 (0,79-1,59)	1,31 (0,54-3,17)	1,07 (0,82-1,39)	0,76 (0,36-1,61)	1,29 (0,87-1,90)	1,01 (0,67-1,51)
p-valor	0,978	0,040*	0,741	0,552	0,713	0,948	0,876	0,502	0,390

<sup>1</sup>ajustado para o sexo; <sup>2</sup> ajustado para o sexo e idade; <sup>3</sup> ajustado para o sexo e cor da pele; CV=condições de vida; NAFAR=nível de atividade física abaixo das recomendações; ECS=Exposição ao Comportamento Sedentário;

Apesar de não encontrar na literatura pesquisas que analisassem variáveis de condições de vida agrupadas, investigações conduzidas no Brasil e em outros países mostraram a relação entre indicadores isolados de condições de vida e condutas de saúde. No presente estudo, o NAFAR apresentou elevada prevalência e mostrou tendência de associação com os domínios educação e trabalho e renda em residentes de áreas urbanas. Evidências mostram que não atender as recomendações internacionais à prática de atividades físicas está relacionado a diversos indicadores de risco à saúde em crianças e jovens (JANSEN, LEBLANC, 2010, STRONG et al., 2005). Constantes pesquisas e revisões sistemáticas apontam com alguma ênfase para a relação positiva da NAFAR e da não participação em prática esportiva em moças, jovens mais velhos, baixo nível educacional e ocupacional dos escolares e de seus pais (SALONNA, 2008; HOSRT et al., 2007). Tais resultados parecem apontar para a relação de aspectos de condições de vida com o NAFAR, sugerindo maior aprofundamento nas pesquisas que agreguem mais de uma variável que busquem explicar esta evidência.

Outro importante achado do estudo foi que os adolescentes com piores condições de vida apresentaram maior ECS nos domínios educação, trabalho e renda, ambiente e habitação e no ICVS em residentes de áreas urbanas. Estudo de revisão sistemática apresentou forte associação da ECS com a saúde física e psicossocial (TREMBLAY et al., 2011). Além disso, crianças e adolescentes ECS e ao NAFAR apresentaram, de forma independente, maior probabilidade em aumentar o risco de SO (PATRICK et al., 2004; LIORET et al., 2007; VELDE et al., 2007).

O baixo consumo de frutas e o baixo consumo de verduras foram associados negativamente aos domínios trabalho e renda, ambiente e habitação e saúde somente em jovens residentes em áreas urbanas. Em estudo conduzido com escolares chineses verificou-se que residir em áreas urbanas e compor o maior nível socioeconômico foi positivamente associado com o consumo de alimento com maior valor energético e carne

vermelha; além disso, também foi verificada maior prevalência no consumo de frutas e vegetais neste subgrupo populacional (SHI et al., 2005). Em Santa Catarina, o baixo consumo de frutas e verduras associou-se aos rapazes, residir em áreas urbanas e a maior renda mensal familiar (FARIAS JÚNIOR et al., 2009). Contrariamente, na Lituânia foi encontrado baixo consumo diário de frutas em escolares, principalmente nos residentes em áreas rurais e elevada com o maior nível socioeconômico, por outro lado, o consumo de verduras mostrou-se elevado nos rapazes de ambas às áreas e classe socioeconômica (ZABORSKIS et al., 2012). Em Indiana o consumo de frutas e verduras esteve inversamente associado ao consumo de carne e diretamente com o consumo de lanches saudáveis e com o alimento preparado em casa (STASER et., 2005). Em recente revisão sistemática foi encontrada que a alimentação dos pais mostrou-se positivamente associada ao consumo de frutas e verduras dos adolescentes, a ocupação dos pais com o consumo de frutas e a educação dos pais com frutas, verduras e suco dos adolescentes (PEARSON et al., 2008). Estes resultados nos mostram que as evidências ainda não estão claras, talvez seja em virtude dos instrumentos de medidas usados, da diferença cultural dos países e/ou da análise isolada de variáveis de condições de vida, sugerindo análise com indicadores agrupados.

O uso de drogas foi positivamente associado ao domínio educação em residentes de áreas rurais. Corroborando com estes resultados, o uso de drogas associou-se ao menor nível educacional e ocupacional nos rapazes e, para as moças, foi associado com o maior nível educacional e ocupacional de seus pais (SALONNA, 2008). No estado de Santa Catarina o consumo de drogas ilícitas foi mais evidente entre os rapazes, residentes em áreas urbanas, estudante do turno noturno e com menor renda familiar mensal (FARIAS JÚNIOR et al., 2009). Na cidade de Cuiabá foi verificado que o uso recente de drogas foi associado ao sexo masculino, aos mais velhos, com menor escolaridade de seus responsáveis e entre os adolescentes com defasagem escolar (SOUZA et al, 2007). Tais achados sugerem que os aspectos

educacionais dos jovens e de seus pais podem influenciar diretamente nesta conduta de saúde.

O consumo de álcool esteve relacionado à melhor condição no domínio educação e com a pior condição no domínio trabalho e renda em residentes em áreas urbanas. O tabagismo mostrou associação negativa com o domínio ambiente e habitação em adolescentes de áreas urbanas e com o melhor nível no domínio educação em residentes de ambas as áreas. Estudo realizado em 22 países da Europa mostrou que a pior condição de saúde e a maior prevalência da mortalidade foram mais evidentes entre os grupos com baixa condição socioeconômica. A variação entre os países pode ser atribuída em parte ao tabagismo ou ao consumo de álcool ou falta de assistência médica (MACKENBACH et al., 2008).

Em pesquisa longitudinal conduzida com adolescentes verificou-se que, após quatro anos de seguimento, o tabagismo apresentou associação inversa com a posição socioeconômica em rapazes, mas não em moças; já o consumo de álcool foi mais evidente entre moças com elevado nível educacional e filhas de pais com maiores níveis educacionais e ocupacionais (SALONNA, 2008). O estudo conduzido na cidade de Cuiabá mostrou que, entre adolescentes trabalhadores, o consumo de álcool associou-se ao sexo masculino, maior idade, menor nível econômico, maior escolaridade dos pais, aos com maior absenteísmo nas aulas e com defasagem escolar. O tabagismo associou-se a maior idade e ao menor nível econômico (SOUZA et al, 2007).

Estudo de revisão visando avaliar métodos aplicados sobre a posição socioeconômica e desfecho de tabagismo mostrou que o nível educacional, a renda familiar e a ocupação apresentaram associação com o tabagismo em adultos (SCHAAP, KUNST, 2009). Consumir álcool recentemente foi menor entre adolescentes com mãe de maior nível educacional, enquanto que o uso do tabaco foi maior para a menor posição socioeconômica (MELOTTI et al., 2011). Jovem com menor educação tende ser fumante, fumar mais cigarros e apresentar menor possibilidade de

abandono do cigarro, por outro lado, a desigualdade de renda não foi associada a estas variáveis (NAGELHOUT et al., 2012).

Em revisão sistemática conduzida com adolescentes da América Latina foi verificado que o hábito de fumar de irmãos e amigos, o baixo rendimento escolar, a idade mais avançada, o sexo masculino, o trabalho remunerado e a separação dos pais também foram identificados como fatores de risco para o tabagismo (MALCON et al., 2003). Entretanto, em revisão sistemática realizada na África foi verificado que o *status* socioeconômico e as diferenças rurais e urbanas necessitam de mais estudos (TOWNSEND et al., 2006). Além disso, sugerem-se também mais publicações em relação à agregação de indicadores de condições de vida na explicação de condutas da saúde.

A autoavaliação do estresse foi menos prevalente entre os jovens com maiores condições de vida (CV) no domínio ambiente e habitação. O envolvimento em brigas foi superior nos domínios educação e ambiente e habitação para os jovens com melhores condições de vida, somente em residentes em áreas urbanas. FARIAS JÚNIOR et al., (2009) não encontrou relação do envolvimento em brigas com alguns indicadores educacionais, somente com os rapazes.

Os resultados deste estudo permitem concluir que piores condições em indicadores de condições de vida agregados podem determinar condutas de risco à saúde, em escolares do ensino médio, no estado de Sergipe, Brasil, 2011. Tais achados sugerem que, intervenções no campo da saúde pública, quanto à mudança de comportamentos de risco à saúde em adolescentes, possam também dar mais atenção a estes aspectos.

#### 4.4 HÁBITOS ALIMENTARES, ATIVIDADE FÍSICA, COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO E OBESIDADE EM ADOLESCENTES. SERGIPE, BRASIL.

Para análise deste tópico participaram deste estudo 4717 adolescentes, tendo sido excluídos 16 escolares (que não preencheram questões importantes como a idade e o sexo), 86 se recusaram a realização das medidas antropométricas, 709 com

idade superior a 19 anos e 36 gestantes. A amostra final totalizou 3875 adolescentes.

A proporção de adolescentes com sobrepeso/obesidade (SO) foi de 15,5%, sendo maior em residentes de áreas urbanas (SO=16,3%) quando comparado a residentes em áreas rurais (SO=14,2%). A Tabela 12 descreve as características sociodemográficas dos adolescentes com SO. A maior prevalência de SO foi entre jovens trabalhadores com ou sem salário e com maior renda familiar (tabela12).

**Tabela 12.**

Características sociodemográficas em adolescentes com sobrepeso/obesidade (SO), por situação de domicílio. Sergipe, Brasil, 2011.

Variáveis	Área Urbana (n=2394)		Área Rural (n=1481)		Todos (n=3875)	
	SO	p-valor	SO	p-valor	SO	p-valor
Faixa Etária						
14-15	17,6	0,698	17,3	0,234	17,5	0,247
16-17	15,9		13,1		14,9	
18-19	16,2		14,1		15,4	
Sexo						
Rapazes	17,8	0,066	13,8	0,410	16,3	0,137
Moças	15,4		14,4		15,0	
Cor da Pele						
Branca	13,4	0,206	14,9	0,955	14,0	0,494
Preta	18,1		13,4		16,5	
Parda	17,1		14,1		15,9	
Outro	14,3		12,1		13,3	
Série    Ensino						
Médio						
1 <sup>o</sup> ano	16,1	0,701	15,8	0,333	16,0	0,704
2 <sup>o</sup> ano	15,8		13,3		14,9	
3 <sup>o</sup> ano	17,4		12,7		15,6	
Turno de Estudo						
Diurno	15,2	0,013*	15,3	0,085	15,2	0,258
Noturno	19,0		12,6		16,1	
Reprovação						
Sim	16,2	0,474	14,9	0,214	15,7	0,371
Não	16,4		13,4		15,3	
Escolaridade						
Materna						
Não estudou	19,8	0,129	15,8	0,131	17,8	0,097
Não concluiu EF	16,0		12,0		14,2	
Concluiu o EF	15,0		16,8		15,5	
Concluiu EM	16,3		17,6		16,6	
Faculdade	20,1		18,8		19,8	
Não sabia	9,8		18,7		13,6	



(Continuação...)

Escolaridade						
Paterna						
Não estudou	16,0	0,015*	15,4	0,321	15,7	0,422
Não concluiu EF	18,0		13,4		16,0	
Concluiu o EF	17,4		15,9		17,0	
Concluiu EM	17,8		7,3		16,0	
Faculdade	15,1		15,0		15,1	
Não sabia	9,7		17,5		12,4	
Situação Ocupacional						
Não trabalha	15,6	0,171	13,7	0,105	14,8	0,013*
Trabalha com salário	22,5		22,4		22,5	
Estágio	13,8		5,1		11,6	
Voluntário	17,6		10,3		14,3	
Trabalha sem salário	17,7		17,4		17,6	
Renda Média Familiar (SM)						
≤ 0,5	16,8	0,214	14,7	0,675	15,5	0,083
0,5-1	13,7		13,7		13,7	
1-1,5	15,6		13,0		14,6	
1,5-2	14,9		13,2		14,4	
2-2,5	16,5		19,0		17,1	
> 2,5	20,3		16,2		19,4	
Não sabia	16,3		8,8		13,3	

SM= Salário Mínimo; EF= Ensino Fundamental; EM=Ensino Médio.

**Tabela 13.**

Análises de regressão logística bruta e ajustada da associação entre o desfecho SO e as variáveis explicativas NAFAR, ECS, consumo de frutas e consumo de verduras em adolescentes, segundo local de residência. Sergipe, Brasil, 2011.

Variável	Urbana		Rural		Todos	
	Bruta	Ajustada <sup>1</sup>	Bruta	Ajustada <sup>1</sup>	Bruta	Ajustada <sup>1</sup>
ECS <sup>2</sup>						
< 2 h/dia	1	1	1	1	1	1
2+ h/dia	1,06 (0,87-1,30)	1,07 (0,87-1,30)	1,06 (0,80-1,40)	1,07 (0,81-1,42)	1,05 (0,89-1,23)	1,05 (0,89-1,23)
p-valor	0,546	0,531	0,681	0,641	0,565	0,576
NAFAR <sup>3</sup>						
5+ dia/sem	1	1	1	1	1	1
< 5 dia/sem	1,02 (0,81-1,28)	0,99 (0,79-1,25)	1,47 (1,08-1,99)	1,50 (1,10-2,04)	1,16 (0,97-1,40)	1,15 (0,96-1,39)
p-valor	0,898	0,938	0,014*	0,010*	0,113	0,142
ECS+NAFAR						
Não Exposto	1	1	1	1	1	1
Exposto	1,13 (0,85-1,51)	1,11 (0,83-1,48)	1,55 (1,10-2,19)	1,59 (1,12-2,26)	1,28 (1,02-1,59)	1,27 (1,02-1,59)
p-valor	0,400	0,482	0,012*	0,009*	0,031*	0,035*
Refrigerante						
1+ vezes/dia	1	1	1	1	1	1
< 1 vez/dia	0,76 (0,62-0,92)	0,76 (0,63-0,93)	1,01 (0,77-1,32)	1,01 (0,77-1,32)	0,84 (0,72-0,99)	0,85 (0,72-0,99)
p-valor	0,005*	0,008*	0,968	0,959	0,033*	0,046*
Frutas						
2+ porções/dia	1	1	1	1	1	1
<2 porções/dia	0,97 (0,79-1,18)	0,98 (0,80-1,19)	1,17 (0,89-1,53)	1,16 (0,88-1,53)	1,03 (0,88-1,21)	1,04 (0,88-1,22)
p-valor	0,744	0,819	0,272	0,279	0,733	0,676

(Continuação...)

Verduras						
3+ porções/dia	1	1	1	1	1	1
<3 porções/dia	1,26 (0,97-1,62)	1,29 (1,00-1,67)	1,17 (0,82-1,67)	1,17 (0,82-1,67)	1,23 (0,99-1,51)	1,25 (1,01-1,54)
p-valor	0,079	0,052	0,388	0,397	0,054	0,038*
Frutas + verduras						
Bons hábitos	1	1	1	1	1	1
Maus hábitos	1,33 (1,01-1,76)	1,36 (1,03-1,79)	1,18 (0,79-1,76)	1,18 (0,79-1,78)	1,28 (1,02-1,61)	1,30 (1,03-1,63)
p-valor	0,043*	0,031*	0,430	0,420	0,034*	0,026*

<sup>1</sup> ajustado para idade, sexo, cor da pele e série; <sup>2</sup>ECS=Exposição a Comportamento Sedentário; <sup>3</sup> NAFAR=Nível de Atividade Física abaixo das Recomendações.

A tabela 13 mostra a associação bruta e ajustada entre o SO, hábitos alimentares, NAFAR e ECS, por local de residência. Em adolescentes sergipanos, o NAFAR mostrou-se associada ao SO somente em áreas rurais. A combinação de NAFAR e ECS se mostrou associada ao SO em adolescentes residentes em áreas rurais e em todo o grupo.

O consumo de refrigerante esteve associado ao SO em jovens de áreas urbanas e em todo o grupo. O consumo de frutas e verduras não mostrou associação com o SO, independente do local de residência. O consumo de verduras esteve relacionado quando se analisou todo o grupo. Adolescentes com maus hábitos alimentares tiveram maior probabilidade de SO comparado àqueles com bons hábitos em residentes de áreas urbanas e em todo o grupo.

*EM RESUMO:* Este estudo apresenta a associação do SO com o consumo de frutas e verduras ECS e NAFAR em adolescentes no estado de Sergipe, Brasil. Verificou-se que o SO variou entre os adolescentes residentes em áreas urbanas e rurais. NAFAR associou-se ao SO em escolares de áreas rurais, enquanto que, o consumo de refrigerante nos residentes em áreas urbanas. Além deste aspecto, os jovens mostraram diferenças quanto à associação de condutas de risco à saúde combinadas com o SO para o local de residência. ECS e NAFAR combinados apresentaram maior relação com SO em residentes de áreas rurais, enquanto que, o consumo de frutas e verduras combinadas associou-se com o SO em adolescentes de áreas urbanas.

O SO é um problema de saúde pública que acomete jovens em diversos países. Investigação conduzida com jovens americanos mostrou aumento do IMC da adolescência para a idade adulta, principalmente entre mulheres negras (LEE et al., 2011). Na mesma direção, pesquisas indicam que SO na infância (BAKER et al., 2007) e na adolescência (BIBBINS-DOMINGO et al., 2007) pode ser traçado como causa de problemas cardiovasculares em idades mais avançadas. Tais evidências apontam para forte preocupação dos setores de saúde quanto a prevenção do SO em idades mais precoces da vida.

Evidências de associação do SO com o NAFAR e ECS parecem apresentar um corpo de conhecimento consistente. Em estudo longitudinal realizado com adolescentes do Vietnã foi verificado o aumento do SO de 14,2% para 21,8%, juntamente com a elevação da ECS e da redução no tempo gasto em atividades físicas (TRANG et al., 2012). Estudo desenvolvido com adolescentes espanhóis revelou que a ECS esteve associado com fatores de risco cardiovascular, especialmente nos com SO (MARTÍNEZ-GÓMEZ et al., 2010). Em estudo de seguimento durante quatro anos no País de Gales revelou que comportamento sedentário e atividade física no início da adolescência influenciaram a massa corporal no final da adolescência (ELGAR et al., 2005).

Quanto aos hábitos alimentares, evidências mostram que a gordura abdominal e dobras cutâneas foram menores em adolescentes espanhóis que relataram lanchar no meio da manhã e na tarde, comer mais de quatro vezes ao dia e comer numa velocidade adequada, independente do engajamento com a prática de atividades físicas no lazer (GÓMEZ-MARTINEZ et al., 2012). A frequência de consumo de grãos, nozes, legumes e alimentos com baixa densidade energética foi inversamente relacionada ao risco de excesso de peso; já o consumo de leite aumentou o risco (MATTHEWS et al., 2011). Outra pesquisa realizada em Sant Diego mostrou prevalência de 45,7% para os adolescentes com SO, sendo mais evidente nos com NAFAR, nas meninas que consumiram menos kj/dia e menos fibras alimentares, e nos meninos ECS e com baixo consumo de fibras alimentares (PATRICK et al., 2004). Por outro lado, estudo longitudinal relatou que o consumo alimentar e o comportamento sedentário não apresentaram relação com o SO, porém, a prática de atividades físicas de leve a moderada mostrou-se inversamente associada ao SO (FULTON et al., 2009). Esses resultados apontam que a mudança nos hábitos alimentares e na prática regular de atividades físicas pode ter benefícios em longo prazo sobre indicadores de saúde dos jovens.

Quanto à combinação de condutas de risco à saúde, a literatura mostra que o NAFAR e a ECS são condutas

independentes (TAVERAS et al., 2007). Revisão sistemática revelou que a ECS está associada à saúde física e psicossocial (TREMBLAY et al., 2011), no entanto, NAFAR associou-se a vários indicadores de saúde em crianças e jovens (JANSSEN et al., 2010). Além disso, crianças e adolescentes ECS e com NAFAR apresentaram, de forma independente, maior probabilidade em aumentar o risco de SO (PATRICK et al., 2004; LIORET et al., 2007).

Em estudo desenvolvido com o objetivo de descrever as características demográficas em adolescentes com diferentes tipos de ECS revelou que o uso de TV/vídeo esteve positivamente associado ao SO. Por outro lado, os hábitos alimentares pouco saudáveis, como elevado consumo de refrigerantes, frituras e salgadinhos, relacionou-se diretamente com o uso de TV/vídeo e do computador e, maior consumo de frutas e verduras, ao tempo gasto com a leitura (UTTER et al., 2003).

Os fatores de influência são diferentes para o tipo de comportamento sedentário; o tempo gasto assistindo televisão associou-se ao sexo masculino, raça e ao menor rendimento familiar, nível de atividade física, nível educacional do pai e horas extraordinárias prestadas pelos pais. Ao contrário, o maior tempo gasto usando o computador associou-se a idade avançada, raça asiática, maior renda familiar, baixos níveis de atividade física, menor conhecimento dos pais sobre atividades em tempo livre e residir em bairros de baixa renda. Estes resultados sugerem que fatores associados ao tempo gasto assistindo televisão e o uso do computador no tempo lazer é diferente (BABEY et al., 2012).

Evidências mostram que intervenções com o objetivo de reduzir somente a ECS e intervenções que visam comportamentos de saúde múltiplos podem reduzir significativamente a ECS (VAN GRIEKEN et al., 2012). Pesquisas conduzidas em outros países mostraram que adolescentes residentes em áreas rurais são menos ativos em comparação aos de áreas urbanas, corroborando com os resultados deste estudo (AL-NUAIM et al., 2012; MACHADO-RODRIGUES et al., 2012). Em residentes de área rural também foi encontrada maior probabilidade de SO

(BRUNER et al., 2008) e tabagismo (PLOTNIKOFF et al., 2004). Entretanto, outra investigação encontrou maior prevalência de hipertensão arterial, SO, tabagismo e baixos níveis de atividade física em adolescentes mexicanos residentes em áreas urbanas (SINGH et al., 2008). Tais resultados sugerem a necessidade de pesquisas considerando separadamente a situação de domicílio para melhor compreensão e possibilidade de intervenção.

Os hábitos alimentares pouco saudáveis podem ser resultado dos anúncios visto por jovens na televisão (BOYNTON-JARRETT et al., 2003) e dos hábitos alimentares dos pais, do nível educacional e da situação ocupacional dos pais, principalmente, no consumo de frutas e verduras dos filhos (PEARSON et al., 2009). Da mesma forma que maior conhecimento das recomendações e a facilidade em conseguir os alimentos parecem explicar grande parte do consumo de frutas e verduras, sugerindo maior oferta desses alimentos na escola (FISCHER et al., 2011). Outros estudos sugeriram diferenças na relação consumo de frutas e verduras com o SO entre rapazes e moças. Durante 3 anos de seguimento, as mudanças anuais no SO foram ligeiramente maiores entre os meninos, do que nas meninas, mas não se mostraram significativas após ajuste (FIELD et al., 2003). O SO apresentou relação negativa com a ingestão de café da manhã diário, atividade física de moderada a vigorosa e para a atividade física vigorosa. O consumo de frutas e hortaliças, uso do computador e videogames, tabagismo e uso de álcool não foram associados com o SO (DUPUY et al., 2011). Os resultados desse estudo podem ser explicados pelos aspectos culturais da sociedade quanto ao consumo de frutas e verduras e, também, quanto a ECS e ao NAFAR.

As conclusões deste estudo mostram que a prevalência de SO foi mais evidente em adolescentes residentes de áreas urbanas. Os residentes nas áreas urbanas apresentaram associação do consumo de refrigerante e dos maus hábitos alimentares combinados com o SO. Por sua vez, os adolescentes com SO residentes em áreas rurais mostraram-se mais expostos ao NAFAR e a combinação de ECS adicionado ao NAFAR. Os resultados mostram a necessidade de políticas públicas

diferenciadas para os adolescentes sergipanos residentes em áreas urbanas e rurais.

#### 4.5 AUTOAVALIAÇÃO DA SAÚDE EM ADOLESCENTES. SERGIPE, BRASIL.

Na análise deste tópico participaram deste estudo 3950 adolescentes. Foram excluídos 16 escolares que não preencheram questões importantes como a idade e o sexo, 42 que não souberam ou não quiseram responder, 778 com idade superior a 19 anos. A proporção de adolescentes que relataram autoavaliação negativa da saúde (ANS) foi maior entre os jovens com maior idade, sexo feminino, maior série, estudante noturno, que reprovaram em alguma série, mães com menor escolaridade, estudantes com maior defasagem série/idade e com menor renda familiar mensal (tabela 14).



**Tabela 14.**

Autoavaliação negativa da saúde (ANS) de adolescentes segundo características sociodemográficas. Sergipe, Brasil, 2011.

Variáveis	Área Urbana			Área Rural			Todos		
	n	ANS	p-valor	n	ANS	p-valor	N	ANS	p-valor
Faixa Etária									
14-15	445	25,2	0,010*	280	28,2	0,015**	725	26,3	<0,001*
16-17	1300	30,1		747	32,0		2047	30,8	
18-19	693	33,6		485	36,5		1178	34,8	
Sexo									
Rapazes	968	24,8	<0,001*	554	23,6	<0,001*	1522	24,4	<0,001*
Moças	1470	33,7		958	38,0		2428	35,4	
Cor da Pele									
Branca	543	28,4	0,219	294	30,3	0,483	837	29,0	0,122
Preta	212	32,5		114	29,8		326	31,6	
Parda	1635	30,2		1064	33,5		2699	31,5	
Outro	48	41,7		40	40,0		88	40,9	
Série									
1 <sup>o</sup> ano	1015	30,2	0,191	614	30,9	0,468	1629	30,5	0,266
2 <sup>o</sup> ano	808	28,2		520	33,8		1328	30,4	
3 <sup>o</sup> ano	615	32,7		378	34,1		993	33,2	
Turno de Estudo									
Diurno	1721	27,6	<0,001*	906	30,7	0,037*	2627	28,7	<0,001*
Noturno	717	36,4		606	35,8		1323	36,1	

(Continuação...)

Reprovação									
Sim	1187	33,6	<0,001*	782	34,7	0,056	1969	34,0	<0,001*
Não	1251	26,9		730	30,7		1981	28,3	
Escolaridade Materna									
Não estudou	227	38,3	0,020*	223	39,9	0,177	450	39,1	<0,001*
Não concluiu EF	1119	30,7		879	31,6		1998	31,1	
Concluiu o EF	287	30,3		110	31,8		397	30,7	
Concluiu EM	460	25,0		138	28,3		598	25,8	
Faculdade	220	29,1		70	30,0		290	29,3	
Não sabia	125	31,2		92	33,0		217	33,2	
Escolaridade Paterna									
Não estudou	325	37,2	0,003*	366	38,0	0,048*	691	37,6	<0,001*
Não concluiu EF	992	28,1		775	31,6		1767	29,7	
Concluiu o EF	246	28,0		89	22,5		335	26,6	
Concluiu EM	403	29,3		80	26,3		483	28,8	
Faculdade	123	22,0		24	33,3		147	23,8	
Não sabia	349	35,0		178	34,8		527	34,9	
Defasagem série/idade									
Aluno Regular	829	26,1	0,002*	459	29,6	0,132	1288	27,3	<0,001*
1-2 anos atraso	1195	33,0		747	34,0		1942	33,4	
3-4 anos atraso	228	34,6		161	38,5		389	36,2	
Adiantado	186	25,3		145	29,7		331	27,2	

(Continuação...)

Renda Média Familiar (SM)									
≤ 0,5	190	38,9	0,001*	296	37,2	0,352	486	37,9	<0,001*
0,5-1	392	32,4		392	33,7		784	33,0	
1-1,5	583	32,8		346	30,9		929	32,1	
1,5-2	417	28,5		189	34,4		606	30,4	
2-2,5	313	31,0		110	26,4		423	29,8	
> 2,5	491	22,6		145	29,0		636	24,1	
Não sei	52	32,7		34	29,4		86	31,4	

SM= Salário Mínimo; EF= Ensino Fundamental; EM=Ensino Médio.

A tabela 15 mostra a associação bruta e ajustada entre a ANS e índices de condições de vida. Em adolescentes residentes no estado de Sergipe, a ANS mostrou-se relacionada ao pior ICV no domínio educação nos residentes em áreas rurais. Por outro lado, em adolescentes de áreas urbanas mostraram que o ICV esteve relacionado com o ANS nos domínios educação, ambiente e habitação, saúde e ICVS (Tabela 15).

*EM RESUMO:* Este estudo apresenta a associação da ANS com índices de condições de vida em escolares no estado de Sergipe, Brasil. Verificou-se que os padrões de associação da ANS em adolescentes variaram de acordo com o local de residência. Nos residentes em áreas rurais a ANS somente foi associada ao pior *quartil* do domínio educação, entretanto, nos moradores de áreas urbanas no menor *quartil* dos domínios educação, ambiente e habitação, saúde e ICVS apresentaram-se com ANS.

A ANS também pode ser considerada como um problema de saúde pública que está presente em diversos subgrupos populacionais. A prevalência de ANS foi de 65,1% no Paquistão (AHMAD et al., 2005) e 7,2% em alunos americanos (BOSSARTE et al., 2009). Além disso, a ANS está diretamente associada à mortalidade em populações de idosos brasileiros, ingleses (LIMA-COSTA et al., 2012) e finlandeses (LYYRA et al., 2009), havendo diferenças entre os sexos. Outro indicador que pode substituir o ANS na associação de fatores em pesquisa longitudinal é a autoavaliação da mudança em saúde, apesar da limitação do viés de memória (GUNASEKARA et al., 2012). Tais evidências apontam para forte preocupação dos setores de saúde quanto a análise da ANS em idades mais precoces da vida.

**Tabela 15.**

Análises de regressão de Poisson bruta e ajustada da associação entre domínios de condições de vida (CV) e autoavaliação negativa da saúde (ANS) em adolescentes, segundo situação de domicílio. Sergipe, Brasil, 2011.

Domínio	Urbana		Rural		Todos	
	RP Bruta	RP Ajustada	RP Bruta	RP Ajustada	RP Bruta	RP Ajustada
Educação						
Pior CV <sup>2</sup>	1	1	1	1	1	1
Q2	0,80 (0,65-0,98)	0,78 (0,64-0,97)	0,98 (0,78-1,22)	0,95 (0,76-1,20)	0,87 (0,75-1,02)	0,86 (0,74-1,00)
Q3	0,75 (0,61-0,92)	0,74 (0,59-0,92)	0,85 (0,67-1,09)	0,83 (0,64-1,09)	0,79 (0,68-0,92)	0,78 (0,66-0,92)
Melhor CV	0,62 (0,51-0,76)	0,61 (0,48-0,77)	0,61 (0,45-0,82)	0,60 (0,43-0,84)	0,62 (0,53-0,73)	0,61 (0,51-0,74)
p-valor	<0,001*	0,001*	0,007*	0,021*	<0,001*	<0,001*
Trabalho/ Renda						
Pior CV	1	1	1	1	1	1
Q2	0,78 (0,63-0,96)	0,80 (0,65-0,99)	0,87 (0,69-1,09)	0,91 (0,72-1,15)	0,82 (0,70-0,96)	0,85 (0,73-0,99)
Q3	0,79 (0,64-0,97)	0,84 (0,68-1,03)	0,81 (0,63-1,05)	0,87 (0,67-1,12)	0,80 (0,68-0,94)	0,86 (0,73-1,00)
Melhor CV	0,74 (0,61-0,91)	0,80 (0,66-0,99)	0,95 (0,73-1,22)	1,09 (0,84-1,41)	0,80 (0,69-0,94)	0,88 (0,75-1,03)
p-valor	0,021*	0,129	0,372	0,396	0,009*	0,134
Ambiente/ Habitação						
Pior CV	1	1	1	1	1	1
Q2	0,76 (0,59-0,99)	0,76 (0,58-0,98)	0,86 (0,69-1,07)	0,88 (0,70-1,10)	0,85 (0,73-0,99)	0,86 (0,73-1,00)
Q3	0,69 (0,54-0,88)	0,69 (0,54-0,88)	0,76 (0,59-0,99)	0,78 (0,60-1,01)	0,77 (0,67-0,89)	0,78 (0,68-0,91)
Melhor CV	0,64 (0,49-0,82)	0,64 (0,50-0,83)	0,54 (0,31-0,97)	0,61 (0,34-1,09)	0,70 (0,59-0,83)	0,73 (0,61-0,86)
p-valor	0,004*	0,006*	0,039*	0,102	<0,001*	0,001*

(Continuação...)

Saúde						
Pior CV	1	1	1	1	1	1
Q2	0,96 (0,78-1,17)	0,95 (0,77-1,16)	0,87 (0,69-1,11)	0,83 (0,66-1,06)	0,92 (0,79-1,07)	0,90 (0,77-1,05)
Q3	0,88 (0,71-1,07)	0,87 (0,71-1,06)	0,92 (0,72-1,18)	0,90 (0,70-1,16)	0,89 (0,76-1,04)	0,88 (0,75-1,03)
Melhor CV	0,76 (0,62-0,93)	0,75 (0,61-0,93)	0,94 (0,74-1,21)	0,90 (0,71-1,16)	0,82 (0,70-0,96)	0,81 (0,69-0,94)
p-valor	0,050*	0,046*	0,717	0,515	0,100	0,061
ICVS <sup>3</sup>						
Pior CV	1	1	1	1	1	1
Q2	0,88 (0,71-1,10)	0,89 (0,71-1,11)	0,84 (0,68-1,04)	0,85 (0,69-1,06)	0,89 (0,76-1,03)	0,90 (0,77-1,04)
Q3	0,69 (0,55-0,86)	0,71 (0,56-0,89)	0,70 (0,54-0,91)	0,74 (0,56-0,97)	0,72 (0,61-0,84)	0,74 (0,63-0,88)
Melhor CV	0,55 (0,44-0,69)	0,57 (0,45-0,72)	0,66 (0,46-0,93)	0,71 (0,40-1,02)	0,59 (0,50-0,70)	0,63 (0,53-0,74)
p-valor	<0,001*	<0,001*	0,011*	0,065	<0,001*	<0,001*

<sup>1</sup>ajustado para idade, sexo e cor da pele; <sup>2</sup>CV=Condições de Vida; <sup>3</sup>ICVS= índice de Condições de Vida e Saúde.

Apesar de não ser encontrado na literatura estudo que agregue diversos indicadores de condições de vida e saúde e relacionasse com a ANS, várias evidências baseadas em pesquisas conduzidas, com vários subgrupos populacionais, nos vários continentes apontam semelhanças com os resultados desse estudo. Recente revisão sistemática realizada com estudos prospectivos aponta para a reduzida associação entre a mudança na renda e ANS quando controlado a fatores de confusão (GUNASEKARA et al., 2011).

Estudo conduzido no sul da China com pessoas a partir de 14 anos de idade mostrou que mulheres, homens mais velhos, baixa escolaridade, menor renda, viver sem companheiro e morar no subúrbio estão diretamente associados com o pior *score* de uma escala múltipla para medição da autoavaliação da saúde (XU et al., 2010). Em residentes de área rural, a insegurança financeira e a insatisfação com o trabalho também foram associados à ANS (TAY et al., 2004). Similarmente, em idosos de área urbana da Finlândia verificou-se forte relação da situação financeira com a ANS (SULANDER et al., 2012). No Chile foi observada relação inversa entre a renda familiar e a ANS (SUBRAMANIAN et al., 2003). No Paquistão verificou-se associação da maior idade, maior uso de tabaco, residentes em área rural e menor *status* socioeconômico com a ANS (AHMAD et al., 2005). Em recente meta-análise verificou-se modesta relação da desigualdade de renda com a ANS, sugerindo haver um limiar de desigualdade para desencadear impacto na saúde de populações (KONDO et al., 2009). Esses resultados apontam que melhorias em indicadores educacionais e de trabalho/renda podem favorecer benefícios em longo prazo sobre a autoavaliação da saúde em vários subgrupos populacionais.

Da mesma forma, em pesquisas desenvolvidas com adolescentes, o baixo nível educacional dos pais e a menor renda familiar associaram-se a pior ANS, sendo atenuado pelo apoio social dos pais e amigos (SOLONNA et al., 2012). Além disso, menor nível socioeconômico familiar (GOODMAN et al., 2007), violência física, tentativa de suicídio, faltar à escola devido a segurança (BOSSARTE et al., 2009), tabagismo foram

associados à ANS em adolescentes em vários países (WANG et al., 2012). Em estudo prospectivo realizado com jovens dos EUA encontrou-se que a ANS mensurada no *baseline* é mais determinante da ANS medida após um ano de seguimento, quando comparada às mudanças na saúde física e psicológica (BOARDMAN, 2006). Tais resultados corroboram com os achados desse estudo, sugerindo a necessidade de análise mais ampla na relação do trabalho e renda com a autoavaliação da saúde em jovens.

Outras condutas de saúde também se mostraram associadas à ANS em investigações prospectivas. Estudo conduzido durante sete anos mostrou que a posição socioeconômica (educação dos pais, renda e estrutura familiar), a saúde dos pais (asma, diabetes, obesidade, enxaqueca) e as condições de saúde iniciais (violência física, a presença de uma deficiência, e alcoolismo dos pais e tabagismo) apresentam relação direta com ANS da adolescência à idade adulta jovem (BAULDRY et al., 2012). Na Noruega, a percepção de saúde manteve-se praticamente estável durante seguimento de quatro anos, no entanto, as variáveis responsáveis por mudanças na ANS foram à autoavaliação do bem-estar, comportamentos de saúde, assistência à saúde, deficiência física e insatisfação corporal (BREIDABLIK et al., 2008). Além disso, a ANS parece ser comum em pessoas que sofreram desprezo, dificuldades econômicas, sem apoio social, com aposentadoria precoce, inatividade física, baixo peso e obesidade, insatisfação com o trabalho, baixo controle do trabalho e preocupação na perda do emprego (MORALIUS et al., 2006). Esses achados vão ao encontro dos encontrados dessa investigação, apontando que piores condições de indicadores no domínio saúde podem contribuir com a ANS, verificando-se a necessidade de outros estudos ampliados sobre esta relação em adolescentes.

Quanto ao domínio de ambiente e habitação, recente revisão sistemática apresentou relação direta do ANS com contexto da moradia, pior condição socioeconômica do ambiente, áreas mais carentes e com maior desigualdade de renda (SANTOS et al., 2007). Semelhantemente, pesquisa conduzida



nos EUA mostrou que a associação da pobreza da vizinhança com a ANS parece ser mediada por características sociais e físicas da vizinhança (FRANZINI et al., 2005). Legitimando a hipótese desse estudo, sobre a relação inversa do domínio ambiente e habitação com a ANS, indicadores físicos e sociais do ambiente parecem contribuir significativamente com a ANS, implicando análise ampliada dessa relação.

As conclusões deste tópico mostram que a prevalência de ANS foi mais pronunciada em adolescentes que apresentaram menor renda familiar, maior defasagem escolar, menores escolaridades materna e paterna, turno noturno, maior série, moças e no grupo com maior idade. Os residentes em áreas urbanas apresentaram associação ANS com os domínios educação, ambiente/habitação, saúde e ICVS. Por sua vez, a ANS dos residentes em áreas rurais associou-se somente ao domínio educação, após ajuste para as variáveis de confusão. Portanto, os achados dessa investigação mostram a necessidade de políticas públicas diferenciadas para os adolescentes sergipanos residentes em áreas urbanas e rurais.



## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS (Principais Achados do Estudo, Limitações do Estudo, Sugestões para Outros Estudos)**

### **5.1 PRINCIPAIS ACHADOS DO ESTUDO**

Os resultados do estudo mostraram elevada prevalência, de maneira geral, nas condutas de risco à saúde analisadas, especialmente em escolares expostos ao comportamento sedentário, com NAFAR, com diferenças entre local de residência (urbanas *vs* rurais). Além disso, verificou-se que, em geral, as condutas de risco à saúde apresentam relação direta com indicadores selecionados de condições de vida e com o menor *quartil* do índice de condições de vida e saúde, variando em virtude das áreas urbanas e rurais. De forma similar, sobrepeso/obesidade esteve relacionado aos hábitos alimentares, exposição ao comportamento sedentário e NAFAR, isolados ou combinados, variando entre os adolescentes residentes em áreas urbanas e rurais. Outro achado importante foi a elevada prevalência da autoavaliação negativa da saúde entre os escolares de Sergipe. Além disso, verificou-se também forte associação da ANS em adolescentes com o índice de condições de vida e de saúde variaram de acordo com o local de residência. Tais evidências sugerem análises considerando o agrupamento de variáveis na tentativa de explicar condutas de risco à saúde de forma mais ampliada.

### **5.2 LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

Esse estudo apresentou as seguintes limitações:

1. O uso de questionário pode favorecer erros nas respostas;
2. A generalização dos dados para todos os adolescentes do estado pode ser visto com cautela devido ao fato do estudo ser representativo aos escolares da rede estadual de ensino;

3. A possibilidade de causalidade reversa em virtude do tipo de delineamento transversal usado na pesquisa;

### 5.3 RECOMENDAÇÕES

Evidências da literatura mostram constantemente análises considerando a relação de indicadores isolados de condições de vida e saúde e condutas de risco à saúde em adolescentes. Por outro lado, os resultados dessa investigação apontaram para a relação de indicadores agregados de condições de vida e de saúde e várias condutas de risco à saúde, sobrepeso/obesidade e autoavaliação da saúde em adolescentes, sugerindo pesquisas que busquem outras evidências:

Pesquisas com vários subgrupos populacionais em outras regiões do Brasil considerando os aspectos culturais locais;

Investigações que agreguem outras variáveis não exploradas;

Pesquisas usando medidas diretas de atividade física (com acelerômetros), composição corporal (uso de balança de bioimpedância octapolar), bem como, estudos prospectivos;

## 6. CONCLUSÕES

De acordo com os objetivos estabelecidos para esse estudo, pode-se concluir que em escolares sergipanos:

a. Prevalências de nível de atividade física abaixo das recomendações internacionais e de exposição a comportamento sedentário foram elevadas nos adolescentes sergipanos de escola pública, diferindo do local de residência. Sendo que os escolares de áreas urbanas apresentaram maior ECS, por sua vez, os de áreas rurais, estão mais expostos a NAFAR;

b. NAFAR e ECS mostraram-se associados tanto a indicadores isolados de condições de vida quanto ao índice de condições de vida e de saúde, variando por local de residência; Nos adolescentes da zona urbana a ECS apresentou relação com a idade, sexo feminino, território, turno diurno, escolaridade materna, situação ocupacional do adolescente e renda familiar mensal. Por outro lado, NAFAR associou-se a idade, morar com o pai, situação ocupacional dos escolares e trabalho do pai.

c. Piores condições no índice de condições de vida e de saúde podem determinar condutas de risco à saúde em escolares do ensino médio no estado de Sergipe;

d. A prevalência de sobrepeso/obesidade foi mais evidente em adolescentes residentes de áreas urbanas. Por sua vez, os escolares com sobrepeso/obesidade residentes em áreas rurais mostraram-se mais expostos ao NAFAR e a combinação de ECS adicionado ao NAFAR; Por outro lado, os jovens com sobrepeso/obesidade de áreas urbanas mostraram-se com maus hábitos alimentares;

e. Os escolares com melhores condições de vida avaliaram melhor a sua saúde em residentes de áreas urbanas; já os de áreas rurais, após ajuste, perdeu a significância da análise.

De uma maneira geral, os resultados mostraram que condutas de risco à saúde podem ser explicadas por indicadores de condições de vida, isolados ou agregado, apresentando diferenças quanto ao local de residência. Tais achados revelaram a necessidade de políticas públicas ampliadas e diferenciadas para

modificar condutas de saúde em adolescentes sergipanos residentes em áreas urbanas e rurais.

## REFERÊNCIAS

- ABOLFOTOUH, M.A.; BASSIOUNI, F.A.; MOUNIR, G.M.; FAYYAD, R.C.H. Health-related lifestyles and risk behaviours among students living in Alexandria University Hostels. *East Mediterr Health J.* v.13, p.376-91, 2007.
- AHMAD, K.; JAFAR, T.H.; CHATURVEDI, N. Self-rated health in Pakistan: results of a national health survey. *BMC Public Health*, v.5, n.51, 2005. doi:10.1186/1471-2458-5-51
- AL-HAZZAA, H.M.; ABAHUSSAIN, N.A.; AL-SOBAYEL, H.I.; QAHWAJI, D.M.; MUSAIGER, A.O. Physical activity, sedentary behaviors and dietary habits among Saudi adolescents relative to age, gender and region. *Int J Behav Nutr Phys Act*, v.8, n.140, 2011.
- AL-NUAIM, A.A.; AL-NAKEEB, Y.; LYONS, M.; AL-HAZZAA, H.M.; NEVILL, A.; COLLINS, P.; et al. The Prevalence of Physical Activity and Sedentary Behaviours Relative to Obesity among Adolescents from Al-Ahsa, Saudi Arabia: Rural versus Urban Variations. *J Nutr Metab*, v1, n.9, 2012.
- ALRICSSON, M.; LANDSTAD, B.J.; ROMILD, U.; WERNER, S. Self-related health, physical activity and complaints in Swedish high school students. *Scientific World Journal*, v.6, p.816-26, 2006.
- ANEP. CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO SÓCIO ECONÔMICA. Brasil. São Paulo: 2000. <http://www.datavale-sp.com.br/CCEB.pdf>. Acessado em 21/10/2007.
- ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. Desenvolvimento humano e condições de vida: indicadores brasileiros. 1998.
- AZEVEDO, M.R.; ARAÚJO, C.L.; SILVA, M.C.; HALLAL, P.C. Tracking of physical activity from adolescence to adulthood: a population-based study. *Rev Saúde Pública*. v.41, n.1, p.69-75, 2007.
- BABEY, S.H.; HASTERT, T.A.; WOLSTEIN, J. Adolescent sedentary behaviors: correlates differ for television viewing and computer use. *J Adolesc Health*, (*In Press*), 2012.

- BAKER, J.L.; OLSEN, L.W.; SORENSEN, T.I.A. Childhood Body-Mass Index and the Risk of Coronary Heart Disease in Adulthood. *N Engl J Med.* v.357, p.2329-37, 2007.
- BARETTA, E.; BARETTA, M.; PERES, K.G. Nível de atividade física e fatores associados em adultos no município de Joaçaba, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública*, v.23, p.1595-1602, 2007.
- BARRETO, M.L.; CARMO, E.H. Mudanças em padrões de morbimortalidade: conceitos métodos. In: MONTEIRO, C.A. (Org). *Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças.* 2.ed rev. e aumentada. São Paulo: Hucitec/Nupens/USP. 2006.
- BARRETO, S.M.; FIGUEIREDO, R.C. Doença crônica, auto-avaliação de saúde e comportamento de risco: diferença de gênero. *Rev Saúde Pública*, v.43, n.(Supl 2), p.38-47, 2009.
- BASTOS, J.P.; ARAÚJO, C.L.P.; HALLAL, P.C. Prevalence of Insufficient Physical Activity and Associated Factors in Brazilian Adolescents. *J Phys Act Health*, v.5, p.777-794, 2008.
- BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cad. Saúde Pública*, v.19, n.(Sup. 1), p.S181-S191, 2003.
- BAULDRY, S.; SHANAHAN, M.J.; BOARDMAN, J.D.; MIECH, R.A.; MACMILLAN, R. A life course model of self-rated health through adolescence and young adulthood. *Social Science & Medicine*, v.75, p.1311e1320, 2012.
- BERG, I-M.; SIMONSSON, B.; BRANTEFORS. B.; RINGQVIST, I. Prevalence of overweight and obesity in children and adolescents in a county in Sweden. *Acta Pædiatr*, n.90, p.671-76, 2001.
- BIBBINS-DOMINGO, K.; COXSON, P.; PLETCHER, M.J.; LIGHTWOOD, J.; GOLDMAN, L. Adolescent Overweight and Future Adult Coronary Heart Disease. *N Engl J Med.* v.357, p.2371-9, 2007.
- BICALHO, P.G.; HALLAL, P.C.; GAZZINELLI, A.; KNUTH, A.G.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. Adult physical activity levels and associated factors in rural communities of Minas Gerais State, Brazil. *Rev Saúde Pública*, v.44, p.2-9, 2010.



- BIGGS, B.; KING, L.; BASU, S.; STUCKLER, D. Is wealthier always healthier? The impact of national income level, inequality, and poverty on public health in Latin America. *Social Science & Medicine*, v.71, p.266e273, 2010.
- BOARDMAN, J.D. Self-rated health among U.S. adolescents. *J Adolesc Health*, v.38, p.401–408, 2006.
- BOSSARTE, R.M.; SWAHN, M.H.; BREIDING, M. Racial, Ethnic, and Sex Differences in the Associations Between Violence and Self-Reported Health Among US High School Students. *Journal of School Health*, v. 79, n. 2, 2009.
- BOYNTON-JARRETT, R.; THOMAS, T.N.; PETERSON, K.E.; WIECHA, J.; SOBOL, A.M.; GORTMAKER, S.L. Impact of television viewing patterns on fruit and vegetable consumption among adolescents. *Pediatrics*, v.112, p.1321–1326, 2003.
- BREIDABLIK, H.-J.; MELAND, E.; LYDERSEN, S. Self-rated health during adolescence: stability and predictors of change (Young-HUNT study, Norway). *European Journal of Public Health*, v. 19, n. 1, p.73–78, 2008.
- BRODERSEN, N.H.; STEPTOE, A.; BONIFACE, D.R.; WARDLE, J. Trends in physical activity and sedentary behaviour in adolescence: ethnic and socioeconomic differences. *Br J Sports Med*, v.41, p.140–144, 2007.
- BRUNER, M.W.; LAWSON, J.; PICKETT, W.; BOYCE, W.; JANSSEN, I. Rural Canadian adolescents are more likely to be obese compared with urban adolescents. *Int J Pediatr Obes*, v.4, p.205-11, 2008.
- CESCHINI, F.L.; ANDRADE, D.R.; OLIVEIRA, L.C.; ARAÚJO JÚNIOR, J.F.; MATSUDO, V.K.R. Prevalence of physical inactivity and associated factors among high school students from state's public schools. *J Pediatr*. v.85, p.301-306, 2009.
- COLE, T.J.; BELLIZZE, M.C.; FLEGAL, K.M.; DIETZ, W.H. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*. v.320, p.1-6, 2000.

- DACHS, J.N.W. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.7, p.641-657, 2002.
- DARVIRI, C.; FOUKA, G.; GNARDELLIS, C.; ARTEMIADIS, A.K.; TIGANI, X.; ALEXOPOULOS, E.C. Determinants of Self-Rated Health in a Representative Sample of a Rural Population: A Cross-Sectional Study in Greece. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, v.9, n.943-954, 2012; doi:10.3390/ijerph9030943
- DORLING, D.; MITCHELL, R.; PEARCE, J. The global impact of income inequality on health by age: an observational study. *BMJ | ONLINE FIRST*
- DUCHIADE, M.P. População brasileira: um retrato em movimento. In: MINAYO, M.C.S. (Org.). *Os Muitos Brasis: saúde e população na década de 80*. 2ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco. 1999.
- DUPUY, M.; GODEAU, E.; VIGNES, C.; AHLUWALIA, N. Socio-demographic and lifestyle factors associated with overweight in a representative sample of 11-15 year olds in France: Results from the WHO-Collaborative Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) cross-sectional study. *BMC Public Health*, v.11, n.442, 2011.
- ELGAR, F.J.; ROBERT, C.; MOORE, L.; TUDOR-SMITH, C. Sedentary behaviour, physical activity and weight problems in adolescents in Wales. *Public Health*, v.119, p. 518–524, 2005.
- FARIAS JÚNIOR, J.C.; MENDES, J.K.F.; BARBOSA, D.B.M. Associação entre comportamentos de risco à saúde em adolescentes. *Rev. Bras. de Cineantropom. Desempenho Hum*, v.9, p.250-6, 2007.
- FARIAS JUNIOR, J.C. Prevalence and influence factors for physical inactivity among adolescents. *R. bras. Ci e Mov*, v.14, p.63-70, 2006.
- FARIAS JÚNIOR, J.C.; NAHAS, M.V.; BARROS, M.V.G.; LOCH, M.R.; OLIVEIRA, E.S.A.; DE BEM, M.F.L.; LOPES, A.S. Health risk behaviors among adolescents in the south of Brazil: prevalence and associated factors. *Rev Panam Salud Publica*, v.25, p.344–352, 2009.

- FARIAS JÚNIOR, J.C. Estilo de vida de escolares do ensino médio da cidade de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Florianópolis. [Dissertação de Mestrado – Pós-Graduação em Educação Física]. Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina. 2002.
- FIELD, A.E.; GILLMAN, M.W.; ROSNER, B.; ROCKETT, H.R.; COLDITZ, G.A. Association between fruit and vegetable intake and change in body mass index among a large sample of children and adolescents in the United States. *Int J Obes (Lond)*, v.27, p. 821–826, 2003.
- FISCHER, C.; BRUG, J.; TAK, N.I.; YNGVE, A.; VELDE, S.J.T. Differences in fruit and vegetable intake and their determinants among 11-year-old schoolchildren between 2003 and 2009. *Int J Behav Nutr Phys Act*, v.8, n.141, 2011.
- FLORES-HUERTA, S.; KLUNDER-KLUNDER, M.; CRUZ, L.R.; SANTOS, J.I. Increase in Body Mass Index and Waist Circumference Is Associated with High Blood Pressure in Children and Adolescents in Mexico City. *Arch Med Res*, v.40, n.208-15, 2009.
- FONSECA, A.S.; BLANK, V.L.G.; BARROS, M.V.G.; NAHAS, M.V. Percepção de saúde e fatores associados em industriários de Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.24, n.567-576, 2008.
- FRANZINI, L.; CAUGHY, M.; SPEARS, W.; ESQUER, M.E.F. Neighborhood economic conditions, social processes, and self-rated health in low-income neighborhoods in Texas: A multilevel latent variables model. *Social Science & Medicine*, v.61, p.1135–1150, 2005.
- FULTON, J.E.; DAÍ, S.; STEFFEN, L.M.; GRUNBAUM, J.A.; SHAH, S.M.; LABARTHE, D.R. Physical activity, energy intake, sedentary behavior, and adiposity in youth. *Am J Prev Med*, v.37, p.S40–S49, 2009.
- FUNDAÇÃO SEADE. Pesquisa de Condições de Vida na Região Metropolitana de São Paulo. São Paulo. 2006.
- GANDER, J.; LEE, D.-C.; SUI, X.; HÉBERT, J.R.; HOOKER, S.P.; BLAIR, S.N. Self-rated health status and cardiorespiratory

- fitness as predictors of mortality in men. *Br J Sports Med.* v.45, n.14, p.1095–1100, 2011. doi:10.1136/bjism.2010.079855.
- GEIGER, S.D.; SABANAYAGAM, C.; SHANKAR, A. The Relationship between Insufficient Sleep and Self-Rated Health in a Nationally Representative Sample. *Journal of Environmental and Public Health*, v. 2012, 2012, Article ID 518263, doi:10.1155/2012/518263
- GOMES, V.B.; SIQUEIRA, K.S.; SICHIERI, R. Physical activity in a probabilistic sample in the city of Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*, v.17, p.969-976, 2001.
- GÓMEZ-MARTINEZ, S.; MARTINEZ-GÓMEZ, D.; HEREDIA, F.P.; ROMEO, J.; CUENCA-GARCIA, M.; MARTÍN-MATILLAS, M.; et al. Eating habits and total and abdominal fat in spanish adolescents: influence of physical activity. The AVENA Study. *J Adolesc Health*, v.50, p.403–9, 2012.
- GOODMAN, E.; HUANG, B.; SCHAFER-KALKHOFF, T.; ADLER, N.E. Perceived Socioeconomic Status: A New Type of Identity which Influences Adolescents' Self Rated Health. *J Adolesc Health*, v.41, n.5, p.479–487, 2007.
- GORDON-LARSEN, P.; NELSON, M.C.; POPKIN, B.M. Longitudinal physical activity and sedentary behavior trends: adolescence to adulthood. *Am J Prev Med*, v.27, p.277–283, 2004.
- GORTMAKER, S.L.; MUST, A.; SOBOL, A.M.; PETERSON, K.; COLDITZ, G.A.; DIETZ, W.H. Television viewing as a cause of increasing obesity among children in the United States, 1986-1990. *Arch Pediatr Adolesc Med*, v.150, p.356-62, 1996.
- GUIMARÃES, J.M.N.; CHOR, D.; WERNECK, G.L.; CARVALHO, M.S.; COELI, C.M.; LOPES, C.S.; FAERSTEIN, E. Association between self-rated health and mortality: 10 years follow-up to the Pro-Saude cohort study. *BMC Public Health*, v.12, n.676, 2012. doi:10.1186/1471-2458-12-676.
- GUNASEKARA, F.I.; CARTER, K.; BLAKELY, T. Change in income and change in self-rated health: Systematic review of studies using repeated measures to control for confounding bias. *Social Science & Medicine*, v.72, p.193-201, 2011.

- GUNASEKARA, F.I.; CARTER, K.; BLAKELY, T. Comparing self-rated health and self-assessed change in health in a longitudinal survey: Which is more valid? *Social Science & Medicine*, v.74, p.1117-1124, 2012.
- HAMAR, P.; BIDDLE, S.; SOÓS, I.; TAKÁCS, B.; HUSZÁR, A. The prevalence of sedentary behaviours and physical activity in Hungarian youth. *Eur J Public Health*, v.20, n.85–90, 2009.
- HANSON, M.D.; CHEN, E. Socioeconomic Status and Health Behaviors in Adolescence: A Review of the Literature. *J Behav Med*, v.30, p.263–285, 2007.
- HEO, M.; KIM, R.S.; WYLIE-ROSETT, J.; ALLISON, D.B.; HEYMSFIELD, S.B.; FAITH, M.S. Inverse Association between Fruit and Vegetable Intake and BMI even after Controlling for Demographic, Socioeconomic and Lifestyle Factors. *Obes Facts*, v.4, p.449-55, 2011.
- HÖFELMANN, D.A.; BLANK, N. Auto-avaliação de saúde entre trabalhadores de uma indústria no sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*, v.4, p.777-87, 2007.
- HOUWELING, T.A.J.; KUNST, A.E. Socio-economic inequalities in childhood mortality in low- and middle-income countries: a review of the international evidence. *Br Med Bull*, v.93, p.7-26, 2010.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa de Orçamentos Familiares (2002-2003). Antropometria e análise do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil. Rio de Janeiro: 2006.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa sobre dados demográficos do Estado de Sergipe. 2008. Endereço eletrônico: <http://www.ibge.gov.br>
- ISMAILOV, R.M.; LEATHERDALE, S.T. Rural-urban differences in overweight and obesity among a large sample of adolescents in Ontario. *Int J Pediatr Obes*, v.4, p.351-60, 2010.
- JANSSEN, I.; KATZMARZYK, P.T.; BOYCE, W.F.; VERECKEN, C.; MULVIHILL, C.; ROBERTS, C.; et al. Comparison of overweight and obesity prevalence in school-aged youth from 34 countries and their relationships with physical activity and dietary patterns. *Obes Rev*, v.6, p.123-32, 2005.

- JANSSEN, I.; LEBLANC, A.G. Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *Int J Behav Nutr Phys Act*, v. 7, n.40, 2010.
- KONDO, N.; SEMBAJWE, G.; KAWACHI, I.; VAN DAM, R.M.; SUBRAMANIAN, S.V.; YAMAGATA, Z. Income inequality, mortality, and self rated health: metaanalysis of multilevel studies. *BMJ*, v.339, n.4471, 2009. doi:10.1136/bmj.b4471.
- KUNST, A.E.; DEL RIOS, M.; GROENHOF, F.; MACKENBACH, J.P. Socioeconomic Inequalities in Stroke Mortality among Middle-Aged Men: An International Overview. *Stroke*, v.29, p. 2285-2291, 1998
- LEE, H.; LEE, D.; GUO, G.; HARRIS, K.M. Trends in Body Mass Index in Adolescence and Young Adulthood in the United States: 1959–2002. *J Adolesc Health*, v.49, n.601–8, 2011.
- LEVI, Z.; KARK, J.D.; AFEK, A.; DERAZNE, E.; TZUR, D.; FURMAN, M.; et al. Measured body mass index in adolescence and the incidence of pancreatic cancer in a cohort of 720,000 Jewish men. *Cancer Causes Control*, v.23, p.371-8, 2012.
- LEVI, Z.; KARK, J.D.; BARCHANA, M.; LIPSHITZ, I.; ZAVDI, O.; TZUR, D.; et al. Measured body mass index in adolescence and the incidence of colorectal cancer in a cohort of 1.1 million males. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, v.20, p.2524-31, 2011.
- LIMA, J.O.; FONSECA, V.; GUEDES, D.P. Comportamento de risco para a saúde de escolares do ensino médio de barra dos coqueiros, Sergipe, Brasil. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*. v.36, p.2-4, 2010.
- LIMA-COSTA, M.F.; STEPTOE, A.; CESAR, C.C.; OLIVEIRA, C.; PROIETTI, F.A.; MARMOT, M. The influence of socioeconomic status on the predictive power of self-rated health for 6-year mortality in English and Brazilian older adults: the ELSA and Bambui cohort studies. *Annals of Epidemiology*, p.1-5, 2012.
- LIORÉ, S.; MAIRE, B.; VOLATIER, J.-L.; CHARLES, M.-A. Child overweight in France and its relationship with physical

- activity, sedentary behavior and socioeconomic status. *Eur J Public Health*, v.61, p.509–516, 2007.
- LIU, J.; BENNETT, K.J.; HARUN, N.; PROBST, J.C. Urban-rural differences in overweight status and physical inactivity among US children aged 10-17 years. *J Rural Health*, v.24, p.407-15, 2008.
- LOUCAIDES, C.A.; JAGO, R.; THEOPHANOUS, M. Physical activity and sedentary behaviours in Greek-Cypriot children and adolescents: a cross-sectional study. *Int J Behav Nutr Phys Act*, v.8, n.90, 2011.
- LUIZ, O.C.; HEIMANN, L.S.; BOARETTO, R.C.; PACHECO, A.G.; PESSOTO, U.C.; IBANHES, L.C.; et al. Diferenciais intermunicipais de condições de vida e saúde: construção de um indicador composto. *Rev. Saúde Pública*, v.43, n.1, p.115-22, 2009.
- LYYRA, T.-M.; LESKINEN, E.; JYLHA, M.; HEIKKINEN, E. Self-rated health and mortality in older men and women: A time-dependent covariate analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, v.48, p.14–18, 2009.
- MACHADO-RODRIGUES, A.M.; COELHO-E-SILVA, M.J.; MOTA, J.; PADEZ, C.; RONQUE, E.; CUMMING, S.P.; MALINA, R.M. Cardiorespiratory fitness, weight status and objectively measured sedentary behaviour and physical activity in rural and urban Portuguese adolescents. *J Child Health Care*, v.22, 2012.
- MACKENBACH, J.P.; STIRBU, I.; ROSKAM, A.-J.R.; SCHAAP, M.M.; MENVIELLE, G.; LEINSALU, M.; KUNST, A.E. Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *N Engl J Med*, v.358, p.2468-81, 2008.
- MALCON, M.C.; MENEZES, A.M.B.; MAIA, M.F.S.; CHATKIN, M.; VICTORA, C.G. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes na América do Sul: uma revisão sistemática da literatura. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, v.13, p.222-228, 2003.
- MARTÍNEZ-GÓMEZ, D.; EISENMANN, J.C.; GÓMEZ-MARTÍNEZ, S.; VESES, A.; MARCOS, A.; VEIGA, O.L. Sedentary Behavior, Adiposity, and Cardiovascular Risk Factors

- in Adolescents. The AFINOS Study. *Rev Esp Cardiol*, v.63, p.277-85, 2010.
- MASSON, C.R.; COSTA, J.S.D.; OLINTO, M.T.A.; MENEGHEL, S.; COSTA, C.C.; BAIROS, F.; HALLAL, P.C. Prevalência de sedentarismo nas mulheres adultas da cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*, v.21, p.1685-94, 2005.
- MATTHEWS, V.L.; WIEN, M.; SABATÉ, J. The risk of child and adolescent overweight is related to types of food consumed. *Nutr J*, v.10, n.71, 2011.
- MELKEVIK, O.; TORSHEIM, T.; IANNOTTI, R.J.; WOLD, B. Ispending time in screen-based sedentary behaviors associated with less physical activity: a cross national investigation. *Int J Behav Nutr Phys Act*, v.7, n.46, 2010.
- MELOTTI, R.; HERON, J.; HICKMAN, M.; MACLEOD, J.; ARAYA, R.; LEWIS, G. Adolescent Alcohol and Tobacco Use and Early Socioeconomic Position: The ALSPAC Birth Cohort. *Pediatrics*, v.127, p.e948-e955, 2011.
- MENDES, M.J.F.L.; ALVES, J.G.B.; ALVES, A.V.; SIQUEIRA, P.P.; FREIRE, E.F.C. Associação de fatores de risco para doenças cardiovasculares em adolescentes e seus pais. *Rev Bras Saúde Matern Infant*, v.6, p.S49-S54, 2006.
- MIKOLAJCZYK, R.T.; BRZOSKA, P.; MAIER, C.; OTTOVA, V.; MEIER, S.; DUDZIAK, U.; ILIEVA, S.; ANSARI, W.E. Factors associated with self-rated health status in university students: a cross-sectional study in three European countries. *BMC Public Health*, v.8, n.215, 2008. doi:10.1186/1471-2458-8-215
- MOLARIUS, A.; BERGLUND, K.; ERIKSSON, C.; LAMBE, M.; NORDSTROM, E.; ERIKSSON, H.G.; FELDMAN, I. Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and self-rated health among men and women in Sweden. *European Journal of Public Health*, v.17, n. 2, p.125-133, 2006.
- NAGELHOUT, G.E.; KORTE-DE BOER, D.; KUNST, A.E.; MEER, R.M.V.D.; VRIES, H.; GELDER, B.M.V.; WILLEMSSEN, M.C. Trends in socioeconomic inequalities in smoking prevalence, consumption, initiation, and cessation



between 2001 and 2008 in the Netherlands. Findings from a national population survey. *BMC Public Health*, v.12, n.303, 2012.

NAHAS, M.V.; BARROS, M.V.G.; DE BEM, M.F.L.; OLIVEIRA, E.S.A.; LOCH, M.R. Estilo de vida e indicadores de saúde dos jovens catarinenses. Florianópolis: NuPAF/UFSC, 2005.

NASREDDINE, L.; NAJA, F.; Tabet, M.; HABBAL, M.Z.; EL-AILY, A.; HAIKAL, C.; et al. Obesity is associated with insulin resistance and components of the metabolic syndrome in Lebanese adolescents. *Ann Hum Biol*, v.39, p.122-8, 2012.

NISHI, A.; KAWACHI, I.; SHIRAI, K.; HIRAI, H.; JEONG, S.; KONDO, K. Sex/Gender and Socioeconomic Differences in the Predictive Ability of Self-Rated Health for Mortality. *PLoS ONE*, v.7, n.1, p.e30179, 2012. doi:10.1371/journal.pone.0030179

OLIVEIRA, T.C.; SILVA, A.A.M.; SANTOS, C.J.N.; SILVA, J.S.; CONCEIÇÃO, S.I.O. Atividade física e sedentarismo em escolares da rede pública e privada de ensino em São Luís. *Rev Saúde Pública*, v.44, p.996-1004, 2010.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Prevenção de Doenças Crônicas: um investimento vital. OPAS. 2005.

PATE, R.R.; HEATH, G.W.; DOWDA, M.; TROST, S.G. Associations between Physical Activity and Other Health Behaviors in a Representative Sample of US Adolescents. *Am J Public Health*, v.86, p.1577-81, 1996.

PATE, R.R.; MITCHELL, J.A.; BYUN, W.; DOWDA, M. Sedentary behaviour in youth. *Br J Sports Med*, v.45, p.906-913, 2011.

PATRIARCA, A.; GIUSEPPE, G.D.; ALBANO, L.; MARINELLI, P.; ANGELILLO, I.F. Use of television, videogames, and computer among children and adolescents in Italy. *BMC Public Health*, v.9, n.139, 2009.

PATRICK, K.; NORMAN, G.J.; CALFAS, K.J.; SALLIS, J.F.; ZABINSKI, M.F.; RUPP, J.; CELLA, J. Diet, Physical Activity, and Sedentary Behaviors as Risk Factors for Overweight in Adolescence. *Arch Pediatr Adolesc Med*, v.158, p.385-90, 2004.

- PEARSON, N.; BIDDLE, S.J.; GORELY, T. Family correlates of fruit and vegetable consumption in children and adolescents: a systematic review. *Public Health Nutr*, v.12, p.267-83, 2009.
- PEARSON, N.; BIDDLE, S.J. Sedentary behavior and dietary intake in children, adolescents, and adults. A systematic review. *Am J Prev Med*, v.41, n. 178-88, 2011.
- PEART, T.; VELASCO-MONDRAGON, H.E.; ROHM-YOUNG, D.; BRONNER, Y.; HOSSAIN, M.B. Weight status in US youth: the role of activity, diet, and sedentary behaviors. *Am J Health Behav*, v.35, p.756-64, 2011.
- PENSE. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. Coordenação de Indicadores Sociais, Rio de Janeiro: IBGE, 2009.
- PEREIRA, M.G. Epidemiologia: teoria e prática. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2003.
- PESTANA, M.H.; GAGEIRO, J.N. Análise de dados para Ciências Sociais: a complementaridade do SPSS. 2ed. Lisboa: Sílabo, 2000.
- PITANGA, F.J.G.; LESSA, I. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. *Cad Saúde Pública*, v.21, n.870-7, 2005.
- PLOTNIKOFF, R.C.; BERCOVITZ, K.; LOUCAIDES, C.A. Physical activity, smoking, and obesity among Canadian school youth. Comparison between urban and rural schools. *Can J Public Health*, v.95, p413-418, 2004.
- REED, D.B.; PATTERSON, P.J.; WASSERMAN, N. Obesity in Rural Youth: Looking Beyond Nutrition and Physical Activity. *J Nutr Educ Behav*, v.43, p.401-08, 2011.
- ROMANZINI, M.; REICHERT, F.F.; LOPES, A.S.; PETROSKI, E.L.; FARIAS JÚNIOR, J.C. Prevalence of cardiovascular risk factors in adolescents. *Cad. Saúde Pública*, v.24, p.2573-2581, 2008.
- SALONNA, F.; GECKOVA, A.M.; ZEZULA, I.; SLESKOVA, M.; GROOTHOFF, J.W.; REIJNEVELD, S.A.; VAN DIJK, J.P. Does social support mediate or moderate socioeconomic differences in self-rated health among adolescents? *Int J Public Health*, v.57, p.609-617, 2012. DOI 10.1007/s00038-011-0300-6

- SALONNA, F.; VAN DIJK, J.P.; GECKOVA, A.M.; SLESKOVA, M.; GROOTHOFF, J.W.; REIJNEVELD, S.A. Social inequalities in changes in health-related behaviour among Slovak adolescents aged between 15 and 19: A longitudinal study. *BMC Public Health*, v.8, n.57, 2008. doi:10.1186/1471-2458-8-57.
- SAMDAL, O.; TYNJÄLÄ, J.; ROBERTS, C.; SALLIS, J.F.; VILLBERG, J.; WOLD, B. Trends in vigorous physical activity and TV watching of adolescents from 1986 to 2002 in seven European Countries. *Eur J Public Health*, v.17, p.242–248, 2008.
- SANTOS, S.M.; CHOR, D.; WERNECK, G.L.; COUTINHO, E.S.F. Associação entre fatores contextuais e auto-avaliação de saúde: uma revisão sistemática de estudos multinível. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, n.11, p.2533-2554, nov, 2007
- SCHAAP, M.M.; KUNST, A.E. Monitoring of socio-economic inequalities in smoking: Learning from the experiences of recent scientific studies. *Public Health*, v.123, p.103–109, 2009.
- SEABRA, A.F.; MENDONÇA, D.M.; THOMIS, M.A.; ANJOS, L.A.; MAIA, J.A. Determinantes biológicos e sócio-culturais associados à prática de atividade física de adolescentes. *Cad. Saúde Pública*, v.24, p.721-736, 2008.
- SHI, Z.; LIEN, N.; KUMAR, B.N.; HOLMBOE-OTTESEN, G. Socio-demographic differences in food habits and preferences of school adolescents in Jiangsu Province, China. *European Journal of Clinical Nutrition*, v.59, p.1439–1448, 2005.
- SILVA, D.A.S.; SILVA, R.J.S. Leisure time physical activity and associated variables in students from Aracaju-SE. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v.13, n.2, p.36-43, 2008.
- SILVA, K.S.; NAHAS, M.V.; PERES, K.G.; LOPES, A.S. Factors associated with physical activity, sedentary behavior, and participation in physical education among high school students in Santa Catarina State, Brazil. *Cad. Saúde Pública*, v.25, p.2187-2200, 2009.
- SILVA DAS, SMITH MENEZES A, GOMES MA, SOUSA TF. Estágios de mudanças de comportamento para atividade física em estudantes de uma cidade do Brasil. *Revista de Salud Publica*, v.12, p.623-634, 2010.

- SILVA, R.C.R.; MALINA, R.M. Nível de atividade física em adolescentes do Município de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.16, p.1091-1097, 2000.
- SINGH, G.K.; YU, S.M.; SIAHPUSH, M.; KOGAN, M.D. High levels of physical inactivity and sedentary behaviors among us immigrant children and adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*, v.162, p.756-763, 2008.
- SÖDERGREN, M.; SUNDQUIST, J.; JOHANSSON, S.-E.; SUNDQUIST, K. Physical activity, exercise and self-rated health: a population-based study from Sweden. *BMC Public Health*, v.8, n.352, 2008
- SOUZA, D.P.O.; SILVEIRA FILHO, D.X. Uso recente de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes adolescentes trabalhadores e não trabalhadores. *Rev Bras Epidemiol*, v.10, n.2, p.276-87, 2007.
- STALSBERG, R.; PEDERSEN, A.V. Effects of socioeconomic status on the physical activity in adolescents: a systematic review of the evidence. *Scand J Med Sci Sports*, v.20, p.368–383, 2010.
- STASER, K.W.; ZOLLINGER, T.W.; SAYWELL JR, R.M.; KUNAPAREDDY, S.; GIBSON, J.; CAINE, V.A. Dietary Behaviors Associated With Fruit and Vegetable Consumption, Marion County, Indiana, 2005. *Prev Chronic Dis*, v.8, n.A66, 2011.
- STEINBERGER, J.; MORAN, A.; HONG, C.P.; JACOBS, D.R.; SINAIKO, A.R. Adiposity in childhood predicts obesity and insulin resistance in young adulthood. *J Pediatr*, v.138, p.469-73, 2001.
- STRONG, W.B.; MALINA, R.M.; BLIMKIE, C.J.R.; DANIELS, S.R.; DISHMAN, R.K.; GUTIN, B.; HERGENROEDER, A.C.; MUST, A.; NIXON, P.A.; PIVARNIK, J.M.; ROWLAND, T.; TROST, S.; TRUDEAU, F. Evidence based physical activity for school-age youth. *J Pediatr*, v.146, p.732-737, 2005.
- SUBRAMANIAN, S.V.; DELGADO, I.; JADUE, L.; VEJA, J.; KAWACHI, I. Income inequality and health: multilevel analysis of Chilean communities. *J Epidemiol Community Health*, v.57, p.844–848, 2003.

- SULANDER, T.; POHJOLAINEN, P.; KARVINEN, E. Self-rated health (SRH) and socioeconomic position (SEP) among urban home-dwelling older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, v.54, p.117–120, 2012.
- TAKKINEN, S.; SUUTAMA, T.; RUOPPILA, I. More meaning by exercising? Physical activity as a predictor of a sense meaning in life and self-rated health and functioning in old age. *Journal of Aging and Physical Activity*, v.9, p.128-41, 2001.
- TAVERAS, E.M.; FIELD, A.E.; BERKEY, C.S.; RIFAS-SHIMAN, S.L.; FRAZIER, A.L.; COLDITZ, G.A.; et al. Longitudinal relationship between television viewing and leisure-time physical activity during adolescence. *Pediatrics*, v.119, p.e314–e319, 2007.
- TAY, J.B.; KELLEHER, C.C.; HOPE, A.; BARRY, M.; GABHAINN, S.N.; SIXSMITH, J. Influence of sociodemographic and neighbourhood factors on self rated health and quality of life in rural communities: findings from the Agriproject in the Republic of Ireland. *J Epidemiol Community Health*, v.58, p.904–911, 2004. doi: 10.1136/jech.2002.006643.
- TENÓRIO, M.C.M.; BARROS, M.V.G.; TASSITANO, R.M.; BEZERRA, J.; TENÓRIO, J.M.; HALLAL, P.C. Atividade física e comportamento sedentário em adolescentes estudantes do ensino médio. *Rev Bras Epidemiol*, v.13, p.105-117, 2010.
- TOWNSEND, L.; FLISHER, A.J.; GILREATH, T.; KING, G. A systematic literature review of tobacco use among adults 15 years and older in sub-Saharan Africa. *Drug and Alcohol Dependence*, v.84, p.14–27, 2006.
- TRANG, N.H.H.D.; HONG, T.K.; DIBLEY, M.J. Cohort profile: Ho Chi Minh City Youth Cohort-changes in diet, physical activity, sedentary behaviour and relationship with overweight/obesity in adolescents. *BMJ Open*, v.2, 2012. e000362. doi:10.1136/bmjopen-2011-000362.
- TREMBLAY, M.S.; LEBLANC, A.G.; JANSSEN, I.; KHO, M.E.; HICKS, A.; MURUMETS, K.; COLLEY, R.C.; DUGGAN, M. Canadian sedentary behaviour guidelines for children and youth. *Appl Physiol Nutr Metab*, v.36, p.59-64, 2011.

TREMBLAY, M.S.; LEBLANC, A.G.; KHO, M.E.; SAUNDERS, T.J.; LAROUCHE, R.; COLLEY, R.C.; GOLDFIELD, G.; GORBER, S.C. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth. *Int J Behav Nutr Phys Act*, v.8, n.98, 2011.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. 2008.

UIJTDEWILLIGEN, L.; SINGH, A.S.; TWISK, J.W.R.; KOPPEL, L.L.J.; MECHELEN, W.V.; CHINAPAW, M.J.M. Adolescent predictors of objectively measured physical activity and sedentary behaviour at age 42: the Amsterdam Growth and Health Longitudinal Study (AGAHLS). *Int J Behav Nutr Phys Act*, v.8, n.107, 2011.

UTTER, J.; NEUMARK-SZTAINER, D.; JEFFERY, R.; STORY, M. Couch potatoes or french fries: Are sedentary behaviors associated with body mass index, physical activity, and dietary behaviors among adolescents? *J Am Diet Assoc*, v.103, p.1298-305, 2003.

VAN DER HORST, K.; PAW, M.J.C.A.; TWISK, J.W.R.; VAN MECHELEN, W. A Brief Review on Correlates of Physical Activity and Sedentariness in Youth. *Med. Sci Sports Exerc*, v.39, p.1241-1250, 2007.

VAN GRIEKEN, A.; EZENDAM, N.P.M.; PAULIS, W.D.; VAN DER WOUDE, J.C.; RAAT, H. Primary prevention of overweight in children and adolescents: a meta-analysis of the effectiveness of interventions aiming to decrease sedentary behaviour. *Int J Behav Nutr Phys Act*, v.9, n.61, 2012.

VELDE, S.J.; BOURDEAUDHUIJ, I.D.; THORSODOTTIR, I.; RASMUSSEN, M.; HAGSTRÖMER, M.; KLEPP, K.-I.; BRUG, J. Patterns in sedentary and exercise behaviors and associations with overweight in 9–14-year-old boys and girls - a cross-sectional study. *BMC Public Health*, v.7, n.16, 2007.

WANG, M.P.; HO, S.Y.; LO, W.S.; LAI, M.K.; LAM, T.H. Smoking Is Associated With Poor Self-Rated Health Among

Adolescents in Hong Kong. *Nicotine & Tobacco Research*, v. 14, n.6, 2012.

WENNERBERG, P.; ROLANDSSON, O.; JERDEMAN, L.; BOEING, H.; SLUIK, D.; KAAKS, R.; TEUCHER, B.; SPIJKERMAN, A.; MESQUITA, B.B.; DETHLEFSEN, C.; NILSSON, P.; NOTHLINGS, U. Self-rated health and mortality in individuals with diabetes mellitus: prospective cohort study. *BMJ Open*, v.2, 2012. e000760. doi:10.1136/bmjopen-2011-000760

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Chronic diseases and health promotion: global school-based student health survey (GSHS) purpose and methodology. <http://www.who.int/chp/gshs/en/> (acessado em Ago/2009).

XU, F.; LI, J.Q.; WARE, R.S.; OWEN, N. Associations of television viewing time with excess body weight among urban and rural high-school students in regional mainland China. *Public Health Nutr*, v.11, p.891–6, 2008.

XU, J.; ZHANG, J.; FENG, L.; QIU, J. Self-rated health of population in southern China: association with socio-demographic characteristics measured with multiple-item self-rated health measurement scale. *BMC Public Health*, v.10, n.393, 2010. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/393>

YAMAMOTO-KIMURA, L.; POSADAS-ROMERO, C.; POSADAS-SÁNCHEZ, R.; ZAMORA-GONZÁLEZ, J.; CARDOSO-SALDAÑA, G.; MÉNDEZ RAMÍREZ, I. Prevalence and interrelations of cardiovascular risk factors in urban and rural Mexican adolescents. *J Adolesc Health*, v.38, p.591-598, 2006.

ZABORSKIS, A.; LAGUNAITE, R.; BUSHA, R.; LUBIENE, J. Trend in eating habits among Lithuanian schoolaged children in context of social inequality: three cross-sectional surveys 2002, 2006 and 2010. *BMC Public Health*, v.12, n.52, 2012.

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.



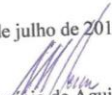
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS  
CAMPUS DA SAÚDE PROF. JOÃO CARDOSO NASCIMENTO JR  
Rua Cláudio Batista S/N- Centro de Pesquisas Biomédicas - Bairro Sanatório  
CEP: 49060-100 Aracaju -SE / Fone:(79) 2105-1805  
E-mail: [cephu@ufs.br](mailto:cephu@ufs.br)

## DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o Protocolo de Pesquisa intitulado "CONDIÇÕES DE VIDA ASSOCIADAS A FATORES COMPORTAMENTAIS ENTRE ADOLESCENTES RESIDENTES NA ZONA RURAL E NA ZONA URBANA DO ESTADO DE SERGIPE" – Nº CAAE – 2006.0.000.107-10, sob orientação da pesquisadora Prof. Dra. Maria de Fátima da Silva Duarte, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe- CEP/UFS em reunião realizada dia 16/07/2010.

Cabe ao pesquisador apresentar ao CEP/UFS os relatórios parciais e final sobre a pesquisa ( Res. CNS 196/96).

Aracaju, 20 de julho de 2010.

  
Prof. Dr. Manuel Hermínio de Aguiar Oliveira  
Coordenador do CEP/UFS



## ANEXO B – Questionário



**Projeto**  
**CONDIÇÕES DE VIDA E CONDUTAS DE SAÚDE EM**  
**ADOLESCENTES RESIDENTES EM ÁREAS RURAIS E URBANAS NO**  
**ESTADO DE SERGIPE**

**Orientações:**

- Este questionário é sobre as suas condutas de saúde.
- Estudantes como você, em todo o estado de Sergipe, estarão respondendo o mesmo questionário. As informações fornecidas por você será utilizada para desenvolver programas de saúde para pessoas jovens.
- Atenção! Não escreva o seu nome neste questionário, pois as informações que você fornecer serão mantidas em sigilo e serão anônimas. Ninguém irá saber o que você respondeu, por isto seja bastante sincero nas suas respostas.
- Lembre que não há respostas certas e erradas. As suas respostas devem se basear naquilo que você realmente conhece, sente ou faz.
- Lembre que a sua participação nesta pesquisa é voluntária.
- Leia com atenção todas as questões, se tiver dúvidas solicite ajuda do professor que estiver aplicando o questionário na sua sala de aula.
- NÃO DEIXE QUESTÕES EM BRANCO (SEM RESPOSTA).

***Preencha o quadro abaixo conforme orientações do aplicador:***

Território  Cidade   
 Escola  Turma   
 Turno  Matutino  Vespertino  Noturno Horário:  
 Qual o nome da Cidade onde você mora?

Massa (kg): \_\_\_\_\_ Estatura (m): \_\_\_\_\_  
 Perímetro da Cintura: \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES DEMOGRÁFICAS E EDUCACIONAIS**

1. Qual a sua idade, em anos?  
 A. Menos de 14 anos  
 B. 14  
 C. 15  
 D. 16  
 E. 17  
 F. 18  
 G. 19  
 H. 20 anos ou mais
2. Qual o seu sexo?  
 A. Masculino  
 B. Feminino
3. Em que série você está?  
 A. 1ª série  
 B. 2ª. série  
 C. 3ª. série
4. Você já reprovou em alguma série?  
 A. Sim  
 B. Não
5. Você já abandonou os estudos alguma vez?  
 A. Sim  
 B. Não
6. Qual foi o motivo do abandono?  
 A. Precisei trabalhar  
 B. Falta de interesse  
 C. Não entendia as aulas  
 D. Violência na escola ou no percurso para escola  
 E. Outro \_\_\_\_\_
7. Qual o seu estado civil?  
 A. Solteiro(a)  
 B. Casado(a)/vivendo com parceiro(a)  
 C. Outro \_\_\_\_\_
8. Você tem filhos?  
 A. Sim  
 B. Não
9. Quantos filhos você tem?  
 A. Nenhum  
 B. 01  
 C. 02  
 D. + 02
10. Você mora com:  
 A. Só o Pai  
 B. Só a Mãe  
 C. Com o Pai e a Mãe  
 D. Outro \_\_\_\_\_
11. Quantas pessoas moram com você?  
 A. 1-2  
 B. 3-4  
 C. + 4
12. Quantos irmãos e irmãs você tem?  
 A. Nenhum  
 B. 1-2  
 C. 3-4  
 D. + 4
13. Você se considera de que cor?  
 A. Branco  
 B. Preto  
 C. Pardo/moreno  
 D. Outro \_\_\_\_\_
14. Assinale com um X a **quantidade** de itens que existe em sua casa:
- |  | Não | TEM |    |    |     |
|--|-----|-----|----|----|-----|
|  | Tem | 1   | 2  | 3  | 4 + |
| TV em cores  | A.  | B.  | C. | D. | E.  |
| Rádio  | A.  | B.  | C. | D. | E.  |
| Banheiro   | A.  | B.  | C. | D. | E.  |
| Empregada  | A.  | B.  | C. | D. | E.  |
| Mensalista   |     |     |    |    |     |
| Aspirador de Pó  | A.  | B.  | C. | D. | E.  |
| Máquina de Lavar   | A.  | B.  | C. | D. | E.  |
| DVD ou Videocassete  | A.  | B.  | C. | D. | E.  |
| Geladeira  | A.  | B.  | C. | D. | E.  |
| Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex) | A.  | B.  | C. | D. | E.  |
| Computador ou Notebook                                       | A.  | B.  | C. | D. | E.  |

15. Qual é a alternativa que melhor indica o nível de estudo da sua mãe:
- A. Minha mãe não estudou
  - B. Minha mãe apenas sabe ler e escrever pouco
  - C. Minha mãe não concluiu o Ensino Fundamental
  - D. Minha mãe concluiu o Ensino Fundamental
  - E. Minha mãe NÃO concluiu o Ensino Médio
  - F. Minha mãe concluiu o Ensino Médio
  - G. Minha mãe concluiu a faculdade
  - H. Não sei
16. Qual é a alternativa que melhor indica o nível de estudo do seu pai:
- A. Meu pai não estudou
  - B. Meu pai apenas sabe ler e escrever pouco
  - C. Meu pai não concluiu o Ensino Fundamental
  - D. Meu pai concluiu o Ensino Fundamental
  - E. Meu pai NÃO concluiu o Ensino Médio
  - F. Meu pai concluiu o Ensino Médio
  - G. Meu pai concluiu a faculdade
  - H. Não sei
17. Em sua residência, quem é o “Chefe da Família”?
- A. Mãe
  - B. Pai
  - C. Outro \_\_\_\_\_

---

### **INFORMAÇÕES SOBRE TRABALHO E RENDA**

---

18. Qual é a renda familiar mensal (total em R\$)?
- A. Até 250
  - B. 250 a 500
  - C. 500 a 750
  - D. 750 a 1.000
  - E. 1.000 a 1.250
  - F. 1.250 ou +
19. Qual é a principal fonte de renda da família?
- A. Aposentadoria
  - B. Bolsa Família/Bolsa Escola
  - C. Trabalho do pai/mãe
  - D. Pensão
  - E. Outro \_\_\_\_\_
20. Você trabalha?
- A. Não trabalho
  - B. Sou empregado com salário
  - C. Faço um estágio profissionalizante (com ou sem remuneração)
  - D. Trabalho como voluntário
  - E. Trabalho sem carteira assinada
21. Quantas pessoas trabalham de forma remunerada em sua residência?
- A. Nenhum
  - B. 1-2
  - C. 3-4
  - D. + 4

*Se você não trabalha, vá para a questão 28*

22. Com que idade começou a trabalhar?
- Menos de 10 anos
  - 10
  - 11
  - 12
  - 13 ou +
23. Em que local você trabalha?
- Comércio
  - Indústria
  - Agricultura
  - Outro \_\_\_\_\_
24. Que tipo de trabalho você realiza? \_\_\_\_\_
25. Quantas horas semanais você trabalha?
- Até 20 horas
  - Mais de 20 horas
26. Como você se desloca para o trabalho?
- Ônibus
  - Carro ou moto
  - Bicicleta
  - A pé
  - Outro \_\_\_\_\_
27. Quanto tempo você gasta no deslocamento para o trabalho? \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos.
28. O seu **PAI** trabalha (excluindo os afazeres domésticos):
- Sem carteira assinada
  - Com carteira assinada
  - Empregador/Patrão
  - Por conta própria
  - No setor público
  - Não trabalha

*Se seu pai não trabalha, vá para a questão 32*

29. Em que local o seu **PAI** trabalha?
- Comércio
  - Indústria
  - Agricultura
  - Outro \_\_\_\_\_

30. Que tipo de trabalho o seu **PAI** realiza?

\_\_\_\_\_

31. Quantas horas diárias o seu **PAI** trabalha?
- Menos de 04
  - 4 a 6
  - 6 a 8
  - Mais de 8

32. A sua **MÃE** trabalha (excluindo os afazeres domésticos):
- Sem carteira assinada
  - Com carteira assinada
  - Empregador/Patrão
  - Empregada doméstica
  - No setor público
  - Não trabalha
  - Outro \_\_\_\_\_

*Se sua mãe não trabalha, vá para a questão 36*

33. Em que local a sua **MÃE** trabalha?
- Comércio
  - Indústria
  - Agricultura
  - Outro \_\_\_\_\_
34. Que tipo de trabalho a sua **MÃE** realiza? \_\_\_\_\_
35. Quantas horas diárias a sua **MÃE** trabalha?
- Menos de 04
  - 4 a 6
  - 6 a 8
  - Mais de 8

---

**INFORMAÇÕES SOBRE AMBIENTE E HABITAÇÃO**

---

36. A sua residência fica localizada na(o):
- A. Sede do município (área urbana)
  - B. Povoado (área rural)
37. Quantos cômodos têm em sua residência?
- A. \_\_\_ Quarto(s)
  - B. \_\_\_ Cozinha
  - C. \_\_\_ Sala(s)
  - D. \_\_\_ Banheiro
  - E. \_\_\_ Outro \_\_\_\_\_
38. Você mora na cidade em que nasceu?
- A. Sim
  - B. Não
39. Você mora em:
- A. Conjunto habitacional popular
  - B. Casa de vila
  - C. Favela
  - D. Condomínio fechado
  - E. Edificação isolada
  - F. Outro \_\_\_\_\_
40. Qual o tipo de edificação?
- A. Casa de alvenaria (tijolo)
  - B. Apartamento
  - C. Barraco ou cômodo
  - D. Residência Coletiva (alojamento, pensão, pensionato, etc)
  - E. Outro
41. Em sua casa tem energia elétrica?
- A. Sim
  - B. Não
42. Ao redor da sua casa tem iluminação pública?
- A. Sim
  - B. Não
43. Na sua casa tem água encanada?
- A. Sim
  - B. Não
44. Onde você mora é abastecido por água de:
- A. Rede de abastecimento com ligação da rua
  - B. Poço individual
  - C. Rio/Riacho/Represa
  - D. Caminhão pipa
  - E. Outro \_\_\_\_\_
45. O lixo da sua casa é:
- A. Coletado
  - B. Queimado
  - C. Enterrado
  - D. Jogado no rio ou em terreno baldio
  - E. Outro \_\_\_\_\_
46. Na sua casa tem esgoto sanitário?
- A. Sim
  - B. Não
47. O esgoto da sua casa é escoado para:
- A. Rede geral de esgotamento sanitário
  - B. Fossa séptica
  - C. Rio/Riacho/Represa
  - D. Rua ou terreno (a céu aberto)
  - E. Outro \_\_\_\_\_
48. A rua onde você mora é pavimentada (asfaltada ou paralelepípedo)?
- A. Sim
  - B. Não

---

**OFERTA E ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE**

---

49. Algum Agente Comunitário de Saúde já visitou a sua casa?
- A. Sim
  - B. Não
  - C. Não Sei
50. Você ou algum familiar recebeu orientação sobre a prática de atividade física de um profissional da saúde?
- A. Sim, eu
  - B. Sim, alguém da minha família
  - C. Não
  - D. Não Sei
51. Nos últimos 12 meses, quantas visitas a sua casa recebeu do Programa Saúde da Família?
- A. Nenhum
  - B. 1-2
  - C. 3-4
  - D. + 4
  - E. Não Sei
52. Você tem convênio ou plano de saúde (médico ou dentista)?
- A. Sim
  - B. Não
53. Se sim, o convênio ou plano de saúde é:
- A. Particular
  - B. De empresa
  - C. De sindicato
  - D. Outro \_\_\_\_\_
54. Nos últimos 30 dias, você foi a algum pronto-socorro, hospital, posto de saúde, consultório dentário, clínica ou outro estabelecimento à procura de atendimento para a própria saúde?
- A. Sim, uma vez
  - B. Sim, 2 vezes ou mais
  - C. Não, mas recebi atendimento em casa de um profissional de saúde
  - D. Não
55. Que tipos de estabelecimento de saúde você procurou?
- A. Pronto-Socorro
  - B. Posto ou centro de saúde
  - C. Consultório médico
  - D. Outro
56. Você teve algum problema de saúde nos últimos 30 dias?
- A. Sim
  - B. Não
57. Qual tipo de atendimento você utilizou?
- A. Particular
  - B. SUS
  - C. Plano de saúde ou convênio
  - D. Não sei
- O atendimento tinha sido marcado com antecedência?
- A. Sim
  - B. Não
58. Quanto tempo demorou para você ser atendido?
- A. Menos de 1 mês
  - B. 1 a 2 meses
  - C. 3 a 5 meses
  - D. 6 meses ou mais
59. Há quanto tempo você foi ao dentista pela última vez?
- A. Menos de 1 ano
  - B. 1 a 2 anos
  - C. 3 anos ou mais
  - D. Nunca foi ao dentista

---

**CONSUMO DE ÁLCOOL E USO DE OUTRAS DROGAS**

---



- As questões seguintes perguntam sobre ingestão de bebidas alcoólicas.
- Uma dose de bebida alcoólica corresponde a uma lata de cerveja, uma taça de vinho, uma dose de cachaça, vodka, rum, batida, etc.

60. Nos últimos 30 dias, em quantos dias você consumiu pelo menos uma dose de bebida contendo álcool?
- A. Eu nunca bebi álcool
  - B. 0 dias
  - C. 1 ou 2 dias
  - D. 3 a 5 dias
  - E. 6 a 9 dias
  - F. 10 a 19 dias
  - G. 20 a 29 dias
  - H. Todos os 30 dias
- Se você nunca BEBEU, vá para a questão 67*
61. Quantos anos você tinha quando tomou bebida alcoólica pela primeira vez?
- A. Eu nunca consumi bebida alcoólica
  - B. Eu tinha 7 anos ou menos
  - C. 8 a 9 anos
  - D. 10 a 11 anos
  - E. 12 a 13 anos
  - F. 14 a 15 anos
  - G. 16 a 17 anos
  - H. 18 anos ou mais
62. Nos últimos 30 dias, nos dias em que você consumiu bebida alcoólica, quantas doses você usualmente bebeu por dia?
- A. Eu não consumi álcool
  - B. Menos que 1 dose
  - C. 1 dose
  - D. 2 doses
  - E. 3 doses
  - F. 4 doses
  - G. 5 ou mais doses
63. Durante sua vida, quantas vezes você bebeu tanto que ficou embriagado (bêbado)?
- A. Nenhuma vez
  - B. 1 a 2 vezes
  - C. 3 a 9 vezes
  - D. 10 vezes ou mais
64. Durante os últimos 30 dias, como você conseguiu a bebida que você consumiu?
- A. Eu não consumi bebidas alcoólicas
  - B. Eu comprei num bar, num restaurante ou num supermercado
  - C. Eu comprei de um vendedor de rua
  - D. Eu dei dinheiro a alguém para alguém comprar
  - E. Eu consegui com meus amigos
  - F. Eu consegui na minha casa
  - G. Eu peguei sem permissão
  - H. Eu consegui de alguma outra forma
  - I. Eu consegui em uma festa
65. Durante sua vida, quantas vezes você teve ressaca, se sentiu doente, teve problemas com sua família ou amigos, faltou à escola ou se envolveu em brigas devido à ingestão de bebidas alcoólicas?
- A. Nenhuma vez
  - B. 1 a 2 vezes
  - C. 3 a 9 vezes
  - D. 10 vezes ou mais

66. Você já usou drogas?

- A. Sim
- B. Não

*Se você nunca usou droga, vá para a questão 72*

67. Qual(is) droga(s) você usou?

- A. Loló
- B. Cola de sapateiro
- C. Lança Perfume
- D. Maconha
- E. Crack
- F. Cocaína
- G. Outra

68. Quantos anos você tinha quando usou drogas pela primeira vez?

- A. Eu nunca usei drogas
- B. Eu tinha 7 anos ou menos
- C. 8 a 9 anos
- D. 10 a 11 anos
- E. 12 a 13 anos

F. 14 a 15 anos

G. 16 a 17 anos

H. 18 anos ou mais

69. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você usou drogas?

- A. Não usei drogas
- B. 1 ou 2 dias
- C. 3 a 5 dias
- D. 6 a 9 dias
- E. 10 a 19 dias
- F. 20 a 29 dias
- G. Todos os dias

70. Durante os últimos 30 dias, como você conseguiu a droga que usou?

- A. Eu não uso drogas
- B. Eu comprei de alguém
- C. Eu dei o dinheiro para alguém comprar
- D. Eu consegui com meus amigos
- E. Eu consegui com meus familiares
- F. Eu peguei sem permissão
- G. Eu consegui de alguma outra forma

### HÁBITOS ALIMENTARES

71. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes você sentiu fome porque não tinha comida suficiente na sua casa?

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

▪ As questões seguintes são sobre a frequência com que você consome alguns alimentos

72. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes por dia você

comeu frutas, como banana, laranja, abacaxi, goiaba ou outras?

- A. Eu não comi frutas nos últimos 30 dias
- B. Menos de 1 vez por dia
- C. 1 vez por dia
- D. 2 vezes por dia
- E. 3 vezes por dia
- F. 4 vezes por dia
- G. 5 ou mais vezes por dia

73. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes por dia você tomou suco natural de frutas?

- A. Eu não tomei sucos nos últimos 30 dias



- B. Menos de 1 vez por dia  
C. 1 vez por dia  
D. 2 vezes por dia  
E. 3 vezes por dia  
F. 4 vezes por dia  
G. 5 ou mais vezes por dia
74. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes por dia, você comeu verduras, como alface, cebola, tomate, pimentão, cenoura, beterraba e outras?
- A. Eu não comi verduras nos últimos 30 dias  
B. Menos de 1 vez por dia  
C. 1 vez por dia  
D. 2 vezes por dia  
E. 3 vezes por dia  
F. 4 vezes por dia  
G. 5 ou mais vezes por dia
75. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes por dia você bebeu refrigerantes ou outras bebidas artificiais?
- A. Eu não bebi refrigerantes nos últimos 30 dias  
B. Menos de 1 vez por dia  
C. 1 vez por dia  
D. 2 vezes por dia  
E. 3 vezes por dia  
F. 4 vezes por dia  
G. 5 ou mais vezes por dia
76. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes por dia você comeu feijão com arroz?
- A. Eu não comi feijão com arroz nos últimos 30 dias  
B. Menos de 1 vez por dia  
C. 1 vez por dia  
D. 2 vezes por dia  
E. 3 vezes por dia  
F. 4 vezes por dia  
G. 5 ou mais vezes por dia

---

### HIGIENE

---

- As questões seguintes são sobre hábitos de higiene pessoal como escovar os dentes e lavar as mãos.

77. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes por dia você escovou os dentes?
- A. Eu não escovei meus dentes nos últimos 30 dias  
B. Menos de 1 vez por dia  
C. 1 vez por dia  
D. 2 vezes por dia  
E. 3 vezes por dia  
F. 4 ou mais vezes por dia
78. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes por dia você lavou as mãos antes de comer?
- A. Nunca  
B. Raramente  
C. Algumas vezes  
D. A maioria das vezes  
E. Sempre
79. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes por

dia você lavou as mãos depois de usar o banheiro?

- A. Nunca
  - B. Raramente
  - C. Algumas vezes
  - D. A maioria das vezes
  - E. Sempre
80. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes por

dia você usou sabonete ou sabão para lavar as suas mãos?

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

---

### SENTIMENTOS E RELACIONAMENTOS

---

- As questões seguintes são sobre os seus sentimentos e sobre a qualidade dos seus relacionamentos

81. Durante os últimos 12 meses, quantas vezes você se sentiu sozinho?

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

82. Durante os últimos 12 meses, com que frequência você esteve tão preocupado com alguma coisa que não conseguiu dormir à noite?

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

83. Quantos amigos próximos (pessoas com quem você pode contar se precisar) você tem?

- A. 0
- B. 1
- C. 2
- D. 3 ou mais

As questões seguintes são sobre o seu sono e sua religiosidade.

84. Com que frequência você considera que DORME BEM?

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

85. Em dias de uma semana normal, em média, quantas horas você dorme por dia?

- A. Menos de 6 horas
- B. 6 horas
- C. 7 horas
- D. 8 horas
- E. 9 horas
- F. 10 horas ou mais

86. Como você avalia a qualidade do seu sono?

- A. Ruim
- B. Regular
- C. Boa

- D. Muito Boa  
E. Excelente
87. Em geral, você considera sua saúde geral:
- A. Ruim  
B. Regular  
C. Boa  
D. Excelente

88. Qual a sua Religião?
- A. Não tenho Religião  
B. Católica  
C. Evangélica  
D. Espírita  
E. Outra

89. Você se considera praticante da sua religião?
- A. Sim  
B. Não

90. Como você descreve o nível de estresse em sua vida?
- A. Raramente estressado  
B. Às vezes estressado  
C. Quase sempre estressado  
D. Sempre estressado
91. Baseado em seu conhecimento geral, o que é saúde para você?

92. Cite em ordem de valor, 3 fatores (indicadores) que você considera como importantes para se adquirir uma boa saúde?
- A. \_\_\_\_\_  
B. \_\_\_\_\_  
C. \_\_\_\_\_

### ATIVIDADES FÍSICAS

- As questões seguintes são sobre atividade física. Atividade física é qualquer atividade que provoca um aumento nos seus batimentos cardíacos e na sua frequência respiratória. Atividade física pode ser realizada praticando esportes, fazendo exercícios, trabalhando, realizando tarefas domésticas, dançando, jogando bola com os amigos ou andando a pé ou de bicicleta.
- Para responder as questões seguintes considere o tempo que você gastou em todas as atividades que realizou.

93. Para as pessoas no geral, no mínimo quantos dias da semana você acha que elas devem ser fisicamente ativas para ser bom para a saúde?
- A. \_\_\_\_\_ dia(s) por semana  
B. Não importa a frequência  
C. Exercício é ou pode fazer mal  
D. Não sei

94. Em cada um dos dias que alguém faz alguma atividade física, no mínimo por quanto tempo deve fazer para ser bom para a saúde?
- A. \_\_\_\_\_ (min/dia)

95. Toda essa atividade física diária deve ser feita em uma sessão ou pode ser dividido em períodos curtos?
- A. Somente uma sessão
  - B. Não importa
  - C. Somente curtos períodos
  - D. Não sei
96. Se alguém está fazendo atividade física para melhorar a saúde, qual das seguintes afirmações descreve melhor quanto esforço ela precisa fazer?
- A. Deve deixar a pessoa se sentir exausta
  - B. Deve fazer a pessoa se sentir sem fôlego e suada
  - C. Deve fazer a pessoa se sentir ligeiramente aquecida e respirando com mais dificuldade que o normal
  - D. Não deve fazer a pessoa respirar mais difícil do normal
  - E. Não sei
97. Assinale SOMENTE UMA das alternativas abaixo que melhor represente o que você faz em relação à realização de atividade física:
- A. Eu não faço atividade física e não tenho intenção em começar.
  - B. Eu não faço atividade física, mas estou pensando em começar.
  - C. Eu faço atividade física algumas vezes, mas não regularmente.
  - D. Eu faço atividade física regularmente, mas iniciei nos últimos 6 meses.
  - E. Eu faço atividade física regularmente há mais de 6 meses.
  - F. Eu fazia atividade física até há 6 meses, mas agora não.

**Obs.** Se você assinalou o item F escolha mais uma das alternativas entre A e E

98. Durante os últimos 7 dias, quantos dias você foi fisicamente ativo por um total de pelo menos 60 minutos por dia?
- A. 0 dia
  - B. 1 dia
  - C. 2 dias
  - D. 3 dias
  - E. 4 dias
  - F. 5 dias
  - G. 6 dias
  - H. 7 dias
99. Durante uma semana típica ou normal, em quantos dias você é fisicamente ativo por um total de pelo menos 60 minutos ao dia?
- A. 0 dia
  - B. 1 dia
  - C. 2 dias
  - D. 3 dias
  - E. 4 dias
  - F. 5 dias
  - G. 6 dias
  - H. 7 dias
100. Durante uma semana típica ou normal, em quantas aulas de Educação Física você participa?
- A. 0 dia
  - B. 1 dia
  - C. 2 dias
  - D. 3 ou mais
- Você realiza, regularmente, algum tipo de atividade física no seu tempo livre, como exercícios, esportes, danças ou artes marciais?
- A. Sim
  - B. Não
101. “Eu gosto de fazer atividades físicas”! O que você diria desta afirmação:

- A. Discordo totalmente  
 B. Discordo em parte  
 C. Nem concordo, nem discordo  
 D. Concordo em parte  
 E. Concordo totalmente
102. Considera-se fisicamente ativo o jovem que acumula pelo menos 60 minutos diários de atividades físicas em 5 ou mais dias da semana. Em relação aos seus hábitos de prática de atividades físicas, você diria que:
- A. Sou fisicamente ativo há mais de 6 meses  
 B. Sou fisicamente ativo há menos de 6 meses  
 C. Não sou, mas pretendo me tornar fisicamente ativo nos próximos 30 dias  
 D. Não sou, mas pretendo me tornar fisicamente ativo nos próximos 6 meses  
 E. Não sou, e não pretendo me tornar fisicamente ativo nos próximos 6 meses
103. Qual a atividade de lazer de sua preferência?
- A. Praticar esportes  
 B. Fazer exercícios  
 C. Nadar  
 D. Pedalar  
 E. Jogar dominó ou cartas  
 F. Assistir TV  
 G. Jogar videogame  
 H. Usar o computador  
 I. Conversar com os amigos  
 J. Outras atividades \_\_\_\_\_
- A questão seguinte é sobre o tempo que você fica sentado quando não está na escola ou fazendo trabalhos domésticos.
104. Em um dia normal (típico), quanto tempo você gasta sentado,

assistindo televisão, jogando no computador, conversando com amigos, jogando cartas ou dominó?

- A. Menos de 1 hora por dia  
 B. 1 a 2 horas por dia  
 C. 3 a 4 horas por dia  
 D. 5 a 6 horas por dia  
 E. 7 a 8 horas por dia  
 F. Mais do que 8 horas por dia
105. Nos dias de aula (segunda a sexta-feira), quantas horas por dia você passa assistindo **TV**?
- A. Eu não assisto TV em dias da semana  
 B. < 1 hora por dia  
 C. 1 hora por dia  
 D. 2 horas por dia  
 E. 3 horas por dia  
 F. 4 horas por dia  
 G. 5 ou mais horas por dia
106. Nos finais de semana (sábado e domingo), quantas horas por dia você passa assistindo **TV**?
- A. Eu não assisto TV em dias de final de semana  
 B. < 1 hora por dia  
 C. 1 hora por dia  
 D. 2 horas por dia  
 E. 3 horas por dia  
 F. 4 horas por dia  
 G. 5 ou mais horas por dia
- As questões seguintes são sobre o modo como você se desloca para ir de casa para escola e da escola para sua casa.
107. Durante os últimos 7 dias, em quantos dias você andou a pé ou de bicicleta para ir e voltar da escola?
- A. 0 dia

- B. 1 dia  
 C. 2 dias  
 D. 3 dias  
 E. 4 dias  
 F. 5 dias  
 G. 6 dias  
 H. 7 dias
108. Durante os últimos 7 dias, quanto tempo em média você gastou para ir de casa para escola e voltar até a sua casa (some o tempo que você leva para ir e para voltar)?
- A. Menos de 10 minutos por dia  
 B. 10 a 19 minutos por dia  
 C. 20 a 29 minutos por dia  
 D. 30 a 39 minutos por dia  
 E. 40 a 49 minutos por dia  
 F. 50 a 59 minutos por dia  
 G. 60 minutos ou mais por dia
109. Cite três atividades que você **mais** gosta nas aulas de Educação Física:
- A. \_\_\_\_\_

- B. \_\_\_\_\_  
 C. \_\_\_\_\_
110. Cite três atividades que você **menos** gosta nas aulas de Educação Física:
- A. \_\_\_\_\_  
 B. \_\_\_\_\_  
 C. \_\_\_\_\_
111. Cite três atividades que você realiza no seu tempo livre (lazer):
- A. \_\_\_\_\_  
 B. \_\_\_\_\_  
 C. \_\_\_\_\_

---

### SEUS COMPORTAMENTOS NA ESCOLA E CASA

---

- As questões seguintes são sobre suas experiências na escola e em casa.

112. Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você perdeu aula ou deixou de ir à escola sem permissão de alguém?
- A. 0 dia  
 B. 1 a 2 dias  
 C. 3 a 5 dias  
 D. 6 a 9 dias  
 E. 10 ou mais dias
113. Durante os últimos 30 dias, com que frequência você percebeu que a maioria dos estudantes da sua
- escola estava sendo gentis e colaboradores com você?
- A. Nunca  
 B. Raramente  
 C. Algumas vezes  
 D. A maioria das vezes  
 E. Sempre
114. Durante os últimos 30 dias, com que frequência seus pais ou responsáveis verificaram se as

- suas tarefas escolares estavam feitas?
- A. Nunca
  - B. Raramente
  - C. Algumas vezes
  - D. A maioria das vezes
  - E. Sempre
115. De uma maneira geral, você diria que gosta do tempo que passa na escola?
- A. Sim
  - B. Não
116. Durante os últimos 30 dias, com que frequência seus pais ou responsáveis entenderam seus problemas e preocupações?
- A. Nunca
  - B. Raramente
  - C. Algumas vezes
  - D. A maioria das vezes
  - E. Sempre
117. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes seus pais ou responsáveis realmente sabiam o que você estava fazendo no seu tempo livre?
- A. Nunca
  - B. Raramente
  - C. Algumas vezes
  - D. A maioria das vezes
  - E. Sempre

### TABAGISMO

---

- As questões seguintes são sobre o uso de cigarros ou outro tipo de tabaco

118. Quantos anos você tinha quando experimentou cigarro pela primeira vez?

- A. Eu nunca fumei cigarros
- B. 7 anos ou menos
- C. 8 ou 9 anos
- D. 10 ou 11 anos
- E. 12 ou 13 anos
- F. 14 ou 15 anos
- G. 16 anos ou mais velho

119. Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você fumou cigarros?

- A. 0 dia (nenhum dia)
- B. 1 ou 2 dias
- C. 3 a 5 dias
- D. 6 a 9 dias
- E. 10 a 19 dias
- F. 20 a 29 dias
- G. Todos os 30 dias

120. Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você usou qualquer outra forma de tabaco, como cigarro de palha, cachimbo ou cigarro de fumo de rolo?

- A. 0 dia (nenhum dia)
- B. 1 ou 2 dias
- C. 3 a 5 dias
- D. 6 a 9 dias

- E. 10 a 19 dias
- F. 20 a 29 dias
- G. Todos os 30 dias

121. Durante os últimos 12 meses, você já tentou parar de fumar cigarros?

- A. Eu nunca fumei cigarros
- B. Eu não fumei cigarro nos últimos 12 meses
- C. Sim
- D. Não

122. Durante os últimos 30 dias, em quantos dias alguém fumou na sua presença?

- A. 0 dia (nenhum dia)
- B. 1 ou 2 dias
- C. 3 a 5 dias
- D. 6 a 9 dias
- E. 10 a 19 dias
- F. 20 a 29 dias
- G. Todos os 30 dias

123. Qual dos seus pais ou responsáveis usam alguma forma de tabaco?

- A. Nenhum
- B. Pai ou responsável
- C. Mãe ou responsável
- D. Os dois
- E. Eu não sei

### VIOLÊNCIA

---

- As próximas questões são sobre violência física. Violência física é quando uma ou mais pessoas batem em alguém ou quando uma ou mais pessoas machucam outra pessoa com arma (pau, faca ou revólver). Não é considerada violência física quando dois estudantes de mesma força decidem brigar entre si.



125. Durante os últimos 12 meses, quantas vezes você sofreu algum tipo de violência física?

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

126. Durante os últimos 12 meses, quantas vezes você esteve envolvido numa briga?

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

127. Durante os últimos 12 meses, o que você fazia quando aconteceu com você um dano grave?

- A. Eu não sofri nenhum machucado durante os últimos 12 meses
- B. Jogando ou treinando para um esporte
- C. Andando ou correndo, mas não era parte de um jogo ou treino para um esporte
- D. Andando ou correndo, mas não era parte de um jogo ou treino para um esporte
- E. Andando de bicicleta, a pé ou em outra específica forma de transporte não-motorizado
- F. Dirigindo um carro ou outro veículo motor
- G. Andando ou correndo, mas não era parte de um jogo ou treino

para um esporte

- H. Nada
- I. Alguma outra coisa

128. Durante os últimos 12 meses, qual foi a principal causa do dano grave ocorrido com você?

- A. Eu não sofri nenhum machucado durante os últimos 12 meses
- B. Eu estava num acidente com veículo motor ou fui machucado por um veículo motor
- C. Eu caí
- D. Alguma coisa caiu em mim ou bateu em mim
- E. Eu estava brigando com alguém
- F. Eu fui atacado, agredido ou abusado por alguém
- G. Eu estava dentro de fogo ou muito perto de chama ou alguma coisa quente
- H. Alguma outra coisa causou meu ferimento

129. Durante os últimos 12 meses, como foi que ocorreu o dano mais sério com você?

- A. Eu não sofri nenhum machucado durante os últimos 12 meses
- B. Eu me machuquei por acidente
- C. Alguém me machucou por acidente
- D. Eu me machuquei por propósito
- E. Alguém me machucou de propósito

130. Durante os últimos 12 meses, qual foi o dano mais sério ocorrido com você?

- A. Eu não sofri nenhum machucado durante os últimos 12 meses
- B. Eu tivesse osso quebrado ou uma articulação deslocada
- C. Eu tive um corte ou uma perfuração
- D. Eu tive uma convulsão, ou outro dano na cabeça ou pescoço, eu estive desmaiado, ou não pude respirar
- E. Eu tive um ferimento de tiro
- F. Eu tive uma queimadura séria
- G. Eu perdi todo ou parte do meu pé, perna, mão ou braço.
- H. Alguma outra coisa aconteceu comigo

• A próxima pergunta é sobre “*bullying*”. O *bullying* ocorre quando um estudante diz ou faz coisas ruins ou desagradáveis para outro estudante. Também é considerado *bullying* quando um estudante é humilhado ou quando ele é isolado propositalmente. Não é *bullying* quando dois estudantes que têm aproximadamente

a mesma força ou resistência discutem ou brigam.

131. Durante os últimos 30 dias, de que maneira você geralmente sofreu bullying?

- A. Eu não sofri bullying nos últimos 30 dias
- B. Eu fui atacado, chutado, empurrado ou trancado em algum lugar contra a minha vontade
- C. Eu fui ridicularizado por causa da cor da minha pele
- D. Eu fui ridicularizado por causa da minha religião
- E. Eu fui ridicularizado com brincadeiras, comentários ou gestos sexuais
- F. Eu fui isolado, deixado de fora de atividades ou completamente ignorado
- G. Eu fui ridicularizado por causa da aparência do meu corpo ou do meu rosto
- H. Eu sofri alguma outra forma de bullying

Obrigado pela sua colaboração

