



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE, AMBIENTE E
SOCIEDADE NA AMAZÔNIA**

VICTOR VIEIRA DE OLIVEIRA

**ADOLESCENTES RURAIS: COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO
ESTADO DO PARÁ**

BELÉM – PA

2019

VICTOR VIEIRA DE OLIVEIRA

ADOLESCENTES RURAIS: COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO ESTADO
DO PARÁ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia (PPGSAS), do Instituto de Ciências da Saúde (ICS), da Universidade Federal do Pará (UFPA) como requisito parcial para obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Epidemiologia das doenças infecciosas e crônicas não transmissíveis na Amazônia.

Orientadora: Prof.^a Dra. Marília de Souza Araújo.

BELÉM - PA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

V657a VIEIRA DE OLIVEIRA, VICTOR

Adolescentes Rurais: Comportamentos de Risco Para Doenças Crônicas não Transmissíveis em um Município do Interior do Estado do Pará. / VICTOR VIEIRA DE OLIVEIRA. — 2019.

110 f. : il. color.

Orientador (a): Prof^a. Dra. Marília de Souza Araújo
Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará, Belém, 2019.

1. Adolescentes. 2. Comportamento de Risco. 3. Doenças Crônicas. 4. Escolares. 5. População Rural. I. Título.

CDD 614.40727

VICTOR VIEIRA DE OLIVEIRA

ADOLESCENTES RURAIS: COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO ESTADO
DO PARÁ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia (PPGSAS), do Instituto de Ciências da Saúde (ICS), da Universidade Federal do Pará (UFPA) como requisito parcial para obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Epidemiologia das doenças infecciosas e crônicas não transmissíveis na Amazônia.

Aprovado em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Marília de Souza Araújo (Orientadora)
Universidade Federal do Pará (UFPA)

Prof.^a Dra. Andréa das Graças Ferreira Frazão
Universidade Federal do Pará. (UFPA)

Prof.^a Dra. Liliane Maria Messias Machado
Universidade Federal do Pará (UFPA)

Prof.^a Dra. Naíza Nayla Bandeira de Sá
Universidade Federal do Pará (UFPA)

AGRADECIMENTOS

A Deus, por tornar esse desejo antigo em realidade.

À minha mãe, que sempre está ao meu lado, me ajudando a realizar todos os meus sonhos.

À minha orientadora Prof.^a Dra. Marília Araújo, que me encorajou a fazer a seleção do Programa e me acompanhou nesses dois anos, sempre disposta a me auxiliar na pesquisa.

À Prof.^a Dra. Naíza Sá, Prof.^a Dra. Liliane Machado e Prof.^a Dra. Andréa Frazão, por toda a ajuda nas orientações e correções do Projeto.

À Prefeitura Municipal de Ipixuna do Pará, em especial à SEMED, por facilitar o cumprimento do Programa de Mestrado e por permitir a coleta de dados nas escolas municipais.

À Secretaria Estadual de Educação do Pará, em especial à Paola Rotterdam, por intermediar as autorizações necessárias para a execução da pesquisa.

Às gestoras escolares e ao alunado de Ipixuna do Pará, que acolheu o estudo e contribuiu para o sucesso da coleta.

Por fim, aos meus amigos e familiares que me apoiaram, me esclareceram e ajudaram sempre que precisei.

RESUMO

OLIVEIRA, V. V. **Adolescentes Rurais: Comportamentos de Risco Para Doenças Crônicas não Transmissíveis em um Município do Interior do Estado do Pará.** 2019. 110f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia, Belém, 2019.

Estudos recentes vêm demonstrando a transição epidemiológica e aumento da ocorrência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), principalmente entre os adolescentes dos países menos desenvolvidos residentes em áreas mais pobres, pois embora se reconheça que estas doenças sejam mais comumente percebidas em indivíduos em idade adulta, suas manifestações são resultantes da interação de fatores de risco adquiridos ainda em idade precoce. Diante disso, buscou-se identificar os determinantes de risco para DCNT em adolescentes da zona rural de um município do nordeste do Estado do Pará, assim como apresentar os fatores de risco para DCNT por meio das seguintes variáveis: atividade física, uso de tabaco, consumo de álcool, Índice de Massa Corporal, circunferência da cintura e pressão arterial. Além disso, buscou-se identificar as possíveis associações entre estas variáveis com as condições sociodemográficas, socioeconômicas e com os marcadores comportamentais e alimentares. Realizou-se um estudo epidemiológico transversal, observacional, em amostra representativa de estudantes de ambos os sexos, com idade compreendida entre 15 e 19 anos, matriculados no ensino médio regular de seis escolas públicas da zona rural do município de Ipixuna do Pará. Os dados foram obtidos através de questionário e de avaliação clínica, sendo analisados por meio de análise explanatória e de regressão logística univariada e múltipla, considerando nível de significância de 5% ($p < 0,05$) e intervalo de confiança (IC) de 95%. A amostra foi composta em sua maioria por indivíduos do sexo feminino, com idade média de 17 anos, insuficientemente ativos, que já experimentaram álcool e tabaco, pertencentes às camadas socialmente mais vulneráveis e que se alimentavam com dietas pobres em fibras e ricas em gorduras e açúcar. O sedentarismo se relacionou significativamente com o sexo feminino, enquanto que o risco de pressão arterial alterada e experimentação do tabaco relacionaram-se significativamente com o sexo masculino. As condições socioeconômicas demonstraram influenciar principalmente no aumento da pressão arterial, experimentação do tabaco e elevação da circunferência da cintura, enquanto que a maior idade demonstrou ser um fator de proteção para a obesidade

abdominal. Do mesmo modo, o consumo e experimentação de álcool e tabaco demonstraram ter seu uso combinados, assim como a presença de obesidade abdominal com o excesso de peso. A alimentação inadequada, por sua vez, associou-se ao maior risco do adolescente ser insuficientemente ativo. Assim, este estudo evidencia a necessidade de políticas públicas mais eficazes que objetivem a conscientização da necessidade de um estilo de vida mais saudável entre os adolescentes de áreas rurais.

Palavras-chave: Adolescentes. Comportamento de risco. Doenças crônicas. Escolares. População rural.

ABSTRACT

OLIVEIRA, V. V. **Rural Adolescents: Risk Behaviors for Noncommunicable Chronic Diseases in a Town of the State of Pará.** 2019. 110f. Thesis (Master's degree) - Universidade Federal do Pará, Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia, Belém, 2019.

Recent studies have demonstrated the epidemiological transition and the increased occurrence of Noncommunicable Chronic Diseases (NCD), especially among adolescents in less developed countries, and in those who live in poor areas. Although it is recognized that these diseases are more commonly perceived in adults, their manifestations are the result of the interaction of risk factors acquired at an early age. Therefore, the objective of this research was to identify the risk factors for NCDs in adolescents from the rural area of a town in the northeast of the state of Pará, Brazil, as well as to present the risk factors for NCDs through the following variables: physical activity, tobacco use, alcohol consumption, Body Mass Index, waist circumference and blood pressure, identifying the possible associations between these variables with the socio-demographic, socioeconomic conditions and with the behavioral and alimentary markers. An observational, cross-sectional epidemiological study was carried out on a representative sample of students of both sexes, aged between 15 and 19 years, enrolled in the regular high school of six public schools in the rural area of the municipality of Ipixuna-PA. The data were obtained through a questionnaire and clinical evaluation, being analyzed by means of explanatory analysis and univariate and multiple logistic regression, considering a significance level of 5% ($p < 0,05$) and a 95% confidence interval (CI). The sample consisted mostly of female individuals, with an average age of 17 years, who were insufficiently active, who had already experienced alcohol and tobacco, belonging to the most socially vulnerable strata and who had a poor-fiber diet, but rich in fats and sugar. The sedentary lifestyle was significantly related to the female sex, while the risk of altered blood pressure and tobacco experimentation were significantly related to the male sex. Socioeconomic conditions have been shown to influence mainly blood pressure increase, tobacco experimentation, and waist circumference, while older age has been shown to be a protective factor for abdominal obesity. Likewise, the consumption and experimentation of alcohol and tobacco showed to have their use combined, as well as the presence of abdominal obesity and overweight. Inadequate feeding, in turn, was associated with the greater risk of

the adolescent being insufficiently active. This study makes clear the need for more effective public policies aimed at raising awareness of the need for a healthier lifestyle among adolescents in rural areas.

Keywords: Adolescents, risk behaviors, chronic diseases, students, rural population.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Microrregiões do Nordeste do Estado do Pará, Brasil	21
Quadro 1	População e tamanho amostral dos alunos por Escolas Rurais de Ipixuna do Pará, 2017	26
Quadro 2	Resumo das informações coletadas no Questionário de Saúde do Aluno e Avaliação Clínica aplicado nos estudantes do ensino médio da zona rural do município de Ipixuna do Pará/PA no ano de 2018	31

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Síntese dos dados demográficos dos municípios da Microrregião do Guamá, no Nordeste Paraense	22
Tabela 2	IDH - M dos Municípios do território do Nordeste Paraense, 2013	23
Tabela 3	Quantidade e percentual do perfil sociodemográfico e econômico dos adolescentes residentes em Ipixuna do Pará no período de outubro a novembro de 2018	38
Tabela 4	Quantidade e percentual dos marcadores de alimentação dos adolescentes residentes em Ipixuna do Pará, no período de outubro a novembro de 2018	39
Tabela 5	Quantidade e percentual de indicadores comportamentais dos adolescentes residentes em Ipixuna do Pará, no período de outubro a novembro de 2018	40
Tabela 6	Quantidade e percentual do estilo de vida dos adolescentes residentes em Ipixuna do Pará, no período de outubro a novembro de 2018	41
Tabela 7	Quantidade e percentual da avaliação clínica dos adolescentes residentes em Ipixuna do Pará no período de outubro a novembro de 2018	41
Tabela 8	Idade média da amostra, experimentação de tabaco e álcool dos adolescentes residentes em Ipixuna do Pará, no período de outubro a novembro de 2018	42
Tabela 9	Análise de regressão logística univariada dos fatores de risco associados à Atividade Física dos adolescentes residentes em Ipixuna do Pará, no período de outubro a novembro de 2018	43
Tabela 10	Análise de regressão logística univariada dos fatores de risco associados ao Tabagismo nos adolescentes residentes em Ipixuna do Pará no período de outubro a novembro de 2018	44
Tabela 11	Análise de regressão logística univariada dos fatores de risco associados ao Consumo de Álcool dos adolescentes residentes em Ipixuna do Pará, no período de outubro a novembro de 2018	46
Tabela 12	Análise de regressão logística univariada dos fatores de risco associados ao Índice de Massa Corporal dos adolescentes residentes em Ipixuna do Pará, no período de outubro a novembro de 2018	47
Tabela 13	Análise de regressão logística univariada dos fatores de risco associados à Circunferência da Cintura dos adolescentes residentes em Ipixuna do Pará, no período de outubro a novembro de 2018	49
Tabela 14	Análise de regressão logística univariada dos fatores de risco associados à Hipertensão Arterial nos adolescentes residentes em Ipixuna do Pará, no período de outubro a novembro de 2018	50

Tabela 15	Análise de regressão logística múltipla dos fatores de risco associados à Atividade Física dos adolescentes residentes em Ipixuna do Pará, no período de outubro a novembro de 2018	51
Tabela 16	Análise de regressão logística múltipla dos fatores de risco associados ao Tabagismo nos adolescentes residentes em Ipixuna do Pará, no período de outubro a novembro de 2018	51
Tabela 17	Análise de regressão logística múltipla dos fatores de risco associados ao consumo de álcool dos adolescentes de residentes em Ipixuna do Pará, no período de outubro a novembro de 2018	52
Tabela 18	Análise de Regressão Logística Múltipla dos fatores de risco associados ao Índice de Massa Corporal dos Adolescentes de residentes em Ipixuna do Pará, no período de outubro a novembro de 2018	53
Tabela 19	Análise de regressão logística múltipla dos fatores de risco associados à Circunferência da Cintura dos adolescentes residentes em Ipixuna do Pará, no período de outubro a novembro de 2018	54
Tabela 20	Análise de regressão logística múltipla dos fatores de risco associados à Hipertensão dos adolescentes residentes em Ipixuna do Pará, no período de outubro a novembro de 2018	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CC	Circunferência da Cintura
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EBS	Escore de Bens e Serviços
EFC	Ensino Fundamental Completo
EFI	Ensino Fundamental Incompleto
EMC	Ensino Médio Completo
EMI	Ensino Médio Incompleto
ERICA	Estudo de Risco Cardiovascular em Adolescentes
ESC	Ensino Superior Completo
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FDP	<i>Family Dinner Project</i>
FAPESPA	Fundação Amazônia de Amparo a Estudos e Pesquisa
GBD	<i>Global Burden of Disease Study</i>
HA	Hipertensão Arterial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IDF	<i>International Diabetes Federation</i>
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IMC	Índice de Massa Corporal
INCRA	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
MAS	Marcadores de Alimentação Saudável
MANS	Marcadores de Alimentação Não Saudável
MCS	Marcadores de Comportamento Saudável
MCNS	Marcadores de Comportamento Não Saudável
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar

RC	Razão de Chances
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SEDUC	Secretaria Estadual de Educação
SEMED	Secretaria Municipal de Educação
SIS	Síntese de Indicadores Sociais
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICEF	<i>United Nations Children's Fund</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	JUSTIFICATIVA	15
3	REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1	ASPECTOS GERAIS DA ADOLESCÊNCIA	17
3.2	COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA DCNT	18
3.3	ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E DCNT	20
4	OBJETIVOS	25
4.1	OBJETIVO GERAL	25
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
5	METODOLOGIA	26
5.1	AMOSTRAGEM	26
5.2	COLETA DE DADOS	27
5.3	VARIÁVEIS	28
5.4	ANÁLISE ESTATÍSTICA	33
5.5	ASPECTOS ÉTICOS	34
6	RESULTADOS	35
7	DISCUSSÃO	52
	REFERÊNCIAS	66
	APÊNDICES	80
	ANEXOS	103

1 INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas não Transmissíveis são doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração, sendo a causa principal de mortalidade e de incapacidade prematura na maioria dos países, incluindo o Brasil, de forma que em 2015 foi a causa de aproximadamente 75 % das mortes no país (MALTA et al., 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2014).

Os principais fatores de riscos relacionados às DCNT, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), são o tabagismo, o consumo de álcool, a inatividade física, a alimentação não saudável e a obesidade (MENDIS, 2014). Estudos recentes vêm demonstrando a transição demográfica e o deslocamento da carga destas doenças para os países de baixa e média renda (BISHWAJIT, 2015; NAGHAVI et al., 2014; ONI et al., 2014; YUSUF et al., 2001) e, nesses países, em suas áreas mais pobres, principalmente entre os adolescentes, que somam agora mais de um terço da população em algumas áreas (JAMISON et al. 2015).

Embora se reconheça que estas doenças sejam mais comumente percebidas em indivíduos em idade adulta, suas manifestações são resultantes da interação de fatores de risco adquiridos ainda em idade precoce (BRANDÃO et al, 2004).

Segundo o ranking do *Global Burden of Disease Study 2016* (INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION - IHME, 2017), os cinco principais fatores de risco que provocaram a maioria das mortes e incapacidades de forma combinada no Brasil em 2016 foram: em primeiro lugar, o consumo de álcool e drogas, seguido pela pressão arterial elevada, IMC elevado, riscos dietéticos e tabagismo.

A epidemiologia dos fatores de riscos para DCNT na população juvenil brasileira recebe cada vez mais importância por parte dos institutos de pesquisa e ensino do país, como pode ser observado na Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2009; 2012; 2016). Esta pesquisa é realizada em todas as capitais e regiões metropolitanas do Brasil desde 2009 e investiga os fatores relacionados às condições de vida e saúde dos adolescentes, sendo que, em sua última edição em 2015, a PeNSE revelou sedentarismo elevado, experimentação de álcool e tabaco precoces, prevalência de hábitos alimentares inadequados, além de outros fatores associados à saúde dos escolares.

Com o propósito de preparar o país para lidar com esse perfil epidemiológico, foi criado em 2011 o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento de DCNT. Com meta

estabelecida para 10 anos, o Plano visa o desenvolvimento de ações conjuntas entre o Estado, órgãos públicos, privados e a sociedade para, dentre outras coisas, fortalecer os programas existentes direcionados à DCNT, eliminar os fatores de riscos, assim como melhorar a atenção aos portadores dessas doenças para evitar complicações (BRASIL, 2011).

Ações como estas se tornam fundamentais tendo-se em vista a necessidade de enfrentamento da transição epidemiológica na população brasileira que, apesar de melhoras nos indicadores sociais e de saúde, ainda incorrem em variadas comorbidades associadas à população juvenil (MOREIRA; GOMES; SÁ, 2014).

2 JUSTIFICATIVA

Sabe-se que a prevenção primária das DCNT deve ser iniciada de forma precoce por meio de ações para a promoção da educação em saúde, reforçando a importância da adoção de hábitos de vida saudáveis, como alimentação adequada e realização de prática de atividade física regular ao longo da vida, visto que essas ações representam ganhos importantes no que concerne à qualidade de vida (MOREIRA; GOMES; SÁ, 2014). Ações dessa natureza se revestem da maior importância face à previsão de uma epidemia de DCNT nos países menos desenvolvidos como o Brasil e, nestes, em suas regiões mais pobres, como as regiões Norte e Nordeste do país, principalmente no meio rural (JAMISON et al., 2015; SOARES et al., 2016).

É de fundamental importância estudos que ofereçam dados que possibilitem a identificação dessas doenças para planejamento de estratégias de prevenção e intervenção para a faixa etária adolescentes/jovem, evitando a progressão na fase adulta, melhorando as taxas de morbimortalidade e expectativa de vida na população. Porém, com exceção das regiões metropolitanas dos Estados, inexistem dados publicados a respeito das DCNT entre os jovens da região Norte que vivem em municípios com características essencialmente rurais, como Ipixuna do Pará, localizado na região nordeste do Estado do Pará, com peculiaridades que representam grande parte dos municípios amazônicos.

Os comportamentos de riscos à saúde do adolescente são problemas de saúde pública muito graves e tem despertado grande interesse para os pesquisadores. Na região Norte do país, há a necessidade de se ampliar a discussão acerca das condições crônicas de saúde nessa população, principalmente para os que não vivem em grandes centros urbanos, visto que as pesquisas nacionais quando são desenvolvidas na região Norte não sofrem adequações para as peculiaridades encontradas por aqui, como a extensão territorial dos estados, com grandes áreas de floresta e pastagens; a enorme dificuldade de acesso em muitas localidades, sendo que algumas somente estão disponíveis de barco ou avião, e muitas vezes, mesmo havendo estradas, as condições são precárias (a exemplo temos a Rodovia Transamazônica - BR-230).

A utilização de conhecimentos, métodos e técnicas epidemiológicas geradas no processo de planejamento e execução deste estudo contribui para a área da Saúde Coletiva, gerando dados que engrandecem os conhecimentos científicos a respeito deste tema, servindo como base para replicação e comparação em outros estudos.

Fundamentando-se na importância destas premissas, bem como na lacuna da

literatura no que tange à comparação dos riscos das Doenças Crônicas não Transmissíveis entre adolescentes que vivem em áreas rurais e urbanas, e como estes riscos se apresentam neste público específico, desenvolveu-se esta pesquisa com o objetivo de identificar os determinantes de risco para Doenças Crônicas não Transmissíveis em adolescentes rurais de um município do interior do estado do Pará.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ASPECTOS GERAIS DA ADOLESCÊNCIA

Entende-se como adolescentes os indivíduos que estão no período de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizado por acentuado desenvolvimento físico, emocional, sexual, mental e social (EISENTEIN, 2005). Esta fase se inicia com mudanças corporais da puberdade e termina quando o indivíduo consolida seu crescimento e sua personalidade (TANNER, 1962).

Os determinantes biológicos da adolescência, apesar de universais, podem variar ao longo do tempo, entre culturas e dependendo dos contextos socioeconômicos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS, 2018). Segundo a OMS os limites cronológicos da adolescência são definidos entre os 10 aos 19 anos (WHO, 1986). No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (Lei 8.069, de 1990), conceitua como criança aqueles que têm até 12 anos de idade incompletos e define a adolescência como a faixa etária de 12 a 18 anos de idade (artigo 2º), e, em casos excepcionais e quando disposto na lei, o Estatuto se aplica até os 21 anos de idade (artigos 121 e 142) (BRASIL, 2000).

Durante o passar dos séculos, muitas mudanças foram registradas em relação a esta etapa da vida. Em particular, destacam-se o início da puberdade cada vez mais cedo, a postergação do casamento, a urbanização, a globalização da comunicação e a evolução das atitudes e práticas sexuais (OMS, 2018). Nesta fase, há um processo de independência e autonomia, que propiciam um esperado afastamento do jovem em relação aos pais, no intuito de formarem seu novo posicionamento frente ao mundo. Ao voltar-se para o meio social, o adolescente tende a estar mais exposto a diferentes situações e comportamentos – sexuais e experimentação de drogas - que o colocam em risco e vulnerabilidade (BARBOSA; WAGNER, 2013; BENETTI et al., 2006; GONÇALVES et al., 2015).

Esta maior exposição a diversas situações e riscos para a saúde podem ser verificadas pelo crescimento das DCNT nesta faixa etária da população, que tem se mostrado bastante expressivo, recebendo considerável atenção por parte dos governos e órgãos oficiais de saúde, sendo descritos vários indicadores de risco de morbidade e mortalidade neste grupo. Entre estes indicadores, destacam-se a alimentação inadequada, a inatividade física, o consumo de álcool, o tabagismo e o sobrepeso e obesidade (MALTA; SILVA JR., 2013).

3.2 COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA DCNT

As identificações de diversos fatores de risco para DCNT só se tornaram possíveis por meio de investigações clínicas e epidemiológicas dos determinantes de saúde, detectando dentre os fatores de risco dois grupos específicos. Encontram-se no primeiro grupo os fatores considerados não modificáveis: sexo, idade e história familiar; e, no segundo grupo, os fatores comportamentais: tabagismo; alimentação inadequada; sedentarismo; consumo de álcool (AZEVEDO, 2010).

Os jovens são um grupo especialmente vulnerável, sendo fundamental para a saúde o controle dos comportamentos de risco que influenciam prematuramente na morbidade e mortalidade deste grupo. A alimentação inadequada, comportamento sedentário e o abuso de substâncias químicas são frequentemente mais comuns entre os jovens (15 a 34 anos de idade) que vivem nas áreas urbanas (GRANDE, 2014). A alimentação inadequada, incluindo o elevado consumo de sal, gorduras saturadas e ácidos graxos trans, aliado ao baixo consumo de frutas, legumes e verduras, aumentam o risco de DCNT. Estes fatores de risco estão aumentando rapidamente na população de baixa renda (MALTA; SILVA JR., 2013).

Lopes, Mielke e Silva (2015) analisaram jovens da zona rural do sul do Rio Grande do Sul e encontraram prevalência de baixo consumo de frutas ou verduras (54,9%), consumo de álcool (69,9%) e inatividade física (46,7%). Já no estudo de Régis et al. (2016) os pesquisadores associaram o comportamento sedentário com o meio ambiente, comparando adolescentes das zonas rural e urbana, e encontraram que os residentes na área rural estiveram menos expostos aos comportamentos sedentários, podendo a zona de domicílio influenciar no estilo de vida destes jovens.

Avaliando os níveis de atividade física em adolescentes de cinco cidades colombianas, Pineros e Pardo (2010) encontraram níveis de atividade física variando entre 9% e 19,8% nas cinco cidades, sendo mais alto em homens: 50,3% dos jovens relataram não fazer atividade física no deslocamento para a escola e 50,3% indicaram que passavam três horas ou mais diariamente na frente da televisão ou do computador.

Em estudo de Medeiros et al. (2016) sobre comportamentos de risco à saúde de adolescentes em uma capital do nordeste do Brasil, foram encontradas altas frequências de risco como inatividade física (42,9%), hábitos alimentares irregulares (55,3%), consumo de álcool (13,2%) e de tabaco (5,5%), onde concluíram que os adolescentes apresentaram alta prevalência de comportamentos de risco à saúde.

Marshall (2014) realizou revisão de literatura e encontrou que comportamentos de

risco, como o uso de álcool e o fumo, manifestam-se na adolescência e tendem a se agrupar. Alto consumo de álcool no final da adolescência parece persistir na idade adulta estando associado à morte prematura e diminuição da capacidade de trabalho. A identificação precoce dos fatores de risco para adolescentes se mostraria útil para prevenir e/ou atenuar o risco.

Em pesquisa representativa desenvolvida nos Estados Unidos, foram examinadas as diferenças entre adolescentes que moravam em comunidades urbanas e rurais em relação aos comportamentos de risco. Os resultados confirmaram as diferenças e as disparidades de saúde relacionadas entre a juventude rural e urbana. O tabagismo e consumo de álcool apresentaram-se maior nos respondentes de áreas rurais, enquanto que outros tipos de drogas (maconha e anfetaminas) foram maiores nos jovens das áreas urbanas (JIANG; SUN; MARSIGLIA, 2016).

Hazreen et al. (2014) em estudo de corte longitudinal com 1361 alunos de escolas públicas das regiões central e do norte da Malásia mostrou que os adolescentes da área rural apresentaram maiores níveis de pressão arterial; os homens fumavam mais em comparação às mulheres (15,4% vs. 4,7%) e 9% dos adolescentes apresentaram obesidade.

Em revisão sistemática Rivera et al. (2013), estimaram a prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças de 0 a 19 anos na América Latina e encontraram prevalência estimada de sobrepeso e obesidade variando entre 16,6% a 35,8% em adolescentes (12-19 anos). Estimaram que um milhão de adolescentes sofrem com excesso de peso ou obesidade. No geral, 51,8 milhões de crianças entre 0 a 19 anos são afetadas, correspondendo a 20-25% da população de jovens na América Latina.

No Estudo de Risco Cardiovascular em Adolescentes - ERICA, realizado em todas as capitais e municípios de médio e grande porte do Brasil, com 73.399 estudantes de 12 a 17 anos, identificou-se significativa prevalência de pressão arterial elevada (9,6%) e obesidade (8,4%), demonstrando que esta população está exposta a tais determinantes (BLOCH et al., 2016).

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PeNSE (IBGE, 2016) avaliou escolares de 13 a 17 anos residentes nas capitais e grandes regiões, encontrando a inatividade física (10,5%), realização de refeições em *fast-food* (16,7%), experimentação de cigarro (29%) e experimentação de pelo menos uma dose de bebida alcoólica (73%) maior nos estudantes de 16 e 17 anos, além dos menores percentuais daqueles que costumam almoçar ou jantar com os pais (61,4%).

Há fortes evidências que correlacionam os determinantes sociais aos fatores de risco e à prevalência de DCNT. No Brasil, os processos de transição demográfica,

epidemiológica e nutricional, a urbanização e o crescimento econômico e social contribuem para um maior risco de desenvolvimento dessas doenças (MALTA; SILVA JR, 2013).

3.3 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E DCNT

Os fatores de risco comportamentais constituem a causa direta de grande parte da carga das doenças, (tanto na mortalidade geral quanto nas mortes prematuras e incapacidades decorrentes), relacionadas às DCNT. Estes fatores são potencializados pelos condicionantes socioeconômicos, culturais e ambientais. As condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem, facilitam ou dificultam o acesso às condições de vida mais favoráveis à saúde, repercutindo diretamente nos padrões de adoecimento (AZEVEDO, 2015).

A redução da pobreza no Brasil não acompanhou as alterações em seus principais aspectos ou perfis. Em termos regionais, as regiões Norte e Nordeste continuam apresentando as maiores taxas de prevalência da pobreza. Essa prevalência também ocorre nas áreas rurais em todas as regiões do país. Ou seja, a pobreza e a extrema pobreza diminuíram, mas continuam sendo mais presentes no meio rural e nas regiões Norte e Nordeste (SOARES et al., 2016).

Partindo-se das considerações acima e da afirmação de Glaner (2015), pode-se dizer que o meio ambiente é considerado um determinante do estilo de vida e pessoas de uma mesma região geográfica, separadas por apenas alguns quilômetros de distância, podem ter estilos de vida completamente diferentes. Nesse sentido, nota-se um grande desconhecimento a respeito dos fatores de risco relacionados às DCNT em adolescentes que vivem em comunidades distantes das capitais e regiões metropolitanas, pois a maioria das pesquisas realizadas com esta população são em grandes centros urbanos (CASAPULLA et al., 2017; GRANDE, 2014; SILVA; DOS SANTOS SILVA, 2015; TASSITANO et al., 2014) podendo não refletir o mesmo perfil para seus homólogos rurais.

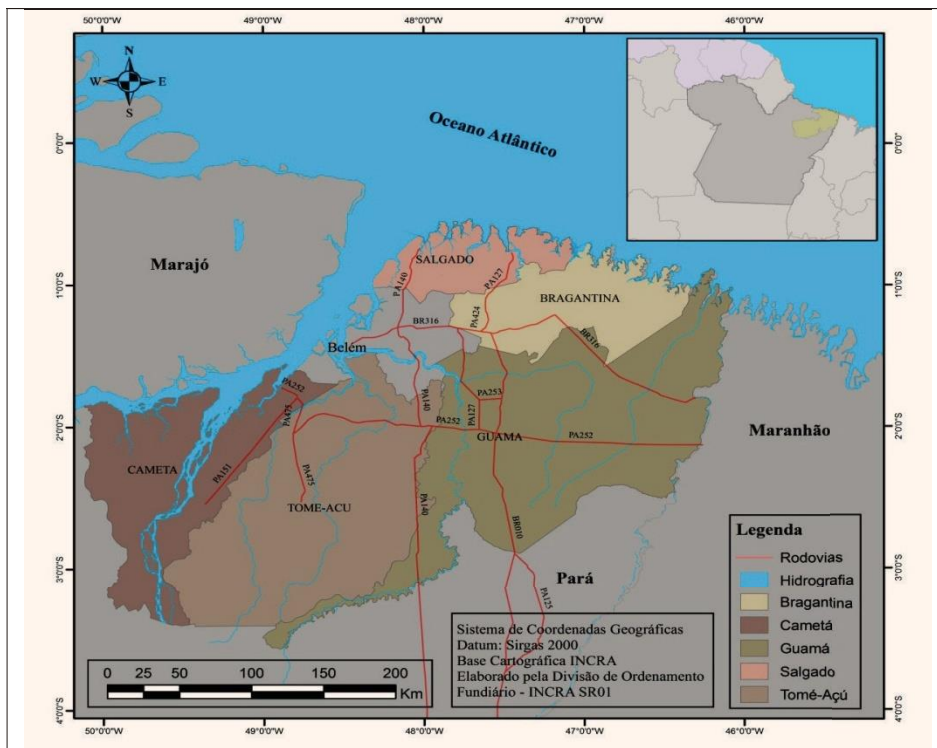
No Brasil, estudos com esta amostra – adolescentes rurais – são ainda mais reduzidos, tornando-se nulos quando se restringe à região Norte do país. As grandes distâncias, o isolamento de muitas regiões, a falta de investimentos em estruturas adequadas, além de programas governamentais que preparem para a realidade das comunidades amazônicas, são fatores que fazem da região Norte do país a mais atrasada segundo dados do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDHM (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO - PNUD, 2010) que revela que entre as cinco

piores colocadas estão cidades do Pará, do Amazonas e de Roraima, todas na região Norte.

O estado do Pará, com população estimada em 8.272.724 habitantes segundo dados do IBGE (2016) é dividido em 144 municípios e em 06 mesorregiões, a saber: Baixo Amazonas, Marajó, Metropolitana de Belém, Nordeste, Sudeste e Sudoeste.

A mesorregião Nordeste conta com 49 municípios e é formada por 05 microrregiões (FIGURA 01): Bragantina, Cametá, Tomé-Açu, Salgado e Guamá – com níveis populacionais bastante semelhantes. Hoje, um dos maiores problemas desta região é o desmatamento devido às áreas de pastagens que ali se concentram. Os programas governamentais de desenvolvimento executados nos últimos 40 anos são os determinantes centrais deste processo. O lastro desse movimento paradoxal é a fome e outras consequências como a violência no campo, a pobreza e a miséria (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ - UFPA, 2011).

Figura 1 – Microrregiões do Nordeste do Estado do Pará, Brasil



Fonte: Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária - INCRA (2016)

A microrregião do Guamá é composta por 13 municípios que estão com seus dados demográficos representados na tabela abaixo (TABELA 01).

Tabela 1 - Síntese dos dados demográficos dos municípios da Microrregião do Guamá, no Nordeste Paraense

Municípios	Homens	Mulheres	Total da População Urbana	Total da População Rural	Total da População 2010	Área Territorial (Km ²)	Densidade Demográfica (hab/ Km ²)
Aurora do Pará	13.630	12.949	8.174	18.405	26.579	1811,820	14,65
Cachoeira do Piriá	13.710	12.766	5.523	20.953	26.476	20461,961	10,77
Capitão Poço	26.618	25.281	21.447	30.452	51.899	2899,540	17,90
Garrafão do Norte	13.112	11.939	8.614	16.437	25.051	1599,021	15,66
Ipixuna do Pará	26.944	24.439	12.227	39.082	51.309	5215,533	9,84
Irituia	16.288	15.094	6.509	24.873	31.382	1379,356	22,74
Mãe do Rio	13.741	14.151	23.036	4.856	27.892	469,489	59,43
Nova Esperança do Piriá	10.645	9.514	7.972	12.187	20.159	2809,610	7,17
Ourém	8.440	7.856	7.438	8.858	16.296	562,385	29
Santa Luzia do Pará	9.882	9.540	8.691	10.731	19.422	1356,118	14,32
São Domingos do Capim	15.738	14.089	6.599	23.228	29.827	1677,252	17,79
São Miguel do Guamá	25.996	25.531	31.852	19.675	51.527	1110,168	46,45
Pará	194.744	183.149	148.082	229.737	377.819	41,352,253	265,72

Fonte: Adaptado do Censo 2010 do IBGE (2018).

Caracterizando esta região, tem-se o município de Ipixuna do Pará/PA, distante 278 km da capital do Estado, Belém. Neste município, encontra-se uma população estimada de 51.309 habitantes, sendo que 70% vivem em áreas rurais (IBGE, 2010). O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDH-M é de 0,489, o que o situa na faixa de Desenvolvimento Humano Muito Baixo (IDH-M entre 0 e 0,499), colocando-o entre os dois mais baixos na microrregião do Guamá (TABELA 2) e na 135ª posição entre os 144 municípios do Estado do Pará, conforme dados do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (PNUD, 2013), dispostos na tabela abaixo (TABELA 2).

Tabela 2 - IDH-M dos Municípios do território do Nordeste Paraense, 2013

Municípios	IDH-M	IDH-M Renda	IDH-M Longevidade	IDH-M Educação
Abel Figueiredo	0,622	0,625	0,800	0,481
Aurora do Pará	0,519	0,504	0,773	0,358
Bujaru	0,552	0,495	0,779	0,437
Cachoeira do Piriá	0,473	0,449	0,779	0,303
Capitão Poço	0,548	0,573	0,747	0,385
Concórdia do Pará	0,566	0,560	0,741	0,438
Dom Eliseu	0,615	0,606	0,763	0,502
Garrafão do Norte	0,526	0,540	0,763	0,353
Ipixuna do Pará	0,489	0,508	0,757	0,304
Irituia	0,559	0,536	0,763	0,427
Mãe do Rio	0,599	0,615	0,763	0,458
Nova Esperança do Piriá	0,502	0,482	0,757	0,346
Ourém	0,568	0,575	0,727	0,438
Paragominas	0,645	0,667	0,781	0,514
Rondon do Pará	0,602	0,606	0,788	0,457
Santa Luzia do Pará	0,546	0,530	0,724	0,424
São Domingos do Capim	0,532	0,509	0,773	0,382
São Miguel do Guamá	0,591	0,582	0,752	0,471
Tomé-Açu	0,586	0,596	0,798	0,424
Ulianópolis	0,604	0,682	0,759	0,425

Fonte: Adaptado do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2000 – 2010.

O IDH-M é um índice composto que agrega três importantes dimensões do desenvolvimento humano: a oportunidade de viver uma vida longa e saudável; ter acesso ao conhecimento; ter um padrão de vida que garanta as necessidades básicas, representadas pela saúde, educação e renda. Este índice facilita a comparação entre localidades, conduzindo a um diálogo mais informado na discussão de políticas, estimulando a busca por melhores desempenhos socioeconômicos entre os municípios e regiões metropolitanas brasileiras (PNUD, 2013).

A classificação muito baixa do IDH-M para o município de Ipixuna do Pará se justifica por algumas realidades encontradas naquela localidade: o município ter características essencialmente rurais, com sua população espalhada por vilas e comunidades em seu território dificultando o acesso aos serviços, gerando uma cobertura de Atenção Básica em saúde de 32% (FUNDAÇÃO AMAZÔNIA DE AMPARO A ESTUDOS E PESQUISAS -FAPESPA, 2015), ficando a maior parte do município descoberto sem o devido suporte à saúde. Sabe-se que, embora tenha ocorrido nos últimos anos uma expansão dos

serviços de saúde, em especial ao que se refere à Atenção Básica, algumas comunidades rurais ainda não possuem unidades de saúde em seu território, demandando dos indivíduos o deslocamento até ao meio urbano para acessar o sistema de cuidado profissional (BURILLE; GERHARDT, 2014).

O município de Ipixuna do Pará retrata características de muitos municípios da Região Amazônica. É formado por uma população total de 11.918 adolescentes; destes 9.153 residem na zona rural do município. Grande parte da população vive em situação de pobreza, com 10% da população beneficiada por Programas de Transferência de Renda (IBGE, 2010). A epidemia de DCNT tem afetado, sobretudo, pessoas de baixa renda, mais expostas aos fatores de risco e com menor acesso a serviços de saúde. Além disso, a presença dessas doenças cria um círculo vicioso, levando essas pessoas a um maior estado de pobreza (MALTA; SILVA JR, 2013).

Estudos apontam que parte da redução observada na incidência e mortalidade por DCNT se deve a um maior controle dos fatores de risco modificáveis. Atualmente, muito se sabe sobre as causas evitáveis de doenças não transmissíveis e as ações necessárias para sua prevenção e controle estão bem documentadas, o suficiente para que sejam avaliadas e implementadas (FRANCISCO et al., 2015).

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Identificar os determinantes de risco para Doenças Crônicas não Transmissíveis em adolescentes da zona rural em um município do nordeste do Estado do Pará.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar os fatores de risco para doenças crônicas por meio das variáveis: atividade física, uso de tabaco, consumo de álcool, Índice de Massa Corporal, circunferência da cintura e pressão arterial;
- Identificar as possíveis associações entre as variáveis: atividade física, uso de tabaco, consumo de álcool, Índice de Massa Corporal, circunferência da cintura e pressão arterial, com as condições sociodemográficas e econômicas, com os marcadores comportamentais e alimentares na população estudada.

5 METODOLOGIA

O presente trabalho caracteriza-se como um estudo epidemiológico transversal, observacional, em amostra representativa de estudantes de ambos os sexos, com idade compreendida entre 15 e 19 anos - considerados adolescentes segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 1986), matriculados em escolas públicas, cursando do 1º ao 3º ano do ensino médio regular na zona rural do município de Ipixuna do Pará, Estado do Pará.

Considerou-se 1.689 alunos matriculados no Ensino Médio (SECRETARIA DE EDUCAÇÃO DO PARÁ - SEDUC, 2017), destes, 1.000 alunos frequentavam a única escola situada no centro urbano do município e 689 frequentavam escolas localizadas na zona rural. A amostra total foi de 193 adolescentes entrevistados e avaliados, estratificados por turmas das escolas envolvidas, conforme descrito no Apêndice A. Foram excluídos os adolescentes que não concordaram em participar da pesquisa.

5.1 AMOSTRAGEM

Os adolescentes cursando o ensino médio estão divididos em sete escolas no município de Ipixuna do Pará. A escola sede, Escola Estadual de Ensino Médio Irmã Agnes Vincquier, com espaço físico próprio do Estado, localiza-se na sede do município e, por estar situada na área urbana, não entrou na pesquisa, visto que os adolescentes estudados eram todos pertencentes às escolas rurais.

As demais seis escolas (QUADRO 01) pertencem à Prefeitura Municipal de Ipixuna do Pará, onde além de atenderem os Programas da Educação Básica – Programa Nacional da Pré-escola e Programa Nacional do Ensino Fundamental – funcionam em suas instalações as turmas de Ensino Médio. A localização das sete escolas citadas encontra-se no Apêndice B.

Quadro 1 - População e tamanho amostral dos alunos por Escolas Rurais de Ipixuna do Pará, 2017

Escola	População de Alunos	%	Tamanho Amostral de Alunos
Escola Estadual Adélia Carvalho Sodré	297	43,10	83
Escola Municipal Bom Pastor	142	20,61	40
Escola Municipal Palheta Batista	77	11,18	22

Continua

Escola	População de Alunos	%	Tamanho Amostral de Alunos
Escola Municipal Santa Maria do Bacuri	71	10,30	20
Escola Municipal Santo Antônio	40	5,81	11
Escola Municipal Clideno Gomes da Costa	62	9,00	17
Total	689	100,00	193

Fonte: Elaborado pelo autor.

As técnicas de amostragem aplicadas para seleção dos alunos que compuseram a amostra do estudo foram a Aleatória Simples e a Sistemática. A técnica de amostragem Aleatória Simples foi utilizada para selecionar o primeiro aluno por meio de sorteio, garantindo que todos tivessem a mesma probabilidade de serem sorteados. Para seleção dos demais alunos que compuseram a amostra, foi utilizada a técnica de amostragem Sistemática, onde todos os alunos foram enumerados e organizados de forma aleatória em uma lista e, após a coleta dos dados do primeiro aluno sorteado, foi dado um “pulo” de dois números e coletado a informação do consecutivo e assim sucessivamente até que completasse o número amostral necessário para realização da pesquisa.

5.2 COLETA DE DADOS

Anteriormente à coleta de dados, foram recolhidas as autorizações por escrito da Secretaria Estadual de Educação – SEDUC (ANEXO A), responsável pelo Ensino Médio no Estado, e da Secretaria Municipal de Educação – SEMED do município de Ipixuna do Pará (Anexo B), responsável pelo espaço físico onde ocorreu a pesquisa. Após as autorizações, foram realizadas reuniões com os diretores das escolas rurais e com os pais e/ou responsáveis do estudante para apresentar a finalidade do estudo, os métodos adotados e os recursos necessários para operacionalização do estudo. Os diretores e os pais e/ou responsáveis que não compareceram foram convidados para nova reunião e os que continuaram faltosos foram contatados por telefone ou por busca ativa.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) foi entregue e explicado ao pai ou responsável do aluno em reunião previamente agendada. O Termo de Assentimento (APÊNDICE D) foi entregue ao aluno no dia da coleta de dados. A coleta de

dados consistiu no autopreenchimento de questionário pelo adolescente, tomada de peso e altura, aferição da pressão arterial e medida da circunferência da cintura por pesquisador treinado, seguindo-se a padronização internacional.

Antes da entrevista e preenchimento do questionário, o pesquisador informou aos alunos em sala de aula que o questionário seria preenchido individualmente e que suas respostas seriam mantidas em sigilo e anonimato. Uma equipe de facilitadores conduziu a leitura do questionário em sala, sanando individualmente possíveis dúvidas que ocorressem.

Conforme finalizavam o questionário, os alunos se dirigiram a outra sala para verificação do peso, altura, circunferência da cintura e pressão arterial por pesquisador treinado. Após a análise dos dados coletados, o pesquisador responsável agendou retorno às escolas para entrega dos resultados e encaminhamento dos adolescentes com alterações para atendimento nas Estratégias de Saúde da Família mais próximas.

5.3 VARIÁVEIS

Foi aplicado protocolo de pesquisa padronizado composto por: Questionário de Saúde do Aluno e Avaliação Clínica constituída por antropometria (peso/altura), perímetro da cintura e verificação da pressão arterial. As informações foram coletadas através de questionário autoaplicável e utilizou-se uma versão adaptada do questionário PeNSE - 2015 (APÊNDICE E), proposto pelo IBGE (2015).

O questionário era formado por sete módulos: informações gerais, alimentação, marcadores comportamentais, atividade física, uso de cigarro, bebidas alcoólicas e medidas antropométricas (altura, peso e circunferência da cintura), além da pressão arterial aferida e avaliada pelo pesquisador, descritos logo abaixo e resumidos no Quadro 2.

O módulo “Informações Gerais” foi composto pelas características sociodemográficas dos escolares: sexo (masculino e feminino); raça/cor (branca, preta, amarela, parda e indígena); idade em anos (14, 15, 16, 17, 18, 19); estado civil (solteiro, casado/vivendo com parceiro, outro); se trabalha, tem emprego ou algum negócio (sim, não). Este módulo também abrangeu perguntas que refletiram as características econômicas da amostra: quantas pessoas moram na mesma casa (variando de 1 a 10 pessoas); escolaridade materna (nível universitário completo, universitário incompleto, ensino médio completo, ensino médio incompleto, ensino fundamental completo, ensino fundamental incompleto, não estudou, não sabe informar) e presença de banheiro com chuveiro dentro de casa (Nenhum, 01, 02, 03, mais de 03) (IBGE, 2009; 2012; 2016).

A ingestão alimentar foi avaliada por meio de questionário qualitativo, no qual registrou-se o número de dias na semana (sete dias) e no mês (30 dias) que anteciparam o estudo em que o aluno consumiu: feijão; legume ou verdura crua ou cozida, excluindo batata e mandioca/macaxeira; frutas frescas ou salada de frutas; batata frita, sem contar a batata de pacote, ou salgado frito (coxinha de galinha, quibe frito, pastel frito, etc.); guloseimas (doces, balas, chicletes, pirulitos, chocolates ou bombons); refrigerante; industrializados/processados salgados (hambúrguer, presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha, macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote, biscoitos salgados). Os três primeiros foram considerados alimentos marcadores de alimentação saudável (MAS), e os quatro últimos, de alimentação não saudável (MANS). Ambos marcadores foram considerados saudáveis ou não, quando houve consumo igual ou superior a cinco dias na semana pelo adolescente (IBGE, 2009; 2012; 2016).

Quatro comportamentos alimentares foram analisados: tomar café da manhã (marcador de comportamento saudável - MCS), realização de almoço ou jantar com a mãe ou responsável (MCS), comer enquanto estuda ou assiste TV (marcador de comportamento não saudável - MCNS) e comer em *fast-food* (MCNS). Esses comportamentos foram expressos por um indicador que demonstrou prática regular desses comportamentos (categorizado em: 0 a 4 dias e 5 dias ou mais por semana para os MCS e 0 a 3 dias e 3 dias ou mais para os MCNS) (IBGE, 2009; 2012; 2016).

O módulo Atividade Física investigou o tempo de atividade física acumulada dos escolares nos últimos sete dias, combinando os tempos e frequências com que foram realizadas atividades como: o deslocamento para a escola a pé ou de bicicleta, aulas de educação física na escola e outras atividades físicas extraescolares. O tempo de atividade física acumulada foi quantificado somando os tempos gastos com as atividades nos últimos sete dias.

Foram considerados ativos aqueles que acumularam 300 ou mais minutos de atividade física no período considerado. A análise dos dados procurou identificar o tempo de prática de atividade física usando as seguintes categorias: inativo (os alunos que não praticaram atividade física neste período); insuficientemente ativo (subdividido entre os que praticaram atividade física de 1 a 149 minutos e os que praticaram atividade física de 150 a 299 minutos); e ativo (praticaram 300 minutos ou mais de atividade física). O tempo de televisão foi considerado como um marcador de comportamento não saudável - MCNS para os jovens que relataram passar mais de 02 horas diárias em frente à TV (IBGE, 2009; 2012; 2016).

O tabagismo foi avaliado considerando-se positivo o escolar que fez uso do cigarro nos últimos 30 dias (percentual de escolares que afirmaram fumar, pelo menos uma vez, nos 30 dias que antecederam a pesquisa, independentemente da frequência e da intensidade); e o uso do cigarro alguma vez na vida (experimentação) para os escolares que experimentaram cigarro alguma vez na vida (IBGE, 2009; 2012; 2016).

O consumo de álcool foi considerado positivo quando o uso de bebidas alcoólicas ocorreu nos últimos 30 dias (pelo menos uma vez nos 30 dias prévios à pesquisa) e a experimentação de bebidas alcoólicas foi considerada positiva para os escolares que afirmaram ter experimentado bebida alcoólica alguma vez na vida (IBGE, 2009; 2012; 2016).

A aferição do peso corporal foi feita utilizando-se balança digital da marca Líder, modelo P150M (Araçatuba-SP, Brasil) com pesagem máxima de 200 Kg e variação mínima de 0,05 Kg. O adolescente posicionou-se no centro do equipamento, descalço, ereto, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo (BRASIL, 2004).

A medição da estatura foi realizada utilizando-se estadiômetro portátil e desmontável da marca Altura exata (Belo Horizonte MG, Brasil) de 200 cm de extensão com intervalos de 1 (um) milímetro (mm), em uma parede sem rodapé, com o adolescente de pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos, com os calcanhares, ombros e nádegas em contato com o equipamento, os ossos dos calcanhares se tocando, bem como a parte interna de ambos os joelhos e os pés unidos mostrando um ângulo reto com as pernas (BRASIL, 2004).

Para o cálculo destes parâmetros, utilizou-se o peso atual e a altura do indivíduo avaliando-se pela fórmula do Índice de Massa Corporal (IMC): $\text{Peso em quilogramas (kg)} / \text{Altura ao quadrado medida em metros (m}^2\text{)}$. Os indivíduos foram classificados de acordo com os parâmetros da Organização Mundial da Saúde (ONIS et al., 2007) para adolescentes.

O perímetro da cintura foi feito utilizando trena antropométrica em fibra de vidro da marca Sanny®, com resolução em milímetros e extensão de 1,5 metros. A circunferência da cintura é aferida com o abdômen do indivíduo amostra, após a expiração, na sua curvatura natural, no ponto médio entre a décima costela e a crista ilíaca, facilmente identificada pelo indivíduo (FESTA *et al.*, 2001; KAHN *et al.*, 1996). O resultado para a faixa etária de 15 a 17 anos foi classificado de acordo com McCarthy, Jarrett e Crawley (2001) considerando os percentis 85 e 95 para identificar sobrepeso e obesidade, respectivamente; e para as idades de 18 e 19 anos foi considerado a classificação da *International Diabetes Federation - IDF* (ALBERTI; ZIMMET; SHAW, 2006), que considera como fator de risco Circunferência da Cintura (CC) ≥ 80 cm para as mulheres e ≥ 90 cm para homens.

Para a verificação da pressão arterial foram realizadas duas aferições. Utilizou-se aparelho medidor digital de braço automático da marca G-Tech®, modelo MA100, em ambiente controlado, seguindo as recomendações das V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2007).

Quadro 2 - Resumo das informações coletadas no Questionário de Saúde do Aluno e Avaliação Clínica aplicado nos estudantes do ensino médio da zona rural do município de Ipixuna do Pará/PA no ano de 2018

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE DO ALUNO			
Módulo	Características	Variável	Classificação
Informações Gerais	Sociodemográficas	Sexo	Masculino; feminino.
		Raça/cor	Branca; preta; amarela; parda e indígena.
		Idade em anos	14; 15; 16; 17; 18 e 19.
		Estado civil	Solteiro; casado/ vivendo com parceiro; outro.
		Trabalha/ tem emprego ou negócio	Sim; não.
	Socioeconômicas	Quantidade de moradores por domicílio	Variando de 1 a ≥ 10 pessoas.
		Escolaridade Materna	Universitário completo; universitário incompleto; ensino médio completo; ensino médio incompleto; ensino fundamental completo; ensino fundamental incompleto; não estudou; não sabe informar.
		Presença de banheiro com chuveiro dentro de casa.	Nenhum; 01; 02; 03; 04 ou mais.

Continua

Módulo	Características	Variável	Classificação
Ingestão Alimentar	Marcador de Alimentação Saudável - MAS	Feijão	Consumo \geq 05 dias na semana.
		Legume ou verdura crua ou cozida	Consumo \geq 05 dias na semana.
		Frutas frescas ou salada de frutas	Consumo \geq 05 dias na semana.
	Marcador de Alimentação Não Saudável - MANS	Batata frita ou salgado frito	Consumo \geq 05 dias na semana.
		Guloseimas	Consumo \geq 05 dias na semana.
		Refrigerante	Consumo \geq 05 dias na semana.
		Industrializados/ Processados salgados	Consumo \geq 05 dias na semana.
Marcadores Comportamentais	Marcador de Comportamento Saudável - MCS	Tomar café da manhã	Consumo \geq 05 dias na semana.
		Almoçar ou jantar com a mãe ou responsável	Consumo \geq 05 dias na semana.
	Marcador de Comportamento Não Saudável - MCNS	Comer enquanto estuda ou assiste TV	Consumo \geq 03 dias na semana.
		Comer em <i>fast-food</i> .	Consumo \geq 03 dias na semana.
		Tempo de televisão	Maior que 02 horas por dia.
Atividade Física	Tempo de atividade física acumulada	Não houve prática de atividade física no período	Inativo
		Tempo de 1 a 299 minutos	Insuficientemente ativo
		Tempo maior que 300 minutos.	Ativo
Tabagismo	Avaliar níveis de uso e experimentação do tabaco.	Uso de tabaco nos últimos 30 dias	Consumo atual
		Uso de tabaco alguma vez na vida	Experimentação Positiva
Álcool	Avaliar níveis de consumo e experimentação de álcool.	Bebeu álcool nos últimos 30 dias	Consumo atual
		Bebeu alguma vez na vida	Experimentação Positiva
AValiação Clínica			
Índice de Massa Corporal - IMC	Resultado da fórmula: Peso em quilogramas (kg) / Altura ao quadrado medida em metros (m ²).		Classificados de acordo com os parâmetros da Organização Mundial da Saúde (ONIS <i>et al.</i> , 2007)

Conclusão

Módulo	Características	Variável	Classificação
Circunferência da cintura - CC		Faixa etária de 15 a 17	Percentis 85 e 95 (MCCARTHY; JARRETT; CRAWLEY, 2001).
		Idades de 18 e 19 anos	Mulheres ≥ 80 cm; Homens ≥ 90 cm (ALBERTI; ZIMMET; SHAW, 2006).
Pressão Arterial - PA			V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2007).

Fonte: Questionário Adaptado PeNSE (IBGE, 2016).

5.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados coletados por meio dos questionários foram inseridos em planilhas do programa Microsoft Excel - 2010, para a organização do banco de dados e para, posteriormente, realizar a análise exploratória de dados que, segundo Bussab e Morettin (2013), é uma técnica estatística que tem a função de organizar, descrever e resumir os dados, apresentando as características importantes do conjunto de dados, por meio de gráficos, tabelas e medidas de síntese.

Além da Análise Exploratória de Dados, foi utilizada a Análise de Regressão Logística por meio do software Minitab versão 2017, com o objetivo de modelar uma variável resposta como função de uma ou mais variáveis preditoras que influenciam a sua ocorrência (KUTNER et al., 2005). A regressão logística é um recurso que nos permite estimar a probabilidade associada à ocorrência de determinado evento em face de um conjunto de variáveis explicativas.

Na aplicação da regressão logística univariada e múltipla, as variáveis independentes foram consideradas a partir das variáveis demográficas, econômicas, comportamentais, alimentares e antropométricas, para verificar a associação estatística entre elas com nível de significância de 5% ($p < 0,05$) e intervalo de confiança (IC) de 95%. O modelo da regressão logística múltipla foi constituído manualmente, obtendo-se no final de cada modelo somente variáveis estatisticamente significativas.

Para aplicação da regressão logística univariada, foram feitas combinações pareadas entre variáveis independentes e dependentes. As seis variáveis independentes selecionadas foram:

1- Prática de Atividade Física (codificado como 1 o adolescente “inativo” e os demais codificados como 0);

2- Tabagismo (codificado como 1 o adolescente que “fumou alguma vez” e os demais codificados como 0);

3- Consumo de Álcool (codificado como 1 o adolescente que “bebeu alguma vez” e os demais codificados como 0);

4- Estado Nutricional (codificado como 1 o adolescente “com excesso de peso” e os demais codificados como 0);

5- Circunferência da Cintura (codificado como 1 o adolescente com circunferência da cintura “Elevada” e codificados como 0 os adolescentes com circunferência da cintura “Normal”);

6- Pressão Arterial Alterada (codificado como 1 o adolescente com “Pressão Alterada” e os demais codificados como 0);

Estas mesmas seis variáveis independentes citadas anteriormente podem ser variáveis dependentes, ou seja, no cruzamento da regressão logística univariada as variáveis podem aparecer como independente ou dependente, isso depende da escolha da variável resposta. Além das variáveis citadas anteriormente, foram utilizadas as seguintes variáveis dependentes:

7- Sexo (codificado como 1 o adolescente do sexo “feminino” e codificado como 0 o adolescente do sexo “masculino”);

8- Faixa Etária (codificado como 2 o adolescente com idade de “19 anos”, codificado como 1 o adolescente com idade de “17 a 18 anos” e codificado como 0 o adolescente com idade de “15 a 16 anos”);

9- Número de pessoas que moram na casa (codificado como 1 o adolescente com número de pessoas que moram na casa “ ≥ 5 ” e os demais codificados como 0);

10- Escolaridade da mãe (codificado como 2 o adolescente que tem mãe “analfabeta”, codificado como 1 o adolescente que tem mãe com escolaridade de “EFC a EMI” e codificado como 0 o adolescente que tem mãe com escolaridade de “EMC a ESC”);

11- Quantidade de banheiro com chuveiro dentro do domicílio (codificado como 2 o adolescente que não tem “Nenhum” banheiro com chuveiro, codificado como 1 o adolescente que tem “Um” banheiro com chuveiro e codificado como 0 o adolescente que tem “ \geq Dois” banheiros com chuveiro);

12- Tomar Café da Manhã (codificado como 1 o adolescente que toma café “ < 5 ”

vezes por semana e codificado como 0 o adolescente que toma café “ ≥ 5 ” vezes por semana);

13- Comer com os pais (codificado como 1 o adolescente que come com os pais “ < 5 ” vezes por semana e codificado como 0 o adolescente que come com os pais “ ≥ 5 ” vezes por semana);

14- Comer assistindo televisão (codificado como 1 o adolescente que come assistindo televisão “ ≥ 3 ” vezes por semana e codificado como 0 o adolescente que come assistindo televisão “ < 3 ” vezes por semana);

15- Comer *Fast Food* (codificado como 1 o adolescente que come Fast Food “ ≥ 3 ” vezes por semana e codificado como 0 o adolescente que come Fast Food “ < 3 ” vezes por semana);

16- Tempo Assistindo Televisão (codificado como 1 o adolescente que fica “Mais de 2 horas” assistindo TV por semana e codificado como 0 o adolescente que fica “Até 2 horas” assistindo TV por semana);

17- Consumo de Feijão (codificado como 1 o adolescente que consome feijão “ < 5 ” vezes por semana e codificado como 0 o adolescente que consome feijão “ ≥ 5 ” vezes por semana);

18- Consumo de Legumes (codificado como 1 o adolescente que consome legumes “ < 5 ” vezes por semana e codificado como 0 o adolescente que consome legumes “ ≥ 5 ” vezes por semana);

19- Consumo de Frutas (codificado como 1 o adolescente que consome frutas “ < 5 ” vezes por semana e codificado como 0 o adolescente que consome frutas “ ≥ 5 ” vezes por semana);

20- Consumo de Frituras (codificado como 1 o adolescente que consome frituras “ ≥ 5 ” vezes por semana e codificado como 0 o adolescente que consome frituras “ < 5 ” vezes por semana);

21- Consumo de Guloseimas (codificado como 1 o adolescente que consome guloseimas “ ≥ 5 ” vezes por semana e codificado como 0 o adolescente que consome guloseimas “ < 5 ” vezes por semana);

22- Consumo de Refrigerante (codificado como 1 o adolescente que consome refrigerante “ ≥ 5 ” vezes por semana e codificado como 0 o adolescente que consome refrigerante “ < 5 ” vezes por semana);

23- Consumo de alimentos Processados e Ultraprocessados (codificado como 1 o adolescente que consome alimentos Processados e Ultraprocessados “ ≥ 5 ” vezes por semana e codificado como 0 o adolescente que consome alimentos Processados e Ultraprocessados “ $<$

5” vezes por semana);

Na aplicação da regressão logística múltipla foram utilizadas todas as variáveis independentes e dependentes da regressão logística univariada, codificadas do mesmo jeito, exceto na variável “sexo” que foi codificada como 1 o sexo “masculino” e 0 o sexo “feminino” quando cruzada com as variáveis respostas: Tabagismo, índice de Massa Corporal, Circunferência da Cintura e Hipertensão. Para a discussão deste trabalho, foram utilizadas apenas as variáveis com associações significativas na regressão logística múltipla.

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

Participaram da pesquisa somente os adolescentes que tiveram concordância prévia dos pais ou responsáveis através do Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE (APÊNDICE C) e os que concordaram com o Termo de Assentimento (APÊNDICE D), constante na primeira página do questionário aplicado na coleta de dados, cabendo ao próprio adolescente decidir preencher ou não as questões.

A pesquisa ofereceu riscos mínimos, tais como (a) cansaço mental e (b) estresse emocional. Porém, atendendo à Resolução 466/2012, caso estas situações ocorressem, seria garantido auxílio médico e/ou psicológico, sem que isso incorresse em qualquer ônus financeiro ao participante da pesquisa. A participação foi voluntária e o estudante teve a possibilidade de deixar de responder qualquer pergunta ou todo o questionário. As informações do estudante são sigilosas e suas escolas de origem também não foram identificadas.

A realização da pesquisa foi precedida de autorização das Secretarias Estadual de Educação do Pará e Municipal de Educação de Ipixuna do Pará. Houve também o contato com a direção das escolas polos rurais do município de Ipixuna do Pará. Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, aprovado sob o número 2.856.862 (ANEXO C) seguindo as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos da Resolução 466/2012 e da Resolução 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016; BRASIL, 2013).

6 RESULTADOS

Por meio da análise exploratória dos dados foi possível descrever o perfil sociodemográfico e econômico dos 193 adolescentes participantes no período de outubro a novembro de 2018. De acordo com a Tabela 3, verificou-se que a maioria dos adolescentes deste estudo foi do sexo feminino (60,62%), autodeclarados da raça/cor parda (69,42%), tendo a maior parte 18 anos de idade (24,36%), seguido dos de 17 anos com 23,83%. Em relação ao estado civil, a maioria dos participantes era solteiro (91,19%), sem emprego, trabalho ou negócio (77,72%), vivendo a maior parte em domicílios com cinco pessoas (24,34%). Grande parte das mães desses jovens possuía somente ensino fundamental incompleto (47,65%) que, quando somadas às analfabetas (5,29%), resulta na maioria das mães com baixa escolaridade. A maioria dos adolescentes vivia em casas com apenas um banheiro com chuveiro dentro (67,87%), seguido dos que referem não haver nenhum banheiro (22,28) dentro do domicílio.

Tabela 3 - Quantidade e percentual do perfil sociodemográfico e econômico dos adolescentes residentes em Ipixuna do Pará no período de outubro a novembro de 2018

Variável	Categoria	Quantidade	Percentual
Sexo	Feminino	117	60,62
	Masculino	76	39,38
Raça/Cor	Parda	134	69,42
	Branca	23	11,92
	Preta	23	11,92
	Indígena	7	3,63
	Amarela	6	3,11
Idade	15 anos	28	14,51
	16 anos	42	21,76
	17 anos	46	23,83
	18 anos	47	24,36
	19 anos	30	15,54
Estado Civil	Solteiro (a)	176	91,19
	Casado (a) / vivendo com parceiro (a)	17	8,81
Você tem algum trabalho, emprego ou negócio atualmente?	Não	150	77,72
	Sim	43	22,28

Continua

Variável	Categoria	Quantidade	Percentual
Contando com você, quantas pessoas moram na casa?	2	11	5,70
	3	32	16,58
	4	37	19,17
	5	47	24,34
	6	24	12,44
	7	18	9,33
	8	12	6,22
	9	5	2,59
	≥ 10	7	3,63
Nível de estudo da mãe	Analfabeta	9	5,29
	Ensino Fundamental Incompleto	81	47,65
	Ensino Fundamental Completo	20	11,76
	Ensino Médio Incompleto	19	11,18
	Ensino Médio Completo	14	8,24
	Ensino Superior Incompleto	4	2,35
	Ensino Superior Completo	23	13,53

Fonte: Dados da pesquisa.

Na Tabela 4, em relação aos marcadores de alimentação, a maioria dos adolescentes referiu consumir: feijão 05 dias ou mais por semana (54,92%); legumes ou verduras menos de 05 dias por semana (69,95%); frutas frescas menos de 05 dias por semana (68,39%); salgados fritos menos de 05 dias por semana (75,65%); guloseimas menos de 05 dias por semana (59,07%); refrigerante menos de 05 dias por semana (87,05%) e alimentos industrializados menos de 05 dias ou mais por semana (72,54%).

Tabela 4 - Quantidade e percentual dos marcadores de alimentação dos adolescentes residentes em Ipixuna do Pará, no período de outubro a novembro de 2018

Variável	Categoria	Quantidade	Percentual
Consumo de feijão	Menos de 5 dias	87	45,08
	5 dias ou mais	106	54,92
Consumo de legumes ou verduras	Menos de 5 dias	135	69,95
	5 dias ou mais	58	30,05
Consumo de frutas frescas ou salada de frutas	Menos de 5 dias	132	68,39
	5 dias ou mais	61	31,61
Consumo de salgados fritos	Menos de 5 dias	146	75,65
	5 dias ou mais	47	24,35
Consumo de guloseimas	Menos de 5 dias	114	59,07
	5 dias ou mais	79	40,93

Continua

Variável	Categoria	Quantidade	Percentual
Consumo de refrigerante	Menos de 5 dias	168	87,05
	5 dias ou mais	25	12,95
Consumo de alimentos industrializados	Menos de 5 dias	140	72,54
	5 dias ou mais	53	27,46

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto aos Indicadores Comportamentais (TABELA 5), a maioria dos adolescentes afirmou que: costuma tomar café da manhã em 05 dias ou mais por semana (82,38%); come com os pais (almoça ou janta) 05 dias ou mais por semana (72,54%); come assistindo televisão menos de 03 dias por semana (56,99%); come em *fast food* menos de 03 dias por semana (87,05%) e assiste televisão 02 horas ou mais por semana (56,99%).

Tabela 5 - Quantidade e percentual de indicadores comportamentais dos adolescentes residentes em Ipixuna do Pará, no período de outubro a novembro de 2018

Variável	Categoria	Quantidade	Percentual
Quantidade de Café	Menos de 5 dias	34	17,62
	5 dias ou mais	159	82,38
Comer com os pais	Menos de 5 dias	53	27,46
	5 dias ou mais	140	72,54
Comer assistindo Televisão ou estudando	Menos de 3 dias	110	56,99
	3 dias ou mais	83	43,01
Em quantos dias você comeu em restaurantes <i>fast-food</i> ?	Menos de 3 dias	168	87,05
	3 dias ou mais	25	12,95
Quantas horas por dia você assiste Televisão?	Menos de 2 horas	83	43,01
	2 horas ou mais	110	56,99

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação ao estilo de vida dos adolescentes, verifica-se por meio da Tabela 06 que a maioria dos adolescentes: foram insuficientemente ativos (82,38%); já experimentaram cigarro alguma vez na vida (71,50%) e destes 32,73% afirmaram ter fumado nos últimos 30 dias. A maioria também já consumiu bebida alcoólica alguma vez na vida (70,47%), sendo que 55,88% referiram consumo atual de álcool (últimos 30 dias).

Tabela 6 - Quantidade e percentual do estilo de vida dos adolescentes residentes em Ipixuna do Pará, no período de outubro a novembro de 2018

Variável	Categoria	Quantidade	Percentual
Classificação da Atividade Física	Insuficiente Ativo	159	82,38
	Ativo	34	17,62
Alguma vez na vida você já fumou cigarro?	Não	138	71,50
	Sim	55	28,50
Fumou nos últimos 30 dias?	Não	37	67,27
	Sim	18	32,73
Alguma vez na vida você já consumiu bebida alcoólica?	Sim	136	70,47
	Não	57	29,53
Consumiu bebida alcoólica nos últimos 30 dias?	Sim	76	55,88
	Não	60	44,12

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 07 apresenta os dados da avaliação clínica composta pela antropometria e aferição da pressão arterial, mostrando que a maioria dos adolescentes se encontrava com IMC normal (72,53%), com excesso de peso (sobrepeso e obesidade), observado em 18,14% da amostra; 81,18% estavam com circunferência da cintura normal, sendo que 18,82% estavam com este índice aumentado. Apesar da maior parte dos jovens apresentarem a pressão arterial normal (42,48%), a hipertensão arterial foi encontrada em 15,55% dos adolescentes.

Tabela 7 - Quantidade e percentual da avaliação clínica dos adolescentes residentes em Ipixuna do Pará no período de outubro a novembro de 2018

Variável	Categoria	Quantidade	Percentual
Classificação do Índice de Massa Corporal	Desnutrição	2	1,04
	Baixo Peso	16	8,29
	Normal	140	72,53
	Sobrepeso	23	11,92
	Obesidade	12	6,22
Classificação da Circunferência da Cintura	Normal	151	81,18
	Aumentada	35	18,82
Classificação da Pressão Arterial	Ótima	34	17,62
	Normal	82	42,48
	Limítrofe	47	24,35
	Hipertensão	30	15,55

Fonte: Dados da pesquisa.

A idade média dos adolescentes da amostra foi de 17 anos e, dentre estes, a média de idade da experimentação do tabaco foi aos 14 anos e de experimentação do álcool também aos 14 (TABELA 8).

Tabela 8 - Idade média da amostra, experimentação de tabaco e álcool dos adolescentes residentes em Ipixuna do Pará, no período de outubro a novembro de 2018

Variável	Estatística
	Média
Idade dos adolescentes	17,05
Idade quando fumou a primeira vez	14,38
Idade quando consumiu bebida alcoólica a primeira vez	14,27

Fonte: Dados da pesquisa.

Na Análise de Regressão Logística univariada, com variável resposta Prática Insuficiente de Atividade Física (TABELA 09), observou-se que as adolescentes do sexo feminino apresentaram cerca de quatro vezes mais chances de serem insuficientemente ativos do que os do sexo masculino (RC 3,56; IC- 1,640; 7,746; $p= 0,001$), assim como comer menos de cinco dias por semana com os pais triplicou as chances de risco de o jovem ser insuficientemente ativo quando comparado aos que almoçavam ou jantavam com os pais mais de cinco dias na semana (RC 3,341; IC- 1,116; 9,999; $p= 0,016$).

Adolescentes que consumiram frutas menos de 05 dias por semana apresentaram aproximadamente três vezes mais chances de serem insuficientemente ativos dos que os que consumiam mais de 05 dias na semana (RC 2,614; IC- 1,226; 5,570; $p=0,013$).

Já os adolescentes com excesso de peso apresentaram quatro vezes mais chances de serem insuficientemente ativos do que os que estavam sem excesso de peso (RC 4,191; IC- 0,955; 18,391; $p= 0,023$), assim como na relação com a circunferência da cintura, os que estavam com essa medida aumentada apresentaram quatro vezes mais chances de serem insuficientemente ativos do que os que apresentaram circunferência normal (RC 4,191; IC- 0,955; 18,391; $p= 0,023$). As demais variáveis respostas da Tabela 09 não tiveram associação estatisticamente significativa, pois os p -valores foram maiores que 0,05.

Tabela 9 - Análise de regressão logística univariada dos fatores de risco associados à Prática Insuficiente de Atividade Física dos adolescentes residentes em Ipixuna do Pará, no período de outubro a novembro de 2018

Variável	Categoria	RC	IC	p
Sexo	Feminino/ Masculino	3,564	(1,640; 7,746)	0,001*
Faixa Etária	17 a 18 / 15 a 16	1,418	(0,641; 3,139)	0,544
	19 / 15 a 16	1,773	(0,535; 5,871)	
	19 / 17 a 18	1,250	(0,381; 4,104)	
Número de pessoas que moram na casa	≥ 5 / < 5	0,850	(0,398; 1,818)	0,674
Escolaridade Materna	EFC a EMI / EMC a ESC	0,944	(0,251; 3,554)	0,414
	Analfabeta a EFI / EMC a ESC	0,556	(0,191; 1,617)	
	Analfabeta a EFI / EFC a EMI	0,588	(0,202; 1,717)	
Quantidade de Banheiro com Chuveiro dentro do domicílio	Um/ ≥ Dois	0,453	(0,099; 2,083)	0,259
	Nenhum/ ≥ Dois	0,894	(0,158; 5,077)	
	Nenhum/ Um	1,973	(0,709; 5,493)	
Tomar café da manhã	< 5 / ≥ 5	0,635	(0,259; 1,558)	0,333
Comer com os pais	< 5 / ≥ 5	3,341	(1,116; 9,999)	0,016*
Comer assistindo Televisão	≥ 3 / < 3	1,479	(0,685; 3,194)	0,313
Comer <i>Fast Food</i>	≥ 3 / < 3	1,141	(0,365; 3,568)	0,818
Tempo Assistindo Televisão	Mais de 2 horas / Até 2 horas	1,111	(0,513; 2,407)	0,789
Consumo de Feijão	< 5 / ≥ 5	0,908	(0,432; 1,907)	0,798
Consumo de Legume	< 5 / ≥ 5	1,830	(0,850; 3,937)	0,127
Consumo de Frutas	< 5 / ≥ 5	2,614	(1,226; 5,570)	0,013*
Consumo de Frituras	≥ 5 / < 5	2,780	(0,925; 8,355)	0,045
Consumo de Guloseimas	≥ 5 / < 5	0,853	(0,404; 1,802)	0,678
Consumo de Refrigerante	≥ 5 / < 5	0,835	(0,290; 2,405)	0,741
Consumo de alimentos Ultraprocessados	≥ 5 / < 5	0,751	(0,337; 1,671)	0,487
Experimentou Álcool	Sim/Não	0,993	(0,441; 2,238)	0,986
Consumo de álcool nos últimos 30 dias	Sim/Não	1,088	(0,449; 2,637)	0,852
Excesso de Peso Corporal	Com excesso/Sem excesso	4,191	(0,955; 18,391)	0,023*
Pressão Arterial Alterada	Sim / Não	0,830	(0,311; 2,217)	0,713
Circunferência da Cintura	Elevada/ Normal	4,191	(0,955; 18,391)	0,023*

*Estatisticamente significante.

E.F.C. – Ensino Fundamental Completo; E.M.I. – Ensino Médio Incompleto; E.M.C. – Ensino Médio Completo; E.S.C. – Ensino Superior Completo.

Nota: Não foi possível ajustar ao modelo a variável “Experimentou Tabaco”, pois é uma variável de confundimento.

Fonte: Dados da pesquisa – elaborado pelo autor

Na Análise dos dados por Regressão Logística univariada, com variável resposta Experimentação de Tabaco Positiva (TABELA 10), observou-se que o sexo masculino apresentou cerca de três vezes mais chances de experimentar cigarro (RC 3,314; IC-1,732; 6,340; $p < 0.001$) quando comparado ao sexo feminino.

Adolescentes residentes em casas com cinco ou mais pessoas apresentaram cerca de duas vezes mais chances de experimentar cigarro (RC 2,374; IC-1,202; 4,692; $p=0,01$) quando comparado a adolescentes que residem em casas com menos moradores.

Os jovens que já experimentaram álcool alguma vez na vida apresentaram aproximadamente 18 vezes mais chances de também experimentar cigarro (RC 17,56; IC-4,109; 75,038; $p= <0,001$) e os que consomem álcool regularmente (nos últimos 30 dias) tem três vezes mais chances de experimentar cigarro (RC 3,00; IC- 1,435; 6,271; $p= 0,003$).

As demais variáveis respostas da Tabela 10 não tiveram associação estatisticamente significativa, pois os p-valores da análise da regressão logística univariada foram maior que 5% ($p>0,05$).

Tabela 10 - Análise de regressão logística univariada dos fatores de risco associados à Experimentação de Tabaco Positiva nos adolescentes residentes em Ipixuna do Pará no período de outubro a novembro de 2018

Variável	Categoria	RC	(IC95%)	<i>p</i>
Sexo	Masculino/Feminino	3,314	(1,732; 6,340)	<0.001*
Faixa Etária	17 a 18 anos/ 15 a 16 anos	0,870	(0,434; 1,744)	0,529
	19 anos/ 15 a 16 anos	1,447	(0,585; 3,580)	
	19 anos/ 17 a 18 anos	1,665	(0,693; 3,996)	
Número de pessoas que moram na casa	≥ 5 / <5	2,374	(1,202; 4,692)	0,010*
Escolaridade Materna	EFC a EMI / EMC a ESC	1,527	(0,590; 3,955)	0,348
	Analfabeta a EFI / EMC a ESC	0,830	(0,356; 1,934)	
	Analfabeta a EFI / EFC a EMI	0,544	(0,240; 1,230)	
Quantidade de Banheiro com Chuveiro dentro do domicílio	Um/ \geq Dois	1,061	(0,357; 3,158)	0,798
	Nenhum/ \geq Dois	1,352	(0,406; 4,506)	
	Nenhum/ Um	1,274	(0,605; 2,682)	
Tomar Café da manhã	< 5 / \geq 5	0,884	(0,384; 2,039)	0,772
Comer com os pais	< 5 / \geq 5	0,867	(0,426; 1,765)	0,692
Comer assistindo TV	≥ 3 / < 3	1,149	(0,613; 2,157)	0,665

Continua

Variável	Categoria	RC	(IC95%)	p
Comer <i>Fast Food</i>	$\geq 3 / < 3$	0,590	(0,210; 1,660)	0,298
Consumo de Feijão	$< 5 / \geq 5$	1,132	(0,605; 2,119)	0,699
Consumo de Legumes	$< 5 / \geq 5$	1,066	(0,537; 2,117)	0,854
Consumo Frituras	$\geq 5 / < 5$	0,821	(0,390; 1,732)	0,602
Consumo de Guloseimas	$\geq 5 / < 5$	0,686	(0,358; 1,314)	0,252
Consumo de Refrigerante	$\geq 5 / < 5$	1,822	(0,763; 4,349)	0,184
Experimentou álcool	Sim/Não		17,560	(4,109; 75,038) <0.001*
Consumo de álcool nos últimos 30 dias	Sim/Não		3,000	(1,435; 6,271) 0,003*
Excesso de Peso Corporal	Com excesso/Sem excesso		0,46	(0,180; 1,180) 0,087
Pressão Arterial Alterada	Sim / Não		1,566	(0,690; 3,552) 0,290
Circunferência da Cintura	Elevada/ Normal		1,004	(0,447; 2,259) 0,991

*Estatisticamente significante

E.F.C. – Ensino Fundamental Completo; E.M.I. – Ensino Médio Incompleto; E.M.C. – Ensino Médio Completo; E.S.C. – Ensino Superior Completo

Nota: Não foi possível ajustar ao modelo as variáveis: Tempo Assistindo Televisão, Consumo de Frutas e Prática de Atividade Física, pois estas foram variáveis de confundimento.

Fonte: Dados da pesquisa – elaborado pelo autor

Na Análise de Regressão Logística univariada, com variável resposta Consumo de Álcool (TABELA 11), observou-se que os adolescentes que assistem televisão mais de 02 horas por dia apresentaram duas vezes mais chances de consumirem álcool dos que os que passam menos tempo (RC 2,231; IC- 1,163; 4,282; $p= 0,014$). Os que já fumaram alguma vez na vida apresentaram 18 vezes mais chances de consumirem álcool quando comparados aos que nunca fumaram (RC 17,560; IC- 4,109; 75,038; $p= <0.001$). As demais variáveis respostas da Tabela 11 não tiveram associação estatisticamente significativa, pois os p-valores foram maiores que 0,05.

Tabela 11 - Análise de regressão logística univariada dos fatores de risco associados ao Consumo de Álcool dos adolescentes residentes em Ipixuna do Pará, no período de outubro a novembro de 2018

Variável	Categoria	RC	(IC95%)	p
Sexo	Masculino/Feminino	18,029	(0,931; 3,492)	0,075
Faixa Etária	17 a 18 anos/ 15 a 16 anos	0,858	(0,439; 1,673)	0,192
	19 anos/ 15 a 16 anos	2,143	(0,722; 6,359)	
	19 anos/ 17 a 18 anos	2,500	(0,873; 7,162)	
Número de pessoas que moram na casa	≥ 5 / < 5	1,409	(0,755; 2,630)	0,281
Escolaridade Materna	EFC a EMI / EMC a ESC	1,728	(0,645; 4,631)	0,548
	Analfabeta a EFI / EMC a ESC	1,276	(0,579; 2,813)	
	Analfabeta a EFI / EFC a EMI	0,739	(0,308; 1,769)	
Quantidade de Banheiro com Chuveiro dentro do Domicílio	Um/ ≥ Dois	1,428	(0,522; 3,903)	0,763
	Nenhum/ ≥ Dois	1,507	(0,479; 4,739)	
	Nenhum/ Um	1,056	(0,491; 2,270)	
Tomar Café da manhã	< 5 / ≥ 5	1,201	(0,522; 2,765)	0,664
Comer com os pais	< 5 / ≥ 5	1,410	(0,686; 2,898)	0,343
Comer assistindo Televisão	≥ 3 / < 3	0,86	(0,462; 1,603)	0,636
<i>Fast Food</i>	≥ 3 / < 3	1,090	(0,428; 2,772)	0,856
Tempo Assistindo Televisão	Mais de 2 horas / Até 2 horas	2,231	(1,163; 4,282)	0,014*
Consumo de Feijão	< 5 / ≥ 5	0,794	(0,427; 1,476)	0,465
Consumo de Legume	< 5 / ≥ 5	0,985	(0,501; 1,935)	0,964
Consumo de Frutas	< 5 / ≥ 5	0,542	(0,266; 1,104)	0,083
Consumo de Frituras	≥ 5 / < 5	0,984	(0,479; 2,020)	0,965
Consumo de Guloseimas	≥ 5 / < 5	1,418	(0,747; 2,691)	0,282
Consumo de Refrigerante	≥ 5 / < 5	0,875	(0,354; 2,160)	0,773
Consumo de alimentos ultraprocessados	≥ 5 / < 5	1,618	(0,776; 3,374)	0,189
Experimentou Tabaco	Sim/Não	17,560	(4,109; 75,038)	<0.001*
Prática de Atividade Física	Insuficiente / Ativo	0,993	(0,441; 2,238)	0,986
Excesso de Peso Corporal	Com excesso/Sem excesso	0,653	(0,303; 1,409)	0,283
Pressão Arterial Alterada	Sim / Não	0,974	(0,416; 2,280)	0,951
Circunferência da Cintura	Elevada/ Normal	0,763	(0,350; 1,663)	0,501

*Estatisticamente significativa.

E.F.C. – Ensino Fundamental Completo; E.M.I. – Ensino Médio Incompleto; E.M.C. – Ensino Médio Completo; E.S.C. – Ensino Superior Completo.

Fonte: Dados da pesquisa – elaborado pelo autor

Na análise de regressão logística univariada, com variável resposta Índice de Massa Corporal - IMC (TABELA 12) observou-se que os adolescentes do sexo masculino tinham 84% menos chances de terem excesso de peso do que os do sexo feminino (RC 0,158; IC- 0,053; 0,471; p= <0.001). Aqueles que comeram menos de cinco dias por semana com os pais, apresentaram cerca de três vezes mais chances de risco de ter excesso de peso do que os

que comiam com os pais mais de cinco dias por semana (RC 2,625; IC- 1,217; 5,665; p= 0,015).

Adolescentes que passavam mais de 02 horas assistindo televisão, apresentaram aproximadamente três vezes mais chances de terem o excesso de peso em comparação aos que assistiram menos de duas horas de televisão (RC 2,778; IC- 1,291; 5,976; p= 0,008). Os adolescentes insuficientemente ativos apresentaram cerca de 5 vezes mais chances de ter excesso de peso do que os que eram ativos (RC 4,889; IC- 1,112; 21,493; p= 0,011). E aqueles que apresentaram circunferência de cintura aumentada, tiveram 42 vezes mais chances de ter excesso de peso do que aqueles que estão com circunferência de cintura normal (RC 42,049; IC- 15,235; 116,058; p= <0.001). As demais variáveis respostas da Tabela 12 não tiveram associação estatisticamente significativa, pois os p-valores foram maiores que 0,05.

Tabela 12 - Análise de regressão logística univariada dos fatores de risco associados ao Excesso de Peso Corporal dos adolescentes residentes em Ipixuna do Pará, no período de outubro a novembro de 2018

Variável	Categoria	RC	(IC95%)	p
Sexo	Masculino/Feminino	0,158	(0,053; 0,471)	<0.001*
Faixa Etária	17 a 18 anos/ 15 a 16 anos	1,336	(0,595; 2,998)	0,629
	19 anos/ 15 a 16 anos	0,818	(0,238; 2,814)	
	19 anos/ 17 a 18 anos	0,612	(0,188; 1,997)	
Número de pessoas que moram na casa	≥ 5/ <5	0,792	(0,375; 1,669)	0,540
Escolaridade Materna	EFC a EMI / EMC a ESC	0,388	(0,121; 1,247)	0,193
	Analfabeta a EFI / EMC a ESC	0,504	(0,209; 1,215)	
	Analfabeta a EFI / EFC a EMI	1,299	(0,431; 3,908)	
Quantidade de Banheiro com Chuveiro dentro do Domicílio	Um/ ≥ Dois	0,905	(0,237; 3,456)	0,118
	Nenhum/ ≥ Dois	2,167	(0,529; 8,873)	
	Nenhum/ Um	2,395	(1,054; 5,443)	
Tomar Café da Manhã	< 5 dias/ ≥ 5 dias	1,673	(0,697; 4,018)	0,260
Comer com os pais	< 5 / ≥ 5	2,625	(1,217; 5,665)	0,015*
Comer em <i>Fast Food</i>	≥ 3 / < 3	0,822	(0,261; 2,590)	0,733
Tempo de Televisão	Mais de 2 horas / Até 2 horas	2,778	(1,291; 5,976)	0,008*
Consumo de Feijão	< 5 / ≥ 5	1,494	(0,710; 3,144)	0,289
Consumo de Frutas	< 5 / ≥ 5	1,994	(0,844; 4,714)	0,102
Consumo de Frituras	≥ 5 / < 5	0,924	(0,384; 2,224)	0,859
Consumo de Guloseimas	≥ 5 / < 5	0,765	(0,357; 1,641)	0,489
Consumo de Refrigerante	≥ 5 / < 5	0,934	(0,293; 2,973)	0,907
Consumo de alimentos ultraprocessados	≥ 5 / < 5	0,767	(0,321; 1,834)	0,545
Experimentou tabaco	Sim/Não	0,451	(0,175; 1,166)	0,082
Experimentou Álcool	Sim/Não	0,631	(0,289; 1,376)	0,252

Continua

Variável	Categoria	RC	(IC95%)	p
Consumo de álcool nos últimos 30 dias	Sim/Não	0,607	(0,240; 1,534)	0,290
Prática de Atividade Física	Insuficiente / Ativo	4,889	(1,112; 21,493)	0,011*
Pressão Arterial Alterada	Sim / Não	0,656	(0,211; 2,038)	0,450
Circunferência da Cintura	Elevada/ Normal	42,049	(15,235; 116,058)	<0.001*

*Estatisticamente significante.

E.F.C. – Ensino Fundamental Completo; E.M.I. – Ensino Médio Incompleto; E.M.C. – Ensino Médio Completo; E.S.C. – Ensino Superior Completo.

Fonte: Dados da pesquisa – autoria própria

Na análise de regressão logística univariada, com variável resposta Circunferência da Cintura (TABELA 13), observou-se que os adolescentes do sexo masculino apresentaram 85% menos chances de terem circunferência da cintura aumentada do que os do sexo feminino (RC 0,154; IC- 0,052; 0,457; $p = <0.001$). Do mesmo modo, adolescentes com mais idade apresentaram até 70% menos chances de ter circunferência da cintura aumentada, como observado com a diminuição de risco quando comparando-se os jovens de 19 com os de 15 e 16 anos (RC 0,298; IC- 0,081; 1,099; $p = 0,047$).

Comer menos de cinco dias por semana com os pais aumentou cerca de três vezes mais as chances do adolescente ter circunferência da cintura aumentada quando comparado aos que almoçam ou jantam mais de cinco dias por semana com os pais (RC 2,754; IC- 1,288; 5,890; $p = 0,010$). Adolescentes que passaram mais de duas horas sentados em frente à televisão apresentaram valor superior a três vezes mais chances de ter circunferência da cintura aumentada dos que o que passaram menos tempo (RC 3,290; IC- 1,506; 7,188; $p = 0,002$).

Consumir feijão menos de cinco dias por semana mais que dobrou as chances de ter circunferência da cintura aumentada em relação aos que consumiram mais dias (RC 2,421; IC- 1,138; 5,153; $p = 0,020$). Os adolescentes insuficientemente ativos apresentaram quatro vezes mais chances de terem circunferência de cintura aumentada dos que os ativos (RC 4,191; IC- 0,9548; 18,3913; $p = 0,023$) e aqueles com excesso de peso apresentaram 48 vezes mais chances de terem circunferência da cintura aumentada do que os que estavam com peso normal (RC 47,827; IC- 17,359; 131,775; $p = 0,000$). As demais variáveis respostas da Tabela 13 não tiveram associação estatisticamente significativa, pois os p-valores foram maiores que 0,05.

Tabela 13 - Análise de regressão logística univariada dos fatores de risco associados à Circunferência da Cintura Elevada dos adolescentes residentes em Ipixuna do Pará, no período de outubro a novembro de 2018

Variável	Categoria	RC	IC	p
Sexo	Masculino/Feminino	0,154	(0,052; 0,457)	<0,001*
Faixa Etária	17 a 18 / 15 a 16	0,436	(0,198; 0,959)	0,047*
	19 / 15 a 16	0,298	(0,081; 1,099)	
	19 / 17 a 18	0,684	(0,181; 2,583)	
Número de pessoas que moram na casa	≥ 5 / < 5	1,076	(0,510; 2,270)	0,847
Escolaridade Materna	EFC a EMI / EMC a ESC	0,406	(0,114; 1,449)	0,257
	Analfabeta a EFI / EMC a ESC	0,952	(0,388; 2,331)	
	Analfabeta a EFI / EFC a EMI	2,342	(0,740; 7,408)	
Quantidade de Banheiro com Chuveiro dentro do domicílio	Um/ ≥ Dois	1,532	(0,328; 7,148)	0,071
	Nenhum/ ≥ Dois	3,683	(0,741; 18,302)	
	Nenhum/ Um	2,405	(1,074; 5,387)	
Tomar Café da Manhã	< 5 dias/ ≥ 5 dias	1,504	(0,615; 3,678)	0,381
Comer com os pais	< 5 / ≥ 5	2,754	(1,288; 5,890)	0,010*
Comer assistindo Televisão	≥ 3 / < 3	0,7429	(0,350; 1,579)	0,436
<i>Fast Food</i>	≥ 3 / < 3	0,8418	(0,270; 2,627)	0,763
Tempo Assitindo Televisão	Mais de 2 horas / Até 2 horas	3,290	(1,506; 7,188)	0,002*
Consumo de Feijão	< 5 / ≥ 5	2,421	(1,138; 5,153)	0,020*
Consumo de Legumes	< 5 / ≥ 5	0,924	(0,419; 2,038)	0,845
Consumo de Frutas	< 5 / ≥ 5	2,077	(0,852; 5,063)	0,092
Consumo de Frituras	≥ 5 / < 5	0,904	(0,380; 2,153)	0,819
Consumo de Guloseimas	≥ 5 / < 5	0,824	(0,387; 1,753)	0,613
Consumo de Refrigerante	≥ 5 / < 5	1,514	(0,556; 4,120)	0,429
Consumo de Alimentos Ultraprocessados	≥ 5 / < 5	0,489	(0,190; 1,255)	0,116
Experimentou Tabaco	Sim/Não	1,004	(0,447; 2,259)	0,991
Experimentou Álcool	Sim/Não	0,763	(0,350; 1,663)	0,501
Consumiu Álcool nos últimos 30 dias	Sim/Não	0,548	(0,222; 1,355)	0,19
Prática de Atividade Física	Insuficiente / Ativo	4,191	(0,9548; 18,3913)	0,023*
Excesso de Peso Corporal	Com excesso/Sem excesso	47,827	(17,359; 131,775)	0,000*
Pressão Arterial Alterada	Sim / Não	1,155	(0,433; 3,080)	0,775

*Estatisticamente significativa.

E.F.C. – Ensino Fundamental Completo; E.M.I. – Ensino Médio Incompleto; E.M.C. – Ensino Médio Completo; E.S.C. – Ensino Superior Completo.

Fonte: Dados da pesquisa – elaborado pelo autor

Na análise de regressão logística univariada, com variável resposta Pressão Arterial Alterada (TABELA 14), observou-se que os adolescentes do sexo masculino apresentaram três vezes mais chances de ter pressão arterial alterada do que os do sexo feminino (RC 3,212; IC- 1,430; 7,216; p= 0,004).

A quantidade de banheiros com chuveiros dentro do domicílio influenciou também na presença da pressão arterial alterada, tendo em vista que adolescentes que moravam em domicílios sem banheiros apresentaram sete vezes mais chances de ter pressão arterial alterada quando comparados com os adolescentes que moravam em domicílios com dois banheiros ou mais (RC 6,968; IC- 0,836; 58,107; p= 0,032). As demais variáveis respostas da Tabela 14 não tiveram associação estatisticamente significativa, pois os p-valores foram maiores que 0,05.

Tabela 14 - Análise de regressão logística univariada dos fatores de risco associados à Pressão Arterial Alterada nos adolescentes residentes em Ipixuna do Pará, no período de outubro a novembro de 2018

Variável	Categoria	RC	(IC95%)	p
Sexo	Masculino/Feminino	3,212	(1,430; 7,216)	0,004*
Faixa Etária	17 a 18 anos/ 15 a 16 anos	0,596	(0,263; 1,350)	0,130
	19 anos/ 15 a 16 anos	0,262	(0,056; 1,227)	
	19 anos/ 17 a 18 anos	0,44	(0,093; 2,070)	
Número de pessoas que moram na casa	≥ 5 / <5	1,801	(0,777; 4,171)	0,159
Escolaridade Materna	EFC a EMI / EMC a ESC	2,775	(0,777; 9,905)	0,200
	Analfabeta a EFI / EMC a ESC	1,288	(0,384; 4,316)	
	Analfabeta a EFI / EFC a EMI	0,464	(0,175; 1,232)	
Banheiro com chuveiro dentro do domicílio	Um/ ≥ Dois	2,684	(0,336; 21,423)	0,032*
	Nenhum/ ≥ Dois	6,968	(0,836; 58,107)	
	Nenhum/ Um	2,596	(1,122; 6,006)	
Comer com os pais	< 5 dias/ ≥ 5 dias	0,479	(0,173; 1,326)	0,133
Consumo de <i>Fast-Food</i>	≥ 3 dias/ < 3 dias	0,7120	(0,199; 2,547)	0,589
Tempo Assistindo Televisão	> 2 horas/ ≤ 2 horas	0,68	(0,293; 1,579)	0,362
Consumo de Feijão	< 5 dias/ ≥ 5 dias	0,920	(0,419; 2,0168)	0,834
Consumo de Legumes	< 5 dias/ ≥ 5 dias	0,835	(0,3638; 1,915)	0,672
Consumo de Frutas	< 5 dias/ ≥ 5 dias	0,911	(0,398; 2,085)	0,825
Consumo de Guloseimas	≥ 5 dias / < 5 dias	0,471	(0,198; 1,121)	0,077
Consumo de refrigerante	≥ 5 dias / < 5 dias	0,200	(0,0260; 1,536)	0,051
Experimentação do Tabaco	Sim/ Não	1,566	(0,690; 3,552)	0,290
Experimentação de Álcool	Sim/ Não	0,974	(0,416; 2,280)	0,951
Consumo de álcool nos últimos 30 dias	Sim/ Não	2,213	(0,802; 6,108)	0,112
Prática de Atividade Física	Inativo/ Ativo	0,830	(0,311; 2,217)	0,713
Excesso de Peso Corporal	Com excesso/Sem excesso	0,655	(0,213; 2,014)	0,443
Circunferência da Cintura	Elevada/ Normal	1,155	(0,433; 3,080)	0,775

*Estatisticamente significante.

E.F.C. – Ensino Fundamental Completo; E.M.I. – Ensino Médio Incompleto; E.M.C. – Ensino Médio Completo; E.S.C. – Ensino Superior Completo.

Nota: Não foi possível ajustar ao modelo as variáveis: Comer Assistindo Televisão, Consumo de Frituras e Consumo de Ultraprocessados, pois estas variáveis foram de confundimento.

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Outra associação encontrada pode ser vista na Tabela 15, mostrando que a prática insuficiente de Atividade Física esteve diretamente relacionada com a alimentação não saudável, tendo em vista que os jovens que consumiram legumes e verduras menos de cinco dias por semana apresentaram cerca de três vezes mais chances de praticarem pouco exercício físico ($p=0,025$). Os adolescentes do sexo feminino teriam 71% menos chances de serem insuficientemente ativos ($p=0,004$), quando comparados com os do sexo masculino.

Tabela 15 - Análise de regressão logística múltipla dos fatores de risco associados à Prática Insuficiente de Atividade Física dos adolescentes residentes em Ipixuna do Pará, no período de outubro a novembro de 2018

Variável	Categoria	RC	IC	<i>p</i>
Sexo	Feminino/ Masculino	0,286	(0,120; 0,684)	0,004*
Legumes e Verduras	< 5 / ≥ 5	2,744	(1,138; 6,618)	0,025*

*Estatisticamente significante.

Fonte: Dados da pesquisa.

Na utilização do modelo de regressão logística múltipla, foi possível verificar a associação entre a Experimentação do Tabaco e as seguintes variáveis dependentes: sexo; número de pessoas na casa e experimentação de bebida alcoólica (TABELA 16). Logo, observou-se que os adolescentes do sexo masculino apresentaram duas vezes mais chances de experimentar cigarro quando comparados às do sexo feminino ($p=0,032$). Observou-se também o dobro de chances quando estes moravam em domicílios com cinco pessoas ou mais ($p= 0,032$) e 25 vezes mais chances se também já tivessem experimentado álcool ($p=0,000$).

Tabela 16 - Análise de regressão logística múltipla dos fatores de risco associados à Experimentação do Tabaco nos adolescentes residentes em Ipixuna do Pará, no período de outubro a novembro de 2018.

Variável	Categoria	RC	(IC95%)	<i>p</i>
Sexo	Masculino/Feminino	2,341	(1,075; 5,098)	0,032*
Número de pessoas que moram na casa	≥ 5/ <5	2,389	(1,059; 5,393)	0,032*
Experimentação de Álcool	Sim/ Não	25,189	(3,309; 191,733)	0,000*

*Estatisticamente significante

Fonte: Dados da pesquisa.

A experimentação de cigarro mostrou-se significativamente associada ao Consumo de Álcool, ou seja, quem já fumou cigarro alguma vez na vida apresentou 32 vezes mais chances de consumir álcool quando comparado aos adolescentes que nunca fumaram ($p=0,000$). O mesmo ocorreu com o tempo que o adolescente fica sentado por dia assistindo televisão, pois quem referiu ter ficado mais de duas horas por dia em frente à televisão

apresentou três vezes mais chances de consumir álcool ($p = <0,004$) comparado com quem o fazia menos horas por dia (TABELA 17).

Tabela 17 - Análise de regressão logística múltipla dos fatores de risco associados ao Consumo de Álcool dos adolescentes de residentes em Ipixuna do Pará, no período de outubro a novembro de 2018.

Variável	Categoria	RC	(IC95%)	<i>p</i>
Fumou alguma vez?	Sim/ Não	32,306	(4,261; 244,958)	<0.001*
Tempo Assistindo Televisão	> 2 horas/ ≤ 2 horas	2,959	(1,393; 6,285)	0,004*

*Estatisticamente significante

Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com o modelo de regressão logística multivariada, o Índice de Massa Corporal (IMC), apresentado na Tabela 18, apresentou associações significativas com o sexo ($p=0,042$), com a faixa etária ($p=<0,003$), com a escolaridade materna ($p=0,018$) e com a circunferência da cintura ($p=<0.001$). Os resultados demonstram que os adolescentes do sexo masculino apresentam 80% menos chances de ter sobrepeso e obesidade do que as do sexo feminino. E, o risco de ter excesso de peso demonstrou aumentar conforme o avançar da idade, podendo elevar em até 13 vezes as chances de risco quando comparados os adolescentes de 17 e 18 anos com os mais jovens. Observou-se ainda que o aumento da circunferência da cintura é acompanhado de sobrepeso e obesidade, aumentando o risco em 162 vezes e, quanto mais baixa a escolaridade materna, menor o risco do jovem apresentar excesso de peso.

Tabela 18 - Análise de Regressão Logística Múltipla das dos fatores de risco associados ao Excesso de Peso Corporal dos Adolescentes de residentes em Ipixuna do Pará, no período de outubro a novembro de 2018

Variável	Categoria	RC	(IC95%)	p
Sexo	Masculino/Feminino	0,2048	(0,039; 1,073)	0,042*
Faixa Etária	17 a 18 anos/ 15 a 16 anos	13,522	(2,129; 85,870)	<0,003*
	19 anos/ 15 a 16 anos	11,562	(1,244; 107,435)	
	19 anos/ 17 a 18 anos	0,855	(0,151; 4,833)	
Escolaridade Materna	EFC a EMI / EMC a ESC	0,377	(0,069; 2,062)	0,018*
	Analfabeto a EFI / EMC a ESC	0,138	(0,032; 0,586)	
	Analfabeto a EFI / EFC a EMI	0,365	(0,064; 2,084)	
Circunferência da Cintura	Elevada/ Normal	162,272	(25,859; 1018,307)	<0.001*

*Estatisticamente significante

E.F.C. – Ensino Fundamental Completo; E.M.I. – Ensino Médio Incompleto; E.M.C. – Ensino Médio Completo; E.S.C. – Ensino Superior Completo.

Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com a Tabela 19, verificou-se que o aumento da Circunferência da Cintura mostra-se associado ao sexo, apresentando 85% menos chances deste aumento no sexo masculino quando comparado ao sexo feminino ($p=0,033$). O avançar da idade aparece como um fator de proteção para o risco de apresentar elevação da Circunferência da Cintura, como fica claro quando se compara a idade de 19 anos com as de 15 e 16 anos, diminuindo em 80% chances desse aumento ($p=0,000$).

As condições socioeconômicas influenciaram diretamente no aumento da circunferência da cintura: a baixa escolaridade materna demonstrou aumentar em até oito vezes as chances de elevação deste índice, o que fica claro quando comparadas às mães ‘analfabetas ou com ensino fundamental incompleto’ com as mães que possuem ‘ensino médio completo ou ensino superior’ ($p=0,016$); e a quantidade de banheiros por domicílio demonstrou associação similar: quanto menos banheiros com chuveiro dentro domicílio, maior o risco de o jovem ter a circunferência da cintura aumentada, como observado quando se compara os que não têm nenhum banheiro dentro de casa com os que têm dois ou mais, aumentando o risco em aproximadamente 65 vezes ($p=0,025$).

O tempo que o jovem passa sentado assistindo televisão mostrou influenciar diretamente no aumento da cintura, pois adolescentes que passaram mais de duas horas sentados têm cerca de seis vezes mais chances de ter a circunferência da cintura aumentada ($p=0,015$), assim como os jovens que já experimentaram tabaco ($p=0,047$), aumentando as chances em quatro vezes. Por fim, houve relação significativa com a presença de excesso de peso ($p=<0,000$); o sobrepeso e obesidade aumentariam em 433 vezes as chances de ter a circunferência da cintura elevada quando comparado aos que estão com estado nutricional

adequado.

Tabela 19 - Análise de regressão logística múltipla dos fatores de risco associados à Circunferência da Cintura Elevada dos adolescentes residentes em Ipixuna do Pará, no período de outubro a novembro de 2018

Variável	Categoria	RC	(IC95%)	p
Sexo	Masculino/Feminino	0,148	(0,015; 0,990)	0,042*
Faixa Etária	17 a 18 anos/ 15 a 16 anos	0,039	(0,003; 0,243)	0,000*
	19 anos/ 15 a 16 anos	0,020	(0,0018; 0,2998)	
	19 anos/ 17 a 18 anos	0,517	(0,082; 8,996)	
Escolaridade Materna	EFC a EMI / EMC a ESC	1,0889	(0,125; 15,687)	0,016*
	Analfabeta a EFI / EMC a ESC	8,451	(2,298; 192,120)	
	Analfabeta a EFI / EFC a EMI	7,762	(1,362; 165,657)	
Banheiro com chuveiro dentro do domicílio	Um/ ≥ Dois	24,438	(1,209; 337,897)	0,025*
	Nenhum/ ≥ Dois	64,631	(2,497; 1824,605)	
	Nenhum/ Um	2,644	(0,572; 19,504)	
Tempo Assistindo Televisão	> 2 horas/ ≤ 2 horas	6,259	(1,792; 76,712)	0,015*
Experimentação do Tabaco	Sim/ Não	4,314	(1,429; 128,181)	0,047*
Excesso de Peso Corporal	Com excesso/Sem excesso	433,517	(47,342; 10443,364)	0,000*

*Estatisticamente significativa.

E.F.C. – Ensino Fundamental Completo; E.M.I. – Ensino Médio Incompleto; E.M.C. – Ensino Médio Completo; E.S.C. – Ensino Superior Completo.

Fonte: Dados da pesquisa.

Na Tabela 20 verifica-se que a Pressão Arterial Alterada dos adolescentes apresentou relação significativa com: sexo ($p=0,028$) e com o tempo assistindo televisão ($p=0,019$). Os adolescentes do sexo masculino apresentaram aproximadamente três vezes mais chances de ter pressão alterada do que os do sexo feminino; e os jovens que assistiam televisão por mais de 02 horas ao dia apresentaram três vezes mais chances de terem pressão arterial alterada ($p=0,019$).

Tabela 20 - Análise de regressão logística múltipla dos fatores de risco associados à Pressão Arterial Alterada dos adolescentes residentes em Ipixuna do Pará, no período de outubro a novembro de 2018

Variável	Categoria	RC	(IC95%)	p
Sexo	Masculino/Feminino	2,809	(1,080; 6,766)	0,028*
Tempo Assistindo Televisão	> 2 horas/ ≤ 2 horas	3,015	(1,136; 7,363)	0,019*

*Estatisticamente significativa

Fonte: Dados da pesquisa.

7 DISCUSSÃO

De acordo com recente pesquisa sobre gêneros no Brasil (IBGE, 2018), as mulheres estudam bem mais que os homens, sendo que a taxa de frequência escolar líquida ajustada para o ensino médio demonstra maior percentual de mulheres do que de homens, corroborando a maior proporção de participantes do sexo feminino compondo a amostra (TABELA 3), pois, apesar da composição da população rural entre 15 e 19 anos de Ipixuna do Pará ser proporcional, com 51% homens e 49% mulheres (IBGE, 2010), o ambiente escolar e a etapa de ensino influenciaram para que houvessem mais mulheres participando da pesquisa.

Assim como houve prevalência do sexo feminino, os autodeclarados pardos representaram a maioria da amostra (TABELA 3), similarmente ao observado na última Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD (IBGE, 2016) para as regiões Norte e Nordeste do país, com percentuais desta raça/cor acima dos encontrados nas outras regiões e acima da média nacional.

Do mesmo modo, a maioria dos adolescentes se declarou solteiro, resultado esperado quando se compara o intervalo de idade proposto para a amostra (15 a 19 anos) com a idade média atual dos casamentos, que estaria entre 28 anos para as mulheres e 30 anos para os homens, segundo as Estatísticas do Registro Civil (IBGE, 2017).

Levando-se em consideração novamente este intervalo de idade, constata-se grande distorção idade-série, podendo ser observado nos 40% dos jovens (TABELA 3) que tinham entre 18 (24,36%) e 19 anos (15,54%) distribuídos entre as três etapas do ensino médio, refletindo o alto índice de distorção idade-série que o município apresenta, com média acima da encontrada para o Estado e da média nacional (INEP, 2018).

Estes dados revelam também as vulnerabilidades às quais estes jovens estão expostos, pois, segundo o Panorama da Distorção Idade-Série no Brasil (UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND - UNICEF, 2018), esse atraso atinge principalmente os adolescentes das camadas mais pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil devido a questões como distâncias, infraestrutura e vias de transporte, deixando-os mais propensos a abandonarem a escola para ingressar no mercado de trabalho de modo prematuro e precário, sem concluir os estudos. Tais vulnerabilidades foram investigadas por meio das variáveis socioeconômicas representadas pela quantidade de moradores por domicílio, a escolaridade materna e a quantidade de banheiros com chuveiro dentro do domicílio.

A quantidade de moradores por domicílio (TABELA 3) reflete diretamente o

valor *per capita* por moradia, sendo a renda distribuída por todos os moradores, inclusive aqueles que não trabalham. As regiões Norte e Nordeste novamente são as que demonstram maior vulnerabilidade, com os menores valores *per capita* por morador, segundo dados da PNAD-Contínua (IBGE, 2017), concordando com a frequência encontrada neste estudo com a maioria dos jovens vivendo em domicílios com cinco pessoas ou mais (TABELA 3). A isto associa-se o fato da maioria deles referirem não ter nenhum negócio, emprego ou trabalho atualmente (TABELA 3), ou seja, não contribuem com a renda familiar, agravando ainda mais as condições econômicas das famílias, o que leva, conseqüentemente, à uma piora nas condições de vida básicas em quesitos como alimentação, saúde, educação e moradia.

Sob o mesmo ponto de vista, a escolaridade materna é outra variável bastante utilizada na área da saúde para refletir diretamente a situação socioeconômica de uma família, mostrando não só a posição social, como também atuando como um indicador do nível de instrução e compreensão (BARATA, 2009; IBGE, 2018). Na amostra desta pesquisa, a maioria das mães possuía um nível educacional muito baixo, considerando as analfabetas e as com ensino fundamental incompleto (TABELA 3), sendo a frequência encontrada no estudo maior do que o observado pela Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PeNSE (IBGE, 2016) para as capitais e regiões metropolitanas da região Norte. É importante ponderarmos os achados nas duas pesquisas, levando em consideração as discrepâncias educacionais entre campo e cidade, pois, segundo Zago (2016), os estudos continuam comprovando a preservação de profundas dissonâncias, tanto em relação ao acesso à educação e à qualidade do ensino, quanto no que se refere à infraestrutura das escolas, à formação dos professores, ao grau de analfabetismo e às distorções entre idade e série.

Da mesma forma essa insegurança social foi observada nos jovens sem nenhum banheiro com chuveiro dentro do domicílio (TABELA 3), sendo encontrada frequência maior do que a estimada para a região Norte de 9,8%, segundo os resultados da Síntese de Indicadores Sociais – SIS (IBGE, 2018). Os dados da amostra refletem as piores condições de vida e saneamento às quais os adolescentes de áreas rurais e suas famílias estão expostos, visto que esses domicílios até possuem instalações sanitárias, mas não possuem instalações para banho, sendo comum nessas casas os moradores utilizarem banheiros e sanitários compartilhados com moradores de outras residências. Estima-se que 2,6% da população brasileira passem por essa situação, percentual que equivale a 5,4 milhões de pessoas e 1,6 milhão de domicílios (IBGE, 2017).

Além das péssimas condições socioeconômicas, a pesquisa revelou que a maioria dos adolescentes rurais se demonstra insuficientemente ativa (TABELA 6), frequência maior

do que a encontrada pela PeNSE (IBGE, 2016) com resultado de 19,2%. Esse maior percentual encontrado pode ser explicado pelo fato da maioria dos jovens que moravam nas comunidades onde estavam situadas as escolas referiram não gastar mais de 10 minutos (tempo mínimo considerado na pesquisa) no deslocamento entre casa e escola, já que os povoados são muito pequenos e, os que moravam em outras vilas e tinham que se deslocar até as escolas, por serem muito distantes, chegavam às escolas e voltavam para as suas casas em ônibus escolares, não sendo também contabilizado um tempo gasto maior que o mínimo.

Outro motivo que pode ser levado em consideração e que corrobora os achados nessa pesquisa são resultados de outros estudos (LIMA et al., 2014; TENÓRIO et al., 2010), os quais verificaram que os adolescentes de áreas rurais têm maiores chances de serem insuficientemente ativos, já que as áreas urbanas oferecem mais opções de espaços públicos destinados ao lazer (praças, centros esportivos e quadras públicas) quando comparadas às áreas rurais.

A prática insuficiente de atividade física relacionou-se significativamente com o sexo feminino (TABELA 9), aumentando em aproximadamente quatro vezes as chances de a jovem ser insuficientemente ativa quando comparada com os do sexo masculino, dado corroborado por diversas publicações que mostram o sexo feminino como um fator de risco no quesito prática insuficiente de atividade física (LIPPO et al., 2010; PERSON et al., 2009; SILVA et al., 2018). Essa pouca atividade física entre as mulheres pode ser compreendida pela quádrupla jornada feminina (profissional, esposa, mãe e mulher) dificultando a inserção do exercício físico na rotina diária. Matsudo et al. (2002) e Hallal et al. (2003) afirmam que quando todos os domínios da atividade física são avaliados, incluindo atividades ocupacionais e serviços domésticos, as diferenças por sexo tendem a desaparecer.

Igualmente ao sexo, a circunferência da cintura elevada aumentaria em quatro vezes as chances de o jovem ser insuficientemente ativo (TABELA 9). O contrário também demonstrou ser verdadeiro: jovens insuficientemente ativos teriam quatro vezes mais chances de ter a circunferência da cintura aumentada (TABELA 13). Este resultado é corroborado com outros achados na literatura, como o estudo de Tebar et al. (2017), o qual demonstra que os jovens sedentários teriam o dobro de chances de apresentarem aumento da cintura; outros autores encontraram resultados similares (KELISHADI et al., 2015; SALVADOR; KITOKO; GAMBARDILLA, 2014; KLEIN-PLATAT et al, 2005).

O excesso de peso, por sua vez, demonstrou quadruplicar o risco de o adolescente ser insuficientemente ativo (TABELA 9), sendo o inverso também verdadeiro: a prática insuficiente de atividade física aumentaria em cinco vezes o risco de se apresentar peso

elevado (TABELA 12). O sedentarismo é considerado o quarto maior fator de risco para o aumento da obesidade, quando associado ao maior tempo dedicado às atividades de baixa intensidade (assistir televisão, usar computador e jogar videogame), contribuindo para o aumento de peso nos jovens, estando estes dois fatores entre as principais causas das doenças não comunicáveis e de mortes em todo o mundo (BRASIL, 2014; ENES; SLATER, 2010; WHO, 2018).

Do mesmo modo, o comportamento de jantar com os pais menos de cinco dias na semana demonstrou triplicar as chances de os adolescentes serem insuficientemente ativos quando comparados aos que comiam com os pais mais vezes na semana (TABELA 9). Este comportamento deve ser entendido como uma prática parental, ou seja, é um comportamento que os pais emitem na expectativa de educar seus filhos (GOMIDE, 2006). Estudo recente corrobora este achado propondo que a prática insuficiente de atividade física pode ter como base comportamentos e hábitos familiares (SANTANA, 2018).

A respeito do tabagismo, grande parte dos jovens respondeu já ter fumado cigarro alguma vez na vida; desses, 1/3 refere ter fumado nos últimos 30 dias (TABELA 6), ficando a idade média de experimentação de tabaco na faixa dos 14 anos (TABELA 8). Tal resultado se assimila ao encontrado para os adolescentes de 16 e 17 anos da PeNSE (IBGE, 2016), onde há resultados parecidos aos do presente estudo, com experimentação em 29% dos avaliados e consumo atual menor do que o encontrado nesta amostra, em somente 08% dos jovens.

Já no Estudo de Risco Cardiovascular em Adolescentes – ERICA (FIGUEIREDO et al., 2016) tanto a frequência de experimentação do cigarro como o consumo atual encontrado foram menores, correspondendo em 18,5% e 2,5% respectivamente. Vale ressaltar que a faixa etária estudada no ERICA foi de 12 a 17 anos, mais jovem do que o da amostra deste estudo e diferente também da pesquisa do IBGE, podendo justificar tais dissonâncias. Além disso, há diferenças geográficas importantes nos estudos, pois os jovens analisados em ambas pesquisas populacionais pertenciam a capitais, regiões metropolitanas e municípios com mais de 100 mil habitantes, já tendo sido comprovado que os adolescentes de áreas rurais tendem a usar mais cigarro e álcool do que seus homólogos urbanos, que fariam mais uso de outras drogas, como maconha e anfetaminas (JIANG; SUN; MARSIGLIA, 2016).

A experimentação do cigarro mostrou relação positiva com o sexo masculino, aumentando a chance da experimentação em três vezes mais (TABELA 10). Silva, Bezerra e Medeiros (2019), em estudos com adolescentes rurais do interior da Bahia, corrobora os achados desta pesquisa, encontrando um risco ainda maior entre o sexo masculino e a experimentação de cigarro de seis vezes mais chances quando comparado com as jovens do

sexo feminino. Esse comportamento maior entre os homens parece se justificar por fatores como a autoafirmação e a busca por inserir-se em grupos sociais, revelando a necessidade de pertencimento e busca da identidade entre eles (OLIVEIRA; GORAYEB, 2012).

Da mesma forma, as condições socioeconômicas relacionaram-se com a experimentação do tabaco, representada pelo número de pessoas por domicílio maior ou igual a cinco, dobrando as chances de risco de o adolescente experimentar tabaco (TABELA 10). Pesquisas mostram que tanto no Brasil como em outros países o comportamento tabágico acumula-se em populações de menor renda, como Ipixuna do Pará, que apresentam maior experimentação do que nas camadas com maior poder aquisitivo (FAGAN et al., 2007; KUIPERS et al., 2015; MOOR et al., 2015). David et al. (2010) afirmam que as condições sociais, ambientais e individuais devem ser consideradas quando quer se entender esta maior vulnerabilidade às quais os mais pobres estão expostos. Estima-se que 80% dos fumantes estejam em países de baixa e média renda, onde a carga das doenças relacionadas ao tabaco tem grande impacto (ARAÚJO, 2010; WHO, 2015).

A experimentação de álcool demonstrou associação significativa com a experimentação do tabaco, aumentando em 18 vezes as chances de o adolescente também experimentar o cigarro (TABELA 10). Podemos inferir ainda que o inverso também foi verdadeiro: o jovem que já experimentou o tabaco tem 18 vezes mais chances de experimentar álcool do que o que nunca experimentou (TABELA 11). Elikier et al. (2015) também encontrou associação análoga entre o consumo de álcool e o uso do tabaco em estudo com adolescentes de Porto Velho / RO, assim como Ribeiro et al. (2017) que analisou jovens paraibanos do ensino médio de escolas públicas demonstrando associação significativa entre o consumo combinado de ambas as drogas.

O consumo do álcool foi verificado considerando tanto a experimentação como o consumo atual (últimos 30 dias). A experimentação foi referida pela maioria da amostra e o consumo atual por grande parte (TABELA 6), onde a maioria experimentou pela primeira vez aos 15 anos, sendo que a média de experimentação foi aos 14 anos para ambos os sexos (TABELA 8). A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (IBGE, 2016) encontrou para a faixa etária de 16 e 17 anos 73% de experimentação, similar aos achados neste estudo, 38% de consumo atual – inferior ao encontrado – e 21% referiram ter tomado a primeira dose antes dos 14 anos de idade, menor que o encontrado neste estudo.

O Estudo de Risco Cardiovascular em Adolescentes (COUTINHO et al., 2016) encontrou, para ambos os sexos, consumo atual mais baixo do que o encontrado neste estudo em 15% da amostra e idade de experimentação antes dos 12 anos de idade em 24% da

amostra. Conforme já justificado anteriormente, em relação ao tabaco, esta diferença de maior consumo entre a amostra estudada em relação às pesquisas nacionais, pode se justificar devido o maior consumo de álcool entre adolescentes de áreas rurais.

A Organização Mundial da Saúde no relatório *Global status report on alcohol and health 2018* (WHO, 2018) estima que globalmente mais da metade da população com 15 anos ou mais (55,5%) já consumiu álcool e cerca de 43% da população são bebedores atuais. O relatório ainda aponta o álcool como um dos maiores responsáveis por mortes entre brasileiros de 15 e 19 anos, seja em acidentes ou por paradas cardíacas.

Já o consumo de álcool associou-se significativamente com a experimentação do tabaco – como visto nos parágrafos anteriores – e também com o tempo superior a mais de duas horas assistindo televisão (TABELA 11), demonstrando que este comportamento dobraria o risco de o adolescente consumir álcool quando comparado aos que assistem menos de duas horas. Esta associação se relaciona à exposição midiática de incentivo ao consumo de bebidas alcoólicas a qual este jovem está sujeito. Stoolmiller et al. (2012) corroborou este achado em pesquisa com 6.522 adolescentes americanos na qual encontrou como resultado que os jovens que assistiam muitas cenas em que os personagens consumiam álcool apresentavam duas vezes mais chances de começar a beber do que aqueles que assistiam a poucas produções com cenas deste tipo. Estes adolescentes também tinham maior tendência (63%) a abusar do álcool. Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria -SBP (SBP, 2017), a propaganda do álcool entre crianças e jovens ocasiona, dentre outros malefícios, a formação de hábitos e o estímulo ao consumo. Ellickson et al. (2005) aponta que a propaganda de bebidas alcoólicas contribui para a ampla aceitabilidade social dessa droga, influenciando tanto no primeiro uso quanto no uso continuado dessa substância.

O estudo também avaliou o perfil antropométrico nutricional dos adolescentes através do IMC, possibilitando a detecção de excesso de peso nos adolescentes (TABELA 9). Os achados desta pesquisa foram similares aos encontrados pelo ERICA (BLOCH et al., 2016) para os adolescentes de ambos os sexos da região Norte, com prevalência de sobrepeso de 15% e de obesidade de 6,6% e com os da PeNSE (IBGE, 2016), que encontrou entre os adolescentes das capitais e regiões metropolitanas brasileiras prevalência de sobrepeso de 16% e obesidade de 8%, demonstrando não haver grande diferença na detecção do excesso de peso entre as três pesquisas. Apesar das regiões analisadas serem distintas, o resultado da ação dos fatores predisponentes à obesidade pareceu influenciar de forma semelhante tanto os jovens da zona urbana quanto os da rural.

O excesso de peso em adolescentes vem crescendo nos últimos anos, tornando-se

um grande problema de saúde pública. O aumento desse índice deve-se, principalmente, a fatores comportamentais como a diminuição do nível de atividade física e o aumento de consumo de alimentos hipercalóricos, impulsionando o processo da transição epidemiológica, levando a um aumento das doenças crônicas não transmissíveis (JAMISON et al., 2015; TASSITANO et al., 2014).

Da mesma forma que se associou significativamente com a prática insuficiente de atividade física – como já discutido nos parágrafos anteriores – o excesso de peso também apresentou associação com o sexo masculino, sendo um fator de proteção, diminuindo em 84% o risco quando comparado ao sexo feminino (TABELA 12). Castro, Nunes e Silva (2016) também encontrou associação entre o sexo masculino com o sobrepeso/obesidade, corroborando que ser homem seria um fator de proteção. Muitas pesquisas encontraram uma prevalência maior do sexo masculino com o excesso de peso (BENEDET et al., 2013; BLOCH et al., 2016; CARNEIRO et al., 2017; IBGE, 2016; LIMA et al., 2017), podendo sugerir uma associação contrária ao observada nesta amostra.

A idade mostrou influenciar no perfil antropométrico nutricional, onde adolescentes com mais idade apresentaram mais risco de excesso de peso quando comparados aos mais jovens, podendo aumentar de 11 a 13 vezes mais as chances, dependendo da comparação em questão (TABELA 18). Este resultado foi semelhantemente ao estudo de Enes, Pegolo e Vieira da Silva (2009), que considerou o resultado encontrado à fase da adolescência, por ocorrerem importantes mudanças na composição corporal, com aumento de peso maior que o de estatura, levando ao excesso de peso. Cumming et al. (2008) e Sherar et al. (2007) consideram que esse maior peso em escolares mais velhos (17 a 18 anos) pode acontecer devido aos vários compromissos escolares e trabalho de meio período, acarretando em menos cuidado com hábitos saudáveis na sua rotina, como a prática de atividades físicas.

Do mesmo modo, o comportamento de jantar com os pais menos de cinco dias na semana demonstrou triplicar o risco de chances de o adolescente apresentar excesso de peso (TABELA 12) e obesidade abdominal (TABELA 13). Tais achados podem ser corroborados pelos resultados do projeto longitudinal intitulado *The Family Dinner* (HARVARD UNIVERSITY, 2018), que demonstra que crianças e adolescentes que jantam regularmente em família apresentam índices menores de obesidade e menor propensão a serem obesos quando adultos, além de consumirem mais nutrientes de fontes naturais e ingerirem menos calorias, associando-se fortemente com prevenção de doenças e hábitos de vida saudáveis.

O presente estudo evidenciou que quanto mais baixa a escolaridade materna maior o risco de o adolescente apresentar sobrepeso e obesidade, conforme foi observado nos

resultados da análise multivariada (TABELA 18). Estes achados são contrários aos de Bacil et al. (2016), que encontrou associação significativa entre excesso de peso nos adolescentes e escolaridade materna, porém, segundo o autor as adolescentes cujas mães tinham maior escolaridade (maior que oito anos) apresentaram menor risco de sobrepeso e obesidade.

Já a circunferência da cintura apresentou forte associação com o IMC elevado, aumentando 42 vezes mais as chances de o adolescente apresentar excesso de peso (TABELA 12). O contrário também demonstrou forte significância, aumentando em 433 vezes as chances de a cintura estar aumentada quando o jovem estiver com excesso de peso (TABELA 19). Ramirez et al. (2016) encontrou associação significativa entre excesso de peso e a circunferência da cintura aumentada, assim como Damasceno (2017) e Carmentate Moreno et al. (2007), corroborando os achados deste estudo ao concluir que os adolescentes com circunferência da cintura elevada associaram-se significativamente com os que foram classificados com excesso de peso.

A circunferência da cintura é uma medida antropométrica que ganhou especial relevância a partir do reconhecimento da obesidade como um problema de saúde pública, demonstrando a presença de gordura do tipo visceral no indivíduo, aumentando assim o risco cardiovascular (KELISKADI et al., 2015; RAMIREZ et al., 2012). A presente pesquisa encontrou valores aumentados em 18,8% dos adolescentes (TABELA 7). O estudo de risco cardiovascular em adolescentes – ERICA (KUSCHNIR et al., 2016) encontrou circunferência da cintura aumentada em 12,6% dos adolescentes estudados, menor do que o observado nesta pesquisa. Barreto Neto (2015), em pesquisa com estudantes nordestinos, encontrou 11,2% da amostra com circunferência da cintura aumentada. É possível que a localidade diferente das realizadas em outras pesquisas tenha influenciado a maior presença de circunferência da cintura elevada entre os adolescentes do estudo. Zhang et al. (2014), em estudo realizado na China, sugere que há uma relação entre o local de moradia (urbana e rural) com a obesidade abdominal.

Como já foi referido nos parágrafos anteriores, a elevação circunferência da cintura mostrou associação significativa com a prática de atividade física insuficiente e com o excesso de peso, porém, demonstrou associação também com outras variáveis como o sexo masculino, diminuindo as chances desse aumento quando comparado às participantes do sexo feminino (TABELA 13). Alguns estudos que utilizaram ressonância magnética sugerem que há na verdade um aumento na circunferência da cintura dos homens devido ao fato do sexo masculino ter uma maior quantidade de gordura visceral quando comparado às mulheres (COOK et al., 2009; BACOPOLAU et al., 2015; ECKHARDT et al., 2017; LEE et al., 2008;

SUNG et al., 2008; VARGAS et al., 2011;), contrariando o encontrado nesta pesquisa.

O avançar da idade também influenciou no aumento da cintura, ficando clara essa associação ao observar a idade de 19 anos com 70% menos chances de apresentar aumento desse índice quando comparada as idades de 15 e 16 anos (TABELA 13). Este achado é contrário ao encontrado por Ramirez et al. (2016) em amostra populacional com adolescentes peruanos e por Carmenate Moreno et al. (2007) em amostra com adolescentes espanhóis, ambos observaram aumento da circunferência da cintura conforme a idade aumentava.

Da mesma forma, a escolaridade materna e a quantidade de banheiros com chuveiro dentro de casa demonstraram associação significativa com o risco para aumento da circunferência da cintura (TABELA 19) e no caso da presença de banheiros, também para o surgimento da pressão arterial alterada (TABELA 14). A baixa escolaridade materna se relacionou positivamente com esse aumento, demonstrando que, quanto mais baixa a escolaridade, maior a chance de o adolescente ter aumento da CC, podendo atingir até oito vezes mais chances de risco. Já a ausência de banheiros por domicílio demonstrou aumentar em até 64 vezes as chances de o jovem ter obesidade abdominal e sete vezes as chances de risco de ter pressão alterada. Estes achados mostram relação com outras investigações em regiões com menores níveis econômicos (BOZZA et al., 2014; SILVA et al., 2012;), porém, vão de encontro a estudos como o de Castro, Nunes e Silva (2016) e Ramirez et al. (2016).

O consumo de feijão menor que cinco dias na semana dobrou as chances de o adolescente apresentar aumento da circunferência da cintura (TABELA 13). Considerando que este alimento foi usado como um marcador de alimentação saudável – MAS nesta pesquisa, o consumo menor que cinco dias evidencia que uma alimentação inadequada aumentaria o risco de uma obesidade abdominal. Pinasco et al. (2015), em estudo que buscou associações entre consumo alimentar e aumento da circunferência da cintura, não encontrou associação significativa entre elas, justificando que algumas limitações podem ter influenciado essa ausência como a não avaliação de nível de atividade física, tempo de sedentarismo, fatores genéticos, entre outros. O autor comenta, e esta pesquisa corrobora, que poucos estudos foram desenvolvidos com o objetivo de relacionar o consumo alimentar à variação da circunferência da cintura, tornando difícil fazer comparações.

Já o tempo sentado em frente à televisão maior que duas horas mostrou associação positiva com o aumento da cintura, aumentando em seis vezes as chances de o jovem apresentar obesidade abdominal (TABELA 19), resultado este corroborado por Byun, Dowda e Pate (2012), que encontrou associação positiva entre hora adicional de televisão a obesidade abdominal. Castro, Nunes e Silva (2016) associou os adolescentes que assistiam à televisão

por duas ou mais horas com maiores chances de obesidade abdominal, sugerindo que essa associação poderia ser explicada pelo menor gasto energético ao longo do dia em adolescentes que apresentavam maior comportamento sedentário.

A experimentação do tabaco também apresentou associação com o aumento da circunferência da cintura, aumentando quatro vezes mais as chances de o adolescente apresentar obesidade abdominal (TABELA 19), achados confirmados por Bertoni et al. (2018) em pesquisa com dados nacionais, na qual encontrou maior prevalência de obesidade abdominal nos adolescentes que consumiram mais de um cigarro por dia quando comparados aos não fumantes. Chiolerio et al. (2008) sugere que uma possível explicação para este fato seria o aumento à resistência insulínica provocada pela nicotina (substância do tabaco) que, por sua vez, está relacionada ao depósito de gordura na região abdominal.

Atenta-se para o fato de que a hipertensão arterial é uma doença relacionada a diferentes causas em que os níveis de pressão arterial se sustentam elevados por determinado período. Geralmente é assintomático na adolescência, o que dificulta o diagnóstico precoce. Entretanto, sua detecção, tratamento e controle são fundamentais para a redução de eventos cardiovasculares. A preocupação com a hipertensão arterial em crianças e adolescentes tem crescido nas últimas décadas, o problema é clinicamente significativo, necessitando de atenção para seu reconhecimento precoce e tratamento (ANYAEGBU; DHARNIDHARKA, 2014; GONÇALVES et al., 2016; MAGALHÃES et al., 2002).

O presente estudo encontrou níveis de pressão arterial alterada em 15,55% dos adolescentes avaliados (TABELA 7), resultado corroborado por Figueirinha e Herdy (2017) em estudo com adolescentes do Rio de Janeiro, achando prevalência de HAS em 10,8% dos jovens, estimando que a proporção real se situe entre 5,9% e 15,7%. Porém, maior do que o encontrado no ERICA (BLOCH et al., 2016) para os adolescentes da região norte (municípios com mais de 100 mil pessoas) o percentual de HAS ficou em 9,6% dos adolescentes.

A prevalência de hipertensão na infância e adolescência relatada por alguns autores (CÔRREA-NETO et al., 2014; MAGLIANO et al., 2013; ROSANELI et al., 2014) parece variar amplamente de 8,12% a 19,4%, dependendo principalmente da metodologia utilizada, da faixa etária analisada, do número de aferições feitas em cada encontro e do acompanhamento. A grande diferença entre os resultados pode ser devido às questões naturais entre os sujeitos incluídos nos estudos, sabendo que cada estado e município brasileiro possuem diferenças socioeconômicas e culturais.

A pressão arterial alterada apresentou associação significativa com o sexo masculino, onde a chance de risco de apresentar a doença triplicaria entre os homens

(TABELA 20). Este achado é corroborado por Corrêa-Neto et al. (2014), indicando que os adolescentes do sexo masculino são mais acometidos do que o sexo feminino em uma razão de três para um, e por Sousa (2018), que encontrou diferença estatisticamente significativa entre o sexo masculino e a pressão arterial sistólica. Acredita-se que tal ocorrência no sexo masculino estaria relacionada a fatores comportamentais como maior ingestão de álcool, uso do tabaco e maior circunferência abdominal.

Igualmente, o tempo assistindo televisão por mais de duas horas (TABELA 20) demonstrou elevar o risco para o aparecimento da pressão arterial alterada nos adolescentes, aumentando em três vezes mais as chances de apresentar alteração. Oliveira et al. (2018) corrobora tais dados ao realizar pesquisa em Recife / PE, com adolescentes de 14 a 19 anos, encontrando entre os meninos associação significativa do tempo de televisão alto e excesso de peso com a maior probabilidade de se apresentar pressão arterial elevada.

O comportamento acima descrito está relacionado à obesidade e sedentarismo, fatores de risco para a hipertensão arterial que justificariam tal achado. Segundo Vasconcellos, Anjos e Vasconcellos, (2013), os estudos já demonstram que o consumo de alimentos altamente calóricos ocorre associado ao hábito de assistir televisão. A forte presença de televisão e celulares até mesmo entre as classes econômicas mais baixas, quando associados à inexistência de atividades recreativas, educativas, e pouca ou nenhuma oferta de emprego nas comunidades rurais. Tais questões levam os jovens a permanecerem parados por longos períodos de tempo, conduzindo-as a um estilo de vida mais sedentário.

Demonstrando preocupação com estes comportamentos, o Ministério da Saúde divulgou o Plano Nacional para a Promoção da Alimentação Adequada e do Peso Saudável (BRASIL, 2006), trazendo os dez passos para ter uma vida mais saudável, entre eles, aconselham: fazer as refeições com calma e nunca na frente da televisão, caminhar sempre que possível e não passar longo período sentado assistindo à TV.

Para melhor associar estes achados com o risco de HA, faz-se necessário destacar alguns pontos desta amostra: a maioria das comunidades avaliadas é distante dos centros urbanos, dificultando a variedade de alimentos disponíveis como carnes resfriadas, frutas, legumes e verduras, tendo em vista também que no município prevalece a monocultura da mandioca para produção de farinha e tapioca, não havendo variedade de hortifrutis nessas localidades; a falta de energia elétrica na maioria das comunidades dificulta e até mesmo impossibilita o consumo de alimentos que necessitem de conservação refrigerada; somando-se estes dois fatores ao socioeconômico das famílias, entende-se o porquê do alto consumo de carnes e peixes salgados, da fritura em óleo ou banha em fogareiros, como principal forma de

preparo dos alimentos (visto o preço do gás de cozinha e a dificuldade em adquiri-lo) e do porquê da compra excessiva de alimentos industrializados como macarrão instantâneo, biscoitos recheados, salgadinhos de pacote entre outros, nos comércios do entorno das escolas. Reinaldo et al. (2015), em pesquisa com população rural do Rio Grande do Norte, encontrou características semelhantes às do presente estudo, observando que as comunidades estavam consumindo os mesmos alimentos utilizados nos centros urbanos, substituindo os alimentos produzidos localmente por processados e industrializados, sugerindo uma mudança do padrão alimentar. Melhor dividir este parágrafo. Ficou muito extenso.

Ao final desse estudo observa-se a escassez de pesquisas equivalentes, visto que o que foi encontrado na literatura ficou limitado às investigações que avaliaram prevalência ou associações isoladas a um ou outro comportamento de risco. Vale ressaltar que os riscos apresentados nesta pesquisa revelam um cenário perturbador, pois a forte presença das variáveis associadas às DCNT entre estes jovens que vivem em localidades mais vulneráveis, com menor infraestrutura, mais distantes de centros urbanos e com pior acesso aos serviços públicos, dificulta a prevenção e o tratamento das possíveis doenças que possam surgir.

Esse estudo representou um esforço para avançar no conhecimento sobre os riscos à saúde dos adolescentes rurais, desde informações sobre as condições socioeconômicas até o uso de drogas, como álcool e tabaco, justamente por existirem poucos dados de estudos conduzidos relativos à esta população.

8 CONCLUSÃO

A partir dos resultados da pesquisa, constatou-se que a amostra foi composta em sua maioria por indivíduos do sexo feminino, com idade média de 17 anos, pertencentes às camadas socialmente mais vulneráveis, que se alimentavam com dietas pobres em fibras e ricas em gorduras e açúcar.

Em relação às variáveis de risco analisadas, a amostra foi composta por maioria de jovens insuficientemente ativos e que já haviam experimentado álcool e tabaco. Houve presença de excesso de peso, obesidade abdominal e pressão arterial alterada acima dos achados em outros estudos realizados em capitais e regiões metropolitanas, demonstrando maior exposição nos participantes desta pesquisa.

Sobre as associações encontradas, o estudo evidenciou que o sedentarismo se relacionou significativamente com o sexo feminino, enquanto que o risco de pressão arterial alterada e experimentação do tabaco relacionaram-se significativamente com o sexo masculino. Ser do sexo masculino mostrou-se como fator de proteção para o excesso de peso e obesidade abdominal.

Da mesma maneira, as condições socioeconômicas demonstraram influenciar principalmente no aumento da pressão arterial, experimentação do tabaco e elevação da circunferência da cintura, enquanto que a maior idade demonstrou ser um fator de proteção para a obesidade abdominal. Igualmente, o consumo e experimentação de álcool e tabaco demonstraram ter seu uso combinados, assim como a presença de obesidade abdominal com o excesso de peso. A alimentação inadequada, por sua vez, associou-se ao maior risco do adolescente ser insuficientemente ativo.

Diante dos achados apresentados, este estudo deixa mais evidente a necessidade de políticas públicas mais eficazes, como projetos e programas intersetoriais que objetivem a conscientização da necessidade de um estilo de vida mais saudável entre os adolescentes de áreas rurais, principalmente das regiões Norte e Nordeste do Brasil. Desta forma, sugere-se a realização de novos estudos em populações rurais para dar maior subsídio sobre informações importantes a esse tipo de população, ainda pouco estudada dentro do contexto nacional e internacional.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, Kurt George Matthew Mayer; ZIMMET, Paul; SHAW, Jonathan. Metabolic syndrome - a new world-wide definition. A consensus statement from the international diabetes federation. **Diabetic medicine**, v. 23, n. 5, p. 469-480, 2006.

ANYAEGBU, E. I.; DHARNIDHARKA, V. R. Hypertension in the Teenager. **Pediatric Clinics of North America**, v. 61, n. 1, p. 131–151, 2014. DOI:10.1016/j.pcl.2013.09.011.

ARAÚJO, J.A. Tabagismo na adolescência: por que os jovens ainda fumam? **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. Brasília, v. 36, n. 6, p. 671-673, 2010.

BACIL, E.D.A. *et al.* Excesso de peso em adolescentes: papel moderador do sexo e da escolaridade maternal. **Rev. Bras. Promoção Saúde**, Fortaleza, v. 29, n. 4, p. 515-524, out./dez., 2016.

BACOPOLAU, F. *et al.* Waist circumference, waist-to-hipratio and waist-to-height ratio reference percentiles for abdominal obesity among Greek adolescents. **BMC Pediatrics**. v. 15, n. 50, 2015. DOI: 10.1186/s12887015-0366-z.

BARATA, R. B. A posição social e seus reflexos sobre a saúde. In: BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Temas em Saúde collection, pp. 23-39. ISBN 978-85-7541-391-3. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

BARBOSA, P. V.; WAGNER, A. A autonomia na adolescência: Revisando conceitos, modelos e variáveis. **Estudos de Psicologia**. Natal, v. 18, n. 4, p. 649-658, 2013. DOI:10.1590/S1413-294X2013000400013.

BARRETO NETO, Augusto Cesar *et al.* Body weight and food consumption scores in adolescents from northeast Brazil. **Revista Paulista de Pediatria** (English Edition), v. 33, Issue 3, p. 318-325, September 2015.

BENEDET, J. *et al.* Excesso de peso em adolescentes: explorando potenciais fatores de risco. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 31, n. 2, p. 172-81, 2013.

BENETTI, S. P. C. *et al.* Violência comunitária, exposição às drogas ilícitas e envolvimento com a lei na adolescência. **Psico**, v. 37, n. 3, p. 279-286, 2006.

BERTONI, N. *et al.* Assessing the relationship between smoking and abdominal obesity in a National Survey of Adolescents in Brazil. **Preventive Medicine**, 111, p. 1–5, 2018. DOI:10.1016/j.ypmed.2018.02.017

BISHWAJIT, Ghose. Nutrition transition in South Asia: the emergence of non-communicable chronic diseases. **F1000Research**, v. 4, n. 8. 24 nov. 2015, doi:10.12688/f1000research.5732.2

BISI, M. M. *et al.* Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. **Rev Saúde Pública**, v. 37, n. 6, p. 743-50, 2003.

BLOCH, K. V. *et al.* ERICA: prevalências de hipertensão arterial e obesidade em adolescentes brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. suppl. 1, p. 9, 2016.

BOZZA, R. *et al.* Sociodemographic and behavioral factors associated with body adiposity in adolescents. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 32, pp. 241-246, 2014.

BRANDÃO, A. A. *et al.* Prevenção da doença cardiovascular: a aterosclerose se inicia na infância? **Adolesc. Saúde**, v. 1, n. 4, p. 11-19, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico [Internet]**. Secretaria de Vigilância em Saúde; 2014.

Disponível em:

<<https://xa.yimg.com/kq/groups/22048979/1717402446/name/Edital+2010+Cooperaa+Tcnica+Brasil-Frana.pdf>>.

_____. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde; Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União, 2013.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise e Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. (Série B. Textos básicos de saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria MS nº 687, de 30 de março de 2006. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 de março de 2006a.

_____. Lei nº. 11.274, de 6 de fevereiro de 2006. Altera a redação dos arts. 29, 30, 32 e 87 da Lei nº. 9.394 de 20 de dezembro de 1996, dispondo sobre a duração de 9 (nove) anos para o ensino fundamental, com matrícula obrigatória a partir dos 6 (seis) anos de idade. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 06 de fevereiro de 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Vigilância alimentar e nutricional – SISVAN. **Antropometria: como Pesar e Medir**. Brasília: MS; 2004.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei Federal nº 8.069/90, Imprensa Oficial, CONDECA, 2000.

_____. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1990.

BURILLE, A.; GERHARDT, T. E. Doenças crônicas, problemas crônicos: encontros e desencontros com os serviços de saúde em itinerários terapêuticos de homens rurais. **Saúde e Sociedade** [online]. v. 23, n. 2, pp. 664-676, 2014. Acessado em: 12 março 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000200025>>. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000200025>.

BUSSAB, W.O.; MORETTIN, P.A. **Estatística Básica**. São Paulo: Editora Saraiva, 2013 (8ª Edição).

BYUN, W.; DOWDA, M.; PATE, R. R. Associations between screen-based sedentary behavior and cardiovascular disease risk factors in Korean youth. **J Kor Med Sci.**, v. 27, p. 388-394, 2012.

CARMENATE MORENO, María Margarita *et al* . Obesidad y circunferencia de la cintura en adolescentes madrileños. **Rev Cubana Salud Pública**, Ciudad de La Habana, v. 33, n. 3, sept. 2007 . Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000300015&lng=es&nrm=iso>. Accedido em: 13 feb. 2019.

CARNEIRO, C.S. *et al*. Excesso de peso e fatores associados em adolescentes de uma capital brasileira. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 20, n. 2, p. 260-273, Abr-Jun 2017.

CASAPULLA, S. L. *et al*. Cardiometabolic risk factors, metabolic syndrome and pre-diabetes in adolescents in the Sierra region of Ecuador. **Diabetology & metabolic syndrome**, v. 9, n. 1, 2017.

CASPERSEN, C. J. *et al*. Physical activity, exercise and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Reports**, v. 100, n. 2, p. 126-131, 1985.

CASTRO, João Antônio Chula; NUNES, Heloyse Elaine Gimenes; SILVA, Diego Augusto Santos. Prevalência de obesidade abdominal em adolescentes: associação entre fatores sociodemográficos e estilo de vida. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 343-351, Sept. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822016000300343&lng=en&nrm=iso>. Access on 13 Feb. 2019. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rppede.2016.01.007>.

CHIOLERO, A. *et al*. Consequences of smoking for body weight, body fat distribution, and insulin resistance. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 87, n. 4, p. 801–809, 2008. doi:10.1093/ajcn/87.4.801.

COLLI, A. S. Maduración sexual de los adolescentes de São Paulo. In: **Organizacion Panamericana de la Salud. La salud del adolescente y del joven en las Américas**. Washington, D.C., 1985. p. 249-258. (OPS - Publ. Cient., 489).

COOK S, Auinger P, Huang T. Growth curves for cardio-metabolic risk factors in children and adolescents. **J Pediatr.**, v. 155, n. 3, p. 15-26, 2009. DOI :10.1016/j.jpeds.2009.04.051.

CORRÊA-NETO, V. G. *et al*. Arterial hypertension among adolescents in Rio de Janeiro: prevalence and association with physical activity and obesity. **Cien. Saude Colet.**, v. 19, n. 6, p. 699-708, 2014.

COUTINHO, E. S. F. *et al*. ERICA: padrões de consumo de bebidas alcoólicas em adolescentes brasileiros. **Rev. Saúde Pública**. v. 50, supl. 1, 2016.

CUMMING, S.P. *et al*. Sex differences in exercise behavior during adolescence: is biological maturation a confounding factor? **J Adolesc Health**. v. 42, n. 5, p. 480-5, 2008.

DAMASCENO, Marina Mendes. **Cintura hipertrigliceridêmica e alterações cardiometabólicas em adolescentes com sobrepeso/obesidade**. 2017. 33f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) - Curso de Nutrição, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.

DAVID, A. *et al.* Tobacco use: equity and social determinants. In: BLAS, E.; KURUP, A. S. **Equity, social determinants and public health programmes**. Geneve: World Health Organization, 2010. pp. 199-217.

ECKHARDT, Joseane Pazzini *et al.* Padrões alimentares e nível de atividade física em adolescentes escolares. **Cienc. Cuid. Saúde**, v. 16, n. 2, Abr-Jun 2017. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/33373/0>>.

EISENTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolesc. Saúde**. v. 2, n. 2, p. 6-7, 2005.

ELICKER, Eliane *et al.* . Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares de Porto Velho-RO, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 399-410, Sept. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000300399&lng=en&nrm=iso>. Access on: 12 Feb. 2019.

ELLICKSON, P. L. *et al.* Does alcohol advertising promote adolescent drinking? Results from a longitudinal assessment. **Addiction**, v. 100, n. 2, p. 235–246, 2005. DOI:10.1111/j.1360-0443.2005.00974.x.

ENES, Carla Cristina; SLATER, Betzabeth. Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. **Revista Brasileira de epidemiologia**, v. 13, p. 163-171, 2010.

ENES, Carla Cristina; PEGOLO, Giovana Eliza; VIEIRA DA SILVA, Marina. Influência do consumo alimentar e do padrão de atividade física sobre o estado nutricional de adolescentes de Piedade, São Paulo, **Revista Paulista de Pediatria**, vol. 27, núm. 3, septiembre, 2009, p. 265-271.

FAGAN, P. *et al.* Identifying health disparities across the tobacco continuum. **Addiction**. v. 102, Suppl. 2, p. 5-29, 2007. DOI:10.1111/j.1360- 0443.2007.01952.x.

FESTA, A. *et al.* The relation of body fat mass and distribution to markers of chronic inflammation. **International journal of obesity**, v. 25, n. 10, p. 1407, 2001.

FIGUEIREDO, V. C. *et al.* ERICA: prevalência de tabagismo em adolescentes brasileiros. **Revista de Saúde Pública**. v. 50, supl. 1), 2016.

FIGUEIRINHA, Flavio; HERDY, Gesmar Volga Haddad. Hipertensão Arterial em Pré-Adolescentes e Adolescentes de Petrópolis: Prevalência e Correlação com Sobrepeso e Obesidade. **Int. J. Cardiovasc. Sci.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 243-250, jun. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-56472017000300243&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 fev. 2019. <http://dx.doi.org/10.5935/2359-4802.20170040>.

FRANCISCO, P. M. S. B. *et al.* Desigualdades sociodemográficas nos fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis: inquérito telefônico em Campinas, São Paulo. **Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]**. v. 24, n. 1, pp. 07-18, 2015. Acesso: 12 Março 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000100002>>. ISSN 2237-9622. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000100002>.

GLANER, M. F. Aptidão física relacionada à saúde de adolescentes rurais e urbanos em relação a critérios de referência. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 13-24, mar. 2005. ISSN 1981-4690. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rbefe/article/view/16579>>. Acesso em: 15 may 2017. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1807-55092005000100002>.

GLOBAL BURDEN OF DISEASE PEDIATRICS COLLABORATION. Global and National Burden of Diseases and Injuries Among Children and Adolescents Between 1990 and 2013 Findings From the Global Burden of Disease 2013 Study. **JAMA Pediatr**. v. 170, n. 3, p. 267–287, 2016. DOI:10.1001/jamapediatrics.2015.4276.

GOMIDE, P. I. C. **Inventários de Estilos Parentais (IEP):** Modelo teórico, manual de aplicação, apuração e interpretação. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2006.

GONÇALVES, H. *et al.* Início da vida sexual entre adolescentes (10 a 14 anos) e comportamentos em saúde. **Rev Bras Epidemiol**. v. 18, n. 1, p. 25-41, 2015.

GONÇALVES, V. S. S *et al.* Prevalência de hipertensão arterial entre adolescentes: revisão sistemática e metanálise. **Rev. Saúde Pública**. v. 50, n. 27, 2016.

GRANDE, H. Data inventory of health inequalities among adolescents and young adults in the Brussels-Capital Region. **Revue Quetelet/Quetelet Journal**, v. 2, n. 2, pp. 81-119, octobre 2014. DOI : 10.14428/rqj2014.02.02.04.

HALLAL, P. C. *et al.* Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. **Med. Sci. Sports Exerc**. v. 35, n. 11, p.1894-900, 2003. DOI:10.1249/01.MSS.0000093615.33774.0E.

HARVARD UNIVERSITY. FDP - Family Dinner Project - at Harvard University. Disponível em: <<https://thefamilydinnerproject.org/>>.

HASSELSTROM, H. *et al.* Physical fitness and physical activity during adolescence as predictors of cardiovascular disease risk in young adulthood. Danish Youth and Sports Study: an eight-year follow-up study. **Int. J Sports Med**. v. 23, Suppl. 1, p. 27-31, 2002. DOI:10.1055/s-2002-28458.

HAZREEN, M. A. *et al.* An exploratory study on risk factors for chronic non-communicable diseases among adolescents in Malaysia: overview of the Malaysian Health and Adolescents Longitudinal Research Team study (The MyHeART study). **BMC public health**, v. 14, n. 3, p. S6, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas de Gênero:** indicadores sociais das mulheres no Brasil. Estudos e Pesquisas - Informação Demográfica e

Socioeconômica. n. 38. ISBN 978-85-240-4448-9. 2018a. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/multidominio/genero/20163>>.

_____. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2018** / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro: IBGE, 2018b. (Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica, ISSN 1516-3296; n. 39).

_____. **Estatísticas do Registro Civil 2017**. Estatística do Registro Civil, Rio de Janeiro, v. 44, p. 1-8, 2017a. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9110-estatisticasdo-registro-civil.html>.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Contínua** / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2017b.

_____. **Pesquisa nacional de saúde escolar**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2016.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2015** / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 108p.

_____. **Pesquisa nacional de saúde escolar**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2012.

_____. **Censo**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. Consultado em 24 de novembro de 2017, v. 12, 2010.

_____. **Pesquisa nacional de saúde escolar**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2009.

INSTITUTO NACIONAL DE COLONIZAÇÃO E REFORMA AGRÁRIA. I3Geo. 2016. Disponível em: <<http://acervofundiario.incra.gov.br/i3geo/>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDO E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Censo da Educação Básica 2018**. Brasília, 2018.

INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION - IHME. **Global Burden of Disease Study - GBD 2016**. Population Estimates 1950-2016. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2017.

JAMISON, D.T. *et al.* Global health 2035: a world converging within a generation. **Salud Publica Mex.** v. 57, n. 5, p. 444-67, 2015 Sep-Oct.

JIANG, G.; SUN, F.; MARSIGLIA, F. Rural–urban disparities in adolescent risky behaviors: a family social capital perspective. **Journal of Community Psychology**, v. 44, n. 8, p. 1027-1039, 2016.

KAHN, Henry S. *et al.* Simple anthropometric indices associated with ischemic heart disease. **Journal of clinical epidemiology**, v. 49, n. 9, p. 1017-1024, 1996.

- KELISHADI, R. *et al.* Methodology and Early Findings of the Assessment of Determinants of Weight Disorders among Iranian Children and Adolescents: The Childhood and Adolescence Surveillance and Prevention of Adult Noncommunicable Disease IV Study. **Int J Prev Med.** v. 6, n. 77, 2015. DOI: <<http://dx.doi.org/10.4103/2008-7802.162953>>.
- KELISKADI, R. *et al.* Systematic review on the association of abdominal obesity in children and adolescents with cardio-metabolics factors. **J Res. Med. Sci.**,v. 20, n. 3, p. 294-307, 2015.
- KLEIN-PLATAT, C. *et al.* Physical activity is inversely related to waist circumference in 12-year-old French adolescents. **Int J Obes.**, v. 29, n. 1, p. 9-14, 2005. DOI: <http://dx.doi.org/10.1038/sj.ijo.0802740>.
- KUIPERS, M. A. *et al.* Tobacco control and socioeconomic inequalities in adolescent smoking in Europe. **Am J Prev Med.**; v. 49, n. 5, p. 64-72, 2015. DOI:10.1016/j.amepre.2015.04.032.
- KUSCHNIR, Maria Cristina C. *et al.* ERICA: prevalence of metabolic syndrome in Brazilian adolescents. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, supl. 1, 11s, 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000200310&lng=en&nrm=iso>. Access on: 13 Feb. 2019. <<http://dx.doi.org/10.1590/s01518-8787.2016050006701>>.
- KUTNER, M. *et al.* **Applied Linear Statistical Models.** 5 ed. Boston, Mass.: McGraw-Hill, 2005.
- LEE, S. *et al.* Race and gender differences in the relationship between anthropometric and abdominal fat in youth. **Obesity.** v. 16, p. 1066-71, 2008.
- LIMA, N. M. S. *et al.* Excesso de peso em adolescentes e estado nutricional dos pais: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 627-636, 2017.
- LIMA, N. N. *et al.* Perfil sociodemográfico e nível de atividade física em adolescentes escolares. **Rev. Bras. Ciênc. Saúde.** v. 12, n. 39, p. 1-7, 2014.
- LIPPO, Bruno Rodrigo da Silva *et al.* Fatores determinantes de inatividade física em adolescentes de área urbana. **J Pediatr.**, v. 86, n. 6, p. 520-524, 2010.
- LOPES, S. V.; MIELKE, G. I.; SILVA, M. C. **Comportamentos de risco relacionados à saúde em adolescentes escolares da zona rural.** Mundo saúde (Impr.), p. [269-278], 2015.
- MAGALHÃES, M. E. *et al.* Hipertensão arterial em crianças e adolescentes. **Rev. Bras. Hipertens.** v. 9, n. 3, p. 245-255, 2002.
- MAGLIANO, E. S. *et al.* Prevalence of arterial hypertension among brazilian adolescents: sistematic review and metaanalysis. **BMC Public Health.** v. 13, 833, 2013.
- MALTA, D.C. *et al.* Mortality due to noncommunicable diseases in Brazil, 1990 to 2015, according to estimates from the Global Burden of Disease study. São Paulo. **Med J**, v. 135, n. 3, p. 213-221, 2017. DOI: 10.1590/1516-3180.2016.0330050117.

MALTA, D. C.; SILVA JR, J. B. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 151-164, mar. 2013. Disponível em:

<http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-9742013000100016&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 24 nov. 2016.
<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000100016>.

MARSHALL, E. J. Adolescent Alcohol Use: Risks and Consequences. **Advance Access Publication**, Alcohol and Alcoholism, v. 49, n. 2, pp. 160–164, 2014.

MÁSSIMO, E.; DE SOUZA, H. N. F.; FREITAS, M. I. F. Doenças crônicas não transmissíveis, risco e promoção da saúde: construções sociais de participantes do Vigitel. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, 2015.

MATSUDO, S. M. *et al.* Nível de atividade física na população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível sócio-econômico, distribuição geográfica de reconhecimento. **Rev Bras Ciênc Mov**, v. 10, p. 41-50, 2002.

MCCARTHY, H. D.; JARRETT, K. V.; CRAWLEY, H. F. The development of waist circumference percentiles in British children aged 5.0–16.9 y. **European journal of clinical nutrition**, v. 55, n. 10, p. 902, 2001.

MEDEIROS, H. J. *et al.* Comportamentos de risco à saúde em escolares. **Revista Brasileira de Fisiologia do Exercício**, v. 15, n. 1, 2016.

MENDIS, Shanthi. **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. World health organization, 2014.

MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L.; POPKIN, B. M. Independent effects of income and education on the risk of obesity in the Brazilian adult population. **J Nutr**, v. 3, S881-S6, 2001.

MOOR, I. *et al.* Socioeconomic inequalities in adolescent smoking across 35 countries: a multilevel analysis of the role of family, school and peers. **Eur J Public Health**. v. 25, n. 3, p. 457-63, 2015 Jun. DOI: 10.1093/eurpub/cku244.

MOREIRA, M. C. N.; GOMES, R.; SÁ, M. R. C. Doenças crônicas em crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 7, 2014.

NAGHAVI, M. *et al.* Health transition in Iran toward chronic diseases based on results of Global Burden of Disease 2010. **Arch Iran Med**. v. 17, n. 5, p. 321 – 335, 2014.

OEHLSCHLAEGER, Maria Helena Klee *et al.* Prevalência e fatores associados ao sedentarismo em adolescentes de área urbana. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 157-163, Apr. 2004. Available from:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000200002&lng=en&nrm=iso>. Access on 10 Feb. 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000200002>.

OLIVEIRA, C. M.; GORAYEB, R. Diferenças de gênero e fatores motivacionais para início do tabagismo em adolescentes. **JF - Saúde & Transformação Social Health & Social Change**. p. 49-54, 2012.

OLIVEIRA, Luciano Machado Ferreira Tenório de *et al.* Does the type of sedentary behaviors influence blood pressure in adolescents boys and girls? A cross-sectional study. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 2575-2585, ago. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000802575&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 15 fev. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018238.23612016>.

ONIS, M. *et al.* Chronic diseases and multi-morbidity – a conceptual modification to the WHO ICCD model for countries in health transition. **BMC Public Health**, v. 14, p. 575, 2014.

ONIS, M. *et al.* Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. **Bull World Health Organ**, Genebra, v. 85, n. 9, p. 660-667, Sept. 2007. Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862007000900010&lng=en&nrm=iso>. Access on 01 Dec. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0042-96862007000900010>.

PERSON, N. *et al.* Patterns of adolescent physical activity and dietary behaviours. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 6, n. 45, 2009. Disponível em: <<http://www.ijbnpa.org/content/6/1/45>>. Acesso em: 10 fev. 2019

PINASCO, Gustavo Carreiro *et al.* Associação entre consumo alimentar de risco cardiovascular e aumento de circunferência abdominal em adolescentes. **J. Hum. Growth Dev.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 319-324, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822015000300011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 fev. 2019. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106010>.

PINEROS, M.; PARDO, C. Actividad física en adolescentes de cinco ciudades colombianas: resultados de la Encuesta Mundial de Salud a Escolares. **Rev. Salud Pública**, Bogotá, v. 12, n. 6, p. 903-914, Dec. 2010. Available from: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000600003&lng=en&nrm=iso>. Access on: 20 Feb. 2018.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO - PNUD. **Atlas do Desenvolvimento Humano** - Ranking decrescente do IDH-M dos municípios do Brasil. PNUD, 2010. Consultado em 10 de agosto de 2017.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil** - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) 2000 e 2010. Brasília: PNUD Brasil; IPEA; FJP, 2013. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/consulta/>>. Acesso em: 15 fev. 2015.

RAMIREZ, Jaime Pajuelo *et al.* La circunferencia de la cintura en adolescentes del Perú. **An. Fac. med.**, Lima, v. 77, n. 2, p. 111-116, abr. 2016. Disponible em:

<http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832016000200003&lng=es&nrm=iso>. Acessado em 13 feb. 2019.
<http://dx.doi.org/10.15381/anales.v77i2.11814>.

RAMIREZ, Jaime Pajuelo. **El sobrepeso y la obesidad en el Perú: un reto a enfrentar**. Facultad de Medicina UNMSM. Unidad Wellnes Nestlé. Lima, 2012.

REGIS, M. F. *et al.* Estilos de vida urbano versus rural em adolescentes: associações entre meio-ambiente, níveis de atividade física e comportamento sedentário. **Einstein**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 461-467, dic. 2016. Disponible em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082016000400461&lng=es&nrm=iso>. Acessado em 15 mayo 2017.
<http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082016ao3788>.

REINALDO, Emanoella Delfino Figueirêdo *et al.* Mudanças de hábitos alimentares em comunidades rurais do semiárido da região nordeste do Brasil. **Interciência**. v. 40, n. 5, may 2015. DOI: 0378-1844/14/07/468-08 \$ 3.00/0.

REUTER, Cézane Priscila *et al.* Obesidade, aptidão cardiorrespiratória, atividade física e tempo de tela em escolares da zona urbana e rural de Santa Cruz do Sul-RS. **Cinergis**. v 16, n. 1, 2015.

RIBEIRO, Karla Carolina Silveira *et al.* Alcohol and tobacco and the association with other vulnerabilities in young people. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 18, n. 2, p. 348-359, ago. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862017000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 12 fev. 2019.
<http://dx.doi.org/10.15309/17psd180206>.

RIVERA, J. A. *et al.* Childhood and adolescent overweight and obesity in Latin America: a systematic review. **The Lancet Diabetes & Endocrinology**. v. 2, Issue 4, p. 321 – 332, 2013.

ROSANELI, C. F. *et al.* Elevated blood pressure and obesity in childhood: a cross-sectional evaluation of 4,609 schoolchildren. **Arq Bras Cardiol.**, v. 103, n. 3, p. 238-44, 2014.

SALVADOR, C. C. Z.; KITOKO, P. M.; GAMBARDELLA, A. M. D. Nutritional status of children and adolescents: factors associated to overweight and fat accumulation. **J Hum Growth Dev.**, v. 24, n. 3, p. 313-319, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhdg.88969>.

SANTANA, Clara Pereira. **Associação Parental entre Supervisão Parental e Sedentarismo em Adolescentes Brasileiros**. 2018. 31f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Gestão em Saúde Ambiental) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2018.

SANTELLI, J.; HAERIZADEH, S.; MCGOVEN, T. Conducting Research with Adolescents - in Low- and Middle-Income Countries. Inclusion with Protection: Obtaining informed consent when conducting research with adolescents. **Innocenti Research Brief**, 2017-05.

SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO DE IPIXUNA DO PARÁ. **Censo Escolar**. Ipixuna do Pará, 2016.

SHERAR, L. B. *et al.* Age and gender differences in youth physical activity: does physical maturity matter? **Med Sci Sports Exerc.**, v. 39, n. 5, p. 830-5, 2007.

SILVA, D. A. *et al.* Abdominal obesity and associated factors among adolescents: comparison of two economically different Brazilian regions. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo**, v. 56, p. 291-299, 2012.

SILVA, D. A. S.; DOS SANTOS SILVA, R. J. Associação entre prática de atividade física com consumo de frutas, verduras e legumes em adolescentes do Nordeste do Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 33, n. 2, p. 167-173, 2015.

SILVA, R. C. D. *et al.* Nível de atividade física em adolescentes escolares do município de rio verde – Goiás. **Revista Inspirar**. 2018.

SILVA, Roberta Mendes Abreu; BEZERRA, Vanessa Moraes; MEDEIROS, Danielle Souto de. Experimentação de tabaco e fatores associados entre adolescentes da zona rural de Vitória da Conquista, BA, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 24, n. 2, p. 431-441, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.02962017>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.02962017>. Acessado 11 Fevereiro 2019.

SOARES, S. *et al.* **Perfil da pobreza: Norte e Nordeste rurais**. IPC-IG Working Paper Nº. 138. Brasília: International Policy Centre for Inclusive Growth, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Adolescência. **Manual de Orientação: Bebidas alcoólicas são prejudiciais à saúde da criança e do adolescente**. n 2, fev. 2017. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/publicacoes/N-ManOrient-Alcoolismo.pdf>.

SOUZA, C.B *et al.* Pressão arterial elevada em escolares de 7 a 10 anos da rede de ensino de um município rural do Espírito Santo. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 31-37, 2018.

STOOLMILLER, M. *et al.* Comparing media and family predictors of alcohol use: a cohort study of US adolescents. **BMJ Open**, v. 2, p. 543, 2012. DOI: 10.1136/bmjopen-2011-000543.

SUNG, R. *et al.* Waist circumference and waist-to-height ratio of Hong Kong Chinese children. **BMB Pediatr**. v. 8, p. 324, 2008. DOI: 10.1186/1471-2458-8-324.

TANNER, J. M. **Growth at Adolescence**. 2. ed. Oxford: Blackwell, 1962.

TASSITANO, R. M. *et al.* Agregamento dos quatro principais comportamentos de risco às doenças não transmissíveis entre adolescentes. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 465-478, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000200465&lng=es&nrm=iso>. Acessado em: 20 agosto 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201400020014ENG>.

TEBAR, William R. *et al.* . Obesidade abdominal: prevalência, fatores sociodemográficos e de estilo de vida associados em adolescentes. **J. Hum. Growth Dev.**, São Paulo, v. 27, n. 1, p.

56-63, 2017. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822017000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 10 fev. 2019.
<http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.119236>.

TENÓRIO, M.C. *et al.* Physical activity and sedentary behavior among adolescent high school students. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 13, n. 1, p. 105-17, 2010.

Territórios Rurais no Estado do Pará. 67f. BARBOSA, M.J. S. (Coord.). Instituto de Ciências Sociais Aplicadas. Programa Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares e Empreendimentos Solidários. Diretório de Pesquisa, Trabalho e Desenvolvimento da

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND - UNICEF. **Panorama da Distorção Idade-Série no Brasil**. Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2018. Disponível em:

<<https://www.unicef.org/brazil/media/461/file>>

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ – UFPA. **Relatório Analítico - Território Nordeste Paraense: Desenvolvimento Sustentável e Gestão Estratégica dos**

V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Arq. Bras. Cardiol.**,

São Paulo, v. 89, n. 3, p. e24-e79, Sept. 2007. Available from:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007001500012&lng=en&nrm=iso>. Access on 29 Nov. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2007001500012>.

VARGAS, E. *et al.* Percentiles de circunferencia de cintura en niños y adolescentes del municipio Maracaibo del Estado de Zulia, Venezuela. **An Venez Nutr.**, v. 24, n. 1, p. 13-20, 2011.

VASCONCELLOS, M. B.; ANJOS, L. A.; VASCONCELLOS, M. T. Nutritional status and screen time among public school students in Niteroi, Rio de Janeiro State, Brazil. **Cad. Saúde Pública.**, v. 29, p. 713-722, 2013.

VELOSO, Helma Jane Ferreira; SILVA, Antônio Augusto Moura da. Prevalência e fatores associados à obesidade abdominal e ao excesso de peso em adultos maranhenses. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 400-412, Sept. 2010. Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2010000300004&lng=en&nrm=iso>. Access on 13 Feb. 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2010000300004>.

VIER, Berenice Pelizza *et al.* Uso de álcool e tabaco em adolescentes. **Arquivos do Museu Dinâmico Interdisciplinar**, v. 11, n. 2, p. 5-8, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable diseases country profiles 2018**. Geneva: WHO. 2018a.

_____. **Global Status Report on Alcohol and Health 2018**. Geneva: World Health Organization; 2018b. Available at:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf>.

_____. **Report on the global tobacco epidemic.** Geneva, Switzerland: WHO; 2015.
Available from: http://www.who.int/tobacco/global_report/2015/en/.

_____. **Mortality and burden of disease.** Non-communicable Diseases (NCD) Country Profiles, 2014: Brazil [Internet]. [Geneva]: World Health Organization; 2014. Available from:
Available from: http://www.who.int/nmh/countries/bra_en.pdf?ua=1

_____. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases.** Geneva: World Health Organization; 2003.

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

YUSUF, S. *et al.* Global burden of cardiovascular diseases: part I: general considerations, the epidemiologic transition, risk factors, and impact of urbanization. **Circulation**, v. 104, n. 22, p. 2746-2753, 2001.

YVONNE, M. *et al.* Exercise and substance use among American youth, 1991-2009. **Am J Prev Med.**, v. 40, n. 5, p. 530-540, 2011.

ZAGO, N. Migração rural-urbana, juventude e ensino superior. **Revista Brasileira de Educação**, v. 21, n. 64, jan.-mar. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782016216404>>.

ZHANG, Y. X. *et al.* Prevalence and regional disparities in abdominal obesity among children and adolescents in Shandong, China, surveyed in 2010. **Ann Nutr Metab.**, v. 64, n. 2, p. 137-43, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ESTRATIFICAÇÃO DO TAMANHO AMOSTRAL PELO NÚMERO DE ALUNOS POR TURMA DAS ESCOLAS ENVOLVIDAS NO ESTUDO

1. Equação utilizada para o cálculo amostral de população finita

A Equação utilizada para o cálculo amostral de uma população Finita foi:

$$n = \frac{N \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (Z_{\alpha/2})^2}{\hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (Z_{\alpha/2})^2 + (N-1) \cdot E^2}$$

Onde, n é o tamanho amostral, N é o tamanho da população, p e q são as proporções dos indivíduos estudados (Variância), $Z_{\alpha/2}$ é o nível de confiança e E o erro amostral máximo.

2. Cálculo amostral

Para determinação do tamanho amostral a ser utilizado na pesquisa considerando a Equação já apresentada, foram determinados os seguintes parâmetros:

$$N = 689;$$

$$p = 0,5;$$

$$q = 0,5;$$

$$Z_{\alpha/2} = 95\% (1,96)$$

$$E = 6,0\%$$

Com isso, chegou-se ao “ n ” de 193 Alunos .

Tabela 1 – Tamanho Amostral por turma da Escola Municipal Adélia Carvalho Sodré

Turma	População de Alunos	%	Tamanho Amostral de Alunos
TURMA PV1	35	11,79	10
TURMA PV2	37	12,46	10
TURMA SV1	37	12,46	10
TURMA SV2	38	12,79	11
TURMA TV1	38	12,79	11
TURMA PN1	37	12,46	10
TURMA SN1	38	12,79	11
TURMA TN1	37	12,46	10
Total	297	100,00	83

Tabela 2 – Tamanho Amostral por turma da Escola Municipal Bom Pastor

Turma	População de Alunos	%	Tamanho Amostral de Alunos
TURMA PV1	35	24,65	10
TURMA PN1	39	27,46	11
TURMA SN1	38	26,76	11
TURMA TN1	30	21,13	8
Total	142	100,00	40

Tabela 3 – Tamanho Amostral por turma da Escola Municipal Palheta Batista

Turma	População de Alunos	%	Tamanho Amostral de Alunos
TURMA PN1	32	41,56	9
TURMA SN1	24	31,17	7
TURMA TN1	21	27,27	6
Total	77	100,00	22

Tabela 4 - Tamanho Amostral por Turma da Escola Municipal Santa Maria do Bacuri

Turma	População de Alunos	%	Tamanho Amostral de Alunos
TURMA PN1	25	35,21	7
TURMA SN1	21	29,58	6
TURMA TN1	25	35,21	7
Total	71	100,00	20

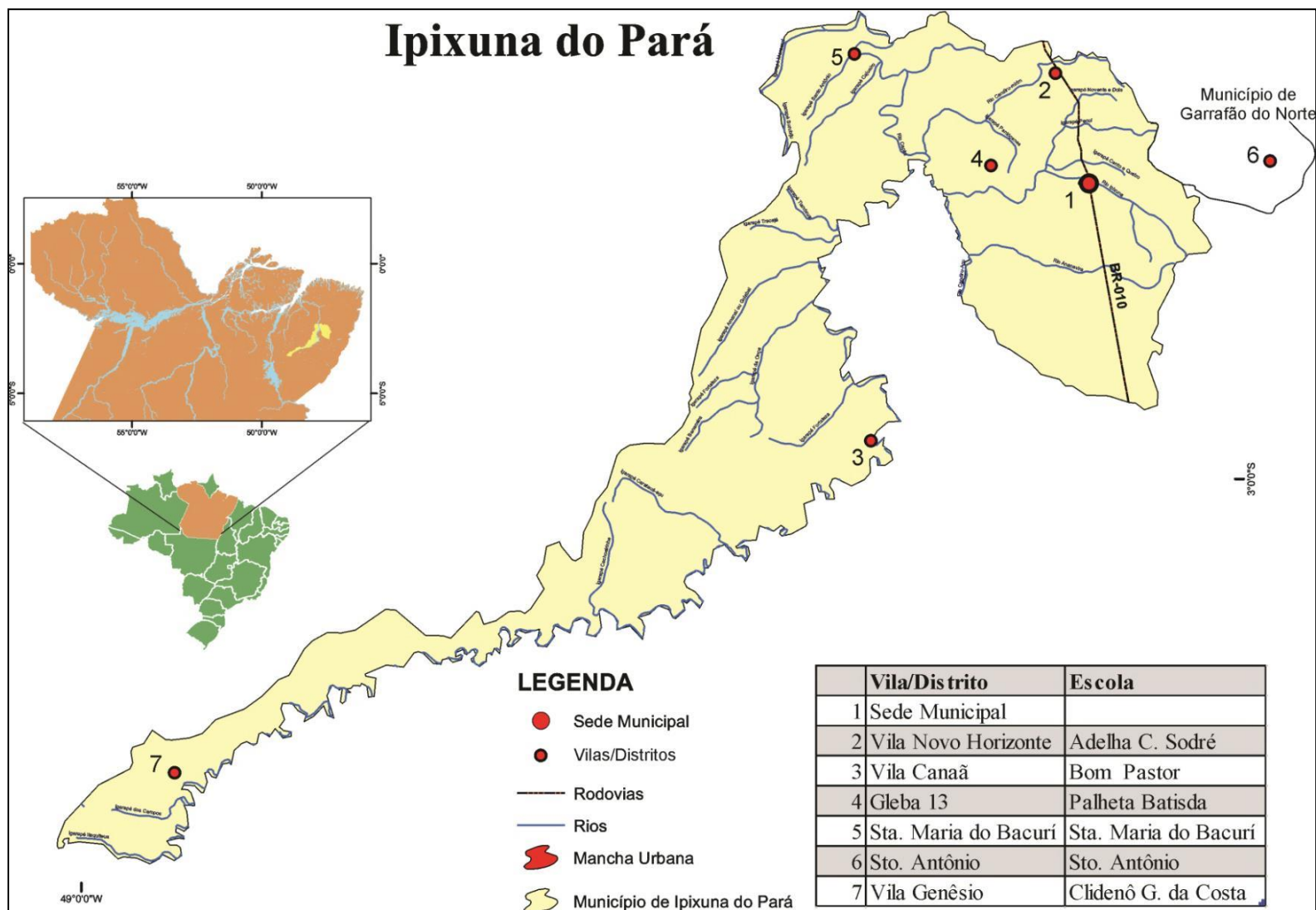
Tabela 5 - Tamanho Amostral por Turma da Escola Municipal Santo Antônio

Turma	População de Alunos	%	Tamanho Amostral de Alunos
TURMA PN1	40	100,00	11
Total	40	100,00	11

Tabela 6 - Tamanho Amostral por Turma da Escola Municipal Clidenô Gomes da Costa

Turma	População de Alunos	%	Tamanho Amostral de Alunos
TURMA PV1	20	32,26	5
TURMA PN1	20	32,26	5
TURMA SN1	22	35,48	7
Total	62	100,00	17

APÊNDICE B – MAPA COM LOCALIZAÇÃO DAS ESCOLAS COM TURMAS DO ENSINO MÉDIO NO MUNICÍPIO DE IPIXUNA DO PARÁ / PA



APÊNDICE C- MODELO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE, AMBIENTE E SOCIEDADE NA AMAZONIA.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Prezado (a) Senhor (a):

Gostaríamos de convidar o (a) adolescente sob sua responsabilidade para participar da pesquisa **“Adolescentes Rurais: Comportamentos de Riscos para Doenças Crônicas Não Transmissíveis em um Município do Interior do Estado do Pará”**, a ser realizada nas escolas com turmas do Ensino Médio na zona rural aqui em Ipixuna do Pará.

O objetivo do estudo é estritamente acadêmico, que, em linhas gerais é de identificar os determinantes de risco para doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes da rede de ensino público aqui em Ipixuna do Pará. A participação do (a) adolescente é muito importante e ela se dará através do preenchimento de questionário contendo informações sobre: dados sociodemográficos, alimentação, atividade física, uso de álcool e tabaco além da verificação do peso, altura, circunferência da cintura e pressão arterial.

Sua participação oferece riscos mínimos, tais como (a) cansaço mental e (b) estresse emocional, porém atendendo a Resolução 466/12, nos casos em que estas situações ocorram lhe será garantido auxílio médico e/ou psicológico, sem que isso lhe incorra em qualquer ônus financeiro.

Esclarecemos que a participação do estudante é totalmente voluntária, podendo o (a) senhor (a) solicitar a recusa ou desistência de participação do adolescente a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo a ele. Esclarecemos, também, que as informações do adolescente sob sua responsabilidade serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a identidade do estudante.

Informamos que a participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos ainda, que nem o (a) senhor (a) e nem o adolescente sob sua responsabilidade pagarão ou serão remunerados (as) pela participação.

Este projeto é orientado pela Prof. Dra. Marília de Sousa Araújo e desenvolvido pelo pesquisador Victor Vieira de Oliveira. Caso o (a) senhor (a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº (91) 98124-0091 ou e-mail maraujo_bel@hotmail.com, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal do Pará, situado no Instituto de Ciências da Saúde, no Campus Universitário, telefone (91) 3201-6808, e-mail: icsgab@ufpa.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue ao (à) senhor (a).

Ipixuna do Pará, ____ de _____ de 2018.

Assinatura do (a) pai ou responsável: _____

Assinatura do (a) pesquisador (a): _____

Assinatura do (a) testemunha (a): _____

APÊNDICE D- Modelo do Termo de Assentimento



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE, AMBIENTE E SOCIEDADE NA AMAZONIA.

TERMO DE ASSENTIMENTO

Declaro, por meio deste termo, que concordei em participar na pesquisa de campo referente ao projeto intitulado **“Adolescentes Rurais: Comportamentos de Riscos para Doenças Crônicas Não Transmissíveis em um Município do Interior do Estado do Pará”** desenvolvido pelo pesquisador Victor Vieira de Oliveira.

Fui informado (a), ainda, de que a pesquisa é orientada pela Prof. Dra. Marília de Sousa Araújo, quem poderei contatar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº (91) 98124-0091 ou e-mail maraujo_bel@hotmail.com.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa.

Fui informado (a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais são de **identificar os determinantes de risco para doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes da rede de ensino público aqui em Ipixuna do Pará.**

Minha colaboração se fará de forma anônima, em um único encontro, por meio de preenchimento de questionário contendo informações sobre: dados sociodemográficos, alimentação, atividade física, uso de álcool e tabaco além da verificação do meu peso, altura, circunferência da cintura e pressão arterial.

Fui comunicado de que a minha participação oferece riscos mínimos, tais como (a) cansaço mental e (b) estresse emocional, porém atendendo a Resolução 466/12, nos casos em que estas situações ocorram será garantido auxílio médico e/ou psicológico, sem que isso incorra em qualquer ônus financeiro.

Fui informado (a) que a participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

O acesso e a análise desses dados coletados se farão apenas pelo pesquisador e sua orientadora.

Fui ainda informado (a) de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Ipixuna do Pará, ____ de _____ de 2018.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

Assinatura do(a) testemunha(a): _____

APÊNDICE E - QUESTIONÁRIO ADAPTADO PENSE 2015



ADOLESCENTES RURAIS: COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO ESTADO DO PARÁ.

- VERSÃO ADAPTADA DA PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE DO ESCOLAR 2015 –

ORIENTAÇÕES:

- ESTE QUESTIONÁRIO É SOBRE SEUS HÁBITOS E COSTUMES. AS SUAS RESPOSTAS DEVEM SE BASEAR NAQUILO QUE VOCÊ REALMENTE CONHECE, SENTE OU FAZ.
- EM IPIXUNA DO PARÁ, ESTUDANTES DE 06 ESCOLAS COM ENSINO MÉDIO NA ZONA RURAL ESTARÃO RESPONDENDO ESTE QUESTIONÁRIO. AS INFORMAÇÕES FORNECIDAS POR VOCÊ SERÃO UTILIZADAS PARA DESENVOLVER PROGRAMAS DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA.
- LEMBRE-SE QUE A SUA PARTICIPAÇÃO NESTA PESQUISA É VOLUNTÁRIA.
- ATENÇÃO! NÃO ESCREVA O SEU NOME NESTE QUESTIONÁRIO, POIS AS INFORMAÇÕES FORNECIDAS POR VOCÊ SERÃO ANÔNIMAS E MANTIDAS EM SIGILO. NINGUÉM IRÁ SABER O QUE VOCÊ RESPONDEU, POR ISTO SEJA BASTANTE SINCERO NAS SUAS RESPOSTAS.

ATENÇÃO: PREENCHA O QUADRO ABAIXO CONFORME ORIENTAÇÕES DO APLICADOR

Quest. Número

Cód. Escola

Turno

Manhã

Tarde

Noite

Cód. Turma

--	--	--

1. INFORMAÇÕES GERAIS

Vamos começar com algumas perguntas sobre você, sua casa e sua família.

01. Qual o seu sexo?

- Masculino
- Feminino

02. Qual a sua cor ou raça?

- Branca
- Preta
- Amarela
- Parda
- Indígena

03. Qual é a sua idade?

- 14 anos
- 15 anos
- 16 anos
- 17 anos
- 18 anos

- 19 anos ou mais

04. Qual o seu estado civil?

- Solteiro
- Casado/ vivendo com parceiro (a)
- Outro

05. Você mora com a sua mãe?

- Sim
- Não

06. Você mora com o seu pai?

- Sim
- Não

07. Contando com você, quantas pessoas moram na sua casa?

- 1 pessoa (moro sozinho)
- 2 pessoas
- 3 pessoas
- 4 pessoas
- 5 pessoas

- 6 pessoas
- 7 pessoas
- 8 pessoas
- 9 pessoas
- 10 pessoas ou mais

08. Você tem algum trabalho, emprego ou negocio atualmente?

- Sim
- Não

09. Você recebe algum dinheiro por este trabalho, emprego ou negocio?

- Sim
- Não

10. Marque a alternativa que melhor indica o nível de estudo da sua mãe.

- Minha mãe NUNCA estudou
- Minha mãe começou o ensino fundamental ou 1° grau, mas não terminou.
- Minha mãe terminou o ensino fundamental ou 1° grau.
- Minha mãe começou o ensino médio ou 2° grau, mas não terminou.
- Minha mãe terminou o ensino médio ou 2° grau.
- Minha mãe começou a faculdade (ensino superior), mas não terminou.

- Minha mãe terminou a faculdade (ensino superior).
- Não sei.

11. Na sua casa tem telefone fixo?

- Sim
- Não

12. Você tem celular?

- Sim
- Não

13. Na sua casa tem computador?

- Sim
- Não

14. Você tem acesso à internet em casa?

- Sim
- Não

15. Você tem acesso à internet em casa?

- Sim, Qual?
- Não

16. Alguém na sua casa tem carro, moto ou barco?

- Sim, Qual? _____.
- Não

17. Quantos banheiros com chuveiro têm dentro da sua casa?

- Não tem banheiro com chuveiro dentro da minha casa.
- 1 banheiro
- 2 banheiros
- 3 banheiros
- 4 banheiros ou mais

18. Quantos banheiros com chuveiro têm dentro da sua casa?

- Não tem banheiro com chuveiro dentro da minha casa.
- 1 banheiro
- 2 banheiros
- 3 banheiros
- 4 banheiros ou mais

2. ALIMENTAÇÃO

As próximas perguntas referem-se a sua alimentação. Leve em conta tudo o que você comeu em casa, na escola, na rua, em lanchonetes, restaurantes ou em qualquer outro lugar.

19. Você costuma tomar café da manhã?

- Sim, todos os dias
- Sim, 5 a 6 dias por semana

- Sim, 3 a 4 dias por semana
- Sim, 1 a 2 dias na semana
- Raramente
- Não

20. Você costuma almoçar ou jantar com sua mãe, pai ou responsável?

- Sim, todos os dias
- Sim, 5 a 6 dias por semana
- Sim, 3 a 4 dias por semana
- Sim, 1 a 2 dias na semana
- Raramente
- Não

21. Você costuma comer quando esta assistindo a TV ou estudando?

- Sim, todos os dias
- Sim, 5 a 6 dias por semana
- Sim, 3 a 4 dias por semana
- Sim, 1 a 2 dias na semana
- Raramente
- Não

22. Sua escola oferece comida (merenda escolar/ almoço) aos alunos da sua turma? (não considerar lanches/ comida comprados na cantina)

- Sim.
- Não

Não sei

23. Você costuma comer a comida (merenda/almoço) oferecida pela escola? (Não considerar lanches/ comida comprados na cantina)

Sim, todos os dias

Sim, 3 a 4 dias por semana

Sim, 1 a 2 dias na semana

Raramente

Não

Conte agora o que você comeu NOS ULTIMOS 7 DIAS. Considere uma semana normal de aulas, sem feriados ou férias.

24. NOS ULTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu feijão?

Não comi feijão nos últimos 7 dias (0 dia)

1 dia nos últimos 7 dias

2 dias nos últimos 7 dias

3 dias nos últimos 7 dias

4 dias nos últimos 7 dias

5 dias nos últimos 7 dias

6 dias nos últimos 7 dias

Todos os dias nos últimos 7 dias

25. NOS ULTIMOS 7 DIAS, em quantos dias

you came fried snacks? Example: fried potatoes (without counting the potatoes in the package), fried yuca or fried snacks like chicken coxinha, fried quibe, fried pie.

Não comi salgados fritos nos últimos 7 dias (0 dia)

1 dia nos últimos 7 dias

2 dias nos últimos 7 dias

3 dias nos últimos 7 dias

4 dias nos últimos 7 dias

5 dias nos últimos 7 dias

6 dias nos últimos 7 dias

Todos os dias nos últimos 7 dias

26. NOS ULTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu pelo menos um tipo de legume ou verdura? Exemplo: alface, abóbora/ jerimum, brócolis, cebola, cenoura, chuchu, couve, jambu, pepino, tomate etc. Não inclua batata e mandioca/ macaxeira.

Não comi nenhum tipo de legume ou verdura nos últimos 7 dias (0 dia)

1 dia nos últimos 7 dias

2 dias nos últimos 7 dias

3 dias nos últimos 7 dias

4 dias nos últimos 7 dias

5 dias nos últimos 7 dias

6 dias nos últimos 7 dias

Todos os dias nos últimos 7 dias

27. NOS ULTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu guloseimas (doces, balas, chocolates, chicletes, bombons ou pirulito)?

- Não comi guloseima nos últimos 7 dias (0 dia)
- 1 dia nos últimos 7 dias
- 2 dias nos últimos 7 dias
- 3 dias nos últimos 7 dias
- 4 dias nos últimos 7 dias
- 5 dias nos últimos 7 dias
- 6 dias nos últimos 7 dias
- Todos os dias nos últimos 7 dias

28. NOS ULTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu frutas frescas ou salada de frutas?

- Não comi frutas frescas ou saladas nos últimos 7 dias (0 dia)
- 1 dia nos últimos 7 dias
- 2 dias nos últimos 7 dias
- 3 dias nos últimos 7 dias
- 4 dias nos últimos 7 dias
- 5 dias nos últimos 7 dias
- 6 dias nos últimos 7 dias
- Todos os dias nos últimos 7 dias

29. NOS ULTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você tomou refrigerante?

- Não tomei refrigerante nos últimos 7 dias (0 dia)

- 1 dia nos últimos 7 dias
- 2 dias nos últimos 7 dias
- 3 dias nos últimos 7 dias
- 4 dias nos últimos 7 dias
- 5 dias nos últimos 7 dias
- 6 dias nos últimos 7 dias
- Todos os dias nos últimos 7 dias

30. NOS ULTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu alimentos industrializados/ ultra processados salgados, como hambúrguer, presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha, macarrão instantâneo, salgadinho de pacote, biscoitos salgados?

- Não comi alimentos industrializados/ ultra processados salgados nos últimos 7 dias (0 dia)
- 1 dia nos últimos 7 dias
- 2 dias nos últimos 7 dias
- 3 dias nos últimos 7 dias
- 4 dias nos últimos 7 dias
- 5 dias nos últimos 7 dias
- 6 dias nos últimos 7 dias
- Todos os dias nos últimos 7 dias

31. NOS ULTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu em restaurantes *fast-food*, tais como lanchonetes, barracas de cachorro quentes, pizzaria etc.?

- Não comi em restaurantes *fast-food* nos

últimos 7 dias (0 dia)

- 1 dia nos últimos 7 dias
- 2 dias nos últimos 7 dias
- 3 dias nos últimos 7 dias
- 4 dias nos últimos 7 dias
- 5 dias nos últimos 7 dias
- 6 dias nos últimos 7 dias
- Todos os dias nos últimos 7 dias

Agora tente lembrar o que você comeu NOS ULTIMOS 30 DIAS. Considere um mês normal de aulas, sem feriados ou férias.

32. NOS ULTIMOS 30 DIAS, com que frequência você ficou com fome por não ter comida suficiente em sua casa?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Na maior parte das vezes
- Sempre

33. NOS ULTIMOS 30 DIAS, quantas vezes por dia você normalmente comeu frutas frescas ou salada de frutas?

- Não comi frutas nos últimos 30 dias (0 dia)
- Menos de 1 vez por dia (não comi todos os dias)
- 1 vez por dia

- 2 vezes por dia
- 3 vezes por dia
- 4 vezes por dia
- 5 vezes ou mais por dia

34. NOS ULTIMOS 30 DIAS, quantas vezes por dia você normalmente comeu legumes ou verduras, tais como alface, abóbora/ jerimum, brócolis, cebola, cenoura, chuchu, couve, jambu, pepino, tomate etc.? Não inclua batata e mandioca/ macaxeira.

- Não comi legumes ou verduras nos últimos 30 dias (0 dia)
- Menos de 1 vez por dia (não comi todos os dias)
- 1 vez por dia
- 2 vezes por dia
- 3 vezes por dia
- 4 vezes por dia
- 5 vezes ou mais por dia

35. NOS ULTIMOS 30 DIAS, quantas vezes por dia você tomou refrigerante?

- Não tomei refrigerante nos últimos 30 dias (0 dia)
- Menos de 1 vez por dia (não tomei todos os dias)
- 1 vez por dia
- 2 vezes por dia
- 3 vezes por dia

- 4 vezes por dia
- 5 vezes ou mais por dia

3. ATIVIDADE FÍSICA

Agora vamos conversar sobre o tempo que você gasta fazendo atividades físicas e de lazer como praticar esporte (futebol, voleibol, basquete, handebol), brincar como os amigos, caminhar, correr, andar de bicicleta, nadar, dançar etc. Outros tipos de lazer são: assistir televisão, ficar no computador, celular.

Nas perguntas sobre os **ULTIMOS 7 DIAS**, considerar uma semana normal de aula, sem feriados ou férias.

36. NOS ULTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você FOI a pé ou de bicicleta para a escola?

- Nenhum dia nos últimos 7 dias (0 dia)
- 1 dia nos últimos 7 dias
- 2 dias nos últimos 7 dias
- 3 dias nos últimos 7 dias
- 4 dias nos últimos 7 dias
- 5 dias nos últimos 7 dias
- 5 dias mais sábado, nos últimos 7 dias
- 5 dias mais sábado e domingo, nos últimos 7 dias

37. Quando você VAI para a pé ou de bicicleta, quanto tempo você gasta?

- Menos de 10 minutos por dia
- 10 a 19 minutos por dia
- 20 a 29 minutos por dia
- 30 a 39 minutos por dia
- 40 a 49 minutos por dia
- 50 a 59 minutos por dia
- 1 hora ou mais por dia

38. NOS ULTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você VOLTOU a pé ou de bicicleta para a escola?

- Nenhum dia nos últimos 7 dias (0 dia)
- 1 dia nos últimos 7 dias
- 2 dias nos últimos 7 dias
- 3 dias nos últimos 7 dias
- 4 dias nos últimos 7 dias
- 5 dias nos últimos 7 dias
- 5 dias mais sábado, nos últimos 7 dias
- 5 dias mais sábado e domingo, nos últimos 7 dias

39. Quando você VOLTA para a pé ou de bicicleta, quanto tempo você gasta?

- Menos de 10 minutos por dia
- 10 a 19 minutos por dia
- 20 a 29 minutos por dia
- 30 a 39 minutos por dia
- 40 a 49 minutos por dia

50 a 59 minutos por dia

1 hora ou mais por dia

40. NOS ULTIMOS 7 DIAS, quantos dias você teve aula de educação física na escola?

Nenhum dia nos últimos 7 dias
(0 dia)

1 dia nos últimos 7 dias

2 dias nos últimos 7 dias

3 dias nos últimos 7 dias

4 dias nos últimos 7 dias

5 dias nos últimos 7 dias

5 dias mais sábado, nos últimos 7 dias

5 dias mais sábado e domingo, nos últimos 7 dias

41. NOS ULTIMOS 7 DIAS, quanto tempo por dia você fez atividade física ou esporte durante as aulas de educação física na escola?

Não fiz aula de educação física na escola nos últimos 7 dias.

Menos de 10 minutos por dia

10 a 19 minutos por dia

20 a 29 minutos por dia

30 a 39 minutos por dia

40 a 49 minutos por dia

50 a 59 minutos por dia

1 hora ou mais por dia

42. NOS ULTIMOS 7 DIAS, sem contar as aulas de educação física na escola, em quantos dias você praticou alguma atividade física, como esportes, dança, ginástica, musculação, lutas ou outra atividade?

Nenhum dia nos últimos 7 dias (0 dia)

1 dia nos últimos 7 dias

2 dias nos últimos 7 dias

3 dias nos últimos 7 dias

4 dias nos últimos 7 dias

5 dias nos últimos 7 dias

5 dias mais sábado, nos últimos 7 dias

5 dias mais sábado e domingo, nos últimos 7 dias

43. NORMALMENTE, quanto tempo por dia duram essas atividades (como esportes, dança, ginástica, musculação, lutas ou outra atividade) que você faz? (sem contar as aulas de educação física).

Menos de 10 minutos por dia

10 a 19 minutos por dia

20 a 29 minutos por dia

30 a 39 minutos por dia

40 a 49 minutos por dia

50 a 59 minutos por dia

1 hora ou mais por dia

44. NOS ULTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você fez atividade física por pelo menos 60 minutos (1 hora) por dia? (Some todo o tempo que você gastou em qualquer atividade física, EM CADA DIA)?

- Nenhum dia nos últimos 7 dias (0 dia)
- 1 dia nos últimos 7 dias
- 2 dias nos últimos 7 dias
- 3 dias nos últimos 7 dias
- 4 dias nos últimos 7 dias
- 5 dias nos últimos 7 dias
- 5 dias mais sábado, nos últimos 7 dias
- 5 dias mais sábado e domingo, nos últimos 7 dias

45. Em um dia de semana comum, quantas horas por dia você assiste TV? (não contar sábado, domingo e feriado)

- Não assisto TV
- Até 1 hora por dia
- Mais de 1 hora até 2 horas por dia
- Mais de 2 horas até 3 horas por dia
- Mais de 3 horas até 4 horas por dia
- Mais de 4 horas até 5 horas por dia
- Mais de 5 horas até 6 horas por dia
- Mais de 6 horas até 7 horas por dia
- Mais de 7 horas até 8 horas por dia
- Mais de 8 horas por dia

46. Em um dia de semana comum, quanto tempo você fica sentado (a), assistindo televisão, usando computador, jogando videogame, usando o celular, conversando com amigos (as), ou fazendo outras atividades sentado (a)? (não contar sábado, domingo, feriados e o tempo sentado na escola).

- Até 1 hora por dia
- Mais de 1 hora até 2 horas por dia
- Mais de 2 horas até 3 horas por dia
- Mais de 3 horas até 4 horas por dia
- Mais de 4 horas até 5 horas por dia
- Mais de 5 horas até 6 horas por dia
- Mais de 6 horas até 7 horas por dia
- Mais de 7 horas até 8 horas por dia
- Mais de 8 horas por dia

4. USO DE CIGARRO

Vamos conversar um pouco sobre o uso do cigarro e de outros produtos do tabaco por você e outras pessoas próximas a você.

Nas perguntas sobre OS ULTIMOS 30 DIAS considere um mês normal de aula, sem feriados ou férias.

47. Alguma vez na vida você já fumou cigarro?

- Sim.
- Não

48. Que idade você tinha quando experimentou fumar cigarro pela primeira vez?

- 7 anos de idade ou menos
- 8 anos
- 9 anos
- 10 anos
- 11 anos
- 12 anos
- 13 anos
- 14 anos
- 15 anos
- 16 anos
- 17 anos
- 18 anos ou mais

49. NOS ULTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você fumou cigarros?

- Nenhum dia nos últimos 30 dias
- 1 a 2 dias nos últimos 30 dias
- 3 a 5 dias nos últimos 30 dias
- 6 a 9 dias nos últimos 30 dias
- 10 a 19 dias nos últimos 30 dias
- 20 a 29 dias nos últimos 30 dias
- Todos os dias nos últimos 30 dias

50. NOS ULTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você usou outros produtos de tabaco: cigarros de palha ou enrolados a mão, charuto, cachimbo,

cigarrilha, fumo de mascar etc.? (não incluir cigarro comum)

- Não uso outros produtos de tabaco
- Nenhum dia nos últimos 30 dias (0 dia)
- 1 a 2 dias nos últimos 30 dias
- 3 a 5 dias nos últimos 30 dias
- 6 a 9 dias nos últimos 30 dias
- 10 a 19 dias nos últimos 30 dias
- 20 a 29 dias nos últimos 30 dias
- Todos os dias nos últimos 30 dias

51. NOS ULTIMOS 7 DIAS, em quantos dias pessoas fumaram na sua presença?

- Nenhum dia nos últimos 7 dias (0 dia)
- 1 ou 2 dia nos últimos 7 dias
- 3 ou 4 dias nos últimos 7 dias
- 5 ou 6 dias nos últimos 7 dias
- Todos os 7 dias

52. Algum de seus pais ou responsáveis fuma?

- Nenhum deles
- Só meu pai ou responsável do sexo masculino
- Só minha mãe ou responsável do sexo feminino
- Meu pai e minha mãe ou responsáveis
- Não sei

5. BEBIDAS ALCOOLICAS

As próximas perguntas referem-se ao consumo de bebidas alcoólicas por você e pessoas próximas a você.

Para respondê-las considere UMA DOSE DE BEBIDA corresponde a uma latinha de cerveja ou um copo de Chopp, uma taça de vinho, uma dose de cachaça/pinga, ou vodca, ou vodca-ice, ou uísque, etc.

ATENÇÃO! A ingestão de bebidas alcoólicas não inclui experimentar o gosto ou tomar poucos goles como os de vinho para fins religiosos.

53. Alguma vez na vida você tomou uma dose de bebida alcoolica (uma dose equivale uma lata de cerveja ou uma taça de vinho ou uma dose de cachaça ou uísque)?

Sim.

Não

54. Que idade você tinha quando tomou a primeira dose de bebida alcoólica (uma dose equivale uma lata de cerveja ou uma taça de vinho ou uma dose de cachaça ou uísque)?

7 anos de idade ou menos

8 anos

9 anos

10 anos

11 anos

12 anos

13 anos

14 anos

15 anos

16 anos

17 anos

18 anos ou mais

55. NOS ULTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você tomou pelo menos um copo ou uma dose de bebida alcoólica (uma dose equivale uma lata de cerveja ou uma taça de vinho ou uma dose de cachaça ou uísque)?

Não tomei nenhuma bebida alcoolica nos últimos 30 dias (0 dia)

Menos de um copo ou dose nos últimos 30 dias

1 copo ou 1 dose nos últimos 30 dias

3 copos ou 3 doses nos últimos 30 dias

4 copos ou 4 doses nos últimos 30 dias

5 copos ou mais ou 5 doses ou mais nos últimos 30 dias

56. Quantos amigos seus consomem bebida alcoólica?

Nenhum deles

Poucos

Alguns

A maioria

Todos

Não sei

57. Algum de seus pais ou responsáveis consome bebida alcoólica?

Nenhum deles

Só meu pai ou responsável do sexo masculino

Só minha mãe ou responsável do sexo feminino

Meu pai e minha mãe ou responsáveis

Não sei

Fim do questionário do Estudante.

Agora suas medidas serão verificadas.

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS E DA PRESSÃO ARTERIAL

Medida	1º	2º	3º	Final	Medida	1º	2º	3º	Final
Massa (kg)	_____	_____	_____	_____	PAS (mmHg)	_____	_____	_____	_____
Estatura (cm)	_____	_____	_____	_____	PAD (mmHg)	_____	_____	_____	_____
C. cintura (cm)	_____	_____	_____	_____					

APÊNDICE G - ORÇAMENTO

PROCEDIMENTO	Quantidade	Nº de meses	VALOR UNITÁRIO EM REAIS	VALOR TOTAL EM R\$
PESSOA FÍSICA				
Correção ortográfica e ABNT	01	01	R\$ 723,00	R\$ 723,00
Tradutor (Inglês)	01	01	R\$ 30,00	R\$ 30,00
MATERIAL DE CONSUMO				
Aparelho de pressão digital G-Tech®, modelo MA 100	1	2	R\$ 200,00	R\$ 200,00
Impressora Multifuncional Epson – L4150	1	6	R\$ 1.200,00	R\$ 1.200,00
Resma de papel A4	7	1	R\$ 22,00	R\$ 154,00
Trena antropométrica em fibra de vidro da marca Sanny®	2	2	R\$ 32,00	R\$ 32,00
Caneta esferográfica	400	1	R\$ 0,75	R\$ 300,00
Caneta marca texto	3	1	R\$ 0,80	R\$ 2,40
Caixa de clips	3	1	R\$ 1,50	R\$ 5,00
Grampeador	1	1	R\$ 7,50	R\$ 7,50
Caixa de grampos	1	1	R\$ 3,00	R\$ 3,00
Pasta p/ arquivar questionários	10	1	R\$ 6,25	R\$ 62,25
TRANSPORTE E LOCOMOÇÃO				
Gasolina	400	1	R\$ 4,30	R\$ 1.720,00
TOTAL GERAL				R\$ 4.439,15

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA SEDUC



Governo do Estado do Pará
Secretaria de Estado de Educação
Secretaria Adjunta de Ensino

Ofício Nº 173 / 2017 – GAB / SAEN

Belém, 18 de setembro de 2017

À Senhora
Dra. MARÍLIA DE SOUZA ARAÚJO
Orientadora do Projeto e Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia (PPGSAS/UFGA)
Endereço: Praça Camilo Salgado, nº 01, Umarizal. Belém, Pará, Brasil -
CEP 66.050-060

Assunto: Autorização para pesquisa

Sra. Orientadora,

Em resposta à solicitação de autorização para realização de pesquisa intitulada “Adolescentes Rurais: Comportamento de Risco para Doenças Crônicas não transmissíveis em um Município do Interior do Estado do Pará” do Aluno de Mestrado, o senhor Victor Vieira de Oliveira, informamos o deferimento do pedido, tendo em vista que os resultados da pesquisa poderão contribuir para o aprimoramento do atendimento ao aluno do Ensino Médio da Rede Estadual de Ipixuna do Pará e, quiçá, contribuir para a melhoria do IDHM do referido município. Portanto, também parabenizamos a iniciativa.

Atenciosamente,


JOSÉ ROBERTO ALVES DA SILVA
Secretário Adjunto de Ensino

José Roberto Alves da Silva
Secretário Adjunto de Ensino
Insc. 5327579-a

À SAEN,

Para Arquivo.

Em: 21/09/2017

SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO
SECRETARIA ADJUNTA DE ENSINO

Secretaria de Estado de Educação, Rod. Augusto Montenegro S/N, KM-10, CEP: 66.820.000
“Ser referência em educação pública de excelência na Região Amazônica”



ANEXO B - TERMO DE ANUÊNCIA SEMED

PREFEITURA MUNICIPAL DE IPIXUNA DO PARÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO/SEMED
GABINETE DA SECRETÁRIA DE EDUCAÇÃO

**TERMO DE ANUÊNCIA**

A Secretaria Municipal de Educação de Ipixuna do Pará está de acordo com a execução do projeto **“Adolescentes Rurais: Comportamentos de Risco para Doenças Crônicas não Transmissíveis em um Município do Interior do Estado do Pará.”**, coordenado pelo pesquisador Victor Vieira de Oliveira, sob orientação da Prof. Dra. Marília de Sousa Araújo do Programa de Pós Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia – PPGSAS da Universidade Federal do Pará, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa nesta Instituição durante a realização da mesma.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012 do CNS. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Ipixuna do Pará, 24 de agosto de 2017.


Aene da Silva Labato
Secretaria Municipal de Educação
Portaria nº 002/2017
Secretaria Municipal de Educação

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ADOLESCENTES RURAIS: COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO ESTADO DO PARÁ.

Pesquisador: VICTOR MEIRADE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 90908218.3.0000.0018

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/UFPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.856.862

Apresentação do Projeto:

Estudos recentes vêm demonstrando a transição demográfica e o deslocamento das doenças crônicas não transmissíveis para os países de baixa e média renda - e nesses em suas áreas mais pobres - principalmente entre os adolescentes, que somam agora mais de um terço da população em algumas áreas. Embora se reconheça que estas doenças sejam mais comumente percebidas em indivíduos em idade adulta, suas manifestações são resultantes da interação de fatores de risco adquiridos ainda em idade precoce. Objetivo: Identificar os determinantes de risco para DCNT em adolescentes da zona rural em um município do nordeste do Estado do Pará. Metodologia: Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, observacional, em amostra representativa de estudantes de ambos os sexos, com idade compreendida entre 15 e 19 anos, matriculados em escolas públicas, cursando do 1º ao 3º ano do ensino médio regular na zona rural do município de Ipixuna do Pará, Estado do Pará. A amostra terá um total de 193 adolescentes entrevistados e avaliados, estratificados por turmas das seis escolas envolvidas. As variáveis utilizadas serão: consumo alimentar; nível de atividade física; consumo de álcool e tabagismo; prevalência de excesso de peso (sobrepeso e obesidade); e pressão arterial. A realização da pesquisa foi precedida de autorização das Secretarias Estadual e Municipal de Educação. Este projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, seguindo as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cep.ocs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 2.856.862

(BRASIL, 2013), tendo início somente após a aprovação do referido CEP.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Identificar os determinantes de risco para doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes da zona rural em um município do nordeste do Estado do Pará. Objetivo Secundário: - Avaliar o consumo alimentar; - Avaliar o nível de atividade física.- Verificar a frequência de álcool e tabagismo;- Descrever a prevalência de excesso de peso (sobrepeso e obesidade); - Descrever as alterações de pressão arterial;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: O presente trabalho pode oferecer como riscos o desconforto e constrangimento ao paciente no momento da avaliação antropométrica, cansaço ou aborrecimento ao responder questionários, entretanto, os procedimentos serão realizados com todos os cuidados necessários para evitar qualquer incômodo. Benefícios: O estudo possibilitará descobrir a influência dos determinantes de risco para DCNT em adolescentes situados em áreas rurais da região Norte do país, por meio de diferentes indicadores e a influência destes na evolução clínica destes indivíduos para a vida adulta, proporcionando assim diagnóstico e intervenção cada vez mais precoce, otimizando o tratamento e proporcionando melhores resultados à saúde coletiva.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo encaminhado dispõe de metodologia e critérios conforme resolução 466/12 do CNS/MS

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados contemplam os sugeridos pelo sistema CEP/CONEP.

Recomendações:

- 1 -Sugerimos as modificações dos contatos deste CEP no TCLE: Tel: 32018349 e o e-mail: cepccs@ufpa.br
- 2 - Sugerimos incluir estes contatos do CEP no Termo de Assentimento.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ.

O pesquisador deve atender as recomendações constante neste parecer.

Endereço: Rua Augusto Comêa nº 01-Sl do ICS 13- 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepccs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 2.856.862

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1112697.pdf	04/06/2018 15:31:44		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	04/06/2018 15:29:34	VICTOR VIEIRA DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_ASSENTIMENTO_.pdf	04/06/2018 15:23:11	VICTOR VIEIRA DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_.pdf	04/06/2018 15:22:18	VICTOR VIEIRA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_ISENCAO_DE_ONUS_FINANCEIRO.pdf	04/06/2018 15:14:59	VICTOR VIEIRA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	CARTA_DE_ENCAMINHAMENTO_AO_CEP_.pdf	04/06/2018 15:14:10	VICTOR VIEIRA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	CARTA_DE_ACEITE_DO_ORIENTADOR.pdf	04/06/2018 15:12:58	VICTOR VIEIRA DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_COMPROMISSO_DO_PESQUISADOR.pdf	04/06/2018 15:11:56	VICTOR VIEIRA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	TERMO_DE_ANUENCIA_SEMED.pdf	01/05/2018 15:42:18	VICTOR VIEIRA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	TERMO_DE_ANUENCIA_SEDUC.pdf	01/05/2018 15:41:27	VICTOR VIEIRA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	QUESTIONARIO_ADAPTADO.pdf	01/05/2018 15:35:08	VICTOR VIEIRA DE OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	01/05/2018 15:25:39	VICTOR VIEIRA DE OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepccs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Cituação do Parecer: 2.856.862

BELEM, 30 de Agosto de 2018

Assinado por:
Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: oepcos@ufpa.br