



Sistema de monitoramento de fatores de risco e proteção à saúde de adolescentes da Rede Pública Municipal de Ensino da cidade do Rio de Janeiro

N° 20070802
Agosto - 2007

Alcides Carneiro (IPP/Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro), Carlos Augusto Monteiro (FSP/USP), Carlos dos Santos Silva (S/SUBASS/APS/GSE), Elyne Montenegro Engstrom (S/ INAD, ENSP/ Fiocruz), Inês Rugani Ribeiro de Castro (S/INAD, UERJ), Letícia Oliveira Cardoso (S/ INAD, ENSP/ Fiocruz), Renata Bertazzi Levy (IS/SES/SP), Rosana Iozzi (S/SUBASS/SVS/GIE), Silvana Costa Caetano (S/SUBASS/SVS/GIE), Vanessa dos Reis de Souza (S/SUBASS/SVS/GIE), Viviane Manso Castello Branco (S/SUBASS/APS).



EXPEDIENTE

A **Coleção Estudos Cariocas** é uma publicação virtual de estudos e pesquisas sobre o Município do Rio de Janeiro, abrigada no portal de informações do Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos da Secretaria Municipal de Urbanismo da Prefeitura do Rio de Janeiro (IPP) : www.armazemdedados.rio.rj.gov.br.

Seu objetivo é divulgar a produção de técnicos da Prefeitura sobre temas relacionados à cidade do Rio de Janeiro e à sua população. Está também aberta a colaboradores externos, desde que seus textos sejam aprovados pelo Conselho Editorial.

Periodicidade:

A publicação não tem uma periodicidade determinada, pois depende da produção de textos por parte dos técnicos do IPP, de outros órgãos e de colaboradores.

Submissão dos artigos:

Os artigos são submetidos ao Conselho Editorial, formado por profissionais do Município do Rio de Janeiro, que analisará a pertinência de sua publicação.

Conselho Editorial:

Ana Paula Mendes de Miranda, Fabrício Leal de Oliveira, Fernando Cavallieri e Paula Serrano.

Coordenação Técnica:

Cristina Siqueira e Renato Fialho Jr.

Apoio:

Iamar Coutinho

CARIOCA – Da, ou pertencente ou relativo à cidade do Rio de Janeiro; do tupi, “casa do branco”. (Novo Dicionário Eletrônico Aurélio, versão 5.0)

SISTEMA DE MONITORAMENTO DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO À SAÚDE DE ADOLESCENTES DA REDE PÚBLICA MUNICIPAL DE ENSINO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Alcides Carneiro (IPP/Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro), Carlos Augusto Monteiro (FSP/USP), Carlos dos Santos Silva (S/SUBASS/APS/GSE), Elyne Montenegro Engstrom (S/ INAD, ENSP/ Fiocruz), Inês Rugani Ribeiro de Castro (S/INAD, UERJ), Leticia Oliveira Cardoso (S/ INAD, ENSP/ Fiocruz), Renata Bertazzi Levy (IS/SES/SP), Rosana Iozzi (S/SUBASS/SVS/GIE), Silvana Costa Caetano (S/SUBASS/SVS/GIE), Vanessa dos Reis de Souza (S/SUBASS/SVS/GIE), Viviane Manso Castello Branco (S/SUBASS/APS).

Introdução

As Doenças e Agravos Não Transmissíveis (Dant) ocupam lugar de destaque entre as principais causas de morte no Brasil. Alguns hábitos relacionados ao modo como as pessoas vivem, como o tabagismo, o baixo consumo de frutas, legumes e verduras (FLV) e o sedentarismo aumentam substancialmente o risco para a ocorrência das Dant. A adolescência, período de consolidação de hábitos e valores que tendem a permanecer na fase adulta, deve ser foco prioritário para ações de promoção da saúde e prevenção dos fatores de riscos relacionados às Dant^{1,2}.

Um componente fundamental para o norteamo de políticas sociais mais efetivas bem como para sua avaliação é o conhecimento sobre a magnitude, a distribuição e a tendência temporal de fatores de risco e proteção à saúde nas populações para as quais essas políticas são dirigidas. A apuração com base metodológica adequada e a análise crítica de dados, além de subsidiarem os formuladores de políticas, gestores e profissionais da saúde e da educação, poderão servir de ferramentas na interlocução desse grupo de técnicos com a comunidade, quer na construção de propostas pedagógicas ou de programas de saúde.

A OMS tem recomendado a implantação e manutenção de sistemas de monitoramento de fatores de risco à saúde de adolescentes. Em países da Europa e nos Estados Unidos, estes sistemas foram implementados em suas redes de ensino e têm auxiliado gestores e profissionais de saúde e educação na modificação de currículos e reestruturação de programas de saúde voltados para esta faixa etária^{3,4}.

A escola é considerada espaço privilegiado não só para implementar esses sistemas de monitoramento, mas também para promover o debate das questões de saúde na prática pedagógica, uma vez que são geradas informações que subsidiam a realização de ações públicas efetivas e integradas para este grupo. Estas informações estimulam também a reflexão crítica dos sujeitos e da comunidade quanto às suas condições de saúde e qualidade de vida, propiciando a adoção de escolhas mais acertadas no seu cotidiano e a busca por soluções mais efetivas para a promoção da Saúde.

Apesar de inúmeras experiências de promoção de saúde nas escolas, o Brasil não havia experimentado, até o presente estudo, a implantação de tais sistemas no âmbito escolar.

Na última década, em parceria com outros órgãos da Prefeitura do Rio e com

instituições acadêmicas, a Secretaria Municipal de Saúde vem estruturando sistemas de monitoramento baseados em inquéritos epidemiológicos periódicos, entre eles o Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção à Saúde de Adolescentes na escola. A presente publicação apresenta a experiência inovadora de implantação deste sistema, ocorrida em 2003, assim como os principais resultados do estudo, que compõem a linha de base do sistema no Rio de Janeiro.

Materiais e métodos

População de estudo e amostragem

A população-alvo foi composta por uma amostra representativa dos escolares matriculados na 8ª série (no ano de 2003) da rede pública municipal de ensino. A partir de um universo de 47.753 alunos (distribuídos em 1.206 turmas), foi calculada uma amostra probabilística por conglomerado (turmas) resultando em 2.087 alunos distribuídos em 53 turmas.

Questionário

Com base em instrumentos utilizados nos sistemas de monitoramento de outros países e em estudo realizado no Rio de Janeiro,^{5,6,7} foi construído um questionário adaptado à nossa realidade. Essa construção contou com a participação de gestores municipais das áreas de nutrição, saúde do adolescente e saúde escolar.

As variáveis de interesse foram agrupadas segundo os seguintes temas: características demográficas, condição socioeconômica, padrão de consumo alimentar, nível de atividade física, hábito de assistir a TV, jogar videogame e/ou usar computador; imagem corporal, consumo de drogas, saúde bucal, auto-percepção e relação com a família e com a escola. Este instrumento foi construído de forma a ser autopreenchido e anônimo, com o objetivo de aumentar a validade das respostas.

O questionário foi previamente testado com 26 alunos de 8ª série de uma escola da Rede Municipal de Ensino. A partir do pré-teste, o instrumento sofreu modificações de conteúdo e forma, sendo constituído de 63 questões em sua versão final.

Coleta de dados

Previamente à coleta de dados, foram realizadas reuniões com representantes da Secretaria Municipal de Educação e diretores das escolas sorteadas com dois objetivos: (a) apresentar a finalidade do estudo, os métodos adotados e os recursos necessários para operacionalização do estudo e (b) entregar aos diretores um impresso contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e perguntas sobre escolaridade materna e do chefe do domicílio, a ser preenchido e assinado pelos responsáveis dos alunos. Os diretores que não compareceram foram convidados para nova reunião e alguns poucos que continuaram faltosos foram contatados por telefone.

A coleta de dados consistiu no preenchimento de questionário anônimo pelos alunos e na tomada de peso e altura por pesquisadores treinados, seguindo-se a padronização internacional⁸. Esses procedimentos foram realizados na própria escola em dia pré-estipulado.

Antes da entrega e preenchimento do questionário os pesquisadores informavam aos alunos que o questionário deveria ser preenchido individualmente e que suas respostas seriam mantidas em sigilo e em anonimato.

Variáveis e indicadores

Com base nos temas abordados no questionário, foram selecionados e construídos alguns indicadores apresentados a seguir:

Características sociodemográficas e de desempenho escolar: idade do aluno, sexo, raça/cor, adequação série/idade, repetência, presença do pai e/ou da mãe no domicílio, principal provedor financeiro, principal responsável pelo cuidado do aluno, escolaridade do chefe do domicílio e densidade domiciliar.

Consumo alimentar: frequência de consumo de determinados tipos de alimentos saudáveis, como feijão, salada crua, legume cozido (exceto batata), fruta e leite e alimentos não saudáveis, como refrigerante, guloseimas (ex: doces, balas, etc.), salgado (ex: coxinha de galinha, pastel, joelho), batata frita e hambúrguer/cachorro quente. A partir da frequência de consumo desses alimentos, foi construído o indicador que expressa a proporção de alunos que consomem frequentemente (em pelo menos 5 dias da semana) cada um dos alimentos selecionados.

Nível de atividade física/sedentarismo: os indicadores de atividade física foram construídos a partir do número de dias e de horas por dia, que o aluno praticava algum esporte ou exercício físico e, também, com base no tempo que o aluno despendia caminhando ou pedalando no deslocamento entre sua casa e escola. Os indicadores de sedentarismo foram construídos com base no número de horas alocadas em frente à TV e/ou videogame e computador em um dia de semana comum.

Estado nutricional: avaliado por meio do Índice de Massa Corporal ($IMC = \text{peso} / \text{altura}^2$) para idade e sexo. Os pontos de corte utilizados para diagnóstico nutricional foram os preconizados pela Organização Mundial da Saúde⁹ e pelo Ministério da Saúde¹⁰: percentis (p) 5, 85 e 95 da curva de referência norte-americana, para baixo peso, excesso de peso e obesidade, respectivamente. Note-se que o excesso de peso ($IMC > p85$) engloba a categoria obesidade ($IMC > p95$). Foram considerados com peso adequado os adolescentes que apresentavam valores de percentil entre 5 e 85 da mesma referência.

Imagem corporal: percepção sobre o peso (muito magro, magro, normal, gordo e muito gordo) e satisfação com o corpo. Para este segundo aspecto, foi apresentada a afirmativa “estou feliz com o meu corpo”, sendo oferecidas as seguintes opções de resposta: “concordo totalmente”, “concordo em parte”, “estou em dúvida”, “discordo em parte” e “discordo totalmente”. Na análise dos dados de cada aspecto, as opções de resposta foram agrupadas em três categorias, unindo-se os extremos e mantendo-se a categoria intermediária: i) magro, normal e gordo; e ii) concordo, estou em dúvida e discordo.

Auto-percepção e relação com a família e com a escola: impressão do aluno sobre atitudes da sua família em relação a ele e em relação a determinados comportamentos; opinião do aluno sobre sua relação com a escola e com seus colegas. Foram apresentadas situações para que o aluno respondesse a frequência de sua ocorrência (sempre, com frequência, às vezes, raramente, nunca). No que diz respeito ao uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas, o aluno foi inquirido sobre qual seria a reação de sua família caso determinadas situações ocorressem, tais como o aluno chegar bêbado em casa e fumar cigarro ou fumar maconha.

A intenção deste bloco de perguntas foi fazer uma primeira aproximação com este campo de comportamentos e atitudes, buscando captar situações de proteção e construir indicadores com base na opinião dos alunos sobre suas relações com seus núcleos de convivência (amigos, família e escola).

Análise dos dados

Para comparação das proporções, foram estimados os intervalos de confiança de 95% (IC 95%), levando-se em conta o desenho da amostra (probabilística por cluster) e foram consideradas estatisticamente significativas as diferenças sem superposição dos IC entre os grupos comparados. O software utilizado para entrada dos dados foi o EPI-INFO versão 6.04¹¹ e para as análises o Stata 9.0¹² e SPSS v.13¹³.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Municipal Souza Aguiar da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Participaram do estudo somente os alunos que apresentaram o TCLE assinado no momento da coleta de dados.

Resultados e discussão

Dos 2.087 alunos de oitava série inicialmente sorteados, foram efetivamente estudados 1.699 alunos (81,5% do estimado). As perdas se deveram, principalmente, à não devolução do TCLE assinado pelo responsável no dia da pesquisa. As turmas possuíam, em média, 32 alunos. O tempo médio para preenchimento do questionário foi de 25 minutos e o tempo médio de medição de peso e altura por turma foi de 50 minutos.

Características sociodemográficas

A maioria dos escolares encontrava-se com idade entre 14 (41,5%) e 15 anos (30,4%), resultados similares àqueles encontrados para a população carioca matriculada na 8ª série, segundo o Censo Demográfico de 2000 (42,5% e 29,2%, respectivamente). Quanto à distribuição por sexo, o estudo apresentou concentração ligeiramente superior de meninas (52,8%) quando comparada à do Censo (50,0%). Já em relação à raça/cor, a análise entre os participantes revelou que a proporção de alunos de escola pública que informaram ter cor branca foi menor (34,3% versus 39,7%) e a soma de pardos e negros foi maior (57,8% versus 45,1%) que os resultados do Censo. As diferenças encontradas podem ser explicadas pelo perfil do público-alvo, já que a rede de Ensino Fundamental da Prefeitura do Rio atende a estudantes de menor renda, onde predominam os adolescentes pardos e negros (**Tabela 1**).

A distribuição da amostra estudada segundo escolaridade do chefe do domicílio indicou proporções semelhantes de baixa escolaridade entre o estudo aqui apresentado e o Censo (13,0 e 15,6%, respectivamente). Contudo, as proporções de escolaridade alta (≥ 11 anos de estudo) foram bastante distintas (24,7 e 41,3%, respectivamente), reiterando afirmação anterior de que na rede pública de ensino estão concentradas as famílias com situação socioeconômica menos favorecida.

Outro marcador de condição sócio-econômica avaliado no presente estudo foi a densidade de pessoas por cômodos utilizados como dormitório. Observou-se que a grande maioria reside em moradias com média de até duas pessoas por cômodo (77%), ou seja, três em cada quatro adolescentes residem em domicílios com uma densidade considerada adequada (**Tabela 1**), sendo estes resultados semelhantes aos encontrados no Censo 2000 (75,1%).

Quanto à composição e organização familiar, a maioria dos alunos declarou que mora com pai e mãe (58,0%), que o pai é principal provedor (56%) e que a mãe é a principal responsável pelo seu cuidado (80,9%).

Quanto ao índice de repetência, os resultados indicam que quase um terço dos alunos estudados (31,7%) já repetiram alguma série pelo menos uma vez ao longo do

ensino fundamental.

Consumo alimentar

Na **Figura 1** apresentou-se o consumo cotidiano dos alimentos selecionados segundo sexo. Em relação aos alimentos escolhidos como marcadores de hábitos alimentares saudáveis, o feijão é aquele consumido cotidianamente pela grande maioria dos alunos, o leite e as frutas são consumidos por cerca de metade e a salada crua e o legume cozido (exceto batata), pela minoria do grupo estudado. Foi observada diferença entre meninos e meninas em relação ao consumo cotidiano de feijão (maior entre meninos) e de salada crua (maior entre as meninas) (**Figura 1-a**).

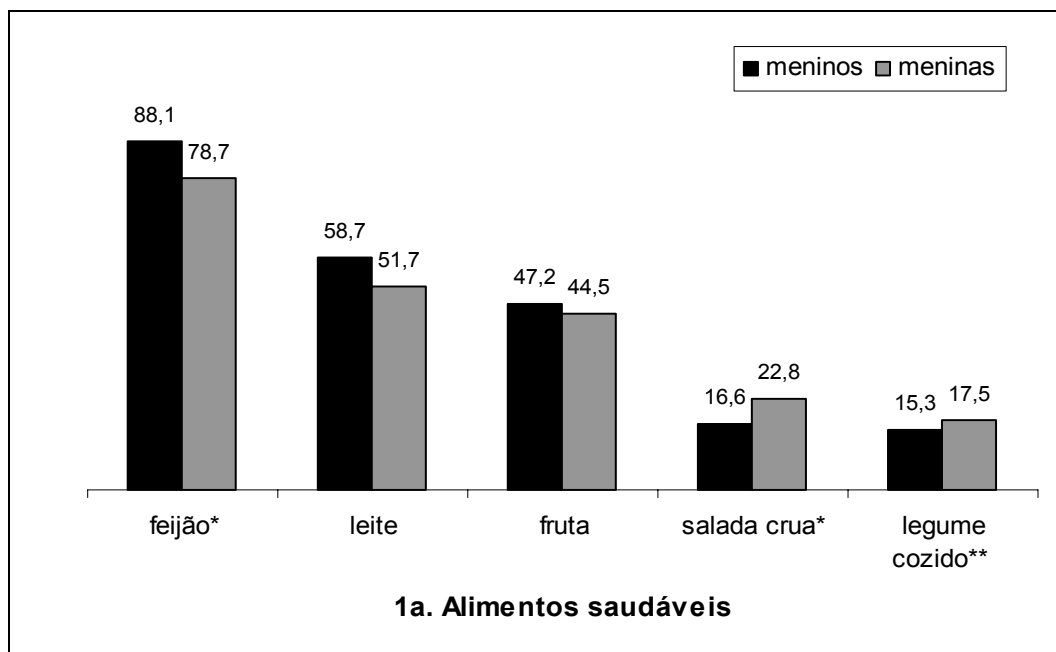
Quanto aos alimentos escolhidos como marcadores de hábitos alimentares não saudáveis, chama atenção o fato de doces/balas e refrigerantes serem consumidos cotidianamente por quase metade (46,7%) e por mais de 1/3 dos alunos (36,7%), respectivamente. Os três outros tipos de alimentos (salgado, hambúrguer/cachorro quente e batata frita), usualmente adquiridos em cantinas e lanchonetes, são consumidos cotidianamente por até 13,1% dos alunos. Nesse grupo de alimentos, observou-se comportamento distinto entre meninos e meninas somente para o consumo de doces/balas, com maior proporção de consumo cotidiano entre as meninas (**Figura 1-b**).

Tabela 1. Características sócio-demográficas dos adolescentes. Alunos de oitava série da rede pública municipal de ensino do Rio de Janeiro. 2003.

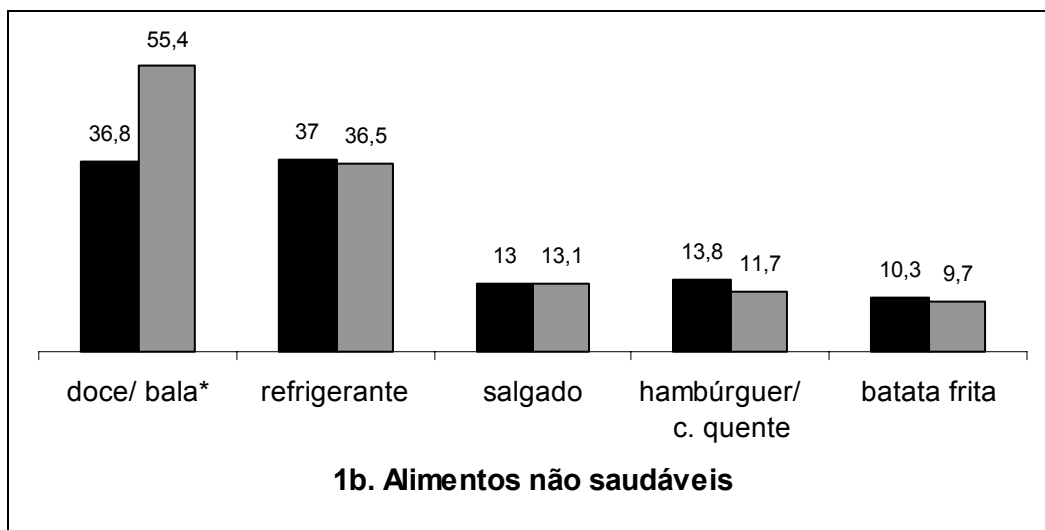
| Características sócio-demográficas (número de respostas) | % |
|--|----------|
| Sexo (1684) | |
| Masculino | 47,2 |
| Feminino | 52,8 |
| Idade (anos) (1695) | |
| 13 – 13,9 | 8,2 |
| 14 – 14,9 | 41,5 |
| 15 – 15,9 | 30,4 |
| 16 – 16,9 | 11,7 |
| 17 – 17,9 | 6,1 |
| >=18 | 2,1 |
| Cor/ raça (1585) | |
| Branca | 34,3 |
| Negra | 9,7 |
| mulata/Morena | 48,1 |
| Amarela/ oriental | 6,8 |
| Indígena | 1,1 |
| Presença do pai e/ou da mãe no domicílio (1699) | |
| Pai e mãe | 58,0 |
| Só mãe | 25,8 |

| | |
|--|------|
| Só pai | 3,7 |
| Nem pai nem mãe | 12,5 |
| <i>Escolaridade do chefe do domicílio (1485)</i> (anos completos de estudo) | |
| 0 – 3 | 13,0 |
| 4 – 7 | 33,0 |
| 8 – 10 | 29,3 |
| 11 e mais | 24,7 |
| <i>Nº de pessoas/ cômodo da residência (1561)</i> | |
| até 2 pessoas | 77,0 |
| mais de 2 pessoas | 23,0 |

Figura 1. Consumo (%) de alimentos selecionados em 5 dias ou mais por semana segundo sexo. Alunos de oitava série da rede pública municipal de ensino do Rio de Janeiro.



**Exceto batata.



* Diferença estatisticamente significativa entre meninos e meninas

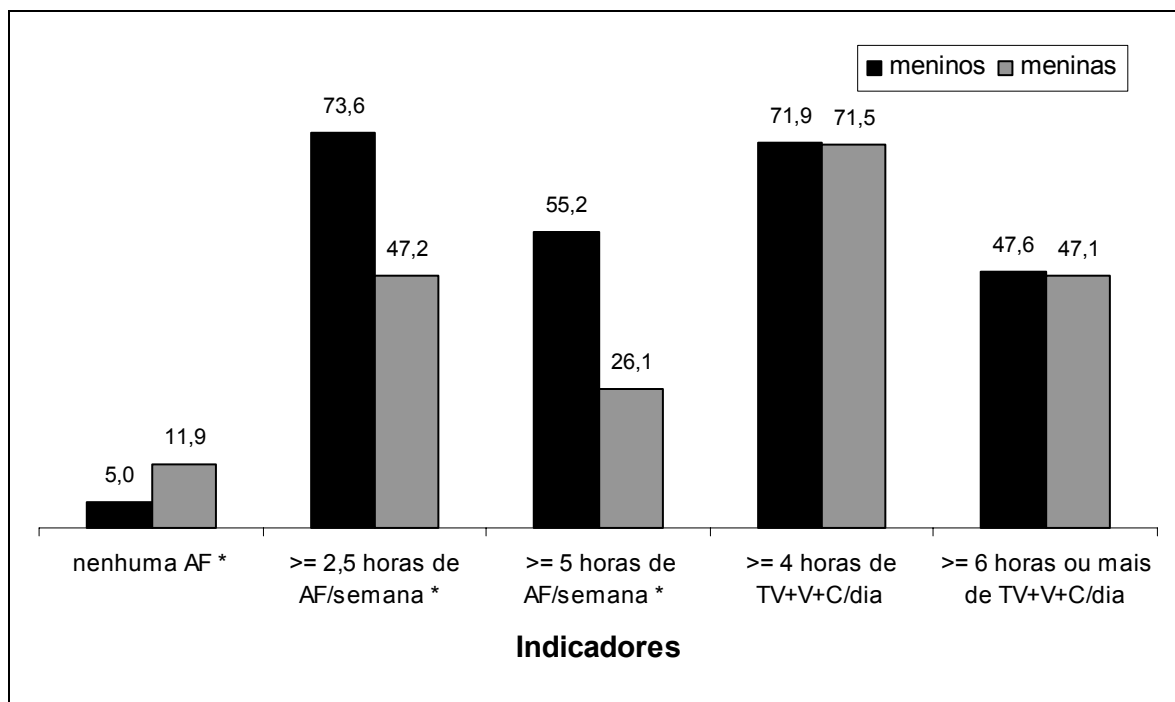
Nível de atividade física e sedentarismo

Observou-se que 8,6% dos adolescentes não realizavam qualquer tipo de atividade física (exercícios, esportes ou caminhada/uso de bicicleta para ir à escola), que 40,0% dos alunos alcançaram a recomendação mínima para adolescentes (pelo menos 300 minutos (5 horas) por semana de atividades físicas moderadas ou intensas)¹⁴ e que 60,0% dos alunos alcançaram a preconização internacional para adultos, que recomenda o acúmulo de pelo menos 150 minutos (2,5 horas) por semana de atividade física moderada². Em geral, os meninos eram muito mais ativos que as meninas, particularmente em se tratando de atividades físicas mais intensas (esportes ou exercícios físicos). (**Figura 2**).

Sobre o hábito de assistir a TV e usar videogame e/ou computador, observou-se que 71,7% passavam pelo menos 4 horas do seu dia em frente à TV, videogame ou computador e que 47,4% deles alocavam pelo menos 6 horas por dia nessas atividades. Ainda que os meninos passassem mais tempo em frente ao videogame e ao computador e as meninas passassem mais tempo em frente à TV, quando somados os tempos alocados nessas duas atividades, não foram observadas diferenças entre eles.

Estudo realizado com estudantes da 8ª série de escolas públicas de Niterói apontou resultados semelhantes aos encontrados neste estudo no que diz respeito à maior proporção de meninos que praticam regularmente atividades físicas e à alocação de horas diárias em frente à TV (média de 4,7 horas)¹⁵.

Figura 2. Prática de atividade física (AF) e do hábito de assistir TV, jogar videogame e usar computador (TV+V+C) segundo sexo. Alunos de oitava série da rede pública municipal de ensino do Rio de Janeiro. 2003.



* Diferença estatisticamente significativa entre meninos e meninas

Consumo de cigarros, álcool e drogas ilícitas

Do conjunto de alunos estudados, 21,9% relataram já haver experimentado fumar cigarro. Destes, 17,8% (3,9% do total estudado) relataram ter experimentado tabaco antes de completar 12 anos de idade. Do total dos alunos, 8,6% declararam fazer uso de cigarro e, destes, 12,1% (1,0% do total estudado) afirmaram fazê-lo em pelo menos seis dias da semana. Com exceção do indicador de intensidade de uso do cigarro, todos os resultados foram piores entre as meninas (**Figura 3**).

Resultados de estudos realizados nos anos de 2002 e 2003 em 12 capitais brasileiras dirigidos a adolescentes de 12 a 17 anos ou mais de idade, inclusive no Rio de Janeiro, revelaram proporções de experimentação de cigarro muito mais altas que as observadas neste estudo¹⁶. Parte desta diferença pode ser explicada pelo fato de, nesses estudos, ter sido maior a proporção de jovens com 16 anos ou mais de idade. Quando analisadas as diferenças entre os sexos, a maioria das capitais (10 entre 12 estudadas) apresentou maior proporção de experimentação entre os meninos ou igual proporção entre os sexos. Nossos resultados assemelharam-se aos de Curitiba e Porto Alegre, onde a maior proporção de experimentação se deu entre as meninas.

Quanto à exposição ao álcool, 60,6% dos jovens já haviam experimentado bebidas alcoólicas, dos quais 26,3% (15,9% do total estudado) relataram ter experimentado álcool antes de 12 anos de idade. Dentre o grupo que experimentou álcool, 27,8% relataram ter estado bêbados pelo menos uma vez em sua vida. Quase metade dos alunos (47,0%) relatou fazer uso dessas bebidas e, daqueles que as usavam, 10% (4,7% do total estudado) afirmavam ingeri-las pelo menos uma vez por semana. Foi observada maior exposição entre as meninas no que diz respeito à experimentação e consumo dessas bebidas.

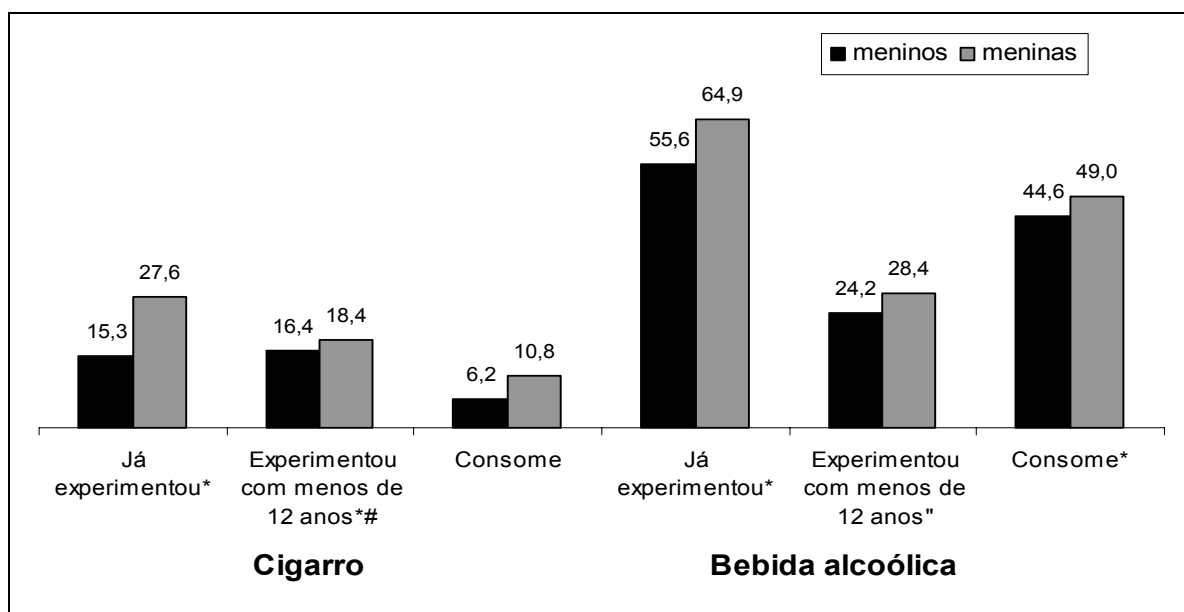
Estudo realizado com estudantes do ensino médio de Porto Alegre mostrou que 93% deles já haviam consumido álcool alguma vez na vida e que metade dos que já haviam experimentado consumia bebidas alcoólicas pelo menos uma vez por semana¹⁷. Ainda que não permitam uma comparação perfeita com o presente estudo,

já que foram baseados em alunos de ensino médio, os dados de Porto Alegre reforçam a constatação de que é muito alta a permissividade da sociedade brasileira em relação ao álcool entre jovens com idade inferior a 18 anos.

Quanto à exposição a drogas ilícitas, 2,0% dos jovens relataram já ter experimentado. Deste grupo, 8,8% relataram ter experimentado com menos de 12 anos de idade. Dos alunos que as haviam experimentado, metade relatou fazer uso desses produtos. Entre os alunos que faziam uso destas drogas, 11,7% relataram consumi-las em pelo menos três dias da semana.

Estudos realizados com alunos do ensino fundamental e médio de uma cidade da Região Metropolitana de São Paulo mostraram prevalências maiores de consumo de drogas como a maconha e solventes do que os observados entre os adolescentes do Rio. Entretanto nesses estudos a média de idade era maior e escolas privadas foram incluídas, fatores que devem ser considerados na comparação^{18,19}.

Figura 3. Exposição, exposição precoce e consumo de tabaco e bebidas alcoólicas (%). Alunos de oitava série da rede pública municipal de ensino do Rio de Janeiro, 2003.



* Diferença estatisticamente significativa entre meninos e meninas.

Proporção calculada entre os que relataram já haver experimentado cigarro.

" Proporção calculada entre os que relataram já haver experimentado bebida alcoólica.

Estado nutricional e percepção do corpo

A distribuição dos alunos segundo o estado nutricional é apresentada na **Tabela 2**. Do total de alunos estudados, as prevalências de baixo peso, excesso de peso e obesidade foram de 5,9%, 15,0% e 5,0% respectivamente. Observou-se diferença entre os sexos apenas para o baixo peso, que apresentou proporção duas vezes maior entre os meninos (8,2% contra 3,8% entre as meninas).

Tabela 2. Estado nutricional, opinião sobre o peso e satisfação com o corpo segundo sexo (%). Alunos de oitava série da rede pública municipal de ensino do Rio de Janeiro. 2003.

| Variáveis (número de respostas) | Meninos | Meninas | Total |
|---|---------|---------|-------|
| <i>Estado nutricional (1682)</i> | | | |
| Baixo peso* | 8,2 | 3,8 | 5,9 |
| Adequado | 78,0 | 80,1 | 79,1 |
| Excesso de peso | 13,8 | 16,1 | 15,0 |
| Obesidade | 4,9 | 5,1 | 5,0 |
| <i>Opinião sobre o peso (1699)</i> | | | |
| Magro | 27,3 | 25,2 | 25,6 |
| Normal | 60,8 | 58,4 | 55,9 |
| Gordo | 11,9 | 16,4 | 18,5 |
| <i>“Estou feliz com meu corpo” (1699)</i> | | | |
| Concordo* | 13,9 | 27,7 | 20,7 |
| Estou em dúvida | 10,9 | 10,8 | 10,9 |
| Discordo | 76,1 | 61,5 | 68,4 |

* Diferença estatisticamente significativa entre meninos e meninas.

No Brasil, a prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes é considerada fenômeno em ascensão. Resultados de dois grandes inquéritos nacionais realizados nas décadas de 70 e 90 do século passado indicaram que o sobrepeso aumentou de 4,9% para 17,4% entre crianças de 6 e 9 anos e de 3,7% para 12,6% entre jovens entre 10 e 18 anos no período considerado²⁰. Já a Pesquisa de Orçamentos Familiares realizada em 2002 e 2003 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística²¹ mostrou que o excesso de peso já atinge 16,7% e a obesidade 2% dos adolescentes brasileiros entre 10 e 19 anos, sendo os meninos o grupo com prevalência mais elevada (18%) quando comparados às meninas (15,4%). Estudos realizados nos anos de 1999 e 2003 em alunos de educação infantil à oitava série da rede pública municipal de ensino da cidade do Rio de Janeiro indicaram prevalências estáveis de excesso de peso e de obesidade da ordem de 16% e 5%, respectivamente^{22,23}.

Quanto à opinião dos alunos sobre seu peso, na maioria das situações, sua opinião concordava com a situação nutricional real, com maior nível de concordância entre as meninas (**Tabela 3**). Ainda assim, merece atenção a magnitude de ocorrência de algumas situações de discordância entre opinião e situação real. Entre os meninos, 26,6% daqueles com estado nutricional adequado se consideravam magros e 42% dos que tinham excesso de peso e 17,9% dos que eram obesos consideravam-se com peso adequado. Entre as meninas, 16,4% das que apresentavam estado nutricional

adequado se consideravam gordas e 29,6% das que tinham excesso de peso e 8,9% das que tinham obesidade consideravam-se com peso adequado.

Quanto à satisfação com o corpo, chamou a atenção o fato de a grande maioria do grupo estudado discordar da afirmação “estou feliz com meu corpo” (76,1%) (Tabela 2). Também merece destaque o fato de a proporção de pessoas satisfeitas com seu corpo ser maior entre meninos e meninas com excesso de peso e obesidade e entre aqueles que se consideravam gordos (Tabela 4).

Tabela 3. Opinião sobre o peso segundo estado nutricional e sexo (%). Alunos de oitava série da rede pública municipal de ensino do Rio de Janeiro. 2003.

| Estado nutricional | Opinião sobre o peso (%) | | | | | | | |
|--------------------|--------------------------|--------|-------|-----------|---------|--------|-------|-----------|
| | Meninos | | | | Meninas | | | |
| | magro | normal | gordo | total (n) | magro | normal | gordo | total (n) |
| Baixo peso | 80,0 | 20,0 | 0,0 | 60 | 94,1 | 5,9 | 0,0 | 34 |
| Adequado | 26,6 | 68,0 | 5,4 | 616 | 25,2 | 58,4 | 16,4 | 707 |
| Excesso de peso | 1,9 | 42,6 | 55,6 | 108 | 0,7 | 29,6 | 69,7 | 142 |
| Obesidade | 0,0 | 17,9 | 82,1 | 39 | 2,2 | 8,9 | 88,9 | 45 |

Tabela 4. Satisfação com o corpo segundo estado nutricional e opinião sobre o peso segundo sexo. Alunos de oitava série da rede pública municipal de ensino do Rio de Janeiro. 2003.

| Indicadores | “Estou feliz com meu corpo” (%) | | | | | | | |
|-----------------------------|---------------------------------|-----------------|----------|-----------|----------|-----------------|----------|-----------|
| | Meninos | | | | Meninas | | | |
| | Concordo | Estou em dúvida | Discordo | Total (n) | Concordo | Estou em dúvida | Discordo | Total (n) |
| <i>Estado nutricional</i> | | | | | | | | |
| Baixo peso | 18,0 | 11,5 | 70,5 | 61 | 21,2 | 12,1 | 66,7 | 33 |
| Adequado | 10,1 | 10,1 | 79,8 | 603 | 22,8 | 11,1 | 66,1 | 694 |
| Excesso de peso | 28,3 | 13,2 | 58,5 | 106 | 53,2 | 9,4 | 37,4 | 139 |
| Obesidade | 45,9 | 8,1 | 45,9 | 37 | 75,0 | 4,5 | 20,5 | 44 |
| <i>Opinião sobre o peso</i> | | | | | | | | |
| Magro | 18,0 | 15,2 | 66,8 | 211 | 30,1 | 9,7 | 60,2 | 206 |
| Normal | 5,9 | 8,0 | 86,1 | 460 | 10,9 | 10,7 | 78,3 | 448 |
| Gordo | 37,4 | 15,4 | 47,3 | 91 | 61,5 | 12,0 | 26,4 | 208 |

Auto percepção relação com colegas, escola e família

No que diz respeito à auto-percepção, observou-se que 78% dos alunos freqüentemente (respostas “sempre” + “com freqüência”) estão satisfeitos com seu jeito de ser e somente 7,9% consideram que freqüentemente tudo que fazem dá errado

(Tabela 5). Além disso, ao compararem seus resultados nos estudos com os dos colegas de sua turma, 21% dos alunos disseram não saber responder. Dos que tinham opinião formada sobre o assunto, 76,4% consideraram seus resultados parecidos, 15,7% os consideravam melhores e 7,9%, piores que os dos seus colegas. Esse conjunto de achados sugere que, em sua grande maioria, os alunos têm uma opinião geral positiva sobre si e não se sentem nem melhores nem piores que seus pares.

Quanto à relação do aluno com a escola, colegas e professores, a maioria relatou que freqüentemente se sentia bem na escola (58,7%) e tinha amigos lá (88,1%). Por outro lado, 3,7% informaram conversar sobre sua vida com seus professores freqüentemente.

Tabela 5. Relação do adolescente com sua família e com o ambiente escolar. Alunos de oitava série da rede pública municipal de ensino do Rio de Janeiro. 2003.

| Situação (número de respostas) | Frequência de ocorrência (%) | | | | |
|---|------------------------------|-------------------|-------------|-----------|-------|
| | Sempre | Com frequência | Às vezes | Raramente | Nunca |
| <i>Família</i> | | | | | |
| Minha família me elogia (1638) | 20,0 | 21,2 | 40,8 | 14,3 | 3,6 |
| Minha família quer saber por onde eu ando (1632) | 71,9 | 10,5 | 10,5 | 4,4 | 2,6 |
| Minha família pergunta como foi o meu dia (1626) | 28,8 | 15,3 | 26,0 | 16,9 | 13,2 |
| Minha família me esculacha (1616) | 2,0 | 2,3 | 9,6 | 12,4 | 73,7 |
| <i>Escola</i> | | | | | |
| Sinto-me bem na minha escola (1627) | 39,3 | 19,4 | 29,8 | 7,6 | 3,8 |
| Tenho amigos na escola (1609) | 77,4 | 10,7 | 5,5 | 4,5 | 1,9 |
| Converso com meus professores sobre minha vida (1615) | 1,6 | 2,1 | 11,0 | 20,1 | 62,5 |
| <i>Auto percepção</i> | | | | | |
| Tudo que faço dá errado (1603) | 3,7 | 4,2 | 43,6 | 38,1 | 10,3 |
| No geral, estou satisfeito com meu jeito de ser (1621) | 65,5 | 12,5 | 17,6 | 2,7 | 1,7 |

Relação do aluno com sua família

Observou-se que 82,4% dos alunos relataram que a família freqüentemente queria saber onde eles estavam, sugerindo, de certo modo, a percepção de que a família estaria atenta aos “seus passos”. Além disso, 44,1% dos alunos informaram que a família perguntava como havia sido o seu dia, sugerindo que eles teriam que responder por onde estiveram. No grupo estudado, 41,2% relataram receber elogios freqüentemente da sua família e 86,1% informaram que ela raramente ou nunca os

esculachava (**Tabela 5**).

Quando perguntados sobre a reação da família, caso percebesse que ele havia consumido tabaco, álcool e maconha, a expectativa de que a família deles ficaria muito chateada foi de 43,3% se consumissem tabaco, 48,5% se chagassem bêbados e de 46,6% se utilizassem maconha. Entretanto, foi também bastante alta a proporção de alunos que não tinham idéia de como sua família reagiria (entre 40 e 50%) nestas três situações (**Tabela 6**).

Vale assinalar que o fato de não saber qual seria a reação da família pode representar tanto situações de risco (o aluno desconhece ou desconsidera a reação de sua família frente a estas situações, indicando uma situação de não preocupação de seus responsáveis sobre suas atitudes, ausentando-se da imposição de limites) quanto de proteção (a reação de sua família seria de tanta repreensão que o aluno nem imagina como seria sua reação, demonstrando uma situação de presença e cuidado).

Grupo focal, realizado recentemente com adolescentes do ensino público fundamental da cidade do Rio, indicou que os alunos interpretam a opção de resposta “não sei como reagiria” com os dois sentidos descritos acima. Por isso, no próximo estudo, esta opção de resposta será reformulada de forma a não permitir mais de uma interpretação.

Tabela 6. Opinião do adolescente sobre a reação da família caso fumassem cigarro ou maconha ou chegassem bêbados em casa. Alunos de oitava série da rede pública municipal de ensino do Rio de Janeiro. 2

| Situação (número de respostas) | Reação da família (%) | | | |
|-----------------------------------|------------------------|---------------------------|-------------------------------------|----------------------------|
| | Ficaria muito chateada | Ficaria um pouco chateada | Não iria perceber ou não iria ligar | Não sabe como ela reagiria |
| Fumar cigarro (1649) | 43,3 | 4,9 | 3,1 | 48,7 |
| Chegar bêbado em casa (1656) | 48,5 | 7,2 | 2,5 | 41,8 |
| Fumar maconha (1648) | 46,3 | 0,6 | 0,4 | 52,7 |

Comentários finais

Os resultados aqui apresentados indicam prevalências relevantes de fatores de risco para doenças e agravos não transmissíveis: baixo consumo de frutas e hortaliças; consumo freqüente de refrigerantes, balas e doces, grande quantidade de horas alocadas em frente à TV, computador ou vídeo; baixa freqüência de prática regular de atividade física e alta proporção de adolescentes que experimentaram e que consomem bebidas alcoólicas. Os achados revelam, ainda que, para parte desses fatores, os resultados são piores para as meninas, apontando para a necessidade de um enfoque de gênero nas ações.

Estes achados apontam para a necessidade de que as atividades de promoção de saúde já desenvolvidas na rede municipal de ensino sejam reforçadas e ampliadas, em conformidade com as diretrizes da Política Nacional de Promoção de Saúde²⁴. Indicam, também, que se aplicam a esta realidade as vertentes prioritárias da

Estratégia Global de Alimentação, Atividade Física e Saúde, proposta pela Organização Mundial de Saúde, quais sejam: o fomento ao aumento do consumo de frutas e hortaliças, a regulamentação das pesadas práticas de marketing de produtos industrializados, principalmente aquelas dirigidas ao público infantil, e a promoção da prática regular da atividade física².

O sistema testado nesse estudo se mostrou factível e forneceu informações importantes sobre o comportamento de adolescentes em relação a fatores de risco e proteção à saúde. A manutenção de um sistema desta natureza pode subsidiar a formulação e avaliação de ações de promoção da saúde. Cabe registrar, ainda, que a experiência acumulada com este estudo serviu de subsídio para a estruturação de um sistema similar em âmbito nacional, em fase de implementação pelo Ministério da Saúde.

Avançando nessa experiência, o desafio atual é consolidar o “Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção à Saúde em Escolares”. Nesse sentido, está prevista a realização de novo estudo no segundo semestre de 2007, que tem por objetivos (a) produzir informações que permitam o acompanhamento das tendências temporais dos fatores estudados e (b) consolidar a institucionalização de um sistema de monitoramento baseado em inquéritos epidemiológicos periódicos em âmbito municipal.

Um importante desafio que está colocado é o de avançar no desenho metodológico do sistema. Isso implica investir em procedimentos de validação de perguntas do questionário ainda não validadas em nossa realidade e, também, complementar a aplicação do questionário com outros recursos metodológicos, do campo da análise qualitativa, que permitam conhecer as determinantes dos comportamentos dos alunos e uma melhor aproximação do universo de sua subjetividade sobre os temas de interesse, principalmente no que diz respeito à sua auto-percepção e sua relação com colegas, escola e família.

A complexidade do quadro encontrado indica, também, a importância de se aprofundarem as experiências de parceria e ação intersetorial para a promoção da saúde nos diferentes âmbitos de gestão (central, regional, local). Tão importante quanto identificar e enfrentar possíveis cenários que coloquem em risco a saúde de escolares é fomentar as situações que contribuem para proteger sua saúde e qualidade de vida.

Vale ressaltar que favorecer a auto-estima, a criatividade, a auto-percepção, o juízo crítico, a capacidade de se comunicar e as escolhas baseadas em valores como respeito, afeto e solidariedade; estimular relações interpessoais construtivas entre os escolares e seus pares, sua família e sua comunidade e fortalecer o papel dos professores e familiares como referências para o diálogo e para a discussão de valores são ações estratégicas para a promoção da saúde.

Re-significar essas informações no contexto da escola e do cotidiano de escolares e seus familiares, bem como valorizar a inserção das questões de saúde nas ações pedagógicas, curriculares e extracurriculares, contribui para concretizar a Estratégia de Escolas Promotoras de Saúde que visa à atenção integral à saúde da comunidade escolar, através da implementação de práticas educativas participativas, da construção de ambientes favoráveis à saúde e do acesso aos serviços de saúde

Bibliografia

1. WHO. 2002. The World Health Report 2002: reducing risks, promoting healthy live. World Health Organization. Geneva.
2. WHO/FAO Expert Consultation. 2003. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. WHO Technical Report Series N^o 916. World Health Organization. Geneva.
3. WHO, UNICEF, FOCUS. Measurement of adolescent development: environmental, contextual and protective factors. WHO Report of a technical consultation. USA, 1999.
4. WHO, 2004. Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Health Policy for Children and Adolescents, No. 4.
5. Kann L, Kinchen SA, Williams BI, Ross JG, Lowry R, Grunbaum JA, Kolbe LJ. 1999. Youth risk behavior surveillance - United States. MMWR, 49 (SS-5): 1-32.
6. Silva, C. S e Mendes, S. R. 2002. Solta a Voz: saúde e risco em escolares. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde, Rio de Janeiro/RJ.
7. UNICEF, 2001. The State of Health Behaviour and Lifestyle of Pacific Youth. Vanuatu Report. UNICEF Pacific. Suva, Fiji.
8. Lohman, T.G.; Roche, A. F. & Martorell, R., 1988. Anthropometric Standardization Reference Manual. Champaign, Illinois: Human Kinetics Books.
9. WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION), 1995. Physical Status: the Use and Interpretation of Anthropometry. WHO Technical Report Series, n^o 854. Genève: WHO.
10. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). 2004. Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN: Orientações Básicas para a coleta, o processamento, a análise de dados e a informação em Serviços de Saúde. MS Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 120p.
11. Dean A, Dean J, Burton A, Dicker R. 1990. Epi-info, version 6.04: word processing, data base and statistics program for epidemiology on microcomputers. Atlanta, Georgia, USA: Centers for Disease Control.
12. StataCorp.2005. Stata Statistical Software, Release 9. College Station, Texas, USA: Stata Corporation,
13. SPSS® 13.0, 2004. SPSS Inc. USA. <http://www.spss.com>
14. Biddle S, Cavill N, Sallis J. 1998. Young and active? Young people and health-enhancing physical activity evidence and implications. London: Health Education Authority.
15. Silva RCR, Malina RM. 2000. Nível de atividade física de adolescentes de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública; 16(4): 1091-1097.
16. INCA. 2004. Vigiescola. Vigilância do Tabagismo em escolares. Dados e fatos de 12 capitais brasileiras. Vol 1. Instituto Nacional do Câncer. http://www.inca.gov.br/vigiescola/docs/vigiescola_completo.pdf (acesso em 01/07/2007)
17. Trois, CC. et al. 1994. Prevalência de CAGE positivo entre estudantes de segundo grau de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública1997; 13(3):489-495.
18. Guimarães JL, Godinho PH, Cruz R, Kappann JI, Tosta Junior LA. 2004. Consumo de drogas psicoativas por adolescentes escolares de Assis, SP. Rev. Saúde Pública; 38(1).
19. Carlini-Cotrim B, Gazal-Carvalho C, Gouveia N. 2000. Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo. Rev. Saúde Pública; 34(6).

20. Wang Y, Monteiro CA, Popkin BM. 2002. Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China and Rússia. *Americ Journ Clin Nut*2002; 74:971-977.
21. IBGE. 2006. Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) -Antropometria e análise do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil. Ministério do Planejamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
22. Anjos, LA, Castro, IRR, Engstrom, EM e Azevedo, AMF. 1999. Crescimento e estado nutricional em amostra probabilística de escolares no Município do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública* v.19 supl.1 Rio de Janeiro 2003.
23. Cardoso, LO, Castro IRR, Engstrom EM, Monteiro CA. 2006. Trends in overweight (OW) and obesity (OB) in students in Rio de Janeiro City (RJC), Brazil: 1999-2003. In: 10th International Congress on Obesity, 2006, Sidney. *Obesity Reviews*. v. 7. p. 280.
24. Ministério da Saúde. 2006. Política Nacional de Promoção da Saúde. Portaria nº. 687, de 30 de março de 2006. Brasília, Brasil.

| | |
|--|---|
| EXPEDIENTE | |
| Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro Prefeito Cesar Maia | Subsecretária Rojane Calife Jubran Dib |
| Secretaria Municipal de Saúde Secretário Jacob Kligerman | Responsabilidade técnica Instituto de Nutrição Annes Dias Maria de Fátima Ferreira França |
| Subsecretária de Ações e Serviços de Saúde Magda Cortes Rodrigues Rezende | Autores do estudo Inês Rugani Ribeiro de Castro (S/INAD, UERJ) Leticia Oliveira Cardoso (S/ INAD, ENSP/ Fiocruz) Elyne Montenegro Engstrom (S/ INAD, ENSP/ Fiocruz) Silvana Costa Caetano (S/SUBASS/SVS/GIE) Carlos dos Santos Silva (S/SUBASS/APS/GSE) Alcides Carneiro (IPP) Vanessa dos Reis de Souza (S/SUBASS/SVS/GIE) Rosana Iozzi (S/SUBASS/SVS/GIE) Viviane Manso Castello Branco (S/SUBASS/APS) Renata Bertazzi Levy (IS/SES/SP) Carlos Augusto Monteiro (FSP/USP) |
| Superintendente de Vigilância em Saúde Meri Baran | Maiores informações: Instituto de Nutrição Annes Dias Av. Pasteur, 44 – Botafogo Telefones: (21) 2244-6929/ 22957498 E-mail: inad@rio.rj.gov.br |
| Assessora de Promoção da Saúde Viviane Manso Castello Branco | |
| Gerente do Programa de Saúde Escolar Carlos dos Santos Silva | |
| Instituto Pereira Passos Presidente Sergio Besserman | |
| Secretaria Municipal de Educação Secretária Sônia Maria Correa Mograbi | |