



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES – CFP  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM – UAENF  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**CARLEANE KELLE FERNANDES DE LIMA**

**ÍNDICE DE MASSA CORPORAL E FATORES ASSOCIADOS EM  
ESCOLARES DE UM MUNICÍPIO DO SEMIÁRIDO PARAIBANO**

CAJAZEIRAS – PB  
2016

**CARLEANE KELLE FERNANDES DE LIMA**

**ÍNDICE DE MASSA CORPORAL E FATORES ASSOCIADOS EM  
ESCOLARES DE UM MUNICÍPIO DO SEMIÁRIDO PARAIBANO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)  
apresentado à coordenação de Enfermagem da  
Universidade Federal de Campina Grande como  
pré-requisito parcial para obtenção do título de  
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Lúcia de Oliveira  
Bezerra

Cajazeiras – PB  
2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)  
Denize Santos Saraiva - Bibliotecária CRB/15-1096  
Cajazeiras - Paraíba

L732iLima, CarleaneKelle Fernandes de

Índice de massa corporal e fatores associados em escolares de um município do semiárido paraibano / CarleaneKelle Fernandes de Lima. - Cajazeiras, 2016.

57f.: il.

Bibliografia.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Lúcia de Oliveira Bezerra.

Monografia (Graduação em Enfermagem) UFCG/CFP, 2016.

1. Hábitos alimentares. 2. Índice de massa corporal. 3. Alimentação - crianças e adolescentes. I. Bezerra, Maria Lúcia de Oliveira. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

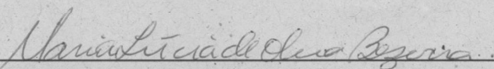
CDU- 613.2

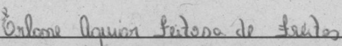
CARLEANE KELLE FERNANDES DE LIMA

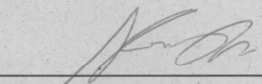
**ÍNDICE DE MASSA CORPORAL E FATORES ASSOCIADOS EM  
ESCOLARES DE UM MUNICÍPIO DO SEMIÁRIDO PARAIBANO**

Aprovada em 20/05/16

Banca Examinadora:

  
\_\_\_\_\_  
Presidente Profa. Dra. Maria Lúcia de Oliveira Bezerra  
(Orientadora - UFCG)

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Erlane Aguiar Feitosa  
(Membro examinador - UFCG)

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Anúbes Pereira de Castro  
(Membro examinador - UFCG)

CAJAZEIRAS - PB  
2016



*Dedico este trabalho a Deus autor e consumidor da minha vida e minha fé.*

## AGRADECIMENTOS

*Agradeço primeiramente a Deus por te me sustentado nos momentos mais difíceis e ter-me permitido chegar até aqui, pela sua graça, misericórdia e infinita bondade. Não permita que me falte a fé, quando eu achar que não consigo mais.*

*A minha orientadora Maria Lúcia de Oliveira Bezerra, pelos ensinamentos transmitidos, paciência, apoio e por ter me acolhido mesmo com todas as dificuldades. Minha eterna gratidão por ter acreditado em mim.*

*A professora Francisca Bezerra de Oliveira, pelo imenso apoio a mim em momentos tão difíceis, pelos ensinamentos e carinho. Que seu caminho seja trilhado de muito sucesso.*

*Ao professor Francisco Fábio Marques da Silva, pelos ensinamentos transmitidos, pela paciência e por todas as palavras de incentivo e apoio. Que Deus cubra a sua vida de bênçãos*

*A todos os professores da UFCG que percorreram essa caminhada, que nos trilharam a nunca desistir dos sonhos, pelos ensinamentos compartilhados. Vocês é parte da nossa história. Que Deus os abençoe e meu eterno carinho.*

*A minha avó Maria (in memorian) que cuidou de mim durante toda a minha caminhada acadêmica e que por vontade de Deus não pode viver essa alegria junto comigo até o fim. Aonde quer que esteja minha gratidão e meu amor eterno à senhora.*

*A minha mãe Lourdes, meu pai Adeilson (in memorian) e meu irmão Carleilson, meus alicerces, por terem acredito no meu sonho e me apoiado em todos os momentos. Sou eternamente grata a vocês, pois são os responsáveis pela mulher que me tornei e pela realização dos meus sonhos e objetivos. Amo vocês!*

*Ao meu namorado Antônio Roberto pelo apoio incondicional mesmo com toda a distância, por ter acreditado que eu conseguiria quando tudo ao meu redor me levava a desistir. Amo você!*

*Aos meus tios Agamenon e Aila e meu primo Arthur, minha família quando estava longe de casa, por terem cuidado de mim e me proporcionado momentos de muito carinho e zelo, apesar de todos os acontecimentos vocês me permitiram chegar até aqui. Meu amor incondicional a vocês.*

*A toda à minha família, por todas as vezes que incentivaram o meu sonho e me apoiaram em minhas decisões e pelos conselhos sábios. Meu amor e gratidão.*

*A minha amiga Bruna Bandeira e seus pais (Francinaldo e Aparecida), por terem me acolhido em sua casa em um momento tão difícil, pelo companheirismo e apoio mútuo uma a outra. Que Deus possa abençoar a cada um e que sua vida seja de muito sucesso e felicidade.*

*Aos meus colegas de turma 2015.2, pelos momentos de dificuldades ao qual enfrentamos juntos, pela troca de conhecimentos e paciência. Que Deus dê o discernimento para que exerçamos aquilo que aprendemos com amor e responsabilidade. A cada um de vocês sucesso e que Deus os abençoe.*

*Aos meus amigos Williana, William, Maria Isabel e Alexsandra, pelo amor incondicional, apoio, momentos ímpar e acima de tudo pela amizade sincera. A caminhada com vocês foi bem mais leve. Que Deus abençoe a cada um e que a amizade permaneça mesmo que longe eternamente.*

*Por fim, a todos aqueles que não foram nomeados, mas que se fizeram presente em momentos da minha vida e que estiveram ao meu lado rogando a Deus por mim e me apoiando em meus sonhos.*

*Tudo tem o seu tempo determinado, e há tempo para todo o propósito debaixo do céu. Há tempo de nascer, e tempo de morrer; tempo de plantar, e tempo de arrancar o que se plantou; tempo de matar, e tempo de curar; tempo de derrubar, e tempo de edificar; tempo de chorar, e tempo de rir; tempo de prantear, e tempo de dançar; tempo de espalhar pedras, e tempo de ajuntar pedras; tempo de abraçar, e tempo de afastar-se de abraçar; tempo de buscar, e tempo de perder; tempo de guardar, e tempo de lançar fora; tempo de rasgar, e tempo de coser; tempo de estar calado, e tempo de falar; tempo de amar, e tempo de odiar; tempo de guerra, e tempo de paz.*

*Eclesiastes 3:1-8*

LIMA, Carleane Kelle Fernandes. Índice de Massa Corporal e fatores associados em escolares de um município do Alto Sertão Paraibano. 2016. P. Monografia (Bacharelado de Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande. Centro de Formação de Professores. Unidade Acadêmica de Enfermagem. Cajazeiras – PB, 2016.

## RESUMO

É notório que o Índice de Massa Corporal (IMC) detecta o baixo peso e/ou desnutrição e excesso do peso corporal. Este índice pode ser influenciado por fatores sociodemográficos e hábitos alimentares. O estudo objetivou investigar o IMC e os fatores associados em escolares no município de Cajazeiras – PB. Trata-se de um estudo de corte transversal, com abordagem quantitativa, realizado com 692 escolares, de escolas públicas e privadas da zona urbana e rural, do 6º ao 9º ano, sorteadas. Foi utilizado para coleta de dados um questionário da Global-based Student Health Survey (GSHS), proposto pela OMS (2006) e um formulário elaborado especificamente para este fim. Para a análise de dados se utilizou o Statistic Package of Social Scienses >18.0 (SPSS). Todas as etapas da pesquisa seguiram fielmente a resolução 446/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Os escolares tinham faixa etária de 10 a 15 anos quando foram submetidos à entrevista. De acordo com as características sociodemográficas, maioria dos escolares era do sexo feminino e praticavam catolicismo com religião. De acordo com o IMC a maior prevalência foi dos eutróficos 64,3% e o excesso de peso apresentou percentual de 29,8%. De acordo com os hábitos alimentares 4,9% disseram já ter passado fome, 7,4% não comeram frutas e 21,4% não comeram vegetais, 23,8% beberam refrigerantes duas vezes ao dia e 9,8% consumiram *fast food* ao menos sete vezes durante a semana. Evidenciou-se que os fatores socioeconômicos e de hábitos alimentares afetam na qualidade do estado nutricional. É importante para saúde no sentido de prevenir problemas ainda em idade jovem.

**Palavras - chaves:** Índice de Massa Corporal, hábitos alimentares, crianças e adolescentes

LIMA, Carleane Kelle Fernandes. Body Mass Index and associated factors in students from a Semi-Arid Region of Paraíba. 2016. P. Monograph (Bachelor's degree in Nursing)- Universidade Federal de Campina Grande. Teacher Training Centre. Nursing Academic Unit. Cajazeiras - PB, 2016.

### **ABSTRACT**

It is obvious that the Body Mass Index (BMI) detects the low weight and/or malnutrition and excess body weight. This index can be influenced by demographic factors and eating habits. The study aimed to investigate the BMI and the associated factors in students from Cajazeiras – PB. This is a cross-sectional study with quantitative approach, conducted with 692 students from public and private schools of the urban and rural areas, from 6th to 9th grade, drawn. Was used for data collection a questionnaire from Global-based Student Health Survey (GSHS), proposed by the WHO (2006) and a form designed specifically for this purpose. For the data analysis used the Statistic Package of Social Sciences > 18.0 (SPSS). All stages of the research followed faithfully the resolution 446/12 of the National Health Council (CNS). The students were aged from 10 to 15 years old when they were submitted to the interview. According to the sociodemographic characteristics, most of the students were female and practiced Catholicism as religion. According to the BMI, the greater prevalence were the eutrophic 64.3% and the excess weight presented a percentage of 29.8%. According to the eating habits 4.9% said they had already suffered from hunger, 7.4% do not eat fruits and 21.4% do not eat vegetables, 23.8% drink soft drinks twice a day and 9.8% consume *fast food* at least seven times during the week. It was evidenced that the socioeconomic factors and eating habits affect the quality of nutritional status. It is important to prevent health problems in young age.

**Keywords:** Body Mass Index, dietary habits, children and adolescents

## **Lista de siglas e abreviaturas**

IMC - Índice de Massa Corporal

OMS – Organização Mundial da Saúde

DCNTs - Doenças Crônicas Não-Transmissíveis

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CNS – Conselho Nacional de Saúde

SPSS – Statistic Package of Social Scienses

GSHS – Global-based Student Health Survey

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Endef- Estudo Nacional de Despesa Familiar

## LISTA DE TABELAS E FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Mapa da Paraíba com cidades.....	22
<b>Tabela 1</b> – Caracterização da amostra dos escolares conforme escolas e ano escolar de Cajazeiras – PB.....	26
<b>Tabela 2</b> – Caracterização sociodemográfica dos escolares de Cajazeiras – PB.....	27
<b>Tabela 3</b> – Caracterização da amostra de acordo com o IMC dos escolares.....	29
<b>Tabela 4</b> – Caracterização dos hábitos alimentares dos escolares.....	31



## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	14
2. OBJETIVOS .....	16
2.1 Geral .....	16
2.2 Específicos .....	16
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....	17
3.1 Índice de Massa Corporal e Saúde de Crianças e Adolescentes em Idade Escolar.....	17
3.2 Hábitos Alimentares e a saúde da criança e adolescente em idade escolar.....	18
3.3 Desnutrição e Obesidade em crianças e adolescentes em idade escolar .....	20
4. METODOLOGIA .....	22
4.1 Tipo de Estudo .....	22
4.2 Local da Pesquisa.....	22
4.3 População e Amostra.....	23
4.4 Critérios de Inclusão.....	23
4.5 Critérios de Exclusão .....	23
4.6 Instrumento de Coleta de Dados .....	23
4.7 Procedimento de Coleta de Dados.....	24
4.8 Processamento e Análise de Dados .....	24
4.9 Aspectos Éticos .....	24
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES .....	26
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	36
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	37
APÊNDICES.....	42
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	43
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	45
ANEXOS.....	46
QUESTIONÁRIO .....	47
FORMULÁRIO .....	57

## 1. INTRODUÇÃO

A alimentação saudável é aquela que fornece quantidade e qualidade suficientes para atender as demandas nutricionais do organismo, contribuindo para o crescimento e desenvolvimento adequado da criança e adolescente, de forma que a quantidade ofertada e aceita não deve ultrapassar a capacidade funcional dos sistemas orgânicos cardiovascular, digestivo e renal (BRASIL, 2012; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012).

A alimentação desequilibrada é fator de grandes alterações na saúde, verificados de forma clara e concisa pelo peso corporal. A avaliação das medidas antropométricas, através do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) tem a importância de identificar o aumento em demasia do peso corporal e identificar o baixo peso que é um indicador de desnutrição responsável por mortalidade infantil (MONTARROYOS, E.C.L., COSTA, K.R.L., FORTES, R.C., 2013).

O IMC é reconhecidamente um indicador de saúde em qualquer faixa etária, é utilizado principalmente para avaliar o aumento de peso entre crianças e adolescentes. É a medida antropométrica mais utilizada por apresentar um diagnóstico preciso e com baixo custo. É calculado através da divisão do peso em quilogramas (kg), pela estatura em metros (m) ao quadrado, apesar de muito utilizado existem divergências no método, pelo uso de referências distintas locais ou internacionais. Porém é por meio desta medida que se podem detectar precocemente alterações do peso corporal que podem indicar desnutrição, sobrepeso e obesidade (LOURENÇO, A.M., HANSELMANN, M.H., TOQUETTE, S.R. 2011; GALDINO, 2008).

A desnutrição pode ser explicada pela deficiência de estatura na infância e na adolescência em consequência da falta relativa ou absoluta de nutrientes necessários do metabolismo e consequentemente do crescimento e desenvolvimento da criança e adolescente. Pode ser ocasionada por fatores socioeconômicos que influenciam diretamente os hábitos alimentares da criança e do adolescente (BOTEGA, A. O., 2010).

Por outro lado a obesidade pode ser determinada pela elevação do peso corporal, resultante do acúmulo em excesso da gordura corporal, ocasionado pela dieta hipercalórica, rica em gorduras, açúcares, além de outros fatores. Quando a obesidade se instala na infância e adolescência pode permanecer até a fase adulta e se agravar. (LEAL, V.S. et al. 2012; HOCKENBERRY, M.J., WILSON, D., 2011).

Uma alimentação saudável é fator de proteção contra muitas doenças. Os hábitos alimentares possuem grande influência sobre a saúde, o crescimento e o desenvolvimento da criança e do adolescente. A condição nutricional de uma pessoa é um indicador de sua característica qualitativa de vida. No cenário nacional observa-se a transferência nutricional na população, definida pela diminuição na desnutrição e ocorrência aumentada de sobrepeso e obesidade (FRIZON, 2008; BRITO, J.B.S.M., WALSH, I.A.P., DAMIÃO, R., 2013).

Durante a infância as crianças definem seus hábitos alimentares por influência familiar e cultural, já na adolescência a influência familiar reduz e as escolhas alimentares passam a receber influência social, escolhas essas que podem ser prejudiciais a saúde do mesmo (HOCKENBERRY, M.J., WILSON, D., 2011).

Quando identificada as fontes de informação sobre alimentação e nutrição é fundamental para entender as escolhas alimentares, bem como reconhecer onde e como trabalhar a educação nutricional, no intuito de que esses indivíduos acessem as informações corretas e bem fundamentadas, cuja interpretação pode influenciar na adoção de hábitos saudáveis que se propagarão nas práticas alimentares (BALDISSERA, G. et al. 2015).

As causas dos distúrbios alimentares podem ocorrer por múltiplos fatores, intrínsecos (genéticos) ou extrínsecos (ambientais e socioeconômicos). Muitas vezes dietas abaixo do nível de nutrientes necessários têm relação com a baixa renda familiar, havendo assim deficiência na ingestão adequada de alimentos. Por outro lado, há também alterações nos padrões alimentares nos últimos anos, no âmbito familiar principalmente nos países em desenvolvimento que ocasiona o aumento no consumo de alimentos industrializados, causando assim o consumo excessivo de gorduras (HOCKENBERRY, M.J., WILSON, D., 2011; NEUTZLING, M.B. et al. 2010; MEDEIROS C.M.M et al. 2011).

Com base na escolha do tema objeto desse estudo ocorreu o interessante em investigar o Índice de Massa Corporal (IMC), por entender que este estudo é relevante, atual e que existem poucas pesquisas realizadas com esta temática na região do Alto Sertão da Paraíba. Dessa forma pretende-se contribuir com a apresentação de dados regionais e com reflexões acerca desta temática no intuito de esclarecer o impacto de alterações do peso corporal e fatores associados na saúde dessa população estudada.

Este TCC foi elaborado a partir de dados inéditos da pesquisa intitulado Prevalência de Hipertensão Arterial em Escolares de um Município do semi-árido Paraibano realizada pela professora Maria Lúcia de Oliveira Bezerra no ano de 2011.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 Geral

- Investigar o Índice de Massa Corporal (IMC) e fatores associados em escolares de 10 a 15 anos do ensino fundamental do município de Cajazeiras – PB.

### 2.2 Específicos

- Aferir o Índice de Massa Corporal (IMC) de escolares de 10 a 15 anos do município de Cajazeiras – PB;
- Traçar o perfil sociodemográfico de escolares de 10 a 15 anos do município de Cajazeiras – PB;
- Identificar hábitos alimentares de escolares de 10 a 15 anos do município de Cajazeiras – PB.

### 3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 Índice de Massa Corporal e Saúde de Crianças e Adolescentes em Idade Escolar

Com o avanço tecnológico e científico do mundo moderno vieram modificações nos alimentos e nos hábitos alimentares. Os níveis nutricionais vêm sofrendo mudanças, no tocante a composição corporal e compleição física. A avaliação do estado nutricional está sendo utilizada com a finalidade de proteção e de promover a saúde devido às decorrentes influências sociais, ambientais, genéticas e hormonais, que ocorrem provocando modificações no corpo. A criança deve ter seu crescimento acompanhado mapeando os dados em curvas de crescimento. Essas curvas de crescimentos são geralmente utilizadas para analisar a normalidade e anormalidade. Os principais dados utilizados para essa análise são: peso para idade (P/I), estatura, peso para estatura (P/E), estatura para idade (E/I), Índice de Massa Corporal (IMC) e outros. Um dos métodos utilizados é a avaliação antropométrica (MONTARROYOS, E.C.L., COSTA, K.R.L., FORTES, R.C. 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012).

O IMC é avaliado através da divisão do peso em quilogramas (kg), pela estatura em metros (m) ao quadrado, tem sido bastante utilizado em crianças e adolescentes, por apresentar alta propriedade para diagnóstico de obesidade ou baixo peso. Pode ser estabelecido por tabelas ou nomogramas. Este método é bastante utilizado em nível nacional e internacional. Pelo seu baixo custo e forma simplificada de aplicação, o IMC é freqüentemente utilizado para avaliar o nível de crescimento, além de avaliações clínicas, condições socioeconômicas e de saúde populacionais, além de recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como referencial para estudos (SIGULEM, D.M., DEVINCENZI, M.U., LESSA, A.C. 2000; LOURENÇO, A.M., HANSELMANN, M.H., TOQUETTE, S.R. 2011; GALDINO, L.A.S, 2008)

O IMC é considerado o melhor indicador para avaliar o peso corporal em crianças e adolescentes. Em adultos suas medidas são levadas em consideração pelo gênero e idade. Em crianças e adolescentes diferencia de acordo com as mudanças individuais de cada sexo e idade de acordo com o crescimento e que devem ser registradas nos gráficos de crescimento fazendo assim com que o profissional de saúde avalie o IMC para cada idade (HOCKENBERRY, 2011).

O IMC tem sua validação baseada pela sua boa relação com a gordura corporal, principalmente a interna que está ligada aos fatores de riscos para o surgimento de Doenças

Crônicas Não-Transmissíveis (DCNTs). Tem sido bastante utilizada para o diagnóstico de obesidade, ou risco para esse distúrbio. Quando o método indica magreza é importante observar o estágio de maturação sexual, principalmente para os adolescentes que não passaram pela fase do estirão (SIGULEM, D.M., DEVINCENZI, M.U., LESSA, A.C. 2000).

Diferentes critérios de avaliação são adotados para avaliar o estado nutricional de cada indivíduo, dentre esses critérios as diferenças étnicas e individuais devem ser levadas em consideração, pois dificultam a interpretação dos indicadores antropométricos (CLEMENTE, A. P. G et al., 2011).

O reconhecimento precoce através do IMC facilita a identificação de problemas no estado nutricional, permitindo assim ao profissional de saúde intervir no progresso desses problemas de saúde, promovendo ações em todos os âmbitos de convivência desse indivíduo, principalmente nas escolas (BRITO, J.B.S.M., WALSH, I.A.P., DAMIÃO, R., 2013).

### 3.2 Hábitos Alimentares e a saúde da criança e adolescente em idade escolar

O crescimento e desenvolvimento estão de forma direta ligados à qualidade do estado nutricional. A medida da condição nutricional do indivíduo é um dos indicadores da sua qualidade de vida. Considerando um componente essencial, a nutrição deve ser promovida desde o nascimento, sua influência isolada é um dos fatores mais importantes sobre o crescimento. Seus valores dietéticos fazem a regulação do crescimento e em todas as etapas do desenvolvimento e seus benefícios são percebidos de formas diversas e complexas, estando assim relacionada com a boa saúde ao longo da vida (BRITO, J.B.S.M., WALSH, I.A.P., DAMIÃO, R., 2013; HOCKENBERRY, M.J., WILSON, D., 2011).

A quantidade de nutrientes ofertados deve ser suficiente para permitir o crescimento e desenvolvimento adequado. Cada indivíduo possui uma maneira própria e pessoal de crescer. Existem grandes diferenças individuais na idade que são atingidos no desenvolvimento, sendo possível prever essas diferenças, porém não seu momento exato de acontecer. Por serem variáveis as medidas são definidas em faixas etárias, fazendo assim com que haja uma adequação conforme as diferenças individuais. Se dando de formas desiguais, o crescimento varia durante os períodos da infância e adolescência, quando existem os estirões de crescimento. Durante a infância o apetite sofre constantes mudanças, até o momento do estirão, onde a nutrição adequada é de extrema importância, porém sujeita as diversas

influências nutricionais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012; HOCKENBERRY, M.J., WILSON, D., 2011).

Para a Sociedade Brasileira de Pediatria (2012, p. 50)

A criança na idade escolar deve receber a adequada educação nutricional, para fazer a escolha correta dos alimentos e adquirir melhor qualidade de vida e a escola pode contribuir sobremaneira nesse processo. Orientá-la quanto aos riscos que hábitos alimentares e estilo de vida inadequado podem representar à saúde é de fundamental importância.

O período da idade escolar que compreende entre 7 a 10 anos de idade é considerado uma fase de transição entre a infância e a adolescência é o momento onde também se dá o aumento da independência da criança. Pela mudança em seu hábito alimentar influenciado pelo meio, pelo aumento da capacidade e autonomia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012).

Hábitos alimentares estabelecidos nos primeiros anos de vida tendem a continuar durante a infância intermediária que vai dos 6 a 12 anos de idade, além do desenvolvimento da predileção por variedades de alimentos e diminuição por preferências de outros. A fácil acessibilidade de lanchonetes com consumo de *fast food*, a influência da mídia, refeições prontas, alimentos ricos em calorias e de baixo valor nutritivo, permitem facilidade ao consumo de calorias por parte das crianças. Alimentos que não promovem auxílio no crescimento estão cada vez mais comuns nas refeições de crianças em idade escolar. A influência da mídia, ganha força pela globalização e pela sociedade, enfatizando o contraste entre o apelo ao estilo de vida saudável ao mesmo tempo em que engrandece o ideal de magreza e se incentiva o consumo de alimentos calóricos (HOCKENBERRY, M.J., WILSON, D., 2011; NEUTZLING, M.B. et al. 2010; GONÇALVES, J.A et al., 2013).

Durante a infância intermediária, as necessidades calóricas são menores em relação ao tamanho corporal, porém é nesse momento que devem ser feitas reservas para atender as demandas do crescimento na fase da adolescência. Neste momento pais e crianças devem perceber o valor de hábitos alimentares saudáveis e balanceados para a promoção do crescimento, tendo em vista que as crianças sofrem influências familiares na alimentação. Entre os adolescentes é necessária uma ingestão suficiente de proteínas para atender suas necessidades, exceto em casos que limitem sua ingestão, como problemas econômicos ou tentativa de perder peso. Vários fatores estão associados aos hábitos alimentares, entre as famílias de baixa renda, as dietas são geralmente insalubres devido a falta de frutas e vegetais

nutritivos e uma ingestão adequada de leite e proteínas (HOCKENBERRY, M.J., WILSON, D., 2011)

O comportamento alimentar pode ser influenciado por condições sociais demográficos e culturais, pela concepção individual e dos alimentos, por experiências prévias e pelo estado nutricional. Esse comportamento pode ser explicado como respostas ou conseqüências associadas ao ato de alimentar-se, maneira ou modos padrões de alimentação (GONÇALVES, J.A et al., 2013).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (2012, p. 50):

A qualidade e a quantidade de alimentação são determinantes para a manutenção da velocidade de crescimento que deve ser constante e adequada para que o estirão da puberdade seja satisfatório.

Estes autores afirmam que os adolescentes são diretamente influenciados pelos eventos da puberdade e pelo estirão do crescimento nas suas necessidades nutricionais, sua escolha alimentar é principalmente determinada por fatores psicológicos, socioeconômicos e culturais, que intervêm diretamente na formação dos hábitos alimentares (GONÇALVES, J.A et al., 2013).

A mudança no padrão alimentar desde a infância é indispensáveis para prevenir doenças e melhorar a qualidade de vida na fase adulta e senil. A busca ativa e a descoberta precoce de crianças e adolescentes com estado nutricional ineficiente podem acarretar no controle mais elevado nos distúrbios nutricionais nessa fase da vida (MARTINS, D., WALDER, B.S.M., RUBIATTI, A.M.M., 2010; BRITO, J.B.S.M., WALSH, I.A.P., DAMIÃO, R., 2013).

### 3.3 Desnutrição e Obesidade em crianças e adolescentes em idade escolar

As mudanças em questões econômicas, políticas, sociais e culturais vêm alterando o estilo de vida da população, provocando assim o aumento das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), sendo consideradas epidemias além de ser um agravante na saúde pública (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012).

O problema enfrentado na saúde pública na atualidade com relação à nutrição é trabalhar com situações divergentes, como a desnutrição e a obesidade. O Brasil por ser um país em desenvolvimento esta em mudança nutricional pela constante má-alimentação. À medida que se reduz o nível de desnutrição, observa-se o aumento no excesso de peso,



crescendo assim o número das DCNT. Hábitos alimentares inapropriados levam a desenvolver riscos nutricionais, como a subnutrição ou o excesso de peso, aumentando assim o índice dessas doenças (COUTINHO, J.G., GENTIL, P.C., TORAL, N, 2008; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012).

De acordo com o Ministério de Saúde, 2011, as DCNT mais freqüentes são as cardiovasculares, as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e o *diabetes mellitus*, entre outras. Por apresentarem fatores de riscos comuns, podem ser prevenidas, levando-se em consideração o tipo de fator que pode ser não-modificáveis como o sexo, idade e hereditariedade e os modificáveis como tabagismo, alimentação, atividade física, consumo de drogas. Estas doenças podem ter início ainda na fase da infância e adolescência (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012).

Ainda considerado um dos grandes problemas de saúde pública na atualidade, a desnutrição infantil possui relevância e conseqüências deletérias para o crescimento e desenvolvimento da criança e adolescente. Se o indivíduo não atender as necessidades nutricionais básicas, terá deficiência no seu crescimento, tendo em vista que os mesmo estão diretamente ligados e são influenciados por fatores intrínsecos (genéticos) e extrínsecos (ambientais) (PANDOLFI, M.M. et al., 2011).

A desnutrição é considerada uma condição clínica advinda da falta ou diminuição, parcial ou total de um ou vários nutrientes essenciais. Acontece quando há a falta na ingestão de nutrientes necessários para o funcionamento fisiológico. Na infância a desnutrição pode estar ligada a condição de baixa renda familiar, comprometendo o crescimento e o desenvolvimento. A desnutrição pode ser vista pelo comprometimento inexorável do crescimento linear e/ou emagrecimento da criança ou adolescente (BOTEGA, A.O., 2010).

A obesidade pode ser definida para Hockenberry e Wilson (2011) como a elevação do peso corporal, proveniente da acumulação excessiva de gordura corporal em relação a massa corporal magra. Já o sobrepeso é o aumento do peso maior que a média para a altura e compleição física. Podendo ser causada por multifatores, o aumento dessa condição pode acarretar conseqüências a curto e longo prazo, tornando assim a obesidade um dos maiores problemas na infância (MEDEIROS C.M.M et al., 2011).



#### 4.3 População e Amostra

Segundo Silva e Menezes, 2005, população é a quantidade de elementos com características fixas para um estudo específico. E amostra é a parcela da população indicada de acordo com as necessidades.

Participarão do estudo os escolares do ensino fundamental do 6º ao 9º ano, da rede pública e privada, rural e urbana de ensino de Cajazeiras – PB. O número de escolares no município nesta modalidade de ensino é de 5039 sendo assim distribuídos: escola pública urbana 3590; escola pública rural, 508; escola privada, 941 (Secretária Municipal de Educação e Cultura de Cajazeiras – PB, 2010).

As escolas foram sorteadas de acordo com a localização urbana e rural, obedecendo-se aos critérios públicos e privados. Para tanto a cidade foi dividida em cinco zonas distintas (centro, norte, sul, leste e oeste), foram sorteadas também escolas nos distritos e na zona rural.

#### 4.4 Critérios de Inclusão

Foram avaliados somente escolares na faixa etária de 10 a 15 anos de ambos os sexos e que apresentaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelos pais ou responsáveis.

#### 4.5 Critérios de Exclusão

Foram excluídos os alunos que estiveram ausentes no dia da coleta de dados, alunos com algum membro imobilizado por gesso ou tala e alunos que não pertenciam a faixa etária estabelecida.

#### 4.6 Instrumento de Coleta de Dados

Foi utilizado um questionário Global-based Student Health Survey (GSHS), proposto pela OMS (2006), que analisa o comportamento de risco a saúde de adolescentes, modificado para o português, que contém questões sobre os aspectos sociodemográficos, socioambientais, socioeconômicos, hábitos alimentares, prática de atividade física, violência e lesões. E retirado para utilização apenas os dados referentes aos aspectos sociodemográficos, socioeconômicos e hábitos alimentares.

Para a coleta de dados antropométricos foi utilizado um formulário, elaborado especificamente para este fim, contendo dados referentes a identificação do indivíduo (nome, gênero, idade); antropometria (peso, altura e IMC). A ficha foi devidamente preenchida pela

equipe de coleta. Tanto o questionário quanto o formulário foram identificados por código numérico.

#### 4.7 Procedimento de Coleta de Dados

O município foi dividido em zona urbana e rural. Em cada zona foi sorteada escolas que dispunham o ensino fundamental em suas sínteses curriculares, seguindo os critérios: escola pública urbana, escola pública rural e escola privada urbana. Os gestores das escolas foram informados sobre os passos da pesquisa, em seguida receberam uma cópia com resumo do Projeto de Pesquisa e assinaram um Termo de Concordância permitindo a realização da pesquisa nas dependências da escola. Foi realizado o sorteio das turmas e dos alunos aos quais foi aplicado o questionário e aferidas às medidas antropométricas. Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos (TCLE) foram entregues aos gestores das escolas, e estes entregaram aos alunos das turmas sorteadas, uma semana antes da aplicação dos questionários e da aferição das medidas. Os termos foram assinados pelos estudantes e pelos pais ou responsáveis.

O questionário e o formulário para coleta de dados foram aplicados aos alunos sorteados em horário previamente combinado com os gestores e cedido pelo professor de cada sala. Os questionários foram entregues aos alunos em envelopes lacrados e numerados de acordo com o Termo de Consentimento assinado. Houve leitura prévia e esclarecimento de dúvidas. Os questionários foram devolvidos nos envelopes que foram lacrados e abertos somente no momento da digitação do banco de dados. As medidas antropométricas foram aferidas e anotadas, conforme o *Anthropometric Standardization Reference Manual*. Após a submissão e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) iniciou-se a pesquisa.

#### 4.8 Processamento e Análise de Dados

Os dados estão apresentados em tabelas e foram analisados de acordo com o *Statistic Package of Social Sciences >18.0* (SPSS). Foram usadas medidas de tendência central e medidas de dispersão, cálculo de prevalência de acordo com as variáveis específicas.

#### 4.9 Aspectos Éticos

A pesquisa seguiu os aspectos éticos preconizados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que permite a pesquisa em seres humanos, dando aos participantes

a segurança das informações no que diz respeito os objetivos, anonimato, liberdade de aceitação e desistência da participação em qualquer momento da pesquisa (BRASIL, 2012).

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, Protocolo N° 035/11.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A tabela 1 apresenta resultados da caracterização da amostra conforme escolas e ano escolar. Em relação ao nível de escolaridade, a amostra estava distribuída na segunda etapa do ensino fundamental, sendo realizada em 11 escolas do município escolhidas por sorteio, ao qual totalizou uma população de 692 estudantes, sendo 35,3% no sexto ano, 27,7% no sétimo ano, 20,5% no oitavo ano e 16,5% no nono ano.

Tabela 1. Caracterização da amostra de escolares conforme escolas e ano escolar.

	n	%
<b>Escola</b>		
ANTONIO DIAS DE SOUSA	93	13,4%
CECILIA MEIRELES	61	8,8%
COSTA E SILVA	42	6,1%
DOM MOISES COELHO	240	34,7%
GALDINO PIRES	24	3,5%
JOÃO MILANÊS	48	6,9%
JOSÉ ANTONIO DIAS	50	7,2%
MASTER GOLD	8	1,2%
MATIAS DUARTE ROLIM	28	4,0%
NOSSA SENHORA DO CARMO	56	8,1%
VITÓRIA RÉGIA	42	6,1%
<b>Ano escolar</b>		
6º ano	244	35,3%
7º ano	192	27,7%
8º ano	142	20,5%
9º ano	114	16,5%

Tabela 1. Como se pode perceber o maior percentual de alunos foi da escola Dom Moises Coelho 34,7% e o menor percentual foi da escola Master Gold 1,2%, demonstrando uma ampla variação de quantitativo de alunos entre as escolas, haja vista que foram incluídas desde escolas de ensino fundamental de menor porte até as maiores escolas desta categoria. Pode-se perceber também com esses dados que o número de alunos distribuídos entre escolas de ensino público é maior que o de ensino privado representados pelas escolas Master Gold 1,2%, Nossa Senhora do Carmo 8,1% e Vitória Régia 6,1%.

Sabe-se que em países em desenvolvimento, crianças e adolescentes que estudam na rede privada de ensino são aquelas que vêm de uma família de poder econômico maior do que aqueles que estudam na rede pública de ensino, podendo então os dados apresentados estar ligada a diferenciação nível socioeconômico da população estudada e que será apresentada no decorrer deste trabalho (MEDEIROS C.M.M et al., 2011). Quanto ao ano escolar o maior

percentual foi no 6º ano com 35,3% decrescendo sucessivamente para o 7º ano, 8º ano, chegando ao 9º nono com percentual de apenas 16,5%.

O percentual maior apresentado pelo 6º ano escolar decrescendo para os demais pode ser relacionado à reprovação e evasão escolar, fatores estes atribuídos as deficiências na aprendizagem, por aspectos apresentados por origem hereditária ou disfunções neurológicas e também pelos apresentados fora do ambiente escolar, estes referentes a situação socioeconômica e cultural, que podem dificultar no processo de aprendizagem (MOURA, E.L.; SILVA, J.C., 2007).

A tabela 2 que apresenta dados sociodemográficos apresenta A faixa etária da população estudada variou de 10 a 15 anos. Entre os participantes, 55,5% eram do sexo feminino e 44,5% do sexo masculino; 99,3% eram brasileiros; 36,3% se declararam de cor pele branca, 47% parda, 7,5% preta, 5,6% indígena e 3,6% amarela; 80,5% se denominam católicos. Como renda familiar a mais predominante foi a de um a quatro salários mínimos representando 64,3% do total e onde 3,9% declararam que desempenham outras atividades além de estudar.

Tabela 2: Características sociodemográficas dos escolares de 10 a 15 anos de Cajazeiras-PB

<b>Perfil dos Entrevistados</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Faixa Etária</b>		
10 a 12 anos	306	44,2%
13 a 15 anos	386	55,8%
<b>Sexo</b>		
Feminino	384	55,5%
Masculino	308	44,5%
<b>Nacionalidade</b>		
Brasil	687	99,3%
Outro	5	0,7%
<b>Naturalidade</b>		
Paraibanas cajazeiras	526	76,0%
Paraibana de outra cidade	90	13,0%
Outra naturalidade	76	11,0%
<b>Cor da Pele</b>		
Branca	251	36,3%
Parda	325	47,0%
Preta	52	7,5%
Indígena	39	5,6%
Amarela	25	3,6%
<b>Religião</b>		
Católica	555	80,2%
Evangélica	97	14,0%
Espírita	10	1,4%
Outra	30	4,3%
<b>Renda Familiar</b>		
Menos de 1 salário mínimo	170	24,6%
1 a 4 salários mínimos	445	64,3%

4 a 8 salários mínimos	64	9,2%
8 a 10 salários mínimos	8	1,2%
Acima de 10 salários mínimos	5	0,7%
<b>Se exerce alguma profissão além de estudar</b>		
Sim	27	3,9%
Não	665	96,1%
<b>Especificar</b>		
Serviço	10	37,0%
Comercio	8	29,6%
Agricultor	5	18,5%
Industria/ construção civil	4	14,8%

A tabela 2 apresenta os dados sociodemográficos, na qual podemos notar que alunos em faixas etárias distintas de 10 a 12 anos a representação foi de 44,2%, enquanto que as de 13 a 15 anos que foi de 55,8%. De acordo com as Leis Federais Nº 11.114/05 e 11.114/06 institui-se que se deve dá inicio ao ensino fundamental aos 6 anos de idade e ter duração de nove anos. Portanto este estudo demonstra que de acordo com os anos escolares já apresentados, as faixas etárias apresentadas estão de acordo com seus respectivos anos de estudos (ARELALO, J.R.G., JACOMINI, M.A., KLEIN, S.B., 2011).

A distribuição de acordo com o sexo demonstrou que a população do sexo feminino 55,5% é maior que a do sexo masculino 44,5%. Essa diferença na apresentação de acordo com o sexo pode ser observada em outro estudo que mostra o percentual do sexo feminino 52,8% maior que o masculino que era de 47,2%. Em outros estudos diferentemente dos dados apresentados aqui, a quantidade da população feminina 44,8% foi menor que a da população do sexo masculino 55,2%. A população feminina no Brasil corresponde a 51,4% da população mostrando que as diferenças apresentadas nesse estudo relacionadas ao sexo no âmbito escolar é uma projeção ao que vem sendo mostrado no país (Disponível em [www.brasil.gov.br](http://www.brasil.gov.br). acessado em 04/05/2016) (SILVA, G.A.P., BALABAN, G., MOTTA, M.E.F.A, 2005; BRITO, J.B.S.M.; WALSH, I.A.P.; DAMIÃO, R., 2013).

Em um estudo realizado, no Brasil a população considerada negra 50,7% é composta por pardas e pretas e que a mesma não sofre influências que possam determinar algum tipo de distúrbios na alimentação. Neste estudo a população parda e preta corresponde a 54,5%, índice maior que o da população que se considerou branca que foi de 36,3% estes que sofrem maior risco de influências no comportamento alimentar principalmente pelo estereótipo no padrão de beleza. Para Bitencourt, L.J. et al. (2013) no seu estudo a população considerada indígena do sexo feminino correspondia a 1,7% e eram as mais propensas a desenvolver distúrbios na alimentação. Neste estudo o índice correspondente à indígena de ambos os sexos foi de 5,6%.



Outro achado desta pesquisa estar relacionado ao fator socioeconômico em que 64,3% disseram que a renda familiar era de um a quatro salários mínimos, 24,6% apresentou renda familiar menor que um salário mínimo. Em comparação com outro estudo apresentado por Silva, Balaban e Motta, as condições econômicas consideradas baixas foram de 38,6% e as de boas condições 61,4%. É sabido que o crescimento e o desenvolvimento adequado de crianças e adolescentes tendem a ter maior influência das condições socioeconômicas do que de outros fatores. No estudo realizado por Dunker, Fernandes e Filho (2009), 77,9% disseram que sua renda era até de 5 salários mínimos e 61,2% renda de 5 a 15 salários mínimos.

Aqueles que relataram poder aquisitivo maior correspondem de quatro a oito salários mínimos 9,2%, 8 a 10 salários mínimos 1,2%, acima de 10 salários mínimos 0,7%. No estudo realizado por Farias, Júnior, Petroski (2008) ele relata que o índice de obesidade é associado diretamente ao maior nível econômico. Nota-se assim aqui que as condições socioeconômicas encontram-se proporcionalmente desequilibradas e este fator influência diretamente nos padrões dos hábitos alimentares, o qual está relacionado as alterações no estado nutricional e no IMC.

Dos entrevistados de acordo com o IMC, 5,9% apresentaram baixo peso, 64,3% normal, 16,9% apresentaram sobrepeso e 12,9% apresentaram-se obesos. (Tabela 3)

Tabela 3: Caracterização da amostra de acordo com IMC.

<b>Classificação do IMC</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<i>Baixo Peso</i>	41	5,9%
<i>Normal</i>	445	64,3%
<i>Sobrepeso</i>	117	16,9%
<i>Obeso</i>	89	12,9%

De acordo com a tabela 3. 5,9% apresentaram baixo peso. O baixo peso ou desnutrição pode ser considerado como as baixas ofertas de nutrientes, o que afeta o crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes. Um estudo realizado pelo Estudo Nacional de Despesa Familiar (Endef, 2013) 4,8% dos estudados encontram-se com baixo peso, prevalência menor que nesse estudo que foi de 5,9%. Entre crianças e adolescentes de acordo com Flores, L.S. et al. (2013), no período de 2009 a 2011, a média de baixo peso é de 4,15% valor considerado aceitável para a OMS. No presente estudo pode-se notar o aumento de 1,75% quando comparado aos demais estudos aqui apresentados, aumento esse que pode estar relacionado às condições sociodemográficas, econômicas e de hábitos alimentares.

Quando relacionado ao índice socioeconômico, tendo em vista que, o fator socioeconômico de baixa renda familiar apresentado neste estudo em relação ao demais foi menor, diverge com o aumento no baixo peso que se apresentou maior neste estudo (BOTEGA, A.O., 2010; GUEDES, D.P. et al. 2013; FLORES, L.S. et al.,2013).

Como apresentado neste estudo 64,3% dos estudados apresentam condições na classificação do IMC normal, assim sendo eutróficos, sabendo-se assim que essa condição está ligada a boa condição nutricional do indivíduo. Na pesquisa realizada por Tomaz, Ramos e Mendes (2014) as crianças e adolescentes que se apresentavam eutróficas correspondiam a 72,3%. Nota-se neste estudo a diminuição na qualidade nutricional se relacionada à classificação apontada como normal diminuída, quando comparada com outro estudo apresentado, o que pode acarretar conseqüentemente no aumento na relação do excesso de peso.

O índice de sobrepeso nesta pesquisa foi de 16,9% e de obesidade 12,9%. No tocante o excesso de peso caracterizado neste estudo foi de 29,8%. Rech, R.R. et al (2010) no seu estudo apresentou que a prevalência no excesso de peso foi de 27,9% sendo 8% obeso e 19,9% apresentando sobrepeso. Em Schuch, I. et al. (2012) a prevalência geral do excesso de peso foi de 14,4%. Essa variação no índice pode ser explicada por fatores ligados as condições nutricionais como os socioeconômicos, ambientais e culturais, como também pelos critérios na análise e referências. O fator de crescimento sociodemográfico pode também ser considerado como agravante para o surgimento desse problema de saúde, como também para as diferenças apontadas em outros estudos. Observa-se, portanto, que, o percentual do excesso de peso apresentado neste estudo encontra-se aumentado quando comparado aos outros.

Considerado de difícil tratamento a obesidade em curto prazo causa danos à saúde, podendo destacar entre eles os problemas psicossociais relacionadas à discriminação entre os colegas e familiares, pelos fatores estéticos, distúrbios respiratórios, complicações ortopédicas, alterações posturais, apneia do sono, distúrbios gastrointestinais, além de problemas metabólicos (diabetes mellitus e dislipdemia) e os distúrbios cardiovasculares como a hipertensão. Em longo prazo as doenças coronarianas e até mesmo mortalidade (PEREIRA, L. 2006; MOREIRA, M.S.F. et al. 2014).

A eutrofia tem se apresentado como principal diagnóstico neste estudo, o sobrepeso e a obesidade podem ser aqui apresentadas como alterações entre os estudados. Pode-se notar isso através dos dados apresentados, onde mostra o aumento na prevalência do excesso de

peso e a diminuição no baixo peso entre crianças e adolescentes. Realidade condizente com outros estudos apresentados.

A tabela 4 apresenta o resultado dos hábitos alimentares da população estudada. Em relação às situações adversas vivenciadas em um período de 30 dias antes do momento da coleta, 95,1% dos indivíduos afirmaram não ter ficado com fome por não haver comida suficiente em casa e 0,6 disseram que sempre havia comida insuficiente em casa. Durante o mesmo período 7,4% disseram não ter comido frutas e 24,6% afirmaram ter comido 2 vezes ao dia. O consumo de vegetais foi encontrada na amostra com 36,6% como consumo de menos de uma vez por dia, 21,4% afirmaram não ter comido vegetais nos últimos 30 dias. Entre os indivíduos 23,8% ingeriram refrigerante 2 vezes por dia, 16,6% 4 vezes ou mais por dia, 9,5% disseram não ter bebido refrigerante nos últimos 30 dias. Variando de intervalo durante os últimos 7 dias que antecederam o dia da coleta 16,2% dos entrevistados disseram não ter comido fast food, 23,3% por 1 vez, 17,3% por 2 vezes, 14,6% por 4 vezes e 9,8% por 7 vezes.

Tabela 4: Caracterização dos hábitos alimentares dos escolares de 10 a 15 anos.

Hábitos Alimentares	N	%
<b>Durante os últimos 30 dias, quantas vezes ficou com fome porque não havia comida suficiente em sua casa?</b>		
Nunca	658	95,1%
Raramente	14	2,0%
Algumas vezes	14	2,0%
Quase sempre	2	0,3%
Sempre	4	0,6%
<b>Durante os últimos 30 dias, quantas vezes por dia comeu frutas</b>		
Não comi frutas nos últimos 30 dias	51	7,4%
Menos de uma vez ao dia	83	12,0%
1 vez ao dia	148	21,4%
2 vezes ao dia	170	24,6%
3 vezes ao dia	110	15,9%
4 ou mais vezes ao dia	130	18,8%
<b>Nos últimos 30 dias, quantas vezes por dia comeu vegetais (pimentão, tomate, cebola, folhas)?</b>		
Não comi esses vegetais nos últimos 30 dias	148	21,4%
Menos de uma vez por dia	253	36,6%
1 vez por dia	172	24,9%
2 vezes por dia	49	7,1%
3 vezes por dia	15	2,2%
4 vezes ou mais vezes por dia	55	7,9%
<b>Durante os últimos 30 dias quantas vezes por dia tomou refrigerante?</b>		
Não bebi refrigerantes nos últimos 30 dias	66	9,5%
Menos de uma vez por dia	115	16,6%
1 vez por dia	145	21,0%

2 vezes por dia	165	23,8%
3 vezes por dia	86	12,4%
4 vezes ou mais vezes por dia	115	16,6%
<b>Durante os últimos sete dias, quantas vezes você comeu fast food (sanduíche, pastel, coxinha, frituras, pappos, chilito, etc)?</b>		
Nenhuma vez	112	16,2%
1 vez	161	23,3%
2 vezes	120	17,3%
3 vezes	53	7,7%
4 vezes	101	14,6%
5 vezes	44	6,4%
6 vezes	33	4,8%
7 vezes	68	9,8%

Para a avaliação nutricional é necessário que seja realizada anamnese alimentar detalhada, onde nela indique a alimentação habitual, o tipo e a frequência das refeições diárias. Neste estudo essa anamnese foi realizada através da aplicação do questionário, onde no mesmo continha perguntas sobre os hábitos alimentares dos escolares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2009).

A tabela 4 apresenta os hábitos alimentares das crianças e adolescentes no período de 30 dias que antecedeu a entrevista. Os hábitos alimentares da criança e adolescente devem ser adequados quanto à oferta da quantidade necessária de alimentos e a qualidade dos mesmos, com o intuito de suprir as necessidades nutricionais para garantir o crescimento e desenvolvimento no seu potencial máximo. Aqueles que apresentam inadequação no consumo alimentar tendem a ser mais propensos a desenvolver DCNTs (CARVALHO, C.A. et al. 2015)

Em relação às situações adversas neste período, 4,9% relataram ter ficado com fome porque não havia comida suficiente em casa, valor abaixo dos 95,1% que relataram nunca ter ficado com fome por não haver comida em casa.

Essa proporção 4,9% pode estar relacionada ao índice de baixo peso já apresentado neste estudo, o que revela a relação da característica de baixa quantidade de nutrientes ofertadas à desnutrição e/ou baixo peso.

No estudo realizado por Costa, Vasconcelos e Corso (2012), ele relata que segundo a OMS o consumo adequado de frutas e verduras é de 400g por dia, valor este equivalente a cinco porções/dia. O consumo adequado de frutas e verduras tendem a prevenir as DCNTs, o consumo destes alimentos diminuem a densidade energética da dieta e eleva a quantidade de alimentos que pode ser consumida para um determinado nível de calorias (MONTICELLI, F.D.B.; SOUZA, J.M.P.; SOUZA, S.B.; 2013).

No estudo apresentado por Monticelli, Souza e Souza (2013) o consumo diário de frutas foi apresentado em duas classificações uma com consumo inadequado, onde, 7,6% não comeram frutas, 33,7% comeram frutas 1 vez ao dia e 29,6% 2 vezes ao dia. Estes valores apresentam-se proporcionalmente maior que os apresentados neste estudo que foi de 7,4%, 21,4% e 24,6% respectivamente. No estudo de Monticelli, Souza e Souza (2013) a porcentagem de consumo adequado foi inversamente proporcional ao deste estudo, em sua pesquisa 21,0% consumiram frutas três vezes ao dia e 7,9% quatro vezes ou mais ao dia. Neste estudo esses valores foram 15,9% e 18,8% respectivamente.

No referente ao consumo inadequado os valores do estudo de Monticelli, Souza e Souza (2013) apresentaram-se mais elevados, o de consumo adequado mostrou-se diferenciados, onde o consumo de quatro vezes ou mais neste estudo teve maior representatividade.

No que diz respeito ao consumo de vegetais ainda em Monticelli, Souza e Souza (2013), utilizando-se da mesma classificação, o consumo inadequado apresentou os seguintes percentuais, não comeram vegetais 9,1%, uma vez ao dia 38,4%, duas vezes ao dia 42,5%. Neste estudo apresentou alta prevalência para aqueles que não comeram vegetais, com o percentual de 21,4% valor duas vezes maior que o estudo apresentado e prevalência menor para os demais, sendo 24,9% e 7,1% respectivamente.

No consumo adequado apontado por Monticelli, Souza e Souza (2013), aqueles que consumiram vegetais três vezes ao dia representaram 7,9% e quatro vezes ou mais 2,1%. Neste estudo estes valores estão proporcionalmente invertidos onde 2,2% consumiram vegetais três vezes por dia e 7,9% 4 vezes ou mais.

Estes valores tendem a demonstrar que crianças e adolescentes ainda possuem baixo consumo de frutas e verduras, o que torna este dado preocupante, pois, uma dieta rica na ingestão desses tipos de alimentos é fundamental para evitar a desnutrição, sobrepeso e obesidade e em longo prazo as DCNTs. Na presente pesquisa, os resultados apresentam comportamento semelhante com outros relatos em que indicam que o consumo de frutas e verduras está abaixo do esperado.

Um dos pontos importantes deste estudo foi à avaliação do aumento freqüente no consumo de produtos industrializados, como os refrigerantes e *fast food*. O refrigerante e as bebidas açucaradas possuem um elevado índice de densidade energética pela quantidade de açúcar presente nos mesmos, dessa forma esse tipo de bebida possui alta concentração calórica,

sem valores nutricionais indicados e está presente no hábito alimentar da infância e adolescência (TOMAZ, M., RAMOS, A.A.M., MENDES, L.L., 2014).

Pode-se perceber neste estudo o aumento no consumo de refrigerantes onde o percentual de ingestão de 4 vezes ou mais podia 16,6% é maior que aqueles que não beberam refrigerantes que foi de 9,5%. No estudo realizado por Tomaz, Ramos e Mendes (2014) a maioria dos escolares relataram ter o hábito de ingerir refrigerante durante as refeições. Destes 57,2% relataram consumir esta bebida algumas vezes na semana. Sabe-se que o consumo excessivo desse tipo de bebida pode estar ligado ao aumento do peso, sabendo assim que a ingestão dessa bebida deve ser diminuída ou retirada do hábito alimentar dessa faixa etária, inclusive daqueles que apresentam ganho de peso.

Em uma pesquisa realizada por Oliveira, A.C.S. et al. (2011) 96% dos indivíduos relatam preferência por consumo de refrigerantes. Nesse mesmo estudo apenas 2% não consomem refrigerante em um período de 30 dias. Neste estudo foi apresentado na tabela 4 o percentual maior 9,5% e aqueles que consomem de quatro vezes ou mais de 16,6% é maior que no estudo comparativo que foi de 12%. O percentual daqueles que consomem de uma a três vezes por dia foi de 57,2% neste estudo realizado, no estudo de Oliveira. A.C.S. et al. (2011) esse valor foi de 34%, esses valores demonstram como o aumento no consumo de refrigerantes tem aumentado no decorrer dos anos, principalmente entre crianças e adolescentes. É importante perceber que durante as refeições é comum o consumo de alguma bebida, na pesquisa realizada por Estima, C.C.P. et al. 2011 o refrigerante é representado assim com o percentual de 29% da escolha.

Os *fast food* são as principais escolhas entre crianças e adolescentes pelo apelo social e da mídia, e que há nesse momento mudanças no estilo de vida, alterando assim o tempo das refeições principalmente no lar. Os aspectos sociais tornam os *fast food* as principais refeições dessa faixa etária (Santos, 2010).

Na Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no de 2009, no que se refere ao consumo de *fast food*, estes considerados alimentos não saudáveis, a quantidade em cinco dias ou mais nos últimos sete dias antes da coleta foi de 50,9% para o total de estudos, valor este menor do que o neste estudo em que o total foi de 83,8%, sendo eu 23,3% consumiram *fast food* ao menos uma vez na semana e 9,8% sete vezes. (Disponível em: [www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/pense.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/pense.pdf). Acessado em 10 de maio de 2016)

No estudo realizado por Aires, A.P.P. et al. (2011) o consumo de alguns produtos industrializados apresentou frequência no consumo maior que uma vez na semana, dado este que se assemelha com este estudo em que na maior parte da população há o consumo de produtos industrializados com a mesma frequência.

Estes valores apresentam relevância e indicam que o aumento do consumo destes produtos superou os do consumo de frutas e verduras na população, demonstrando assim que o aumento das alterações de excesso de peso pode ser ligado ao aumento no consumo deste tipo de alimento, que aqui já apresentados são fatores de risco para o sobrepeso e a obesidade.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista que os índices alterados do IMC podem representar alterações do estado de saúde, é necessário que haja o controle na verificação desse indicativo que identifica também o estado nutricional da criança e adolescente, principalmente em idade escolar, fazendo assim com que seja implantada de forma precoce a adoção de hábitos alimentares adequados, como medida de prevenção das complicações associadas a esse fator.

Foi possível observar no decorrer do trabalho que os índices de baixo peso e/ou desnutrição têm diminuído, enquanto os índices do excesso de peso vêm aumentando, podendo ser associado este aumento às condições socioeconômicas e de hábitos alimentares, sabendo-se que indivíduos que apresentam poder aquisitivo maior, possui tendência a manter hábitos alimentares diferenciados daqueles recomendados e de baixa qualidade nutricional. Também aqueles que apresentam poder aquisitivo menor, apresentam deficiência na ingestão de nutrientes adequados.

Estudos dessa categoria se fazem necessário para a identificação dos aspectos ambientais e de hábitos alimentares, que possa estar influenciando no aumento da prevalência do excesso de peso, tendo em vista que outros estudos apresentam limitações para a realidade local por apresentarem populações diferenciadas e fatores geográficos, socioambientais e culturais distintas.

Portanto, este estudo chama a atenção para a monitoração do IMC e fatores relacionados, em crianças e adolescentes, para a identificação precoce de problemas pelas suas alterações, principalmente no sobrepeso e obesidade, mediante implantação de programa de Saúde Pública para prevenção e tratamento destes agravos na população estudada.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIRES, A.P.P. et al. Consumo de alimentos industrializados em pré-escolares. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, 55(4): 350-355, out-dez. 2011. <[http://www.amrigs.org.br/revista/55-04/0000072184-miolo\\_AMRIGS4\\_art\\_original\\_consumo\\_de\\_alimentos.pdf](http://www.amrigs.org.br/revista/55-04/0000072184-miolo_AMRIGS4_art_original_consumo_de_alimentos.pdf)>

ARELALO, J.R.G., JACOMINI, M.A., KLEIN, S.B. O ensino fundamental de nove anos e o direito à educação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 37, n. 1, 220p. 35-31. Jan/abr 2011. <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-97022011000100003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022011000100003)>

BALDISSERA, G. et al. Práticas e hábitos alimentares de crianças e adolescentes: a relação entre os aspectos socioculturais e midiáticos. **Caderno pedagógico**, Lajeado, v. 12, n. 1, p. 289-300, 2015. ISSN 1983-0882. <<http://www.univates.br/revistas/index.php/cadped/article/viewFile/1457/727>>

BITTENCOURT, L.J. et al. Risco para transtornos alimentares em escolares de Salvador, Bahia, e a dimensão raça/cor. **Revista de Nutrição, Campinas**, 26(5): 497-508, set/out, 2013. <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732013000500001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732013000500001)>

\_\_\_\_\_. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33)

BRITO, J.B.S.M.; WALSH, I.A.P.; DAMIÃO, R. Estado nutricional de escolares em uma escola pública estadual. **REFACS(online)** 2013; 1(1): 17-23. <<http://www.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/604/423>>

BOTEGA, A.O. **Desnutrição infantil: um problema de saúde pública**. 3ª Jornada Interdisciplinar em Saúde. Promovendo Saúde na Contemporaneidade: desafios de pesquisa, ensino e extensão. Santa Maria, RS, 2010, p. 1- 7. <<http://www.unifra.br/eventos/jis2010/trabalhos/249.pdf>>

CARVALHO, C.A. et al. Consumo alimentar e adequação nutricional em crianças brasileiras: revisão sistemática. **Revista Paulista de Pediatria**, 2015; 33(2): 211-221. <[http://www.scielo.br/pdf/rpp/v33n2/pt\\_0103-0582-rpp-33-02-00211.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rpp/v33n2/pt_0103-0582-rpp-33-02-00211.pdf)>

CLEMENTE, A. P. G et al. Índice de massa corporal de adolescente: comparação entre diferentes referências. **Revista Paulista de Pediatria** 2011; 29(2): 171-7. <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-05822011000200007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822011000200007)>

COSTA, L.C.F., VASCONSELOS, F.A.G., CORSO, A.C.T. Fatores associados ao consumo adequado de frutas e hortaliças em escolares de Santa Catarina, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(6): 1133-1142, jun. 2012. <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n6/12.pdf>>

COUTINHO, J.G., GENTIL, P.C., TORAL, N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 2: S332 – S340, 2008. <  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001400018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001400018)>

DALFOVO, M.S.; LANA, R.A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v.2, n.4, p.01-13, Sem II. 2008. <  
[http://www.unisc.br/portal/upload/com\\_arquivo/metodos\\_quantitativos\\_e\\_qualitativos\\_um\\_re\\_sgate\\_teorico.pdf](http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/metodos_quantitativos_e_qualitativos_um_re_sgate_teorico.pdf)>

DUNKER, K.L.L., FERNANDES, C.P.B., FILHO, D.C. Influência do nível socioeconômico sobre comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes. **Jornal Brasileiro Psiquiatria**. 2009; 58(3): 156-161. <  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852009000300003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852009000300003)>

ESTIMA, C.C.P. et al. Consumo de bebidas e refrigerantes por adolescentes de uma escola pública. **Revista Paulista Pediatria** 2011; 29(1): 41-5. <  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-05822011000100007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822011000100007)>

FARIAS, E.S., JÚNIOR, G.G., PETROSKI, E.L. Estado nutricional de escolares em Porto Velho, Rondônia. **Revista de Nutrição, Campinas**, 21(4): 401-409, jul/ago., 2008. <  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732008000400004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732008000400004)>

FLORES, L.S. et al. Tendência do baixo peso, sobrepeso e obesidade de crianças e adolescentes brasileiros. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro. 2013; 89(5): 456-61. <  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572013000500007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572013000500007)>

FRIZON, J.D. **Hábitos alimentares e qualidade de vida: uma discussão sobre a alimentação escolar**. 1º Simpósio Nacional de Educação. XX Semana de Pedagogia. Unioeste – Cascavel/PR. Nov.2008. <  
<http://www.unioeste.br/cursos/cascavel/pedagogia/eventos/2008/2/Artigo%2004.pdf>>

GALDINO, L.A.S. O índice de massa corporal de adolescentes de ambos os sexos. **Estação científica online (Ed. Esp. Saúde)**. Juiz de Fora, n. 05, jan. 2008.

GONÇALVES, J.A et al. Transtornos alimentares na infância e na adolescência. **Revista Paulista de Pediatria** 2013; 31(1): 96-103. <  
<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v31n1/17.pdf>>

GUEDES, D.P. et al. Baixo peso corporal/magreza, sobrepeso e obesidade de crianças e adolescentes de uma região brasileira de baixo desenvolvimento econômico. **Revista Paulista de Pediatria** 2013; 31(4): 437-43. <  
[http://www.scielo.br/pdf/rpp/v31n4/pt\\_0103-0582-rpp-31-04-00437.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rpp/v31n4/pt_0103-0582-rpp-31-04-00437.pdf)>

HOCKENBERRY, M.J., WILSON, D. (eds) **Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 8ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
<[www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/pense.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/pense.pdf). Acessado em 10 de maio de 2016)>

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico. <[www.cidades.ibge.gov.br](http://www.cidades.ibge.gov.br). Acessado em 02 de maio de 2016>

LEAL, V.S. et al. Desnutrição e excesso de peso em crianças e adolescentes: uma revisão de estudos brasileiros. **Revista Paulista de Pediatria**. 2012; 30(3): 415-22. <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-05822012000300017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822012000300017)>

LOURENÇO, A.M.; HANSELMANN, M.H.; TOQUETTE, S.R. Avaliação nutricional: antropometria e conduta nutricional na adolescência. **Adolescente e Saúde**, Rio de Janeiro v.8, n.1, p.51-58, jan/mar 2011. <[http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=265](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=265)>

MARTINS, D.; WALDER, B.S.M.; RUBIATTI, A.M.M. Educação Nutricional: Atuando na formação de hábitos alimentares saudáveis de crianças em idade escolar. **Revista Simbiologia**, V3, n.4, Junho/2010. <[http://www.ibb.unesp.br/Home/Departamentos/Educacao/Simbiologia/educacao\\_nutricional\\_atuando\\_formacao\\_habitos\\_alimentares.pdf](http://www.ibb.unesp.br/Home/Departamentos/Educacao/Simbiologia/educacao_nutricional_atuando_formacao_habitos_alimentares.pdf)>

MEDEIROS C.M.M et al. Estado Nutricional e Hábitos de Vida Em Escolares. **Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano**, 2011; 21(3): 787-797. <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v21n3/05.pdf>>

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/12. Dispõem diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em [www.conselho.saude.gov.br/resolucao/2012/reso466.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/resolucao/2012/reso466.pdf). acesso em 02 de maio de 2016.

MONTARROYOS, E.C.L.; COSTA, K.R.L.; FORTES, R.C. Antropometria e sua importância na avaliação do estado nutricional de crianças escolares. **Com. Ciências Saúde**. 2013; 24(1): 21-26. <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=755229&indexSearch=ID>>

MONTICELLI, F.D.B., SOUZA, J.M.P., SOUZA, S.B. Adolescent students' consumption of fruit, greens and vegetables. **Journal of Human Growth and Development** 2013; 23(3): 331-337 Manuscript submitted Jan 08 2013, accepted for publication Oct 10 2013. <[http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v23n3/pt\\_12.pdf](http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v23n3/pt_12.pdf)>

MOREIRA, M.S.F. et al. Doenças associadas à obesidade infantil. **Revista odontológica de Araçatuba**, v.35, n.1, p. 60-66. Janeiro/Junho 2014. <<http://apcdaracatuba.com.br/revista/2014/10/trabalho11.pdf>>

MOURA, E.M., SILVA, J.C. **Reprovação escolar: discutindo mitos e realidades**. Disponível em: [www.iftm.edu.br/proreitorias/ensino/permanenciaeexito/grupos/documentos/texto](http://www.iftm.edu.br/proreitorias/ensino/permanenciaeexito/grupos/documentos/texto). Acessado em 09 de maio de 2016.

NEUTZLING, M.B et al. Hábitos alimentares de escolares adolescentes de Pelotas, Brasil. **Revista de Nutrição de Campinas**, 23(3): 379-388, maio/junho., 2010. <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732010000300006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732010000300006)>

OLIVEIRA, A.C.S. et al. O impacto do consumo de refrigerantes na saúde escolares do colégio Gissoni. **Revista Eletrônica Novo Enfoque**, ano 2011, v.12, n. 12, p. 68-79. <<http://www.castelobranco.br/sistema/novoenfoque/files/12/artigos/08.pdf>>

PANDOLFI, M.M. et al. Desnutrição em escolares em região urbano-rural do extremo sul do município de São Paulo. **Einstein**. 2011; 9 (4 Pt 1): 508-13. <[http://www.scielo.br/pdf/eins/v9n4/pt\\_1679-4508-eins-9-4-0508.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v9n4/pt_1679-4508-eins-9-4-0508.pdf)>

PEREIRA, L. Obesidade na adolescência: a importância de bons hábitos alimentares. **Adolescência e Saúde**, volume 3, nº 1. Janeiro 2006. <[http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=151](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=151)>

RAMPAZZO, L. **Metodologia científica: para alunos dos cursos de graduação e pós-graduação**. 2. Ed. São Paulo: maio de 2004.

RECH, R.R. et al. Prevalência de obesidade em escolares de 7 a 12 anos de uma cidade Serrana do RS, Brasil. **Revista Brasileira Cineatropom Desempenho Humano** 2010, 12(2): 90-97. <<http://www.scielo.br/pdf/rbcdh/v12n2/a02v12n2.pdf>>

SANTOS, J.C.M., CAMARGO, M.L.M., QUEIROS, N.S. **Consumo de fast food: um caminho para a obesidade na adolescência?** V ENEC – Encontro Nacional de Estudos do Consumo I Encontro Luso-Brasileiro de Estudos do Consumo Tendências e Ideologias do Consumo no Mundo Contemporâneo. Rio de Janeiro – Setembro de 2010. <[http://www.estudosdoconsumo.com.br/artigosdoenec/5.1.1-Dos\\_Santos\\_Camargo\\_e\\_de\\_Queiroz-Consumo\\_de\\_Fast\\_Foods.pdf](http://www.estudosdoconsumo.com.br/artigosdoenec/5.1.1-Dos_Santos_Camargo_e_de_Queiroz-Consumo_de_Fast_Foods.pdf)>

SCHUCH, I., DE CASTRO, T.G., DE VASCONCELOS, F.A., DUTRA, C.L., GOLDANI, M.Z. Excess weight in preschoolers: prevalence and associated factors. **J Pediatr** (Rio J). 2013;89:179–88. <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572013000200012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572013000200012)>

SIGULEM, D.M.; DEVINCENZI, M.U.; LESSA, A.C. Diagnósticos do estado nutricional da criança e do adolescente. **Jornal de pediatria** (Rio de Janeiro) 2000; 76 (Supl.3): s275- s284. <<http://leg.ufpr.br/lib/exe/fetch.php/pessoais:wbonat:port.pdf>>

SILVA, E.L.; MENEZES, E.M. Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação. – 4. Ed. **Rev. Atual**. – Florianópolis: UFSC, 2005. 138p. <[https://projetos.inf.ufsc.br/arquivos/Metodologia\\_de\\_pesquisa\\_e\\_elaboracao\\_de\\_teses\\_e\\_dissertacoes\\_4ed.pdf](https://projetos.inf.ufsc.br/arquivos/Metodologia_de_pesquisa_e_elaboracao_de_teses_e_dissertacoes_4ed.pdf)>

SILVA, G.A.P., BALABAN,G., MOTTA, M.E.F.A. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de diferentes condições socioeconômicas. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**. Recife, 5(1): 53-59. Jan/mar., 2005. <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292005000100007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000100007)>

\_\_\_\_\_. Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola/Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia, 3<sup>a</sup>. ed. Rio de Janeiro, RJ: SBP, 2012. 148 p. <<http://www.sbp.com.br/pdfs/14617a-PDManualNutrologia-Alimentacao.pdf>>

\_\_\_\_\_. Sociedade Brasileira de Pediatria. Avaliação nutricional da criança e do adolescente – Manual de Orientação / Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia. – São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia, 2009. 112 p. <<http://www.sbp.com.br/pdfs/MANUAL-AVAL-NUTR2009.pdf>>

TOMAZ, M., RAMOS, A.A.M., MENDES, L.L. Consumo de refrigerantes e fatores relacionados aos hábitos alimentares de crianças e adolescentes de escolas municipais da Região Nordeste de Juiz de Fora. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 40, n. 3 e 4, p. 189-194, jul./dez. 2014. <<http://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/view/2441>>

## **APÊNDICES**

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

(Apêndice 1)

Título da pesquisa: PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL EM ESCOLARES DE UM MUNICÍPIO DO SEMI-ÁRIDO PARAIBANO

Durante a leitura do documento abaixo fui informado (a) que posso interromper para fazer qualquer pergunta, com objetivo de tirar dúvidas, para o meu melhor esclarecimento.

Seu (sua) filho (a) está sendo convidado (a) a participar voluntariamente de um estudo que tem como objetivo estudar a frequência de hipertensão arterial em escolares de 10 a 15anos no município de Cajazeiras - Paraíba.

Eu, \_\_\_\_\_, fui procurado (a) pela professora **MARIA LÚCIA DE OLIVEIRA BEZERRA** e informado (a) sobre o referido projeto de pesquisa, coordenado pela profa. Dra. Rita Lucena, uma vez que meu (minha) filho (a) foi selecionado (a) para participar desse estudo.

Fui informado (a) que:

- O (a) meu (minha) filho (a) estará ajudando no estudo de Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica e Fatores Associados em escolares de 10 a 15 anos no semi-árido nordestino;
- Ele (a) poderá sair desse estudo a qualquer momento, caso decida;
- Os investigadores não serão remunerados para a realização desse estudo;
- A família não receberá nenhuma remuneração com a participação de meu (minha) filho (a) nesse estudo;
- Os procedimentos que serão seguidos na pesquisa foram explicados de forma simplificada e foi possível compreender que o estudo tem como objetivo identificar a frequência de hipertensão arterial (pressão alta) em crianças e adolescentes;
- O estudo não inclui nenhum tipo de procedimento invasivo, que cause dano à saúde ou dor. Meu (minha) filho (a) será avaliado descalço, vestido, será pesado e medido. Uma fita métrica será utilizada para medir a cintura, não sendo necessário despi-lo(a);
- Serão feitas perguntas sobre hábitos de vida, alimentação, atividade física, condições econômicas da família;

- As informações fornecidas por meu (minha) filho (a) serão sigilosas e não serão divulgadas a ninguém;
- Os dados sobre a pressão arterial de meu (minha) filho (a) serão fornecidos em um cartão identificado e, caso seja observada hipertensão arterial, ele será encaminhado para acompanhamento médico;
- Os resultados da pesquisa serão publicados em revista médica e utilizados somente para fins científicos, em meio adequado. O meu (minha) filho (a) não será identificado (a) como participante deste estudo. Ou seja, os dados serão utilizados SEM constar o nome e o endereço.

**Após receber as informações acima, consultei o meu (minha) filho (a) que se mostrou de acordo em participar do estudo e, assim, eu declaro autorizar a inclusão dele (a) na pesquisa. Declaro também que recebi uma cópia deste termo.**

Qualquer dúvida que me ocorra no transcurso deste estudo, poderei entrar em contato com a orientadora do projeto Dra. Rita Lucena, no Ambulatório Magalhães Neto, Setor de Neurociências, do Instituto de Ciências da Saúde - UFBA, telefone (71) 32838371, a enfermeira Maria Lúcia de Oliveira Bezerra pelo telefone (83) 3531-1257 ou 83 91058627, Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande-PB.

Cajazeiras, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nome do Participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do representante legal: \_\_\_\_\_

Assinatura do Investigador : \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_



# PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

(Apêndice 2)



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

## CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 2ª Reunião realizada no dia 18/05/2011, o projeto de pesquisa intitulado “PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL EM ESCOLARES DE UM MUNICÍPIO DO SEMI-ÁRIDO PARAIBANO”, da Pesquisadora Maria Lúcia de Oliveira Bezerra. Protocolo nº. 035/11.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionado à apresentação do resumo do estudo proposto à apresentação do Comitê.

  
Flávia Marques D. de Souza  
Coordenadora - CEP-CCS-UFPB

## **ANEXOS**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E SAÚDE**

**Responsável: Profª Maria Lúcia de Oliveira Bezerra**

**E-mail: bezerramlo@hotmail.com - Telefones: (83)3531-1257, (83)9105-8627**

**Orientadora: Profª Drª Rita de Cássia Saldanha de Lucena**

**E-mail: ritaslucena@yahoo.com.br – Telefones: (71) 3283-3271, (71) 9963-0427**

**QUESTIONÁRIO**

(ANEXO 1)

**I- Dados pessoais:**

1. idade: ..... anos

**2. sexo:**

1.F ( )      2.M ( )

**3.Nacionalidade** ( país onde nasceu)

1.( ) Brasil    2.( ) Outro

**4. Naturalidade**(estado onde nasceu)

1.( ) Paraibana cajazeiras    2.( ) Paraibana de outra cidade    3.( ) Outra naturalidade.

**5. Qual a cor da pele?**

1.( ) branca      2.( ) parda    3.( ) preta      4.( ) indígena    5.( ) amarela

**6. Religião:**

1.(  ) Católica 2.(  ) Evangélica 3.(  ) Espírita 4.(  )Agnóstico 5.(  )Outra

**7. Você exerce alguma outra profissão além de estudante?**

1.(  ) sim 2.(  ) não

**8. Se sim, especificar a profissão:.....**

**9. Qual o nível escolar de sua mãe?**

- 1. (  ) não freqüentou escola
- 2. (  )1ª etapa (1° ao 5° ano) do ensino fundamental incompleta
- 3. (  )1ª etapa do ensino fundamental completa
- 4. (  )2ª etapa(6° ao 9° ano) do ensino fundamental incompleta
- 5.(  )2ª etapa do ensino fundamental completa
- 6. (  ) Nível médio incompleto
- 7. (  ) Nível médio completo
- 8.(  ) Nível superior incompleto
- 9.(  ) Nível superior completo ou pós-graduação

**10. Qual o nível escolar do seu pai?**

- 1.( ) não freqüentou escola
- 2.( ) 1ª etapa( 1° ao 5° ano) do ensino fundamental incompleta
- 3.( ) 1ª etapa do ensino fundamental completa
- 4.( ) 2ª etapa(6° ao 9° ano) do ensino fundamental incompleto
- 5.( ) 2ª etapa do ensino fundamental completa
- 6.( ) Nível médio incompleto
- 7.( ) Nível médio completo
- 8.( ) Nível superior incompleto
- 9.( ) Nível superior completo ou pós-graduação

**11. Qual a profissão ou ocupação do pai? .....**

**12. Qual a profissão ou ocupação da mãe?.....**

**13. Renda Familiar: somando todas as rendas da casa, qual o ganho por mês?(em salários mínimos):**

- 1.( ) menos de 1 salário mínimo
- 2.( ) 1 a 4 salários mínimos
- 3.( ) 4 a 8 salários mínimos
- 4.( ) 8 a 10 salários mínimos
- 5.( ) acima de 10 salários mínimos

**14. Local onde mora**

- 1.( ) urbana(na cidade)
- 2.( ) rural (no campo)

**15. Quantas pessoas moram na casa?**

- 1 ( ) 1 a 3 pessoas
- 3 ( ) 7 a 9 pessoas

2 ( ) 4 a 6 pessoas

4 ( ) 10 pessoas ou mais

## II- Dados específicos (Sobre o consumo de álcool)

**16.** Quantos anos você tinha quando tomou bebida alcoólica pela primeira vez?

1.( ) Nunca bebi álcool

4.( ) 10 ou 11 anos

2.( ) menos de 7 anos

5.( ) 12 ou 13 anos

3.( ) 8 ou 9 anos

6.( ) 14 ou 15 anos

**17.** Durante os últimos 30 dias, quantas vezes você ingeriu uma bebida alcoólica?

1.( ) 0 dias

2.( ) 1 ou 2 dias

3.( ) 3 a 5 dias

4.( ) 6 a 9 dias

5.( ) 10 a 19 dias

6( ) 20 a 29 dias

7.( ) os 30 dias

**18.** Durante os últimos 30 dias, nos dias em que você bebeu álcool, qual a quantidade?

1.( ) Não tomei álcool durante os últimos 30 dias

2.( ) Menos de uma dose

3.( ) 1 dose

4.( ) 2 doses

5.( ) 3 doses

6.( ) 4 doses

7.( ) 5 doses ou mais

**19.** Durante os últimos 30 dias, como conseguiu a bebida? Selecione apenas uma resposta:

1.( ) Não tomei álcool durante os últimos 30 dias

2.( ) Comprei em uma venda, num mercado ou na rua

3.( ) Dei dinheiro para outra pessoa comprar para mim

4.( ) Consegui com os meus amigos

5.( ) Tinha em casa

6.( ) Furtei

7.( ) Consegui de outra maneira

**20.** Durante sua vida, quantas vezes você ficou realmente bêbado?

- 1.(  ) 0 vezes    2.(  ) 1 ou 2 vezes    3.(  ) 3 a 9 vezes    4.(  ) 10 ou mais vezes

**21.** Durante toda a vida quantas vezes teve problemas com a família e amigos, faltou à escola, se meteu em brigas, como resultado do consumo de álcool?

- 1.(  ) 0 vezes    2.(  ) 1 ou 2 vezes    3(  ) 3 a 9 vezes

### **III – Dados específicos sobre hábitos alimentares**

**22.** Durante os últimos 30 dias, quantas vezes você ficou com fome porque não havia comida suficiente em sua casa?

- 1.(  ) Nunca    2.(  ) Raramente    3.(  ) Algumas vezes  
4.(  ) Quase sempre    5.(  ) Sempre

**23.** Durante os últimos 30 dias, quantas vezes por dia você comeu frutas?

- 1.(  ) Não comi frutas nos últimos 30 dias    5.(  ) 3 vezes ao dia  
2.(  ) Menos de uma vez ao dia    6.(  ) 4 ou mais vezes ao dia  
3.(  ) 1 vez ao dia  
4.(  ) 2 vezes ao dia

**24.** Nos últimos 30 dias, quantas vezes por dia você comeu vegetais (pimentão, tomate, cebola, folhas)?

- 1.(  ) Não comi esses vegetais nos últimos 30 dias    5(  ) Menos de uma vez ao dia  
2.(  ) 1 vezes ao dia    6.(  ) 4 vezes ao dia  
3.(  ) 2 vezes ao dia    7.(  ) 5 ou mais vezes ao dia  
4.(  ) 3 vezes ao dia

**25.** Durante os últimos 30 dias, quantas vezes por dia, tomou refrigerante?

- 1.(  ) Não bebi refrigerantes nos últimos 30 dias    5.(  ) 3 vezes por dia  
2.(  ) Menos de uma vez por dia    6.(  ) 4 vezes ou mais vezes por dia

3.( ) 1 vez por dia

4.( ) 2 vezes por dia

**26.** Durante os últimos sete dias, quantas vezes você comeu fast food (sanduíche, pastel, coxinha, frituras, pappos, chilito, etc)?

1.( ) 0 vezes

2.( ) 1 vezes

3.( ) 2 vezes

4.( ) 3 vezes

5.( ) 4 vezes

6.( ) 5 vezes

7.( ) 6 vezes

8.( ) 7 vezes

#### **IV- Dados sobre uso de drogas.**

**27.** Durante a sua vida, quantas vezes você usou drogas?

1.( ) 0 vezes

2.( ) 1 ou 2 vezes

3.( ) 3 a 9 vezes

4.( ) 10 ou mais vezes

**28.** Quantos anos você tinha quando usou droga pela primeira vez?

1.( ) Nunca usei drogas 2.( ) menos de 7 anos 3.( ) 8 ou 9 anos de idade

4.( ) 10 ou 11 anos 5.( ) 12 ou 13 anos de idade 6.( ) 14 ou 15 anos

**29.** Durante os últimos 30 dias, quantas vezes você usou drogas?

1.( ) 0 vezes

2.( ) 1 ou 2 vezes

3.( ) 3 a 9 vezes

4.( ) 10 vezes ou mais

**30.** Durante os últimos 30 dias, como você conseguiu as drogas que usou?

1.( ) não usei drogas nos últimos 30 dias 5.( ) Consegui com familiares

2.( ) Comprei 6.( ) Consegui de outra maneira

3.( ) Dei dinheiro a alguém para comprar 7.( ) Roubei ou tomei sem permissão

4.( ) Comprei a amigos

#### **V- Dados sobre atividade física**

A atividade física é qualquer atividade que acelera o batimento cardíaco e a respiração.

Exemplos de atividades físicas: corrida, caminhada, ciclismo, dança, jogo de futebol.

**31.** Durante os últimos sete dias, quantos dias você estava fisicamente ativo, pelo menos 60 minutos por dia? Assinale o tempo que você faz atividade física todos os dias.



1.( ) 0 dias                      2.( ) 1 dia                      3.( ) 2 dias                      4.( ) 3 dias

5.( ) 4 dias                      6.( ) 5 dias                      7.( ) 6 dias                      8.( ) 7 dias

**32.** Na última semana, quantas vezes você foi para a escola e voltou para casa a pé ou de bicicleta?

1.( ) 0 dias                      2.( ) 1 dia                      3.( ) 2 dias                      4.( ) 3 dias

5.( ) 4 dias                      6.( ) 5 dias                      7.( ) 6 dias                      8.( ) 7 dias

**33.** Neste ano letivo, quantas vezes por semana você foi a aula de educação física?

1.( ) 0 vezes                      2.( ) 1 vez                      3.( ) 2 vezes                      4.( ) 3 vezes

5.( ) 4 vezes                      6.( ) 5 vezes ou mais

**34.** Durante um dia normal, quanto tempo você gasta sentado vendo televisão, no computador, conversando com amigos ou fazendo ou atividades que precisa sentar?

1.( ) Menos de uma hora por dia      2.( ) 1-2 horas por dia      3.( ) 3-4 horas por dia

4.( ) 5-6 horas por dia      5.( ) 7-8 horas por dia      6.( ) Mais de 8 horas por dia

## **VI- Dados sobre fatores protetores**

**35.** Durante os últimos 30 dias, quantas vezes você faltou às aulas da escola sem permissão?

1.( ) 0 vezes                      2.( ) 2 vezes                      3.( ) 3 a 5 vezes                      4.( ) 6 vezes

5.( ) 9 vezes                      6.( ) 10 vezes ou mais

**36.** Durante os últimos 30 dias, quantas vezes seus pais ou responsáveis verificaram se você fez sua tarefa de casa?

1.( ) Nunca      2.( ) Raramente      3.( ) Às vezes      4.( ) Quase sempre      5.( ) Sempre

**37.** Durante os últimos 30 dias, quantas vezes seus pais ou responsáveis entenderam seus problemas e preocupações?

- 1.( ) Nunca      2.( ) Raramente      3.( ) Às vezes      4.( ) Quase sempre      5.( ) Sempre

**38.** Durante os últimos 30 dias, quantas vezes seus pais ou responsáveis sabiam o que você estava fazendo no seu tempo livre?

- 1.( ) Nunca      2.( ) Raramente      3.( ) Às vezes      4.( ) Quase sempre      5.( ) Sempre

**39.** Durante os últimos 30 dias, quantas vezes seus pais ou responsáveis procuraram algo entre as suas coisas sem a sua permissão?

- 1.( ) Nunca      2.( ) Raramente      3.( ) Às vezes      4.( ) Quase sempre      5.( ) Sempre

#### **VII- Dados sobre o consumo de cigarro**

**40.** Quantos anos você tinha quando experimentou o primeiro cigarro?

- 1.( ) Nunca experimentei      2.( ) 7 anos ou menos      3.( ) 8 ou 9 anos  
4.( ) 10 anos      5.( ) 11 anos      6.( ) 12, 13, 14 ou 15 anos

**41.** Durante os últimos 30 dias, quantas vezes você fumou?

- 1.( ) 0 vezes      2.( ) 1 ou 2 vezes      3.( ) 3 a 5 vezes      4.( ) 6 a 9 vezes  
5.( ) 10 a 19 vezes      6.( ) 20 a 29 vezes      7.( ) 30 vezes

**42.** Durante os últimos 12 meses, você já tentou parar de fumar?

- 1.( ) Nunca fumei cigarros      2.( ) Não fumo cigarros      3.( ) Nos últimos 12 meses  
4.( ) Sim      5.( ) Não

**43.** Durante os últimos sete dias, quantas vezes as pessoas fumavam em sua presença?

- 1.( ) 0 vezes    2.( ) 1 ou 2 vezes    3.( ) 3 vezes a 4 vezes    4.( ) 5 ou 6 vezes

**44.** Seu pai, sua mãe ou responsável utilizam qualquer tipo de cigarro?

- 1.( ) Nenhum    2.( ) Meu pai ou meu responsável    3.( ) Minha mãe ou meu responsável  
4.( ) Ambos    5.( ) Não sei

### **VIII- Dados sobre violência e lesões não intencionais**

A agressão física ocorre quando alguém ou mais de um bate, ferindo outra pessoa com uma arma (um pedaço de pau, faca ou pistola). Não é um ataque físico, quando dois estudantes de aproximadamente a mesma força ou poder decidem lutar entre eles mesmos.

**45.** Durante os últimos 12 meses, quantas vezes você já foi vítima de um assalto?

- 1.( ) 0 vezes    2.( ) 1 vez    3.( ) 2 ou 3 vezes    4.( ) 4 ou 5 vezes

A luta física ocorre quando dois ou mais alunos resolvem lutar fisicamente.

**46.** Nos últimos 12 meses, quantas vezes você estava em uma luta física?

- 1.( ) Nenhuma    2.( ) 1 vez    3.( ) 2 ou 3 vezes    4.( ) 4 ou 5 vezes

Uma lesão é grave quando impede a pessoa de praticar atividades normais.

**47.** Nos últimos 12 meses, quantas vezes você teve uma lesão grave?

- 1.( ) Nenhuma    2.( ) 1 vez    3.( ) 2 ou 3 vezes    4.( ) 4 ou 5 vezes

**48.** Durante os últimos 12 meses, qual a lesão mais grave que você teve?

- 1.( ) Não tive nenhuma lesão grave  
2.( ) Tive um osso quebrado ou deslocado  
3.( ) Tive um corte ou facada  
4.( ) Tive uma pancada ou outros ferimentos na cabeça ou no pescoço  
5.( ) Tive uma ferida de bala, eu sofri uma queimadura grave  
6.( ) Perdi a totalidade ou parte de um pé, perna, mão ou braço.

## **IX- Dados sobre violência e lesões**

**49.** Nos últimos 12 meses, qual a principal causa de uma lesão grave que você sofreu?

1. ( ) Não sofreu nenhum ferimento sério durante os últimos 12 meses
2. ( ) Tive um acidente de carro ou de um veículo a motor
3. ( ) Algo caiu e bateu em mim
4. ( ) Estava lutando com alguém
5. ( ) Fui atacado(a), assaltado(a) ou abusado(a) por alguém
6. ( ) Estava em um incêndio ou muito perto de chamas ou algo quente
7. ( ) Outra coisa causou a minha lesão

O bullying ocorre quando um aluno ou grupo de alunos faz ou diz algo desagradável ou coisas ruins para outro aluno. Existe também o assédio moral, quando um estudante é desagradável ou fora das coisas de propósito. Não é assédio moral, quando dois estudantes de cerca de a mesma força ou poder discutem ou brigam, ou fazer piadas, em um amistoso e divertido.

**50.** Nos últimos 30 dias, quantas vezes você foi intimidado?

1. ( ) 0 vezes
2. ( ) 1 ou 2 vezes
3. ( ) 3 a 5 vezes
4. ( ) 6 a 9 vezes
5. ( ) 10 a 19 vezes
6. ( ) 20 a 29 vezes
7. ( ) 30 vezes

**51.** Durante os últimos 30 dias, como você foi intimidado com mais frequência?

1. ( ) Não fui intimidado durante os últimos 30 dias
2. ( ) Fui espancado, chutado, empurrado ou preso
3. ( ) Zombaram de mim por causa da minha raça ou de cor
4. ( ) Foi feito sarro de mim por causa da minha religião
5. ( ) Zombaram de mim, com piadas, comentários ou gestos de natureza sexual
6. ( ) Fui deixado de fora das atividades de propósito ou me ignoraram
7. ( ) Foi feito sarro de mim por causa do meu corpo
8. ( ) Fui intimidado de outra maneira

**FORMULÁRIO**  
(Anexo 2)

**Título da pesquisa: PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL EM ESCOLARES DE UM MUNICÍPIO DO SEMI-ÁRIDO PARAIBAO**

Participante do Estudo:.....Código:.....  
Escola:.....Série:.....  
Coletador de Dados:.....  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) masculino ( ) feminino

<b>Peso Corporal (kg)</b>	
<b>Estatura (cm)</b>	
<b>Circunferência abdominal (cm)</b>	
<b>IMC</b>	
<b>PAS (mmHg)</b>	
<b>PAD (mmHg)</b>	