

Contexto familiar e atividade física de adolescentes: cotejando diferenças

Family context and the physical activity of adolescents: comparing differences

Cynthia Graciane Carvalho Ramos¹, Roseli Gomes de Andrade¹,
Amanda Cristina de Souza Andrade¹, Amanda Paula Fernandes¹, Dário Alves da Silva Costa¹,
César Coelho Xavier^{II}, Fernando Augusto Proietti^{III,IV}, Waleska Teixeira Caiaffa¹

RESUMO: *Introdução:* O contexto familiar desempenha papel importante sobre a prática de atividade física (AF) de adolescentes. As intensas mudanças na composição familiar, com aumento das estruturas monoparentais, podem modular de maneira distinta esse comportamento. *Objetivo:* Estimar a prevalência de AF e associação da sua prática em meninos e meninas de 11 a 17 anos com variáveis de contexto familiar, ajustado por características sociodemográficas e estado nutricional. *Métodos:* Estudo transversal de base populacional, denominado “Saúde em Beagá”, realizado em dois distritos sanitários de Belo Horizonte. O desfecho foi AF ≥ 300 minutos/semana, criado a partir de um escore que combinou tempo e frequência de deslocamento para a escola e AF de lazer. As variáveis do contexto familiar foram: presença dos pais e de adulto ativo no domicílio. Foi utilizada regressão de Poisson com variância robusta, estratificada por sexo. *Resultados:* Participaram 1.015 adolescentes, sendo 52,8% meninos e idade média de 14 ($\pm 1,9$) anos. A prevalência de AF foi de 38,8% para meninas e de 54,5% para meninos. Entre meninas, as variáveis de contexto familiar não foram significativamente associadas à AF. Meninos foram mais ativos quando havia um adulto no domicílio que praticava AF (RP = 1,26; IC95% 1,02 – 1,55) e quando moravam somente com a mãe (RP = 1,63; IC95% 1,01 – 2,63). Observou-se, ainda, que meninos que moravam com mãe e pai (RP = 1,90; IC95% 1,06 – 3,41) ou somente com mãe (RP = 1,82; IC95% 1,01 – 3,27) praticavam em maior frequência AF no seu tempo de lazer. *Conclusão:* A presença de adulto no domicílio, em especial a mãe, parece ser importante fator associado à prática de AF de meninos.

Palavras-chave: Atividade física. Adolescentes. Composição familiar. Sexo. Saúde urbana. Prevalência.

¹Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

^{II}Centro de Pesquisa René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz – Belo Horizonte (MG), Brasil.

^{III}Faculdade de Saúde e Ecologia Humana – Vespasiano (MG), Brasil.

Autor correspondente: Cynthia Graciane Carvalho Ramos. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina, Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte, Avenida Professor Alfredo Balena, 190, sala 730, CEP: 30130-100, Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: cynthia.ramos.nutri@gmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq 409688/2006-1), Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG — CDS APQ 00677-08), Fundo Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (FNS — 25000.102984/2006-97) e National Institute of Health and Fogarty International Center (1R03TY008105-01).

ABSTRACT: Introduction: Family context plays an important role with regard to the physical activity (PA) of adolescents. Intense changes in family composition, including an increase of single-parent structures can affect behavior. **Objective:** To estimate the prevalence of PA, between boys and girls of 11-17 years old, and investigate its association with family context variables. **Methods:** A cross-sectional population-based study “The BH Health Study” was conducted in two health districts of Belo Horizonte. The outcome was PA (≥ 300 minutes/week), which was created from a score that combined time and frequency of cycling and walking to school and leisure time. The independent variables were family context, sociodemographic characteristics and nutritional status. Poisson regression was used with a robust variance and was stratified by gender. **Results:** 1,015 adolescents participated, 52.8% of whom were male, with a mean age of 14 (± 1.9) years old. The prevalence of PA was 38.8% for girls and 54.5% for boys. Among girls, the family context variables were not significantly associated with PA. Boys were more active when there was an adult in the household reported who did PA (PR = 1.26; 95%CI 1.02 – 1.55) and when living with a single mother (PR = 1.63; 95%CI 1.01 – 2.63). It was also observed that boys that live with their mother and father (PR=1.90; 95%CI 1.06 – 3.41) or only with their mother (PR = 1.82; 95%CI 1.01 – 3.27) reported did PA more frequently in their free time. **Conclusion:** The presence of an active adult in the household, mainly the mother, appears to be an important factor associated with boys’ PA.

Keywords: Physical activity. Adolescents. Family make-up. Gender. Urban health. Prevalence.

INTRODUÇÃO

A adolescência é um período marcado por intensas mudanças biológicas, emocionais e sociais¹. Nessa fase, os adolescentes são expostos a diversos fatores de risco, sendo a inatividade física considerada um problema de saúde global^{2,3}. No mundo, 81% dos adolescentes de 11 a 17 anos foram considerados inativos pela Organização Mundial de Saúde (OMS)².

Na adolescência, assim como em todas as idades, a prática regular de atividade física (AF) está entre os hábitos que devem ser estimulados, pois pode proporcionar diversos benefícios. Entre eles: melhora da saúde cardiovascular, óssea e muscular; melhor desempenho acadêmico; redução do risco de desenvolver obesidade, doenças crônicas e depressão².

Entre os fatores correlacionados à adoção da prática regular de AF estão os de contexto familiar⁴. As características contextuais do domicílio têm recebido destaque nesse processo, pois a família agrega um conjunto de valores, conhecimentos e atitudes que podem interferir na AF de seus componentes⁵. A prática de AF por adolescentes pode ser modulada não só pela presença no domicílio de uma pessoa que pratica AF, mas também pelo apoio social proporcionado pela família, especialmente pelos pais, por exemplo, por meio de incentivo, transporte e financiamento^{5,6}.

Entretanto, o apoio e o estímulo podem variar de acordo com a estrutura familiar do adolescente, sobretudo em um cenário de importantes mudanças na composição das famílias⁷. Tem-se identificado também que pai e mãe tendem a atuar de forma dissimilar no engajamento dos filhos na prática regular de AF⁸.

Dessa forma, este estudo teve o objetivo de conhecer a prevalência geral e estratificada por sexo da prática de AF de adolescentes de 11 a 17 anos, investigando sua associação com o contexto familiar.

MÉTODOS

DELINEAMENTO DO ESTUDO

As informações desta investigação são provenientes do inquérito domiciliar de base populacional denominado “Saúde em Beagá”. Este estudo foi desenvolvido pelo Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte, entre 2008 e 2009, em dois dos nove distritos sanitários (DSs) do município, Barreiro e Oeste, escolhidos pela proximidade geográfica e por possuírem grande heterogeneidade interna em relação a diversos indicadores demográficos, socioeconômicos e de saúde. Nos dois distritos residiam 24% dos 2.375.151 habitantes de Belo Horizonte⁹.

O delineamento amostral foi probabilístico, estratificado e por conglomerados em três estágios. O fator de estratificação adotado foi o Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS)¹⁰, usado para garantir a presença proporcional de todos os níveis socioeconômicos na amostra. Em cada estrato do IVS foram selecionados:

- Setor censitário, com probabilidades distintas de seleção e com tamanho amostral proporcional ao total de setores do estrato;
- Domicílio;
- Indivíduo — um morador adulto (≥ 18 anos) e um adolescente (de 11 a 17 anos), ambos de forma aleatória.

A amostra foi composta de 4.048 domicílios, dos quais 1.197 tinham pelo menos um adolescente. Destes adolescentes, 1.042 participaram do estudo. As perdas (12,9%) não diferiram significativamente por gênero ou idade e ocorreram devido à recusa em participar.^{11,12}.

COLETA DE DADOS

O inquérito domiciliar contou com aplicação de questionário face a face para os adultos e autopreenchido para os adolescentes, para os quais foram desenvolvidos dois instrumentos de coleta de dados: um para a faixa etária de 11 a 13 anos; e outro, acrescido de questões de comportamentos de risco, destinado a adolescentes de 14 a 17 anos. O índice de massa corporal (IMC), em todos os participantes, foi obtido a partir das medidas de peso (utilizando a balança TANITA Ironman BC 553) e de altura (utilizando o estadiômetro WSC/Wood

Compact/Cardiomed) — segundo recomendações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional¹³. As entrevistas e as aferições foram realizadas por entrevistadores treinados.

VARIÁVEIS DO ESTUDO

A variável resposta foi a prática de AF, obtida a partir de perguntas baseadas no questionário da coorte de nascimentos de 1993 em Pelotas¹⁴. Foram considerados ativos os adolescentes que acumularam 300 ou mais minutos de AF na semana anterior à aplicação do questionário^{15,16}. Para classificar a AF, foi criado um escore a partir de dois domínios: deslocamento e lazer. Combinaram-se a frequência e a duração de deslocamento para a escola (caminhada ou bicicleta) e de atividades de lazer, com e sem a orientação de professor. Aulas de educação física não foram adicionadas ao escore de AF, por incluírem práticas consideradas, usualmente, de baixa intensidade¹⁷.

As duas principais variáveis independentes deste estudo referem-se ao contexto familiar: adulto ativo no domicílio (não e sim, obtida a partir da pergunta: “O(a) senhor(a) pratica (ou praticou) alguma AF nos últimos 3 meses?”; e presença dos pais no domicílio (somente mãe; mãe e pai; somente pai; nem pai, nem mãe; obtida pela combinação das perguntas: “Você mora com sua mãe? Você mora com seu pai?”). As variáveis de ajuste foram:

- Sociodemográficas — faixa etária (11 a 13; 14 a 15; 16 a 17 anos), tipo de escola do adolescente (particular; pública; não estuda); renda familiar (< 2; 2 – 3; 3 – 5; ≥ 5 salários mínimos) e escolaridade do chefe da família (0 a 4; 5 a 8; 9 a 11; ≥ 12 anos);
- Estado nutricional — excesso de peso do adulto (não, IMC < 25 kg/m², e sim, IMC ≥ 25 kg/m²)¹⁸ e excesso de peso do adolescente (não, percentil < 85, e sim, percentil ≥ 85)¹⁹. A variável de estratificação foi o sexo do adolescente.

As variáveis renda familiar e adulto ativo no domicílio foram informadas pelo adulto sorteado que residia no mesmo domicílio que o adolescente; a variável excesso de peso do adulto foi obtida pela aferição de peso e altura desse adulto e posterior cálculo de IMC. O adulto não era necessariamente pai ou mãe do adolescente.

ANÁLISE DE DADOS

Foram realizadas análises descritivas com cálculo de proporções, medidas de tendência central e de dispersão. Para verificar a associação uni e multivariada entre AF do adolescente e as variáveis independentes, para meninos e meninas, utilizou-se regressão de Poisson com variância robusta para estimar a razão de prevalência (RP) e o intervalo de confiança de 95% (IC95%). Adotou-se nível de significância de 5%. O processo amostral complexo foi considerado nas análises, pelo comando “svy” do *Stata* 12.0. A adequação dos modelos foi verificada por meio do teste de bondade de ajuste. Adicionalmente, avaliou-se a associação entre presença dos pais no domicílio e as variáveis renda familiar e domínios da AF (lazer e deslocamento).

QUESTÕES ÉTICAS

O estudo “Saúde em Beagá” foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Os participantes foram informados sobre a confidencialidade e sobre todas as características da pesquisa. O termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado pelos adultos entrevistados, por um dos pais ou um responsável pelo adolescente, bem como pelos participantes da faixa etária de 14 a 17 anos.

RESULTADOS

Dos 1.042 adolescentes entrevistados, 27 (3,2%) foram excluídos por ausência de informação para a variável resposta, totalizando uma amostra de 1.015 (484 meninas e 531 meninos). Em ambos os sexos, a média da idade foi de 14 anos (meninas $14,0 \pm 2,0$ e meninos $13,1 \pm 1,9$). A maioria dos adolescentes estudava em escola pública (85,4% das meninas e 84,6% dos meninos), e 55,7% das meninas e 53,1% dos meninos residiam em domicílio com renda familiar menor que 3 salários mínimos. Para meninas e meninos, domicílios com a presença de mãe e pai constituíram a estrutura familiar mais frequente, respectivamente 57,5 e 63,9%, seguida de domicílios com presença somente da mãe, 32,7 e 24,9% (Tabelas 1 e 2).

A prevalência de adolescentes ativos foi de 47,1% (IC95% 43,5 – 50,6), sendo 38,8% (IC95% 32,9 – 44,8) entre meninas e 54,5% (IC95% 49,3 – 59,8) entre meninos ($p < 0,001$). Na análise univariada entre meninas, AF mostrou-se significativamente associada às menores faixas etárias (de 11 a 15 anos) e estudar em escola particular ou pública. Já entre os meninos, AF associou-se a: presença de adulto ativo no domicílio; presença de mãe e pai e somente da mãe; menor faixa etária (11 a 13 anos); e estudar em escola particular ou pública (Tabelas 1 e 2).

Na análise multivariada entre meninas, nenhuma das variáveis do contexto familiar foi significativamente associada à AF. Enquanto entre meninos observou-se que foram mais ativos quando havia um adulto no domicílio que praticava AF (RP = 1,3; IC95% 1,0 – 1,5) e quando moravam somente com a mãe (RP = 1,6; IC95% 1,0 – 2,6), resultado ajustado pelas variáveis sociodemográficas e de estado nutricional (Tabela 3).

Para conhecer o perfil socioeconômico das diferentes estruturas familiares entre meninos, investigou-se a associação entre presença dos pais no domicílio e renda familiar, sendo observada uma associação significativa ($p = 0,031$). Cerca de 40% daqueles que moravam somente com a mãe ou que não moravam com os pais tinham renda familiar de 2 ou menos salários mínimos, enquanto 34,5% dos que residiam somente com o pai relataram renda maior que 5 salários mínimos. A distribuição da renda foi similar entre aqueles que moravam com a mãe e o pai (Figura 1).

Investigou-se, ainda, entre meninos, a associação entre presença dos pais no domicílio e a AF de lazer e deslocamento separadamente (Figura 2). Foi verificado que a presença de mãe e pai (RP = 1,9; IC95% 1,1 – 3,4) ou somente da mãe (RP = 1,8; IC95% 1,0 – 3,3) associou-se significativamente apenas à AF de lazer.

Tabela 1. Prevalências e razões de prevalência de atividade física de 484 meninas, de acordo com variáveis de contexto familiar, sociodemográficas e de estado nutricional. Estudo “Saúde em Beagá”, 2008 e 2009.

Variáveis	%	Prevalência (%)	RP (IC95%)
Contexto familiar			
Adulto ativo no domicílio			
Sim	66,5	42,9	1,17 (0,90 – 1,52)
Não	33,5	36,7	1,00
Presença dos pais no domicílio			
Somente mãe	32,7	45,8	1,25 (0,61 – 2,56)
Mãe e pai	57,5	35,1	0,96 (0,46 – 1,98)
Somente pai	3,4	40,4	1,10 (0,40 – 3,08)
Nem pai, nem mãe	6,4	36,6	1,00
Sociodemográficas			
Faixa etária (anos)			
11 a 13	42,6	57,6	3,22 (2,03 – 5,09)*
14 a 15	30,0	32,8	1,83 (1,18 – 2,95)**
16 a 17	27,4	17,9	1,00
Tipo de escola			
Particular	14,3	37,7	4,99 (1,29 – 21,10)**
Pública	80,4	40,8	5,40 (1,29 – 22,70)**
Não estuda	5,3	7,5	1,00
Renda familiar (sm)			
< 2	33,0	40,8	1,15 (0,75 – 1,79)
2 a 3	22,7	37,6	1,07 (0,66 – 1,73)
3 a 5	22,3	40,9	1,16 (0,72 – 1,89)
≥ 5	22,0	35,1	1,00
Escolaridade do chefe da família (anos)			
0 a 4	31,7	33,5	0,73 (0,46 – 1,14)
5 a 8	29,0	34,4	0,75 (0,46 – 1,20)
9 a 11	28,6	43,4	0,94 (0,60 – 1,48)
≥ 12	10,7	46,0	1,00
Estado nutricional			
Excesso de peso, adolescente			
Sim	23,9	38,0	0,98 (0,69 – 1,38)
Não	76,1	39,0	1,00
Excesso de peso, adulto			
Sim	52,5	36,3	0,87 (0,63 – 1,21)
Não	47,5	41,5	1,00

*p < 0,001; **p < 0,05; RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%; sm: salários-mínimos.

Tabela 2. Prevalências e razões de prevalência de atividade física para 531 meninos, de acordo com variáveis de contexto familiar, sociodemográficas e de estado nutricional. Estudo “Saúde em Beagá”, 2008-2009.

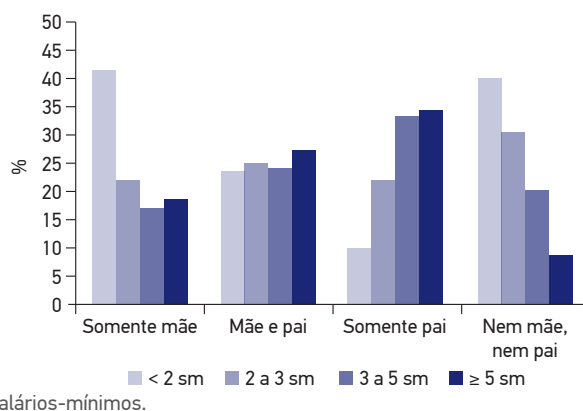
Variáveis	%	Prevalência (%)	RP (IC95%)
Contexto familiar			
Adulto ativo no domicílio			
Sim	39,4	62,9	1,29 (1,05 – 1,59)**
Não	60,6	48,8	1,00
Presença dos pais no domicílio			
Somente mãe	24,9	63,1	1,84 (1,15 – 2,94)**
Mãe e pai	63,9	54,7	1,60 (1,01 – 2,53)**
Somente pai	4,9	30,2	0,88 (0,36 – 2,18)
Nem pai, nem mãe	6,3	34,3	1,00
Sociodemográficas			
Faixa etária (anos)			
11 a 13	41,3	67,7	1,67 (1,30 – 2,14)*
14 a 15	34,1	50,0	1,23 (0,92 – 1,65)
16 a 17	24,6	40,6	1,00
Tipo de escola			
Particular	15,5	52,1	10,51 (2,17 – 50,82)**
Pública	80,0	57,4	11,58 (2,44 – 55,03)**
Não estuda	5,5	5,0	1,00
Renda familiar (sm)			
< 2	28,5	59,2	1,00 (0,77 – 1,28)
2 a 3	24,6	47,3	0,80 (0,60 – 1,05)
3 a 5	22,5	51,9	0,88 (0,65-1,17)
≥ 5	24,4	59,3	1,00
Escolaridade do chefe da família (anos)			
0 a 4	29,4	55,4	1,24 (0,88 – 1,75)
5 a 8	30,5	55,2	1,23 (0,88 – 1,73)
9 a 11	28,3	57,0	1,27 (0,92 – 1,77)
≥ 12	11,8	44,7	1,00
Estado nutricional			
Excesso de peso, adolescente			
Sim	18,3	57,2	1,07 (0,83 – 1,37)
Não	81,7	53,7	1,00
Excesso de peso, adulto			
Sim	49,4	51,5	0,90 (0,74 – 1,10)
Não	50,6	57,2	1,00

*p < 0,001; **p < 0,05; RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%; sm: salários-mínimos.

Tabela 3. Análise multivariada para atividade física de 1.015 adolescentes, estratificada por sexo. Estudo “Saúde em Beagá”, 2008 e 2009.

	Meninas*			Meninos*		
	RP	IC95%	Valor p	RP	IC95%	Valor p
Adulto ativo no domicílio						
Sim	1,16	0,89 – 1,50	0,265	1,26	1,02 – 1,55	0,029
Não	1,00			1,00		
Presença dos pais no domicílio						
Somente mãe	0,74	0,41 – 1,35	0,322	1,63	1,01 – 2,63	0,045
Mãe e pai	0,63	0,34 – 1,16	0,139	1,47	0,92 – 2,35	0,109
Somente pai	0,85	0,32 – 2,29	0,754	0,75	0,27 – 2,10	0,586
Nem pai, nem mãe	1,00			1,00		

RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%; *ajustado por faixa etária, tipo de escola, renda familiar, escolaridade do chefe da família, excesso de peso do adulto e do adolescente.



sm: salários-mínimos.

Figura 1. Distribuição de frequência de renda familiar dos meninos de acordo com a presença dos pais na residência. Estudo “Saúde em Beagá”, 2008 e 2009.

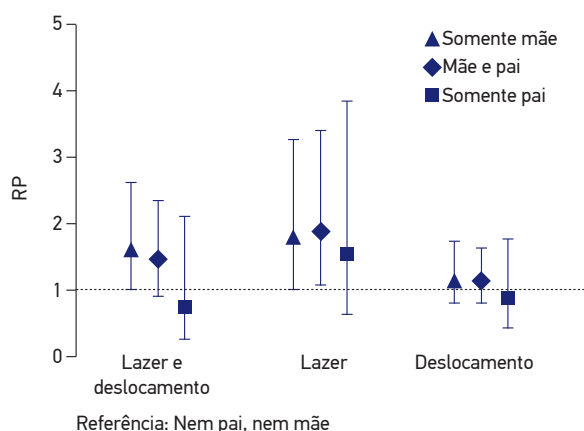


Figura 2. Razão de prevalência da atividade física de lazer e de deslocamento de meninos, de acordo com a presença dos pais no domicílio, ajustado por adulto ativo no domicílio, faixa etária, tipo de escola, renda familiar, escolaridade do chefe da família, excesso de peso do adolescente e do adulto. Estudo “Saúde em Beagá”, 2008 e 2009.

DISCUSSÃO

Pouco menos da metade dos adolescentes deste estudo atendeu às recomendações de 300 minutos de AF por semana, sendo meninos mais ativos que meninas. Entre meninas, não foi encontrada associação com as variáveis de contexto familiar; já meninos foram mais ativos quando havia um adulto que praticava AF no domicílio e quando moravam somente com a mãe, na análise ajustada pelas variáveis sociodemográficas e de estado nutricional.

No Brasil, em recente atualização de uma revisão sistemática em AF e sedentarismo, cerca de 43% dos artigos selecionados referiam-se a crianças, adolescentes ou universitários²⁰, evidenciando uma preocupação com esse público quanto à prática de AF. Em outra revisão sistemática, somente com adolescentes, foi relatado que, em pouco mais da metade dos 48 estudos elegíveis, os participantes não atenderam às recomendações mínimas de AF²¹. De forma similar, no presente estudo, a prevalência de adolescentes ativos foi de 47,1%, pouco diferindo daquelas observadas entre adolescentes da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (43,1%)²² e da coorte de nascimento na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul (41,8%)¹⁷.

Quando se compara a AF entre sexos, meninas tendem a ser mais inativas^{1,21}. Em nosso estudo, essa tendência também foi observada, com 38,8% das meninas ativas, contra 54,5% dos meninos. Essa diferença perpassa, em alguma medida, por fatores de ordem cultural arraigados em diferentes contextos aos quais crianças e adolescentes estão expostos, incluindo o domicílio e a escola⁶. Normas sociais podem exercer certa regulação sobre a prática de AF, o que tem contribuído para que, desde a infância, o estímulo à AF seja distinto entre meninos e meninas^{6,23}. Meninos tendem a apresentar maior autoeficácia, apoio social e, conseqüentemente, menos barreiras para a prática de AF^{5,6,24}.

Em relação ao contexto familiar, observamos que meninos foram mais ativos quando havia no domicílio um adulto que praticava AF; cabe ressaltar que 53,7% ($p < 0,001$) desses adultos eram do sexo masculino. Esse achado pode ter suas raízes na Teoria da Aprendizagem Social, em que ações partem da observação do comportamento de outros indivíduos²⁵. Assim, atitudes e hábitos para a prática de AF dos adolescentes seriam potencialmente modulados pela família^{26,27}, contribuindo, por exemplo, para que adolescentes cujos pais participam de AF tenham maior probabilidade de serem igualmente ativos^{6,8}. Em contraste, essa condição não apresentou o mesmo resultado para as meninas, apesar de 65,5% residirem em domicílio com adulto ativo. Tal resultado sinaliza que membros da família podem ter influência diferenciada sobre a prática de AF dos adolescentes, sendo os meninos, novamente, os mais favorecidos.

Nas últimas décadas, a estrutura familiar e até mesmo o conceito de família têm passado por intensas mudanças. Apesar de ainda predominantes, famílias consideradas tradicionais (casal com filho) estão em declínio, em contraste a outros arranjos, como os monoparentais (um dos pais com filho). Nesse cenário, destacam-se o crescimento do número de mulheres chefes de família e o aumento expressivo da estrutura composta por mãe e filho⁷.

Em nosso estudo, entre meninas não encontramos associação significativa de AF com estrutura familiar. Já os meninos que moravam somente com a mãe foram os mais ativos.

Tais achados nos remetem, mais uma vez, às possíveis origens biopsicossociais; nesse caso, ao binômio mãe-filho. Sendo a mãe a figura mais próxima, seu papel é apontado como mais marcante e de maior responsabilidade que o do pai nas práticas educativas²⁸, contribuindo para a formação e a adoção de hábitos saudáveis²⁹, inclusive a AF.

Inquéritos nacionais, realizados desde 2006, apontam que mulheres adultas são menos ativas em comparação ao sexo oposto, sobretudo no domínio do lazer³⁰. Dessa forma, na tentativa de entender um pouco mais sobre a contribuição das mães para a AF dos meninos, análises adicionais foram realizadas; inicialmente, explorando-se alguns aspectos socioeconômicos. Coerente com o resultado divulgado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)⁷, observamos que famílias constituídas pela presença somente da mãe possuíam menor renda, comparativamente a outros arranjos familiares (Figura 1). A partir disso, formulamos a hipótese de que adolescentes que residiam somente com a mãe realizariam mais atividades de deslocamento, em função do menor acesso a recursos financeiros e materiais. Porém, ao testar essa hipótese, verificamos o contrário: meninos que residiam somente com a mãe eram mais ativos no lazer (RP = 1,8; IC95% 1,0 – 3,3). Além disso, meninos relataram realizar mais atividades sem orientação de professor na rua (76,7%), quando residiam somente com a mãe ($p < 0,004$) (dados não mostrados).

Nessa perspectiva, morar somente com a mãe poderia, de alguma maneira, ter contribuído para que meninos estivessem em maior frequência envolvidos em AF na rua, sobretudo em contextos de vulnerabilidade social, reforçado pelo achado de que essas famílias apresentavam menor renda familiar. Muitas vezes, o fato de essas mães, provedoras da dinâmica familiar, atuarem sozinhas na criação dos filhos, contando com rendimentos inferiores, acarreta extensas rotinas de trabalho, tanto fora de casa quanto em trabalhos domésticos. Tal afastamento levaria a uma crescente autonomia, indiscriminada, dos adolescentes sobre o seu tempo livre³¹.

Portanto, a associação positiva entre presença da mãe e prática de AF em meninos pode estar mascarando uma disparidade social, em que maiores níveis de prática estariam, paradoxalmente, relacionados à maior privação socioeconômica. A ausência compulsória da mãe, a baixa oferta de políticas públicas intersetoriais de esporte e lazer, condições estruturais precárias e violência na vizinhança são elementos fundamentais para compreender essa relação. Nessa realidade, tanto meninos (apesar de mais ativos fisicamente) quanto meninas vivendo em contextos urbanos vulneráveis estariam à deriva e suscetíveis a diferentes fatores de risco à saúde.

Algumas limitações devem ser consideradas na análise dos resultados apresentados. O delineamento transversal impossibilita estabelecer relações de causalidade. Além disso, o estudo contemplou apenas dois DSs, podendo não ser representativo dos adolescentes de Belo Horizonte, Minas Gerais. Os níveis de AF foram definidos a partir de questionário autopreenchido, sujeitos a viés de informação. Uma vez que os dados não foram prioritariamente coletados para o presente trabalho, algumas informações não estavam disponíveis, tais como: intensidade das atividades, grau de parentesco do adolescente com o adulto ativo, tipo de apoio social para a prática de AF recebido pelo adolescente e autoeficácia

dos adolescentes. Apesar disso, trata-se de um estudo de base populacional com desenho amostral bem delineado. A abordagem sobre o contexto familiar ainda é pouco explorada, especialmente ao se avaliar a associação da presença do pai e/ou da mãe no domicílio com a AF dos adolescentes.

Para o melhor entendimento da adoção da prática adequada de AF em adolescentes, seja no lazer ou no deslocamento, recomendamos outros estudos. Esses devem avaliar a intensidade das atividades, considerando a atual recomendação da OMS de 60 minutos de atividade intensa a moderada por dia³², e usar métodos quantitativos e qualitativos que investiguem a influência do nível socioeconômico, da estrutura familiar e de cada um dos membros da família, especialmente os pais. Outros aspectos referem-se aos locais de prática utilizados pelos adolescentes e ao fornecimento de apoio social.

CONCLUSÃO

A presença de adulto no domicílio, em particular a mãe, parece influenciar a prática de AF dos meninos, o que não ocorre para as meninas. Especialmente quando se considera as mudanças na composição familiar, com crescimento de estruturas monoparentais, e os diferentes perfis socioeconômicos das famílias. Dessa forma, torna-se importante oportunizar a AF para os adolescentes inseridos em contextos de vulnerabilidade social, por meio de políticas que incluam a reformulação de espaços urbanos, considerando as diferenças entre os sexos e as mudanças na estrutura familiar.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Health for the World's Adolescents, a second chance in the second decade. Geneva: WHO; 2014.
2. World Health Organization. Physical activity 2015 [Internet]. [Fact sheet n° 385]. 2015 [cited on 2017 Feb.]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>
3. Malta DC, Sardinha LM, Mendes I, Barreto SM, Giatti L, Castro IR, et al. Prevalence of risk health behavior among adolescents: results from the 2009 National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE). *Ciênc Saúde Colet*. 2010; 15(Suppl 2): 3009-19.
4. Mehtälä MA, Saakslahiti AK, Inkinen ME, Poskiparta ME. A socio-ecological approach to physical activity interventions in childcare: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2014; 11(1): 22.
5. Beets MW, Cardinal BJ, Alderman BL. Parental social support and the physical activity-related behaviors of youth: a review. *Health Educ Behav*. 2010; 37(5): 621-44.
6. Seabra AF, Mendonça DM, Thomis MA, Anjos LA, Maia JA. Determinantes biológicos e sócio-culturais associados à prática de atividade física de adolescentes. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24: 721-36.
7. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Novo Regime Demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento? Rio de Janeiro: IPEA; 2014.
8. Edwardson CL, Gorely T. Parental influences on different types and intensities of physical activity in youth: A systematic review. *Psychol Sport Exerc*. 2010; 11(6): 522-35.
9. Instituto Brasileiro Geografia e Estatística. Sinopse do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2011.
10. Governo de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Gerência de Epidemiologia e Informação. Índice de Vulnerabilidade à Saúde. Belo Horizonte: GEEPI; 2003.

11. Meireles AL, Xavier CC, de Souza Andrade AC, Proietti FA, Caiaffa WT (2015) Self-Rated Health among Urban Adolescents: The Roles of Age, Gender, and Their Associated Factors. *PLoS ONE* 10(7): e0132254. doi:10.1371/journal.pone.0132254
 12. Friche AAL, Xavier CC, Proietti FA, Caiaffa WT, eds. *Saúde Urbana em Belo Horizonte*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2015.
 13. Brasil. Ministério da Saúde. *Vigilância Alimentar e Nutricional: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e a informação em serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 122p.
 14. Victora CG, Hallal PC, Araújo CLP, Menezes AMB, Wells JCK, Barros FC. Cohort profile: The 1993 Pelotas (Brazil) birth cohort study. *Int J Epidemiol*. 2008; 37(4): 704-9.
 15. Biddle SJJ, Cavill N, Sallis J. *Young and active? Young people and health enhancing physical activity*. London: Health Education Authority; 1998.
 16. World Health Organization. *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva: WHO; 2010.
 17. Hallal PC, Bertoldi AD, Gonçalves H, Victora CG. Prevalência de sedentarismo e fatores associados em adolescentes de 10-12 anos de idade. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22: 1277-87.
 18. World Health Organization. *Physical status: the use and interpretation of anthropometry* [Technical Report Series, 854]. Report of a Who Expert Committee. Geneva: WHO; 1995.
 19. de Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bull World Health Organ*. 2007; 85(9): 660-7.
 20. Ramires VV, Becker LA, Sadosky AD, Zago AM, Bielemann RM, Guerra PH. Evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física e comportamento sedentário no Brasil: atualização de revisão sistemática. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2014; 19(5): 529-30.
 21. Barbosa Filho VC, Campos W, Lopes AS. Epidemiology of physical inactivity, sedentary behaviors, and unhealthy eating habits among Brazilian adolescents: a systematic review. *Ciênc Saúde Colet*. 2014; 19: 173-94.
 22. Hallal PC, Knuth AG, Cruz DKA, Mendes MI, Malta DC. Prática de atividade física em adolescentes brasileiros *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(2): 3035-42
 23. Farias Júnior JCD, Lopes AS, Mota J, Hallal PC. Prática de atividade física e fatores associados em adolescentes no Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46: 505-15.
 24. Santos CM, Wanderley Júnior RS, Barros SSH, Farias Júnior JC, Barros MVG. Prevalência e fatores associados à inatividade física nos deslocamentos para escola em adolescentes. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26: 1419-30.
 25. Bandura A. *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1977.
 26. Cheng LA, Mendonça G, Farias Júnior JC. Physical activity in adolescents: analysis of the social influence of parents and friends. *J Pediatr*. 2014; 90(1): 35-41.
 27. Trost SG, McDonald S, Cohen A. Measurement of general and specific approaches to physical activity parenting: a systematic review. *Child Obes*. 2013; 9(Suppl 1): S40-50.
 28. Wagner A, Predebon J, Mosmann C, Verza F. Compartilhar tarefas? Papéis e funções de pai e mãe na família contemporânea. *Psic Teor Pesq*. 2005; 21: 181-6.
 29. Fernandes RA, Christofaro DGD, Casonatto J, Kawaguti SS, Ronque ERV, Cardoso JR, et al. Associação transversal entre hábitos alimentares saudáveis e não saudáveis e atividade física de lazer em adolescentes. *J Pediatr*. 2011;87:252-6.
 30. Brasil. Ministério da Saúde. *Vigitel 2014: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2015
 31. Martin VB, Angelo M. A organização familiar para o cuidado dos filhos: percepção das mães em uma comunidade de baixa renda. *Rev Lat-Am Enferm*. 1999; 7: 89-95.
 32. World Health Organization. *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva: WHO; 2010.
- Recebido em: 20/06/2016
 Versão final apresentada em: 18/01/2017
 Aprovado em: 18/05/2017