

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**Amaralina Rodrigues de Azevedo**

**Autopercepção de saúde entre adolescentes matriculados em escolas  
públicas de Juiz de Fora/MG**

Juiz de Fora

2022

**Amaralina Rodrigues de Azevedo**

**Autopercepção de saúde entre adolescentes matriculados em escolas  
públicas de Juiz de Fora/MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, área de concentração: Processo Saúde-adoecimento e seus Determinantes, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Michele Pereira Netto

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Paula Carlos Cândido Mendes

Juiz de Fora

2022

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Azevedo, Amaralina Rodrigues de.

Autopercepção de saúde entre adolescentes matriculados em escolas públicas de Juiz de Fora/ MG / Amaralina Rodrigues de Azevedo. -- 2022.

173 f. : il.

Orientadora: Michele Pereira Netto

Coorientadora: Ana Paula Carlos Cândido Mendes

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2022.

1. Saúde do Adolescente. 2. Autoavaliação. 3. Determinantes sociais da saúde. 4. Autoimagem. 5. Nível de saúde. I. Pereira Netto, Michele, orient. II. Mendes, Ana Paula Carlos Cândido, coorient. III. Título.

**Amaralina Rodrigues de Azevedo**

**Autopercepção de saúde entre adolescentes matriculados em escolas públicas de Juiz de Fora/MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de concentração: Saúde Coletiva

Aprovada em 03 de março de 2022.

**BANCA EXAMINADORA**

**Prof.<sup>a</sup> Dra. Michele Pereira Netto** - Orientadora

Universidade Federal de Juiz de Fora

**Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Paula Carlos Cândido Mendes**

Universidade Federal de Juiz de Fora

**Prof.<sup>a</sup> Dra. Kristiane de Castro Dias Duque**

Instituto Federal de Santa Catarina

**Prof.<sup>a</sup> Dra. Renata Maria Souza Oliveira e Silva**

Universidade Federal de Juiz de Fora

**Prof.<sup>a</sup> Dra. Eliane Rodrigues de Faria**

Universidade Federal de Juiz de Fora

**Prof.<sup>a</sup> Dra. Daniela da Silva Rocha**

Instituto Multidisciplinar em Saúde/ UFBA

Juiz de Fora, 21/02/2022.



Documento assinado eletronicamente por **Michele Pereira Netto, Professor(a)**, em 03/03/2022, às 16:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Kristiane de Castro Dias Duque, Usuário Externo**, em 03/03/2022, às 18:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Paula Carlos Candido Mendes, Professor(a)**, em 07/03/2022, às 09:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Renata Maria Souza Oliveira e Silva, Professor(a)**, em 07/03/2022, às 14:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf ([www2.ufjf.br/SEI](http://www2.ufjf.br/SEI)) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **0686679** e o código CRC **8AC6A8C7**.

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A adolescência é caracterizada pela transição da infância para a vida adulta, marcada por modificações físicas e do desenvolvimento emocional, sexual e social, o que demanda atenção da família e sociedade, assim como ações estratégicas dos gestores em saúde. A autopercepção de saúde é utilizada como importante indicador de saúde pública, sendo obtida de maneira simples e direta, o que permite conhecer o estado global de saúde de determinada população, relacionando aspectos físicos, cognitivos e emocionais. A aplicação de tal indicador no estudo com a população adolescente fornece informações significativas para ampliar o conhecimento científico sobre essa parcela da população, além de permitir o delineamento de políticas em saúde mais eficazes. **OBJETIVOS:** Analisar a autopercepção de saúde e os fatores relacionados dos adolescentes entre 14 e 19 anos de idade, estudantes de escolas públicas de Juiz de Fora, Minas Gerais. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo epidemiológico observacional, de corte transversal, de caráter descritivo e analítico. Foram realizadas aferições antropométricas, exames bioquímicos e a aplicação de questionários aplicados por examinador treinado e questionários autoaplicáveis para a obtenção dos dados. A análise dos dados ocorreu a partir da proposta de um Modelo Conceitual Hierárquico explicativo das relações entre as variáveis e o desfecho estudado. A partir do modelo, foram realizadas análises estatísticas de regressão logística bivariada e múltipla hierarquizada. A interpretação dos resultados através da identificação da associação estatisticamente significativa se deu por  $p < 0,05$ . Foi empregado o teste *Hosmer Lemeshow* para avaliar a consistência do ajuste do modelo final (considerando-se adequado o ajuste quando  $p > 0,05$ ) e a análise do poder explicativo foi analisado por *Nagelkerke R Square*. **RESULTADOS:** Dos 835 (n) adolescentes avaliados, 57,5% deles eram do sexo feminino, 62% se autodeclararam de pele preta ou parda, mais de 75% dos entrevistados foram classificados em classe econômica média e 70% relatam perceberem sua saúde de maneira positiva (boa ou muito boa). Os fatores que se associaram significativamente à autopercepção de saúde dos adolescentes foram o consumo diário de tabaco (OR= 0,614; IC95% 0,440-0,856), comportamentos sedentários – tempo sentado no final de semana (OR= 0,998; IC95% 0,440-0,856) e participação nas aulas de educação física na escola (OR=2,876; IC95% 1,145-7,226), qualidade da

alimentação (OR=1,908; IC95% 1,258-2,893), qualidade do sono (OR= 0,854; IC95% 0,757-0,963), uso regular de medicação (OR= 2,633; IC95% 1,168-5,936), satisfação corporal (OR= 0,194; IC95% 0,077-0,490), e percepção da saúde dos pais (OR= 1,802; IC95% 1,103-2,944). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O presente estudo evidenciou que os processos ambientais e individuais influenciam na percepção que os adolescentes têm de sua própria saúde, corroborando outros estudos que demonstram que comportamentos saudáveis estão associados a uma maior chance de avaliar a saúde de maneira positiva entre os adolescentes. Por tratar-se de um estudo transversal, é inviável indicar uma relação temporal entre as variáveis, ou seja, as relações de causa e efeito são inviabilizadas neste tipo de delineamento de estudo. A utilização de novas abordagens metodológicas é necessária para a ampliação do conhecimento sobre a autopercepção de saúde dos adolescentes e os fatores associados, o que permitirá detalhar aspectos fundamentais da vida e saúde deste público.

**Palavras-chave:** Autoavaliação. Autoimagem. Determinantes Sociais da Saúde. Nível de Saúde. Saúde do Adolescente.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Adolescence is characterized by the transition from childhood to adulthood, marked by physical changes and emotional, sexual and social development, which demands attention from the family and society, as well as strategic actions by health managers. Self-perception of health is used as an important indicator of public health, being obtained in a simple and direct way, which allows knowing the global state of health of a given population, relating physical, cognitive and emotional aspects. The application of this indicator in the study with the adolescent population provides significant information to expand scientific knowledge about this part of the population, in addition to allowing the design of more effective health policies. **OBJECTIVES:** To know the self-perception of health and related factors of adolescents between 14 and 19 years of age, students from public schools in Juiz de Fora, Minas Gerais. **METHODS:** This is an observational, cross-sectional, descriptive and analytical epidemiological study. Anthropometric measurements, biochemical tests and the application of questionnaires applied by a trained examiner and self-administered questionnaires were performed to obtain the data. Data analysis was based on the proposal of a Hierarchical Conceptual Model that explains the relationships between the variables and the outcome studied. From the model, statistical analyzes of bivariate and multiple hierarchical logistic regression were performed. The interpretation of the results through the identification of the statistically significant association was given by  $p < 0.05$ . The *Hosmer Lemeshow test* was used to assess the consistency of the adjustment of the final model (considering the adjustment adequate when  $p > 0.05$ ) and the analysis of explanatory power was analyzed by *Nagelkerke R Square*. **RESULTS:** Of the 835 adolescents evaluated, 57.5% were female, 62% declared themselves to be black or mixed-race, more than 75% of respondents were classified in middle economic class, and 70% reported that they perceived their health positively (good or very good). The factors that were significantly associated with the adolescents' self-perception of health were daily tobacco consumption (OR= 0.614; 95%CI 0.440-0.856), sedentary behavior – sitting time on the weekend (OR= 0.998; 95%CI 0.440-0.856) and participation in physical education classes at school (OR=2.876; 95%CI 1.145-7.226), food quality



(OR=1.908; 95%CI 1.258-2.893), sleep quality (OR= 0.854; 95%CI 0.757-0.963), regular use of medication (OR= 2.633; 95%CI 1.168-5.936), body satisfaction (OR= 0.194; 95%CI 0.077-0.490), and parents' health perception (OR= 1.802; 95%CI 1,103-2,944). **CONCLUSION:** The present study showed that environmental and individual processes influence the perception that adolescents have of their own health, corroborating other studies that demonstrate that healthy behaviors are associated with a greater chance of evaluating health positively among adolescents. As this is a cross-sectional study, it is impossible to indicate a temporal relationship between the variables, that is, cause and effect relationships are not feasible in this type of study design. The use of new methodological approaches is necessary for the expansion of knowledge about adolescents' self-perception of health and associated factors, which will make it possible to detail fundamental aspects of this public's life and health.

**Keywords:** Self-Assessment. Self-Concept. Social Determinants of Health. Health Status. Adolescent Health.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|          |   |  |    |
|----------|---|--|----|
| Figura 1 | – | Modelo de Determinação Social da Saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991) .....                      | 29 |
| Figura 2 | – | Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde proposto por Solar e Irwin em 2010 .....                         | 30 |
| Figura 3 | – | Fluxograma do Processo de Amostragem .....   | 38 |
| Figura 4 | – | Fluxograma da Coleta de Dados.....   | 40 |
| Quadro 1 | – | Variáveis Dependentes do Estudo .....  | 48 |
| Quadro 2 | – | Variáveis Independentes do Estudo.....   | 48 |
| Figura 5 | – | Modelo conceitual hierárquico para a determinação da autopercepção positiva de saúde em adolescentes ..... | 57 |

## LISTA DE TABELAS

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1 – Modelo de regressão logística bivariada explicativo para os processos estruturais da sociedade e autopercepção positiva de saúde dos adolescentes de escolas públicas de Juiz de Fora/ MG. .... | 70 |
| Tabela 2 – Modelo de regressão logística bivariada explicativo para os processos ambientais e autopercepção positiva de saúde dos adolescentes de escolas públicas de Juiz de Fora/ MG. ....               | 71 |
| Tabela 3 – Modelo de regressão logística bivariada explicativo para os processos individuais e autopercepção positiva de saúde dos adolescentes de escolas públicas de Juiz de Fora/MG. ....               | 72 |
| Tabela 4 – Modelo final de regressão logística múltipla hierarquizada explicativa para autopercepção positiva de saúde dos adolescentes de escolas públicas de Juiz de Fora/ MG. ....                      | 73 |

## LISTA DE SIGLAS

|       |  |
|-------|--|
| AAD   | Associação Americana de Diabetes                       |
| AAP   | Academia Americana de Pediatria                        |
| ABEP  | Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa          |
| CNDSS | Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde |
| IBGE  | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística        |
| OMS   | Organização Mundial da Saúde                           |
| WHO   | World Health Organization                              |

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....   | <b>15</b> |
| <b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....  | <b>17</b> |
| 2.1A AUTOPERCEPÇÃO EM SAÚDE.....  | 17        |
| 2.2A ADOLESCÊNCIA E A AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE .....  | 21        |
| 2.3 OS DETERMINANTES SOCIAIS E SUA RELAÇÃO COM A AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE NOS ADOLESCENTES .....                    | 27        |
| <b>3 JUSTIFICATIVA</b> .....  | <b>34</b> |
| <b>4 OBJETIVOS</b> .....  | <b>35</b> |
| 4.1 OBJETIVO GERAL .....  | 35        |
| 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....   | 35        |
| <b>5 METODOLOGIA</b> .....  | <b>36</b> |
| 5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....   | 36        |
| 5.2 CENÁRIO DO ESTUDO .....   | 36        |
| 5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....  | 36        |
| 5.4 CÁLCULO DA AMOSTRA E PROCESSO DE AMOSTRAGEM .....   | 37        |
| <b>5.4.1 Critérios de Inclusão</b> .....  | <b>38</b> |
| <b>5.4.2 Critérios de Exclusão</b> .....  | <b>38</b> |
| 5.5 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS .....   | 39        |
| <b>5.5.1 Parâmetros Demográficos, Socioeconômicos e Condições Sanitárias</b> ..                                   | <b>41</b> |
| <b>5.5.2 Antropometria, Índice de Massa Corporal (IMC) e Composição Corporal com Bioimpedância Elétrica</b> ..... | <b>41</b> |
| <b>5.5.3 Pressão Arterial</b> .....   | <b>42</b> |
| <b>5.5.4 Atividade Física e Comportamento Sedentário</b> .....  | <b>43</b> |
| <b>5.5.5 Qualidade do Sono</b> .....  | <b>44</b> |
| <b>5.5.6 Percepção da Qualidade da Alimentação</b> .....  | <b>44</b> |
| <b>5.5.7 Uso de Álcool e Tabaco</b> .....   | <b>44</b> |
| <b>5.5.8 Maturação Sexual, Saúde Sexual e Reprodutiva</b> .....   | <b>44</b> |
| <b>5.5.9 Utilização de Serviços de Saúde e Condição de Saúde</b> .....  | <b>45</b> |
| <b>5.5.10 Autopercepção de Saúde e Percepção de Saúde dos Pais</b> .....  | <b>45</b> |

|   |            |
|---|------------|
| <b>5.5.11 Transtornos Alimentares .....</b>   | <b>46</b>  |
| <b>5.5.12 Satisfação com a Imagem Corporal e Autoestima.....</b>  | <b>46</b>  |
| <b>5.5.13 Exames Bioquímicos.....</b>   | <b>47</b>  |
| 5.6 VARIÁVEIS DE ESTUDO .....   | 48         |
| <b>5.6.1 Variáveis Dependentes .....</b>  | <b>48</b>  |
| <b>5.6.2 Variáveis Independentes.....</b>   | <b>48</b>  |
| 5.7 PROCESSAMENTO, TABULAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....   | 55         |
| 5.8 ASPECTOS ÉTICOS .....   | 58         |
| <b>6 RESULTADOS .....</b>   | <b>60</b>  |
| 6.1 MANUSCRITO ORIGINAL: FATORES QUE AFETAM A AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE ENTRE ADOLESCENTES DE ESCOLAS PÚBLICAS ..... | 60         |
| <b>7 CONCLUSÃO .....</b>  | <b>90</b>  |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>   | <b>91</b>  |
| <b>ANEXO A – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa .....</b>  | <b>102</b> |
| <b>ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>   | <b>108</b> |
| <b>ANEXO C – Questionário de Coleta de Dados .....</b>  | <b>110</b> |
| <b>ANEXO D – Escala de Silhuetas de Stunkard.....</b>   | <b>174</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

A adolescência é um período do desenvolvimento humano caracterizado pela transição da infância para a vida adulta. A Organização Mundial de Saúde define a adolescência como o período compreendido entre os 10 e os 19 anos de idade (WHO, 1986). Este período da vida compreende ainda a fase da pré-adolescência - idade entre os 10 e 14 anos (EISENSTEIN, 2005).

Estima-se que existam 1,2 bilhões de adolescentes no mundo, representando um sexto da população mundial (WHO, 2018). No Brasil, aproximadamente 17% da população está na faixa etária entre 10 e 19 anos, representando mais de 30 milhões de pessoas no país (IBGE, 2015).

A autopercepção de saúde pode ser definida como a maneira na qual o próprio sujeito descreve seu estado geral de saúde (FLORES, 2015). Tal medida permite relacionar de maneira objetiva as expectativas dos indivíduos quanto sua saúde, incluindo as diversas dimensões biológica, psicológica e social (MALTA et al., 2018; PAVÃO; WERNECK; CAMPOS, 2013). Estudos sugerem que a autopercepção negativa em saúde é um importante indicador de mortalidade, na medida em que pessoas que percebem sua saúde como ruim, apresentam maior risco de mortalidade por todas as causas em comparação às pessoas que consideram sua saúde boa (ANDRADE, 2018; CUREAU et al., 2013; LOCH; POSSAMAI, 2007; PAVÃO; WERNECK; CAMPOS, 2013; SILVA et al., 2016).

Desde meados do século XX a autopercepção de saúde vem sendo utilizada como uma medida epidemiológica em decorrência de sua fácil aplicação e boa confiabilidade para a avaliação do estado global de saúde das populações, relacionando aspectos físicos, cognitivos e emocionais (ANDRADE, 2018; ANDRADE; LOCH; SILVA 2019; FLORES, 2015; MALTA et al., 2018; PAVÃO; WERNECK; CAMPOS, 2013; SANTOS, 2012; SILVA et al., 2016).

Nos adolescentes, a autopercepção de saúde se relaciona não somente a doenças crônicas ou dores no corpo, mas tem relação mais íntima com indicadores sociodemográficos e estilos de vida. Os comportamentos de saúde, como o consumo de bebidas alcoólicas, o tabagismo, a alimentação saudável e o

sedentarismo, por exemplo, assim como as relações interpessoais e o apoio social que o adolescente recebe estão diretamente associados a percepção de saúde na adolescência, como manifestado por Strelhow et al. (2011): “neste período, a percepção de saúde não está condicionada por aspectos puramente orgânicos, mas incorpora as diversas dimensões emergentes da vida do adolescente” (STRELHOW et al., 2011, p. 179).

Durante esta fase, importantes riscos à saúde podem ser iniciados – como o tabagismo – havendo grandes chances desses hábitos serem reproduzidos entre as gerações, produzindo e ou fortalecendo as desigualdades em saúde, trazendo sérias consequências para a vida adulta (CRUZ et al., 2017; SOUZA et al., 2016).

Estudos evidenciam a persistência de riscos à saúde entre gerações, na medida em que pais que classificaram sua saúde como boa têm menos chances de ter filhos com alguma enfermidade recorrente, demonstrando uma correlação positiva entre a autopercepção de saúde dos pais e da percepção da saúde da criança. No Brasil, a percepção negativa de saúde dos adolescentes foi associada aos fatores intergeracionais, principalmente àqueles relacionados aos determinantes sociais em saúde (CRUZ et al., 2017; SOUZA et al., 2016).

Por representar um período de significativas modificações físicas e comportamentais nos indivíduos, a adolescência é um momento crucial para a intervenção com estratégias de promoção da saúde que possibilitem a consolidação de adultos mais saudáveis (GARBIN et al., 2009; STRELHOW, 2011). Portanto, conhecer a percepção de saúde que os adolescentes têm de si próprios é fundamental para o estabelecimento de políticas e ações de saúde voltadas para elevar os níveis de saúde das futuras populações adultas e idosas.



## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 A AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE:

A autopercepção de saúde vem sendo utilizada na literatura científica desde meados do século XX (ANDRADE, 2018; ANDRADE; LOCH; SILVA, 2019; VASCONCELLOS, 2017). É uma maneira prática e simples de reunir informações das condições de saúde dos sujeitos, representando uma medida epidemiológica de fácil aplicação, alta validade e confiabilidade, demonstrando ser um método fidedigno para a mensuração do estado de saúde dos indivíduos ou populações (ANDRADE; LOCH; SILVA, 2019; ANDRADE, 2018; BOMBAK, 2013; CRUZ, 2015; FRANCO; DIAS; SOUSA, 2018; GOMES, 2016; PAVÃO; WERNECK; CAMPOS, 2013; PERES et al., 2010; SANTOS, 2012; SOUZA, 2013; VASCONCELLOS, 2017).

É considerada um importante preditor de morbidade e mortalidade à medida que a mensuração da autopercepção de saúde auxilia na detecção de problemas que só seriam percebidos mais tardiamente (PAVÃO; WERNECK; CAMPOS, 2013; PINTO et al., 2017; REZENDE; LEMOS; MEDEIROS, 2017; SOUZA, 2013; VASCONCELLOS, 2017). A autoavaliação negativa de saúde nas populações está diretamente associada a um maior risco de mortalidade quando comparada com indivíduos ou grupos que avaliam sua saúde de maneira positiva (ANDRADE, 2018; FLORES, 2015; LOCH; POSSAMAI, 2007; MARTINS, 2017; VASCONCELLOS, 2017).

A autopercepção de saúde refere-se à maneira como a própria pessoa percebe sua saúde e define as expectativas dos indivíduos em relação à mesma. Tal medida é conceituada como o reflexo da percepção integrada do indivíduo sobre sua saúde, envolve condições reais e subjetivas de saúde, considerando aspectos físicos e biológicos, cognitivos, emocionais e psicossociais, construídos ao longo da vida, de maneira individual e social (BOMBAK, 2013; FLORES, 2015; MALTA et al., 2018; PINTO et al., 2017; REZENDE; LEMOS; MEDEIROS, 2017; SOUSA, 2013; STRELHOW et al., 2011; VASCONCELLOS, 2017).

Essencialmente, a autopercepção de saúde é mensurada através de dados obtidos a partir de uma simples pergunta: “De maneira geral, como você avalia sua saúde?” As respostas obtidas são classificadas em 04 ou 05 pontos numa escala tipo Likert, em muito ruim ou péssima, ruim, regular, boa, muito boa ou ótima. Diversos estudos que utilizam questionários validados aceitos em pesquisas nacionais e internacionais utilizam esta mesma maneira de mensuração da autopercepção de saúde dos sujeitos, como por exemplo, o inquérito Vigitel - Vigilância dos Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (BRASIL, 2017), e a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em parceria com os Ministérios da Saúde e da Educação (IBGE, 2016).

Para classificar a autopercepção como negativa ou positiva, a maioria dos autores optam por classificar a percepção de saúde em negativa quando o entrevistado afirma que sua saúde é regular, ruim ou péssima. A autopercepção de saúde é classificada como positiva quando é classificada em boa ou ótima (ANDRADE, 2018; CRUZ et al., 2017).

É importante destacar que o conceito de autopercepção varia de acordo com os indivíduos, pois depende do conhecimento que cada pessoa tem sobre saúde e doença, e que muda de acordo com a experiência de vida dos sujeitos e as normas sociais e culturais na qual está inserido (BOMBAK, 2013; REZENDE; LEMOS; MEDEIROS, 2017). Por considerar a ideia que cada pessoa tem sobre saúde, a autoavaliação da mesma e o comportamento dos indivíduos podem ser mediados por fatores sociodemográficos ou culturais, podendo inclusive existir discrepâncias culturais entre pesquisadores e participantes nas definições de saúde (BOMBAK, 2013).

Segundo Andrade (2018), a autopercepção de saúde é singular e faz parte da consciência pessoal de cada indivíduo, sendo influenciada por temporalidade, localidade, classe social, valores, concepções, cultura, ambiente e comportamento de cada sujeito, permitindo uma ampliação do olhar sobre o que afeta o indivíduo, a identificação de iniquidades e a possibilidade de incrementar novas oportunidades e maiores recursos para a área da saúde (ANDRADE, 2018). Vasconcellos (2017) afirma que a autopercepção do estado de saúde é influenciada pelas experiências individuais, relações sociais e suporte assistencial, além das variações relacionadas aos ciclos de vida, valorizando a subjetividade do sujeito (VASCONCELLOS, 2017).

Diversos fatores podem influenciar a autoavaliação de saúde, dentre eles os fatores sociodemográficos como sexo, idade, escolaridade e renda; os fatores comportamentais e de estilo de vida; fatores psicossociais e a presença de morbidades.

A autopercepção negativa de saúde é relatada com mais frequência entre mulheres do que em homens em diversos grupos etários. Num estudo que avaliou dados do Nordeste do Brasil, cerca de 35,67% dos homens consideram sua saúde regular, ruim ou muito ruim, enquanto nas mulheres esse percentual representa 45,28% de autopercepção negativa de saúde (FIGUEIREDO et al., 2017).

Estudo realizado com os dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 que considerou os dados somente da população baiana com mais de 18 anos de idade, aponta que a população entre 18 e 29 anos e a população entre 30 e 59 anos percebeu sua saúde de maneira mais positiva (80,96% e 54,2% respectivamente), do que a população com 60 anos ou mais (60 a 64 anos: 45,95%; 65 a 74 anos: 36,85%; 75 anos ou mais: 34,86%), demonstrando que com o avançar da idade a autopercepção negativa da saúde é mais prevalente (FIGUEIREDO et al., 2017).

Em estudo realizado com idosos em Governador Valadares no estado de Minas Gerais, a autopercepção negativa de saúde foi maior entre as mulheres (88,2%) do que entre os homens (11,8%) (VAZ et al., 2020).

O nível de escolaridade interfere diretamente na autopercepção de saúde, na compreensão de informações sobre prevenção e promoção da saúde, estilos de vida saudáveis e adesão aos tratamentos indicados e uso de serviços de saúde. Diferenças econômicas, sociais e comportamentais também influenciam na autoavaliação da saúde dos indivíduos (FIGUEIREDO et al., 2017; PERES et al., 2010; PORTO et al., 2016; ROCHA; ROCHA; LEMOS, 2017).

Um estudo realizado com idosos entre 2014 e 2017, demonstra que aqueles idosos com 4 anos ou menos de estudo possuem autopercepção negativa de saúde expressivamente maior (59,2%) do que entre os idosos com 5 a 8 anos de estudo (26,5%), com 9 a 11 anos de estudo (8,2%), ou com 12 anos ou mais de estudo (6,1%) (VAZ et al., 2020).

Estudo publicado em 2014 com idosos residentes em um município de pequeno porte no sul do Brasil, evidenciou que um terço do total de idosos que consideraram sua saúde regular ou ruim (40%) referiu possuir renda mensal menor que um salário-mínimo, o que, segundo os autores, dificulta o atendimento às

necessidades básicas de lazer, saúde e alimentação impactando negativamente na autopercepção de saúde desse grupo (BUSATO et al., 2014).

O arranjo familiar, a situação conjugal, relações sociais e a rede e o suporte social também são determinantes na autopercepção de saúde dos indivíduos (ANDRADE, 2018; FIGUEIREDO et al., 2017; FLORES, 2015; MALTA et al., 2018). O suporte social promove comportamentos saudáveis, melhora o acesso aos serviços de saúde, aumenta o conhecimento de direitos e deveres dos cidadãos, promove autoestima e o respeito mútuo (FLORES, 2015).

Flores (2015) aponta que o suporte social e fatores sociodemográficos estejam associados à autopercepção de saúde, independente de fatores clínicos, pois a inexistência ou a incerteza do suporte social pode aumentar a vulnerabilidade a doenças. Da mesma maneira, a presença de suporte social eficiente pode proteger os indivíduos de danos à saúde física e mental decorrentes de situações estressantes (FLORES, 2015).

Além do suporte social, os comportamentos de saúde afetam a autopercepção de saúde (BOMBAK, 2013). Quando a autopercepção é relatada de maneira negativa, existe uma possibilidade de associação com comportamentos de risco à saúde adotados no estilo de vida (ANDRADE, 2018; ANDRADE; LOCH; SILVA, 2019; FRANCO; DIAS; SOUSA, 2018; PINTO et al., 2017).

Determinados comportamentos estão intimamente associados com melhores indicadores de saúde, representando a necessidade de tratar o estilo de vida da população como uma questão fundamental de saúde pública. É importante enfatizar que é incorreto atribuir a responsabilidade do comportamento unicamente aos indivíduos, pois o comportamento é influenciado por aspectos sociais, culturais e ambientais mais amplos, já que os mesmos atuam sobre o estilo de vida de cada sujeito (LOCH; POSSAMAI, 2007).

Em contrapartida, a autopercepção de saúde pode influenciar as relações sociais dos indivíduos, assim como suas atividades cotidianas, interferindo inclusive nas escolhas por determinadas práticas de cuidado à saúde (COELHO et al., 2017).

Estudos que consideram a autopercepção de saúde das populações têm sido empregados conjuntamente a outros indicadores para monitorar comportamentos de risco e mortalidade, indicadores e resultados clínicos, programas de saúde pública, avaliação de uso e acesso de serviços de saúde (ANDRADE, 2018; FLORES, 2015; VASCONCELLOS, 2017).

Conhecer o perfil dos indivíduos mais propensos a buscar os serviços de saúde também é possível através da autoavaliação da saúde, pois a percepção negativa do estado de saúde exerce influência na decisão do indivíduo em procurar um atendimento médico ou um serviço de saúde (PAVÃO; WERNECK; CAMPOS, 2013). Enfim, a autopercepção de saúde pode ser considerada uma importante medida de avaliação e controle da saúde na população.

Além de ser considerada um meio de baixo custo para aplicação em inquéritos de saúde, a autopercepção de saúde permite conhecer as diferentes situações entre grupos populacionais no Brasil e no mundo, contemplando as várias dimensões determinantes em saúde (ANDRADE, 2018; MALTA et al., 2018; SOUSA, 2013).

Portanto, a investigação da autopercepção de saúde além de fornecer informações sobre o estado geral de saúde das pessoas, identifica subgrupos sociais vulneráveis, auxilia na compreensão do impacto de doenças e avaliação de intervenções em saúde, pode auxiliar na priorização da alocação de recursos na saúde, otimizando oportunidades e modificando padrões de risco ou estilos de vida não saudáveis, possibilitando a promoção da saúde e equidade social (AGATHÃO; REICHENHEIM; MORAES, 2018; VASCONCELLOS, 2017; SZWARCOWALD et al., 2015).

## 2.2 A ADOLESCÊNCIA E A AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE:

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (1986), a adolescência é o período compreendido entre os 10 e os 19 anos de idade. Podendo ser subdividido em fase pré-adolescente (ou adolescência inicial ou precoce), a idade compreendida entre os 10 e 14 anos; e o adolescente jovem, aquele com idade entre os 15 e os 19 anos (SENNA; DRESSEN, 2015; WHO, 1986).

A adolescência é o período do ciclo de vida onde ocorre a transição da infância para a vida adulta, marcado por importantes modificações físicas, desenvolvimento emocional, sexual e social, proporcionando a estruturação da personalidade do indivíduo, representando uma fase de construção de identidade (AGATHÃO; REICHENHEIM; MORAES, 2018; ASSIS; AVANCI; SERPELONI, 2020; COUTINHO et al., 2016; CRUZ et al., 2017; EISENSTEIN, 2005; MASSON et al., 2020; SANTOS, 2012).

As primeiras mudanças observadas no início da adolescência relacionam-se às modificações biológicas - como o rápido crescimento e composição corporal, o desenvolvimento hormonal e maturação sexual e cognitiva (SENNA; DRESSEN, 2015). Vale salientar que existe uma grande variabilidade neste processo de acordo com os sexos, grupos étnicos ou grupos sociais, sendo também influenciado pelo estado nutricional, fatores familiares e ambientais (EISENSTEIN, 2005).

É importante destacar o termo puberdade, utilizado para designar

“o fenômeno biológico que se refere às mudanças morfológicas e fisiológicas (forma, tamanho e função) resultantes da reativação dos mecanismos neuro-hormonais do eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal-gonadal. Estas mudanças corporais conhecidas como os fenômenos da *pubarca* ou *adrenarca* e *gonadarca* são parte de um processo contínuo e dinâmico que se inicia durante a vida fetal e termina com o completo crescimento e fusão total das epífises ósseas, com o desenvolvimento das características sexuais secundárias, com a completa maturação da mulher e do homem e de sua capacidade de fecundação, através de ovulação e espermatogênese, respectivamente, garantindo a perpetuação da espécie humana” (EISENSTEIN, 2005, p.6).

Além das modificações biológicas ocorridas neste período, os aspectos psicossociais devem ser considerados para melhor compreensão do adolescente. Pacheco (2008), afirma que “todo adolescente vive uma crise”, trazendo o conceito de “síndrome da adolescência normal”, marcada por um “conjunto de sinais e sintomas próprios dessa fase evolutiva do desenvolvimento humano na qual, na busca da identidade adulta, o indivíduo passa por um período, para uns mais e para outros, menos turbulento” (PACHECO, 2008, p. 10). É primordial distinguir o fato de que nem todos os comportamentos adolescentes são necessariamente problemáticos. Os comportamentos “podem ser momentâneos e, até mesmo, meramente experimentais ou exploratórios, e envolver conflitos normativos, esperados e necessários ao seu desenvolvimento” (SENNA; DRESSEN, 2015, p. 224).

Ainda de acordo com Pacheco (2008), alguns padrões de comportamento são comuns nesta fase como a busca de si mesmo e da identidade adulta; a tendência grupal; a necessidade de intelectualizar e fantasiar; crises religiosas; deslocação temporal; evolução sexual (do autoerotismo até a heterossexualidade); atitude social reivindicatória; contradições sucessivas em todas as manifestações de conduta;

separação progressiva dos pais e constantes flutuações de humor e do estado de ânimo (PACHECO, 2008).

Para Pacheco (2008), o adolescente pode assumir diferentes identidades, que são transitórias, ocasionais e circunstanciais. Hoje pode pertencer a um grupo e amanhã a outro, obedecendo aos costumes e regras de cada um dos grupos, às vezes até com muito rigor. O adolescente comporta-se diferente de quando está em grupo, geralmente mostrando-se mais seguro e fortalecido (PACHECO, 2008).

É importante destacar que as complexas experiências vivenciadas durante a adolescência são influenciadas por características individuais, familiares, culturais, de gênero, classe social, e região geográfica. Progressivamente, tais experiências possibilitam ao adolescente a modificação de valores e hábitos de vida, permitindo que ganhem mais independência e autoconfiança (AZAMBUJA et al., 2014; PACHECO, 2008; SENNA; DRESSEN, 2015).

A adolescência tem seu início nos marcos biológicos da puberdade, caracterizado por profundas modificações físicas, psicológicas e sociais. Tais modificações, conduzem a novos comportamentos e responsabilidades, que marcam a entrada deste jovem na vida adulta, onde o adolescente termina a transição da fase de dependência para a fase de independência (tanto dos pais quanto também a independência financeira), assumindo os deveres estabelecidos pela cultura onde está inserido, consolidando sua personalidade e a integração em seu grupo social (AZAMBUJA et al., 2014; EISENSTEIN, 2005; FALCONI et al., 2019; SENNA; DRESSEN, 2015). Na adolescência, torna-se explícito o esforço do adolescente em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que vive (EISENSTEIN, 2005).

Segundo Nogueira (2017), algumas capacidades do adolescente ainda não estão plenamente desenvolvidas, como autocontrole, resistência a influência dos pares e a reflexão crítica sobre consequências futuras, o que pode explicar parcialmente, o ímpeto emocional e o engajamento em comportamentos de risco (NOGUEIRA, 2017).

Em virtude de todas as experiências que o adolescente vivencia, existe uma ameaça inerente a esta fase de transição, onde a exposição a condutas de risco pode impactar significativamente seu presente e também o seu futuro, pois os hábitos adquiridos durante a infância ou a adolescência tendem a perdurar na vida

adulta (AZAMBUJA et al., 2014; LEMOS; ROCHA; MARTÍNEZ-HERNAÉZ, 2018; MARTINS, 2017; NOGUEIRA, 2017; NUNES et al., 2015).

Comportamentos de risco, como uso de álcool, tabaco, drogas ilícitas, práticas sexuais sem proteção, exposição a situações de violência, podem se tornar um hábito para o adolescente e perdurar durante a vida adulta. Por ser considerado um período de aprendizagens e experimentação, pressões contextuais estimulam o adolescente a comportamentos pouco saudáveis, e tais práticas podem ser difíceis de serem modificadas no futuro (AGATHÃO; REICHENHEIM; MORAES, 2018; CÂMARA et al., 2012; COSTA et al., 2020; GARBIN et al., 2009; MARTINS, 2017; NOGUEIRA, 2017; SOUZA et al., 2016; SOUSA, 2013; STRELHOW et al., 2011).

Da mesma maneira, a adolescência é uma fase crucial para a aquisição de hábitos de vida saudáveis, podendo se consolidar de maneira definitiva na vida dos indivíduos (CÂMARA et al., 2012; LOCH, 2007; NUNES et al., 2015; PENA et al., 2016; ROCHA; ROCHA; LEMOS, 2017; SILVA et al., 2018a, 2018b).

A população de adolescentes e de adultos jovens foi considerada por muito tempo como um grupo saudável, com baixo risco de adoecer e/ou morrer. Porém, um expressivo índice de morbimortalidade relacionado às causas externas, complicações relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis e à gravidez, assim como fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis nesta faixa etária merecem maior atenção do poder público, nas áreas política, social, educacional e de saúde (MARTINS et al., 2019; PENA et al., 2016; SOUSA, 2013).

“Compreender como os adolescentes experimentam, entendem, refletem, reagem e lidam com os eventos da adolescência, e como aprenderam e adotaram crenças, conhecimentos e competências para se comportarem em relação à própria saúde, pode trazer subsídios importantes para as ações dirigidas a sua saúde” (SENNA; DRESSEN, 2015, p. 226).

Para tanto, faz-se necessário reconhecer as demandas desta população, e prover ações de saúde eficientes, estimulando ações dos profissionais de saúde cada vez mais próximos aos adolescentes, como ações de promoção da saúde e prevenção de possíveis agravos (MARTINS et al., 2019; NUNES et al., 2015; SANTOS, 2012; SOUSA, 2013). É extremamente necessário que as ações em saúde objetivem reduzir as barreiras ao acesso adequado deste público aos serviços de saúde, com vias a reduzir as vulnerabilidades desse grupo populacional (REIS et al., 2013).



A adoção de comportamentos de risco nessa fase pode impactar significativamente a condição de saúde do adulto no futuro, e adotar estratégias para identificar tais riscos e intervir com ações eficientes nessa faixa etária poderá impactar positivamente o nível de saúde das populações.

Um estudo que avalia a utilização dos serviços de saúde por adolescentes no Rio Grande do Sul demonstra que os adolescentes pesquisados não valorizam os sintomas de menor gravidade, além de não aderirem aos tratamentos propostos e ações preventivas. Dentre aqueles que menos utilizam os serviços de saúde estão os que pertencem a classes econômicas mais baixas, de cor da pele preta e os que trabalham e não estudam (NUNES et al., 2015).

Outro estudo, também evidencia que os adolescentes procuram por ações curativas e individuais, demonstrando baixa procura por serviços de promoção da saúde e prevenção de agravos. Uma das barreiras de acesso aos serviços de saúde é a preocupação do adolescente com a confidencialidade do atendimento (MARTINS et al., 2019).

Constata-se a necessidade de adequação do sistema de saúde do país para atender às demandas dos adolescentes, dado o grande impacto que as causas externas contribuem para a morbimortalidade desse grupo, associado aos aspectos socioemocionais desta fase. Associam-se ainda, a persistência do modelo assistencial clínico, voltado para ações puramente curativas e o enfoque nos comportamentos de risco do adolescente, desconsiderando a integralidade da saúde desta população (SOUSA, 2013).

À medida que se conhece mais profundamente a maneira como os adolescentes percebem suas vivências, expectativas e visão do mundo, torna-se mais compreensível a percepção que os mesmos têm sobre sua saúde, como se expressam e buscam ajuda. Tais concepções podem ser utilizadas como uma ferramenta de gestão dos serviços de saúde, orientando ações para a melhoria da qualidade de vida dos adolescentes (AGATHÃO; REICHENHEIM; MORAES, 2018; GARBIN et al., 2009).

Silva e colaboradores (2018a) afirmam que devem-se priorizar ações que traduzam de fato os interesses de crianças e adolescentes, captando as percepções de saúde e qualidade de vida deste público, e não as percepções dos adultos a sua volta (SILVA et al., 2018a).

O uso da autopercepção da saúde como um indicador de saúde global pode fornecer informações sobre o efeito dos fatores de risco comportamentais na saúde geral de crianças e jovens, permitindo identificar problemas de saúde e orientar programas de intervenção de saúde populacional voltados para a melhoria da saúde desta parcela da população (ZHANG; LU; WU, 2020).

Grande parte dos estudos que avaliam a autopercepção de saúde dos adolescentes apontam que a maioria avalia sua saúde como positiva. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (2013) afirmam que 88,5% da população adolescente do Brasil considera sua saúde como boa ou muito boa – autopercepção de saúde positiva (CRUZ et al., 2017; SOUZA et al., 2016). Outro estudo realizado com adolescentes entre 15 e 19 anos de idade em Belo Horizonte, Minas Gerais, mostrou que mais de 80% deles apresentaram autopercepção de saúde positiva, apesar de quase um terço dos adolescentes referirem algum problema de saúde. Segundo os autores, o adolescente pode considerar como boa saúde o fato de estar fisicamente bem, podendo negligenciar suas percepções de bem-estar geral ou o processo saúde-doença de maneira mais ampla (LEMOS; ROCHA; MARTÍNEZ-HERNAÉZ, 2018).

Segundo Cruz e colaboradores (2017), adolescentes do sexo feminino têm 21% de chance a mais de relatar a percepção de saúde de maneira negativa em comparação com os adolescentes do sexo masculino. No referido estudo, a autopercepção negativa foi maior entre as meninas (12,3%) do que entre os meninos (10,7%) (CRUZ et al., 2017).

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), realizada no Brasil em 2015, aponta que a prevalência de autopercepção negativa entre adolescentes escolares foi de 7,1%, sendo maior entre as meninas com 8% do que entre os meninos com 6,8% (MALTA et al., 2018). Em outro estudo realizado no município de Santa Maria, região sul do país, a prevalência de autopercepção negativa de saúde entre adolescentes de 14 a 19 anos de idade foi de 30,8% nas meninas e de 19,9% nos meninos (CUREAU et al., 2013).

Um estudo que avaliou os dados obtidos na Pesquisa Nacional de Saúde, desenvolvida no Brasil em 2013 (SOUZA et al., 2016), relacionou a maior percepção negativa de saúde dos adolescentes às famílias residentes das regiões Norte (18,2%) e Nordeste (16,5%) em relação aos moradores das regiões Centro-Oeste (10%), Sudeste (7,9%) e Sul (7,4%). O mesmo estudo aponta ainda, que os

adolescentes que estão em nível de escolaridade diferente do adequado (chamado no estudo de distorção idade/ nível de escolaridade), tiveram a percepção de saúde relatada como negativa em 13,4%, enquanto os adolescentes matriculados na série adequada para a idade apresentaram percepção negativa de 10,3%. A percepção negativa de saúde dos adolescentes que não tem instrução foi relatada como 15,4% (SOUZA et al., 2016).

A relação entre a autopercepção de saúde dos pais e a percepção de saúde dos adolescentes foi constatada em um estudo publicado em 2017 com os dados da Pesquisa Nacional de Saúde ocorrida no Brasil em 2013 (CRUZ et al., 2017). Tal estudo, concluiu que a percepção negativa de saúde dos adolescentes esteve relacionada aos fatores intergeracionais (aqueles reproduzidos entre as gerações), merecendo destaque a influência dos determinantes sociais da saúde. É importante salientar que este estudo identifica uma associação entre a saúde dos pais e dos filhos, e não uma relação de causalidade (CRUZ et al., 2017).

Os mesmos autores apontam que 26,4% dos adolescentes que perceberam sua saúde de maneira negativa (regular, ruim ou muito ruim) pertenciam a domicílios cujos pais ou responsáveis também avaliaram negativamente sua saúde, podendo representar até oito vezes mais as chances de que adolescentes com pais que relatam percepção negativa de saúde também percebam sua saúde negativamente em relação àqueles cujos pais ou responsáveis percebam sua saúde de maneira positiva (CRUZ et al., 2017).

Segundo Cruz e colaboradores (2017), conhecer e avaliar o nível de reprodução de riscos à saúde é fundamental para discutir e propor ações de saúde adequadas para o combate às iniquidades sociais durante a adolescência produzindo impactos significativos nas futuras gerações. Portanto, avaliar e correlacionar a percepção de saúde dos pais com a percepção de saúde dos adolescentes pode subsidiar novas abordagens sociais e em saúde, visto que em sociedades desiguais como a brasileira, “a transmissão intergeracional de potencial de saúde reflete o gradiente social produzido pelos determinantes sociais da saúde, deixando milhões de adolescentes excluídos do acesso a uma vida saudável e produtiva” (SOUZA et al., 2016, p.2).

Tais dados apontam que além de questões intergeracionais, os determinantes sociais em saúde têm significativa importância na percepção de saúde dos adolescentes, principalmente no Brasil.

### 2.3 OS DETERMINANTES SOCIAIS E SUA RELAÇÃO COM A AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE NOS ADOLESCENTES:

Os determinantes sociais de saúde estão relacionados aos fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que podem influenciar a ocorrência de problemas de saúde na população e fatores de risco associados. Os determinantes sociais de saúde se referem, portanto, às características sociais dentro das quais a vida transcorre (BUSS; PELEGRINI FILHO, 2007).

Amplamente discutidos na atualidade, a influência dos determinantes sociais na saúde é percebida na medida em que a saúde é considerada uma intrincada produção social. Nos países ocidentais, principalmente na Europa, o processo da industrialização foi permeado de diversas discussões sobre a influência social na saúde e na doença, baseando-se na ideia de que as desigualdades presentes no campo social e econômico geravam desigualdades no campo da saúde. O desenvolvimento do capitalismo, portanto, esteve intimamente relacionado ao desenvolvimento da saúde pública, já que esta última surge como uma tentativa de reduzir os danos causados pelas desigualdades provenientes do advento do capitalismo (CARVALHO; BUSS, 2012; VASCONCELLOS, 2017).

Entre os séculos XVIII e XIX, vários estudiosos europeus traçavam a estreita relação entre a pobreza e as más condições de vida das populações como sendo responsáveis pela ocorrência de doenças. Inquéritos populacionais evidenciaram a associação entre mortalidade e morbidade às condições de vida das diferentes classes ou grupos sociais. Tornou-se claro, desta forma, que para melhorar a saúde da população eram necessárias reformas sociais e econômicas extensas, e não somente ações sanitárias simples, que eram parcas para atingir as origens das doenças (CARVALHO; BUSS, 2012).

Apesar de clara a relação entre o contexto social do indivíduo ou das populações com sua situação de saúde, o pensamento social e a dimensão social em saúde ficaram negligenciados por mais de um século. No final do século XX, Breihl e Granda (1986), relacionam o processo saúde-doença à classe social, num tipo de modelo de “história social da doença”. Para os autores, “estar doente ou sadio é determinado pela classe social do indivíduo e a respectiva condição de vida,

em razão dos fatores de risco a que esse determinado grupo da população está exposto” (CARVALHO; BUSS, 2012, p. 124).

Portanto, a saúde ou a doença são definidos não somente por aspectos físicos ou genéticos, estão relacionados às influências sociais e econômicas que interferem diretamente no acesso a alimentos, educação, trabalho, renda, lazer, ambiente saudável, enfim, fatores que promovam a saúde e a qualidade de vida (CARVALHO; BUSS, 2012; COUTINHO et al., 2016).

Durante os anos 1990 e os anos subsequentes, diversos modelos explicativos para a determinação social das doenças foram criados buscando fundamentar a influência direta ou indireta dos determinantes sociais em saúde no processo saúde-doença nos indivíduos ou coletividades (VASCONCELLOS, 2017).

Dentre estes modelos explicativos, o modelo de Dahlgren e Whitehead elaborado em 1991 (Figura 1) se configura como um dos mais referenciados na literatura (CNDSS, 2008). Tal modelo dispõe os determinantes da saúde em camadas (ou níveis), representando características individuais na região central, ou seja, características proximais, seguida por fatores relacionados ao estilo de vida – condições que podem ser modificadas com ações baseadas em informação. Num próximo nível, encontram-se as redes de apoio social e comunitárias, seguida da camada que representa as condições de vida e trabalho dos indivíduos. A camada mais distal do modelo, é composta pelos macrodeterminantes relacionados com as condições econômicas, sociais e ambientais da sociedade bem como os determinantes supranacionais como o processo de globalização (CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017; CNDSS, 2008; GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAÚJO, 2017).

Figura 1 - Modelo de Determinação Social da Saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991)



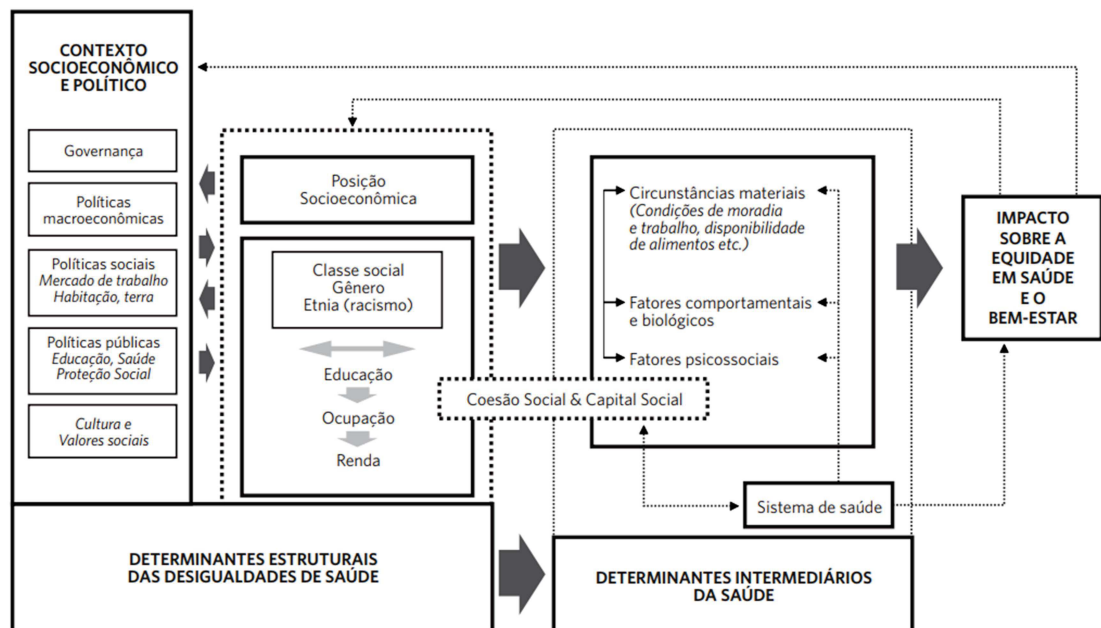
Fonte: Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (2008)

Outro modelo de determinação social das doenças, amplamente discutido na literatura é o modelo proposto por Solar e Irwin em 2010 (Figura 2), considerado um novo marco conceitual na Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, ocorrida no Rio de Janeiro em 2011 (OMS, 2011).

Figura 2: Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde proposto por Solar e Irwin em 2010

Fonte: Organização Mundial da Saúde (2011)

Conforme este Modelo, existem dois tipos de Determinantes Sociais da Saúde: os “determinantes estruturais das iniquidades em saúde” – têm impacto na



equidade em saúde e no bem-estar através da sua ação sobre os outros determinantes, chamados de “determinantes intermediários”. De acordo com os autores, os determinantes estruturais e intermediários, juntos, constituem os Determinantes Sociais da Saúde (BORDE; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ; PORTO, 2015; OMS, 2011).

Garbois, Sodré e Dalbello-Araújo (2017), afirmam que os determinantes estruturais definidos por Solar e Irwin, “operam por meio de um conjunto de determinantes intermediários para moldar os efeitos na saúde” (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAÚJO, 2017, p.67). Ainda de acordo com os autores, os determinantes estruturais assumem uma posi o de destaque neste marco conceitual, aproximando-se de uma ideia de raiz ou base das iniquidades em saúde e na modula o nas condi oes de vida (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAÚJO, 2017).

Os determinantes sociais estão relacionados com a maneira de viver das pessoas, fato que contribui para a altera o da autopercep o de saúde dos

indivíduos, que, por sua vez, é diretamente influenciada pela idade, cor, renda, gênero, segurança, prática de atividade física, assim como condições relacionadas ao desemprego, estresse, moradia, trabalho e redes de apoio (FIGUEIREDO et al., 2017; REICHERT; LOCH; CAPILHEIRA, 2012).

Ao abordar o impacto das iniquidades na população jovem, estudos apontam que os adolescentes que vivem em países com elevada desigualdade na distribuição da riqueza, como é o caso do Brasil, estão mais vulneráveis a desenvolverem desfechos de saúde desfavoráveis, independentemente de seu nível de renda. A condição de saúde é considerada um desfecho socioeconômico cada vez mais associado às questões de renda e educação (CRUZ et al., 2017).

Alguns estudos sugerem que o nível de escolaridade apresenta importante relação com o estilo de vida, na medida em que sujeitos com mais anos de estudo apresentam maior acesso e facilidade na compreensão das informações relacionadas à resolução de problemas no processo saúde-doença, têm maior capacidade de promover o autocuidado e optam por estilos de vida mais saudáveis (ANDRADE, 2018; ROCHA; ROCHA; LEMOS, 2017).

No Brasil, o nível de escolaridade influencia na percepção de saúde dos jovens. Estudos apontam que os adolescentes sem instrução e os matriculados na escola no nível incorreto para a idade (distorção idade/ nível de escolaridade) têm, respectivamente, 29% e 18% a mais de chance de perceberem negativamente sua saúde em relação aos adolescentes na escolaridade ideal para a idade (CRUZ et al., 2017).

A escolaridade dos pais também influencia a percepção de saúde dos adolescentes, evidenciando que quanto maior a escolaridade dos pais ou responsáveis, maior o número de adolescentes que perceberam sua saúde de maneira positiva. Aproximadamente 14,7% dos adolescentes filhos de pais com ensino fundamental incompleto apresentaram percepção negativa de saúde, enquanto 10,4% dos adolescentes filhos de pais com nível médio incompleto, 8,3% dos adolescentes cujos pais possuem nível superior incompleto e apenas 5,7% dos adolescentes filhos de pais com nível superior completo apresentaram percepção negativa de saúde (CRUZ et al., 2017).

Ainda de acordo com os dados da Pesquisa Nacional de Saúde, os adolescentes da raça/cor parda tiveram 81% a mais de chance de relatarem a saúde



como ruim ou regular em comparação com os adolescentes da raça/cor branca (CRUZ et al., 2017).

Aspectos regionais também influenciam a percepção de saúde da população. Dados obtidos da população adulta na Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2013, apontam que 66,1% dos indivíduos com 18 anos ou mais no Brasil relataram percepção positiva de saúde, valor que varia entre 56,7% no Nordeste e 71,5% no Sudeste (CRUZ et al., 2017; SOUZA et al., 2016).

Dentre os adolescentes, aqueles residentes nas regiões Norte e Nordeste do Brasil apresentam 89% e 71%, respectivamente, a mais de chance de perceberem negativamente a saúde, comparando-se com os residentes na região Centro-Oeste do país na mesma idade. No entanto, ao comparar os residentes das regiões Sul e Sudeste aos adolescentes da região Centro-Oeste, eles têm, respectivamente, 19% e 14% a menos de chance de perceberem sua saúde como ruim ou regular (CRUZ et al., 2017; SOUZA et al., 2016).

Outro dado importante se refere à composição familiar do adolescente – de acordo com alguns estudos, o arranjo familiar pode ser considerado como um fator de proteção para os adolescentes no que se refere à percepção da saúde. Adolescentes que moram com os pais ou responsáveis, ou com um dos pais e seu cônjuge apresentam 21% a menos de chance de relatar negativamente sua percepção de saúde do que entre os adolescentes que vivem em lares monoparentais (SOUZA et al., 2016).

Para Vasconcellos (2017), compreender a importância dos determinantes sociais na produção de saúde é também valorizar e entender o que a própria saúde representa para a sociedade. As iniquidades em saúde podem ser entendidas, segundo o autor, como desigualdades sistemáticas, evitáveis, injustas e desnecessárias manifestadas pela exclusão de pessoas e grupos a serviços públicos, bens materiais e imateriais e demais oportunidades (VASCONCELLOS, 2017).

Portanto, para reduzir as iniquidades resultantes das desigualdades sociais em saúde, faz-se necessário intervenções coordenadas e de cunho social, permitindo que gerações futuras tenham a oportunidade de realizar todo o seu potencial de saúde (VASCONCELLOS, 2017; SOUZA et al., 2016).

### **3 JUSTIFICATIVA**

Por suas características, a adolescência é considerada um período crucial para a definição de novos hábitos e estilos de vida, da mesma maneira que oferece

maior exposição a riscos à saúde, sendo fundamental a intervenção das práticas em saúde para este público em especial (AGATHÃO; REICHENHEIM; MORAES, 2018; CÂMARA et al., 2012; COSTA et al., 2020; GARBIN et al., 2009; STRELHOW et al., 2011).

Apesar de estar contemplada nas políticas de saúde do país (mesmo que defasadas), a população adolescente ainda carece de ações mais abrangentes e eficientes, capazes de permitir a este público o acesso à saúde integral e equânime, visando à redução das vulnerabilidades as quais este grupo está exposto.

Segundo Vieira-da-Silva, Paim e Schraiber (2014), a Saúde Coletiva representa um campo de produção de conhecimentos voltados para a compreensão da saúde e a explicação de seus determinantes sociais, direcionando práticas voltadas à promoção, prevenção e cuidados de doenças e agravos, de indivíduos e principalmente de grupos sociais (VIEIRA-DA-SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014).

A investigação da autopercepção de saúde já se mostrou como importante ferramenta para a Saúde Coletiva, fornecendo dados sociais e de saúde relevantes para o delineamento de ações e políticas de saúde das populações pesquisadas. Tal investigação na população adolescente, permite que se conheça as demandas reais deste grupo, de acordo com seu próprio ponto de vista, o que pode fomentar o delineamento de ações e/ou políticas em saúde mais eficientes e eficazes voltadas para o público adolescente.

Logo, a realização deste trabalho se justifica, pois fornece conhecimento sobre a autopercepção de saúde dos adolescentes, sua relação com os determinantes sociais de saúde e produz dados que podem ser empregados para o planejamento de ações em saúde. Estudar esta parcela da população, a partir de seu próprio ponto de vista, também é fundamental para refletir sobre a qualidade das atuais políticas e práticas em saúde existentes para os adolescentes, assim como eles se percebem na sociedade.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GERAL:**

Analisar a autopercepção de saúde dos adolescentes entre 14 e 19 anos de idade, estudantes de escolas públicas de Juiz de Fora/ MG.

#### 4.2 OBJETIVO ESPECÍFICO:

Associar a autopercepção de saúde dos adolescentes com os determinantes sociais de saúde.

## 5 METODOLOGIA

Este trabalho é parte integrante do Estudo do Estilo de Vida na Adolescência – Estudo EVA – idealizado e conduzido por pesquisadores da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) que tem por objetivo avaliar os diversos aspectos relacionados à adolescência como o estilo de vida e hábitos comportamentais, dados antropométricos, clínicos e bioquímicos, fatores ambientais e socioeconômicos.

Todos os aspectos metodológicos do Estudo EVA podem ser consultados na publicação destinada a tal finalidade (NEVES et al., 2019).

### 5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO:

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional de corte transversal, de caráter descritivo e analítico, realizado com adolescentes entre os anos de 2018 e 2019.

### 5.2 CENÁRIO DO ESTUDO:

O estudo foi realizado nas escolas públicas do município de Juiz de Fora, Minas Gerais. O município é o maior da Zona da Mata Mineira, possuindo área territorial de 1.435,749 km<sup>2</sup>, nas quais 440,74 km<sup>2</sup> são de área urbana, 681,96 km<sup>2</sup> de área rural e 311,17 km<sup>2</sup> de área de urbanização (JUIZ DE FORA, 2018). A população estimada no município em 2020, é de 573.285 pessoas (IBGE, 2020).

Além de sua sede, o município possui oito distritos – Torreões, Humaitá de Minas, Monte Verde de Minas, Rosário de Minas, Penido, Valadares, Sarandira e Caetés de Minas. A sede, Juiz de Fora, é dividida administrativamente em oito regiões de planejamento: norte, centro, sul, leste, oeste, sudeste, centro-oeste e nordeste (JUIZ DE FORA, 2018).

### 5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO:

A população do estudo é composta por adolescentes de ambos os sexos, com idades entre 14 e 19 anos, matriculados no último ano do ensino fundamental

ou em um dos três anos do ensino médio, de escolas públicas do município de Juiz de Fora, Minas Gerais.

Apesar de não se enquadrar como um critério de inclusão na amostra, e visando apenas a otimização logística da coleta e processamento das amostras de sangue, foram selecionados os alunos matriculados no turno matutino (NEVES et al., 2019).

#### 5.4 CÁLCULO DA AMOSTRA E PROCESSO DE AMOSTRAGEM:

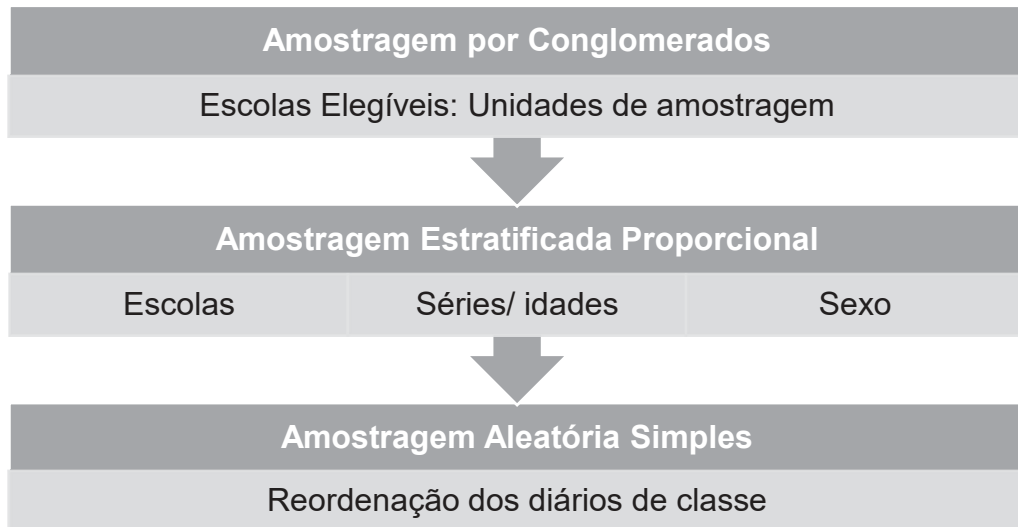
O cálculo do tamanho da amostra foi realizado com auxílio do *software* Epi Info™ (versão 7.2.2.6; *Centers for Disease Control and Prevention*, EUA) considerando o total de 9502 matrículas na Educação Básica, em 2018-2019, referentes às turmas matutinas de 9º ano do Ensino Fundamental, e de 1º, 2º e 3º anos do Ensino Médio, segundo a Superintendência Regional de Ensino de Juiz de Fora, MG. O total de matrículas na Educação Básica, em 2017, referentes à faixa etária estudada - 33.098 matrículas (INEP, 2018), utilizando-se uma estimativa de proporção de 50%, que é utilizada quando a frequência do fator é desconhecida. Foi admitido um intervalo de confiança de 99%, com um efeito de desenho de 1% e a previsão de perdas, em virtude de ausências eventuais de alunos nos dias das coletas de dados ou de recusas para a participação de 20,0%.

Seguindo estes critérios, foi estimada uma amostra com aproximadamente 790 adolescentes (NEVES et al., 2019).

O processo de amostragem ocorreu em três etapas distintas, utilizando os processos de amostragem por conglomerados, amostragem estratificada proporcional e amostragem aleatória simples (Figura 3). Na primeira etapa, as escolas públicas elegíveis foram designadas de maneira aleatória simples dentro das regiões administrativas do município (Centro, Leste, Nordeste, Norte, Oeste, Sudeste e Sul), e foram consideradas como “unidades de amostragem”.

Na segunda etapa, o total de participantes foi estratificado proporcionalmente em relação às escolas, às séries/idades, e de acordo com o sexo. Num terceiro momento, os diários de classe foram reordenados com auxílio de uma tabela de números aleatórios do *software* Epi Info™ (versão 6.04; *Centers for Disease Control and Prevention*, EUA).

Figura 3 – Fluxograma do Processo de Amostragem:



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Os participantes foram nomeados através de códigos (número da escola, da turma e do aluno) à medida em que foram sendo avaliados. Na presença de recusas ou transferências de matrículas, foram convidados os próximos alunos contidos nas listagens. Ao final deste processo, foram selecionados 835 adolescentes, compondo a amostra total do estudo (n=835).

#### 5.4.1 Critérios de Inclusão:

Foram incluídos no estudo os adolescentes entre 14 e 19 anos de idade, de ambos os sexos, matriculados em escolas públicas da área urbana do município de Juiz de Fora, Minas Gerais durante o período de coleta de dados.

#### 5.4.2 Critérios de Exclusão:

Os critérios de exclusão adotados neste estudo obedecem àqueles elencados no Estudo EVA. Foram excluídos do estudo os adolescentes que declararam uso crônico ou prolongado de medicamentos que promovam alterações no metabolismo de carboidratos e lipídeos, tais como: corticoides, anticonvulsivantes e/ou anti-inflamatórios.

Também foram excluídos da pesquisa, os adolescentes que declararam doenças crônicas não transmissíveis ou demais enfermidades que promovam

alterações de ordem inflamatória; assim como os adolescentes que referiram o uso de marca-passo e/ou próteses ortopédicas que comprometam as avaliações antropométricas e/ou da composição corporal.

Os adolescentes portadores de necessidades especiais, e as meninas que relataram gestação ou lactação também foram excluídas do estudo.

## 5.5 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS:

Após aprovação (Anexo A) do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (CEP-UFJF), os pesquisadores contactaram a Secretaria Estadual de Educação (SEE) a fim de obter a aprovação para a realização da pesquisa nas escolas selecionadas. Diante tal permissão, a Direção de cada escola foi acionada e realizada uma reunião com a Coordenação da mesma, com o intuito de esclarecer a justificativa, os objetivos e a metodologia da pesquisa.

A partir da concordância da direção de cada escola em participar da pesquisa, os pais (ou responsáveis) dos alunos selecionados foram contactados e orientados sobre a pesquisa e a metodologia utilizada. Aos mesmos, foram enviados pelos próprios alunos, o TCLE (Anexo B) próprio, além do Questionário de Segurança Alimentar e Nutricional (Anexo C), de caráter autoaplicável exclusivamente aos pais ou responsáveis dos alunos.

Os adolescentes foram instruídos sobre a pesquisa, e tiveram momento oportuno para sanar eventuais dúvidas. A data para a realização da coleta dos dados foi agendada com cada escola, e comunicada aos participantes. Na data programada, os alunos selecionados entregaram os TCLE e o Questionário de Segurança Alimentar e Nutricional devidamente preenchidos, momento em que ocorreu o credenciamento dos participantes.

A coleta de dados foi realizada em ambiente reservado nas dependências de cada escola, no período matutino durante o horário das aulas dos alunos. Após o credenciamento, foram coletadas as amostras de sangue e das medidas antropométricas e composição corporal por pessoal capacitado, enquanto os alunos ainda se mantinham em jejum noturno de 08 a 12 horas.

Após esta etapa, foi oferecido aos participantes um desjejum e seguiu-se à aferição da pressão arterial e resposta ao questionário semiestruturado que aborda aspectos demográficos, socioeconômicos, condições sanitárias, comportamentais,

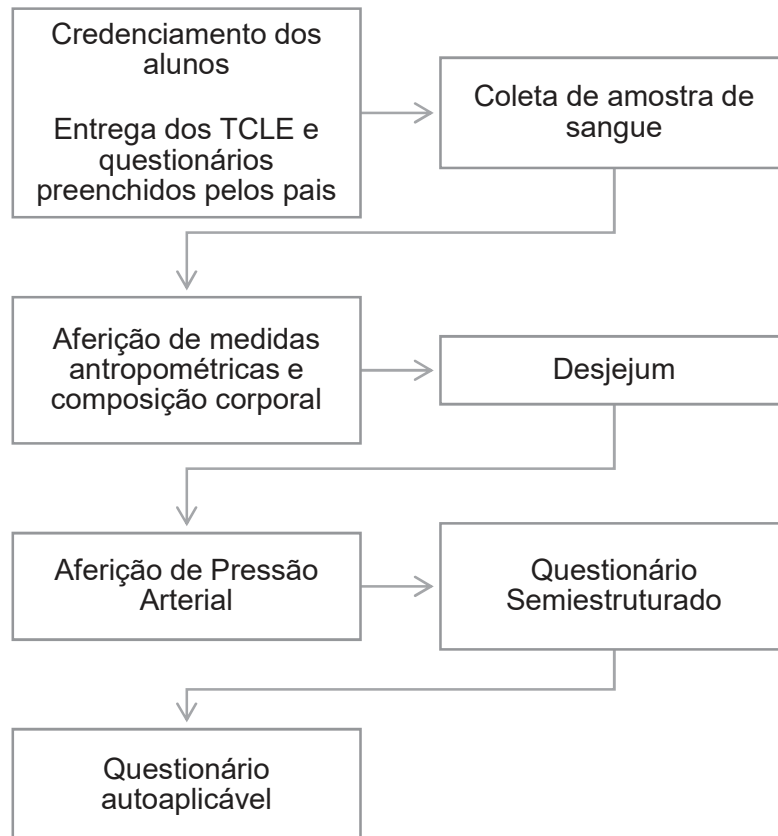


estilo de vida e dados relacionados à saúde. Tal questionário foi aplicado face a face com entrevistador capacitado, através de preenchimento eletrônico no aplicativo Kobo Toolbox (versão 1.14.0a, *Harvard Humanitarian Initiative*, EUA).

A última etapa da coleta de dados corresponde ao preenchimento do questionário autoaplicável impresso em papel e entregue a cada aluno para avaliação individualmente. Neste questionário, foram abordados temas relacionados à maturação sexual, saúde sexual e reprodutiva, imagem corporal, autoestima, comportamentos alimentares, experimentação e uso de bebidas alcoólicas e cigarro.

O fluxograma a seguir (Figura 4), demonstra as etapas da coleta de dados ocorrida nas dependências de cada escola:

Figura 4 – Fluxograma da Coleta de Dados:



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

A seguir, será descrito cada parâmetro avaliado e os instrumentos de coleta utilizados para sua obtenção. Os modelos de questionários utilizados para a coleta de dados constam no Anexo C.

### **5.5.1 Parâmetros Demográficos, Socioeconômicos e Condições Sanitárias:**

As características demográficas abordadas correspondem à idade, sexo, cor da pele ou raça autodeclarada dos adolescentes, respondidas através de questionário semiestruturado aplicado por entrevistador capacitado.

Os parâmetros socioeconômicos e culturais também foram avaliados através de questionário semiestruturado aplicado por entrevistador capacitado. Os adolescentes foram questionados sobre condição de trabalho e escolaridade dos pais ou responsáveis, número de moradores e composição da renda familiar. Através do “Critério de Classificação Econômica Brasil” (ABEP, 2015), pode-se definir a classe econômica dos entrevistados, utilizando as informações fornecidas pelos mesmos num “sistema de pontos”, identificando os estratos econômicos que podem variar entre Classe Econômica A (entre 45 e 100 pontos) até a Classe Econômica D-E (0 a 16 pontos).

A condição de ocupação do domicílio (se é próprio, alugado ou cedido) e condições de saneamento do local de residência também foram registradas através deste questionário.

### **5.5.2 Antropometria, Índice de Massa Corporal (IMC) e Composição Corporal com Bioimpedância Elétrica:**

O peso foi aferido em tomada única por meio da balança Tanita Ironman™ (modelo BC-553; *Tanita Corporation*, Japão), com capacidade máxima para 200,0 Kg e precisão de 50,0 g. Os participantes foram avaliados em posição ortostática, no centro da plataforma, descalços e vestindo roupas leves.

A estatura foi mensurada por meio do estadiômetro portátil (Altuxata®, Brasil), com escala em centímetros e precisão de 1,0 mm. Os participantes foram colocados de costas para o marcador, em posição ortostática, descalços e com os pés unidos pelos tornozelos.

O Índice de Massa Corporal (IMC) foi determinado com auxílio do *software* WHO Anthro Plus® (versão 1.0.4; *World Health Organization*, Suíça), obtido pela fração entre o peso (Kg) e a estatura (m<sup>2</sup>). Foram consideradas as curvas de crescimento preconizadas pela Organização Mundial da Saúde para a definição do

IMC para a idade, segundo os sexos, sendo considerado baixo peso quando o escore-z for menor que -2; eutrofia quando o escore-z for maior ou igual a -2 e menor que +1; sobrepeso quando o escore-z for maior ou igual +1 e menor que +2; e considerado obesidade quando o escore-z for maior ou igual a +2 (WHO, 2007).

A composição corporal foi avaliada através da medida da gordura corporal realizada por dispositivo de impedância bioelétrica bipolar (*Tanita Ironman<sup>TM</sup>*, modelo BC-553, *Tanita Corp.*, Japão). A aferição foi realizada com os participantes em posição ortostática, no centro da plataforma, descalços, vestindo roupas leves e sem adornos (como brincos, relógio, pulseiras, anéis ou afins), seguindo as recomendações estabelecidas pelo fabricante. Os adolescentes foram orientados a manter jejum e não realizar atividade física entre 08 e 12 horas que antecederam o exame, não ingerir bebida alcoólica nas 24 horas anteriores e urinar pelo menos 30 minutos antes do procedimento (MELO, 2020).

A porcentagem da gordura corporal dos adolescentes é classificada seguindo os critérios estabelecidos por Lohman (1988), no qual é considerado baixo peso quando os valores são <15% para o sexo feminino ou <10% para o sexo masculino; são considerados eutróficos quando os valores são  $\geq 15\%$  e < 25% para as meninas e  $\geq 10\%$  e < 20% para os meninos; é considerado com sobrepeso quando os valores são  $\geq 25\%$  e < 30% para as meninas e  $\geq 20\%$  e < 25% para os meninos; é considerado obesidade quando a porcentagem de gordura corporal é  $\geq 30\%$  no sexo feminino e  $\geq 25\%$  no sexo masculino (LOHMAN, 1988).

### **5.5.3 Pressão Arterial:**

Os níveis pressóricos foram aferidos através de esfigmomanômetro oscilométrico digital Omron® (modelo HEM-705CP; *Omron Healthcare Inc.*, China) e manguito ajustável ao perímetro do braço.

Seguindo as recomendações das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (MALACHIAS et al., 2016) a aferição dos níveis pressóricos ocorreu com os participantes sentados e relaxados, com as pernas descruzadas, os pés apoiados no chão e o dorso recostado. O braço permaneceu na altura do coração, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido. O tubo de borracha foi centralizado sobre a fossa cubital. A borda inferior do manguito permaneceu entre 2 e 3 cm acima da fossa cubital (MALACHIAS et al., 2016).

As avaliações foram efetuadas em quatro momentos alternados, com intervalo de um minuto entre as aferições, sendo que os valores obtidos na primeira avaliação foram descartados com o objetivo de reduzir o impacto da reatividade da pressão arterial. Havendo discrepância maior que 5 mmHg na pressão arterial sistólica (PAS) ou na pressão arterial diastólica (PAD) dentre as outras três aferições realizadas, àquela medida com maior discrepância foi descartada, sendo consideradas as médias aritméticas simples dos dois valores mais próximos da pressão arterial sistólica e diastólica (NEVES et al., 2019).

Os percentis foram analisados por sexo, idade e estatura, sendo classificados como normotensos quando PAS e/ou PAD < 90º percentil; pré-hipertensos quando PAS e/ou PAD ≥ 90º percentil e < 95º percentil (ou quando PAS ≥ 120 mmHg e/ou PAD ≥ 80 mmHg, mas < 95º percentil); e hipertensos quando PAS e/ou PAD ≥ 95º percentil (MALACHIAS et al., 2016).

Os adolescentes entre 18 e 19 anos de idade foram classificados de acordo com as recomendações preconizadas para adultos, que considera normotensão quando PAS ≤ 120 mmHg e/ou PAD ≤ 80 mmHg; pré-hipertensão quando PAS > 120 e < 140 mmHg e/ou PAD > 80 e < 90 mmHg; e hipertensão quando PAS ≥ 140 mmHg e/ou PAD ≥ 90 mmHg (MALACHIAS et al., 2016).

#### **5.5.4 Atividade física e Comportamento sedentário:**

A prática de atividade física regular nos últimos 12 meses foi mensurada através de questionário estruturado específico para a população adolescente (GUEDES et al., 2005) que avalia a prática e frequência da realização de atividades físicas ou algum esporte durante uma semana habitual pelos adolescentes entrevistados. Foram registradas o tempo (em minutos por semana) gasto com atividades físicas vigorosas, moderadas e tempo de caminhada (Anexo A). De acordo com a OMS (2010), os adolescentes que realizam 420 minutos ou mais de atividade física por semana são considerados ativos fisicamente (WHO, 2010a).

O tempo em que permanece sentado é considerado um importante componente do comportamento sedentário (FELDEN et al., 2016; SUZUKI, MORAES, FREITAS, 2010). Neste estudo, foi registrado o tempo, em minutos, em que os adolescentes passam sentados num dia de semana e num dia do final de semana.

### **5.5.5 Qualidade do sono**

A qualidade do sono foi avaliada através da aplicação do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh – PSQI (BUYSSE et al., 1989). As questões consideradas nesta avaliação se referem ao tempo total (em horas) de sono à noite durante a semana e nos finais de semana relatados pelos adolescentes pesquisados. Estudos sugerem que o adolescente necessite de aproximadamente 9 horas de sono por noite (DEL CIAMPO et al., 2017). Os dados foram obtidos através de questionário semiestruturado aplicado por pesquisador capacitado.

### **5.5.6 Percepção da qualidade da alimentação**

A percepção da qualidade da alimentação foi questionada aos adolescentes através de questionário semiestruturado, onde eles responderam sobre a percepção da qualidade de sua própria alimentação e da qualidade da alimentação dos seus pais (ou responsáveis).

As opções de resposta foram elencadas através de escala do tipo *Likert* com as opções muito ruim (nada saudável), ruim (pouco saudável), regular (mais ou menos saudável), boa (saudável), muito boa (muito saudável).

### **5.5.7 Uso de álcool e tabaco**

Os adolescentes foram indagados através de questionário autoaplicável impresso em papel a4, entregue individualmente a cada aluno. Foram abordadas questões sobre a experimentação e o consumo de bebidas alcóolicas e tabaco, a idade da experimentação e se o uso é regular ou esporádico.

Nesta etapa, foi reforçado aos adolescentes participantes que as informações fornecidas são sigilosas.

As classificações definidas para as características comportamentais foram adotadas para fins de análise estatística.

### **5.5.8 Saúde sexual e reprodutiva**

A saúde sexual e reprodutiva foi investigada através de questionário autoaplicável, impresso em papel a4 e entregue individualmente a cada aluno. Novamente, foi garantido aos adolescentes que as informações fornecidas são sigilosas.

Os adolescentes de ambos os sexos foram questionados sobre a prática sexual – se já ocorreu alguma vez, e qual a idade dos adolescentes na primeira relação sexual.

Para as meninas foi questionado se já realizaram o exame preventivo do colo de útero (Papanicolau), se já engravidaram alguma vez, e se já tiveram algum aborto.

As classificações definidas para as características da saúde sexual e reprodutiva foram adotadas para fins de análise estatística.

#### **5.5.9 Utilização de serviços de saúde e histórico pessoal de saúde:**

Questionário estruturado semelhante ao questionário aplicado na Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PeNSE (IBGE, 2016) avaliou a utilização de serviços de saúde pelos participantes, assim como o absenteísmo às aulas por questões de saúde.

Os adolescentes foram indagados se, nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa, estiveram em algum serviço de saúde e quantas vezes estiveram nesses serviços, e se algum desses serviços era da atenção primária à saúde (Anexo A).

#### **5.5.10 Autopercepção de saúde e percepção de saúde dos pais:**

A autopercepção de saúde dos adolescentes foi aferida através de questionário estruturado aplicado por entrevistador capacitado. As opções de resposta foram apresentadas em escala do tipo *Likert* com cinco pontos – muito boa, boa, regular, ruim e muito ruim.

A percepção de saúde dos pais ou responsáveis dos adolescentes também foi aferida através do questionário estruturado mencionado, com cinco opções de resposta que variam entre muito ruim e muito boa.

Foi considerada como percepção positiva da saúde as classificadas como muito boa, boa ou regular. As avaliações ruim ou muito ruim foram classificadas como percepção negativa de saúde.

#### **5.5.11 Transtornos Alimentares:**

A presença de transtornos alimentares também foi avaliada neste trabalho. A anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN) foram investigadas através de questionário autoaplicável impresso em papel a4, entregue individualmente para cada aluno. Mais uma vez, foi garantido o sigilo das informações prestadas.

A triagem de anorexia nervosa utilizou a versão traduzida e validada no Brasil do *Eating Attitudes Test* (EAT-26 – Teste de Atitudes Alimentares), que é constituído por 26 questões distribuídas entre fatores relacionadas à dieta, à bulimia e ao controle oral (BIGHETTI et al., 2004). De acordo com as respostas obtidas, cada participante recebe uma pontuação que varia de 0 a 78 pontos. Os adolescentes que apresentaram escore  $\geq 21$  no EAT-26 foram classificados com triagem positiva para anorexia nervosa.

A triagem de bulimia nervosa foi realizada através da versão traduzida e validada no Brasil do *Bulimic Investigatory Test Edinburgh* (BITE – Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo), que é constituído por 33 questões com respostas “sim” ou “não”, que conferem de zero a 30 pontos. Os adolescentes que apresentaram um escore  $\geq 20$  foram classificados com triagem positiva para bulimia nervosa (XIMENES et al., 2011).

#### **5.5.12 Satisfação com a imagem corporal e Autoestima:**

A satisfação com a imagem corporal e a autoestima foram avaliadas através de questionário autoaplicável impresso em papel a4, entregue individualmente para cada adolescente.

A percepção da imagem corporal foi analisada utilizando-se a versão traduzida e validada no Brasil da escala de silhuetas (Anexo D) proposta por Stunkard et al. (1983). Após observarem o conjunto de imagens, os participantes informaram qual das imagens que representa o seu corpo atual e qual das imagens corporais eles gostariam de ter. Para a classificação da imagem corporal, subtraiu-se

da aparência real a aparência ideal. Em variações iguais a zero, o participante foi classificado como satisfeito; quando a diferença encontrada foi diferente de zero, o adolescente foi classificado como insatisfeito (PETROSKI; PELEGRINI; GLANER, 2012; SCAGLIUSI, et al., 2006).

A autoestima foi mensurada a partir da Escala de Autoestima de Rosenberg (1956), adaptada e revalidada para uso no Brasil por Hutz & Zanon em 2011. É constituída por 10 questões fechadas, que apresentam opções de resposta do tipo Likert, e sua soma varia entre 0 e 30 pontos. Quanto maior for o resultado da soma total, mais elevado será o nível de autoestima do indivíduo (ROSENBERG, 1989). Neste estudo, foi adotado como ponto de corte o primeiro tercil da população, categorizando a amostra como “baixa” (escore  $\leq 16$ ) e “alta” (escore  $>16$ ).

### **5.5.13 Exames bioquímicos:**

Amostras de sangue foram coletadas através de punção venosa em fossa antecubital dos adolescentes, contendo aproximadamente 10 mL de sangue em cada amostra. Os adolescentes permaneceram em jejum noturno entre o período de 8 e 12 horas que antecederam a coleta. Foram seguidas técnicas operacionais padrão recomendados pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2010b).

O processamento das amostras (fase de centrifugação e alíquotagem) ocorreu no Laboratório de Nutrição Experimental do Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Num segundo momento, o material biológico foi transportado acondicionado em embalagem isotérmica em temperatura entre 4° e 10° C, para o Laboratório de Epidemiologia (Setor de Soroepidemiologia) da Escola de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP) (NEVES et al., 2019).

As dosagens de colesterol total, triglicérides e glicemia ocorreram através do método enzimático colorimétrico. O colesterol associado à lipoproteína de muito baixa densidade (VLDL-c) foi calculado dividindo-se triglicérides por cinco, conforme recomendação da atualização da diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose (FALUDI et al., 2017).

Os lipídeos foram classificados seguindo as recomendações da Sociedade Brasileira de Cardiologia, sendo considerados de risco quando o colesterol total  $\geq$



170 mg/dL.; o VLDL-c  $\geq$  20 mg/dL; LDL-c  $\geq$  110 mg/dL e triglicérides  $\geq$  90 mg/dL (SIMÃO et al., 2013).

A Associação Americana de Diabetes recomenda que, para os adolescentes, os valores ideais da glicemia de jejum esteja entre 65 e 100 mg/dL. Portanto, é considerado risco valores superiores a 100 mg/dL (ADA, 2015).

## 5.6 VARIÁVEIS DE ESTUDO:

Para dar seguimento às análises estatísticas, a variável dependente e as variáveis independentes foram categorizadas nos quadros a seguir.

### 5.6.1 Variável Dependente:

Quadro 1 – Variável Dependente:

| <b>Autopercepção de Saúde</b>         |             |  |
|---------------------------------------|-------------|--|
| <b>Variável</b>                       | <b>Tipo</b> | <b>Descrição</b>                           |
| Autopercepção de saúde do adolescente | Categórica  | Muito ruim; Ruim; Regular; Boa; Muito boa. |

Fonte: elaborado pela autora (2021).

### 5.6.2 Variáveis Independentes:

Quadro 2 – Variáveis Independentes:

| <b>Características Demográficas e Socioeconômicas</b> |             |  |
|---|-------------|--|
| <b>Variável</b>                                       | <b>Tipo</b> | <b>Descrição</b>   |
| Idade/ Faixa etária                                   | Discreta    | -  |
|   | Categórica  | 14-15; 16-17; 18-19.   |
| Sexo  | Dicotômica  | Feminino; Masculino.   |
| Cor da pele   | Categórica  | Branco; Preto/ pardo; Outros.                                |
| Religião  | Categórica  | Católico;<br>Protestante/evangélico; Outra;<br>Sem religião. |

|   |            |   |
|---|------------|---|
| Pessoas (pais ou responsáveis) com quem reside                | Categórica | Pai (ou responsável do sexo masculino); Mãe (ou responsável do sexo feminino); Pai e Mãe; Outros.                                       |
| Grau de instrução da mãe ou responsável do sexo feminino      | Categórica | E. Médio Completo ou mais; E. Fundamental Completo e E. Médio incompleto; Analfabeto ou E. Fundamental incompleto.                      |
| Grau de instrução do pai ou responsável do sexo masculino     | Categórica | E. Médio Completo ou mais; E. Fundamental Completo e E. Médio incompleto; Analfabeto ou E. Fundamental incompleto.                      |
| Número de pessoas que moram no domicílio                      | Discreta   | -   |
| Situação ocupacional da mãe ou responsável do sexo feminino   | Dicotômica | Trabalha; Não trabalha.   |
| Situação ocupacional do pai ou responsável do sexo masculino  | Dicotômica | Trabalha; Não trabalha.   |
| Número de pessoas que participam ativamente da renda familiar | Discreta   | -   |
| Pessoa que contribui com a maior parte da renda familiar      | Categórica | Pai (ou responsável do sexo masculino); Mãe (ou responsável do sexo feminino); Pai e Mãe contribuem igualmente; O próprio participante. |
| Renda familiar  | Discreta   | -   |
| Renda <i>per capita</i>                                       | Dicotômica | Maior ou igual a meio salário-mínimo; Menor que meio salário-mínimo.  |
| Classe Econômica (Critério ABEP)                              | Categórica | Média/ alta; Média; Baixa.  |
| <b>Condições do Domicílio e de Saneamento Básico</b>          |            |   |

| <b>Variável</b>   | <b>Tipo</b>            | <b>Descrição</b>   |
|---|------------------------|--|
| Origem da água utilizada no domicílio                         | Categórica             | Rede geral de distribuição; Poço ou nascente; Outro meio.                |
| Tipo de pavimentação da rua                                   | Dicotômica             | Asfaltada/ pavimentada; De terra/ cascalho.                              |
| Destino do lixo do domicílio                                  | Categórica             | Coletado regularmente; Queimado/ enterrado; Jogado no rio/ terreno/ etc. |
| Tipo de Domicílio   | Dicotômica             | Casa; Apartamento.   |
| Condição do Domicílio   | Categórica             | Próprio; Alugado; Cedido.  |
| <b>Exames Clínicos e Composição Corporal</b>                  |                        |  |
| <b>Variável</b>   | <b>Tipo</b>            | <b>Descrição</b>   |
| Índice de Massa Corporal (IMC) para a idade                   | Discreta<br>Categórica | -<br>Baixo peso; Eutrofia; Excesso de peso.                              |
| Gordura Corporal (%)  | Discreta<br>Categórica | -<br>Baixo peso; Eutrofia; Excesso de peso.                              |
| Perímetro da Cintura  | Discreta<br>Dicotômica | -<br>Normal; Risco.  |
| Perímetro do Quadril  | Discreta<br>Dicotômica | -<br>Normal; Risco.  |
| Razão Cintura/ Quadril  | Discreta<br>Dicotômica | -<br>Normal; Risco.  |
| Razão Cintura/ Altura   | Discreta<br>Dicotômica | -<br>Normal; Risco.  |
| Pressão Arterial (mm/ Hg)                                     | Discreta<br>Dicotômica | -<br>Normal; Risco.  |
| <b>Características Comportamentais</b>                        |                        |  |
| <b>Atividade Física e Comportamento Sedentário</b>            |                        |  |
| <b>Variável</b>   | <b>Tipo</b>            | <b>Descrição</b>   |
| Tempo de atividade física vigorosa em uma semana habitual (em | Discreta               | -  |

|  |                        |                         |
|--|------------------------|-------------------------|
| minutos por dia)   |                        |                         |
| Número de dias por semana que realiza atividade física vigorosa                | Categórica             | 0; 1; 2; 3; 4; 5; 6; 7. |
| Tempo de atividade física moderada em uma semana habitual (em minutos por dia) | Discreta               | -                       |
| Número de dias por semana que realiza atividade física moderada                | Categórica             | 0; 1; 2; 3; 4; 5; 6; 7. |
| Tempo de caminhada em uma semana habitual (em minutos por dia)                 | Discreta               | -                       |
| Número de dias por semana que realiza caminhada                                | Categórica             | 0; 1; 2; 3; 4; 5; 6; 7. |
| Pratica esporte ou exercício físico regularmente                               | Dicotômica             | Sim; Não.               |
| Tempo de atividade física em uma semana habitual (em minutos)                  | Discreta<br>Dicotômica | -<br>Ativo; Inativo.    |
| Tempo sentado por dia em um dia de semana habitual (em minutos)                | Discreta               | -                       |
| Tempo sentado por dia no final de semana (em minutos)                          | Discreta               | -                       |
| Participa das aulas de educação física na escola                               | Dicotômica             | Sim; Não.               |
| <b>Qualidade do Sono</b>   |                        |                         |
| <b>Variável</b>  | <b>Tipo</b>            | <b>Descrição</b>        |
| Tempo de sono à noite nos dias de semana (em minutos)                          | Discreta               | -                       |
| Tempo de sono à noite aos finais de semana (em minutos)                        | Discreta               | -                       |
| Tempo (em minutos) que levou para dormir nos dias de semana                    | Discreta               | -                       |
| Tempo (em minutos) que levou para dormir aos finais de semana                  | Discreta               | -                       |

|  |             |  |
|--|-------------|--|
| Qualidade do sono (escore)                                       | Dicotômica  | Boa; Ruim.   |
| <b>Percepção da Qualidade da Alimentação</b>                     |             |  |
| <b>Variável</b>  | <b>Tipo</b> | <b>Descrição</b>   |
| Autopercepção da qualidade da alimentação                        | Categórica  | Muito ruim (nada saudável), Ruim (pouco saudável), Regular (mais ou menos saudável), Boa (saudável), Muito boa (muito saudável)                              |
| Autopercepção da qualidade da alimentação                        | Dicotômica  | Positiva; Negativa.  |
| Percepção da qualidade da alimentação dos pais (ou responsáveis) | Categórica  | Muito ruim (nada saudável), Ruim (pouco saudável), Regular (mais ou menos saudável), Boa (saudável), Muito boa (muito saudável)                              |
| Percepção da qualidade da alimentação dos pais (ou responsáveis) | Dicotômica  | Positiva; Negativa.  |
| <b>Álcool e Tabaco</b>   |             |  |
| <b>Variável</b>  | <b>Tipo</b> | <b>Descrição</b>   |
| Experimentação de bebida alcoólica                               | Dicotômica  | Sim, Não.  |
| Idade de experimentação de bebida alcoólica                      | Discreta    | -  |
| Consumo de bebida alcóolica nos últimos 30 dias                  | Categórica  | Nenhum; Menos que diariamente; Aos finais de semana; Diariamente.  |
| Consumo de bebida alcoólica nos últimos 12 meses                 | Categórica  | Não consumiu; Menos de 1 vez ao mês; 1 a 2 dias ao mês; 3 a 4 dias ao mês; 1 a 2 dias por semana; 3 a 4 dias por semana; 5 a 6 dias por semana; Diariamente. |

|   |                        |  |
|---|------------------------|--|
| Experimentação de cigarro   | Dicotômica             | Sim, Não.  |
| Idade de experimentação de cigarro                                      | Discreta               | -  |
| Consumo de cigarro nos últimos 30 dias                                  | Categórica             | Nenhum; Menos que diariamente; Aos finais de semana; Diariamente.  |
| Consumo de cigarro nos últimos 12 meses                                 | Categórica             | Não consumiu; Menos de 1 vez ao mês; 1 a 2 dias ao mês; 3 a 4 dias ao mês; 1 a 2 dias por semana; 3 a 4 dias por semana; 5 a 6 dias por semana; Diariamente. |
| <b>Saúde Sexual e Reprodutiva</b>                                       |                        |  |
| <b>Variável</b>   | <b>Tipo</b>            | <b>Descrição</b>   |
| Já teve relação sexual  | Dicotômica             | Sim, Não.  |
| Idade da primeira relação sexual  | Discreta<br>Dicotômica | -<br>14 anos ou menos, 15 anos ou mais   |
| Já realizou exame preventivo de colo de útero – SOMENTE PARA AS MENINAS | Dicotômica             | Sim, Não.  |
| Já engravidou alguma vez – SOMENTE PARA AS MENINAS                      | Dicotômica             | Sim, Não.  |
| Já realizou algum aborto – SOMENTE PARA AS MENINAS                      | Dicotômica             | Sim, Não.  |
| <b>Utilização dos Serviços de Saúde e Histórico Pessoal de Saúde</b>    |                        |  |
| <b>Variável</b>   | <b>Tipo</b>            | <b>Descrição</b>   |
| Utilizou serviço de saúde nos últimos 12 meses                          | Dicotômica             | Sim, Não.  |
| Quantas vezes procurou um serviço de saúde nos últimos 12 meses         | Categórica             | 0, 1, 2, 3, 4 ou mais vezes.   |

|  |                          |  |
|--|--------------------------|--|
| Utilizou serviço de UAPS/ UBS/ ESF nos últimos 12 meses                            | Dicotômica               | Sim, Não.  |
| Quantas vezes utilizou serviço de UAPS/ UBS/ ESF nos últimos 12 meses              | Categórica               | 0, 1, 2, 3, 4 ou mais vezes.                                   |
| Número de vezes que se ausentou da escola por motivo de saúde nos últimos 12 meses | Categórica               | 0, 1, 2, 3, 4 ou mais vezes.                                   |
| Já ficou internado em hospital   | Dicotômica               | Sim; Não.  |
| Toma regularmente algum medicamento  | Dicotômica               | Sim; Não.  |
| Já foi diagnosticado com HAS   | Dicotômica               | Sim; Não.  |
| Já foi diagnosticado com DM  | Dicotômica               | Sim; Não.  |
| Já foi diagnosticado com colesterol ou triglicérides aumentados                    | Dicotômica               | Sim; Não.  |
| <b>Percepção de Saúde dos Pais</b>   |                          |  |
| <b>Variável</b>  | <b>Tipo</b>              | <b>Descrição</b>   |
| Percepção de saúde dos pais ou responsáveis  | Dicotômica<br>Categórica | Positiva; Negativa. Muito ruim; Ruim; Regular; Boa; Muito boa. |
| <b>Transtornos Alimentares</b>   |                          |  |
| <b>Variável</b>  | <b>Tipo</b>              | <b>Descrição</b>   |
| Triagem de Anorexia Nervosa  | Dicotômica               | Positiva; Negativa.  |
| Triagem de Bulimia Nervosa   | Dicotômica               | Positiva; Negativa.  |
| <b>Satisfação com a Imagem Corporal</b>  |                          |  |
| <b>Variável</b>  | <b>Tipo</b>              | <b>Descrição</b>   |
| Satisfação com a imagem corporal   | Dicotômica               | Satisfeito; Insatisfeito.                                      |
| <b>Autoestima</b>  |                          |  |
| <b>Variável</b>  | <b>Tipo</b>              | <b>Descrição</b>   |
| Autoestima   | Dicotômica               | Elevada; Baixa   |
| <b>Parâmetros Bioquímicos</b>  |                          |  |
| <b>Variável</b>  | <b>Tipo</b>              | <b>Descrição</b>   |
| Colesterol Total (mg/ dL)  | Discreta                 | -  |

|                         |            |               |
|-------------------------|------------|---------------|
|                         | Dicotômica | Normal; Risco |
| HDL-c (mg/ dL)          | Discreta   | -             |
|                         | Dicotômica | Normal; Risco |
| Não HDL-c (mg/ dL)      | Discreta   | -             |
|                         | Dicotômica | Normal; Risco |
| LDL-c (mg/ dL)          | Discreta   | -             |
|                         | Dicotômica | Normal; Risco |
| Triglicerídios (mg/ dL) | Discreta   | -             |
|                         | Dicotômica | Normal; Risco |
| VLDL-c (mg/ dL)         | Discreta   | -             |
|                         | Dicotômica | Normal; Risco |
| Glicemia (mg/ dL)       | Discreta   | -             |
|                         | Dicotômica | Normal; Risco |

Fonte: elaborado pela autora (2021).

## 5.7 PROCESSAMENTO, TABULAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS:

A análise estatística foi desenvolvida no programa *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*, versão 21.0. Para caracterizar a amostra do estudo, as variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas, e as quantitativas, por meio de medidas de tendência central e de dispersão.

Para proceder à análise dos dados, foi proposto um Modelo Conceitual Hierárquico (Figura 5) explicativo das relações entre as variáveis e o desfecho estudado. De acordo com Victora et al. (1997), métodos de análises multivariadas e hierárquicas são fundamentais para avaliar os determinantes das doenças (ou condições de saúde) e as complexas inter-relações entre as variáveis nos estudos epidemiológicos.

Ainda segundo os autores, para a construção do modelo conceitual hierárquico faz-se necessário o conhecimento prévio sobre os determinantes sociais e biológicos da doença ou condição de saúde. Tal modelo, deve definir em sua estrutura conceitual, as relações de hierarquia entre os fatores de risco, para então decidir quais variáveis serão incluídas e em qual bloco inclui-las (VICTORA et al., 1997).



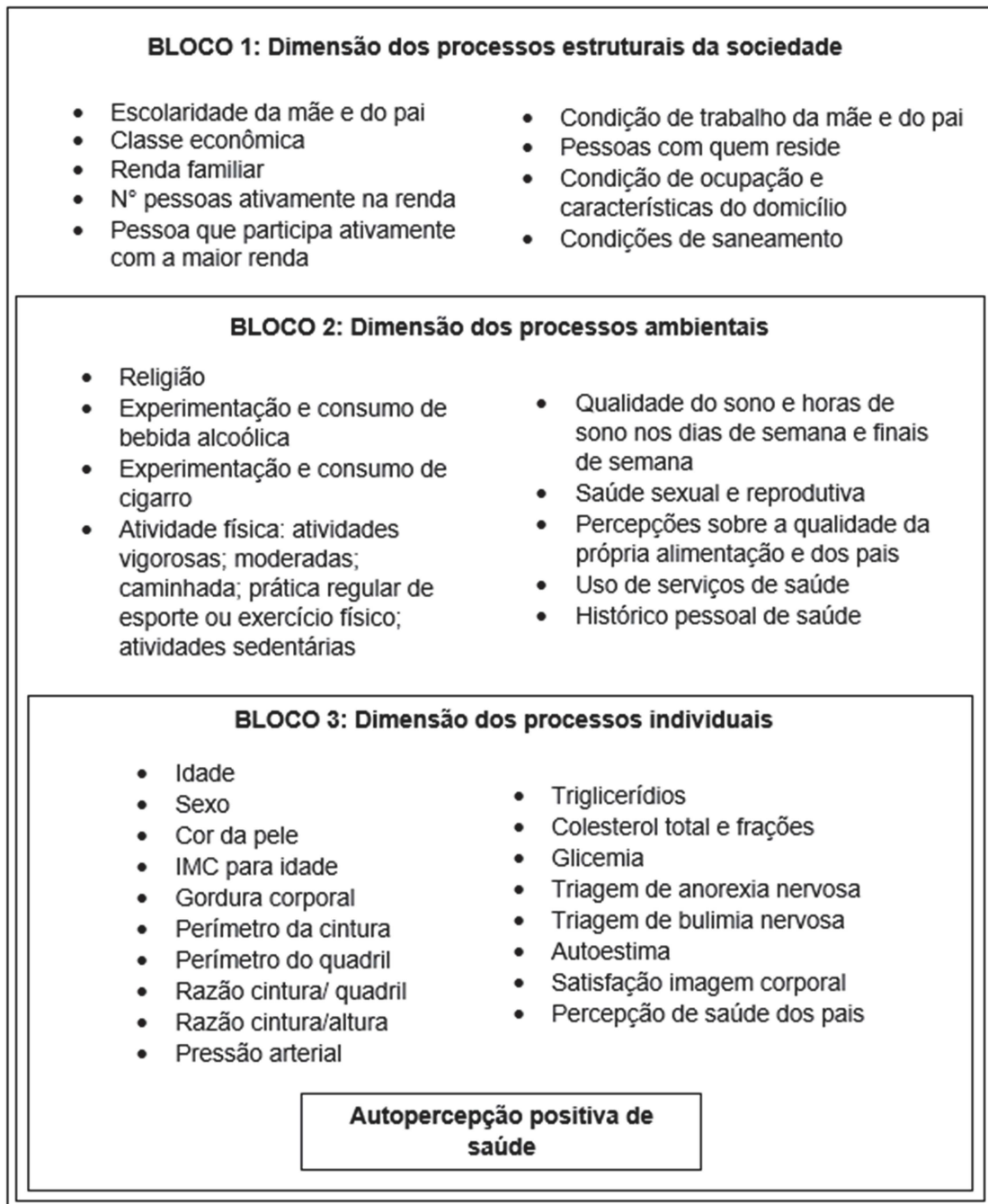
De maneira geral, dentro desse arcabouço conceitual, as variáveis próximas ao topo da figura influenciam aquelas logo abaixo delas. No nível mais distal, têm-se a dimensão dos processos estruturais da sociedade - que são os fatores socioeconômicos e culturais que podem afetar, direta ou indiretamente, todos os outros grupos de fatores de risco, com exceção do sexo e da idade.

No nível intermediário estão os relacionados à dimensão dos processos ambientais da sociedade, como por exemplo, o estilo de vida ou fatores comportamentais. Já no nível mais proximal, estão elencados os fatores relacionados à dimensão dos processos individuais da autopercepção de saúde – que nem sempre, sofrem influência de outros fatores, como por exemplo, o sexo de cada indivíduo (CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017; CNDSS, 2008; GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017; SILVA; GIUGLIANI; AERTS, 2001; VICTORA et al., 1997).

O Modelo Conceitual proposto (figura 5), forneceu a orientação necessária para a análise das variáveis estudadas e à interpretação dos resultados, considerando os aspectos do conhecimento social e biológico (VICTORA et al., 1997).

Para verificar os fatores associados à autopercepção positiva de saúde em adolescentes, realizou-se a análise de regressão logística bivariada e respectivos IC95%. Foram investigadas as seguintes variáveis independentes, descritas no modelo conceitual hierárquico (Figura 5): Escolaridade da mãe e do pai, classe econômica, renda familiar, número de pessoas ativamente na renda, pessoa que participa ativamente com a maior renda, condição de trabalho da mãe e do pai, pessoas com quem reside, condição de ocupação e características do domicílio, condições de saneamento, religião, experimentação e consumo de bebida alcoólica, experimentação e consumo de cigarro, atividade física: atividades vigorosas; moderadas; caminhada; prática regular de esporte ou exercício físico; atividades sedentárias, qualidade do sono e horas de sono nos dias de semana e finais de semana, saúde sexual e reprodutiva, percepções sobre a qualidade da própria alimentação e dos pais, uso de serviços de saúde, histórico pessoal de saúde, idade, sexo, cor da pele, IMC para idade, gordura corporal, perímetro da cintura, perímetro do quadril, razão cintura/ quadril, razão cintura/altura, pressão arterial, triglicerídios, colesterol total e frações, glicemia, triagem de anorexia nervosa, triagem de bulimia nervosa, autoestima, satisfação imagem corporal e percepção de saúde dos pais.

Figura 5 – Modelo conceitual hierárquico para a determinação da autopercepção positiva de saúde em adolescentes:



Fonte: elaborado pela autora (2021).

Em seguida foi empregada a regressão logística múltipla hierarquizada, sendo selecionadas as variáveis que apresentaram significância estatística na análise

bivariada inferior a 20% ( $p < 0,20$ ) para serem inseridas no modelo multivariado. Na análise multivariada, adotou-se a entrada hierárquica (VICTORIA *et al.*, 1997) das variáveis em blocos, na seguinte ordem: Bloco 1: dimensão dos processos estruturais da sociedade; Bloco 2: dimensão dos processos ambientais; Bloco 3: dimensão dos processos individuais, segundo o modelo conceitual hierárquico proposto para a determinação da autopercepção positiva de saúde em adolescentes (Figura 5).

A análise estatística de regressão logística múltipla hierarquizada foi empregada utilizando o método *backward LR* que incorpora inicialmente todas as variáveis de cada bloco separadamente e depois, por etapas, cada uma pode ser ou não eliminada. Na primeira etapa foram incorporadas todas as variáveis do Bloco 1, pertencentes ao mais alto nível hierárquico, e analisado o efeito sobre o desfecho, as variáveis que permaneceram por meio da metodologia *backward LR*, em que a decisão de inclusão ou retirada da variável é tomada baseando-se em testes F parciais, foram adicionadas na segunda etapa juntamente com as variáveis do bloco 2, na terceira etapa as que permaneceram, do bloco 1 e 2, foram adicionadas com as variáveis do bloco 3, as variáveis que permaneceram nas três etapas compuseram o modelo final.

A interpretação dos resultados através da identificação da associação estatisticamente significativa se deu por  $p < 0,05$ . Foi empregado o teste *Hosmer Lemeshow* para avaliar a consistência do ajuste do modelo final (considerando-se adequado o ajuste quando  $p > 0,05$ ) e a análise do poder explicativo foi analisado por *Nagelkerke R Square*.

## 5.8 ASPECTOS ÉTICOS:

Os aspectos éticos deste estudo seguem as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, definidas através da Resolução nº 510 de 2016, do Conselho Nacional de Saúde.

O consentimento livre e esclarecido (ANEXO B), foi solicitado por escrito aos diretores das instituições de ensino participantes da pesquisa, e posteriormente, aos responsáveis legais dos alunos selecionados.

Esclarecimentos relacionados ao estudo e à coleta de dados, assim como a garantia de anonimato dos adolescentes, a explanação dos riscos mínimos inerentes

ao estudo e possibilidade de desistência da participação no estudo em qualquer etapa de coleta de dados foram pontos amplamente abordados antes do início da coleta de dados.

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob registro CAAE 73112017.7.0000.5147 (Anexo A).

## 6 RESULTADOS

Os resultados do presente estudo serão apresentados a seguir no formato de um manuscrito original que será encaminhado para publicação em periódico selecionado, e para tanto, já se apresenta na formatação solicitada por tal revista.

### 6.1 MANUSCRITO ORIGINAL:

#### FATORES QUE AFETAM A AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE ENTRE ADOLESCENTES DE ESCOLAS PÚBLICAS

#### SELF-PERCEPTION OF HEALTH AMONG ADOLESCENTS ENROLLED IN PUBLIC SCHOOLS

**Resumo:** A autopercepção de saúde é utilizada como importante indicador de saúde pública e fornece informações significativas quando utilizada para mensurar a saúde dos adolescentes. Objetivando conhecer a autopercepção de saúde e os fatores relacionados dos adolescentes entre 14 e 19 anos de idade, estudantes de escolas públicas de Juiz de Fora, Minas Gerais, desenvolveu-se um estudo epidemiológico observacional, de corte transversal, de caráter descritivo e analítico. Para proceder à análise dos dados, foi proposto um Modelo Conceitual Hierárquico explicativo das relações entre as variáveis e o desfecho estudado. Após, foram realizadas análises estatísticas de regressão logística bivariada e múltipla hierarquizada. Dos 835 (n) adolescentes avaliados, 57,5% deles eram do sexo feminino, 62% se autodeclararam de pele preta ou parda, mais de 75% dos entrevistados foram classificados em classe econômica média e 70% relatam perceberem sua saúde de maneira positiva (boa ou muito

boa). Os fatores que se associaram significativamente à autopercepção de saúde dos adolescentes foram o consumo diário de tabaco, comportamentos sedentários, qualidade da alimentação, qualidade do sono, uso regular de medicação, satisfação corporal, autoestima e percepção da saúde dos pais.

**Palavras-chave:** Autoavaliação. Autoimagem. Determinantes Sociais da Saúde. Nível de Saúde. Saúde do Adolescente.

**Abstract:** Self-perception of health is used as an important public health indicator and provides significant information when used to measure the health of adolescents. Aiming to know the self-perception of health and related factors of adolescents between 14 and 19 years of age, students from public schools in Juiz de Fora, Minas Gerais, an observational, cross-sectional, descriptive and analytical epidemiological study was developed. To proceed with the data analysis, a Hierarchical Conceptual Model was proposed to explain the relationships between the variables and the outcome studied. Afterwards, statistical analyzes of bivariate and multiple hierarchical logistic regression were performed. Of the 835 adolescents evaluated, 57.5% of them were female, 62% declared themselves to have black or brown skin, more than 75% of the interviewees were classified in middle economic class and 70% reported perceiving their health in a positive way (good or very good). The factors that were significantly associated with adolescents' self-perception of health were daily tobacco consumption, sedentary behaviors, quality of diet, quality of sleep, regular use of medication, body satisfaction, self-esteem, and parents' perception of health.

**Keywords:** Self-Assessment. Self-Concept. Social Determinants of Health. Health Status. Adolescent Health.

## INTRODUÇÃO

A adolescência é um período do desenvolvimento humano caracterizado pela transição da infância para a vida adulta, compreendendo as idades entre os 10 e 19 anos<sup>1</sup>. Estima-se que existam 1,2 bilhões de adolescentes no mundo, representando um sexto da população mundial<sup>2</sup>. No Brasil, aproximadamente 17% da população está nesta faixa etária, representando mais de 30 milhões de pessoas no país<sup>3</sup>.

A autopercepção de saúde pode ser definida como a maneira na qual o próprio sujeito descreve seu estado geral de saúde<sup>4</sup>. Tal medida é conceituada como o reflexo da percepção integrada do indivíduo sobre sua saúde, envolve condições reais e subjetivas de saúde, considerando aspectos físicos e biológicos, cognitivos, emocionais e psicossociais, construídos ao longo da vida, de maneira individual e social<sup>4-9</sup>.

Utilizada na literatura científica desde meados do século XX, a autopercepção em saúde é uma maneira prática e simples de reunir informações das condições de saúde dos sujeitos, representando uma medida epidemiológica de fácil aplicação, alta validade e confiabilidade, demonstrando ser um método fidedigno para a mensuração do estado de saúde dos indivíduos ou populações<sup>5,7,10-18</sup>. A autoavaliação negativa de saúde nas populações está diretamente associada a um maior risco de mortalidade quando comparada com indivíduos ou grupos que avaliam sua saúde de maneira positiva<sup>4,11,18-20</sup>.

Diversos fatores podem influenciar a autoavaliação de saúde, como os fatores sociodemográficos, os fatores comportamentais e de estilo de vida, fatores psicossociais e a presença de morbidades. A autopercepção negativa de saúde é relatada com mais frequência entre mulheres do que em homens, sendo mais prevalente ao avançar da idade<sup>21</sup>. O nível de escolaridade interfere diretamente na autopercepção de saúde, na compreensão de informações sobre prevenção e promoção da saúde, estilos de vida saudáveis e adesão aos tratamentos indicados e uso de serviços de saúde. Diferenças econômicas, sociais e comportamentais também influenciam na autoavaliação da saúde dos indivíduos<sup>15, 21-23</sup>.

Estudos demonstram que quanto menor a escolaridade e quanto menor a renda familiar mensal a prevalência de autopercepção negativa em saúde é maior<sup>24-25</sup>. O arranjo familiar, a situação conjugal, relações sociais e a rede e o suporte social também são determinantes na autopercepção de saúde dos indivíduos<sup>4, 6, 11, 21</sup>. O suporte social promove comportamentos saudáveis, melhora o acesso aos serviços de saúde, aumenta o conhecimento de direitos e deveres dos cidadãos, promove autoestima e o respeito mútuo<sup>4</sup>.

Nos adolescentes, a autopercepção de saúde tem relação mais íntima com indicadores sociodemográficos e estilos de vida. Os comportamentos de saúde, como o consumo de bebidas alcoólicas, o tabagismo, a alimentação saudável e o sedentarismo, por exemplo, assim como as relações interpessoais e o apoio social que o adolescente recebe estão diretamente associados a percepção de saúde na adolescência<sup>26</sup>.

O uso da autopercepção da saúde como um indicador de saúde global pode fornecer informações sobre o efeito dos fatores de risco comportamentais na saúde geral de crianças e jovens, permitindo identificar problemas de saúde e orientar programas de intervenção de saúde populacional voltados para a melhoria da saúde desta parcela da população<sup>27</sup>.

Grande parte dos estudos que avaliam a autopercepção de saúde dos adolescentes apontam que a maioria avalia sua saúde como positiva. Aproximadamente 88,5% da população adolescente do Brasil considera sua saúde como boa ou muito boa – autopercepção de saúde positiva<sup>28,29</sup>. Outro estudo realizado com adolescentes entre 15 e 19 anos de idade em Belo Horizonte, Minas Gerais, mostrou que mais de 80% deles apresentaram autopercepção de saúde positiva, apesar de quase um terço dos adolescentes referirem algum problema de saúde. Segundo os autores, o adolescente pode considerar como boa saúde o fato de estar fisicamente bem, podendo negligenciar suas percepções de bem-estar geral ou o processo saúde-doença de maneira mais ampla<sup>30</sup>.



Tais dados apontam que além de questões intergeracionais, os determinantes sociais em saúde têm significativa importância na percepção de saúde dos adolescentes, principalmente no Brasil. Demonstrando a necessidade de conhecer a autopercepção de saúde dos adolescentes e os fatores associados, fornecendo subsídios para o delineamento das ações em saúde voltadas a este público, tanto a nível local quanto nacional. Para tanto, este estudo objetivou analisar a autopercepção de saúde dos adolescentes entre 14 e 19 anos de idade, estudantes de escolas públicas de Juiz de Fora/ MG, e associá-la com os determinantes sociais da saúde.

## MÉTODOS

Estudo epidemiológico observacional de corte transversal, de caráter descritivo e analítico, realizado com adolescentes entre 14 e 19 anos de idade, de ambos os sexos, matriculados em escolas públicas do município de Juiz de Fora/ Minas Gerais, entre os anos de 2018 e 2019.

O cálculo da amostra considerou o total de matrículas da educação básica no município em 2017. O processo de amostragem ocorreu em três etapas distintas – inicialmente, foram selecionadas as escolas elegíveis dentro de unidades administrativas do município. Após, o total de participantes foi estratificado proporcionalmente em relação às escolas, às séries/idades, e de acordo com o sexo. Num terceiro momento, os diários de classe foram reordenados com auxílio de uma tabela de números aleatórios do *software* Epi Info<sup>TM</sup> (versão 6.04; *Centers for Disease Control and Prevention*, EUA). Os participantes foram nomeados através de códigos (número da escola, da turma e do aluno) à medida em que foram sendo avaliados. Na presença de recusas ou transferências de matrículas, foram convidados os próximos alunos contidos nas listagens. Ao final deste processo, foram selecionados 835 adolescentes, compondo a amostra total do estudo (n=835).

Foram excluídos do estudo os adolescentes que declararam uso crônico ou prolongado de medicamentos que promovam alterações no metabolismo de carboidratos e lipídeos, tais como: corticoides, anticonvulsivantes e/ou anti-inflamatórios. Também foram excluídos da pesquisa, os adolescentes que declararam doenças crônicas não transmissíveis ou demais enfermidades que promovam alterações de ordem inflamatória; assim como os adolescentes que referiram o uso de marca-passos e/ou próteses ortopédicas que comprometam as avaliações antropométricas e/ou da composição corporal. Os adolescentes portadores de necessidades especiais, e as meninas que relataram gestação ou lactação também foram excluídas do estudo.

A coleta de dados foi realizada em ambiente reservado nas dependências de cada escola, no período matutino durante o horário das aulas dos alunos. Após o credenciamento, foram coletadas as amostras de sangue e das medidas antropométricas e composição corporal por pessoal capacitado, enquanto os alunos ainda se mantinham em jejum noturno de 08 a 12 horas.

Após esta etapa, foi oferecido aos participantes um desjejum e seguiu-se à aferição da pressão arterial e resposta ao questionário semiestruturado que aborda aspectos demográficos, socioeconômicos, condições sanitárias, comportamentais, estilo de vida e dados relacionados à saúde. Tal questionário foi aplicado face a face com entrevistador capacitado, através de preenchimento eletrônico no aplicativo Kobo Toolbox (versão 1.14.0a, *Harvard Humanitarian Initiative*, EUA).

A última etapa da coleta de dados corresponde ao preenchimento do questionário autoaplicável impresso em papel e entregue a cada aluno para avaliação individualmente. Neste questionário, foram abordados temas relacionados à maturação sexual, saúde sexual e reprodutiva, imagem corporal, autoestima, comportamentos alimentares, experimentação e uso de bebidas alcoólicas e cigarro.

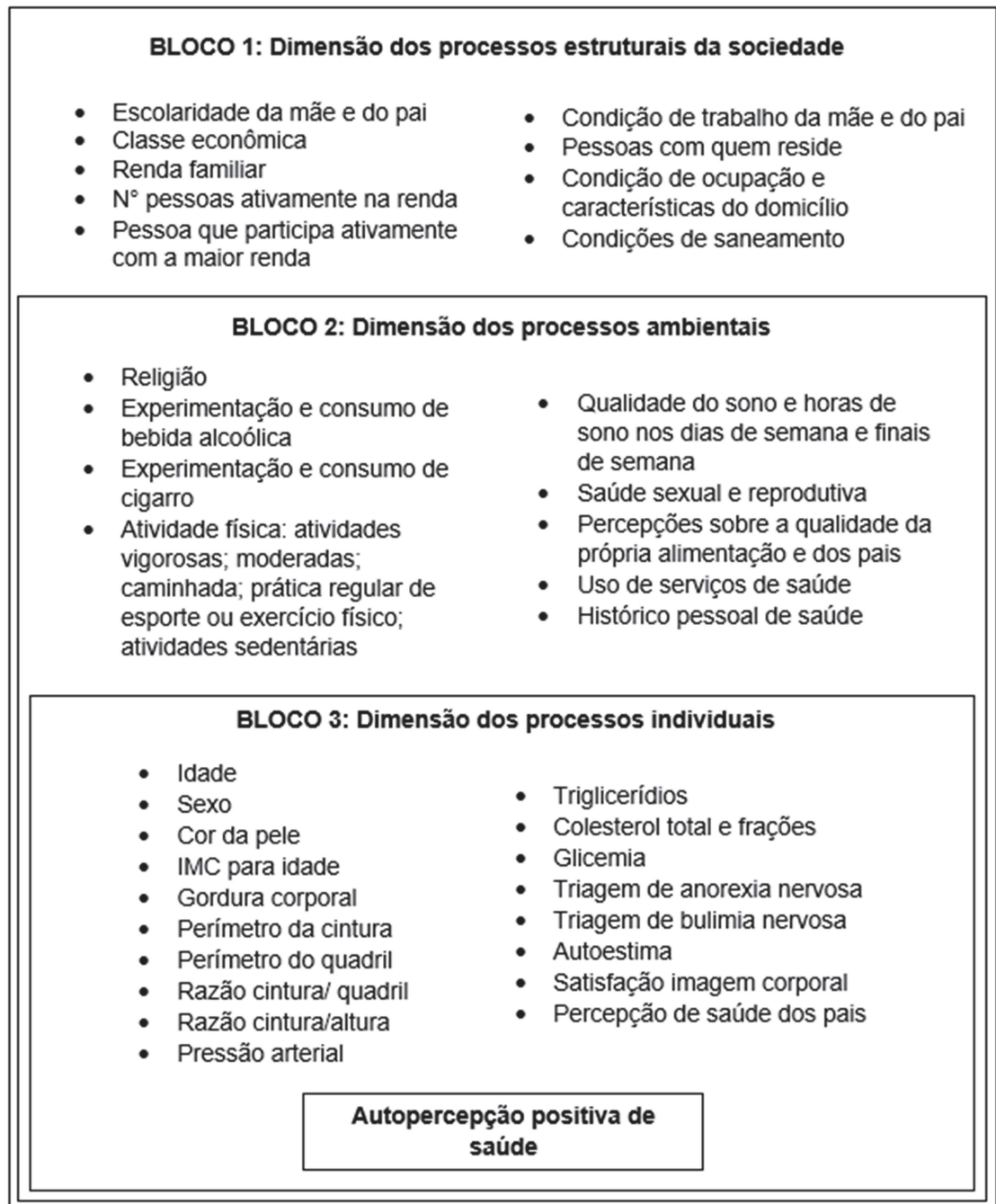
A análise estatística foi desenvolvida no programa *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*, versão 21.0. Para caracterizar a amostra do estudo, as variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas, e as quantitativas, por meio de medidas de tendência central e de dispersão.

Para proceder à análise dos dados, foi proposto um Modelo Conceitual Hierárquico (Figura 1) explicativo das relações entre as variáveis e o desfecho estudado. De acordo com Victora et al. (1997)<sup>31</sup>, métodos de análises multivariadas e hierárquicas são fundamentais para avaliar os determinantes das doenças (ou condições de saúde) e as complexas inter-relações entre as variáveis nos estudos epidemiológicos. Para a construção do modelo conceitual hierárquico faz-se necessário o conhecimento prévio sobre os determinantes sociais e biológicos da doença ou condição de saúde, no qual, deve-se definir em sua estrutura conceitual, as relações de hierarquia entre os fatores de risco, para então decidir quais variáveis serão incluídas e em qual bloco inclui-las<sup>31</sup>.

De maneira geral, dentro desse arcabouço conceitual, as variáveis próximas ao topo da figura influenciam aquelas logo abaixo delas. No nível mais distal, têm-se a dimensão dos processos estruturais da sociedade - que são os fatores socioeconômicos e culturais que podem afetar, direta ou indiretamente, todos os outros grupos de fatores de risco, com exceção do sexo e da idade. No nível intermediário estão os relacionados à dimensão dos processos ambientais da sociedade, como por exemplo, o estilo de vida ou fatores comportamentais. Já no nível mais proximal, estão elencados os fatores relacionados à dimensão dos processos individuais da autopercepção de saúde – que nem sempre, sofrem influência de outros fatores, como por exemplo, o sexo de cada indivíduo<sup>31-35</sup>.

O Modelo Conceitual proposto (figura 1) forneceu a orientação necessária para a análise das variáveis estudadas e à interpretação dos resultados, considerando os aspectos do conhecimento social e biológico<sup>31</sup>.

**Figura 1** – Modelo conceitual hierárquico para a determinação da auto percepção positiva de saúde em adolescentes:



**Fonte:** elaborado pela autora, 2021.

Para verificar os fatores associados à autopercepção positiva de saúde em adolescentes, realizou-se a análise de regressão logística bivariada e respectivos IC95%. Foram investigadas as seguintes variáveis independentes, descritas no modelo conceitual hierárquico (Figura 1): Escolaridade da mãe e do pai, classe econômica, renda familiar, número de pessoas ativamente na renda, pessoa que participa ativamente com a maior renda, condição de trabalho da mãe e do pai, pessoas com quem reside, condição de ocupação e características do domicílio, condições de saneamento, religião, experimentação e consumo de bebida alcoólica, experimentação e consumo de cigarro, atividade física: atividades vigorosas; moderadas; caminhada; prática regular de esporte ou exercício físico; atividades sedentárias, qualidade do sono e horas de sono nos dias de semana e finais de semana, saúde sexual e reprodutiva, percepções sobre a qualidade da própria alimentação e dos pais, uso de serviços de saúde, histórico pessoal de saúde, idade, sexo, cor da pele, IMC para idade, gordura corporal, perímetro da cintura, perímetro do quadril, razão cintura/ quadril, razão cintura/altura, pressão arterial, triglicerídios, colesterol total e frações, glicemia, triagem de anorexia nervosa, triagem de bulimia nervosa, autoestima, satisfação imagem corporal e percepção de saúde dos pais.

Em seguida foi empregada a regressão logística múltipla hierarquizada, sendo selecionadas as variáveis que apresentaram significância estatística na análise bivariada inferior a 20% ( $p < 0,20$ ) para serem inseridas no modelo multivariado. Na análise multivariada, adotou-se a entrada hierárquica<sup>31</sup> das variáveis em blocos, na seguinte ordem: Bloco 1: dimensão dos processos estruturais da sociedade; Bloco 2: dimensão dos processos ambientais; Bloco 3: dimensão dos processos individuais, segundo o modelo conceitual hierárquico proposto para a determinação da autopercepção positiva de saúde em adolescentes (Figura 1).

A análise estatística de regressão logística múltipla hierarquizada foi empregada utilizando o método *backward LR* que incorpora inicialmente todas as variáveis de cada bloco separadamente e depois, por etapas, cada uma pode ser ou não eliminada. Na primeira etapa foram incorporadas todas as variáveis do Bloco 1, pertencentes ao mais alto nível hierárquico, e analisado o efeito sobre o desfecho, as variáveis que permaneceram por meio da metodologia *backward LR*, em que a decisão de inclusão ou retirada da variável é tomada baseando-se em testes F parciais, foram adicionadas na segunda etapa juntamente com as variáveis do bloco 2, na terceira etapa as que permaneceram, do bloco 1 e 2, foram adicionadas com as variáveis do bloco 3, as variáveis que permaneceram nas três etapas compuseram o modelo final.

A interpretação dos resultados através da identificação da associação estatisticamente significativa se deu por  $p < 0,05$ . Foi empregado o teste *Hosmer Lemeshow* para avaliar a consistência do ajuste do modelo final (considerando-se adequado o ajuste quando  $p > 0,05$ ) e a análise do poder explicativo foi analisado por *Nagelkerke R Square*.

Os aspectos éticos deste estudo seguem as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, definidas através da Resolução nº 510 de 2016, do Conselho Nacional de Saúde. Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob registro CAAE 73112017.7.0000.5147.

## **RESULTADOS**

Dos 835 adolescentes avaliados, 480 (57,5%) deles eram do sexo feminino. A faixa etária predominante no estudo foi a de alunos entre 16-17 anos, representando 475 (56,9%) adolescentes. A cor da pele ou raça autodeclarada foi em sua maioria a preta/ parda com 513 (62,0%) autodeclarações. Ao mensurar o grau de escolaridade dos pais ou responsáveis,

72,6% das mães (ou responsáveis do sexo feminino) possuem ensino médio completo ou um maior nível de formação. Dentre os pais ou responsáveis do sexo masculino, 51,7% deles possuem ensino médio completo ou maior formação. Seguindo os critérios de classificação econômica<sup>36</sup>, 75,3% e 3,2% das famílias são classificadas como classe média e baixa, respectivamente.

Ao serem indagados sobre a experimentação e consumo de cigarro, 32,1% dos adolescentes referiram já ter experimentado cigarro pelo menos uma vez na vida, com idade de experimentação variando entre 6 e 11 anos de idade. Sobre a experimentação de bebida alcoólica, 79,3% dos adolescentes pesquisados referiram já terem consumido bebida alcoólica pelo menos uma vez durante a vida. A respeito da prática de atividade física, 64,3% dos adolescentes foram considerados ativos fisicamente, e aproximadamente 77% dos alunos refeririam participar das aulas de educação física na escola. A qualidade do sono foi descrita por 52,4% dos alunos entrevistados como ruim, enquanto 47,6% dos adolescentes referiram boa qualidade de sono. Para 57,7% dos adolescentes a qualidade de sua alimentação foi considerada muito ruim, ruim ou regular. Quando a mesma pergunta foi realizada para a avaliação da qualidade da alimentação dos seus pais (ou responsáveis) 62,4% dos alunos consideram que a alimentação dos pais é boa ou muito boa.

Quando questionados sobre a autopercepção de sua própria saúde, 70,1% dos adolescentes a consideraram muito boa, boa ou regular – autopercepção positiva. Enquanto 29,9% consideraram sua saúde ruim ou muito ruim – autopercepção negativa. Ao avaliarem a saúde de seus pais ou responsáveis, 69,1% a consideraram boa ou muito boa, enquanto 30,9% consideram a saúde dos pais muito ruim, ruim ou regular.

Para avaliar os fatores associados a autopercepção de saúde, procede-se a análise multivariada hierárquica, na qual foram inseridas todas as variáveis que permaneceram com  $p < 0,20$  da análise bivariada. Na primeira etapa, dentre as variáveis da dimensão dos processos

estruturais da sociedade do Bloco 1, todas as variáveis descritas na tabela 1 foram inseridas no modelo analítico, e através da metodologia *backward LR* nenhuma variável socioeconômica permaneceu no modelo.

**Tabela 1:** Modelo de regressão logística bivariada explicativo para os processos estruturais da sociedade e autopercepção positiva de saúde dos adolescentes de escolas públicas de Juiz de Fora/ MG.

| Variável                                       | $\beta$ | p     | OR    | IC95%       |
|--|---------|-------|-------|-------------|
| Nº de pessoas que participam da renda familiar | 0,090   | 0,199 | 1,094 | 0,952-1,258 |
| Renda per capita                               | 0,178   | 0,135 | 1,195 | 0,852-1,677 |
| Tipo de domicílio:                             |         |       |       |             |
| Alugado  | -0,230  | 0,199 | 0,795 | 0,560-1,129 |
| Cedido   | -0,749  | 0,087 | 0,473 | 0,201-1,115 |

\*Variáveis com  $p < 0,05$ .  $\beta$  = estimativa  $\beta$ / OR = OddsRatio/ IC95% = Intervalo de confiança

**Fonte:** Elaborado pela autora, 2021.

Na segunda etapa, foram inseridas apenas as variáveis da dimensão dos processos ambientais do bloco intermediário (tabela 2), e permaneceram o consumo de tabaco, tempo sentado no final de semana, participação na aula de educação física, qualidade do sono, autoavaliação da alimentação, uso de medicação, número de ausências na escola devido a problemas de saúde.

**Tabela 2:** Modelo de regressão logística bivariada explicativo para os processos ambientais e autopercepção positiva de saúde dos adolescentes de escolas públicas de Juiz de Fora/ MG.

| Variável  | $\beta$ | p      | OR    | IC95%       |
|---|---------|--------|-------|-------------|
| Consumo de tabaco nos últimos 30 dias (diariamente)                   | -0,797  | 0,046* | 0,450 | 0,206-0,987 |
| Consumo de tabaco nos últimos 12 meses (diariamente)                  | -0,086  | 0,141  | 0,918 | 0,818-1,029 |
| Quantos dias na semana faz atividades vigorosas                       | 0,144   | ,000*  | 1,155 | 1,074-1,243 |
| Quanto tempo em minutos fica sentado em um dia de semana              | 0,001   | 0,113  | 1,000 | 0,999-1,000 |
| Quanto tempo em minutos fica sentado no final de semana               | -0,001  | 0,009* | 0,999 | 0,998-0,999 |
| Como avalia a sua alimentação (boa e muito boa)                       | 1,018   | 0,000* | 2,767 | 2,262-3,385 |
| Como avalia a alimentação dos responsáveis (boa e muito boa)          | 0,415   | 0,000* | 1,515 | 1,253-1,832 |
| Já ficou internado (não)  | 0,439   | 0,004* | 1,551 | 1,150-2,091 |
| Diagnóstico de HAS (sim)  | -2,030  | 0,000* | 0,131 | 0,051-0,335 |
| Diagnóstico de colesterol e triglicérides elevados (sim)              | -0,507  | 0,040* | 0,603 | 0,372-0,976 |
| Toma alguma medicação (não)   | 0,720   | 0,000* | 2,054 | 1,447-2,915 |
| Quantas vezes no último ano ausentou na escola por problemas de saúde | -0,027  | 0,018* | 0,973 | 0,952-0,995 |
| No último ano procurou algum serviço de saúde devido a                | 0,385   | 0,022* | 1,470 | 1,058-2,042 |



|   |        |        |       |             |
|---|--------|--------|-------|-------------|
| problemas com a sua saúde (não)   |        |        |       |             |
| Quantas vezes no último ano precisou procurar algum serviço de saúde devido a problemas com a sua saúde | -0,065 | 0,003* | 0,937 | 0,897-0,979 |
| Quantas vezes no último ano procurou uma UBS  | -0,125 | 0,001* | 0,883 | 0,822-0,948 |
| Tempo em minutos que levou para dormir nos dias da semana   | -0,006 | 0,002* | 0,994 | 0,990-0,998 |
| Tempo total de sono em minutos nos dias da semana   | 0,002  | 0,028* | 1,002 | 1,001-1,002 |
| Tempo em minutos que levou para dormir nos finais de semana   | -0,006 | 0,000* | 0,994 | 0,990-0,997 |
| Qualidade do sono (escore)  | -0,193 | 0,000* | 0,825 | 0,781-0,871 |

\*Variáveis com  $p < 0,05$ .  $\beta$  = estimativa  $\beta$ / OR=OddsRatio/ IC95%= Intervalo de confiança

**Fonte:** elaborado pela autora, 2021.

Todas as variáveis que permaneceram no modelo na segunda etapa, foram inseridas na terceira etapa juntamente com as variáveis do bloco 3 (tabela 3).

**Tabela 3:** Modelo de regressão logística bivariada explicativo para os processos individuais e autopercepção positiva de saúde dos adolescentes de escolas públicas de Juiz de Fora/MG.

| Variável  | $\beta$ | p      | OR    | IC95%        |
|---|---------|--------|-------|--------------|
| Sexo (masculino)                                    | 0,884   | 0,000* | 2,421 | 1,758-3,335  |
| IMC para Idade (excesso de peso)                    | -0,463  | 0,005* | 0,630 | 0,456-0,869  |
| Perímetro da cintura (risco)                        | -0,910  | 0,000* | 0,402 | 0,255-0,635  |
| Perímetro do quadril (risco)                        | -0,723  | 0,002* | 0,485 | 0,307-0,766  |
| % Gordura Corporal                                  | -0,044  | 0,000* | 0,957 | 0,941-0,972  |
| Razão Cintura/Altura (risco)                        | -0,645  | 0,001* | 0,525 | 0,359-0,767  |
| Razão Cintura/Quadril (risco)                       | -0,278  | 0,187  | 0,757 | 0,501-1,144  |
| Pressão arterial (risco)                            | -0,364  | 0,071  | 0,695 | 0,468-1,031  |
| Colesterol total (risco)                            | -0,447  | 0,004* | 0,640 | 0,470-0,870  |
| Não HDL (risco)                                     | -0,598  | 0,007* | 0,550 | 0,355-0,851  |
| LDL (risco)   | -0,564  | 0,023* | 0,569 | 0,350-0,925  |
| VLDL (risco)  | -0,300  | 0,159  | 0,741 | 0,488-1,125  |
| Triglicérideo (risco)                               | -0,265  | 0,159  | 0,767 | 0,530-1,109  |
| Glicemia (risco)                                    | 1,350   | 0,199  | 3,857 | 0,486-30,609 |
| Como avalia a saúde dos seus pais (boa e muito boa) | 1,349   | 0,000* | 3,853 | 2,806-5,291  |
| Anorexia nervosa (triagem positiva)                 | -0,821  | 0,000* | 0,440 | 0,290-0,666  |
| Bulimia nervosa (triagem positiva)                  | -1,460  | 0,000* | 0,232 | 0,135-0,400  |
| Satisfação corporal (insatisfeito)                  | -0,992  | 0,000* | 0,371 | 0,260-0,528  |
| Autoestima (elevada)                                | 0,831   | 0,000* | 2,297 | 1,684-3,133  |

\*Variáveis com  $p < 0,05$ .  $\beta$  = estimativa  $\beta$ / OR=OddsRatio/ IC95%= Intervalo de confiança

**Fonte:** elaborado pela autora, 2021.

Após estas etapas, foi gerado o modelo final explicativo para autopercepção positiva de saúde em adolescentes (tabela 4). As variáveis que se associaram significativamente à autopercepção de saúde dos adolescentes são aquelas relacionados aos fatores

comportamentais e de estilo de vida (como consumo de tabaco e hábitos sedentários) presentes na dimensão dos processos ambientais, e aqueles relacionados à dimensão dos processos individuais dos adolescentes, como a satisfação corporal e a autoestima. Assim, pode-se concluir que participar das aulas de educação física, avaliar a alimentação como boa e muito boa, não tomar medicação e avaliar a saúde dos pais como boa e muito boa aumentam a chance de autopercepção positiva entre adolescentes; enquanto o consumo de tabaco diariamente, maior tempo sentado no fim de semana, pior qualidade de sono e insatisfação com a imagem corporal reduzem a chance de autopercepção positiva entre adolescentes.

**Tabela 4:** Modelo final de regressão logística múltipla hierarquizada explicativa para autopercepção positiva de saúde dos adolescentes de escolas públicas de Juiz de Fora/ MG.

| Variável   | $\beta$ | p      | OR    | IC95%       |
|--|---------|--------|-------|-------------|
| <b>BLOCO 2</b>   |         |        |       |             |
| Consumo de tabaco nos últimos 30 dias (diariamente)    | -0,489  | 0,004* | 0,614 | 0,440-0,856 |
| Tempo sentado no FDS                                   | -0,002  | 0,004* | 0,998 | 0,997-0,999 |
| Participa das aulas de educação física na escola (Sim) | 1,056   | 0,025* | 2,876 | 1,145-7,226 |
| Como avalia a sua alimentação (boa e muito boa)        | 0,646   | 0,002* | 1,908 | 1,258-2,893 |
| Toma alguma medicação (não)                            | 0,968   | 0,020* | 2,633 | 1,168-5,936 |
| Qualidade do sono (score)                              | -0,158  | 0,010* | 0,854 | 0,757-0,963 |
| <b>BLOCO 3</b>   |         |        |       |             |
| IMC para Idade (excesso de peso)                       | 1,042   | 0,067  | 2,835 | 0,930-8,641 |
| % Gordura Corporal                                     | -0,031  | 0,239  | 0,970 | 0,922-1,021 |
| Razão Cintura/Altura (Risco)                           | -0,949  | 0,134  | 0,387 | 0,112-1,341 |
| Razão Cintura/Quadril (Risco)                          | 0,556   | 0,273  | 1,774 | 0,645-4,718 |
| LDL (Risco)  | -1,052  | 0,158  | 0,349 | 0,081-1,507 |
| Satisfação corporal (insatisfeito)                     | -1,640  | 0,001* | 0,194 | 0,077-0,490 |
| Autoestima (elevada)                                   | 0,176   | 0,652  | 1,192 | 0,555-2,563 |
| Como avalia a saúde dos seus pais (boa e muito boa)    | 0,589   | 0,019* | 1,802 | 1,103-2,944 |

*Hosmer and Lemeshow Test 0,935/ Nagelkerke R Square 0,363/\*Variáveis com p<0,05.  $\beta$ = estimativa  $\beta$ / OR=OddsRatio/ IC95%= Intervalo de confiança*

**Fonte:** elaborado pela autora, 2021.

## DISCUSSÃO

A prevalência de autopercepção de saúde positiva foi de 70,1% entre os adolescentes investigados. Tal dado está consoante com outros estudos realizados com adolescentes que avaliaram a autopercepção de saúde dos mesmos. A prevalência de autopercepção de saúde positiva encontrada em outros estudos variou entre 60% e 92,9%<sup>6, 14, 16-17, 20, 37-39</sup>.

O presente estudo demonstrou que as variáveis socioeconômicas, contidas no Bloco 1 do Modelo Conceitual Hierárquico para a Determinação da Autopercepção Positiva de Saúde em Adolescentes não foram associadas com a autopercepção positiva de saúde dos adolescentes investigados.

Estudos anteriores demonstram que adolescentes que relatam pior percepção de saúde possuem comportamentos de risco ou hábitos não saudáveis<sup>37, 40-41</sup>. Silva et al. (2016) apontam que alguns fatores socioeconômicos estiveram associados à autopercepção negativa de saúde em adolescentes, como por exemplo, a renda familiar<sup>42</sup>. Publicação<sup>6</sup> que analisou os dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE, 2015), aponta que a escolaridade da mãe e a raça (ou cor da pele) não branca estiveram associadas à autopercepção negativa de saúde<sup>6</sup>. Estudo realizado com adolescentes de Pernambuco<sup>43</sup> demonstrou associação entre autopercepção negativa e renda familiar inferior a 1 salário-mínimo. Outro estudo, que avalia a autopercepção de saúde e sua associação com atividade física e estado nutricional de adolescentes<sup>44</sup>, aponta que o nível de escolaridade dos pais e o maior poder aquisitivo familiar interfere na autopercepção de saúde dos adolescentes. Assim como em adolescentes, estudos realizados com a população adulta e idosa<sup>5, 7, 22, 24-25, 45-50</sup>, demonstraram que a baixa renda familiar e um menor nível de escolaridade são bastante significativos para a determinação de uma autopercepção negativa de saúde. Porém, para os adolescentes juiz-foranos pesquisados, não foram encontradas associações significativas com a renda familiar, escolaridade dos pais e cor da pele ou raça. Tal fato pode ser explicado devido à homogeneidade da amostra estudada –62% dos entrevistados se declararam negros ou pardos, mais de 72% das mães dos adolescentes possuem ensino médio ou maior nível de instrução, e mais de 75% das famílias possuem renda per capita maior ou igual a meio salário-mínimo.

Algumas variáveis elencadas no Bloco 2 do Modelo Conceitual proposto no presente estudo, relacionadas à dimensão dos processos ambientais, estiveram associadas a

autopercepção positiva de saúde do grupo investigado. Os adolescentes que referiram terem consumido tabaco diariamente nos 30 dias anteriores à pesquisa, tiveram menor chance (OR= 0,614; IC95% 0,440-0,856) de autopercepção positiva de saúde. Estudo realizado com adolescentes no sul do Brasil demonstra que aqueles que fumavam relataram sua saúde de maneira mais negativa em relação aos adolescentes que se declararam não-fumantes<sup>40</sup>. O mesmo resultado foi obtido em um estudo de base populacional realizado no sul do país, com adolescentes, adultos e idosos de um mesmo município – aqueles que se declararam fumantes, apresentaram pior autopercepção de saúde em relação àqueles não-fumantes<sup>51</sup>. Revisão sistemática que avalia prevalência e fatores associados à autopercepção negativa em saúde dos adolescentes<sup>42</sup> conclui que o hábito de fumar está relacionado à autopercepção negativa de saúde entre os adolescentes, assim como outros estudos realizados nesta faixa etária<sup>52-54</sup>. Já outro estudo<sup>6</sup> aponta que o consumo de tabaco nos últimos 30 dias não permaneceu associado ao desfecho na análise múltipla – os próprios autores enfatizam que tal informação diverge de outros estudos analisados<sup>6</sup>.

O comportamento sedentário é caracterizado por um conjunto de atividades realizadas na posição sentada, deitada ou inclinada que requerem um baixo gasto energético<sup>55</sup>. As inovações tecnológicas, principalmente para os adolescentes, contribuem para perpetuar o comportamento sedentário, que por sua vez, se associa a fatores de risco para doenças cardiometabólicas em adolescentes<sup>55</sup>.

Ao serem questionados sobre a prática de atividades físicas e comportamentos sedentários, as variáveis que se associaram à autopercepção positiva de saúde dos adolescentes foram o “tempo sentado durante o final de semana” e a “participação nas aulas de educação física na escola”. Os adolescentes que relataram permanecer mais tempo sentado durante o final de semana apresentam menor chance (OR= 0,998; IC95% 0,997-0,999) de autopercepção positiva de saúde em relação aos demais. Já os adolescentes que relataram

participar das aulas de educação física na escola apresentam maior chance (OR=2,876; IC95% 1,145-7,226) de autopercepção positiva de saúde em relação àqueles que relataram não participar de tais atividades.

Estudos que avaliaram o comportamento sedentário de adolescentes e sua associação com a autopercepção de saúde demonstram que a maioria dos adolescentes considerados sedentários percebem sua saúde de maneira negativa em relação aos demais adolescentes<sup>20, 27,39, 54-59</sup>. Estudo realizado na Colômbia aponta que os comportamentos sedentários, como o “tempo de tela” estão diretamente associados a uma maior presença de dor musculoesquelética e menor autopercepção de saúde<sup>56</sup>. Tais dados se assemelham aos obtidos no presente estudo.

Dentre as variáveis que avaliaram a associação da prática de atividade física e autopercepção de saúde, somente a “participação nas aulas de educação física na escola” foi significativa. Estudos sobre a autopercepção de saúde dos adolescentes demonstram que àqueles que possuem um menor nível de prática de atividade física relatam autopercepção negativa de saúde<sup>6, 8, 13, 17, 20-21, 27, 40, 42, 44, 53-54, 56, 60-61</sup>.

O presente estudo também considerou os hábitos alimentares dos adolescentes pesquisados. Dentre as variáveis estudadas, a única que se associou positivamente a autopercepção de saúde dos adolescentes foi a “percepção da qualidade de sua própria alimentação”. Os adolescentes que relataram autopercepção boa ou muito boa da qualidade de sua dieta apresentam maior chance (OR=1,908; IC95% 1,258-2,893) de autopercepção positiva de saúde em relação aos demais. Estudos anteriores relacionam a autopercepção de saúde com a dieta dos adolescentes. Estudo realizado com adolescentes com excesso ponderal aponta que àqueles que não realizam dieta balanceada relataram a percepção de sua saúde como ruim ou muito ruim em relação aos demais<sup>37</sup>. Outro estudo, também realizado no Brasil, demonstra que os adolescentes que relatam baixo consumo de frutas e não tomar o café da

manhã apresentam autopercepção de saúde negativa em relação àqueles que apresentam hábitos alimentares mais saudáveis<sup>59</sup>. A dieta pouco saudável também se mostrou como um fator associado à autopercepção negativa de saúde em outros estudos realizados com adolescentes no Brasil e no mundo<sup>6, 13, 17, 27, 30, 40, 42, 44, 53-54, 58, 60, 62</sup>.

A variável “uso regular de algum medicamento” apresentou associação com a autopercepção de saúde dos adolescentes. Os adolescentes que negaram utilizar algum medicamento regularmente apresentam maior chance (OR= 2,633; IC95% 1,168-5,936) de relatar sua saúde de maneira positiva.

Estudos anteriores que buscam conhecer os fatores associados à autopercepção de saúde em adolescentes não consideraram a relação com o uso regular de medicação<sup>6, 8, 26-28, 30, 41-42, 44, 54, 57-60, 62</sup>. De acordo com alguns autores, o uso de medicação pode estar relacionado a presença de doenças ou dores crônicas, o que pode indicar uma relação negativa com a percepção de saúde<sup>56</sup>. Estudo realizado com idosos, demonstra que aqueles que relatam menor prevalência de morbidades e menor uso de medicamentos consideram sua saúde de maneira positiva<sup>25, 47</sup>.

A variável “qualidade do sono dos adolescentes” foi expressa através de uma escala, na qual, quanto maior o escore, pior é a qualidade de sono dos entrevistados. Os adolescentes que apresentaram maior pontuação da Escala de Qualidade do Sono, apresentaram menor chance (OR= 0,854; IC95% 0,757-0963) de autopercepção positiva de saúde, ou seja, quanto maior foi a pontuação no questionário de qualidade do sono, menor foi a chance de autopercepção de saúde positiva. Estudo publicado sobre a autopercepção de saúde dos adolescentes<sup>6</sup> correlaciona a qualidade do sono dos entrevistados com a autopercepção de saúde, associando relatos de insônia a uma maior chance de percepção negativa de saúde<sup>6</sup>. Estudo realizado com adolescentes universitários demonstra que aqueles que relataram mais horas de sono durante a noite apresentaram percepção positiva de saúde em relação aos

demais<sup>61</sup>. Outro estudo realizado com universitários adolescentes e adultos jovens demonstra que mais de um terço dos entrevistados relata dificuldades para dormir a noite, pelo menos uma vez durante a semana, mas este fato não influenciou a autopercepção de saúde dos mesmos<sup>14</sup>.

Ao avaliar as variáveis do Bloco 3 do Modelo Conceitual, relacionada à dimensão dos processos individuais, somente duas variáveis foram significativas. Os adolescentes que relataram insatisfação com a imagem corporal apresentam menor chance (OR= 0,194; IC95% 0,077-0,490) de ter autopercepção de saúde positiva. Estudos anteriores que associaram a autopercepção de saúde à imagem corporal dos adolescentes evidenciam relação semelhante à encontrada neste estudo – os adolescentes que relatam insatisfação com a imagem corporal estão mais propensos a relatarem sua saúde como negativa, em relação àqueles que se consideram satisfeitos com sua imagem corporal<sup>6, 13-14, 26, 37-38, 53, 63-64</sup>.

Outra variável que apresentou associação significativa com a autopercepção de saúde dos adolescentes, foi a “percepção de saúde dos seus pais”. Os adolescentes que avaliaram a saúde de seus pais como boa e muito boa tiveram maior chance (OR= 1,802; IC95% 1,103-2,944) de perceber sua saúde como positiva. Estudos anteriores realizados com adolescentes para avaliar a autopercepção de saúde dos mesmos não consideraram a percepção que os entrevistados têm da saúde dos próprios pais, portanto, tal associação não é relatada na literatura<sup>6, 8, 26-28, 30, 41, 44, 54, 57-60, 62</sup>.

Estudo realizado com adultos brasileiros, associa a percepção de saúde que os pais têm dos seus filhos e a própria percepção de sua saúde<sup>28</sup>. Tal estudo evidencia que os pais que relatam a própria saúde de maneira negativa tendem a perceber a saúde dos seus filhos adolescentes também de maneira negativa e vice-versa<sup>28</sup>. É importante enfatizar que para este estudo, foram considerados relatos dos pais dos adolescentes, e não a autopercepção de saúde do adolescente.

## CONCLUSÃO

A autopercepção de saúde dos adolescentes é um importante indicador de saúde coletiva, podendo contribuir para novas pesquisas com este público e fomentar novos programas e estratégias de saúde eficazes para esta faixa etária da população.

O presente estudo evidenciou que processos ambientais e individuais influenciam na percepção que os adolescentes têm de sua própria saúde, e corrobora dados obtidos em estudos anteriores que demonstram que comportamentos saudáveis estão associados a uma chance maior de avaliar a saúde de maneira positiva entre os adolescentes. Conclui-se que conhecer a autopercepção de saúde dos adolescentes permite também inferir sobre seus hábitos e comportamentos, fornecendo dados confiáveis para estudos epidemiológicos aplicáveis a esta faixa etária.

Por tratar-se de um estudo transversal é inviável indicar uma relação temporal entre as variáveis, ou seja, as relações de causa e efeito são inviabilizadas neste tipo de delineamento de estudo. A utilização de novas abordagens metodológicas é necessária para a ampliação do conhecimento sobre a autopercepção de saúde dos adolescentes e os fatores associados, o que permitirá detalhar aspectos fundamentais da vida e saúde deste público.

## REFERENCIAS

1. World Health Organization. *Young people's health a challenge for society*. Report of a WHO Study Group on young people and "Health for All by the Year 2000". World Health Organ Tech Rep Ser. 1986; 731:1-117.



2. World Health Organization. *Salud del adolescente y el joven adulto*. [Internet] 2018. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *População Residente por situação, sexo e grupos de idade*. [Internet] 2015. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/261#resultado>.
4. Flores ERM. *Autopercepção de saúde e suporte social em pacientes sob tratamento dialítico em Belo Horizonte, Minas Gerais* [Dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2015.
5. Bombak AE. Self-rated health and public health: a critical perspective. *Front Public Health* 2013; 1(15).
6. Malta DC, Oliveira MM, Machado IE, Prado RR, Stopa SR, Crespo CD, Assunção AA. Características associadas à autoavaliação ruim do estado de saúde em adolescentes brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2015. *Rev Bras Epidemiol* 2018; 21 (1): E180018.
7. Pavão ALB, Werneck GL, Campos MR. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. *Cad Saude Publica* 2013; 29 (4): 723-734.

8. Pinto AA, Barbosa RMSP, Nahas MV, Pelegrini A. Prevalência e fatores associados à autopercepção negativa de saúde em adolescentes da região Norte do Brasil. *Revista Brasileira de Pesquisa e Saúde* 2017; 19(4): 65-73.
9. Rezende BA, Lemos SMA, Medeiros AM. Qualidade de vida e autopercepção de saúde de crianças com mau desempenho escolar. *Rev Paul Pediatr* 2017; 35 (4): 415-421.
10. Andrade GF, Loch MR, Silva AMR. Mudanças de comportamentos relacionados à saúde como preditores de mudanças na autopercepção de saúde: estudo longitudinal (2011-2015). *Cad Saude Publica* 2019; 35(4): e00151418.
11. Andrade GF. *Incidência de autopercepção negativa e positiva de saúde e relação com mudanças nos comportamentos de saúde: Estudo VIGICARDIO (2011-2015)* [Dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2018.
12. Cruz SA. *Capital social e autopercepção da saúde: revendo conceitos, combinando abordagens e técnicas em três estudos articulados* [Tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2015.
13. Franco DC, Dias MS, Sousa TF. Percepção negativa de saúde e fatores associados em acadêmicos de Educação Física. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde* 2018; 43(3): 163-168.

14. Gomes CLR. *Relação entre estado nutricional, saúde bucal, condições socioeconômicas e auto percepção de saúde em adolescentes e adultos jovens: estudo transversal* [Dissertação]. Piracicaba: Universidade Estadual de Campinas; 2016.
15. Peres MA, Masiero AV, Longo GZ, Rocha GC, Matos IB, Najnie K, Oliveira MC, Arruda MP, Peres KG. Auto-avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. *Rev Saude Publica* 2010; 44(5): 301-311.
16. Santos CA. *Qualidade de vida, auto percepção de saúde e de comunicação de adolescentes de 15 a 18 anos, estudantes de escolas pública e privada de Belo Horizonte/MG*. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2012.
17. Sousa LGS. *As relações entre a qualidade de vida, a auto percepção de saúde e atividade física de adolescentes do município de Manhuaçu – MG* [Dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2013.
18. Vasconcellos LJ. *Auto percepção de saúde e qualidade de vida em adultos e idosos: associação com os determinantes sociais* [Dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2017.
19. Loch MR, Possamai CL. Associação entre percepção de saúde e comportamentos relacionados à saúde em adolescentes escolares de Florianópolis, SC. *Ciência, Cuidado e Saúde* 2007; 6(2): 377-383.

20. Martins AS. *Atividade física, autoavaliação negativa de saúde e condutas de risco em adolescentes* [Dissertação]. São Cristóvão: Universidade Federal de Sergipe; 2017.
21. Figueiredo ACMG, Macedo MLC, Cunha DF, Santos DS, Cabral NES, Gomes-Filho IS, Batista JET, Orrico GS, Porto ECL, Coelho JFM, Silva RB, Cruz SS. Autoavaliação da condição de saúde da população baiana. *Rev. Saúde Col. UEFS* 2017; 7(3): 40-44.
22. Porto DB, Arruda GA, Altimari LR, Cardoso Júnior CG. Autopercepção de saúde em trabalhadores de um Hospital Universitário e sua associação com indicadores de adiposidade, pressão arterial e prática de atividade física. *Cien Saude Colet* 2016; 21(4): 1113-1122.
23. Rocha PC, Rocha DC, Lemos SMA. Letramento funcional em saúde na adolescência: associação com determinantes sociais e percepção de contextos de violência. *CoDAS* 2017; 29(4): e20160208.
24. Busato MA, Gallina LS, Teo CRPA, Ferretti F, Pozzagnol M. Autopercepção de saúde e vulnerabilidade em idosos. *Revista Baiana de Saúde Pública* 2014; 38(3): 625-635.
25. Vaz CT, Almeida NAV, Kelmann RG, Queiroz ACC, Barbosa MCA, Silva CLA. Fatores associados à autopercepção de saúde entre idosos de grupos comunitários. *Rev Bras Promoc Saúde* 2020; 33: 10328.
26. Strelhow MRW, Bueno CO, Câmara SG. Preditores de percepção de saúde em adolescentes escolares. *Revista de Iniciação Científica da ULBRA* 2011; 1(9): 177-186.

27. Zhang T, Lu G, Wu XY. Associations between physical activity, sedentary behaviour and self-rated health among the general population of children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2020; 20: 1343.
28. Cruz RCS, Paixão LAR, Gomes MMF, Moura LBA. Percepção de saúde do adolescente brasileiro: uma abordagem intergeracional baseada na Pesquisa Nacional de Saúde. *Adolesc Saude* 2017; 14(4): 133-142.
29. Souza RCB, Paixão LAR, Gomes MMF, Moura LBA. A transmissão intergeracional da percepção do potencial estado de saúde no Brasil. In: *Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población*; 2016; Foz do Iguaçu/ Paraná – Brasil.
30. Lemos SMA, Rocha PC, Martínez-Hernaéz, A. Autopercepção de saúde e determinantes sociais em adolescentes matriculados no ensino médio. *Revista CEFAC* 2018; 20(5): 604-612.
31. Victora CG, Huttly RS, Fuchs SC, Olinto MTA. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol* 1997;26(1): 224-227.
32. Carrapato P, Correia P, Garcia B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. *Saude soc* 2017; 26(3): 676-689.
33. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

34. Garbois JA, Sodré F, Dalbello-Araújo M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde Debate* 2017; 41(112): 63-76.
35. Silva LSM, Giugliani ERJ, Aerts DRGC. Prevalência e determinantes de anemia em crianças de Porto Alegre, RS, Brasil. *Rev. Saúde Pública* 2001; 35 (1): 66-73.
36. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). *Critério de Classificação Econômica Brasil*. São Paulo; 2015.
37. Andrade LV, Moreira TMM, Florêncio RS, Ferraz MA, Silva JR. Autopercepção de saúde e a vulnerabilidade em jovens escolares com excesso ponderal. *Braz. J. of Develop* 2020; 6 (5): 25005-25016.
38. Reis DC, Melo CPS, Soares TBC, Flisch TMP, Rezende TMRL. Vulnerabilidades e necessidades de acesso à Atenção Primária à Saúde na adolescência. *Cienc Cuid Saude* 2013; 12(1): 63-71.
39. Afridi AKA, Motwani K, Khawaja S, Khoja AA, Fatmi Z, Azam I, Kadir MM. Self-Perceived Health among School Going Adolescents in Pakistan: Influence of Individual, Parental and Life Style Factors? *Glob J Health Sci* 2013; 5(4): 71-78.
40. Sousa TF, Silva KS, Garcia LMT, DelDurca GF, Oliveira ESA, Nahas MV. Autoavaliação de saúde e fatores associados em adolescentes do Estado de Santa Catarina, Brasil. *Rev Paul Pediatr* 2010; 28(4): 333-339.

41. Silva BRVS, Santos DCG, Valença PAM, Moraes LX, Silva AO, Menezes VA, Colares VA, Santos CFB. Prevalência e fatores associados à autopercepção negativa em saúde de adolescentes: um estudo piloto. *Arq. Cienc. Saúde UNIPAR* 2018; 22(3): 193-197.
42. Silva BVS, Andrade PMC, Baad VMA, Valença PAM, Menezes VA, Amorim VC, Franca CBFS. Prevalência e fatores associados à autopercepção negativa em saúde dos adolescentes: uma revisão sistemática. *Rev Bras Promoc Saúde* 2016; 29(4): 595-601.
43. Silva BRVS, Silva AO, Passos MHP, Soares FC, Valença PAM, Menezes VA, Colares V, Santos CFBF. Autopercepção negativa de saúde associada à violência escolar em adolescentes. *Ciênc. saúde colet* 2018; 23(9): 2909-2916.
44. Silva AOD, Diniz PRB, Santos MEP, Ritti-Dias RM, Farah BQ, Tassitano RM, Oliveira LMFT. Health self-perception and its association with physical activity and nutritional status in adolescents. *J Pediatr (Rio J)* 2019; 95(4): 458-465.
45. Cruz MS, Irffi G. Qual o efeito da violência contra a mulher brasileira na autopercepção da saúde? *Cien Saude Colet* 2019; 24(7): 2531-2542.
46. Sousa JL. Marcadores da desigualdade na autoavaliação da saúde geral e da saúde bucal de adultos no Brasil em 2013 [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2019.
47. Brasil CHG. Autopercepção positiva de saúde entre idosos jovens e longevos e fatores associados [Dissertação]. Montes Claros: Universidade Estadual de Montes Claros; 2019.

48. Teo CRPA, Taglietti RL, Busato MA, Signor B. Autopercepção e necessidades de saúde: recurso para enfrentar vulnerabilidades e reorganizar a atenção. *R. Saúde Públ. Paraná* 2016; 17(2): 178-188.
49. Szwarcwald CI, Damacena GN, Souza Júnior PRB, Almeida WS, Lima LTM, Malta DC, Stopa SR, Vieira MLFP, Pereira CA. Determinantes da autoavaliação de saúde no Brasil e a influência dos comportamentos saudáveis: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol* 2015; 18(2): 33-44.
50. Traebert J, Bortoluzzi MC, Kehrig RT. Auto-percepção das condições de saúde da população adulta, sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2011; 45(4): 789-793.
51. Reichert FF, Loch MR, Capilheira MF. Autopercepção de saúde em adolescentes adultos e idosos. *Cien Saude Colet* 2012; 17(12): 3353-3362.
52. Hansen K, Lindström M, Rosvall M. Age at smoking initiation and self-rated health among second grade high school boys and girls in Scania, Sweden, a crosssectional study. *BMC Public Health* 2015; 15:1143.
53. Cureau FV, Duarte PM, Santos DL, Reichert FF. Autopercepção de saúde em adolescentes: prevalência e associação com fatores de risco cardiovascular. *Rev. Bras. Ativ. Fis. Saúde* 2013; 18(6): 750-760.



54. Mendonça G, Farias Júnior JC. Percepção de saúde e fatores associados em adolescentes. *Rev Bras Ativ Fis e Saúde* 2012; 17(3): 174-180.
55. Joffer J, Flacking R, Bergström E, Randell E, Jerdén L. Self-rated health, subjective social status in school and socioeconomic status in adolescents: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2019; 19:785.
56. Ramírez-Vélez R, Silva-Moreno C, Correa-Bautista JE, González-Ruíz K, Prieto-Benavides DH, Villa-González E, García-Hermoso A. Self-Rated Health Status and Cardiorespiratory Fitness in a Sample of Schoolchildren from Bogotá, Colombia. The FUPRECOL Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2017; 14: 952.
57. Sharma B, Nam EW, Kim D, Yoon YM, Kim Y, Kim HY. Role of gender, family, lifestyle and psychological factors in self-rated health among urban adolescents in Peru: a school based crosssectional survey. *BMJ Open* 2016; 6: e010149.
58. Gall K, Zutven K, Lindstrom J, Bentley C, Gratwick-Sarll K, Harrison C, Lewis V, Mond J. Obesity and Emotional Well-Being in Adolescents: Roles of Body Dissatisfaction, Loss of Control Eating, and Self-Rated Health. *Obesity* 2016; 24: 837-842.
59. Meireles AL, Xavier CC, Proietti FA, Caiaffa WT. Influence of individual and socio-environmental factors on self-rated health in adolescents. *Rev Bras Epidemiol* 2015; 18(3): 538-551.

60. Almeida CB, Rios MA, Gomes MA, Nahas MV. Aspectos sociodemográficos e comportamentais associados à autopercepção de saúde positiva entre adolescentes do ensino médio. *Mundo da Saúde* 2020; 44: 23-34, e0852019.
61. Andrade RD, Felden EPG, Teixeira CF, Pelegrini A. Sono, percepção de saúde e atividade física em adolescentes universitários. *Adolesc. Saude* 2017; 14(4): 150-156.
62. Meireles AL, Xavier CC, Andrade ACS, Proietti FA, Caiaffa WT. Self-Rated Health among Urban Adolescents: The Roles of Age, Gender, and Their Associated Factors. *PLoS ONE* 10(7): e0132254.
63. Falconi CA, Santos TA, Figueira júnior AJ, Neves AN, Andrade EL, Brandão MRF, Zanetti MC. Relação entre antropometria, gordura corporal, e autoconceito de adolescentes do sexo feminino. *Cuad Psicol Deporte* 2019; 19(2): 256-264.
64. Garbin CAS, Garbin AJI, Moimaz SAS, Gonçalves PE. A saúde na percepção do adolescente. *Physis* 2009; 19(1): 227-238.

## 7 CONCLUSÃO

A autopercepção de saúde vem se concretizando como uma medida epidemiológica amplamente utilizada no Brasil e no mundo, fornecendo dados confiáveis para o delineamento de novos estudos e políticas de saúde.

A população adolescente tem merecido maior atenção de pesquisadores e gestores de saúde, com o objetivo de fornecer ações em saúde adequadas a esta faixa etária da população. A mensuração da autopercepção de saúde dos adolescentes se mostrou bastante eficaz nos estudos epidemiológicos, fornecendo dados fidedignos do universo adolescente, traduzindo suas reais demandas em saúde.

O presente estudo demonstrou que a percepção que os adolescentes têm de sua própria saúde estão intimamente relacionados aos contextos em que vive, principalmente aos fatores comportamentais.

Questões individuais, relacionados à autoestima e satisfação com a imagem corporal por exemplo, também se associam diretamente na percepção que os adolescentes têm sobre sua própria saúde, o que pode influenciar na tomada de decisões futuras em saúde.

É imprescindível lembrar que este estudo foi realizado no contexto escolar, abordando a parcela da população que está frequentando regularmente a escola,

deixando de avaliar o público que não frequenta a escola regular, o que pode influenciar no conhecimento que se tem sobre a autopercepção da saúde dos adolescentes em geral.

Faz-se necessário fomentar a pesquisa com a população adolescente, ampliando o conhecimento acerca do universo dessa população, abordando suas reais expectativas e demandas em saúde. Questões relacionadas aos contextos de violência, segurança, estresse, capital social, trabalho e emprego, sentimentos de tristeza, insatisfação com a vida e demais emoções negativas devem ser consideradas em estudos futuros.

Por se tratar de um estudo de delineamento transversal, a presente pesquisa não pode indicar uma relação de causa e efeito entre as variáveis estudadas. Tal fato evidencia que novas abordagens metodológicas devem ser empregadas para ampliar o conhecimento científico da autopercepção de saúde dos adolescentes e fatores associados.

## REFERENCIAS

AFRIDI, A. K. A.; MOTWANI, K.; KHAWAJA, S.; KHOJA, A. A.; FATMI, Z.; AZAM, I.; KADIR, M. M. Self-Perceived Health among School Going Adolescents in Pakistan: Influence of Individual, Parental and Life Style Factors? **Global Journal of Health Science**; Ontário, v. 5, n. 4, p. 71-78, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23777723/>. Acesso em: 07/04/2021.

AGATHÃO, B. T.; REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes escolares. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p. 659-668, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n2/1413-8123-csc-23-02-0659.pdf>. Acesso em: 30/03/2019.

ANDRADE, G. F. **Incidência de autopercepção negativa e positiva de saúde e relação com mudanças nos comportamentos de saúde**: Estudo VIGICARDIO (2011-2015). Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.uel.br/document/?code=vtls000217645>. Acesso em: 30/03/2019.

ANDRADE, G. F.; LOCH, M. R.; SILVA, A. M. R. Mudanças de comportamentos relacionados à saúde como preditores de mudanças na autopercepção de saúde: estudo longitudinal (2011-2015). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n.4, e00151418, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v35n4/1678-4464-csp-35-04-e00151418.pdf>. Acesso em: 30/03/2019.

ANDRADE, L. V.; MOREIRA, T. M. M.; FLORÊNCIO, R. S.; FERRAZ, M. A. L.; SILVA, J. R. Autopercepção de saúde e a vulnerabilidade em jovens escolares com excesso ponderal. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n.5, p.25005-25016, 2020. Disponível em:

<https://brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/9625>. Acesso em: 20/09/2021.

ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q.; SERPELONI, F. O tema da adolescência na saúde coletiva – revisitando 25 anos de publicações. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 4831-4842, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n12/1413-8123-csc-25-12-4831.pdf>. Acesso em: 20/12/2020.

AZAMBUJA, C. R.; PANDOLFO, K. C. M.; BRUM, L. M.; SANTOS, D. L.; SCHETINGER, M. R. C. Educação em Ciências: relação entre o estilo de vida e as ações preventivas de saúde de adolescentes de escolas públicas federais. **Revista Ciências & Ideias**, Nilópolis, v. 5, n. 2, p. 81-99, 2014. Disponível em:

<https://revistascientificas.ifrj.edu.br/revista/index.php/reci/article/view/281/283>. Acesso em: 30/03/2019.

ADA. American Diabetes Association. Classification and diagnosis of diabetes. **Diabetes Care**, v. 38, Suppl. 1, p. S8-S16, 2015. Disponível em:

[https://care.diabetesjournals.org/content/38/Supplement\\_1/S8](https://care.diabetesjournals.org/content/38/Supplement_1/S8). Acesso em: 20/12/2020.

AAP. Academy of Pediatrics. Children, Adolescents, and Television. **Pediatrics**, v. 107, n. 2, p. 423-426, 2001. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11158483/>. Acesso em: 20/12/2020.

ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. ABEP, São Paulo, 2015. Disponível em:

<http://www.abep.org/criterio-brasil>. Acesso em: 20/12/2020.

BARBOSA, K. B. F.; FRANCESCHINI, S. C. C.; PRIORE, S. E. Influência dos estágios de maturação sexual no estado nutricional, antropometria e composição corporal de adolescentes. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 6, n. 4, p. 375-382, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n4/03.pdf>. Acesso em: 20/12/2020.

BIGHETTI, F.; SANTOS, C. B.; SANTOS, J. E.; RIBEIRO, R. P. P. Tradução e validação do Eating Attitudes Test em adolescentes do sexo feminino de Ribeirão Preto, São Paulo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 6, p. 339-46, 2004. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-403090>. Acesso em: 20/12/2020.

BOMBAK, A. E. Self-rated health and public health: a critical perspective. **Frontiers in Public Health**, publicado online, v.1, n. 15, 2013. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3855002/>. Acesso em: 30/03/2019.

BRASIL. Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm)>. Acesso em: 20/04/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2017**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 130 p. il. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2017\\_vigilancia\\_fatores\\_risco\\_1ed\\_rev.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_risco_1ed_rev.pdf). Acesso em: 20/12/2020.

BUSATO, M. A.; GALLINA, L. S.; TEO, C. R. P. A.; FERRETTI, F.; POZZAGNOL, M. Autopercepção de saúde e vulnerabilidade em idosos. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 38, n. 3, p. 625-635, 2014. Disponível em: [https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/726/pdf\\_580](https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/726/pdf_580). Acesso em: 30/03/2019.

BUSS, P. M.; PELEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>. Acesso em: 20/12/2020.

BUYSSE, D. J.; REYNOLDS, C. F.; MONK, T. H.; BERMAN, S. R.; KUPFER, D. J. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. **Psychiatry Res.**, v.28, p. 193-213, 1989. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2748771/>. Acesso em: 20/12/2020.

CÂMARA, S. G.; AERTS, D. R. G. C.; ALVES, G. G. Estilos de vida de adolescentes escolares no sul do Brasil. **Aletheia**, Canoas, n. 37, p. 133-148, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n37/n37a10.pdf>. Acesso em: 20/12/2020.

CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 676-89, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170304>. Acesso em: 20/12/2020.

CARVALHO, A. I.; BUSS, P. M. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª Ed., Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p. 121-142.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, 215 p. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas\\_sociais\\_iniquidades.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf). Acesso em: 12/10/2019.

COELHO, M. T. A. D.; SANTOS, V. P.; CARMO, M. B. B.; SOUZA, A. C.; FRANÇA, C. P. X. Relação entre a autopercepção do estado de saúde e a automedicação entre estudantes universitários. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador, v. 6, n. 1, p. 5-13, 2017. Disponível em:

<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/1141>. Acesso em: 30/03/2019.

COSTA, L. D.; CAMERA, D. T.; ZEFERINO, A. M.; KALINOSKI, A.; TREVISAN, M. G.; ZONTA, F. N. S. Análise da vulnerabilidade entre estudantes da rede pública e privada. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 108-119, 2020. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/322/120>. Acesso em: 20/12/2020.

COUTINHO, M. P. L.; PINTO, A. V. L.; CAVALCANTI, J. G.; ARAÚJO, L. S.; COUTINHO, M. L. Relação entre depressão e qualidade de vida de adolescentes no contexto escolar. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 17, n. 3, p. 338-351, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v17n3/v17n3a03.pdf>. Acesso em: 20/12/2020.

CRUZ, R. C. S.; PAIXÃO, L.; A. R.; GOMES, M. M. F.; MOURA, L. B. A. Percepção de saúde do adolescente brasileiro: uma abordagem intergeracional baseada na Pesquisa Nacional de Saúde. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n.4, p. 133-142, 2017. Disponível em: <https://s3-sa-east-1.amazonaws.com/publisher.gn1.com.br/adolescenciaesaude.com/pdf/v14n4a16.pdf>. Acesso em: 20/04/2019.

CRUZ, S. A. **Capital social e autopercepção da saúde**: revendo conceitos, combinando abordagens e técnicas em três estudos articulados. 2015. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/17927>. Acesso em: 20/04/2019.

CUREAU, F. V.; DUARTE, P. M.; SANTOS, D. L.; REICHERT, F. F. Autopercepção de saúde em adolescentes: prevalência e associação com fatores de risco cardiovascular. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Pelotas, v. 18, n. 6, p. 750-760, 2013. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/3089>. Acesso em: 20/04/2019.

DEL CIAMPO, L. A.; LOURO, A. L.; DEL CIAMPO, I. R. L.; FERRAZ, I. S. Characteristics of sleep habits among adolescents living in the city of Ribeirão Preto (SP). **Journal of Human Growth and Development**, v. 27, n. 3, p. 307-314, 2017. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/107097/136692>. Acesso em: 20/12/2020.

EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 06-07, 2005. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/adolescenciaesaude.com/pdf/v2n2a02.pdf>. Acesso em: 20/04/2019.

FALCONI, C. A.; SANTOS, T. A.; FIGUEIRA JÚNIOR, A. J.; NEVES, A. N.; ANDRADE, E. L. BRANDÃO, M. R. F.; ZANETTI, M. C. Relação entre antropometria, gordura corporal, e autoconceito de adolescentes do sexo feminino. **Cuadernos de Psicología del Deporte**, Murcia, v. 19, n. 2, p. 256-264, 2019.

Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/cpd/v19n2/1578-8423-cpd-19-2-256.pdf>. Acesso em: 15/05/2020.

FALUDI, A. A.; IZAR, M. C.; SARAIVA, J. F. et al. **Atualização da diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose** – 2017. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 109, Suppl. 1, p. 1-76, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/abc/v109n2s1/0066-782X-abc-109-02-s1-0001.pdf>. Acesso em: 20/12/2020.

FELDEN, E. P. G.; FILIPIN, D.; BARBOSA, D. G.; ANDRADE, R. D.; MEYER, C.; BELTRAME, T. S.; PELEGRINI, A. Adolescentes com sonolência diurna excessiva passam mais tempo em comportamento sedentário. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 22, n. 3, p. 186-90, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbme/a/p4sr7S3L5KKf5mVm6Jp6mpr/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 20/08/2021.

FLORES, E. R. M. **Autopercepção de saúde e suporte social em pacientes sob tratamento dialítico em Belo Horizonte, Minas Gerais**. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUBD-A8QLKS>. Acesso em: 18/04/2019.

FRANCO, D. C.; DIAS, M. S.; SOUSA, T. F. Percepção negativa de saúde e fatores associados em acadêmicos de Educação Física. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, Santo André, v. 43, n. 3, p. 163-168, 2018. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/12/967915/43abcs163.pdf>. Acesso em: 20/04/2019.

FIGUEIREDO, A. C. M. G.; MACEDO, M. L. C.; CUNHA, D. F. et al. Autoavaliação da condição de saúde da população baiana. **Revista de saúde coletiva da UEFS**, Feira de Santana, v. 7, n. 3, p. 40-44, 2017. Disponível em: <http://periodicos.uefs.br/index.php/saudecoletiva/article/view/2114>. Acesso em: 18/04/2019.

GARBIN, C. A. S.; GARBIN, A. J. I.; MOIMAZ, S. A. S.; GONÇALVES, P. E. A saúde na percepção do adolescente. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 227-238, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v19n1/v19n1a12.pdf>. Acesso em: 18/04/2019.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 63-76, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711206>. Acesso em: 04/03/2021.

GOMES, C. L. R. **Relação entre estado nutricional, saúde bucal, condições socioeconômicas e autopercepção de saúde em adolescentes e adultos jovens: estudo transversal**. 2016. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Piracicaba, 2016. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/287938>. Acesso em: 20/04/2019.



GUEDES, D. P.; LOPES, C. C.; GUEDES, J. E. Reproducibility and validity of the International Physical Activity Questionnaire in adolescents. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 11, p. 151-158, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbme/v11n2/a11v11n2.pdf>. Acesso em: 20/12/2020.

HUTZ, C. S.; ZANON, C. Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de Autoestima de Rosenberg. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v. 10, n. 1, p. 41-49, 2011. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712011000100005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712011000100005). Acesso em: 03/2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **População Residente por situação, sexo e grupos de idade**. 2015. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/261#resultado>. Acesso em: 20/01/2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados**. 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/juiz-de-fora.html?>. Acesso em: 20/01/2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: PeNSE**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2016. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>. Acesso em: 30/03/2019.

INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Educação Básica, **Censo Escolar – 2017**. Brasília, 2018. Disponível em: [www.portal.inep.gov.br](http://www.portal.inep.gov.br). Acesso em: 20/12/2020.

JUIZ DE FORA. Prefeitura Municipal de Juiz de Fora. Secretaria de Planejamento e Gestão. **Plano Diretor Participativo**. 2018. Disponível em: <https://jfl legis.pjf.mg.gov.br/norma.php?chave=0000042423>. Acesso em 20/01/2020.

LEMOS, S. M. A.; ROCHA, P. C.; MARTÍNEZ-HERNAÉZ, A. Autopercepção de saúde e determinantes sociais em adolescentes matriculados no ensino médio. **Revista CEFAC**, Campinas, v. 20, n. 5, p. 604-612, 2018. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rcefac/v20n5/pt\\_1982-0216-rcefac-20-05-604.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rcefac/v20n5/pt_1982-0216-rcefac-20-05-604.pdf). Acesso em: 20/04/2019.

LOCH, M. Indicadores de saúde e do estilo de vida de adolescentes escolares residentes em municípios grandes, médios e pequenos de Santa Catarina, Brasil. **Revista Brasileira de Ciência & Movimento**, v. 15, n. 3, p. 07-15, 2007. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/viewFile/754/757>. Acesso em: 20/04/2019.

LOCH, M. R.; POSSAMAI, C. L. Associação entre percepção de saúde e comportamentos relacionados à saúde em adolescentes escolares de Florianópolis, SC. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 6, supl. 2, p. 377-383, 2007. Disponível

em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5333>.  
Acesso em: 18/04/2019.

LOHMAN, T. G.; ROCHE, A. F.; MARTORELL, R. **Anthropometric standardization reference manual**. Champaign (IL): Human Kinetics Books; 1988

MALACHIAS, M. V.; SOUZA, W.K.; PLAVNIK, F.L. et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. 103p. 2016. Disponível em: [http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05\\_HIPERTENSAO\\_ARTERIAL.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf). Acesso em: 20/12/2020.

MALTA, D. C.; OLIVEIRA, M. M.; MACHADO, I. E.; PRADO, R. R.; STOPA, S. R.; CRESPO, C. D.; ASSUNÇÃO, A. A. Características associadas à autoavaliação ruim do estado de saúde em adolescentes brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolas, 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 21, supl. 1, E180018, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v21s1/1980-5497-rbepid-21-s1-e180018.pdf>. Acesso em: 20/04/2019.

MARTINS, A. S. **Atividade física, autoavaliação negativa de saúde e condutas de risco em adolescentes**. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2017. Disponível em: <https://ri.ufs.br/handle/riufs/4978>. Acesso em: 18/04/2019.

MARTINS, M. M. F.; AQUINO, R.; PAMPONET, M. L.; PINTO JÚNIOR, E. P.; AMORIM, L. D. A. F. Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens em um município do Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 35, v. 1, e00044718, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v35n1/1678-4464-csp-35-01-e00044718.pdf>. Acesso em: 20/12/2020.

MASSON, L. N.; SILVA, M. A. I.; ANDRADE, L. S.; GONÇALVES, M. F. C.; SANTOS, B. D. A educação em saúde crítica como ferramenta para o empoderamento de adolescentes escolares frente às suas vulnerabilidades em saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 24, e-1294, 2020. Disponível em: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1440>. Acesso em: 09/01/2021.

MELO, A. S. T. **Consumo alimentar segundo grau de processamento e sua associação com fatores de risco em adolescentes no município de Juiz de Fora, MG**. 2020. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina, universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2020.

NEVES, F. S.; FONTES, V. S.; PEREIRA, P. M. L.; CAMPOS, A. A. L.; BATISTA, A. P.; COELHO, G. L. L. M.; FARIA, E. R.; NETTO, M. P.; OLIVEIRA, R. M. S.; CÂNDIDO, A. P. C. Estudo EVA-JF: aspectos metodológicos, características gerais da amostra, e potencialidades de uma pesquisa sobre o estilo de vida de adolescentes brasileiros. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 113-129, 2019. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/adolescenciaesaude.com/pdf/v16n4a12.pdf>. Acesso em: 09/01/2021.

NOGUEIRA, J. M. **Indicadores e comportamentos de saúde em adolescentes de 13 anos de Ribeirão Preto**. 2017. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59141/tde-07032018-145609/pt-br.php>. Acesso em: 20/12/2020.

NUNES, B. P.; FLORES, T. R.; DURO, S. M. S.; SAES, M. O.; TOMASI, E.; SANTIAGO, A. D.; THUMÉ, E.; FACCHINI, L. A. Utilização dos serviços de saúde por adolescentes: estudo transversal de base populacional, Pelotas – RS, 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 411-420, 2015. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v24n3/v24n3a07.pdf>. Acesso em: 20/12/2020.

OMS. Diminuindo as diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde. **Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde**, Rio de Janeiro, 2011, 56 p. Disponível em: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/10/Documento-Tecnico-da-Conferencia-vers%C3%A3o-final.pdf>. Acesso em: 20/12/2020.

PACHECO, M. E. M. S. Caracterização do Adolescente. *In*: VITALLE, M. S. S.; MEDEIROS, E. H. G. R. **Guia de Adolescência**: Uma abordagem ambulatorial. Barueri, SP: Manole, 2008 (Série Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP). p. 09-16.

PAVÃO, A. L. B.; WERNECK, G. L.; CAMPOS, M. R. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 723-734, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v29n4/10.pdf>. Acesso em: 30/03/2019.

PENA, G. G.; MENDES, J. C. L.; SILVEIRA, A. P.; MARTINS, T. C. R.; VIEIRA, R. G.; SILVA, N. S. S.; SILVA, R. R. V. Comportamentos de risco para a saúde de adolescentes da rede pública de ensino. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 36-50, 2016. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/adolescenciaesaude.com/pdf/v13n1a05.pdf>. Acesso em: 20/12/2020.

PERES, M. A.; MASIERO, A. V.; LONGO, G. Z.; ROCHA, G. C.; MATOS, I. B.; NAJNIE, K.; OLIVEIRA, M. C.; ARRUDA, M. P.; PERES, K. G. Auto-avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 5, p. 301-911, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n5/1283.pdf>. Acesso em: 30/03/2019.

PETROSKI, E. L.; PELEGRINI, A.; GLANER, M. F. Motivos e prevalência de insatisfação com a imagem corporal em adolescentes. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 1071-7, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/LzpQDW37kVvRhSwpFF6GYzc/>. Acesso em: 19/02/2021.

PINTO, A. A.; BARBOSA, R. M. S. P.; NAHAS, M. V.; PELEGRINI, A. Prevalência e fatores associados à autopercepção negativa de saúde em adolescentes da região Norte do Brasil. **Revista Brasileira de Pesquisa e Saúde**, Vitória, v. 19, n. 4, p. 65-73, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/19805>. Acesso em: 20/04/2020.

PORTO, D. B.; ARRUDA, G. A.; ALTIMARI, L. R.; CARDOSO JÚNIOR, C. G. Autopercepção de saúde em trabalhadores de um Hospital Universitário e sua associação com indicadores de adiposidade, pressão arterial e prática de atividade física. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1113-1122, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n4/1413-8123-csc-21-04-1113.pdf>. Acesso em: 20/04/2020.

REICHERT, F. F.; LOCH, M. R.; CAPILHEIRA, M. F. Autopercepção de saúde em adolescentes adultos e idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3353-3362, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n12/20.pdf>. Acesso em: 30/03/2019.

REIS, D. C.; MELO, C. P. S.; SOARES, T. B. C.; FLISCH, T. M. P.; REZENDE, T. M. R. L. Vulnerabilidades e necessidades de acesso à Atenção Primária à Saúde na adolescência. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 12, n. 1, p. 63-71, 2013. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18141/pdf>. Acesso em: 20/12/2020.

REZENDE, B. A.; LEMOS, S. M. A.; MEDEIROS, A. M. Qualidade de vida e autopercepção de saúde de crianças com mau desempenho escolar. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 415-421, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rpp/v35n4/0103-0582-rpp-35-04-415.pdf>. Acesso em: 20/04/2020.

ROCHA, P. C.; ROCHA, D. C.; LEMOS, S. M. A. Letramento funcional em saúde na adolescência: associação com determinantes sociais e percepção de contextos de violência. **CoDAS**, São Paulo, v. 29, n. 4, e20160208, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/codas/v29n4/2317-1782-codas-29-4-e20160208.pdf>. Acesso em: 20/12/2020.

ROSENBERG, M. **Society and the adolescent self-image**. Princeton, NJ: Princeton University Press. 326 p, 1989.

SANTOS, C. A. **Qualidade de vida, autopercepção de saúde e de comunicação de adolescentes de 15 a 18 anos, estudantes de escolas pública e privada de Belo Horizonte/MG**. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fonoaudiologia) – Faculdade de Fonoaudiologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012. Disponível em: [http://ftp.medicina.ufmg.br/fono/monografias/2012/cristianeaparecida\\_qualidadedevida\\_2012\\_1.pdf](http://ftp.medicina.ufmg.br/fono/monografias/2012/cristianeaparecida_qualidadedevida_2012_1.pdf). Acesso em: 30/03/2019.

SENNÁ, S. R. C. M.; DRESSEN, M. A. Reflexões sobre a saúde do adolescente brasileiro. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 16, n. 2, p. 217-229, 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36242128008>. Acesso em: 30/03/2019.

SILVA, L. S. M.; GIUGLIANI, E. R. J.; AERTS, D. R. G. C. Prevalência e determinantes de anemia em crianças de Porto Alegre, RS, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 66-73. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/tBZL4DNSnHNwbqvjhSdYTcg/>. Acesso em: 16/07/2021.

SILVA, B. V. S.; ANDRADE, P. M. C.; BAAD, V. M. A.; VALENÇA, P. A. M.; MENEZES, V. A.; AMORIM, V. C.; FRANCA, C. B. F. S. Prevalência e fatores associados à autopercepção negativa em saúde dos adolescentes: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 29, n. 4, p. 595-601, 2016. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5400>. Acesso em: 30/03/2019.

SIMÃO, A. F.; PRECOMA, D. B.; ANDRADE, J. P. et al. **I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular**. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 101, Suppl. 2, p. 1-63, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/abc/v101n6s2/0066-782X-abc-101-06-s2-0001.pdf>. Acesso em: 20/12/2020.

SOUSA, L. G. S. **As relações entre a qualidade de vida, a autopercepção de saúde e atividade física de adolescentes do município de Manhuaçu - MG**. 2013. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUBD-9C3HWN>. Acesso em: 20/04/2020.

SOUZA, R. C. B.; PAIXÃO, L. A. R.; GOMES, M. M. F.; MOURA, L. B. A. A transmissão intergeracional da percepção do potencial estado de saúde no Brasil. *In*: CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE POBLACIÓN, 7.; ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 20. **Anais [...]** Foz do Iguaçu, 2016. Disponível em: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/download/2783/2673>. Acesso em: 30/03/2019.

STRELHOW, M. R. W.; BUENO, C. O.; CÂMARA, S. G. Preditores de percepção de saúde em adolescentes escolares. **Revista de Iniciação Científica da ULBRA**, Canoas, v. 1, n. 9, p. 177-186, 2011. Disponível em: <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/ic/article/view/304>. Acesso em: 30/03/2019.

STUNKARD, A. J. et al. Use of the danish adoption register for the study of obesity and thinness. *In*: KETY, S. et al. (Ed.). **The genetics of neurological and psychiatric disorders**. New York: Raven Press, 1983. p. 115.

SUZUKI, C. S.; MORAES, S. A.; FREITAS, I. C. M. Média diária de tempo sentado e fatores associados em adultos residentes no município de Ribeirão Preto -SP, 2006: Projeto OBEDIARP. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 4, p.

699-712, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rbepid/2010.v13n4/699-712/pt>. Acesso em: 13/07/2021.

SZWARCWALD, C. L.; DAMACENA, G. N.; SOUZA JÚNIOR, P. R. B.; ALMEIDA, W. S.; LIMA, L. T. M.; MALTA, D. C.; STOPA, S. R.; VIEIRA, M. L. F. P.; PEREIRA, C. A. Determinantes da autoavaliação de saúde no Brasil e a influência dos comportamentos saudáveis: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, suppl. 2, p. 33-44, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s2/1980-5497-rbepid-18-s2-00033.pdf>. Acesso em: 30/03/2019.

VASCONCELLOS, L. J. **Autopercepção de saúde e qualidade de vida em adultos e idosos: associação com os determinantes sociais**. 2017. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUBD-AXGGUB>. Acesso em: 20/04/2020.

VAZ, C. T.; ALMEIDA, N. A. V.; KELMANN, R. G.; QUEIROZ, A. C. .C; BARBOSA, M. C. A.; SILVA, C. L. A. Fatores associados à autopercepção de saúde entre idosos de grupos comunitários. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 33, 10328, 2020. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/10328>. Acesso em: 20/12/2020.

VICTORA CG, HUTTLY RS, FUCHS SC, OLINTO MTA. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. **International Journal of Epidemiology**, v. 26, n. 1, p. 224-7, 1997. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9126524/>. Acesso em: 13/06/2021.

VIEIRA-da-SILVA, L. M.; PAIM, J. S.; SCHRAIBER, L. B. O que é Saúde Coletiva. In: PAIM, J. S. e ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva: Teoria e prática**. 1. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. (p. 3-11).

XIMENES, R. C. C., et al. Versão brasileira do “BITE” para uso em adolescentes. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 1, p. 52-63, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v63n1/v63n1a07.pdf>. Acesso em: 30/03/2021.

WHO. World Health Organization. **Salud del adolescente y el joven adulto**. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>. Acesso em: 20/04/2019.

WHO. World Health Organization. **WHO child growth standards: growth velocity based on weight, length and head circumference: methods and development**. 2007. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/924154693X>. Acesso em: 20/12/2020.

WHO. World Health Organization. **Young people's health a challenge for society**. Geneva: World Health Organization; 1986. (WHO Technical Report Series, 731). Disponível em:

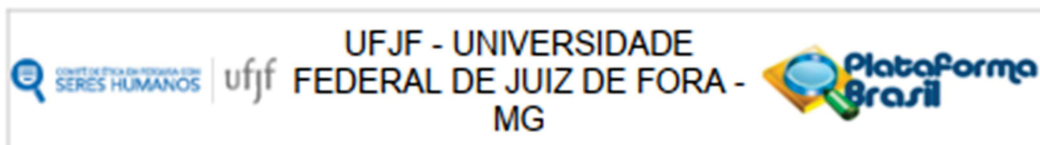
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41720/WHO\\_TRS\\_731.pdf?sequence=1&isAllowEd=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41720/WHO_TRS_731.pdf?sequence=1&isAllowEd=y). Acesso em: 20/04/2019.

WHO. World Health Organization. **Global recommendations on physical activity for health**. Genebra: WHO, 2010a. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44399/9789241599979\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44399/9789241599979_eng.pdf?sequence=1). Acesso em: 20/12/2020.

WHO. World Health Organization. **WHO guidelines on drawing blood: best practices in phlebotomy**. Genebra: WHO; 2010b. Disponível em: [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/268790/WHO-guidelines-on-drawing-blood-best-practices-in-phlebotomy-Eng.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/268790/WHO-guidelines-on-drawing-blood-best-practices-in-phlebotomy-Eng.pdf). Acesso em: 20/12/2020.

ZHANG, T.; LU, G.; WU, X. Y. Associations between physical activity, sedentary behaviour and self-rated health among the general population of children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. **BMC Public Health**, v. 20, 1343, 2020. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-09447-1>. Acesso em: 20/12/2020.

ANEXO A – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Nutrição e saúde na adolescência: avaliação do excesso de peso e de aspectos clínicos, comportamentais, socioeconômicos e do ambiente em Juiz de Fora, Minas Gerais

**Pesquisador:** Ana Paula Carlos Cândido Mendes

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 68801617.1.0000.5147

**Instituição Proponente:** Departamento de Nutrição

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.173.340

#### Apresentação do Projeto:

Delineamento Estudo epidemiológico observacional, de corte transversal, de caráter descritivo e analítico. As coletas de dados incluirão participantes entre 15 e 19 anos, de ambos os sexos, matriculados em escolas públicas de Juiz de Fora – MG. Apresentação do projeto esta clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Objetivo Primário:

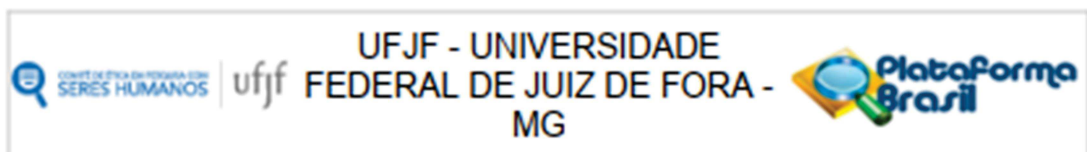
Investigar o excesso de peso e os aspectos comportamentais, socioeconômicos e do ambiente em adolescentes entre 15 e 19 anos do município de Juiz de Fora – MG.

##### Objetivo Secundário:

- Estimar as prevalências de: excesso de peso; pré-hipertensão/hipertensão arterial; qualidade do sono ruim; sedentarismo; triagem positiva para transtornos alimentares e distúrbio dismórfico corporal; uso de cigarro, bebidas alcoólicas e drogas ilícitas.
- Caracterizar a ingestão dietética segundo a distribuição de macro/micronutrientes e o grau de processamento dos alimentos.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900  
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br





Continuação do Parecer: 2.173.340

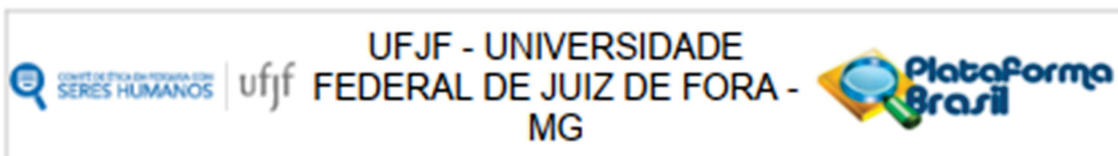
Caracterizar a condição socioeconômica e sanitária, bem como o estado de (in)segurança alimentar e nutricional. • Descrever a autopercepção do estado de saúde, o absenteísmo às aulas por questões de saúde e os motivos da procura por atendimento em Unidade de Atenção Primária à Saúde. • Descrever as condições de saúde mental, sexual e reprodutiva. • Descrever a ocorrência de acidentes e violência, caracterizando a segurança no âmbito familiar e escolar. • Analisar se há diferenças entre os sexos, as fases da adolescência e os estágios de maturação sexual quanto ao excesso de peso, à pré-hipertensão/hipertensão arterial, aos fatores de risco comportamentais e à triagem positiva tanto para transtornos alimentares, quanto para distúrbio dismórfico corporal. • Analisar a associação da qualidade do sono ruim com excesso de peso, pré-hipertensão/hipertensão arterial e fatores de risco comportamentais. • Analisar a associação da (in)segurança alimentar e nutricional com excesso de peso, pré-hipertensão/hipertensão arterial, condição socioeconômica, autopercepção do estado de saúde, consumo alimentar, uso de cigarro, bebidas alcoólicas e drogas ilícitas. • Analisar as associações do excesso de peso, da pré-hipertensão/hipertensão arterial e dos fatores de risco comportamentais com relato de acidentes, violência e segurança no âmbito familiar e escolar.

O Objetivo da pesquisa está bem delineado, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em "riscos mínimos" e restringem-se ao sigilo quanto à identificação de dados dos participantes. No entanto, os pesquisadores cumprirão os devidos padrões de sigilo, utilizando as informações coletadas somente para fins acadêmicos e científicos. Ademais, ressaltam que em atendimento a resolução CNS 466/12, item IV.8, omitiram do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a menção às indagações sobre experimentação e consumo de cigarro, bebidas alcoólicas e drogas ilícitas, com o intuito de preservar a privacidade e confidencialidade dos adolescentes submetidos à pesquisa. Também informaram verbalmente aos participantes que tomaram o cuidado de retirar tal menção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido direcionado aos responsáveis. Espera-

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900  
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



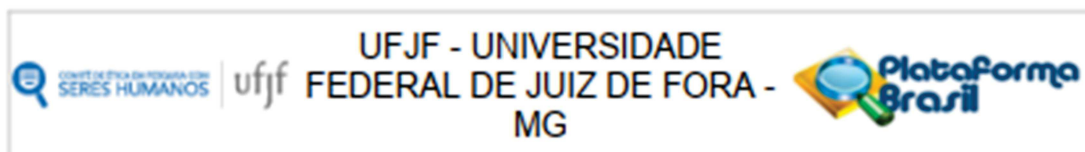
Continuação do Parecer: 2.173.340

se produzir uma grande fotografia da saúde, abrangendo informações sobre nutrição, comportamentos de risco e condições de vida na adolescência. O reconhecimento das vulnerabilidades e necessidades dessa população fomentará a busca de estratégias que sejam voltadas não só para a melhoria do acesso e da qualidade de ações e serviços, mas também para a integralidade e a equidade na atenção. Na literatura, diferentemente desta proposta, a maioria dos estudos com adolescentes baseia-se em avaliações compartmentadas do estado nutricional e de saúde, limitando o potencial analítico/reflexivo/resolutivo perante a multiplicidade de fatores que impactam na qualidade de vida. Os participantes submetidos às coletas de dados receberão um laudo clínico nutricional nas escolas de origem. Aqueles detectados com alterações antropométricas, clínicas e/ou de ordem comportamental serão convidados para consultas individuais; casos de maior complexidade serão encaminhados ao Sistema Único de Saúde. Portanto, a meta será identificar os

adolescentes com excesso de peso, pré-hipertensão/hipertensão arterial, dislipidemias e/ou fatores de risco comportamentais visando minimizar a morbidade e a mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis na idade adulta. Os resultados serão apresentados em eventos científicos nacionais e internacionais, estando prevista a publicação de artigos em periódicos especializados, os quais poderão se tomar subsídios pertinentes para demais trabalhos com interface nas subáreas de Análise Nutricional de População e Nutrição do Adolescente. Ao final das coletas de dados, serão elaborados relatórios contendo resultados gerais e por escola que serão destinados tanto aos diretores das instituições de ensino requisitadas para as coletas de dados, quanto às Secretarias de Educação (SE), Esporte e Lazer (SEL), Saúde (SS) e Segurança Urbana e Cidadania (SESUC)

da Prefeitura de Juiz de Fora – MG. O conhecimento profundo das demandas locais da faixa etária adolescente será de grande valia para romper com a gestão baseada na oferta, característica dos sistemas fragmentados, e favorecer a gestão baseada nas necessidades de saúde, elemento essencial das Redes de Atenção à Saúde. Em suma, este projeto servirá de apoio para a gestão, o planejamento, a execução, o monitoramento e a avaliação de programas e ações de alimentação e nutrição. Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa e benefícios esperados estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios estão de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
 Bairro: SÃO PEDRO CEP: 36.036-900  
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 2.173.340

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

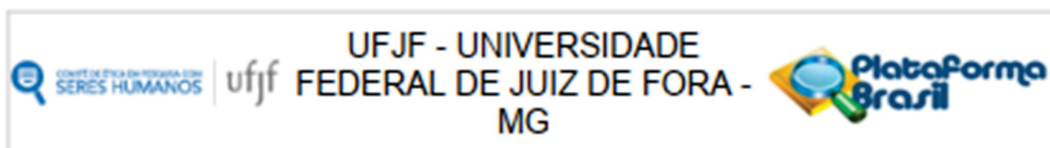
#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Dezembro de 2019.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900  
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 2.173.340

**APROVAÇÃO** do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento  | Arquivo                                      | Postagem               | Autor                            | Situação |
|---|--|------------------------|----------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_925528.pdf | 14/07/2017<br>14:14:35 |                                  | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.pdf                                     | 14/07/2017<br>14:12:52 | Felipe Silva Neves               | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TALE.pdf                                     | 14/07/2017<br>14:12:38 | Felipe Silva Neves               | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | Projeto_3.pdf                                | 14/07/2017<br>14:10:33 | Felipe Silva Neves               | Aceito   |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura                | declaracao_AP.pdf                            | 14/07/2017<br>11:45:42 | Patricia Aparecida Fontes Vieira | Aceito   |
| Folha de Rosto  | FolhaDeRosto.pdf                             | 19/05/2017<br>21:45:49 | Felipe Silva Neves               | Aceito   |
| Outros  | Instrumento_Stunkard.pdf                     | 19/05/2017<br>20:37:57 | Felipe Silva Neves               | Aceito   |
| Outros  | Instrumento_EAT_BSQ.pdf                      | 19/05/2017<br>20:37:12 | Felipe Silva Neves               | Aceito   |
| Outros  | Instrumento_Questionario.pdf                 | 19/05/2017<br>20:36:28 | Felipe Silva Neves               | Aceito   |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura                | Infraestrutura.pdf                           | 19/05/2017<br>20:33:58 | Felipe Silva Neves               | Aceito   |

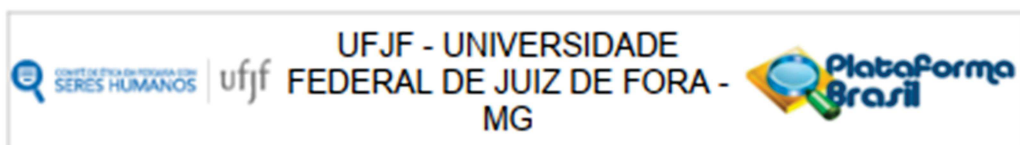
**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900  
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 2.173.340

JUIZ DE FORA, 14 de Julho de 2017

---

Assinado por:  
Patricia Aparecida Fontes Vieira  
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900  
UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

## ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar, de forma voluntária, do Estudo do Estilo de Vida na Adolescência – Juiz de Fora (Estudo EVA-JF), realizado pelo Grupo de Pesquisa em Nutrição e Saúde Coletiva (GPENSC) do Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Queremos conhecer vários aspectos da saúde e da alimentação de adolescentes entre 14 e 19 anos, que estão devidamente matriculados(as) em escolas públicas do nosso município. O Estudo EVA-JF irá contribuir para gerar mais conhecimento sobre o risco de pessoas jovens desenvolverem doenças crônicas (obesidade, pressão alta, dislipidemias, diabetes, etc.) e possíveis formas de preveni-las.

Caso esteja de acordo em participar, você será avaliado(a) na sua escola em relação às seguintes características:

- antropométricas (peso; altura; perímetros do pescoço, do braço, da cintura e do quadril; espessura do músculo adutor do polegar; e porcentagem de gordura corporal);
- clínicas (níveis de pressão arterial);
- bioquímicas (dosagens de colesterol total, HDL-c, não HDL-c, LDL-c, VLDL-c, triglicerídeos e glicemia de jejum);
- demográficas e socioeconômicas (cor da pele ou raça; religião; escolaridade e situação ocupacional dos pais ou responsáveis; condição de ocupação do domicílio; renda per capita; classe econômica; e situação de segurança alimentar e nutricional em nível domiciliar);
- comportamentais (percepções sobre a própria saúde e sobre a saúde dos pais; uso de serviços de saúde; histórico pessoal de saúde; hábitos alimentares; atividade física; tempo diante de telas; qualidade do sono; sonolência diurna excessiva; saúde sexual e reprodutiva; imagem corporal e auto percepção do peso; triagem para transtornos alimentares; experimentação e consumo de bebidas alcoólicas e cigarro; e autoestima).

Ressaltamos que todos os procedimentos serão conduzidos por profissionais de saúde treinados. Além disso, você não será identificado(a) e seus dados serão mantidas sob sigilo.

Esta pesquisa contém alguns riscos, que se referem ao sigilo quanto à identificação de seus dados e à coleta de sangue, como dor, hematoma e contaminação. Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, adotaremos os respectivos critérios: primeiro, o profissional que irá coletar o seu sangue trabalha em laboratório e é habilitado a executar os devidos procedimentos, para não haver riscos para você; segundo, a coleta será obrigatoriamente precedida de lavagem das mãos; terceiro, será feita a antissepsia do seu braço por meio de algodão umedecido com álcool a 70%; quarto, será utilizado um apoio de braço; quinto, o profissional irá pressionar levemente o local da coleta após a punção venosa, para evitar hematoma; e sexto, serão utilizados somente materiais descartáveis (agulhas, seringas, tubos e luvas).

As amostras serão encaminhadas ao Laboratório de Epidemiologia da Escola de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), onde serão efetuadas as dosagens bioquímicas. O descarte dos resíduos produzidos nessas atividades será feito de acordo com as normas estabelecidas para o trato do lixo hospitalar.

totalmente gratuita, dando-lhe, assim, a oportunidade de conhecer a sua situação de saúde. Além disso, se notarmos qualquer problema, você será avisado(a) e encaminhado(a) a uma unidade de saúde.

Para participar desta pesquisa, você não terá nenhum custo nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se tiver algum dano por causa das atividades que fizermos com você, você terá direito a uma indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou se recusar a participar. Mesmo que você queira participar agora, poderá voltar atrás e interromper a participação a qualquer momento, retirando o assentimento e a guarda da sua amostra de sangue, valendo a desistência a partir da data de formalização desta. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade.

A equipe de pesquisadores não divulgará o seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando ela estiver finalizada. O seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação científica.

Este termo de assentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pela coordenadora da pesquisa e a outra será fornecida a você. Os dados coletados ficarão arquivados com a coordenadora da pesquisa por um período de 5 (cinco) anos e, após esse tempo, serão destruídos. A equipe de pesquisadores irá tratar a sua identidade com padrões de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resoluções nº 466/12 e nº 441/11; Portaria 2.2011 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares).

Declaro que concordo em participar da pesquisa, e que me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Profa. Dra. Ana Paula Carlos Cândido  
Mendes **Coordenadora da pesquisa**

**Participante da pesquisa (menor)**

**Profa. Dra. Ana Paula Carlos Cândido Mendes**

Departamento de Nutrição – UFJF

Rua José Lourenço Kelmer, s.n., Campus Universitário, Bairro São Pedro

CEP: 36036-900 | Juiz de Fora – MG

Telefone: (32) 2102-3234 (ramal 27)

E-mail: anapaula.candido@ufjf.edu.br

## ANEXO C – Questionário de coleta de dados

| SUMÁRIO        |   |
|----------------|---|
|                | REGISTRO DO(A) ENTREVISTADOR(A).....                    |
|                | INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA.....                       |
| <b>BLOCO A</b> | IDENTIFICAÇÃO DA ESCOLA E DO(A) PARTICIPANTE.....       |
| <b>BLOCO B</b> | COR DA PELE OU RAÇA.....                                |
| <b>BLOCO C</b> | RELIGIÃO.....   |
| <b>BLOCO D</b> | PARÂMETROS SOCIOECONÔMICOS E CONDIÇÕES SANITÁRIAS.....  |
| <b>BLOCO E</b> | SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL.....                  |
| <b>BLOCO F</b> | ANTROPOMETRIA E COMPOSIÇÃO CORPORAL.....                |
| <b>BLOCO G</b> | PRESSÃO ARTERIAL.....                                   |
| <b>BLOCO H</b> | PARÂMETROS BIOQUÍMICOS.....                             |
| <b>BLOCO I</b> | PERCEPÇÃO SOBRE A PRÓPRIA SAÚDE E A SAÚDE DOS PAIS..... |
| <b>BLOCO J</b> | UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....                    |
| <b>BLOCO K</b> | HISTÓRICO PESSOAL DO ESTADO DE SAÚDE.....               |
| <b>BLOCO L</b> | HÁBITOS ALIMENTARES.....                                |
| <b>BLOCO M</b> | ATIVIDADE FÍSICA.....                                   |
| <b>BLOCO N</b> | TEMPO DE TELA.....                                      |
| <b>BLOCO O</b> | QUALIDADE DO SONO.....                                  |
| <b>BLOCO P</b> | SONOLÊNCIA DIURNA.....                                  |
| <b>BLOCO Q</b> | MATURAÇÃO SEXUAL.....                                   |
| <b>BLOCO R</b> | SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA.....                         |
| <b>BLOCO S</b> | PRINCIPAIS FATORES NA ESCOLHA DE ALIMENTOS.....         |
| <b>BLOCO T</b> | IMAGEM CORPORAL (ESCALA DE FIGURAS DE STUNKARD).....    |
| <b>BLOCO U</b> | TESTE DE ATITUDES ALIMENTARES (EAT-26).....             |
| <b>BLOCO V</b> | TESTE DE INVESTIGAÇÃO BULÍMICA DE EDIMBURGO (BITE)..... |
| <b>BLOCO X</b> | EXPERIMENTAÇÃO E CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS.....     |
| <b>BLOCO Y</b> | EXPERIMENTAÇÃO E CONSUMO DE CIGARRO.....                |
| <b>BLOCO Z</b> | AUTOESTIMA.....   |



FIM DO QUESTIONÁRIO.....

REGISTRO DO(A) ENTREVISTADOR(A)

**Instrução:** entrevistador(a), preencha os seus dados para iniciar a aplicação do questionário.

**EVA\_1.** Data da coleta: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_. **Formato:** DD / MM /  
AAAA .

**EVA\_2.** Nome completo do(a) entrevistador(a): \_\_\_\_\_ **EVA**  
(999) Não se aplica [mestrando(a), doutorando(a) ou professor(a)].

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Estudo EVA-JF | Estilo de Vida na  
Adolescência

Este questionário que você irá responder faz parte de uma pesquisa realizada pelo Grupo de Pesquisa em Nutrição e Saúde Coletiva (GPENSC) do Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), com o objetivo de conhecer alguns aspectos importantes da saúde e da alimentação de adolescentes, entre 14 a 19 anos, que vivem em Juiz de Fora.

Você **NÃO** será identificado(a) e suas respostas serão mantidas sob sigilo! Apenas o resultado geral da pesquisa será divulgado.

Não existem respostas certas ou erradas. Por gentileza, nos responda com atenção, pois suas informações são muito importantes para analisarmos fatores de risco nessa faixa etária.

BLOCO A

IDENTIFICAÇÃO DA ESCOLA E DO(A) PARTICIPANTE

As primeiras perguntas referem-se a sua identificação.

A\_1. Escola

**A\_1.1.** Código da escola: \_\_\_\_\_.

**Instrução:** entrevistador(a), escreva com letras em caixa alta.

**A\_1.2.** Turno que frequenta:

- (1) Manhã.
- (2) Tarde.

**A\_1.3.** Ano que frequenta:

- (1) 7º ano do Ensino Fundamental.
- (2) 8º ano do Ensino Fundamental.
- (3) 9º ano do Ensino Fundamental.
- (4) 1º ano do Ensino Médio.
- (5) 2º ano do Ensino Médio.
- (6) 3º ano do Ensino Médio.

**A\_2. Nome, sexo e data de nascimento**

**A\_2.1.** Nome completo do(a) participante: \_\_\_\_\_.

**A\_2.2.** Código do(a) participante: \_\_\_\_\_.

**Instrução:** entrevistador(a), escreva com letras em caixa alta.

**A\_2.3.** Sexo:

- (1) Feminino.
- (2) Masculino.

**A\_2.4.** Data de nascimento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_. **Formato:** DD / MM /  
AAAA .

**A\_2.5.** Idade (em anos completos):

- (1) 13 anos ou menos.
- (2) 14 anos.
- (3) 15 anos.
- (4) 16 anos.
- (5) 17 anos.
- (6) 18 anos.
- (7) 19 anos.
- (8) 20 anos ou mais.

**A\_3. Endereço residencial**

**A\_3.1.** Rua: \_\_\_\_\_.

**Instrução:** entrevistador(a), não repita a palavra “rua”, escreva diretamente o nome da rua.

**A\_3.2.** Número: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

**Instrução:** entrevistador(a), caso o(a) participante resida em apartamento ou conjunto habitacional, preencha da seguinte maneira: XXX / XXX, ou seja, nº do prédio ou do conjunto habitacional / nº do apartamento .

**A\_3.3.** Bairro: \_\_\_\_\_.

**Instrução:** entrevistador(a), não repita a palavra “bairro”, escreva diretamente o nome do bairro.

#### A\_4. Contato

**A\_4.1.** Telefone residencial:

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_. **Formato:** ( XX ) \_XXXX - XXXX .

(999) Não tem.

**A\_4.2.** Telefone celular do(a) participante:

(\_\_\_\_) 9 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_. **Formato:** ( XX ) \_9XXXX - XXXX .

(999) Não tem.

**A\_4.3.** E-mail do(a) participante: \_\_\_\_\_.

(999) Não tem.

**Instrução:** entrevistador(a), escreva o endereço de e-mail com letras minúsculas, sem acentuação gráfica e/ou “ç” (cedilha).

**A\_4.4.** Telefone celular de algum(a) responsável pelo(a) participante:

**A\_4.4.1.** Nome completo desse(a) responsável: \_\_\_\_\_.

**A\_4.4.2.** Parentesco ou vínculo desse(a) responsável: \_\_\_\_\_.

(\_\_\_\_) 9 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_. **Formato:** ( XX ) \_9XXXX - XXXX .

(999) Não tem.

### BLOCO B

### COR DA PELE OU RAÇA

**A próxima pergunta refere-se a sua cor da pele ou raça autodeclarada.**

**B\_1.** O IBGE classifica as pessoas que vivem no Brasil em cinco grupos conforme a cor da pele ou raça. De acordo com a sua opinião, em qual dos seguintes grupos você se incluiria?

**Instrução:** entrevistador(a), leia as opções para o(a) participante e aguarde; não interfira na resposta!

- (1) Branco(a) / caucasiano(a).
- (2) Preto(a) / negro(a).
- (3) Pardo(a) / mulato(a) / moreno(a) / mestiço(a).
- (4) Amarelo(a) (oriental).

- (5) Indígena.  
(999) Não sabe ou não quis responder.

**BLOCO C****RELIGIÃO**

A próxima pergunta refere-se a sua religião.

**C\_1.** Qual a sua religião?

**Instrução:** entrevistador(a), leia as opções para o(a) participante e aguarde; não interfira na resposta!

- (0) Nenhuma.
- (1) Católica.
- (2) Protestante ou evangélica.
- (3) Adventista.
- (4) Espírita.
- (5) Afro-brasileira.
- (6) Judaica.
- (7) Outra.

**C\_1.7.** Se for **outra**, qual? \_\_\_\_\_

(999) Não sabe ou não quis responder.

**BLOCO D****PARÂMETROS SOCIOECONÔMICOS E CONDIÇÕES SANITÁRIAS**

Neste bloco, vou perguntar sobre as suas características socioeconômicas, como grau de escolaridade dos seus pais (ou responsáveis), situação de trabalho, renda familiar, características do domicílio, posse de itens de conforto e condições de saneamento.

**D\_1. Renda familiar**

**D\_1.1.** Com qual(ais) **responsável(eis)** você mora?

**Instrução:** entrevistador(a), marque **APENAS** uma resposta que contemple o(s) principal(ais) responsáveis pelo(a) participante.

- (0) Mora sozinho(a).
- (1) Apenas com o pai [ou responsável do sexo masculino, por exemplo: padrasto, irmão mais velho (maior de 18 anos), avô, tio, etc.].
- (2) Apenas com a mãe [ou responsável do sexo feminino, por exemplo: madrasta, irmã mais velha (maior de 18 anos), avó, tia, etc.].
- (3) Com o pai e a mãe.
- (4) Com o avô e a avó (paternos ou maternos).
- (5) Com um tio e uma tia.
- (6) Outro(s).

**D\_1.1.6.** Se for(em) **outro(s)**, quem (parentesco ou vínculo)? \_\_\_\_\_

**D\_1.2.** Qual o grau de instrução do seu **pai** (ou responsável do sexo masculino)?

- (1) Analfabeto ou fundamental I (primário) incompleto.
- (2) Fundamental I (primário) completo ou fundamental II (ginásio) incompleto.
- (3) Fundamental (ginásio) completo ou médio (colegial) incompleto.
- (4) Médio (colegial) completo ou superior incompleto.
- (5) Superior completo.
- (6) Pós-graduação incompleta.
- (7) Pós-graduação completa (especialização, mestrado ou doutorado).
- (999) Não sabe ou não quis responder.

**D\_1.3.** Qual o grau de instrução da sua **mãe** (ou responsável do sexo feminino)?

- (1) Analfabeta ou fundamental I (primário) incompleto.
- (2) Fundamental I (primário) completo ou fundamental II (ginásio) incompleto.
- (3) Fundamental (ginásio) completo ou médio (colegial) incompleto.
- (4) Médio (colegial) completo ou superior incompleto.
- (5) Superior completo.
- (6) Pós-graduação incompleta.
- (7) Pós-graduação completa (especialização, mestrado ou doutorado).
- (999) Não sabe ou não quis responder.

**D\_1.4.** **Atualmente**, quem é a pessoa que contribui com a maior parte da renda mensal da suacasa?

- (1) O(A) próprio(a) participante.
- (2) O pai (ou responsável do sexo masculino).
- (3) A mãe (ou responsável do sexo feminino).
- (4) O pai (ou responsável do sexo masculino) e a mãe (ou responsável do sexo feminino) contribuem igualmente com a renda mensal da casa.

**D\_1.5.** Qual a condição de trabalho do seu **pai** (ou responsável do sexo masculino)?

- (1) Do lar (ou dono de casa).
- (2) Desempregado.
- (3) Emprego formal.
- (4) Emprego informal.
- (5) Aposentado ou pensionista.
- (999) Não sabe ou não quis responder.

**D\_1.6.** Qual a condição de trabalho da sua **mãe** (ou responsável do sexo feminino)?

- (1) Do lar (ou dona de casa).
- (2) Desempregada.
- (3) Emprego formal.
- (4) Emprego informal.
- (5) Aposentada ou pensionista.
- (999) Não sabe ou não quis responder.

**D\_1.7.** Quantas pessoas, no total, participam ativamente da renda familiar (contando com você, setiver renda)?

\_\_\_\_\_ pessoa(s).

**D\_1.8.** Qual o rendimento mensal total da sua família, ou seja, somando os rendimentos de todas as pessoas que moram com você (contando com o seu, se tiver)?

R\$ \_\_\_\_\_. **Formato:** R\$ XXXX,XX; entrevistador(a), escreva diretamente o valor, sem "R\$". **Obs.:** salário mínimo = R\$ 954,00.

(99999) Não sabe ou não quis responder.

## D\_2. Características do domicílio

**D\_2.1.** Qual o tipo de domicílio?

- (1) Casa.
- (2) Apartamento.

**D\_2.2.** O domicílio é:

- (1) Alugado.
- (2) Próprio.
- (3) Cedido.

**D\_2.3.** Qual o número de cômodos do seu domicílio?

**Obs.:** são considerados cômodos os quartos, inclusive de serviço (cozinha), e as salas.

\_\_\_\_\_ cômodo(s).

**D\_2.4.** Quantas pessoas moram no mesmo domicílio que você (contando com você)?

\_\_\_\_\_ pessoa(s).

## D\_3. Itens de conforto

**Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do seu domicílio para a classificação econômica.**

Todos os eletroeletrônicos que vou citar precisam estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere **APENAS** se tiver a intenção de consertar ou repor nos próximos **6** meses.

**Instrução:** entrevistador(a), pergunte todos os itens ao(à) participante, por exemplo: vamos começar? No domicílio tem \_\_\_\_\_ (leia cada item)?

**D\_3.1.** Quantidade de **automóveis de passeio** exclusivamente para uso particular.

- (0) Não possui.
- (1) Possui 1.
- (2) Possui 2.
- (3) Possui 3.
- (4) Possui 4 ou mais.

**D\_3.2.** Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos 5 dias por semana.

- (0) Não possui.
- (1) Possui 1.
- (2) Possui 2.
- (3) Possui 3.
- (4) Possui 4 ou mais.

**D\_3.3.** Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho.

- (0) Não possui.
- (1) Possui 1.
- (2) Possui 2.
- (3) Possui 3.
- (4) Possui 4 ou mais.

**D\_3.4.** Quantidade de banheiros.

- (0) Não possui.
- (1) Possui 1.
- (2) Possui 2.
- (3) Possui 3.
- (4) Possui 4 ou mais.

**D\_3.5.** Quantidade de DVDs, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVDde automóvel.

- (0) Não possui.
- (1) Possui 1.
- (2) Possui 2.
- (3) Possui 3.
- (4) Possui 4 ou mais.

**D\_3.6.** Quantidade de geladeiras.

- (0) Não possui.
- (1) Possui 1.
- (2) Possui 2.
- (3) Possui 3.
- (4) Possui 4 ou mais.

**D\_3.7.** Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex.

- (0) Não possui.
- (1) Possui 1.
- (2) Possui 2.
- (3) Possui 3.
- (4) Possui 4 ou mais.

**D\_3.8.** Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, *laptops*, *notebooks* e *netbooks*, e desconsiderando *tablets*, *palm*s ou *smartphones*.

- (0) Não possui.
- (1) Possui 1.

- (2) Possui 2.
- (3) Possui 3.
- (4) Possui 4 ou mais.

**D\_3.9.** Quantidade de lavadoras de louças.

- (0) Não possui.
- (1) Possui 1.
- (2) Possui 2.
- (3) Possui 3.
- (4) Possui 4 ou mais.

**D\_3.10.** Quantidade de forros de micro-ondas.

- (0) Não possui.
- (1) Possui 1.
- (2) Possui 2.
- (3) Possui 3.
- (4) Possui 4 ou mais.

**D\_3.11.** Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional.

- (0) Não possui.
- (1) Possui 1.
- (2) Possui 2.
- (3) Possui 3.
- (4) Possui 4 ou mais.

**D\_3.12.** Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca.

- (0) Não possui.
- (1) Possui 1.
- (2) Possui 2.
- (3) Possui 3.
- (4) Possui 4 ou mais.

**D\_4. Condições de saneamento**

**D\_4.1.** A água utilizada no seu domicílio é proveniente de:

- (1) Rede geral de distribuição.
- (2) Poço ou nascente.
- (3) Outro meio.

**D\_4.2.** Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que ela é:

- (1) Asfaltada / pavimentada.
- (2) De terra / cascalho.

**D\_4.3.** Qual o destino do lixo do seu domicílio?

- (1) É coletado regularmente.
- (2) É queimado ou enterrado.



(3) Jogado no rio, terreno, etc.

**BLOCO E**

**SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL**

**EVA\_4.** Entrevistador(a), esta seção é autoaplicável. Deseja avançar para o próximo bloco? *Obs.: posteriormente, a equipe da pesquisa incluirá os dados de SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL.*

- (1) Sim.  
(2) Não.

As perguntas a seguir são sobre vivência de preocupação, alterações da alimentação, restrição e ocorrência de episódios de fome no ambiente familiar, ou seja, no domicílio onde você mora.

Participante, você **NÃO** será identificado(a) e suas respostas serão mantidas sob sigilo!

**Instruções:**

- as perguntas devem ser respondidas **EXCLUSIVAMENTE** por **um** dos pais (ou responsáveis) que moram no mesmo domicílio que você [pai ou padrasto, mãe ou madrasta, irmão ou irmã maior de idade (com 18 anos ou mais), avô ou avó, etc.];
- marque com "X" **APENAS** uma resposta para cada pergunta (**SIM** ou **NÃO**);
- não existem respostas certas ou erradas.

**E\_1.** **Nos últimos 3 meses**, os moradores deste domicílio tiveram preocupação de que os alimentos acabassem antes de poderem comprar ou receber mais comida?

- (1) Sim.  
(2) Não.

**E\_2.** **Nos últimos 3 meses**, os alimentos acabaram antes que os moradores deste domicílio tivessem dinheiro para comprar mais comida?

- (1) Sim.  
(2) Não.

**E\_3.** **Nos últimos 3 meses**, os moradores deste domicílio ficaram sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?

- (1) Sim.  
(2) Não.

**E\_4.** **Nos últimos 3 meses**, os moradores deste domicílio comeram apenas alguns alimentos que ainda tinham porque o dinheiro acabou?

- (1) Sim.  
(2) Não.

**E\_5.** **Nos últimos 3 meses**, algum morador de 18 anos ou mais de idade deixou de

fazer um refeição porque não havia dinheiro para comprar comida?

- (1) Sim.
- (2) Não.

**E\_6. Nos últimos 3 meses**, algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez comeu menos do que devia porque não havia dinheiro para comprar comida?

- (1) Sim.
- (2) Não.

**E\_7. Nos últimos 3 meses**, algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez sentiu fome, mas não comeu, porque não havia dinheiro para comprar comida?

- (1) Sim.
- (2) Não.

**E\_8. Nos últimos 3 meses**, algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez, fez apenas uma refeição ao dia ou ficou um dia inteiro sem comer porque não havia dinheiro para comprar comida?

- (1) Sim.
- (2) Não.

**E\_9. Nos últimos 3 meses**, algum morador com menos de 18 anos de idade, alguma vez, deixou de ter uma alimentação saudável e variada porque não havia dinheiro para comprar comida?

- (1) Sim.
- (2) Não.

**E\_10. Nos últimos 3 meses**, algum morador com menos de 18 anos de idade, alguma vez, não comeu quantidade suficiente de comida porque não havia dinheiro para comprar comida?

- (1) Sim.
- (2) Não.

**E\_11. Nos últimos 3 meses**, alguma vez, foi diminuída a quantidade de alimentos das refeições de algum morador com menos de 18 anos de idade, porque não havia dinheiro para comprar comida?

- (1) Sim.
- (2) Não.

**E\_12. Nos últimos 3 meses**, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar comida?

- (1) Sim.
- (2) Não.

**E\_13. Nos últimos 3 meses**, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade, sentiu fome, mas não comeu porque não havia dinheiro para comprar comida?

- (1) Sim.
- (2) Não.

**E\_14. Nos últimos 3 meses**, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade fez apenas uma refeição ao dia ou ficou sem comer por um dia inteiro porque não havia dinheiro para comprar comida?

- (1) Sim.

(2) Não.

**BLOCO F****ANTROPOMETRIA E COMPOSIÇÃO CORPORAL****EVA\_5. Entrevistador(a), deseja avançar para o próximo bloco?**

**Obs.:** posteriormente, a equipe da pesquisa incluirá os dados de **ANTROPOMETRIA E COMPOSIÇÃO CORPORAL**.

(1) Sim.

(2) Não.

**F\_1. Antropometria**

**Instrução:** avaliador(a), certifique-se da aplicação correta das técnicas de aferição, além do cumprimento do protocolo para a realização do exame de bioimpedância elétrica.

**F\_1.1.** Peso: \_\_\_\_\_ Kg. **Formato:** XX,X ou XXX,X.

**Instrução:** participante em posição ortostática, no centro da plataforma, descalço(a) e vestindo roupas leves.

**F\_1.2.** Altura: \_\_\_\_\_ cm. **Formato:** XXX,X.

**Instrução:** participante de costas para o marcador, em posição ortostática, descalço(a) e com os pés unidos pelos tornozelos.

**F\_1.3.** Perímetro do pescoço: \_\_\_\_\_ cm. **Formato:** XX,X.

**Instrução:** será aferido no ponto médio entre a espinha dorsal e o pescoço anterior, na perpendicular do eixo longitudinal, no nível imediatamente abaixo da proeminência laríngea.

**F\_1.4.** Perímetro do braço: \_\_\_\_\_ cm. **Formato:** XX,X.

**Instrução:** será aferido na face posterior do **braço dominante**, no ponto médio entre os processos acromial da escápula e olecraniano da ulna, estando o(a) participante com o braço relaxado lateralmente ao tronco.

**F\_1.5.** Perímetro da cintura: \_\_\_\_\_ cm. **Formato:** XX,X ou XXX,X.

**Instrução:** será ferido no ponto médio entre a margem inferior da última costela e a borda superior da crista ilíaca, estando o(a) participante na posição ortostática, em expiração, descalço(a) e com os pés levemente separados. Caso o(a) participante apresente excesso de peso, com acúmulo de adiposidade na região central, o perímetro será medido sobre a cicatriz umbilical.

**F\_1.6.** Perímetro do quadril: \_\_\_\_\_ cm. **Formato:** XX,X ou XXX,X.

**Instrução:** será aferido na maior proeminência horizontal glútea, estando o(a) participante na posição ortostática, descalço(a) e com os pés levemente separados.

**F\_2. Espessura do músculo adutor do polegar (EMAP)****Instruções:**

- participante sentado(a) e relaxado(a), com as pernas descruzadas, os pés apoiados no chão e o dorso recostado;

- **mão dominante** apoiada sob o joelho, com a palma da mão voltada para baixo e o cotovelo ligeiramente fletido;
- será pinçada a musculatura do vértice do triângulo imaginário formado pela extensão dos dedos polegar e indicador.

**Obs.:** as aferições devem ser realizadas em **três** momentos alternados, com intervalos de aproximadamente 30 segundos.

F\_2.1. EMAP-1: \_\_\_\_\_ mm. **Formato:** X,X ou XX,X.

F\_2.2. EMAP-2: \_\_\_\_\_ mm. **Formato:** X,X ou XX,X.

F\_2.3. EMAP-3: \_\_\_\_\_ mm. **Formato:** X,X ou XX,X.

F\_2.4. EMAP-4: \_\_\_\_\_ mm. **Formato:** X,X ou XX,X.

**Instruções:** avaliador(a), certifique-se quanto ao cumprimento da metodologia descrita abaixo:

- entre os **três** valores (1ª, 2ª e 3ª aferições), descarte o mais discrepante;
- então, calcule a média aritmética simples com os **dois** valores que estiverem mais próximos;
- caso não exista uma diferença evidente, calcule a média aritmética simples com os **três** valores.

### F\_3. Composição corporal com bioimpedância elétrica (BIA)

F\_3.1. Gordura corporal (BIA bipolar Tanita Ironman® BC-553): \_\_\_\_\_%. **Formato:** X,X ou XX,X.

F\_3.2. Gordura corporal (BIA tetrapolar Sanny® BI-1010): \_\_\_\_\_%. **Formato:** XX,X.

F\_3.3. Resistência (BIA tetrapolar Sanny® BI-1010): \_\_\_\_\_Ω. **Formato:** XXX,X.

F\_3.4. Reactância (BIA tetrapolar Sanny® BI-1010): \_\_\_\_\_Ω. **Formato:** XX,X ou XXX,X.

## BLOCO G

## PRESSÃO ARTERIAL

### EVA\_6. Entrevistador(a), deseja avançar para o próximo bloco?

**Obs.:** posteriormente, a equipe da pesquisa incluirá os dados de **PRESSÃO ARTERIAL**.

(1) Sim.

**(2) Não.**

**Instruções:** avaliador(a), certifique-se quanto ao cumprimento da metodologia descrita abaixo:

- participante sentado(a) e relaxado(a), com as pernas descruzadas, os pés apoiados no chão e o dorso recostado;
- braço direito na altura do coração, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido;
- tubo de borracha centralizado sobre a fossa cubital;
- borda inferior do manguito 2-3 cm acima da fossa cubital.

**Obs.:** as aferições devem ser realizadas em **quatro** momentos alternados, com intervalos de aproximadamente 1 minuto.

**G\_1. Pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD) da 1ª aferição**

**G\_1.1.** PAS-1: \_\_\_\_\_ mm Hg. **Formato:** XXX .

**G\_1.2.** PAD-1: \_\_\_\_\_ mm Hg. **Formato:** XX .

**G\_2. Pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD) da 2ª aferição**

**G\_2.1.** PAS-2: \_\_\_\_\_ mm Hg. **Formato:** XXX .

**G\_2.2.** PAD-2: \_\_\_\_\_ mm Hg. **Formato:** XX .

**G\_3. Pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD) da 3ª aferição**

**G\_3.1.** PAS-3: \_\_\_\_\_ mm Hg. **Formato:** XXX .

**G\_3.2.** PAD-3: \_\_\_\_\_ mm Hg. **Formato:** XX .

**G\_4. Pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD) da 4ª aferição**

**G\_4.1.** PAS-4: \_\_\_\_\_ mm Hg. **Formato:** XXX .

**G\_4.2.** PAD-4: \_\_\_\_\_ mm Hg. **Formato:** XX .

**G\_5. Valores médios de pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD)**

**Instruções:** avaliador(a), certifique-se quanto ao cumprimento da metodologia descrita abaixo:

- descarte a PAS e a PAD da 1ª aferição;
- posteriormente, entre os **três** valores que restarem (2ª, 3ª e 4ª aferições), descarte o mais discrepante ( $\geq 5$  mm Hg) da PAS e o mais discrepante ( $\geq 5$  mm Hg) da PAD;
- então, calcule a média aritmética simples com os **dois** valores da PAS e da PAD que estiverem mais próximos;
- caso não exista diferença  $\geq 5$  mm Hg, após o descarte da 1ª aferição, calcule a média aritmética simples com os **três** valores restantes (2ª, 3ª e 4ª aferições).

**G\_5.1.** PAS-5: \_\_\_\_\_ mm Hg. **Formato:** XXX.

**G\_5.2.** PAD-5: \_\_\_\_\_ mm Hg. **Formato:** XX.

## BLOCO H

## PARÂMETROS BIOQUÍMICOS

**EVA\_7.** Entrevistador(a), deseja avançar para o próximo bloco?

**Obs.:** posteriormente, a equipe da pesquisa incluirá os dados de **PARÂMETROS BIOQUÍMICOS**.

(1) Sim.

(2) Não.

**H\_1.** Colesterol total: \_\_\_\_\_ mg/dL. **Formato:** XX ou XXX.

**H\_2.** HDL-c: \_\_\_\_\_ mg/dL. **Formato:** XX.

**H\_3.** Não-HDL-c: \_\_\_\_\_ mg/dL. **Formato:** XX ou XXX.

**H\_4.** LDL-c: \_\_\_\_\_ mg/dL. **Formato:** XX ou XXX.

**H\_5.** Triglicerídeos: \_\_\_\_\_ mg/dL. **Formato:** XX ou XXX.

**H\_6.** VLDL-c: \_\_\_\_\_ mg/dL. **Formato:** X ou XX.

**H\_7.** Glicemia: \_\_\_\_\_ mg/dL. **Formato:** XX ou XXX.

**H\_8.** Insulina:  \_\_\_\_\_ U/mL. **Formato:** X,X ou XX,X.

## BLOCO I

## PERCEPÇÕES SOBRE A PRÓPRIA SAÚDE E A SAÚDE DOS PAIS

As próximas perguntas referem-se a como você avalia a própria saúde e a saúde

dos seus pais (ou responsáveis).

---

**I\_1. Nos últimos 12 meses**, quantas vezes, aproximadamente, você se ausentou da escola (faltou as aulas) por problemas de saúde?

**Instrução:** caso o(a) participante não tenha se ausentado da escola, nos últimos 12 meses, por problemas de saúde, digite "0" (zero).

\_\_\_\_\_ vez(es).

**I\_2. Atualmente**, em geral, como você avalia a sua saúde?

**Instrução:** entrevistador(a), leia as opções para o(a) participante e aguarde; não interfira na resposta!

- (1) Muito ruim.
- (2) Ruim.
- (3) Regular (mais ou menos).
- (4) Boa.
- (5) Muito boa.
- (999) Não sabe ou não quis responder.

**I\_3. Atualmente**, em geral, como você avalia a saúde dos seus pais (ou responsáveis)?

**Instrução:** entrevistador(a), leia as opções para o(a) participante e aguarde; não interfira na resposta!

- (1) Muito ruim.
- (2) Ruim.
- (3) Regular (mais ou menos).
- (4) Boa.
- (5) Muito boa.
- (999) Não sabe ou não quis responder.

## BLOCO J

## UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

As próximas perguntas referem-se a sua procura por serviços de saúde.

---

**J\_1. Nos últimos 12 meses**, você [sozinho(a) ou acompanhado(a)] procurou algum serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde?

- (1) Sim.

**J\_1.1.1.** Se **sim**, quantas vezes no total, aproximadamente? \_\_\_\_\_ vez(es).

**J\_1.1.2.** Desse total, quantas vezes, aproximadamente, você procurou um posto de saúde [Unidade Básica de Saúde (UBS), Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS)]? \_\_\_\_\_ vez(es).

- (2) Não.

**BLOCO K****HISTÓRICO PESSOAL DO ESTADO DE SAÚDE**

As próximas perguntas referem-se ao histórico pessoal do estado de saúde.

---

**K\_1.** Você já ficou internado(a) em hospital?

(1) Sim.

**K\_1.1.1.** Se **sim**, quantas vezes? \_\_\_\_\_.

**K\_1.1.2.** Quando ficou internado(a)?

(2) Não.

(999) Não sabe ou não lembra.

**K\_2.** Você toma regularmente algum medicamento?

(1) Sim.

**K\_2.1.** Se **sim**, qual(ais)? \_\_\_\_\_.

(2) Não.

(999) Não sabe ou não lembra.

**K\_3.** Algum(a) médico(a) já lhe disse que você tinha **gorduras aumentadas no sangue**

(colesterol ou triglicerídeos)?

(1) Sim.

(2) Não.

(999) Não sabe ou não lembra.

**K\_4.** Algum(a) médico(a) já lhe disse que você tinha **pressão alta** (hipertensão)?

(1) Sim.

(2) Não.

(999) Não sabe ou não lembra.

**K\_5.** Algum(a) médico(a) já lhe disse que você tinha **açúcar alto no sangue** (diabetes)?

(1) Sim.

(2) Não.

(999) Não sabe ou não lembra.

**BLOCO L****HÁBITOS ALIMENTARES**



As próximas questões referem-se aos seus hábitos alimentares. Abordaremos a sua percepção sobre a qualidade da própria dieta e sobre a qualidade da dieta dos pais (ou responsáveis), a regularidade e a atenção dedicadas ao comer, o ambiente onde ele se dá, a partilha de refeições, a alimentação na escola, etc.

Suas respostas devem indicar as informações mais exatas da maioria dos dias de uma semana típica ou habitual.

### L\_1. Percepção sobre a qualidade da própria dieta e sobre a qualidade da dieta dos pais

**L\_1.1. Atualmente**, em geral, como você avalia a sua alimentação?

**Instrução:** entrevistador(a), leia as opções para o(a) participante e aguarde; não interfira na resposta!

- (1) Muito ruim (nada saudável).
- (2) Ruim (pouco saudável).
- (3) Regular (mais ou menos saudável).
- (4) Boa (saudável).
- (5) Muito boa (muito saudável).
- (999) Não sabe ou não quis responder.

**L\_1.2. Atualmente**, em geral, como você avalia a alimentação dos seus pais (ou responsáveis)?

**Instrução:** entrevistador(a), leia as opções para o(a) participante e aguarde; não interfira na resposta!

- (1) Muito ruim (nada saudável).
- (2) Ruim (pouco saudável).
- (3) Regular (mais ou menos saudável).
- (4) Boa (saudável).
- (5) Muito boa (muito saudável).
- (999) Não sabe ou não quis responder.

### L\_2. Café-da-manhã (regularidade, atenção, ambiente e companhia)

**L\_2.1.** Você costuma tomar o **café-da-manhã**?

- (0) Nunca.
- (1) Quase nunca.
- (2) 1 a 2 dias por semana.
- (3) 3 a 4 dias por semana.
- (4) 5 a 6 dias por semana.
- (5) Todos os dias (inclusive aos sábados e domingos).

**L\_2.2.** Você costuma tomar o **café-da-manhã** assistindo à televisão, jogando videogame ou mexendo em um *smartphone*, *tablet* ou computador?

- (0) Nunca.
- (1) Quase nunca.
- (2) Às vezes.
- (3) Frequentemente.

- (4) Sempre.  
(888) Nunca costuma tomar o café-da-manhã.

**L\_2.3.** Onde você costuma tomar o café-da-manhã?

- (1) Na casa onde mora.  
(2) Na casa de algum(a) parente.  
(3) Na casa de alguma outra pessoa conhecida [vizinho(a), amigo(a), colega da escola, etc.].  
(4) Em padaria ou restaurante.  
(5) Na escola.  
(6) No trabalho.  
(7) Dentro do carro ou transporte público.  
(8) Na rua.  
(888) Nunca costuma tomar o café-da-manhã.

**L\_2.4.** Você geralmente toma o café-da-manhã sentado(a) à mesa, sentado(a) no sofá ou na cama, em pé ou andando?

- (1) Sentado(a) à mesa.  
(2) Sentado(a) no sofá ou na cama.  
(3) Em pé.  
(4) Andando.  
(888) Nunca costuma tomar o café-da-manhã.

**L\_2.4.1.** No local onde você costuma tomar o café-da-manhã, existe mesa com cadeiras (na sala ou na cozinha, por exemplo), destinada à alimentação?

- (1) Sim.  
(2) Não.

**L\_2.5.** O local onde você toma o café-da-manhã é calmo ou barulhento?

- (1) Calmo.  
(2) Barulhento.  
(888) Nunca costuma tomar o café-da-manhã.

**L\_2.6.** Você costuma tomar o café-da-manhã com alguém da família [pai ou padrasto, mãe ou madrasta, irmão(ões), irmã(ãs), avós, etc.] ou na companhia de alguma pessoa conhecida [vizinho(a), amigo(a), colega da escola ou do trabalho, etc.]?

- (0) Nunca.  
(1) Quase nunca.  
(2) 1 a 2 dias por semana.  
(3) 3 a 4 dias por semana.  
(4) 5 a 6 dias por semana.  
(5) Todos os dias (inclusive aos sábados e domingos).  
(888) Nunca costuma tomar o café-da-manhã.

### L\_3. Almoço (regularidade, atenção, ambiente e companhia)

**L\_3.1.** Você costuma almoçar?

- (0) Nunca.
- (1) Quase nunca.
- (2) 1 a 2 dias por semana.
- (3) 3 a 4 dias por semana.
- (4) 5 a 6 dias por semana.
- (5) Todos os dias (inclusive aos sábados e domingos).

**L\_3.2.** Você costuma trocar a comida do **almoco** por um **lanche ou petisco**?

*Por exemplo: pipoca, biscoitos salgados ou bolachas salgadas, “salgadinhos de pacote” (tipo “chips”), embutidos (presunto, mortadela, salsicha, salame, linguiça), sanduíches, pães de queijo, salgados fritos ou assados, pizzas, barras de cereal, cereais matinais (tipo Sucrilhos®), biscoitos doces ou bolachas doces, bolos, guloseimas (sorvete, chocolate, bala, chiclete, pirulito), etc.*

- (0) Nunca.
- (1) Quase nunca.
- (2) 1 a 2 dias por semana.
- (3) 3 a 4 dias por semana.
- (4) 5 a 6 dias por semana.
- (5) Todos os dias (inclusive aos sábados e domingos).

**L\_3.3.** Você costuma **almocar** assistindo à televisão, jogando videogame ou mexendo em um *smartphone, tablet* ou computador?

- (0) Nunca.
- (1) Quase nunca.
- (2) Às vezes.
- (3) Frequentemente.
- (4) Sempre.
- (888) Nunca costuma almoçar.

**L\_3.4.** Onde você costuma **almocar**?

- (1) Na casa onde mora.
- (2) Na casa de algum(a) parente.
- (3) Na casa de alguma outra pessoa conhecida [vizinho(a), amigo(a), colega da escola, etc.].
- (4) Em padaria ou restaurante.
- (5) Na escola.
- (6) No trabalho.
- (7) Dentro do carro ou transporte público.
- (8) Na rua.
- (888) Nunca costuma almoçar.

**L\_3.5.** Você geralmente **almoca** sentado(a) à mesa, sentado(a) no sofá ou na cama, em pé ou andando?

- (1) Sentado(a) à mesa.
- (2) Sentado(a) no sofá ou na cama.
- (3) Em pé.
- (4) Andando.
- (888) Nunca costuma almoçar.

**L\_3.5.1.** No local onde você costuma **almocar**, existe **mesa com cadeiras** (na sala ou na cozinha, por exemplo), destinada à alimentação?

- (1) Sim.
- (2) Não.

**L\_3.6.** O local onde você almoça é calmo ou barulhento?

- (1) Calmo.
- (2) Barulhento.
- (888) Nunca costuma almoçar.

**L\_3.7.** Você costuma almocar com alguém da família [pai ou padrasto, mãe ou madrastra, irmão(ãos), irmã(ãs), avós, etc.] ou na companhia de alguma pessoa conhecida [vizinho(a), amigo(a), colega da escola ou do trabalho, etc.]?

- (0) Nunca.
- (1) Quase nunca.
- (2) 1 a 2 dias por semana.
- (3) 3 a 4 dias por semana.
- (4) 5 a 6 dias por semana.
- (5) Todos os dias (inclusive aos sábados e domingos).
- (888) Nunca costuma almoçar.

#### L\_4. Jantar (regularidade, atenção, ambiente e companhia)

**L\_4.1.** Você costuma jantar?

- (0) Nunca.
- (1) Quase nunca.
- (2) 1 a 2 dias por semana.
- (3) 3 a 4 dias por semana.
- (4) 5 a 6 dias por semana.
- (5) Todos os dias (inclusive aos sábados e domingos).

**L\_4.2.** Você costuma trocar a comida do jantar por um lanche ou petisco?

***Por exemplo:** pipoca, biscoitos salgados ou bolachas salgadas, “salgadinhos de pacote” (tipo “chips”), embutidos (presunto, mortadela, salsicha, salame, linguiça), sanduíches, pães de queijo, salgados fritos ou assados, pizzas, barras de cereal, cereais matinais (tipo Sucrillhos<sup>®</sup>), biscoitos doces ou bolachas doces, bolos, guloseimas (sorvete, chocolate, bala, chiclete, pirulito), etc.*

- (0) Nunca.
- (1) Quase nunca.
- (2) 1 a 2 dias por semana.
- (3) 3 a 4 dias por semana.
- (4) 5 a 6 dias por semana.
- (5) Todos os dias (inclusive aos sábados e domingos).

**L\_4.3.** Você costuma jantar assistindo à televisão, jogando videogame ou mexendo em um *smartphone, tablet* ou computador?

- (0) Nunca.
- (1) Quase nunca.
- (2) Às vezes.
- (3) Frequentemente.
- (4) Sempre.
- (888) Nunca costuma jantar.

**L\_4.4.** Onde você costuma **jantar**?

- (1) Na casa onde mora.
- (2) Na casa de algum(a) parente.
- (3) Na casa de alguma outra pessoa conhecida [vizinho(a), amigo(a), colega da escola, etc.].
- (4) Em padaria ou restaurante.
- (5) Na escola.
- (6) No trabalho.
- (7) Dentro do carro ou transporte público.
- (8) Na rua.
- (888)** Nunca costuma jantar.

**L\_4.5.** Você geralmente **janta** sentado(a) à mesa, sentado(a) no sofá ou na cama, em pé ou andando?

- (1) Sentado(a) à mesa.
- (2) Sentado(a) no sofá ou na cama.
- (3) Em pé.
- (4) Andando.
- (888)** Nunca costuma jantar.

**L\_4.5.1.** No local onde você costuma **jantar**, existe **mesa com cadeiras** (na sala ou na cozinha, por exemplo), destinada à alimentação?

- (1) Sim.
- (2) Não.

**L\_4.6.** O local onde você **janta** é calmo ou barulhento?

- (1) Calmo.
- (2) Barulhento.
- (888)** Nunca costuma jantar.

**L\_4.7.** Você costuma **jantar** com alguém da família [pai ou padrasto, mãe ou madrasta, irmão(ões), irmã(ãs), avós, etc.] ou na companhia de alguma pessoa conhecida [vizinho(a), amigo(a), colega da escola, etc.]?

- (0) Nunca.
- (1) Quase nunca.
- (2) 1 a 2 dias por semana.
- (3) 3 a 4 dias por semana.
- (4) 5 a 6 dias por semana.
- (5) Todos os dias (inclusive aos sábados e domingos).
- (888)** Nunca costuma jantar.

**L\_5. Lanche ou petisco (regularidade e atenção)**

**L\_5.1.** Você costuma **“beliscar”** (comer um lanche ou petisco) em horários bem próximos das refeições principais (café-da-manhã, almoço e jantar)?

**Por exemplo:** pipoca, biscoitos salgados ou bolachas salgadas, “salgadinhos de pacote” (tipo “chips”), embutidos (presunto, mortadela, salsicha, salame, linguiça), sanduíches, pães de queijo, salgados fritos ou assados, pizzas, barras de cereal, cereais matinais (tipo Sucrillhos<sup>®</sup>), biscoitos doces ou bolachas doces, bolos, guloseimas (sorvete, chocolate, bala, chiclete, pirulito), etc.

- (0) Nunca.
- (1) Quase nunca.
- (2) 1 a 2 dias por semana.

- (3) 3 a 4 dias por semana.
- (4) 5 a 6 dias por semana.
- (5) Todos os dias (inclusive aos sábados e domingos).

**L\_5.2.** Você costuma “**beliscar**” (comer um lanche ou petisco) quando está assistindo à televisão, jogando videogame ou mexendo em um *smartphone*, *tablet* ou computador?

**Por exemplo:** pipoca, biscoitos salgados ou bolachas salgadas, “salgadinhos de pacote” (tipo “chips”), embutidos (presunto, mortadela, salsicha, salame, linguiça), sanduíches, pães de queijo, salgados fritos ou assados, pizzas, barras de cereal, cereais matinais (tipo Sucrillhos<sup>®</sup>), biscoitos doces ou bolachas doces, bolos, guloseimas (sorvete, chocolate, bala, chiclete, pirulito), etc.

- (0) Nunca.
- (1) Quase nunca.
- (2) Às vezes.
- (3) Frequentemente.
- (4) Sempre.

**L\_5.3.** Você costuma “**beliscar**” (comer um lanche ou petisco) quando está estudando ou fazendo a lição de casa?

**Por exemplo:** pipoca, biscoitos salgados ou bolachas salgadas, “salgadinhos de pacote” (tipo “chips”), embutidos (presunto, mortadela, salsicha, salame, linguiça), sanduíches, pães de queijo, salgados fritos ou assados, pizzas, barras de cereal, cereais matinais (tipo Sucrillhos<sup>®</sup>), biscoitos doces ou bolachas doces, bolos, guloseimas (sorvete, chocolate, bala, chiclete, pirulito), etc.

- (0) Nunca.
- (1) Quase nunca.
- (2) Às vezes.
- (3) Frequentemente.
- (4) Sempre.

## L\_6. Ato de cozinhar e participação no preparo das refeições para a família

**L\_6.1.** Você **sabe** cozinhar (mesmo que apenas algumas preparações simples e rápidas)?

**Obs.:** excluir pratos congelados (prontos para aquecer), macarrão “instantâneo” (tipo Miojo<sup>®</sup>) e montagem de sanduíches, hambúrgueres, cachorros-quentes ou pizzas, cujos ingredientes foram todos comprados prontos.

- (1) Sim.
- (2) Não.

**L\_6.2. Atualmente,** em geral, como você avalia a sua habilidade para cozinhar?

**Instrução:** entrevistador(a), leia as opções para o(a) participante e aguarde; não interfira na resposta!

- (1) Muito ruim.
- (2) Ruim.
- (3) Regular (mais ou menos).
- (4) Boa.
- (5) Muito boa.
- (888) Não sabe cozinhar.

**L\_6.3.** Você **gosta** de cozinhar?

- (1) Sim.
- (2) Não.

(888) Não sabe cozinhar.

**L\_6.4.** Com quem você aprendeu a cozinhar (mesmo que apenas algumas preparações simples erápidas)?

**Instrução:** entrevistador(a), marque **APENAS** uma resposta; o(a) participante deve considerar a principal pessoa ou fonte de informação para a sua aprendizagem.

- (1) Sozinho(a).
  - (2) Pai.
  - (3) Mãe.
  - (4) Avô.
  - (5) Avó.
  - (6) Irmão.
  - (7) Irmã.
  - (8) Namorado(a) ou esposo(a).
  - (9) Professor(a) da escola.
  - (10) Professor(a) do curso de culinária.
  - (11) Outro(a) parente [tio(a), primo(a), cunhado(a), etc.]
  - (12) Outra pessoa conhecida que não é parente [vizinho(a), amigo(a), colega da escola, etc.].
  - (13) Lendo jornais, revistas ou livros.
  - (14) Assistindo a programas de televisão.
  - (15) Na internet (em sites, aplicativos ou redes sociais).
- (888) Não sabe cozinhar.

**L\_6.5.** Onde você aprendeu a cozinhar?

**Instrução:** entrevistador(a), marque **APENAS** uma resposta; o(a) participante deve considerar a principal fonte de informação para a sua aprendizagem.

- (1) Na casa onde mora.
- (2) Na casa de alguém da família.
- (3) Na casa de alguma outra pessoa conhecida [vizinho(a), amigo(a), colega da escola, etc.].
- (4) Na escola.
- (5) Em um curso de culinária.
- (6) Lendo jornais, revistas ou livros.
- (7) Assistindo a programas de televisão.
- (8) Na internet (em sites, aplicativos ou redes sociais).
- (9) Em outro local.

**L\_6.5.9.** Se foi em **outro local**, qual? \_\_\_\_\_.

(888) Não sabe cozinhar.

**L\_6.6.** Você gostaria de aprender mais sobre culinária e o preparo das refeições?

- (1) Sim.
  - (2) Não.
- (888) Não sabe cozinhar.

**L\_6.7.** Você tem o hábito de preparar **sozinho(a)** alguma refeição em casa?

**Obs.:** excluir pratos congelados (prontos para aquecer), macarrão “instantâneo” (tipo Miojo®) e montagem de sanduíches, hambúrgueres, cachorros-quentes ou pizzas, cujos ingredientes foram todos comprados prontos.

- (0) Nunca.
- (1) Quase nunca.
- (2) 1 a 2 dias por semana.
- (3) 3 a 4 dias por semana.
- (4) 5 a 6 dias por semana.
- (5) Todos os dias (inclusive aos sábados e domingos).
- (888) Não sabe cozinhar.

**L\_6.8.** Quais refeições você geralmente prepara sozinho(a) em casa?

**Instrução:** entrevistador(a), marque **APENAS** uma resposta; o(a) participante deve considerar a opção que contemple as práticas mais comuns do seu dia a dia.

- (1) Apenas lanches (da manhã, da tarde e/ou da noite).
- (2) Apenas refeições principais (café-da-manhã, almoço e/ou jantar).
- (3) Apenas petiscos para “beliscar” em horários bem próximos das refeições principais.
- (4) Lanches e petiscos.
- (5) Lanches e refeições principais.
- (6) Lanches, petiscos e refeições principais. (777) Nunca prepara sozinho(a) alguma refeição. (888) Não sabe cozinhar.

**L\_6.9.** Quando você prepara sozinho(a) alguma refeição em casa, geralmente é só para você comer, para algumas pessoas ou para toda a sua família?

- (1) Só para você.
- (2) Para algumas pessoas.
- (3) Para toda a família.
- (777) Nunca prepara sozinho(a) alguma refeição.
- (888) Não sabe cozinhar.

**L\_6.10.** Se você não sabe cozinhar, gostaria de aprender?

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (888) Sabe cozinhar.

**L\_6.11.** Você costuma ajudar alguém da sua casa [pai ou padrasto, mãe ou madrasta, irmão(ões), irmã(ãs), avós, etc.] a planejar as refeições que a sua família irá comer?

- (0) Nunca.
- (1) Quase nunca.
- (2) 1 a 2 dias por semana.
- (3) 3 a 4 dias por semana.
- (4) 5 a 6 dias por semana.
- (5) Todos os dias (inclusive aos sábados e domingos).

**L\_6.12.** Você costuma ajudar alguém da sua casa [pai ou padrasto, mãe ou madrasta, irmão(ões), irmã(ãs), avós, etc.] a adquirir ou escolher alimentos e/ou bebidas em mercearias, mercados, supermercados, quitandas ou feiras?

**Instrução:** o(a) participante deve considerar que “adquirir ou escolher” tem o sentido de ajudar a família com a compra de alimentos e/ou bebidas, mas sem levar em consideração contribuições financeiras.



- (0) Nunca.
- (1) Quase nunca.
- (2) 1 a 2 dias por semana.
- (3) 3 a 4 dias por semana.
- (4) 5 a 6 dias por semana.
- (5) Todos os dias (inclusive aos sábados e domingos).

**L\_6.13.** Você costuma ajudar alguém da sua casa [pai ou padrasto, mãe ou madrasta, irmão(ãos), irmã(ãs), avós, etc.] a **preparar os alimentos**, seja antes, durante ou depois de cada refeição?

**Por exemplo:**

- *antes: cortar, temperar, separar ingredientes, arrumar a mesa, etc.;*
- *durante: cozinhar, controlar o tempo, mexer a comida, etc.;*
- *depois: tirar a mesa, lavar a louça, etc.*

- (0) Nunca.
- (1) Quase nunca.
- (2) 1 a 2 dias por semana.
- (3) 3 a 4 dias por semana.
- (4) 5 a 6 dias por semana.
- (5) Todos os dias (inclusive aos sábados e domingos).

## L\_7. Comportamento alimentar e publicidade

**L\_7.1.** Quem geralmente decide quais alimentos você irá comer?

**Instrução:** *entrevistador(a), marque **APENAS** uma resposta; o(a) participante deve considerar a opção que refere-se à circunstância mais comum do seu dia a dia.*

- (1) Você mesmo decide e compra todos os alimentos que quer comer.
- (2) Você pede para os seus pais (ou responsáveis) comprarem alguns alimentos que você quer comer.
- (3) Seus pais (ou responsáveis) pedem que você diga a eles alguns alimentos que quer comer.
- (4) Seus pais (ou responsáveis) não pedem a sua opinião, geralmente eles decidem sozinho e compram todos os alimentos para você comer.

**L\_7.2.** Você geralmente **tem vontade de comprar determinados alimentos** devido a descontos e promoções (por exemplo: compre 1, leve 2) ou pela presença de um brinde?

- (0) Nunca.
- (1) Quase nunca.
- (2) Às vezes.
- (3) Frequentemente.
- (4) Sempre.

**L\_7.3.** Você geralmente **tem vontade de comer determinados alimentos** ao visualizar suas propagandas em jornais, revistas, televisão e/ou internet?

- (0) Nunca.
- (1) Quase nunca.
- (2) Às vezes.
- (3) Frequentemente.
- (4) Sempre.

**L\_7.4.** Você geralmente compra determinados alimentos após visualizar suas propagandas em jornais, revistas, televisão e/ou internet?

- (0) Nunca.
- (1) Quase nunca.
- (2) Às vezes.
- (3) Frequentemente.
- (4) Sempre.

## L\_8. Consumo de sal de adição, adoçantes e alimentos ultraprocessados

**L\_8.1.** Você tem o hábito de adicionar sal na comida pronta, no seu prato (sem contar a salada)?

- (0) Nunca.
- (1) Quase nunca.
- (2) Às vezes.
- (3) Frequentemente.
- (4) Sempre.

**L\_8.2.** Você tem o hábito de adicionar temperos prontos em pó na comida pronta, no seu prato, ou em lanches e petiscos?

*Por exemplo: Fondor<sup>®</sup>, Sazon<sup>®</sup>, Kitano<sup>®</sup>, temperos de macarrão “instantâneo” (tipo Miojo<sup>®</sup> ou Cup Noodles<sup>®</sup>), etc.*

- (0) Nunca.
- (1) Quase nunca.
- (2) Às vezes.
- (3) Frequentemente.
- (4) Sempre.

**L\_8.3.** Você tem o hábito de utilizar adoçantes?

- (0) Nunca.
- (1) Quase nunca.
- (2) Às vezes.
- (3) Frequentemente.
- (4) Sempre.

**L\_8.4.** Você geralmente consome alimentos e/ou bebidas light / diet / zero?

- (0) Nunca.
- (1) Quase nunca.
- (2) 1 a 2 dias por semana.
- (3) 3 a 4 dias por semana.
- (4) 5 a 6 dias por semana.
- (5) Todos os dias (inclusive aos sábados e domingos).

**L\_8.5.** Você geralmente consome alimentos que são comprados prontos para comer ou aquecer, de sabor salgado, vendidos por ambulantes ou em mercearias, mercados e supermercados?

*Por exemplo: “salgadinhos de pacote” (tipo “chips”), sopas em pó, maioneses e molhos industrializados (ketchup, mostarda, etc.), embutidos (presunto, mortadela, salsicha, salame, linguiça), macarrão*

“instantâneo” (tipo Miojo<sup>®</sup> ou Cup Noodles<sup>®</sup>), nhoque ou outras massas refrigeradas, lasanhas congeladas, pizzas congeladas, pães de queijo congelados, frango empanado congelado (tipo nuggets), hambúrgueres de caixinha, pratos congelados (prontos para aquecer), etc.

- (0) Nunca.
- (1) Quase nunca.
- (2) 1 a 2 dias por semana.
- (3) 3 a 4 dias por semana.
- (4) 5 a 6 dias por semana.
- (5) Todos os dias (inclusive aos sábados e domingos).

**L\_8.6.** Você geralmente consome alimentos que são comprados prontos ou semiprontos, de sabor doce (sem contar as bebidas industrializadas), vendidos por ambulantes ou em mercearias, mercados e supermercados?

*Por exemplo:* bolos prontos (tipo Pullman<sup>®</sup> ou Ana Maria<sup>®</sup>), misturas prontas para bolos e outras sobremesas industrializadas, cereais matinais (tipo Sucrillhos<sup>®</sup>), tortas doces congeladas (tipo Miss Daisy<sup>®</sup>), barras de cereal, biscoitos doces ou bolachas doces, guloseimas (sorvete, chocolate, bala, chiclete, pirulito), etc.

- (0) Nunca.
- (1) Quase nunca.
- (2) 1 a 2 dias por semana.
- (3) 3 a 4 dias por semana.
- (4) 5 a 6 dias por semana.
- (5) Todos os dias (inclusive aos sábados e domingos).

**L\_8.7.** Você geralmente consome alimentos prontos para comer que são vendidos por ambulantes ou em lanchonetes e restaurantes fast-food (tipo Subway<sup>®</sup>, McDonald's<sup>®</sup>, Bob's<sup>®</sup>, Burger King<sup>®</sup>, Habib's<sup>®</sup>)?

*Por exemplo:* sanduíches, hambúrgueres, cachorros-quentes, salgados fritos ou assados (coxinha, quibe, pastel, empada, esfirra, pão de queijo, pizza), etc.

- (0) Nunca.
- (1) Quase nunca.
- (2) 1 a 2 dias por semana.
- (3) 3 a 4 dias por semana.
- (4) 5 a 6 dias por semana.
- (5) Todos os dias (inclusive aos sábados e domingos).

**L\_8.8.** Quantos copos de água você toma por dia, aproximadamente?

- (0) Nenhum.
- (1) 1 a 2 copos por dia.
- (2) 3 a 4 copos por dia.
- (3) 5 a 6 copos por dia.
- (4) 7 a 8 copos por dia.
- (5) Mais de 8 copos por dia.

**L\_8.8.5.** Se mais de 8 copos, especifique: \_\_\_\_\_ copos por dia.

**L\_8.9.** Você tem o hábito de tomar refrigerante?

- (0) Nunca.
- (1) Quase nunca.
- (2) 1 a 2 dias por semana.
- (3) 3 a 4 dias por semana.
- (4) 5 a 6 dias por semana.
- (5) Todos os dias (inclusive aos sábados e domingos).

**L\_8.10.** Quantos copos de **refrigerante** você toma **por dia**, aproximadamente?

- (1) 1 a 2 copos por dia.
- (2) 3 a 4 copos por dia.
- (3) 5 a 6 copos por dia.
- (4) 7 a 8 copos por dia.
- (5) Mais de 8 copos por dia.

**L\_8.10.5.** Se **mais de 8 copos**, especifique: \_\_\_\_\_ copos por dia.

**(888)** Nunca toma refrigerante.

**L\_8.11.** Você tem o hábito de tomar **bebidas industrializadas** (sem contar o refrigerante)?

**Por exemplo:** refrescos em pó (tipo Tang<sup>®</sup> ou Ki-Suco<sup>®</sup>), sucos de caixinha ou em lata (tipo Del Valle<sup>®</sup> ou Tropicana<sup>®</sup>), chás gelados, águas com sabor, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná ou groselha, bebidas achocolatadas (tipo Toddy<sup>®</sup> ou Toddyho<sup>®</sup>) ou iogurtes com sabor de frutas, etc.

- (0) Nunca.
- (1) Quase nunca.
- (2) 1 a 2 dias por semana.
- (3) 3 a 4 dias por semana.
- (4) 5 a 6 dias por semana.
- (5) Todos os dias (inclusive aos sábados e domingos).

**L\_8.12.** Quantos copos de **bebidas industrializadas** (sem contar o refrigerante) você toma **por dia**, aproximadamente?

**Por exemplo:** refrescos em pó (tipo Tang<sup>®</sup> ou Ki-Suco<sup>®</sup>), sucos de caixinha ou em lata (tipo Del Valle<sup>®</sup> ou Tropicana<sup>®</sup>), chás gelados, águas com sabor, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná ou groselha, bebidas achocolatadas (tipo Toddy<sup>®</sup> ou Toddyho<sup>®</sup>) ou iogurtes com sabor de frutas, etc.

- (1) 1 a 2 copos por dia.
- (2) 3 a 4 copos por dia.
- (3) 5 a 6 copos por dia.
- (4) 7 a 8 copos por dia.
- (5) Mais de 8 copos por dia.

**L\_8.12.5.** Se **mais de 8 copos**, especifique: \_\_\_\_\_ copos por dia.

**(888)** Nunca toma bebidas industrializadas.

## L\_9. Alimentação na escola e no entorno

**L\_9.1.** Você consome a merenda (ou o almoço) que é oferecida pela escola?

- (0) Nunca.
  - (1) Quase nunca.
  - (2) 1 a 2 dias por semana.
  - (3) 3 a 4 dias por semana.
  - (4) Todos os dias (de segunda a sexta-feira).
- (999)** Não se aplica (a escola **não oferece merenda ou almoço**).

**L\_9.2.** Você compra **alimentos e/ou bebidas** na **porta principal da escola ou em locais próximos dela**, nos horários de começo, intervalo e término das aulas, de algum vendedor ambulante, carrocinha de venda de alimentos, lanchonete ou outro estabelecimento comercial?

- (0) Nunca.
- (1) Quase nunca.
- (2) 1 a 2 dias por semana.
- (3) 3 a 4 dias por semana.
- (4) Todos os dias (de segunda a sexta-feira).

**L\_9.3.** Qual tipo de alimento você geralmente compra na porta principal da escola ou em locais próximos dela nos horários de começo, intervalo e término das aulas?

**Instrução:** entrevistador(a), marque **APENAS** uma resposta; o(a) participante deve considerar o tipo de alimento que ele(a) mais compra no seu dia a dia.

- (1) Frutas frescas ou salada de frutas (**obs.:** excluir suco natural de frutas).
- (2) Frutas secas, castanhas ou nozes.
- (3) Sanduíches naturais.
- (4) Sanduíches tipo misto-quente, cachorro-quente, hambúrguer, etc.
- (5) Pipoca.
- (6) Biscoitos salgados ou bolachas salgadas (tipo Club Social<sup>®</sup>, torradinhas industrializadas, etc.).
- (7) “Salgadinhos de pacote” (tipo “chips”).
- (8) Salgados fritos ou assados (coxinha, quibe, pastel, empada, esfirra, pão de queijo, pizza, etc.).
- (9) Barras de cereal.
- (10) Biscoitos doces ou bolachas doces (com ou sem recheio).
- (11) Bolinhos industrializados “de pacote” (tipo Ana Maria<sup>®</sup>).
- (12) Guloseimas (sorvete, chocolate, bala, chiclete, pirulito, etc.).
- (13) Outro.

**L\_9.3.13.** Se for outro alimento, qual? \_\_\_\_\_.

(999) Nunca compra alimentos fora da escola nos horários de começo, intervalo e término das aulas.

**L\_9.4.** Qual tipo de bebida você geralmente compra na porta principal da escola ou em locais próximos dela nos horários de começo, intervalo e término das aulas?

**Instrução:** entrevistador(a), marque **APENAS** uma resposta; o(a) participante deve considerar o tipo de bebida que ele(a) mais compra no seu dia a dia.

- (1) Café puro.
- (2) Café com leite (**obs.:** excluir “leite de soja”).
- (3) Leite puro (**obs.:** excluir “leite de soja”).
- (4) Leite com achocolatado (tipo Toddy<sup>®</sup>; **obs.:** excluir “leite de soja”).
- (5) Leite fermentado (tipo Yakult<sup>®</sup>).
- (6) Iogurte natural (sem sabor).
- (7) Suco natural de frutas.
- (8) Vitamina de frutas.
- (9) Bebidas industrializadas (sem contar o refrigerante e o leite fermentado) [refrescos em pó, (tipo Tang<sup>®</sup> ou Ki-Suco<sup>®</sup>), sucos de caixinha ou em lata (tipo Del Valle<sup>®</sup> ou Tropicana<sup>®</sup>), chás gelados, águas com sabor, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná ou groselha, bebidas achocolatadas (tipo Toddyho<sup>®</sup>) ou iogurtes com sabor de frutas, etc.].
- (10) Refrigerante.
- (11) Outra.

**L\_9.4.11.** Se for **outra** bebida, qual? \_\_\_\_\_.

**(999)** Nunca compra bebidas fora da escola nos horários de começo, intervalo e término das aulas.

## L\_10. Uso de suplemento ou polivitamínico

**L\_10.1.** **Atualmente**, você toma algum suplemento ou polivitamínico?

(1) Sim.

**L\_10.1.1.** Se **sim**, de qual tipo ou marca? \_\_\_\_\_.

(2) Não.

**L\_10.2.** Quantas vezes **por semana** você toma esse suplemento ou polivitamínico?

(1) Quase nunca.

(2) 1 a 2 dias por semana.

(3) 3 a 4 dias por semana.

(4) 5 a 6 dias por semana.

(5) Todos os dias (inclusive aos sábados e domingos).

**(888)** Não toma suplemento ou polivitamínico.

**L\_10.3.** Há quanto tempo você toma esse suplemento ou polivitamínico?

(1) Há menos de 1 mês.

(2) Entre 1 a 3 meses.

(3) Entre 4 a 6 meses.

(4) Entre 6 meses a 1 ano.

(5) Há mais de 1 ano.

**(888)** Não toma suplemento ou polivitamínico.

**L\_10.4.** Você tem o acompanhamento de algum(a) profissional de saúde para tomar esse suplemento ou polivitamínico?

(1) Sim.

**L\_10.4.1.** Se **sim**, qual o(a) profissional?

(1) Educador(a) físico(a).

(2) Nutricionista.

(3) Médico(a).

(4) Outro(a).

**L\_10.4.1.4.** Se for **outro(a)** profissional, qual? \_\_\_\_\_.

(2) Não.

**(888)** Não toma suplemento ou polivitamínico.

## L\_11. Prática de algum tipo de dieta

**L\_11.1.** **Atualmente**, você está fazendo dieta?

(1) Sim.

(2) Não.

**L\_11.2.** Você tem o acompanhamento de algum(a) profissional de saúde para fazer essa dieta?

(1) Sim.

L\_11.2.1. Se **sim**, qual o(a) profissional?

- (1) Educador(a) físico(a).
- (2) Nutricionista.
- (3) Médico(a).
- (4) Outro(a).

L\_11.2.1.4. Se for **outro(a)** profissional, qual? \_\_\_\_\_.

- (2) Não.
- (888) Não está fazendo dieta.

L\_11.3. **Alguma vez na vida** (sem contar atualmente), você já fez dieta?

- (1) Sim.
- (2) Não.

L\_11.4. Você teve o acompanhamento de algum(a) profissional de saúde para fazer algumadieta?

- (1) Sim.

L\_11.4.1. Se **sim**, qual o(a) profissional?

- (1) Educador(a) físico(a).
- (2) Nutricionista.
- (3) Médico(a).
- (4) Outro(a).

L\_11.4.1.4. Se for **outro(a)** profissional, qual? \_\_\_\_\_.

- (2) Não.
- (888) Nunca fez dieta.

## BLOCO M

## ATIVIDADE FÍSICA

**As próximas perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física em uma semana habitual.**

**Instruções:** entrevistador(a), para responder as questões, resalte para o(a) participante que:

- atividades **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal;
- atividades **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal.

**Obs.:** o tempo em minutos deve ser calculado a partir das horas de atividade física que o(a) participante relatar.

**Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza por PELOMENOS 10 minutos contínuos de cada vez.**

### M\_1. Atividades vigorosas

**M\_1.1.** Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades **VIGOROSAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que faça você suar **bastante** ou aumentem **muito** sua respiração ou batimentos do coração.

- (0) Nenhum.

\_\_\_\_\_ dias por semana.

**M\_1.2.** Nos dias em que você faz essas atividades **VIGOROSAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gasta fazendo essas atividades **por dia**?

Tempo em minutos: \_\_\_\_\_. **Formato:** MM ou MMM . **Obs.:** 1 hora = 60 minutos.

## M\_2. Atividades moderadas

**M\_2.1.** Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades **MODERADAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos em casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que faça você suar leve ou aumente **moderadamente** sua respiração ou batimentos do coração.

**Obs.:** por favor, não inclua caminhada.

(0) Nenhum.

\_\_\_\_\_ dias por semana.

**M\_2.2.** Nos dias em que você faz essas atividades **MODERADAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gasta fazendo essas atividades **por dia**?

Tempo em minutos: \_\_\_\_\_. **Formato:** MM ou MMM . **Obs.:** 1 hora = 60 minutos.

## M\_3. Caminhada

**M\_3.1.** Em quantos dias de uma semana normal você **CAMINHA** por pelo menos 10 minutos contínuos em casa, na escola ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

(0) Nenhum.

\_\_\_\_\_ dias por semana.

**M\_3.2.** Nos dias em que você **CAMINHA** por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gasta caminhando **por dia**?

Tempo em minutos: \_\_\_\_\_. **Formato:** MM ou MMM . **Obs.:** 1 hora = 60 minutos.

## M\_4. ATIVIDADES SEDENTÁRIAS

Essas perguntas são sobre o tempo total que você gasta sentado, seja em casa, na escola, no trabalho e durante o tempo livre. Isto inclui o tempo que você gasta sentado(a) no escritório ou estudando, fazendo lição de casa, visitando amigos(as), lendo e sentado(a) ou deitado(a) assistindo à televisão.

**M\_4.1.** Quanto tempo **por dia** você fica sentado(a) em um dia da semana?

Tempo em minutos: \_\_\_\_\_. **Formato:** MM ou MMM . **Obs.:** 1 hora = 60 minutos.



**M\_4.2.** Quanto tempo **por dia** você fica sentado(a) no final de semana?

Tempo em minutos: \_\_\_\_\_. **Formato:** MM ou MMM. **Obs.:** 1 hora = 60 minutos.

## M\_5. Prática regular de esporte ou exercício físico

**As últimas perguntas deste bloco são sobre a prática regular de esporte ou exercício físico.**

---

**M\_5.1.** **Considerando os últimos 12 meses**, você pratica **regularmente** esporte ou exercício físico em casa, rua, praça, parque, clube, academia ou escola de esporte?

- (1) Sim.
- (2) Não.

**M\_5.2.** Qual esporte ou exercício físico você pratica **regularmente**?

**Instrução:** entrevistador(a), marque **APENAS** uma resposta; o(a) participante deve considerar o esporte ou exercício físico principal que ele(a) pratica regularmente.

- (1) Musculação (ginástica em academia).
- (2) Caminhada como forma de exercício físico.
- (3) Caminhada como meio de transporte [ir à escola, ao trabalho, à casa de amigos(as), etc.].
- (4) Corrida.
- (5) Bicicleta como forma de exercício físico.
- (6) Bicicleta como meio de transporte [ir à escola, ao trabalho, à casa de amigos(as), etc.].
- (7) Skate ou patins.
- (8) Atletismo.
- (9) Ginástica olímpica ou rítmica.
- (10) Natação.
- (11) Dança (*jazz, ballet*, dança moderna ou outros tipos de dança).
- (12) Judô, karatê, capoeira ou outras lutas.
- (13) Futebol.
- (14) Futsal.
- (15) Basquete.
- (16) Vôlei.
- (17) Handebol.
- (18) Tênis de quadra, tênis de mesa ou *ping pong*.
- (19) Outro.

**M\_5.2.19.** Se for **outro** esporte ou exercício físico, qual? \_\_\_\_\_.

**(888)** Não pratica esporte ou exercício físico frequentemente.

**M\_5.3.** Quantas vezes **por semana** você pratica esse esporte ou exercício físico?

- (1) 1 vez por semana.
- (2) 2 vezes por semana.
- (3) 3 vezes por semana.
- (4) 4 vezes por semana.
- (5) 5 vezes por semana.
- (6) 6 vezes por semana.
- (7) 7 vezes por semana (todos os dias, inclusive aos sábados e domingos).

(888) Não pratica esporte ou exercício físico frequentemente.

**M\_5.4.** Quantas horas **por dia** você pratica esse esporte ou exercício físico?

- (1) Cerca de meia hora.
- (2) Cerca de 1 hora.
- (3) Cerca de 1 hora e meia.
- (4) Cerca de 2 horas.
- (5) Cerca de 2 horas e meia.
- (6) Cerca de 3 horas ou mais.

**M\_5.4.6.** Se **mais de 3 horas**, especifique: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_. **Formato:** *HH : MM*.

(888) Não pratica esporte ou exercício físico frequentemente.

**M\_5.5.** **Atualmente**, você participa das aulas de Educação Física na escola?

- (1) Sim.
- (2) Não.

**M\_5.6.** Quantas vezes **por semana** você realiza essas aulas de Educação Física na escola?

- (1) Raramente.
- (2) 1 vez por semana.
- (3) 2 vezes por semana.
- (4) 3 vezes por semana.
- (5) 4 vezes por semana.
- (6) 5 vezes por semana (todos os dias, de segunda a sexta-feira).

(888) Não participa das aulas de Educação Física na escola.

**M\_5.7.** Qual a **duração** de **cada uma** dessas aulas de Educação Física na escola?

- (1) Cerca de meia hora.
- (2) Cerca de 1 hora.
- (3) Cerca de 1 hora e meia.
- (4) Cerca de 2 horas.
- (5) Cerca de 2 horas e meia.
- (6) Cerca de 3 horas ou mais.

**M\_5.7.6.** Se **mais de 3 horas**, especifique: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_. **Formato:** *HH : MM*.

(888) Não participa das aulas de Educação Física na escola.

**BLOCO N**

**TEMPO DE TELA**

As próximas perguntas referem-se ao tempo que você gasta assistindo à televisão, jogando videogame e utilizando um *smartphone*, *tablet* ou computador. Suas respostas devem indicar as informações mais exatas da maioria dos dias de uma semana típica ou habitual.

**N\_1. Tempo de tela nos dias de semana (de segunda a sexta-feira)**

**N\_1.1.** Quantas horas **por dia** você geralmente gasta **assistindo** a vídeos, programas de televisão, novelas, filmes e/ou séries (incluindo o uso de plataformas de *streaming*, como a Netflix®) nos **dias de semana** (de segunda a sexta-feira)?

- (0) Nenhuma.
- (1) Cerca de meia hora.

- (2) Cerca de 1 hora.
- (3) Cerca de 1 hora e meia.
- (4) Cerca de 2 horas.
- (5) Cerca de 2 horas e meia.
- (6) Cerca de 3 horas.
- (7) Cerca de 3 horas e meia.
- (8) Cerca de 4 horas.
- (9) Cerca de 4 horas e meia.
- (10) Cerca de 5 horas.
- (11) Cerca de 5 horas e meia.
- (12) Cerca de 6 horas.
- (13) Cerca de 6 horas e meia.
- (14) Cerca de 7 horas.
- (15) Cerca de 7 horas e meia.
- (16) Cerca de 8 horas ou mais.

**N\_1.1.16.** Se **mais de 8 horas**, especifique: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_. **Formato:** HH : MM.

**N\_1.2.** Quantas horas **por dia** você geralmente gasta **jogando** em um *smartphone*, *tablet*, computador e/ou videogame (por exemplo: PlayStation®, Xbox®, etc.) nos **dias de semana** (de segunda a sexta-feira)?

- (0) Nenhuma.
- (1) Cerca de meia hora.
- (2) Cerca de 1 hora.
- (3) Cerca de 1 hora e meia.
- (4) Cerca de 2 horas.
- (5) Cerca de 2 horas e meia.
- (6) Cerca de 3 horas.
- (7) Cerca de 3 horas e meia.
- (8) Cerca de 4 horas.
- (9) Cerca de 4 horas e meia.
- (10) Cerca de 5 horas.
- (11) Cerca de 5 horas e meia.
- (12) Cerca de 6 horas.
- (13) Cerca de 6 horas e meia.
- (14) Cerca de 7 horas.
- (15) Cerca de 7 horas e meia.
- (16) Cerca de 8 horas ou mais.

**N\_1.2.16.** Se **mais de 8 horas**, especifique: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_. **Formato:** HH : MM.

**N\_1.3.** Quantas horas **por dia** você geralmente gasta utilizando um *smartphone*, *tablet* e/ou computador para outras finalidades, que **não seja jogar** (por exemplo: ler notícias, conversar ou navegar na internet por meio de sites, aplicativos e redes sociais; enviar e-mails; estudar ou fazer lição de casa, etc.), nos **dias de semana** (de segunda a sexta-feira)?

- (0) Nenhuma.
- (1) Cerca de meia hora.
- (2) Cerca de 1 hora.
- (3) Cerca de 1 hora e meia.
- (4) Cerca de 2 horas.
- (5) Cerca de 2 horas e meia.
- (6) Cerca de 3 horas.

- (7) Cerca de 3 horas e meia.
- (8) Cerca de 4 horas.
- (9) Cerca de 4 horas e meia.
- (10) Cerca de 5 horas.
- (11) Cerca de 5 horas e meia.
- (12) Cerca de 6 horas.
- (13) Cerca de 6 horas e meia.
- (14) Cerca de 7 horas.
- (15) Cerca de 7 horas e meia.
- (16) Cerca de 8 horas ou mais.

N\_1.3.16. Se **mais de 8 horas**, especifique: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_. **Formato:** *HH : MM*.

**N\_1.4.** Você costuma utilizar um *smartphone* ou *tablet* após às 21h nos **dias de semana** (de segunda a sexta-feira)?

- (0) Nunca.
- (1) Quase nunca.
- (2) Às vezes.
- (3) Frequentemente.
- (4) Sempre.

## N\_2. Tempo de tela nos dias do fim de semana (aos sábados e domingos)

**N\_2.1.** Quantas horas **por dia** você geralmente gasta **assistindo** a vídeos, programas de televisão, novelas, filmes e/ou séries (incluindo o uso de plataformas de *streaming*, como a Netflix®) nos **dias do fim de semana** (aos sábados e domingos)?

- (0) Nenhuma.
- (1) Cerca de meia hora.
- (2) Cerca de 1 hora.
- (3) Cerca de 1 hora e meia.
- (4) Cerca de 2 horas.
- (5) Cerca de 2 horas e meia.
- (6) Cerca de 3 horas.
- (7) Cerca de 3 horas e meia.
- (8) Cerca de 4 horas.
- (9) Cerca de 4 horas e meia.
- (10) Cerca de 5 horas.
- (11) Cerca de 5 horas e meia.
- (12) Cerca de 6 horas.
- (13) Cerca de 6 horas e meia.
- (14) Cerca de 7 horas.
- (15) Cerca de 7 horas e meia.
- (16) Cerca de 8 horas ou mais.

N\_2.1.16. Se **mais de 8 horas**, especifique: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_. **Formato:** *HH : MM*.

**N\_2.2.** Quantas horas **por dia** você geralmente gasta **jogando** em um *smartphone*, *tablet*, computador e/ou videogame (por exemplo: PlayStation®, Xbox®, etc.) nos **dias do fim de semana** (aos sábados e domingos)?

- (0) Nenhuma.
- (1) Cerca de meia hora.
- (2) Cerca de 1 hora.
- (3) Cerca de 1 hora e meia.
- (4) Cerca de 2 horas.
- (5) Cerca de 2 horas e meia.

- (6) Cerca de 3 horas.
- (7) Cerca de 3 horas e meia.
- (8) Cerca de 4 horas.
- (9) Cerca de 4 horas e meia.
- (10) Cerca de 5 horas.
- (11) Cerca de 5 horas e meia.
- (12) Cerca de 6 horas.
- (13) Cerca de 6 horas e meia.
- (14) Cerca de 7 horas.
- (15) Cerca de 7 horas e meia.
- (16) Cerca de 8 horas ou mais.

**N\_2.2.16.** Se **mais de 8 horas**, especifique: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_. **Formato:** *HH : MM*.

**N\_2.3.** Quantas horas **por dia** você geralmente gasta utilizando um *smartphone*, *tablet* e/ou computador para outras finalidades, que **não seja jogar** (por exemplo: ler notícias, conversar ou navegar na internet por meio de sites, aplicativos e redes sociais; enviar e-mails; estudar ou fazer a lição de casa, etc.), nos **dias do fim de semana** (aos sábados e domingos)?

- (0) Nenhuma.
- (1) Cerca de meia hora.
- (2) Cerca de 1 hora.
- (3) Cerca de 1 hora e meia.
- (4) Cerca de 2 horas.
- (5) Cerca de 2 horas e meia.
- (6) Cerca de 3 horas.
- (7) Cerca de 3 horas e meia.
- (8) Cerca de 4 horas.
- (9) Cerca de 4 horas e meia.
- (10) Cerca de 5 horas.
- (11) Cerca de 5 horas e meia.
- (12) Cerca de 6 horas.
- (13) Cerca de 6 horas e meia.
- (14) Cerca de 7 horas.
- (15) Cerca de 7 horas e meia.
- (16) Cerca de 8 horas ou mais.

**N\_2.3.16.** Se **mais de 8 horas**, especifique: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_. **Formato:** *HH : MM*.

**N\_2.4.** Você costuma utilizar um *smarthphone* ou *tablet* após às 21h nos **dias do fim de semana** (aos sábados e domingos)?

- (0) Nunca.
- (1) Quase nunca.
- (2) Às vezes.
- (3) Frequentemente.
- (4) Sempre.

**BLOCO O**

**QUALIDADE DO SONO**

As próximas perguntas são relativas aos seus hábitos de sono durante o **último mês**.

Suas respostas devem indicar a lembrança mais exata da maioria dos dias e noites do **último mês**.

**1ª seção: horas de sono nos dias de semana (de segunda a sexta-feira)**

**O\_1.** Durante o último mês, quando você geralmente foi para a cama à noite nos dias de semana (de segunda a sexta-feira)?

Hora usual de deitar: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_. **Formato:** HH : MM.

**O\_2.** Quanto tempo (em minutos) você geralmente levou para dormir à noite nos dias de semana (de segunda a sexta-feira)?

Tempo em minutos: \_\_\_\_\_. **Formato:** MM ou MMM.

**O\_3.** Quando você geralmente levantou da cama nos dias de semana comuns (de segunda a sexta-feira)?

Hora usual de levantar: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_. **Formato:** HH : MM.

**O\_4.** Quantas horas de sono você teve por noite, aproximadamente, nos dias de semana (de segunda a sexta-feira)?

**Obs.:** *pode ser diferente do número de horas que você ficou na cama.*

Horas de sono por noite: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_. **Formato:** HH : MM.

**2ª seção: horas de sono nos dias do fim de semana (aos sábados e domingos)**

**O\_5.** Durante o último mês, quando você geralmente foi para a cama à noite nos dias do fim de semana (aos sábados e domingos)?

Hora usual de deitar: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_. **Formato:** HH : MM.

**O\_6.** Quanto tempo (em minutos) você geralmente levou para dormir à noite nos dias do fim de semana (aos sábados e domingos)?

Tempo em minutos: \_\_\_\_\_. **Formato:** MM ou MMM.

**O\_7.** Quando você geralmente levantou da cama nos dias do fim de semana (aos sábados e domingos)?

Hora usual de levantar: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_. **Formato:** HH : MM.

**O\_8.** Quantas horas de sono você teve por noite, aproximadamente, nos dias do fim de semana (aos sábados e domingos)?

**Obs.:** *pode ser diferente do número de horas que você ficou na cama.*

Horas de sono por noite: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_. **Formato:** HH : MM.

**3ª seção: dificuldade de dormir**

**O\_9.** Durante o último mês, com que frequência você teve dificuldade de dormir porque você...

**O\_9.1.**

Não conseguiu adormecer em até 30 minutos?

- (0) Nenhuma no último mês.
- (1) Menos de 1 vez por semana.
- (2) 1 ou 2 vezes por semana.
- (3) 3 ou mais vezes por semana.

**O\_9.2.**

Acordou no meio da noite ou de manhã cedo?

- (0) Nenhuma no último mês.
- (1) Menos de 1 vez por semana.
- (2) 1 ou 2 vezes por semana.
- (3) 3 ou mais vezes por semana.

**O\_9.3.**           Precisou levantar para ir ao banheiro?

- (0) Nenhuma no último mês.
- (1) Menos de 1 vez por semana.
- (2) 1 ou 2 vezes por semana.
- (3) 3 ou mais vezes por semana.

**O\_9.4.**           Não conseguiu respirar confortavelmente?

- (0) Nenhuma no último mês.
- (1) Menos de 1 vez por semana.
- (2) 1 ou 2 vezes por semana.
- (3) 3 ou mais vezes por semana.

**O\_9.5.**           Tossiu ou roncou forte?

- (0) Nenhuma no último mês.
- (1) Menos de 1 vez por semana.
- (2) 1 ou 2 vezes por semana.
- (3) 3 ou mais vezes por semana.

**O\_9.6.**           Sentiu muito frio?

- (0) Nenhuma no último mês.
- (1) Menos de 1 vez por semana.
- (2) 1 ou 2 vezes por semana.
- (3) 3 ou mais vezes por semana.

**O\_9.7.**           Sentiu muito calor?

- (0) Nenhuma no último mês.
- (1) Menos de 1 vez por semana.
- (2) 1 ou 2 vezes por semana.
- (3) 3 ou mais vezes por semana.

**O\_9.8.**           Teve sonhos ruins?

- (0) Nenhuma no último mês.
- (1) Menos de 1 vez por semana.
- (2) 1 ou 2 vezes por semana.
- (3) 3 ou mais vezes por semana.

**O\_9.9.**           Teve dor?

- (0) Nenhuma no último mês.
- (1) Menos de 1 vez por semana.
- (2) 1 ou 2 vezes por semana.
- (3) 3 ou mais vezes por semana.

**O\_9.10.** Durante o último mês, você teve dificuldade para dormir devido à **outra razão?**

- (1) Sim.
- (2) Não.

**O\_9.10.2. Durante o último mês,** com que frequência você teve dificuldade para dormir devido a essa **outra razão?**

- (0) Nenhuma no último mês.
- (1) Menos de 1 vez por semana.
- (2) 1 ou 2 vezes por semana.

**O\_9.10.1.** Qual **outra razão?** Por favor, descreva: \_\_\_\_\_.

#### **4ª seção: qualidade geral do sono e sonolência**

**O\_10. Durante o último mês,** como você classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral?

- (1) Muito boa.
- (2) Boa.
- (3) Ruim.
- (4) Muito ruim.

**O\_11. Durante o último mês,** com que frequência você tomou medicamento (prescrito ou “por conta própria”) para lhe ajudar a dormir?

- (0) Nenhuma no último mês.
- (1) Menos de 1 vez por semana.
- (2) 1 ou 2 vezes por semana.
- (3) 3 ou mais vezes por semana.

**O\_12. No último mês,** com que frequência você teve dificuldade de ficar acordado enquanto comia ou participava de uma atividade social (festa, reunião de amigos, trabalho, estudo)?

- (0) Nenhuma no último mês.
- (1) Menos de 1 vez por semana.
- (2) 1 ou 2 vezes por semana.
- (3) 3 ou mais vezes por semana.

**O\_13. Durante o último mês,** com que frequência foi problemático para você manter o entusiasmo (ânimo) para fazer as suas atividades habituais?

- (0) Nenhuma no último mês.
- (1) Menos de 1 vez por semana.
- (2) 1 ou 2 vezes por semana.
- (3) 3 ou mais vezes por semana.

**BLOCO P**

**SONOLÊNCIA DIURNA**

**As próximas perguntas são sobre a sua necessidade de sono e o estado de alerta durante o dia.**

**Participante, considere o modo de vida que você tem levado recentemente e escolha o item mais apropriado para responder cada questão.**



---

**P\_1.**

Com qual frequência você dorme ou sente sono em sala de aula?

- (0) Nunca.
- (1) Quase nunca.
- (2) Às vezes.
- (3) Frequentemente.
- (4) Sempre.

**P\_2.**

Com qual frequência você fica com sono ao estudar ou fazer a lição de casa?

- (0) Nunca.
- (1) Quase nunca.
- (2) Às vezes.
- (3) Frequentemente.
- (4) Sempre.

**P\_3.**

Você está atento(a) / alerta na maior parte do dia?

- (0) Nunca.
- (1) Quase nunca.
- (2) Às vezes.
- (3) Frequentemente.
- (4) Sempre.

**P\_4.**

Com qual frequência você se sente cansado(a) e mal humorado(a) durante o dia?

- (0) Nunca.
- (1) Quase nunca.
- (2) Às vezes.
- (3) Frequentemente.
- (4) Sempre.

**P\_5.**

Com qual frequência você tem dificuldades para sair da cama de manhã?

- (0) Nunca.
- (1) Quase nunca.
- (2) Às vezes.
- (3) Frequentemente.
- (4) Sempre.

**P\_6.**

Com qual frequência você volta a dormir depois de acordar de manhã?

- (0) Nunca.
- (1) Quase nunca.
- (2) Às vezes.
- (3) Frequentemente.
- (4) Sempre.

**P\_7.** Com qual frequência você precisa de alguém ou de auxílio de despertador para te acordar de manhã?

- (0) Nunca.
- (1) Quase nunca.
- (2) Às vezes.
- (3) Frequentemente.
- (4) Sempre.

**P\_8.** Com que frequência você acha que precisa dormir mais?

- (0) Nunca.

- (1) Quase nunca.
- (2) Às vezes.
- (3) Frequentemente.
- (4) Sempre.

**BLOCO Q****MATURAÇÃO SEXUAL**

**EVA 8.** Entrevistador(a), esta seção é autoaplicável. Deseja avançar para o próximo bloco?

**Obs.:** posteriormente, a equipe da pesquisa incluirá os dados de MATURAÇÃO SEXUAL.

- (1) Sim.
- (2) Não.

As próximas perguntas referem-se à maturação sexual. Observe as ilustrações que foram entregues para você e indique os estágios que correspondem as suas características atuais. Esses estágios são equivalentes à mama feminina, à genitália masculina e aos pelos pubianos, e estão divididos de 1 a 5. Participante, você NÃO será identificado(a) e suas respostas serão mantidas sob sigilo! Caso você não entenda alguma pergunta, peça ajuda para o(a) entrevistador(a).

**Instruções:**

- marque com "X" **APENAS** uma resposta para cada pergunta;
- não existem respostas certas ou erradas;
- as meninas devem responder **APENAS** as **quatro** perguntas destinadas ao **SEXO FEMININO**;
- os meninos devem responder **APENAS** as **seis** perguntas destinadas ao **SEXO MASCULINO**.

**Q 1. Sexo feminino: desenvolvimento puberal**

**Q 1.1.** Estágio de desenvolvimento das mamas (coluna à esquerda da figura):

- (1) M1.
- (2) M2.
- (3) M3.
- (4) M4.
- (5) M5.
- (777) Não se aplica (participante do sexo masculino).

**Q 1.2.** Estágio de desenvolvimento dos pelos pubianos (coluna à direita da figura):

- (1) P1.
- (2) P2.
- (3) P3.
- (4) P4.
- (5) P5.
- (777) Não se aplica (participante do sexo masculino).

**Q 1.3.** Quando foi a sua última menstruação, aproximadamente?

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_. **Formato:** DD / MM / AAAA.

- (999) Não lembro.
- (888) Nunca menstruei.
- (777) Não se aplica (participante do sexo masculino).

**Q\_1.4.** Você já tem pelos nas axilas (debaixo dos braços)?

(1) Sim.

(2) Não.

(777) Não se aplica (participante do sexo **masculino**).

**Q\_2. Sexo masculino: desenvolvimento puberal**

**Q\_2.1.** Estágio de desenvolvimento da genitália (coluna à **esquerda** da figura):

(1) G1.

(2) G2.

(3) G3.

(4) G4.

(5) G5.

(777) Não se aplica (participante do sexo **feminino**).

**Q\_2.2.** Estágio de desenvolvimento dos pelos pubianos (coluna à **direita** da figura):

(1) P1.

(2) P2.

(3) P3.

(4) P4.

(5) P5.

(777) Não se aplica (participante do sexo **feminino**).

**Q\_2.3.** Você já tem pelos no rosto (penugem ou barba)?

(1) Sim.

(2) Não.

(777) Não se aplica (participante do sexo **feminino**).

**Q\_2.4.** Você já tem pelos nas axilas (debaixo dos braços)?

(1) Sim.

(2) Não.

(777) Não se aplica (participante do sexo **feminino**).

**Q\_2.5.** Você já percebeu se houve uma nítida mudança no timbre da sua voz?

(1) Sim.

(2) Não.

(777) Não se aplica (participante do sexo **feminino**).

**Q\_2.6.** Alguém próximo a você [familiares, amigos(as), etc.] já comentou que o timbre da sua voz mudou?

(1) Sim.

(2) Não.

(777) Não se aplica (participante do sexo **feminino**).

**BLOCO R**

**SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA**

**EVA\_9.** Entrevistador(a), esta seção é **autoaplicável**. Deseja avançar para o próximo bloco? *Obs.: posteriormente, a equipe da pesquisa incluirá os dados de **SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA**.*

(1) **Sim.**

(2) **Não.**

Nas próximas perguntas você irá responder sobre a sua saúde sexual e reprodutiva.

Participante, você **NÃO** será identificado(a) e suas respostas serão mantidas sob sigilo! Caso você não entenda alguma pergunta, peça ajuda para o(a) entrevistador(a).

**Instrução:**

- marque com “X” **APENAS** uma resposta para cada pergunta;
- não existem respostas certas ou erradas;
- as meninas devem responder as **cinco** seções de perguntas deste bloco (**R\_1**, **R\_2**, **R\_3**, **R\_4** e **R\_5**);
- os meninos devem responder **APENAS** as **três** primeiras seções de perguntas deste bloco (**R\_1**, **R\_2** e **R\_3**), que são para **TODOS(AS)** os(as) participantes do estudo;
- as **duas** últimas seções (**R\_4** e **R\_5**) são destinadas **APENAS** ao **SEXO FEMININO**.

### R\_1. Todos(as): relação sexual e uso de preservativo

**R\_1.1.** Você já teve relação sexual (transou) alguma vez?

**Instrução:** se a resposta for **SIM**, siga para a questão **R\_1.2**; se for **NÃO**, pule para a questão **R\_1.11** desta mesma seção.

- (1) Sim.
- (2) Não.

**R\_1.2.** Que idade você tinha (em anos completos) quando teve a **primeira relação sexual** (transou)?

\_\_\_\_\_ anos.

**(888)** Nunca tive relação sexual.

**R\_1.3.** Como você classifica o tipo de parceria na **primeira relação sexual** (transou)?

- (1) Estável [com namorado(a), noivo(a) ou marido(esposa)].
  - (2) Não estável [com amigo(a), vizinho(a) ou desconhecido(a)].
- (888)** Nunca tive relação sexual.

**R\_1.4.** **Na primeira relação sexual** (transou), você ou seu(sua) parceiro(a) usou preservativo (camisinha)?

- (1) Sim.
- (2) Não.

**(888)** Nunca tive relação sexual.

**R\_1.5.** **Na primeira relação sexual** (transou), você ou seu(sua) parceiro(a) usou algum outro método para evitar gravidez?

- (1) Sim.

**R\_1.5.1.** Se **sim**, qual(ais) método(s)? \_\_\_\_\_.

- (2) Não.

**(888)** Nunca tive relação sexual.

**R\_1.6.** **Na sua vida**, no total, você já teve relação sexual (transou) com quantas pessoas?

\_\_\_\_\_ pessoa(s).

**(888)** Nunca tive relação sexual.

**R\_1.7.** **Nos últimos 12 meses**, quantos(as) parceiros(as) sexuais você teve?

\_\_\_\_\_ pessoa(s).

**(888)** Nunca tive relação sexual.

**R\_1.8.** **Na última vez que você teve relação sexual** (transou), você ou seu(sua) parceiro(a) usou preservativo (camisinha)?

- (1) Sim.
- (2) Não.

R\_1.8.2. Se **não**, por qual motivo?

- (1) Não esperava ter relações sexuais nessa última vez e, por isso, estava desprevenido(a).
  - (2) Achava que o uso de preservativo (camisinha) atrapalharia a relação sexual.
  - (3) Nunca pensei sobre isso.
  - (4) Não sabia onde conseguir um preservativo (camisinha).
  - (5) **Sexo feminino**: eu queria engravidar. | **Sexo masculino**: eu queria que a minha parceira engravidasse.
  - (6) A minha religião não permite o uso de preservativo (camisinha).
  - (7) Outro.
- (888) Nunca tive relação sexual.

R\_1.9. **Na última vez que você teve relação sexual** (transou), você ou seu(sua) parceiro(a) usou algum outro método para evitar gravidez?

- (1) Sim.

R\_1.9.1. Se **sim**, qual(ais) método(s)? \_\_\_\_\_.

- (2) Não.
- (888) Nunca tive relação sexual.

R\_1.10. Você já teve alguma doença sexualmente transmissível (DST)?

**Por exemplo**: clamídia, gonorreia, sífilis, herpes genital, etc.

- (1) Sim.
  - (2) Não.
- (888) Nunca tive relação sexual.

R\_1.11. Você já recebeu a vacina contra o HPV?

- (1) Sim.

R\_1.11.1.1. Se **sim**, quantas doses dessa vacina você já recebeu?

- (1) Apenas a primeira dose.
- (2) A primeira e a segunda dose.
- (3) A primeira, a segunda e a terceira dose.
- (999) Não lembro.

R\_1.11.1.2. Que idade você tinha (em anos completos) quando recebeu a **primeira dose** dessa vacina? \_\_\_\_\_ anos.

- (2) Não.

## R\_2. **Todos(as)**: orientações sobre gravidez e doenças sexualmente transmissíveis (DSTs)

R\_2.1. Você já recebeu orientação sobre prevenção de gravidez?

- (1) Sim.

R\_2.1.1. Se **sim**, por meio de quem?

**Instrução**: participante, marque **APENAS** uma resposta, ou seja, aquela que você considera ser principal fonte de orientação sobre prevenção de gravidez.

- (1) Escola.
- (2) Serviço de saúde.
- (3) Pais ou responsáveis.
- (4) Amigos(as).
- (5) Mídia (jornais, revistas, televisão e/ou internet).
- (6) Outro(a).

(2) Não.

**R 2.2.** Você já recebeu orientação sobre AIDS ou outras doenças sexualmente transmissíveis(DSTs)?

(1) Sim.

**R\_2.2.1.** Se **sim**, por meio de quem?

***Instrução:** participante, marque **APENAS** uma resposta, ou seja, aquela que você considera ser a principal fonte de orientação sobre AIDS ou outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).*

(1) Escola.

(2) Serviço de saúde.

(3) Pais ou responsáveis.

(4) Amigos(as).

(5) Mídia (jornais, revistas, televisão e/ou internet).

(6) Outro(a).

**R\_2.2.1.6.** Se foi por meio de outra fonte de orientação, qual?

(2) Não.

**R 2.3.** Você já recebeu orientação sobre como usar preservativo (camisinha)?

(1) Sim.

**R\_2.3.1.** Se **sim**, por meio de quem?

***Instrução:** participante, marque **APENAS** uma resposta, ou seja, aquela que você considera ser principal fonte de orientação sobre como usar preservativo (camisinha).*

(1) Escola.

(2) Serviço de saúde.

(3) Pais ou responsáveis.

(4) Amigos(as).

(7) Mídia (jornais, revistas, televisão e/ou internet).

(5) Outro(a).

(2) Não.

**R 2.4.** Você se sente à vontade para conversar sobre a vida sexual com a sua família [pai ou padrasto, mãe ou madrasta, irmão(ãos), irmã(ãs), avós, etc.]?

(1) Sim.

(2) Não.

**R 3.1.** Qual a sua orientação sexual?

(1) **Heterossexual** [aquele(a) que se sente amorosamente, fisicamente e afetivamente atraído(a) por pessoas do sexo/gênero oposto, ou seja, homens que se sentem atraídos por mulheres e mulheres que se sentem atraídas por homens].

(2) **Homossexual** [aquele(a) que se sente amorosamente, fisicamente e afetivamente atraído(a) por pessoas do mesmo sexo/gênero, ou seja, homens que se sentem atraídos por homens e mulheres que se sentem atraídas por mulheres].

(3) **Bissexual** [aquele(a) que se sente amorosamente, fisicamente e afetivamente atraído(a) por pessoas de ambos os sexos/gêneros, ou seja, homens e mulheres que se sentem atraídos(as) tanto por homens, quanto por mulheres].

(4) **Outra**.

**R\_3.2.** Nos últimos 30 dias, com que frequência seus(suas) colegas da escola te esculacharam, zoaram, intimidaram ou caçoaram tanto que você ficou magoado(a), incomodado(a), aborrecido(a), ofendido(a) ou humilhado(a)?

- (0) Nenhuma vez nos últimos 30 dias.
- (1) Raramente nos últimos 30 dias.
- (2) Às vezes nos últimos 30 dias.
- (3) Na maior parte das vezes nos últimos 30 dias.
- (4) Sempre nos últimos 30 dias.

**R\_3.3.** Nos últimos 30 dias, qual foi o principal motivo para os(as) seus(suas) colegas da escola terem te esculachado, zombado, zoado, intimidado, caçoado ou humilhado?

**Instrução:** participante, marque **APENAS** uma resposta, ou seja, aquela que você considera ser o principal motivo para os(as) seus(suas) colegas da escola terem te esculachado, zombado, zoado, intimidado, caçoado ou humilhado.

- (1) A minha orientação sexual.
- (2) A minha cor da pele ou raça.
- (3) A minha religião.
- (4) A aparência do meu rosto.
- (5) A aparência do meu corpo.
- (6) A minha região de origem.
- (7) Outro(s) motivo(s).
- (888) Meus(minhas) colegas da escola não me esculacharam, zoaram, intimidaram ou caçoaram nos últimos 30 dias.

**R\_4.1.** Que idade você tinha (em anos completos) quando aconteceu a sua primeiramenstruação?

\_\_\_\_\_anos.

(888) Nunca menstruei.

(777) Não se aplica (participante do sexo **masculino**).

**R\_4.2.** Atualmente, você usa anticoncepcional?

(1) Sim.

(2) Não.

(888) Nunca menstruei.

(777) Não se aplica (participante do sexo **masculino**).

**R\_4.3.** Você tem ovário policístico?

(1) Sim.

(2) Não.

(999) Não sei.

(777) Não se aplica (participante do sexo masculino).

**R\_5.1.** Você já realizou algum exame de Papanicolau (preventivo)?

(1) Sim.

(2) Não.

(888) Nunca menstruei.

(777) Não se aplica (participante do sexo masculino).

**R\_5.2.** Há quanto tempo, aproximadamente, você realizou o último exame de Papanicolau(preventivo)?

(1) Há menos de 1 mês.

(2) Entre 1 a 6 meses.

(3) Há 1 ano.

(4) Entre 1 a 2 anos.

(5) Entre 2 a 3 anos.

(6) Há mais de 3 anos.

(999) Não lembro.

(888) Nunca realizei o exame de Papanicolau (preventivo).

(777) Não se aplica (participante do sexo masculino).

**R\_5.3.** Você já engravidou?

(1) Sim.

(2) Não.

(777) Não se aplica (participante do sexo masculino).

**R\_5.4.** Você já teve algum aborto?

(1) Sim.

(2) Não.

(888) Nunca engravidei.

(777) Não se aplica (participante do sexo masculino).

**R\_5.5.** Você já teve filhos(as)?

(1) Sim.

(2) Não.

(888) Nunca engravidei.

(777) Não se aplica (participante do sexo masculino).

**R\_5.6.** Qual idade você tinha (em anos completos) quando seu(sua) filho(a) nasceu?

**Obs.:** participante, caso tenha tido mais de 1, considere a idade que você tinha quando nasceu o seu(sua) primeiro(a) filho(a).

\_\_\_\_\_anos.

(888) Nunca tive filhos.

(777) Não se aplica (participante do sexo masculino).



**R\_5.7.** Você interrompeu os estudos em função da gravidez ou do nascimento do(a) seu(sua)filho(a)?

(1) Sim.

(2) Não.

(888) Nunca engravidei.

(777) Não se aplica (participante do sexo masculino).

**R\_5.8.** Alguém da sua família já engravidou na adolescência?

(1) Sim.

(2) Não.

(777) Não se aplica (participante do sexo masculino).

**BLOCO S**

**PRINCIPAIS FATORES NA ESCOLHA DE ALIMENTOS**

**EVA\_10.** Entrevistador(a), esta seção é autoaplicável. Deseja avançar para o próximo bloco?

*Obs.: posteriormente, a equipe da pesquisa incluirá os dados de PRINCIPAIS FATORES NA ESCOLHA DE ALIMENTOS.*

(1) Sim.

(2) Não.

Nas próximas perguntas você irá responder sobre os principais fatores que envolvem suas escolhas alimentares.

Participante, você **NÃO** será identificado(a) e suas respostas serão mantidas sob sigilo! Caso você não entenda alguma afirmativa, peça ajuda para o(a) entrevistador(a).

**Instruções:**

- para cada afirmativa, marque com "X" **APENAS** uma resposta na coluna que contenha a sua opinião, ou seja, aquela que mais reflete o que você pensa em relação à afirmativa;
- não existem respostas certas ou erradas.

| Para mim, é importante que a comida de um dia normal... | Nada importante<br>(1) | Pouco importante<br>(2) | Importante<br>(3) | Muito importante<br>(4) |
|---|------------------------|-------------------------|-------------------|-------------------------|
| <b>Fator 1. Natural e saudável</b>                      |                        |                         |                   |                         |
| <b>S_1.</b> Seja nutritiva.                             |                        |                         |                   |                         |
| <b>S_2.</b> Contenha muitas vitaminas e minerais.       |                        |                         |                   |                         |
| <b>S_3.</b> Tenha um alto conteúdo de proteínas.        |                        |                         |                   |                         |
| <b>S_4.</b> Seja saudável.                              |                        |                         |                   |                         |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| <b>S_5.</b> Tenha um alto conteúdo de fibras.      |  |  |  |  |
| <b>S_6.</b> Contenha ingredientes naturais.        |  |  |  |  |
| <b>S_7.</b> Não contenha ingredientes artificiais. |  |  |  |  |

Continua...

Continuação...

| Para mim, é importante que a comida de um dia normal...          | Nada importante<br>(1) | Pouco importante<br>(2) | Importante<br>(3) | Muito importante<br>(4) |
|--|------------------------|-------------------------|-------------------|-------------------------|
| <b>S_8.</b> Seja barata.   |                        |                         |                   |                         |
| <b>S_9.</b> Não seja cara.                                       |                        |                         |                   |                         |
| <b>S_10.</b> Tenha uma boa relação qualidade-preço.              |                        |                         |                   |                         |
| <b>Fator 3. Característica sensorial</b>                         |                        |                         |                   |                         |
| <b>S_11.</b> Tenha um sabor agradável.                           |                        |                         |                   |                         |
| <b>S_12.</b> Tenha uma textura agradável na boca.                |                        |                         |                   |                         |
| <b>S_13.</b> Tenha um cheiro agradável.                          |                        |                         |                   |                         |
| <b>S_14.</b> Tenha uma aparência agradável.                      |                        |                         |                   |                         |
| <b>Fator 4. Controle de peso</b>                                 |                        |                         |                   |                         |
| <b>S_15.</b> Tenha pouca gordura.                                |                        |                         |                   |                         |
| <b>S_16.</b> Tenha poucas calorias.                              |                        |                         |                   |                         |
| <b>S_17.</b> Ajude a controlar o meu peso.                       |                        |                         |                   |                         |
| <b>Fator 5. Preocupação ética</b>                                |                        |                         |                   |                         |
| <b>S_18.</b> Informe na sua embalagem o país onde foi fabricada. |                        |                         |                   |                         |
| <b>S_19.</b> Esteja embalada respeitando o meio ambiente.        |                        |                         |                   |                         |

### **Fator 6. Familiaridade**

**S\_20.** Seja como eu comia quando era criança.

**S\_21.** Seja o que eu como normalmente.

**S\_22.** Seja conhecida.

## **BLOCO T**

## **IMAGEM CORPORAL (ESCALA DE FIGURAS DE STUNKARD)**

**EVA\_11.** Entrevistador(a), esta seção é autoaplicável. Deseja avançar para o próximo bloco?

**Obs.:** posteriormente, a equipe da pesquisa incluirá os dados de IMAGEM CORPORAL.

- (1) Sim.
- (2) Não.

As perguntas a seguir são sobre a sua imagem corporal. Primeiro, observe as ilustrações que foram entregues para você e depois responda.

Participante, você **NÃO** será identificado(a) e suas respostas serão mantidas sob sigilo! Caso você não entenda alguma pergunta, peça ajuda para o(a) entrevistador(a).

### **Instruções:**

- indique **APENAS** o número de uma imagem corporal para cada pergunta;
- não existem respostas certas ou erradas.

**T\_1.** Para você, qual imagem representa o seu corpo **atual**?  
Imagem nº \_\_\_\_\_.

**T\_2.** Qual imagem corporal você **gostaria de ter**?

**Obs.:** a sua imagem atual pode ser (ou não) diferente da imagem que você gostaria de ter.

Imagem nº \_\_\_\_\_.

**T\_3.** Se as respostas das duas perguntas anteriores (**T\_1** e **T\_2**) foram imagens corporais diferentes, indique a **principal causa** para isso.

**Instrução:** participante, marque **APENAS** uma resposta, ou seja, aquela que você considera ser a principal causa para o seu desejo de ter uma imagem corporal diferente.

- (1) Eu desejo ter uma imagem corporal diferente porque não gosto da minha aparência (estética).
- (2) Eu desejo ter uma imagem corporal diferente por causa da aparência (estética) das pessoas que eu geralmente vejo em jornais, revistas, televisão e/ou internet (sites, blogs, Facebook, Instagram, etc.).
- (3) Eu desejo ter uma imagem corporal diferente por causa da opinião da minha família.
- (4) Eu desejo ter uma imagem corporal diferente por causa da opinião de colegas ou amigos(as).
- (5) Eu desejo ter uma imagem corporal diferente porque me preocupo com a minha saúde.

(6) Eu desejo ter uma imagem corporal diferente porque quero ser fisicamente forte.

(7) Eu desejo ter uma imagem corporal diferente porque quero melhorar as minhas atividades do dia a dia.

(888) As respostas para as duas perguntas anteriores (T\_1 e T\_2) foram iguais, ou seja, a mesma imagem corporal.

T\_4. **Atualmente**, você está satisfeito(a) com o seu peso?

(1) Sim.

(2) Não.

T\_5. **Atualmente**, na sua opinião, o seu peso está:

(1) Muito abaixo do ideal [muito magro(a)].

(2) Abaixo do ideal [magro(a)].

(3) Normal (dentro do ideal).

(4) Acima do ideal [gordo(a)].

(5) Muito acima do ideal [muito gordo(a)].

## BLOCO U

## TESTE DE ATITUDES ALIMENTARES (EAT-26)

**EVA\_12.** Entrevistador(a), esta seção é autoaplicável. Deseja avançar para o próximo bloco?

**Obs.:** posteriormente, a equipe da pesquisa incluirá os dados do **EAT-26**.

(1) Sim.

(2) Não.

As próximas perguntas são sobre atitudes alimentares.

Participante, você **NÃO** será identificado(a) e suas respostas serão mantidas sob sigilo! Caso você não entenda alguma pergunta, peça ajuda para o(a) entrevistador(a).

### **Instruções:**

- marque com "X" **APENAS** uma resposta para cada pergunta;
- não existem respostas certas ou erradas.

| Perguntas   | Nunca | Quase nunca | Poucas vezes | Às vezes | Muitas vezes | Sempre |
|---|-------|-------------|--------------|----------|--------------|--------|
|   | (0)   | (1)         | (2)          | (3)      | (4)          | (5)    |
| <b>U_1.</b> Fico apavorado(a) com a ideia de estar engordando.                            |       |             |              |          |              |        |
| <b>U_2.</b> Evito comer quando estou com fome.  |       |             |              |          |              |        |
| <b>U_3.</b> Eu me sinto preocupado(a) com os alimentos.                                   |       |             |              |          |              |        |
| <b>U_4.</b> Continuar a comer em exagero faz com que eu sinta que não sou capaz de parar. |       |             |              |          |              |        |

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>U_5.</b> Corto os meus alimentos em pequenos pedaços.   |  |  |  |  |  |  |
| <b>U_6.</b> Presto atenção na quantidade de calorias dos alimentos que eu como.                          |  |  |  |  |  |  |
| <b>U_7.</b> Evito, particularmente, os alimentos ricos em carboidratos (ex.: pão, arroz, batatas, etc.). |  |  |  |  |  |  |
| <b>U_8.</b> Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais.   |  |  |  |  |  |  |
| <b>U_9.</b> Vomito depois de comer.  |  |  |  |  |  |  |

Continua...

Continuação...

| Perguntas  | Nunca | Quase nunca | Poucas vezes | Às vezes | Muitas vezes | Sempre |
|--|-------|-------------|--------------|----------|--------------|--------|
|  | (0)   | (1)         | (2)          | (3)      | (4)          | (5)    |
| <b>U_10.</b> Eu me sinto extremamente culpado(a) depois de comer.                    |       |             |              |          |              |        |
| <b>U_11.</b> Eu me preocupo com o desejo de ser mais magro(a).                       |       |             |              |          |              |        |
| <b>U_12.</b> Penso em queimar calorias a mais quando me exercito.                    |       |             |              |          |              |        |
| <b>U_13.</b> As pessoas me acham muito magro(a).                                     |       |             |              |          |              |        |
| <b>U_14.</b> Eu me preocupo com a ideia de haver gordura em meu corpo.               |       |             |              |          |              |        |
| <b>U_15.</b> Demoro mais tempo para fazer minhas refeições do que as outras pessoas. |       |             |              |          |              |        |
| <b>U_16.</b> Evito comer alimentos que contenham açúcar.                             |       |             |              |          |              |        |
| <b>U_17.</b> Costumo comer alimentos dietéticos ( <i>light / diet / zero</i> ).      |       |             |              |          |              |        |
| <b>U_18.</b> Sinto que os alimentos controlam minha vida.                            |       |             |              |          |              |        |
| <b>U_19.</b> Demonstro autocontrole diante dos alimentos.                            |       |             |              |          |              |        |
| <b>U-20.</b> Sinto que os outros me pressionam para comer.                           |       |             |              |          |              |        |

|  |   |  |  |  |  |  |
|--|---|--|--|--|--|--|
| U_21. Passo muito tempo pensando em comer.                     |   |  |  |  |  |  |
| U_22. Me sinto desconfortável após comer doces.                |   |  |  |  |  |  |
| U_23. Faço regimes para emagrecer.                             |   |  |  |  |  |  |
| U_24. Gosto de sentir meu estômago vazio.                      |   |  |  |  |  |  |
| U_25. Gosto de experimentar novos alimentos ricos em calorias. |   |  |  |  |  |  |
| U_26. Sinto vontade de vomitar após as refeições.              |   |  |  |  |  |  |
| <b>BLOCO V</b>   | <b>TESTE DE INVESTIGAÇÃO BULÍMICA DE EDIMBURGO (BITE)</b> |  |  |  |  |  |

**EVA\_13.** Entrevistador(a), esta seção é autoaplicável. Deseja avançar para o próximo bloco?

*Obs.: posteriormente, a equipe da pesquisa incluirá os dados do **BITE**.*

- (1) Sim.
- (2) Não.

As próximas perguntas são sobre hábito de fazer dietas, comportamento alimentar e como isso interfere na sua vida. Responda com relação ao que você tem sentido no momento atual.

Participante, você **NÃO** será identificado(a) e suas respostas serão mantidas sob sigilo! Caso você não entenda alguma pergunta, peça ajuda para o(a) entrevistador(a).

**Instruções:**

- marque com "X" **APENAS** uma resposta para cada pergunta;
- não existem respostas certas ou erradas.

Você segue um padrão regular de alimentação?

- (1) Sim.
- (2) Não.

Você costuma seguir dietas de forma rigorosa?

- (1) Sim.
- (2) Não.

Você se considera um fracasso quando quebra a dieta?

- (1) Sim.
- (2) Não.

Você conta as calorias de tudo o que come, inclusive quando não está de dieta?

- (1) Sim.
- (2) Não.

Você, **de vez em quando**, fica sem se alimentar por um dia inteiro?

**Instrução:** se a resposta for **SIM**, siga para a questão **V\_6**; se for **NÃO**, pule para a questão **V\_7**.

- (1) Sim.
- (2) Não.

Se sua resposta foi **sim** para a questão **5**, com que frequência você fica sem se alimentar por um dia inteiro?

- (5) Dia sim, dia não.
- (4) 2 a 3 vezes por semana.
- (3) 1 vez por semana.
- (2) De vez em quando.
- (1) Apenas 1 vez.

**(888)** Nunca fico sem me alimentar por um dia inteiro.

**V\_7.** Você utiliza algum dos seguintes métodos para perder peso? Com que frequência?

| Métodos                                   | Nunca | De vez em quando | 1 vez por semana | 2 a 3 vezes por semana | Todos os dias | 2 a 3 vezes por dia | 5 ou mais vezes por dia |
|---|-------|------------------|------------------|------------------------|---------------|---------------------|-------------------------|
|   | (0)   | (1)              | (2)              | (3)                    | (4)           | (5)                 | (6)                     |
| <b>V_7.1.</b> Comprimidos para emagrecer. |       |                  |                  |                        |               |                     |                         |
| <b>V_7.2.</b> Diuréticos.                 |       |                  |                  |                        |               |                     |                         |
| <b>V_7.3.</b> Laxantes.                   |       |                  |                  |                        |               |                     |                         |
| <b>V_7.4.</b> Provoca vômitos.            |       |                  |                  |                        |               |                     |                         |

**V\_8.** Os seus hábitos alimentares atrapalham a sua vida?

- (1) Sim.
- (2) Não.

**V\_9.** Você diria que a comida “domina” a sua vida?

- (1) Sim.
- (2) Não.

Você, **de vez em quando**, come até sentir-se mal fisicamente e ter que parar?

- (1) Sim.
- (2) Não.

Há momentos em que você só consegue pensar em comida?

- (1) Sim.
- (2) Não.

Você come moderadamente em frente aos outros e, em compensação, exagera quando está sozinho?

- (1) Sim.
- (2) Não.

Você sempre consegue parar de comer quando quer?

- (1) Sim.
- (2) Não.

Você, **de vez em quando**, sente um desejo incontrolável de comer sem parar?

- (1) Sim.
- (2) Não.

Quando você está ansioso(a), tende a comer muito?

- (1) Sim.
- (2) Não.

A ideia de ficar gordo(a) o(a) apavora?

- (1) Sim.
- (2) Não.

Você, **de vez em quando**, come rapidamente grandes quantidades de alimento (fora das refeições)?

- (1) Sim.
- (2) Não.

Você, **alguma vez**, sentiu vergonha de seus hábitos alimentares?

- (1) Sim.
- (2) Não.

O fato de você não conseguir se controlar para comer o(a) preocupa?

- (1) Sim.
- (2) Não.

Você busca na comida um conforto emocional?

- (1) Sim.
- (2) Não.

Você costuma deixar comida no prato ao final de uma refeição?

- (1) Sim.
- (2) Não.

Você engana os outros sobre o quanto come?

- (1) Sim.
- (2) Não.

A quantidade que você come é proporcional à fome que sente?

- (1) Sim.
- (2) Não.

Você já se alimentou com grande quantidade de alimentos em pouco tempo?

**Instrução:** se a resposta for **SIM**, siga para a questão **V\_25**; se for **NÃO**, pule para a questão

**V\_28.**

- (1) Sim.
- (2) Não.



Esses episódios o deixaram deprimido?

(1) Sim.

(2) Não.

(888) Nunca me alimentei com grande quantidade de alimentos em pouco tempo.

Esses episódios acontecem apenas quando você está sozinho(a)?

(1) Sim.

(2) Não.

(888) Nunca me alimentei com grande quantidade de alimentos em pouco tempo.

Com que frequência esses episódios acontecem?

(1) Quase nunca.

(2) 1 vez por mês.

(3) 1 vez por semana.

(4) 2 a 3 vezes por semana.

(5) Diariamente.

(6) 2 a 3 vezes por dia.

(888) Nunca me alimentei com grande quantidade de alimentos em pouco tempo.

Você faria grandes sacrifícios para satisfazer uma vontade incontrolável de comer?

(1) Sim.

(2) Não.

Se você comer demais, sente-se muito culpado(a) por isso?

(1) Sim.

(2) Não.

Você, **de vez em quando**, come escondido?

(1) Sim.

(2) Não.

Você consideraria seus hábitos alimentares normais?

(1) Sim.

(2) Não.

Você se consideraria uma pessoa que come em exagero e não consegue parar?

(1) Sim.

(2) Não.

Seu peso aumenta ou diminui mais que 2 Kg em uma semana?

(1) Sim.

(2) Não.

**BLOCO X**

**EXPERIMENTAÇÃO E CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS**

**EVA 14.** Entrevistador(a), esta seção é autoaplicável. Deseja avançar para o próximo bloco?

**Obs.:** posteriormente, a equipe da pesquisa incluirá os dados de **EXPERIMENTAÇÃO E CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS**.

(1) Sim.

(2) Não.

As próximas perguntas abordam o consumo de bebidas alcoólicas (por exemplo: cerveja, chopp, vinho, cachaça, vodca, *ice*, uísque, etc.).

Participante, você **NÃO** será identificado(a) e suas respostas serão mantidas sob sigilo! Caso você não entenda alguma pergunta, peça ajuda para o(a) entrevistador(a).

**Instruções:**

- marque com "X" **APENAS** uma resposta para cada pergunta;
- não existem respostas certas ou erradas;
- o consumo de bebidas alcoólicas não inclui as vezes em que você tomou **APENAS** alguns goles.

**X\_1.** Você já experimentou pelo menos **uma dose ou um copo** de bebida alcoólica?

**Instruções:**

- participante, não considere as vezes em que você provou ou tomou **APENAS** alguns goles.
- se a resposta for **SIM**, siga para a questão **X\_2**; se for **NÃO**, pule para o próximo bloco de perguntas (**BLOCO Y**).

**Obs.:** **uma** dose equivale a **uma** lata de cerveja, ou a **uma** taça de vinho, ou a **uma** dose convencional de cachaça ou uísque, etc.

- (1) Sim.
- (2) Não.

**X\_2.** Que idade você tinha quando experimentou pelo menos **uma dose ou um copo** de bebida alcoólica **pela primeira vez**?

**Instrução:** participante, não considere as vezes em que você provou ou tomou **APENAS** alguns goles.

**Obs.:** **uma** dose equivale a **uma** lata de cerveja, ou a **uma** taça de vinho, ou a **uma** dose convencional de cachaça ou uísque, etc.

- (1) 7 anos ou menos.
- (2) 8 anos.
- (3) 9 anos.
- (4) 10 anos.
- (5) 11 anos.
- (6) 12 anos.
- (7) 13 anos.
- (8) 14 anos.
- (9) 15 anos.
- (10) 16 anos.
- (11) 17 anos.
- (12) 18 ou 19 anos.
- (888) Nunca experimentei bebida alcoólica.

**X\_3.** **Nos últimos 30 dias**, você não tomou bebida alcoólica, tomou bebida alcoólica menos que diariamente, apenas nos fins de semana ou diariamente?

- (0) Não tomei bebida alcoólica nos últimos 30 dias.
- (1) Menos que diariamente.
- (2) Nos fins de semana.

- (3) Diariamente.  
(888) Nunca experimentei bebida alcoólica.

**X\_4. Nos últimos 30 dias**, quando você consumiu, quantas doses de bebida alcoólica você tomou **por dia**, aproximadamente?

*Obs.: **uma** dose equivale a **uma** lata de cerveja, ou a **uma** taça de vinho, ou a **uma** dose convencional de cachaça ou uísque, etc.*

- (0) Não tomei bebida alcoólica nos últimos 30 dias.  
\_\_\_\_\_dose(s) por dia.  
(888) Nunca experimentei bebida alcoólica.

**X\_5. Nos últimos 12 meses**, com que frequência você tomou pelo menos **uma dose ou um copo** de bebida alcoólica?

*Obs.: **uma** dose equivale a **uma** lata de cerveja, ou a **uma** taça de vinho, ou a **uma** dose convencional de cachaça ou uísque, etc.*

- (0) Não tomei bebida alcoólica nos últimos 12 meses.  
(1) Menos que 1 vez por mês.  
(2) 1 a 2 dias por mês.  
(3) 3 a 4 dias por mês.  
(4) 1 a 2 dias por semana.  
(5) 3 a 4 dias por semana.  
(6) 5 a 6 dias por semana.  
(7) Todos os dias.  
(888) Nunca experimentei bebida alcoólica.

**X\_6. Na maioria das vezes**, que tipo de bebida alcoólica você toma?

- (0) Já experimentei, mas não tomei bebida alcoólica nos últimos 12 meses.  
(1) Cerveja.  
(2) Vinho.  
(3) Catuaba.  
(4) Ice.  
(5) Uísque.  
(6) Cachaça / pinga ou drinques à base de cachaça / pinga.  
(7) Drinques à base de vodca, tequila ou rum.  
(8) Outro(s) tipo(s).

(888) Nunca experimentei bebida alcoólica.

**X\_7. Quantas vezes na vida** você bebeu tanto que ficou realmente bêbado(a)?

- (0) Nenhuma vez na vida.  
(1) 1 ou 2 vezes na vida.  
(2) 3 a 5 vezes na vida.  
(3) 6 a 9 vezes na vida.  
(4) 10 vezes ou mais na vida.  
(888) Nunca experimentei bebida alcoólica.

**BLOCO Y**

**EXPERIMENTAÇÃO E CONSUMO DE CIGARRO**

**EVA\_15. Entrevistador(a), esta seção é autoaplicável. Deseja avançar para o próximo bloco?**

**Obs.:** posteriormente, a equipe da pesquisa incluirá os dados de **EXPERIMENTAÇÃO E CONSUMO DE CIGARRO.**

- (1) Sim.
- (2) Não.

**As próximas perguntas são sobre o hábito de fumar cigarros.**

Participante, você **NÃO** será identificado(a) e suas respostas serão mantidas sob sigilo! Caso você não entenda alguma pergunta, peça ajuda para o(a) entrevistador(a).

**Instruções:**

- *marque com "X" **APENAS** uma resposta para cada pergunta;*
- *não existem respostas certas ou erradas.*

**Y\_1.** Você já fumou cigarro (mesmo que apenas **uma** ou **duas** tragadas)?

**Obs.:** se a resposta for **SIM**, siga para a questão **Y\_2**; se for **NÃO**, pule para a questão **Y\_6**.

- (1) Sim.
- (2) Não.

**Y\_2.** Que idade você tinha quando fumou cigarro **pela primeira vez** (mesmo que apenas **uma** ou **duas** tragadas)?

- (1) 7 anos ou menos.
- (2) 8 anos.
- (3) 9 anos.
- (4) 10 anos.
- (5) 11 anos.
- (6) 12 anos.
- (7) 13 anos.
- (8) 14 anos.
- (9) 15 anos.
- (10) 16 anos.
- (11) 17 anos.
- (12) 18 ou 19 anos.
- (888) Nunca fumei cigarro.

**Y\_3.** **Nos últimos 30 dias**, você não fumou cigarro, fumou menos que diariamente, apenas nos fins de semana ou diariamente?

- (0) Não fumei nos últimos 30 dias.
- (1) Menos que diariamente.
- (2) Nos fins de semana.
- (3) Diariamente.
- (888) Nunca fumei cigarro.

**Y\_4.** **Nos últimos 30 dias**, quando consumiu, quantos cigarros você fumou **por dia**, aproximadamente?

- (0) Não fumei nos últimos 30 dias.  
\_\_\_\_\_ cigarro(s).
- (888) Nunca fumei cigarro.

**Y\_5.** Nos últimos 12 meses, com que frequência você fumou cigarro?

- (0) Não fumei nos últimos 12 meses.
- (1) Menos que 1 vez por mês.
- (2) 1 a 2 dias por mês.
- (3) 3 a 4 dias por mês.
- (4) 1 a 2 dias por semana.
- (5) 3 a 4 dias por semana.
- (6) 5 a 6 dias por semana.
- (7) Todos os dias.
- (888) Nunca fumei cigarro.

**Y\_6.** Quantos dias por semana você geralmente fica em contato com a fumaça de cigarro (ou decharuto, cachimbo, cigarrilha) de outras pessoas (sem contar você) na casa onde você mora?

- (0) Não fico exposto à fumaça de cigarro de outras pessoas na casa onde eu moro.
- (1) Menos que 1 dia.
- (2) 1 a 2 dias por semana.
- (3) 3 a 4 dias por semana.
- (4) 5 a 6 dias por semana.
- (5) Todos os dias da semana.

**Y\_7.** Qual de seus pais ou responsáveis fuma?

- (0) Nenhum deles.
- (1) Só o meu pai (ou responsável do sexo masculino).
- (2) Só a minha mãe (ou responsável do sexo feminino).
- (3) Meu pai e minha mãe (ou ambos os responsáveis).

**Y\_8.** Há alguma outra pessoa na sua casa que é fumante?

(1) Sim.

(2) Não.

**Y\_9.** No total, quantas pessoas da sua família ou que convivem com você (sem contar você) fumam na casa onde você mora?

- (0) Nenhuma pessoa fuma na casa onde eu moro.
- (1) 1 pessoa.
- (2) 2 pessoas.
- (3) 3 pessoas.
- (4) 4 pessoas.
- (5) 5 pessoas ou mais.

**BLOCO Z**

**AUTOESTIMA**

**EVA\_16.** Entrevistador(a), esta seção é autoaplicável. Deseja avançar para finalizar a aplicação do questionário?

*Obs.: posteriormente, a equipe da pesquisa incluirá os dados de AUTOESTIMA.*

(1) Sim.

(2) Não.

Por favor, leia cada pergunta com atenção e marque um "X" na coluna que contenha a sua opinião ou sentimento, ou seja, aquela que mais reflete o que você pensa ou sente em relação à afirmativa. Não existem respostas certas ou erradas.

Participante, você **NÃO** será identificado(a) e suas respostas serão mantidas sob sigilo! Caso você não entenda alguma afirmativa, peça ajuda para o(a) entrevistador(a).

| Autoestima  | Concordo plenamente<br>(3) | Concordo<br>(2) | Discordo<br>(1) | Discordo plenamente<br>(0) |
|---|----------------------------|-----------------|-----------------|----------------------------|
| <b>Z 1.</b> Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo, tanto quanto as outras pessoas.  |                            |                 |                 |                            |
| <b>Z 2.</b> Eu acho que eu tenho várias boas qualidades.                                      |                            |                 |                 |                            |
| <b>Z 3.</b> Levando tudo em conta, eu penso que eu sou um fracasso.                           |                            |                 |                 |                            |
| <b>Z 4.</b> Eu acho que eu sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas. |                            |                 |                 |                            |
| <b>Z 5.</b> Eu acho que eu não tenho muito do que me orgulhar.                                |                            |                 |                 |                            |
| <b>Z 6.</b> Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo(a).                         |                            |                 |                 |                            |
| <b>Z 7.</b> No conjunto, eu estou satisfeito(a) comigo.                                       |                            |                 |                 |                            |
| <b>Z 8.</b> Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo(a).                          |                            |                 |                 |                            |
| <b>Z 9.</b> Às vezes eu me sinto inútil.  |                            |                 |                 |                            |
| <b>Z 10.</b> Às vezes eu acho que não presto para nada.                                       |                            |                 |                 |                            |

**Agradecemos a sua participação!**

*Instrução:* entrevistador(a), agradeça novamente pela participação e encaminhe o(a) estudante e o(a) supervisor(a) da coleta de dados

## ANEXO D – Escala de Silhuetas de Stunkard