

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**



Dissertação de Mestrado

**FAROL DA SAÚDE: ESTUDO DOS COMPORTAMENTOS DE RISCO
RELACIONADOS À SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS EM ESCOLARES DA
CIDADE DE MORRO REDONDO/RS**

Vinicius Guadalupe Barcelos Oliveira

Pelotas, 2021

Vinicius Guadalupe Barcelos Oliveira

**FAROL DA SAÚDE: ESTUDO DOS COMPORTAMENTOS DE RISCO
RELACIONADOS À SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS EM ESCOLARES DA
CIDADE DE MORRO REDONDO/RS**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação Física da Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação Física (área do conhecimento: Biodinâmica do Movimento Humano).

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Cozzensa da Silva

Pelotas, 2021

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

O48f Oliveira, Vinicius Guadalupe Barcelos

Farol da saúde : estudo dos comportamentos de risco relacionados à saúde e fatores associados em escolares da cidade de morro redondo/rs / Vinicius Guadalupe Barcelos Oliveira ; Marcelo Cozzensa da Silva, orientador. — Pelotas, 2021.

113 f. : il.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Escola Superior de Educação Física, Universidade Federal de Pelotas, 2021.

1. Comportamento de risco. 2. Atividade motora. 3. Consumo de bebidas alcólicas. 4. Tabagismo. 5. Consumo alimentar. I. Silva, Marcelo Cozzensa da, orient. II. Título.

CDD : 796

Elaborada por Daiane de Almeida Schramm CRB: 10/1881

Vinicius Guadalupe Barcelos Oliveira

Farol da Saúde: Estudo dos comportamentos de risco relacionados à saúde e fatores associados em escolares da cidade de Morro Redondo/RS

Banca examinadora:

Prof. Dr. Marcelo Cozzensa da Silva (orientador)
Doutor em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas
Docente da ESEF/UFPel

Prof. Dra. Gelcemar Oliveira Farias
Doutora em Teoria e Prática Pedagógica em Educação Física pela Universidade Federal de Santa Catarina
Docente da UDESC

Prof. Dr. Alexandre Carriconde Marques
Doutor em Ciências do Movimento Humano pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Docente da ESEF/UFPel

Prof. Dr. Felipe Fossati Reichert (Suplente)
Doutor em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas
Docente da ESEF/UFPel

Agradecimentos

Primeiramente gostaria de agradecer a minha família, por todo apoio, compreensão e carinho, sendo imprescindíveis para todas minhas conquistas até aqui. Em especial agradeço a meus pais, Cláudio e Ana Cláudia, que sempre me proporcionaram oportunidades e me ajudaram incansavelmente nos momentos de maior tensão e estresse. Agradeço também ao meu irmão Gabriel que esteve sempre presente, principalmente nos momentos de distanciamento social, mantendo-se acordado comigo nas noites de estudo e escrita do trabalho: muito obrigado por tudo. Não poderia esquecer da minha tia Camila, obrigado por me abraçar e me acolher durante o momento mais delicado durante o mestrado e de minha vida. És uma inspiração pra mim.

Agradeço ao meu orientador Marcelo Cozzensa da Silva pelo comprometimento durante os dois anos de mestrado e ao longo da graduação, dando-me suporte e realizando críticas que me fizeram crescer muito nesse processo. Faço também uma saudação ao Colégio Estadual Nosso Senhor do Bonfim, em especial à direção da escola, por “abrir as portas” em um momento tão delicado devido à pandemia. Vocês foram essenciais para que a pesquisa fosse realizada.

Agradeço também a todos meus amigos que auxiliaram de diferentes formas durante esse processo e foram, e continuam sendo, essenciais em vida. Não poderia deixar de lembrar daqueles que, de alguma forma, me ajudaram na realização desse manuscrito: Franciele, Ítalo, Gabriel, Guilherme Henrique, Victor, Gabriel Martins, Lourenço, Gabriel Damin, Alam, Victória, Rodrigo Coutinho, Lucas Galho, Giovana, Lucas Holz, César Häfele e prof. Thiago.

Por fim, agradeço a Universidade Federal de Pelotas e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio institucional que possibilitou que esse trabalho fosse desenvolvido. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Resumo

GUADALUPE, Vinicius Guadalupe Barcelos Oliveira. **Farol da Saúde: Estudo dos comportamentos de risco relacionados à saúde e fatores associados em escolares da cidade de Morro Redondo/RS**. 2021. 103f. Dissertação de mestrado. Escola Superior de Educação Física, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas/RS/Brasil, 2021.

Os comportamentos de risco são àqueles que estão associados à aquisição de diferentes doenças crônicas não transmissíveis, sendo eles: o não uso de preservativos, tabagismo, alcoolismo, inatividade física, comportamentos alimentares não saudáveis e envolvimento com violência. A adolescência tem se mostrado como a fase de maior aderência a esses comportamentos. Assim, o objetivo desse estudo foi verificar a prevalência dos comportamentos de risco relacionados à saúde e fatores associados em escolares do 6º ano do ensino fundamental ao 3º ano do ensino médio da cidade de Morro Redondo/RS, extremo sul do Brasil. Trata-se de um estudo epidemiológico com delineamento transversal. Foi aplicado um questionário auto relatado com os escolares, o qual foi composto por questões referente a variáveis demográficas, socioeconômicas, nutricional e os desfechos, comportamentos de risco relacionados à saúde. A análise para verificar a associação entre as variáveis independentes e desfechos foi conduzida através de teste de comparação de médias (teste T e ANOVA ou seu equivalente não paramétrico) para desfechos contínuos e testes de diferença de proporção (Qui-quadrado e Tendência Linear) para desfechos categorizados. Do total de estudantes avaliados, 61,90% eram inativos; 22,22% dos estudantes afirmaram ter consumido álcool nos últimos 30 dias; 1,59% foram considerados tabagistas; 68,25% afirmaram não terem comido legumes, vegetais e frutas pelo menos cinco vezes durante a semana; 7,94% dos estudantes se envolveram em brigas nos últimos 12 meses; e 9,52% dos estudantes falaram que já haviam realizado relação sexual sem uso de preservativo. Houve uma tendência em forma de U de inatividade física em

relação a série frequentada pelos alunos, bem como o consumo inadequado de frutas e verduras foi maior entre o sexo masculino quando comparado a seu par. Além disso, 57,14% dos estudantes apresentaram dois ou mais comportamentos de risco à saúde. Os achados servem de subsídio aos gestores de educação e saúde para a elaboração e implementação de intervenções efetivas, em especial, durante esse período de pandemia.

Palavras-chave: comportamento de risco; atividade motora; consumo de bebidas alcoólicas; tabagismo, consumo alimentar; sexo sem proteção; escolares.

Abstract

GUADALUPE, Vinicius Guadalupe Barcelos Oliveira. **Farol da Saúde: Study of health-related risk behaviors and associated factors in schoolchildren in the city of Morro Redondo/RS.** 2021. 103f. Master dissertation. Superior School of Physical Education, Federal University of Pelotas, Pelotas/RS/Brazil, 2021.

Risk behaviors are those behaviors that are associated with the acquisition of different non-communicable chronic diseases, namely: non-use of condoms, smoking, alcoholism, physical inactivity, unhealthy eating behaviors and involvement with violence. Adolescence has been shown to be the phase of greatest adherence to these behaviors. Thus, the aim of this study was to verify the prevalence of health-related risk behaviors and associated factors in students from the 6th grade of elementary school to the 3rd year of high school in the city of Morro Redondo/RS, southern Brazil. This is a census-type epidemiological study with a cross-sectional design. A self-reported questionnaire including demographic, socioeconomic, nutritional and outcome variables (health-related risk behaviors) were applied to the students. The analysis to verify the association between the independent variables and outcomes was conducted using the means comparison test (T test and ANOVA or its nonparametric equivalent) for continuous outcomes and proportion tests (Chi-square and Linear Trend) for categorized outcomes. Of the total number of students evaluated, 61.90% were inactive; 22.22% of students said they had consumed alcohol in the last 30 days; 1.59% were considered smokers; 68.25% stated that they had not eaten vegetables, vegetables and fruits at least five times during the week; 7.94% of students were involved in fights in the last 12 months; and 9.52% of students said they had sexual relation without using a condom. In addition, 57.14% of students exhibited two or more health-related risk behaviors. The findings serve as a basis for education and health managers to design and implement effective interventions, especially during this pandemic period.

Keywords: risk behavior; motor activity; alcohol drinking; tobacco use disorder; food consumption; unsafe sex; students.

Sumário

1. PROJETO DE PESQUISA	11
2. MODIFICAÇÕES NO PROJETO POSTERIOR A DEFESA APROVADAS PELA BANCA.....	51
3. RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO.....	60
4. ARTIGO ORIGINAL.....	64
5. ANEXOS	87

1. Projeto de Pesquisa
(Dissertação de mestrado Vinicius Guadalupe Barcelos Oliveira)

Vinicius Guadalupe Barcelos Oliveira

**“FAROL DA SAÚDE”: UM ESTUDO DOS COMPORTAMENTOS DE RISCO
RELACIONADOS À SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS EM ESCOLARES
DAS CIDADES DE SANTA VITÓRIA DO PALMAR/RS E CHUI/RS**

Projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-graduação em Educação Física da Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação Física (área do conhecimento: Biodinâmica do Movimento Humano).

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Cozzensa da Silva

Pelotas, 2019

Resumo

GUADALUPE, Vinicius Guadalupe Barcelos Oliveira. **“Farol Da Saúde”**: **Um estudo dos comportamentos relacionados à saúde em escolares das cidades de Santa Vitória do Palmar/RS e Chuí/RS**. 2019. 43f. Dissertação de mestrado. Escola Superior de Educação Física, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas/RS/Brasil, 2020.

Os comportamentos de risco são àqueles que estão associados à aquisição de diferentes doenças crônicas não transmissíveis, sendo eles: o não uso de preservativos, tabagismo, alcoolismo, inatividade física, comportamentos alimentares não saudáveis e envolvimento com violência. A adolescência tem se mostrado como a fase de maior aderência a esses comportamentos. Assim, o objetivo desse estudo será verificar a prevalência dos comportamentos de risco relacionados à saúde e fatores associados em escolares do 6º ano do ensino fundamental ao 3º ano do ensino médio das cidades de Santa Vitória do Palmar/RS e Chuí/RS, extremo sul do Brasil. Trata-se de um estudo epidemiológico com delineamento transversal. Será aplicado um questionário auto relatado com os escolares, o qual será composto por questões referente a variáveis demográficas, socioeconômicas e os desfechos, comportamentos de risco relacionados à saúde. A análise de dados será conduzida através de testes para verificação da associação bruta entre as variáveis independentes e desfechos, conduzida através de teste de comparação de médias (teste T e ANOVA para comparação ou seu equivalente não paramétrico) e/ou proporções (Qui-quadrado e Tendência Linear).

Palavras-chave: comportamento de risco; atividade física; escolares.

Abstract

GUADALUPE, Vinicius Guadalupe Barcelos Oliveira. **Farol Da Saúde”**: A study of health-related behaviors in students from the cities of Santa Vitória do Palmar / RS and Chuí / RS. 2019. 43f. Master dissertation. Superior School of Physical Education, Federal University of Pelotas, Pelotas/RS/Brazil, 2020.

Risk behaviors are those behaviors that are associated with the acquisition of different non-communicable chronic diseases, namely: non-use of condoms, smoking, alcoholism, physical inactivity, unhealthy eating behaviors and involvement with violence. Adolescence has been shown to be the phase of greatest adherence to these behaviors. Thus, the aim of this study will be to verify the prevalence of health-related risk behaviors and associated factors in students from the 6th grade of elementary school to the 3rd year of high school in the city of Santa Vitória do Palmar/RS and Chuí/RS, southern Brazil. This is a census-type epidemiological study with a cross-sectional design. A self-reported questionnaire including demographic, socioeconomic and outcome variables (health-related risk behaviors) will be applied to the students. Data analysis will be conducted through tests to verify the crude association between independent variables and outcomes, conducted through means comparison test (T-test for comparison or its non-parametric equivalent) and / or proportions (Chi-square and Linear Trend). The multivariable analysis will be performed using Poisson regression and will allow the verification of the association between the independent variables and adjusted outcomes for possible confounders.

Keywords: risk behavior; physical activity; students.

Sumário

1. INTRODUÇÃO	16
1.1 O PROBLEMA E SUA IMPORTÂNCIA	16
1.2 JUSTIFICATIVA	18
1.3 OBJETIVO GERAL	20
1.4. OBJETIVOS ESPECIFICOS	20
1.5. HIPÓTESES	21
2. REVISÃO DE LITERATURA	22
3. MATERIAIS E MÉTODOS ou METODOLOGIA	32
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	32
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	32
3.3 FATORES DE EXCLUSÃO.....	32
3.4 VARIÁVEIS DEPENDENTES E SUA CARACTERIZAÇÃO.....	33
3.5 VARIÁVEIS INDEPENDENTES.....	33
3.6 INSTRUMENTOS	34
3.7. SELEÇÃO E TREINAMENTO E AUXILIARES DE PESQUISA	35
3.8. LOGÍSTICA.....	36
3.8.1 ANTES DA COLETA.....	36
3.8.2 DURANTE A COLETA.....	36
3.8.3 APÓS A COLETA	37
3.9 ASPECTOS ÉTICOS	37
3.9.1 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.....	38
4. CRONOGRAMA	39
5. ORÇAMENTOS	41
6. REFERÊNCIAS.....	42

1. INTRODUÇÃO

1.1. O PROBLEMA E SUA IMPORTÂNCIA

A adolescência é o período compreendido entre os 10 e os 19 anos de idade. (WHO, 2005). Os diferentes comportamentos adotados na adolescência tem uma grande tendência a se manter na fase adulta, sejam eles saudáveis ou de risco (OLIVEIRA et al., 2017; AZEVEDO et al., 2007; LOPES et al., 2004).

Os comportamentos de risco são aqueles associados aos principais agravos à saúde e causa de obter doenças crônicas não transmissíveis. São eles o não uso de preservativos, tabagismo, alcoolismo, inatividade física, comportamentos alimentares não saudáveis e envolvimento com violência, e seus fatores associados (CDC 2005, CURRIE et al., 2004).

O comportamento de risco relacionado à saúde está diretamente ligado ao estilo de vida e a rotina adquirida pela pessoa, porém tais comportamentos também estão associados à mortalidade, ou seja, a adesão/manutenção de um estilo de vida saudável pode ocasionar um menor risco de morte (LOEF et al., 2012). Manter esses comportamentos saudáveis na adolescência pode gerar uma redução na incidência da obesidade e doenças cardiovasculares na fase adulta (LAZZOLI et al., 1998).

No Brasil, a Pesquisa Nacional da Saúde do Escolar (PeNSE), inquérito realizado periodicamente pelo governo nacional, vem tentando monitorar os fatores de risco e proteção das doenças crônicas entre os estudantes. Resultados desses acompanhamentos identificaram alta prevalência dos comportamentos de risco entre os estudados, bem como a manutenção dessas prevalências com o decorrer dos anos (MALTA et al., 2014; CONDESSA et al., 2019).

Especificamente na região sul do Brasil, os comportamentos de risco relacionados à saúde mostram altas prevalências quando comparados ao resto dos estados brasileiros (FERREIRA et al., 2018). Apesar disso, poucos estudos

investigando esses comportamentos foram realizados em municípios de pequeno porte localizados no interior do país (LOPES et al., 2015).

A escola contempla a maioria da rotina dos adolescentes, compreendendo, no mínimo, um turno diário dos dias de semana dos estudantes. Tal fator pode ter interferência direta em diferentes comportamentos dos alunos, merecendo atenção especial quando este apresentar relação com a saúde desses indivíduos (SILVA et al., 2018; PRADO et al., 2018).

Portanto, o presente projeto visa responder ao seguinte problema de pesquisa: Como se apresentam os comportamentos de risco relacionados à saúde em escolares adolescentes de Santa Vitória/RS e Chuí/RS.

1.2. JUSTIFICATIVA

A exposição a comportamentos de risco está associada a diversos problemas de saúde, os quais tendem a atingir fortemente a população de adolescentes (BARROS et al., 2001; CDC 2006). Tais comportamentos de risco são variáveis que se apresentam consolidadas na literatura como agravantes e acarretadoras de diferentes enfermidades com o decorrer da idade, entre as quais as doenças crônicas não transmissíveis, doenças que são principais causas de morte no Brasil (WHO, 2017).

Farias Júnior e colaboradores (2007), destacava que as proporções de adolescentes que apresentava pelo menos um comportamento de risco à saúde sejam maus hábitos alimentares, fumo, consumo de bebidas alcoólicas ou inatividade física, era elevada. Aliado a isso, outra pesquisa destacou que 50% a 65% dos adolescentes apresentavam dois ou mais comportamentos de risco concomitantemente (FARIAS JÚNIOR et al., 2004).

Dados sobre a exposição de adolescentes a comportamentos de risco ajudam na identificação de grupos de risco e são fundamentais para o monitoramento dos níveis de saúde, dando suporte para criação, implementação e desenvolvimento de políticas e programas educacionais que visem à promoção da saúde nesses indivíduos (FARIAS JÚNIOR et al., 2009). Segundo Coutinho et al. (2013), estudos com o objetivo de verificar os comportamentos de risco aos quais os escolares estão sujeitos revestem-se de grande importância, pois podem ser o ponto de partida para políticas educacionais voltadas às necessidades desses escolares. Nesse contexto, a escola é um dos principais locais para vigilância dos comportamentos de risco e de estímulo às práticas saudáveis.

Apesar de vários estudos sobre comportamento de risco já terem sido realizados no Brasil, a grande diversidade de colonização, cultura e hábitos das diferentes regiões desse país de dimensões continentais, permite espaço e tem a necessidade de estudos regionalizados, especialmente nas regiões menos exploradas. Nesse contexto, os municípios de Santa Vitória do Palmar e Chuí, ambos localizados na região do extremo sul do Brasil, são duas localidades que carecem desse tipo de investigação, visto que, até hoje, nenhum estudo que

investigasse esse tipo de comportamento em estudantes adolescentes foi realizado. Somado a isso e a todas as premissas anteriores, a população em estudo investigará também adolescentes estudantes da zona rural, os quais parecem possuir características distintas dos jovens da zona urbana e, por isso, ainda carecem de maiores estudos.

Deste modo, o presente estudo terá por objetivo verificar os comportamentos de risco relacionados à saúde em escolares do 6º ano do ensino fundamental ao 3º ano do ensino médio das cidades de Santa Vitória do Palmar/RS e Chuí/RS.

1.3. OBJETIVO GERAL

Verificar a prevalência dos comportamentos de risco relacionados à saúde e fatores associados em escolares do 6º ano do ensino fundamental ao 3º ano do ensino médio nas cidades de Santa Vitória do Palmar/RS e Chuí/RS, extremo sul do Brasil.

1.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar a prevalência dos comportamentos de risco à saúde em escolares do 6º ano do ensino fundamental ao 3º ano do ensino médio das cidades de Santa Vitória do Palmar/RS e Chuí/RS:

- Consumo abusivo de álcool;
 - Uso de tabaco;
 - Exposição à violência;
 - Sexo sem uso de preservativos;
 - Alimentação inadequada;
 - Inatividade física.
- Verificar a associação de cada um dos comportamentos de risco à saúde com variáveis:
- Socioeconômicas;
 - Demográficas;
 - Nutricional;
- Verificar a associação conjunta dos comportamentos de risco à saúde com variáveis:
- Socioeconômicas;
 - Demográficas;
 - Nutricional;

1.5. HIPÓTESES

Através da literatura analisada até o momento, esperam-se encontrar as seguintes prevalências dos comportamentos de risco relacionados à saúde nos estudantes das cidades de Santa Vitória do Palmar/RS e Morro Redondo/RS:

- A inatividade física será de, aproximadamente, 80%;
- O comportamento alimentar não saudável será atingirá cerca de 55% dos adolescentes;
- O tabagismo será aproximadamente 7%;
- O alcoolismo terá prevalência superior a 30% (este é o comportamento no qual as prevalências mais oscilam na literatura);
- O comportamento sexual de risco será de, aproximadamente, 20%;
- A exposição à violência atingirá cerca de 10% dos investigados.

Quanto ao perfil socioeconômico e demográfico, acredita-se que, em geral, os comportamentos de risco relacionados à saúde estarão associados às classes sociais mais baixas e aos estudantes pertencentes às escolas públicas e estaduais. O consumo do álcool que ocorrerá majoritariamente em classes mais altas e em escolares advindos de escolas particulares. Espera-se que os comportamentos estejam associados ao sexo masculino, com exceção da inatividade física, onde as mulheres deverão ter as maiores prevalências.

Espera-se que haja simultaneidade dos comportamentos de risco, tendo altas prevalências de concomitância de dois ou mais comportamentos de riscos relacionados à saúde. Além disso, espera-se que prevalências mais elevadas dos comportamentos de risco estejam relacionadas a uma auto avaliação ruim de percepção de saúde.

2. REVISÃO DE LITERATURA

A presente revisão é abordada em sete seções. Primeiramente serão apresentados os dados sobre os comportamentos de risco, seus agravos e valores de prevalência. Logo após, será abordado cada fator de risco separadamente com seus agravos, dados de prevalências e fatores associados a cada comportamento.

2.1. COMPORTAMENTOS DE RISCO RELACIONADOS À SAÚDE

As doenças crônicas não transmissíveis são a principal causa de mortalidade na atualidade, sendo que aproximadamente 70% das mortes no Brasil são em consequência de tais agravos, ficando a frente de doenças transmissíveis e acidentes, que somados geram em torno de 30% das causas de mortalidade (WHO, 2017).

Há diferentes comportamentos presentes na rotina das pessoas que estão diretamente associados à aquisição de doenças crônicas não transmissíveis, os quais são denominados de comportamentos de risco relacionados à saúde. A não aderência a três ou mais fatores de risco está associado à redução do risco de mortalidade em 66% (LOEF et al., 2012).

A adolescência é fase em que a aderência a tais fatores de risco acontece mais fortemente. Entretanto, segundo Sanci et al. (2018), nesta fase da vida as consequências danosas em decorrência a esses comportamentos ainda são evitáveis.

Além disso, o comportamento de risco relacionado à saúde, em adolescentes, está associado a vários fatores pessoais, sociais e familiares, principalmente relacionados à saúde mental, sendo para o adolescente imprescindível a visão de saúde sobre uma perspectiva ampla (PARVIZI et al., 2014).

Em estudo longitudinal realizado nos Estados Unidos identificou que os indivíduos que tiveram as mais altas prevalências referentes aos comportamentos de risco na adolescência, foram os que apresentaram mais sintomas depressivos na fase adulta (YU et al., 2017).

Pesquisa escolar realizada nos Estados Unidos a fim de monitor os comportamentos de risco relacionados à saúde de adolescentes, verificou que a prevalência o uso de cigarro foi de 16,3%, do consumo de álcool de 35,6%, do envolvimento com violência de 32,2%, de inatividade física de 73,3% e de alimentação não saudável de 78,6% (FLEARY, 2017).

Outro estudo realizado nos Estados Unidos, com objetivo de verificar os comportamentos de risco: consumo de álcool, tabagismo, comportamentos sexuais e condutas violentas, identificou que 66,5% dos adolescentes apresentaram ao menos um desses comportamentos, mostrando que as maiores prevalências foram encontradas nos adolescentes com idade entre 15 e 17 anos (HENEZHAN et. al., 2016). Segundo Araujo et al. (2009), a idade de início da aderência a esses comportamentos, em ambos os sexos, parece acontecer entre 14 e 15 anos.

O contexto social se mostra como determinante na adesão aos comportamentos de risco. Em estudo realizado em Portugal, a relação do jovem com a escola se mostrou como um fator de proteção para a adesão a esses comportamentos (CERQUEIRA, 2019).

Duas pesquisas distintas demonstraram que há uma baixa prevalência da não ocorrência de nenhum comportamento de risco, e uma simultaneidade de ocorrência desses fatores, onde dois ou mais comportamentos se apresentam concomitante (CUREAU et al., 2019; MCALONEY, 2015). Além disso, a aquisição de diferentes fatores de risco está associado à auto avaliação ruim do estado de saúde (MALTA et al., 2018).

2.1.1. INATIVIDADE FÍSICA

A atividade física durante a adolescência está associada a diferentes benefícios de saúde, bem como prevenção de diferentes agravos (VICTO et al., 2017; SARAIVA et al., 2018). Entretanto, a inatividade física nessa faixa etária tem se apresentado bastante elevada entre esses indivíduos.

Na Espanha, observou-se um aumento da inatividade física conforme a idade. Aos 11 a 12 anos, 61,8% dos adolescentes eram insuficientemente ativos, enquanto que na faixa de 17 a 18 anos de idade 84,7% se mostraram com essa característica (ANDRADAS et al., 2014; MARGAÑÓN et al., 2019).

No Brasil, aproximadamente 80% dos adolescentes pesquisados foram classificados como inativos fisicamente apresentando um dos maiores níveis entre os países americanos (CONDESSA et al., 2019). Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), a inatividade física também está associada ao sexo feminino, já que as meninas (91,2%) tem se mostrado menos ativas que os meninos (79,1%) na adolescência. Além disso, a região sul do país apresenta os maiores níveis de inatividade física com uma prevalência de 86% (FERREIRA et al., 2018).

Em estudo realizado no estado de Santa Catarina, onde se avaliou os comportamentos de risco relacionados à saúde em adolescentes, a inatividade física foi classificada como terceiro comportamento mais prevalente (36,5%) (FARIAS JÚNIOR et al., 2009).

2.1.2. COMPORTAMENTOS ALIMENTARES NÃO SAUDÁVEIS

A aquisição de hábitos alimentares não saudáveis na adolescência está associada à obesidade precoce e, consecutivamente, provável aquisição de doenças crônicas não transmissíveis (REILLY et al., 2011). Tal comportamento de risco é um dos mais prevalentes entre os adolescentes, acometendo

diferentes porções socioeconômicas e demográficas (FARIAS JÚNIOR et al., 2008).

Segundo Dauchet et al. (2006), a obesidade é consequência da aderência a comportamentos alimentares não saudáveis. Os mesmos autores salientam que a implementação do consumo de frutas e verduras na rotina semanal ajuda na prevenção de doenças (DAUCHET et al., 2006), entre elas a obesidade.

Na Austrália e Espanha, a estimativa de adolescentes com sobrepeso/obesidade foi, respectivamente, de 47% e 30%, o que, provavelmente, resultarão em maiores taxas de obesidade na idade adulta em próximos levantamentos (OCDE, 2015; AIHW, 2017).

A prevalência de obesidade em adolescentes no Brasil no ano de 2016 foi de 23,7% (IBGE, 2016). Em estudos nos estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina, tal comportamento apresentou, respectivamente, prevalências de 54,9% e 46,5% (FARIAS JÚNIOR et al., 2008; LOPES et al., 2015). Quando avaliada por regiões do país, a região sul do Brasil foi a que apresentou os maiores índices de obesidade (10,2%) (IBGE, 2016).

A adesão de hábitos alimentares não saudáveis em estudantes adolescentes, no Brasil, está associada ao sexo feminino, a adolescentes mais velhos, aqueles que possuem mães com, ao menos, ensino fundamental completo e serem estudantes de escolas públicas (BARUFALDI et al., 2016; MAIA et al., 2018).

2.1.3. TABAGISMO

O tabagismo na adolescência tem interferência na saúde ao longo da vida, sendo ele associado a uma série de doenças crônicas. Além disso, o consumo de cigarro nessa faixa etária está associado à permanência e consumo na vida adulta, elevando o risco de mortalidade (SILVA et al., 2019; ARAÚJO et al., 2010).

Tal comportamento tem impacto negativo no desempenho cognitivo, emocional e social, ou seja, na saúde em aspecto amplo. Além disso, o uso precoce do tabaco, juntamente ao alcoolismo, resulta em consequências nos domínios cognitivos, como a função executiva, que podem ser intensificados devido à manutenção desse comportamento (ASSIS et al., 2019).

Segundo LEE et al. (2014), em estudo realizado na Coréia do Sul, a proporção de adolescentes tabagistas foi de 11%. Tais indivíduos também foram significativamente menos predisposto a consumir frutas, vegetais e produtos lácteos/leite, e a consumir significativamente mais fast-food do que os não fumantes.

A prevalência do consumo do tabaco nos últimos 30 dias no Brasil, considerando o uso de cigarro e o uso de outros produtos de tabaco (como cigarros de palha, charuto, cachimbo, entre outros) foi de 7,6% (PENSE 2012). Quando considerado apenas os outros produtos de tabaco, a prevalência foi de 4,8% (HALLAL et al., 2017).

O tabagismo está relacionado a outros comportamentos de risco relacionados à saúde, como o alcoolismo e condutas violentas (VIANA et al., 2018; VEIGA et al, 2019). Segundo dados da PeNSE, 6,1% dos escolares eram fumantes atuais, e esse fator esteve associado ao aumento da idade e ao lugar de ensino (aqueles que estudavam em escola privada apresentaram maior consumo) (MALTA et al., 2014).

Nas capitais brasileiras, 22,6% dos escolares já experimentaram cigarro ao menos uma vez na vida. Dentre esses, 28,5% tiveram essa primeira experiência antes dos 11 anos de idade e 27,2% tiveram manutenção desse hábito. Na amostra total, 10,1% dos escolares usaram cigarro ou algum produto com tabaco nos últimos 30 dias (BARRETO et al., 2014).

Em estudo no estado da Bahia, com adolescentes frequentadores dos níveis fundamental, médio e profissionalizante da rede estadual de ensino, a prevalência de tabagismo foi de 17,6%. Entre os consumidores, as principais características identificadas foram o predomínio entre 15 e 19 anos (87%), maioria do sexo feminino (64,6%), de raça negra (75,4%), conviver com ambos

os pais (57,8%) e trabalhar para contribuir para o sustento da família (35,6%) (VIANA et al., 2018).

2.1.4. ALCOOLISMO

O consumo de álcool por adolescentes é proibido por lei no Brasil, onde apenas maiores de 18 anos podem comprar e consumir o produto (ECA, 1990). Porém, o consumo dessa droga lícita se dá muitas vezes nessa faixa etária, podendo levar a dependência química ou psicológica (Moraes-Partelli et al., 2019).

Na Europa, os níveis de consumo de álcool por adolescentes contemplam diferentes extremidades considerando a faixa etária de 15 a 16 anos, as prevalências de adolescentes que relataram estar bêbados em algum momento de suas vidas varia de 36% em Portugal a 89% na Dinamarca (EMCDDA, 2003).

Segundo os dados da PeNSE de 2015, 61,4% dos estudantes já tinha experimentado algum tipo de bebida alcoólica, 29,3% consumiram álcool nos últimos 30 dias, 27,2% já se embriagaram e 9,3% já tiveram problemas devido ao uso do álcool (MACHADO et al., 2018; FREITAS et al., 2019).

Em estudo realizado no estado do Rio Grande do Sul, com adolescentes da zona rural de uma cidade do interior, identificou uma frequência de consumo de álcool nos últimos 30 dias de 69,9% entre os escolares, sendo o comportamento de risco mais prevalente (LOPES et al., 2015). Em contrapartida, estudo com escolares do ensino médio de Santa Catarina, identificou esse comportamento como o quarto mais prevalente, com 27,4% dos escolares (FARIAS JÚNIOR et al., 2009).

Em Sergipe, foi realizada uma pesquisa com escolares dos anos finais do ensino fundamental e médio, demonstrando que 39,9% dos escolares já haviam experimentado alguma bebida com álcool (VIEIRA et al., 2019).

Assim como o tabagismo, o alcoolismo esteve relacionado à adesão/manutenção de outros comportamentos de risco, como condutas sexuais, envolvimento em violência e o próprio tabagismo em adolescentes. Este comportamento é porta de entrada para esses diferentes comportamentos, podendo ter consequências no baixo rendimento escolar ou até mesmo morte devido ao envolvimento em brigas (COUTINHO et al., 2013).

Esse comportamento esteve associado à cor de pele branca, nível de escolaridade mais elevado das mães, estudar em uma instituição de ensino particular, consumir de drogas ilícitas, ter idade igual ou superior a 16 anos, sexo feminino, não morar com os pais e ser residente da região Sul do país (MALTA et al., 2014. CARVALHO et al., 2017). Vieira et al. (2019), acrescenta que esse comportamento esteve associado a adolescentes com mães com escolaridade na fase do ensino primário e pais no ensino médio e, diferentemente dos anteriores, a indivíduos negros e pardos.

O alcoolismo, além de ser um comportamento de risco para as doenças crônicas não transmissíveis, está fortemente associado a riscos nas estradas, já que jovens condutores são grande parcela entre os mortos e feridos em acidentes de trânsito. A combinação de inexperiência e comportamentos de condução arriscados, como dirigir sobre influência de álcool são possíveis causadores de acidentes no trânsito (MARTIN et al., 2016).

Segundo Vieira et al. (2019), e que esse comportamento estava associado ao sexo feminino, indivíduos negros e pardos, com mães com escolaridade na fase do ensino primário e pais no ensino médio.

2.1.5. COMPORTAMENTOS SEXUAIS DE RISCO

A adolescência compreende mudanças emocionais, corporais, sociais e cognitivas e, como consequência disso, se dá início a alguns comportamentos afetivos e até mesmo sexuais entre jovens. Porém, a iniciação sexual precoce está associada ao não uso ou uso inadequado de preservativos e suas

consequências são a gravidez indesejada, doenças sexualmente transmissíveis (DST's) e AIDS (WHO, 2008).

Na Austrália, foi realizada Pesquisa Nacional de Estudantes Secundários e Saúde Sexual com adolescentes entre 15 e 18 anos de idade. Entre os investigados, 41% não utilizaram preservativo na última vez que realizaram sexo, colocando-se principalmente sobre o risco de adquirir DST's, que vem aumentando drasticamente a prevalência no país (MITCHELL et al., 2014; AUSTRALIAN GOVERNMENT, 2018).

Segundo dados da PeNSE de 2009, 30,5% dos escolares brasileiros revelaram já ter tido relação sexual alguma vez na vida. Este comportamento esteve associado ao sexo masculino, ser de instituição de ensino pública, cor de pele negra e parda e menor escolaridade da mãe. Além disso, daqueles que não moravam como os pais, 42,1% já tinham tido relação sexual alguma vez na vida (MALTA et al., 2011).

Com referência ao uso de preservativos, entre os jovens que eram ativos sexualmente, 21% não utilizaram preservativo na última relação sexual. A maior frequência aconteceu entre os adolescentes que trabalhavam do sexo masculino, de cor da pele não branca e que apresentavam mãe com baixa escolaridade (OLIVEIRA-CAMPOS et al., 2014).

Além disso, relações sexuais sem uso de preservativo estão associadas à primeira relação antes dos 13 anos, além de outras variáveis de risco relacionadas ao comportamento sexual, como exploração sexual para fins comerciais, multiplicidade de parceiros sexuais, violência no seio familiar, retardo na vida escolar, raça/cor negra, gravidez indesejada e DST's (MARTINS et al., 2006).

Em estudo no Rio Grande do Sul, na zona rural de Pelotas, 21,9% das meninas já tinha se relacionado sem preservativo, enquanto 14,2% dos meninos apresentaram tal comportamento. Além disso, tal comportamento foi maior entre os adolescentes mais velhos (58,1%) (LOPES et al., 2015).

2.1.6. ENVOLVIMENTO COM VIOLÊNCIA

As doenças crônicas não transmissíveis são a maior causa de mortalidade em diferentes países, considerando todas as faixas etárias; entretanto, no Brasil, a principal causa de morte na adolescência são os acidentes e violências. Isso se deve muito a mudança comportamental que leva a exposição de situações de risco referente à violência (ANDRADE et al., 2012).

A violência é conceituada como uso intencional da força física ou do poder, de modo real ou em ameaça, autoinflingida, interpessoal ou coletiva, que resulte ou tenha alta probabilidade de resultar lesão, óbito, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. O ato violento pode ser de natureza física, sexual, psicológica ou privação/negligência (WHO, 2012).

Um dos tipos de violências, a sexual, é uma das mais negligenciadas no mundo (KRUG, 2002). Sua prevalência no Brasil é de 4,0%, sendo mais elevada em estudantes acima de 16 anos. Ser do sexo feminino, de cor da pele preta, filhos de mães com escolaridade baixa e frequentadores de escolas públicas foram os fatores associados à violência sexual. A violência sexual também foi predominante entre escolares que não moravam com mãe e/ou pai e entre aqueles que trabalhavam (SANTOS et al., 2019).

A escola e o lar, que são vistos com lugares de proteção, de socialização e formação, são onde os adolescentes estão mais expostos a situações de violência. (MOURA et al., 2018). Considerando os dados da PeNSE de 2015, 12,8% dos adolescentes mostravam insegurança no trajeto da escola, sendo eles majoritariamente de escolas públicas. Em 2009, metade dos escolares declarou essa insegurança (6,4%) mostrando um aumento significativo nesse período de seis anos. Além disso, 9,3% dos escolares declararam que já faltou a aula por insegurança (PINTO et al., 2018).

Agressões físicas praticadas por familiar apresentou uma prevalência de 14,5% entre adolescentes brasileiros, sendo mais frequente entre as meninas e escolares de cor de pele preta, parda, amarela e indígena, quando comparada a

escolares de pele branca. Tal envolvimento com violência se mostrou associado aos comportamentos de risco uso de álcool e tabaco (MALTA et al., 2019). Em estudo realizado na cidade de Uruguaiana, no Rio Grande do Sul, o envolvimento em brigas esteve associado a ser do sexo masculino, adolescentes mais jovens e entre aqueles que trabalhavam (COUTINHO et al., 2013).

Na cidade de Pelotas, em pesquisa realizada com escolares da zona rural, aproximadamente 10% dos escolares se envolveram em brigas, sendo que os adolescentes obesos se envolveram aproximadamente cinco vezes mais que os eutróficos (LOPES et al., 2015).

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO

Para verificar a prevalência dos comportamentos de risco à saúde de adolescentes escolares, propõe-se um estudo epidemiológico, com delineamento transversal. Este delineamento é apropriado para avaliar a prevalência dos desfechos e permitir o exame de associação entre eles e os fatores de risco em estudo, embora, por medir exposição e desfecho simultaneamente, este delineamento prejudique o estabelecimento da anterioridade da exposição em relação ao desfecho.

Os estudos transversais caracterizam-se por ser relativamente baratos e pela possibilidade de realização em tempo relativamente curto, aumentando a eficiência e efetividade do estudo (Rothman, 1986). Esse tipo de estudo se adéqua a necessidade do projeto de caracterizar os comportamentos de risco de adolescentes durante o isolamento social.

3.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo será constituída por estudantes de ambos os sexos, matriculados entre o 6º ano do ensino fundamental e o 3º ano do ensino médio nas escolas dos municípios de Santa Vitória do Palmar e Chuí, ambos do estado do Rio Grande do Sul.

3.3. FATORES DE EXCLUSÃO

Serão excluídos os alunos que não estiverem frequentando regularmente as aulas dos seus respectivos anos.

3.4. VARIÁVEIS DEPENDENTES E SUA CARACTERIZAÇÃO

Para a análise dos comportamentos de risco será representado por uma pontuação em um escore, para isso serão considerados pontos de corte, tais pontos são os seguintes:

- **Inatividade Física:** Serão considerados inativos àqueles escolares que não atingirem 300min de atividade física semanal. Para isso serão consideradas todas as atividades realizadas no lazer e deslocamento, no ambiente escolar e fora dele.
- **Consumo de álcool:** Serão considerados consumidores de álcool aqueles escolares que consumirem pelo menos uma dose de bebida um cigarro nos últimos 30 dias.
- **Consumo de tabaco:** Serão considerados consumidores de tabaco aqueles escolares que consumirem um cigarro nos últimos 30 dias
- **Alimentação não saudável:** Será considerado como comportamento de risco consumir frutas e verduras menos de cinco dias por semana,
- **Comportamento sexual:** Será considerado como comportamento de risco já ter se relacionado sexualmente alguma vez sem uso de preservativo
- **Envolvimento com violência:** Será considerado como comportamento de risco ter se envolvido com violência nos últimos 12 meses.

3.5. VARIÁVEIS INDEPENDENTES

As variáveis independentes bem como a forma de coleta e posterior classificação estão descritas no quadro abaixo.

Tipo de Variável	Variável	Tipo de variável Coletada	Classificação
Demográficas	Sexo	Catagórica Dicotômica	Masculino; feminino;
	Idade	Numérica Discreta	Anos completos
Demográficas	Cor da Pele	Catagórica Nominal	Branca; Preta; Parda. Amarela; Outras;
Socioeconômicas	Escolaridade dos pais	Catagórica Nominal	Ensino Fundamental Incompleto; Ensino Fundamental Completo; Ensino Médio Completo; Ensino Superior Completo.
Saúde e Nutricional	Percepção de saúde	Catagórica Nominal	Péssimo, Ruim, Regular, Bom e Ótimo.
	IMC	Catagórica Nominal	Eutrófico, Sobrepeso e Obesidade.

3.6. INSTRUMENTOS

Todos os alunos responderão a um questionário auto relatado, padronizado e estruturado pelos pesquisadores. O questionário será composto por questões referente a variáveis demográficas, socioeconômicas e os desfechos, comportamentos de risco relacionados à saúde.

Os comportamentos de risco analisados serão o não uso de preservativo, inatividade física, consumo de álcool, uso de tabaco, comportamentos sexuais, condutas violentas e comportamentos alimentares não saudáveis (CURRIE, 2004; CDC 2006).

Para avaliar os níveis de inatividade física dos adolescentes será utilizado o Questionário de Atividade Física para Adolescentes (QAFA) (FARIAS JUNIOR et al., 2012). O QAFA é um questionário que estima o tempo de prática de atividade física semanal específica para população adolescente adaptação em português do Self-Administered Physical Activity Checklist. Aqueles escolares que não atingirem 300 min de prática semanal serão considerando inativos fisicamente (BIDDLE et al., 1998).

Para avaliação do consumo de álcool, consumo de tabaco e comportamentos sexuais de risco e a conduta violenta será utilizado o questionário Youth Risk Behavior Surveillance System. Serão considerados consumidores de álcool e/ou tabaco os escolares que consumirem pelo menos

uma dose de bebida e/ou um cigarro nos últimos 30 dias; como tendo comportamento sexual de risco o escolar que já tenha se relacionado sexualmente alguma vez sem uso de preservativo; e com conduta violenta o adolescente que tiver se envolvido com violência nos últimos 12 meses (brigas, porte de armas e obrigatoriedade de relações sexuais) (CDC, 2006; CDC, 2011).

Para comportamentos alimentares não saudáveis será utilizado o instrumento de triagem de consumo alimentar do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). recordatório alimentar dos últimos setes dias do adolescente, visando identificar os alimentos e bebidas que ele consumiu durante a semana, será considerado como comportamento de risco o adolescente que consumir frutas e verduras menos de cinco dias por semana (BRASIL, 2012)

3.7 SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS AUXILIARES DE PESQUISA

Serão selecionados para auxiliares de pesquisa estudantes de graduação do curso de Educação Física da Escola de Educação Física da UFPel. Para tanto, a pesquisa será divulgada entre os estudantes dos cursos de licenciatura e bacharelado, através do comparecimento do coordenador nas aulas e através de cartazes dispostos nos murais da ESEF. Será definido um período de inscrição para participação como auxiliar de pesquisa. A classificação dos auxiliares se dará por meio do somatório da nota do histórico escolar da graduação e da nota da entrevista com o coordenador.

Para solucionar as dificuldades relativas ao trabalho de campo será necessário um criterioso treinamento dos auxiliares de pesquisa, que viabilize a padronização e qualificação da coleta de dados. O treinamento basear-se-á na técnica de dramatização da entrevista, constando de três fases:

1. Leitura do Questionário e Manual de Instruções: os auxiliares de pesquisa em treinamento terão o primeiro contato com o instrumento de coleta de dados. Ocorrerá uma leitura em voz alta do questionário. Um auxiliar de pesquisa em treinamento fará a entrevista e o outro responderá as perguntas de acordo com as suas realidades. A cada pergunta será lido em voz alta, às

orientações que constam no Manual de Instruções. O coordenador do trabalho de campo orientará a atividade esclarecendo as dúvidas.

2. Dramatização do preenchimento: objetiva reproduzir e solucionar problemas que possam comprometer a confiabilidade dos dados coletados. Nesta fase, um auxiliar de pesquisa ocupará o papel do pesquisado enquanto outro verificará possíveis dúvidas no preenchimento do mesmo. O entrevistado responderá as questões, apresentando as mais diversas situações que lhe ocorreram em trabalhos de campo prévios, simulando um preenchimento real.

3.8. LOGISTICA

3.8.1. ANTES DA COLETA

Os testes serão realizados no primeiro semestre do ano letivo, conforme pré-organizado no calendário da Secretaria de Educação do município de Santa Vitória do Palmar. Será solicitado junto à Secretaria e as respectivas direções das escolas públicas e privadas da cidade a lista de estudantes devidamente matriculados no 6º, 7º, 8º e 9º ano do ensino fundamental e no 1º, 2º e 3º ano do ensino médio no ano de 2020. Serão encaminhados, no início do período letivo, os termos de assentimento e consentimento em todas as escolas da cidade. Após o retorno dos mesmos se dará início o período de coleta.

Será conversada com a direção de cada escola a melhor logística possível de coleta. O questionário será entregue, mediante a presença do professor responsável pela turma, na data e horário definido para a devida aplicação do questionário. A aplicação ocorrerá durante o período da aula cedido pelo professor.

3.8.2. DURANTE A COLETA

Na data e hora pré-definida para a realização da coleta os auxiliares de pesquisa se farão presente em sala de aula. Serão distribuídos os questionários auto preenchíveis e explicado aos alunos os aspectos de preenchimento. O

coordenador ou um auxiliar de pesquisa responsável estará presente durante todo o momento da aplicação ajudando a esclarecer quaisquer dúvidas que possam ocorrer durante o preenchimento do mesmo. Ao final do preenchimento individual, os mesmos deverão ser entregues ao coordenador para armazenagem.

3.8.3. APÓS A COLETA

Os questionários serão codificados pelos auxiliares de pesquisa previamente treinados e, posteriormente, digitados em banco de dados criado no programa EXCEL 2010.

Processamento E Análise Dos Dados

A análise dos dados será realizada com o software STATA 13.0. O plano de análise proposto define as seguintes etapas: inicialmente será realizada a análise univariada de todas as informações coletadas, com cálculo das medidas de tendência central e dispersão para as variáveis contínuas e de proporções para as variáveis categóricas. A seguir, será conduzida a análise bi-variada, aplicando o teste T e ANOVA para comparação de médias, examinando-se as seguintes associações entre as variáveis independentes e os diferentes desfechos em estudo. Para análise de simultaneidade das variáveis será gerado um escore, ele será elaborado através da soma dos comportamentos de risco, podendo variar de 0 a 5.

Nas análises multivariadas serão avaliados os comportamentos de risco relacionados à saúde ajustando para fatores de confusão, mantendo-se no modelo as variáveis cujas associações apresentem valor-p $\leq 0,2$ e considerando significativas associações com p-valor $< 0,05$ na análise multivariada.

3.9. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto será enviado ao Comitê de Ética e de Pesquisa da Escola Superior de Educação Física. Será solicitado um termo de assentimento para os

escolares e consentimento livre e esclarecido para todos responsáveis legais dos escolares. Será garantido o direito a recusa à participação do estudo, e conforme o aceite será garantido a sigilosidade de todos os dados aferidos durante a pesquisa.

Os dados finais do estudo serão entregues e apresentados a Secretária Municipal de Educação, Cultura e Desporto de Santa Vitória do Palmar, para que a cidade tenha a caracterização dos seus estudantes 6º ano do fundamental ao 3º ano do médio, a fim de munir a secretária para futuras intervenções.

3.9.1. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados, primeiramente, serão divulgados através do volume da dissertação de mestrado, a qual é requisito obrigatório para a obtenção do título de mestre em educação Física. Posteriormente, os artigos escritos com os dados da dissertação serão divulgados em periódicos científicos da área de saúde, apresentação em congressos e seminários de pesquisa. De forma a ampliar a divulgação dos resultados, os mesmos serão disponibilizados através de jornais, rádio, sites e blogs da internet.

Por fim, e não menos importante, os resultados serão apresentados e disponibilizados as Secretarias Municipal de Educação, Cultura e Desporto e a Secretaria Municipais de Saúde e Assistência Social, bem como nas escolas envolvidas no estudo.

4. CRONOGRAMA

		2018											
		Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Revisão de literatura													

		2019											
		Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Revisão de literatura													
Elaboração e testagem do instrumento													
Envio ao CEP													
Qualificação do projeto													

		2020											
		Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Revisão de literatura													
Envio ao CEP													
Coleta de Dados													

Análise dos dados												
Escrita do artigo científico												
Defesa da dissertação												
Envio a publicação												

5. ORÇAMENTO

Este estudo será financiado pelo próprio aluno de mestrado mediante bolsa advinda da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

MATERIAIS	PREÇO (R\$)
Questionários	1400
Passagens	1680
Material de Divulgação do Estudo	300
Uniformes	400
Total	3780

6. REFERÊNCIAS

Australian Government. Department of Health. National Notifiable Diseases Surveillance System. Canberra: DoH, 2018. Disponível em: <www9.health.gov.au/cda/source/rpt_5_sel.cfm>. Acessado em 20 de novembro de 2019.

Australian Institute of Health and Welfare. A picture of overweight and obesity in Australia 2017. Canberra: AIHW, 2017.

ANDRADE, S. S. C. D. A.; YOKOTA, R. T. D. C.; BANDEIRA DE SÁ, N. N.; SILVA, M. M. A. D.; ARAÚJO, W. N. D.; MASCARENHAS, M. D. M. et al. Relação entre violência física, consumo de álcool e outras drogas e bullying entre adolescentes escolares brasileiros. **Cad Saúde Pública**, v. 28, n. 9, p. 1725-36, 2012.

ARAUJO, A. J. Tabagismo na adolescência: por que os jovens ainda fumam? **J. bras. pneumol.** São Paulo, v. 36, n. 6, p. 671-673, 2010.

ARAÚJO, E. D. S.; BLANKB, N.; RAMOS, J. H. Comportamentos de risco à saúde de adolescentes do ensino médio. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 22, n. 3, p. 164-171, 2009.

ASSIS, R. L. A.; JUNHO, B. T.; CAMPOS, V. R. Menor performance das funções executivas prediz maior consumo de álcool e tabaco em adolescentes. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 3, p. 146-152, 2019.

AZEVEDO, M. R. et al. Tracking of physical activity from adolescence to adulthood: a population-based study. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 69-75, 2007.

BARRETO, S. M, et al. Exposição ao tabagismo entre escolares no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 3027-3034, 2010.

BARRETO, S. M. et al. Experimentação e uso de cigarros e outros produtos de tabaco entre adolescentes nas capitais brasileiras (PeNSE 2012). **Rev. bras. epidemiol.** , São Paulo, v. 17, supl. 1, p. 62-76, 2014.

BARROS, M. D. A.; XIMENES, R.; LIMA, M. L. C. Mortalidade por causas externas em crianças e adolescentes: tendências de 1979 a 1995. **Rev Saúde Pública.**, v. 35, n. 2, p. 142-49, 2001.

BARUFALDI, L. A. ERICA: prevalência de comportamentos alimentares saudáveis em adolescentes brasileiros. **Rev Saúde Pública**, v. 50, n. 1:6, 2016

BIDDLE, S.; SALLIS, N. **Young and active? Young people and health-enhancing physical activity — evidence and implications.** Londres: Health Education Authority; 1998.

BLOCH, K. V. et al. ERICA: prevalências de hipertensão arterial e obesidade em adolescentes brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, vol.50, n. 1, 2016.

CARVALHO, A. P. de et al. Consumo de álcool e violência física entre adolescentes: quem é o preditor?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 4013-4020, 2017.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Youth risk behavior surveillance – United States, 2005 [Internet]. Atlanta: MMWR; c2006 [citado em 18 de julho de 2019]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/SS/SS5505.pdf>.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Disponível em: <<https://www.cdc.gov/growthcharts/>> 2010. Acessado em: 15 de Novembro de 2020.

Centers for Disease Control and Prevention. Youth Risk Behavior Surveillance — United States, 2011. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/ss/ss6104.pdf>>. Acessado em 18 de Julho de 2019.

CERQUEIRA, A; GASPAR, T; GUEDES, F. B.; MADEIRA, S; MATOS, M. G. Sofrimento psicológico, consumo de tabaco, álcool e outros fatores psicossociais em adolescentes portugueses. **Revista Psicologia da Criança e do Adolescente**, v. 10, n. 1, p- 219-228, 2019.

CONDESSA, L. A. et al. Fatores socioculturais relacionados à atividade física em meninos e meninas: PeNSE 2012. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 53, n. 25, 2019.

COSTA, L. C. A. da et al. Tecendo relações entre a motivação para as aulas de educação física e o Ideb. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, Porto Alegre, v. 40, n. 4, p. 370-373, 2018.

COUTINHO, R. X.; SANTOS, W. M.; FOLMER, V.; PUNTEL, R. L. Prevalência de comportamentos de risco em adolescentes. **Cad. saúde colet**, vol. 21, n. 4, p. 441-449, 2013.

CUREAU, F. V.; DUARTE, P. M.; TEIXEIRA, F. S. Simultaneidade de comportamentos de risco para doenças crônicas não transmissíveis em universitários de baixa renda de uma cidade do Sul do Brasil. **Cad. saúde colet.**, v. 27, n. 3, p. 316-324, 2019.

CURRIE C, ROBERTS C, MORGAN A, SMITH R, SETTERTOBULTE W, SAMDAL O, et al. Young people's health in context. Health Behavior in Schoolaged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Copenhagen: World Health Organization; 2004.

DAUCHET, L.; AMOUYEL, P.; HERCBERG, S.; DALLONGEVILLE, J. Fruit and Vegetable Consumption and Risk of Coronary Heart Disease: A Meta-Analysis of Cohort Studies, **The Journal of Nutrition**, v. 136, n. 10, p. 2588–2593, 2006.

ECA, 1990. 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 União** 1990; 16 jul.

EMCDDA, 2003. Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway Drug and alcohol use among young people. Disponível em

< http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_37284_EN_sel2003_1en.pdf>. Acessado dia 20 de Novembro de 2019.

FARIAS JÚNIOR, J. C.; LOPES, A. S. Comportamentos de risco relacionados à saúde em adolescentes. **Rev. Bras. Ci e Mov.**, v. 12, n. 1, p. 7-12, 2004.

FARIAS JÚNIOR, J. C.; MENDES, J. K. F.; BARBOSA, D. B M. Associação Entre Comportamentos De Risco à Saúde em Adolescentes. **Rev. Bras. de Cineantropom. Desempenho Hum.** 2007.

FARIAS JÚNIOR, J. C.; NAHAS, M. V.; BARROS, M. V. G.; LOCH, M. R.; OLIVEIRA, E. S. A.; DE BEM, M. F. L.; LOPES, A.S. Comportamentos de risco à saúde em adolescentes no Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Rev Panam Salud Publica**, v. 25, n. 4, p. 344-352, 2009.

FARIAS JUNIOR, J. C. Validade e reprodutibilidade de um questionário para medida de atividade física em adolescentes: uma adaptação do Self-Administered Physical Activity Checklist. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 198-210, 2012.

FERREIRA, R. W. et al. Desigualdades sociodemográficas na prática de atividade física de lazer e deslocamento ativo para a escola em adolescentes: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2009, 2012 e 2015). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 4, 2018.

FLEARY, S. A. Combined Patterns of Risk for Problem and Obesogenic Behaviors in Adolescents: A Latent Class Analysis Approach. **Journal of School Health**, v. 87, n. 3, p. 182–193, 2017.

FREITAS, E. A. O.; MARTINS, M. S. A. S; ESPINOSA, M. M. Experimentação do álcool e tabaco entre adolescentes da região Centro-Oeste/Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1347-1357, 2019.

HALLAL, A. L. L. C. et al. Uso de outros produtos do tabaco entre escolares brasileiros (PeNSE 2012). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, 2017.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2015. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2016.

KRUG, E.G.; editor. World report on violence and health. Geneva: **World Health Organization**; 2002.

LAZZOLI, J. K. et al. Atividade física e saúde na infância e adolescência. **Rev Bras Med Esporte**, Niterói, v. 4, n. 4, p. 107-109, 1998

LEE, B.; YI, Y. Tabagismo, atividade física e hábitos alimentares entre adolescentes. **West J Nurs Res**. v.38, n.1, p. 27-42 ,2014

LOEF, M.; WALACH, H. The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: A systematic review and meta-analysis. **Preventive Medicine**, v. 55, n. 3, p. 163-170, 2012.

LOPES, S. V.; MIELKE, G. I; DA SILVA, M. C. Risk behaviors in adolescents related health school of rural área. **Rev. O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 39, n.3, p 269-278, 2015

LOPES, V. P.; MAIA, J. A. R. Actividade Física nas crianças e jovens. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, v. 6, n. 1, p. 82-92, 2004

MACHADO, I. E. et al. Supervisão dos pais e o consumo de álcool por adolescentes brasileiros: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar de 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, n 1, 2018

MAIA, E. G. et al. Padrões alimentares, características sociodemográficas e comportamentais entre adolescentes brasileiros. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, e180009, 2018

MALTA, D. C. et al. Saúde sexual dos adolescentes segundo a Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 14, supl. 1, p. 147-156, 2011.

MALTA, D. C. et al. Tendência dos fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2009 e 2012). **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 77-91, 2014.

MALTA, D. C. et al. Exposição ao álcool entre escolares e fatores associados. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 52-62, 2014.

MALTA, D. C. et al. Características associadas à autoavaliação ruim do estado de saúde em adolescentes brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2015. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 21, N. 1, e180018, 2018.

MALTA, D. C. et al. Fatores associados aos episódios de agressão familiar entre adolescentes, resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, 2019.

MARGANON, A. R.; CRUZ MOLINA GARUZ, M.; MEDINA MOYA, J. L. A promoção da saúde na escola como estratégia para enfrentar a cronicidade na Espanha. **Horiz Sanitário**, Villahermosa, v. 18, n. 1, p. 37-47, 2019.

MARTIN, J.; KAUER, S.; SANCI, L. Road safety risks in young people attending general practice: A cross-sectional study of road risks and associated health risks. **Aust Fam Physician**, v. 45, n. 9, p. 666–72, 2016

MARTINS, L. B. M.; COSTA-PAIVA, L.H.; OSIS, M. J. D.; SOUSA, M. H.; PINTO-NETO, A. M.; TADINI, V. Fatores associados ao uso de preservativo masculino e ao conhecimento sobre DST/AIDS em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 22, n. 2, p. 315-23, 2006.

MCALONEY, K. Clustering of Sex and Substance Use Behaviors in Adolescence. **Subst Use Misuse**. v. 50, n. 1, p. 1406-1411, 2015.

MITCHELL, A.; PATRICK, K.; HEYWOOD, W.; BLACKMAN, P.; PITTS, M. 5th national survey of Australian secondary students and sexual health 2013. Melbourne: Australian Research Centre in Sex, Health and Society, La Trobe University, 2014.

MORAES-PARTELLI, A. N.; CABRAL, I. E. Imagens de álcool na vida de adolescentes de uma comunidade quilombola. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, n. 2, p. 468-475, 2019.

MOURA, L. R. et al. Fatores associados aos comportamentos de risco à saúde entre adolescentes brasileiros: uma revisão integrativa. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 52, 2018.

OLIVEIRA-CAMPOS, M. et al. Sexual behavior among Brazilian adolescents, National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 116-130, 2014.

OLIVEIRA, M. M.; CAMPOS, M. O.; ANDREAZZI, M. A. R; MALTA, D. C. Características da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 26, n. 3, p 605-616, 2017.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Panorama de la Salud 2015. Indicadores de la OCDE. 2015. Disponível em: <<https://goo.gl/EdxZRh>>. Acessado dia 20 de Novembro de 2019.

PARVIZI, S.; HAMZEHGARDESHI, Z. Adolescents' view of health concept and its risk factors: a literature review. **International Journal of Adolescent Medicine and Health**, v. 26, n.3, p. 351-359, 2014.

PINTO, I. V. et al. Tendências de situações de violência vivenciadas por adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2009, 2012 e 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, n. 1, 2018.

PRADO, C. V. et. al. Physical activity opportunities in public and private schools from Curitiba, Brazil. **Rev. bras. Cineantropom. Desempenho humano**. Florianópolis, v. 20, n.3, p. 290-299, 2018.

REILLY, J. J.; KELLY, J. Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: systematic review. **Int J Obes**, Londres, v. 35, n. 7, p. 891-898, 2011.

ROTHMAN, K. J. Modern Epidemiology. 5. Measures of Disease Frequency, 23-34. Little, Brown and Company. Boston/Toronto, 1986

SANCI, L.; WEBB, M.; HOCKING, J. Risk-taking behaviour in adolescents. **Aust J Gen Pract**, v. 47, n. 12, p. 829-834, 2018.

SANTOS, M. J. et al. Prevalência de violência sexual e fatores associados entre estudantes do ensino fundamental – Brasil, 2015. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 535-544, 2019.

SARAIVA, B. T. C. et al. CARDIOVASCULAR EFFECTS OF 16 WEEKS OF MARTIAL ARTS TRAINING IN ADOLESCENTS. **Rev Bras Med Esporte**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 212-215, 2018.

SILVA, J. et al. Níveis insuficientes de atividade física de adolescentes associados a fatores sociodemográficos, ambientais e escolares. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 4277-4288, 2018.

SILVA, R. M. A; BEZERRA, V. M.; MEDEIROS, D. S. Experimentação de tabaco e fatores associados entre adolescentes da zona rural de Vitória da Conquista, BA, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, 2019

Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. 2012. Disponível em: <<http://nutricao.saude.gov.br/sisvan.php>>. Acessado em 18 Julho 2019.

VEIGA, L. D. B. et al. Factores asociados a la experimentación del cigarrillo entre adolescentes. **Enferm. glob.**, Murcia, v. 18, n. 55, p. 421-454, 2019.

VIANA, T. B. P. et al. Fatores associados ao consumo do cigarro entre adolescentes de escola pública. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 52, 2018.

VIEIRA, I. S. et al. Fatores associados a experimentação do álcool entre adolescentes escolares. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 20, n. 2, p. 414-423, 2019.

VICTO, E. R. et al. INDICADORES DE ESTILO DE VIDA E APTIDÃO CARDIORRESPIRATÓRIA DE ADOLESCENTES. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 61-68, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Inequalities in young people's health. Health Behavior in School- Aged Children. International Report from 2005-2006. **Health Police for Children and Adolescents**, n. 5; 2008.

World Health Organization. World report on violence and health: summary. Geneva: World Health Organization; 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. BRICS health and WHO country presence profile. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255800/WHOCU-17.05-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. 2017. Acessado em 15 de Novembro de 2019.

YU, J.; PUTNICK, D.L.; HENDRICKS, C.; BORNSTEIN, M. Health-Risk Behavior Profiles and Reciprocal Relations with Depressive Symptoms from Adolescence to Young Adulthood. **J Adolesc Health**, v. 61, n. 6, p. 773–778, 2017.

2. Adaptações aprovadas pela banca ao projeto original defendido devido a pandemia do COVID 19

(Dissertação de mestrado Vinicius Guadalupe Barcelos Oliveira)

1. JUSTIFICATIVA PARA MODIFICAÇÕES

Na segunda metade do mês de março do ano de 2020 o mundo foi acometido a uma pandemia em decorrência da COVID-19, um vírus com alto poder de contágio e que vem causando a morte de milhares de pessoas pelo mundo. Sem um tratamento eficaz durante o ano de 2020, muitos países adotaram medidas para reduzir o número de infectados pelo vírus causador dessa doença. O isolamento de casos; o incentivo à higienização das mãos, à adoção do uso de máscaras faciais caseiras; e medidas de distanciamento social, como o fechamento de escolas e universidades, a proibição de eventos de massa e de aglomerações, a restrição de viagens e transportes públicos, a conscientização da população para que permaneça em casa, até a completa proibição da circulação nas ruas, exceto para a compra de alimentos e medicamentos ou a busca de assistência à saúde, foram medidas adotadas por diferentes governos ao redor do mundo (AQUINO et al., 2020).

Entre as medidas de isolamento social, o ensino presencial em escolas e universidades foi proibido no Brasil em 2020. Como forma de minimizar o problema de falta de ensino presencial nesse período, muitas escolas adotaram o modelo de ensino remoto, com aulas ao vivo ou gravadas para seus alunos

A proibição das aulas presenciais também afetou a realização do projeto original previamente defendido, o qual tinha sido planejado para a realização de preenchimento do questionário de pesquisa na sala de aula, sob supervisão de participantes do estudo. A readequação para a utilização de questionário remoto seria a possibilidade para continuidade do mesmo nos municípios de Santa Vitória do Palmar e Chuí. Entretanto, em ambos municípios, as atividades do ensino escolar nos estabelecimentos de educação previamente acordados para participar da pesquisa não aconteceu.

Com isso, a busca de outro município para a realização do estudo (mantendo os mesmos objetivos) foi realizada. Por questões logísticas e por contemplar as condições prévias para a participação no estudo (ser uma cidade do interior do estado do Rio Grande do Sul, que possuísse escolas com ensino

fundamental e médio e que estivessem realizando o modelo de ensino remoto), o município de Morro Redondo/RS foi o escolhido.

Para realização das alterações, o mestrando e seu orientador consultaram a Coordenação do Colegiado do Curso de Pós-graduação em Educação Física da ESEF/UFPeL. Levando em consideração o momento de pandemia pelo qual se passa, a coordenação do curso, foi favorável a possíveis modificações no projeto desde que, as mesmas fossem levadas aos professores participantes da banca de qualificação, os quais, realizariam a leitura e avaliação da procedência das mesmas. Após leitura e avaliação, os professores Drs. Inácio Crochemore Mohnsam da Silva e Gabriel Gustavo Bergmann, foram de parecer positivo para as modificações e continuidade do projeto, agora, na forma reestruturada.

2. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO

2.1. Município de Morro Redondo/RS

Figura 1: Foto aérea da cidade de Morro Redondo/RS



Fonte: Arquivo Jornal Tradição Regional

Em relação às características sociodemográficas, obtidas pelo último censo (2010), a população do município é 6.227 habitantes, com população estimada do município em 2020 de 6.589 habitantes. A densidade demográfica, também pelo último censo, é de 244,645 km² (IBGE, 2012).

A cidade de Morro Redondo foi emancipada do território de Pelotas em abril de 1988, através de um plebiscito, no intuito de melhora nas condições de trabalho e saneamento básico. E então, no dia 12 de maio de 1988 o município conquistou sua emancipação política, deixando de ser 8º distrito do Município de Pelotas, de acordo com a lei nº 8.633 sancionada pelo então Governador Pedro Simon (MORRO REDONDO, 2013).

Segundo informações do site da câmara de vereadores de Morro Redondo (2013) é basicamente composto por mini fundiários, com cerca de 1200 propriedades rurais. A cidade tem como principal produto o pêssego, com 50 mil toneladas produzidas anualmente, e em menor escala também há a produção de batata, a cebola e a cenoura.

FIGURA 2: Mapa do Rio Grande do Sul



Fonte: Raphael Lorenzeto de Abreu

O território assinalado com um círculo corresponde à área total do município. Morro Redondo tem como limítrofes os municípios Capão do Leão (Sul), Canguçu (Norte), Cerrito (Oeste) e Pelotas (Leste). A distância entre Morro Redondo e Porto Alegre (capital do Estado) é de 289km, e a distância para Pelotas é de 38km.

Morro Redondo compreende quatro estabelecimentos de saúde, sendo três postos de saúde e um hospital. Quanto aos estabelecimentos de ensino, atualmente existem seis estabelecimentos, sendo cinco escolas municipais e apenas um estadual.

Destas escolas, apenas uma compreende o nível de ensino que contempla os adolescentes, o Ensino Médio, o Colégio Estadual Nosso Senhor do Bonfim, e fica alocada na zona urbana do município.

FIGURA 3: Colégio Estadual Nosso Senhor do Bonfim



Fonte: Projeto Quintais

3. METODOLOGIA

Todos os alunos responderão a um questionário auto relatado, padronizado e estruturado pelos pesquisadores. O questionário será composto por questões referente a variáveis demográficas, socioeconômicas e os desfechos, comportamentos de risco relacionados à saúde.

O questionário será anexado a plataforma Google Forms, uma plataforma online disponível para diferentes dispositivos, como notebooks e celulares. Tal plataforma tem como característica possibilidade de acesso em qualquer local e horário e a não necessidade da presença do pesquisador para coleta de dados, respeitando o distanciamento social.

O sistema vigente de ensino na cidade é o ensino remoto, sendo assim, o questionário será encaminhado através da plataforma utilizada nas aulas, e sendo controlado os respondentes através das listas de controle de presença utilizadas pelos professores.

Os alunos que não estejam frequentando as aulas de ensino remoto serão contatados via telefone. Caso algum aluno não tenha a disponibilidade de dispositivos com acesso à internet ou qualquer outra impossibilidade ao acesso da plataforma digital, o pesquisador responsável irá disponibilizar versões impressas da pesquisa.

3.1. LOGISTICA

3.1.1. ANTES DA COLETA

A coleta de dados será realizada no segundo semestre de 2020. Para tanto, será solicitado junto às respectivas direções das escolas da cidade a lista de estudantes devidamente matriculados no 6º, 7º, 8º e 9º ano do ensino fundamental e no 1º, 2º e 3º ano do ensino médio no ano de 2020. Os questionários serão encaminhados à direção, professores, e disponibilizados nas plataformas utilizadas nas aulas de ensino remoto. Os termos de assentimento e consentimento serão anexados ao formulário online, e a pesquisa só estará

disponível após o aceite do mesmo. Logo após a permissão, a pesquisa será disponibilizada.

3.2.2. DURANTE A COLETA

O questionário será autoexplicativo e auto preenchível, além disso, será disponibilizado o contato do pesquisador responsável (telefone e e-mail) para sanar quaisquer dúvidas que possa gerar durante o preenchimento do questionário.

3.2.3. APÓS A COLETA

Os questionários respondidos são gerados no Google Plataformas, após isso será transferido para o banco de dados criado no programa EXCEL 2010. Os questionários impressos serão codificados e digitados em um banco criado no programa EXCEL, e serão anexados aos demais questionários.

4. CRONOGRAMA

		2018											
		Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Revisão de literatura													

		2019											
		Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Revisão de literatura													
Elaboração e testagem do instrumento													
Qualificação do projeto													

		2020											
		Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Revisão de literatura													
Coleta de Dados													
Análise dos dados													
Escrita do artigo científico													

		2021											
		Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Defesa da dissertação													
Envio a publicação													

5. REFERÊNCIAS

AQUINO, E. M. L. et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n 1, p. 2423-2446, 2020.

CÂMARA DE VEREADORES DE MORRO REDONDO. Disponível em = <<https://www.camamorroredondo.com.br/historia.html#:~:text=O%20com%C3%A9rcio%20do%20Munic%C3%ADpio%20%C3%A9,de%20combust%C3%ADvel%20e%20um%20hotel.>>. 2013. Acessado em 28 de Setembro de 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em = <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/morro-redondo>>. Acessado em 28 de setembro de 2020.

PREFEITURA DE MORRO REDONDO. Disponível em: <<http://www.pmmorroredondo.com.br/historia.html>>. 2013. Acessado em 28 de Setembro de 2020.

2. Relatório do Trabalho de Campo
(Dissertação de mestrado Vinicius Guadalupe Barcelos Oliveira)

1. INTRODUÇÃO

Este relatório descreve o detalhamento da coleta de dados da pesquisa intitulada Farol da saúde: estudo dos comportamentos de risco relacionados à saúde e fatores associados em escolares da cidade de Morro Redondo/RS. Esta pesquisa é tema da Dissertação de Mestrado da linha de pesquisa em Epidemiologia da Atividade Física do Programa de Pós-Graduação em Educação Física (PPGEF) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Além da descrição do processo que envolveu a coleta de dados, também é descrita nessa seção as mudanças que foram necessárias (já alteradas no projeto) ser realizadas em função da decorrência da pandemia de COVID-19. Cabe ressaltar que essas modificações não alteraram a ideia do projeto previamente qualificado e aprovado. No entanto, foi realizada consulta à banca participante da defesa de qualificação para demonstrar as mudanças necessárias e seu parecer quanto as mesmas para a continuidade de realização do projeto. Posteriormente a essa aprovação, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Superior de Educação Física da UFPel e aprovado sob protocolo nº 3.102.183.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico, com delineamento transversal. A população alvo do estudo foi composta por escolares de ambos os sexos, matriculados 6º, 7º, 8º e 9º ano do ensino fundamental e no 1º, 2º e 3º ano do ensino médio no ano de 2020 nas escolas do município de Morro Redondo, no Rio Grande do Sul. Foi utilizado como critério de inclusão estar regularmente matriculado na escola urbana em Morro Redondo/RS e estar frequentando o ensino remoto dessa mesma escola.

O questionário utilizado para coleta de dados foi composto por questões referente a variáveis demográficas, socioeconômicas e os desfechos, comportamentos de risco relacionados à saúde. Os comportamentos de risco

foram: inatividade física e consumo de álcool, consumo de tabaco, comportamento sexual e envolvimento com violência.

Para avaliar os níveis de inatividade física dos adolescentes foi utilizado (QAFA) (Anexo, projeto de pesquisa), para avaliação do consumo de álcool, consumo de tabaco, comportamento sexual de risco e condutas violentas foi utilizado o questionário YRBS (anexo, projeto de pesquisa). Para comportamentos alimentares não saudáveis foi utilizado o instrumento de triagem de consumo alimentar do SISVAN.

3. COLETA DE DADOS

Para aplicação da pesquisa foi utilizada um questionário indexado a uma plataforma online Google Forms, sendo gerado um link do questionário e direcionado para a direção da escola para aprovação. Após a aprovação da escola, o questionário foi encaminhado para o professor de educação física que em suas aulas, dentro do ensino remoto, encaminhou para os estudantes. Conforme os estudantes respondiam, a plataforma online gerava uma planilha para o pesquisador responsável.

Os termos de assentimento e consentimento foram anexados ao formulário online, sendo só possível o acesso ao questionário após o aceite do mesmo. Além disso, foi solicitado à direção o reenvio de forma semanal, a fim de reduzir o número de perdas e recusas. O questionário ficou disponível aos estudantes pelo período de 30 dias.

4. ANÁLISE DE DADOS

Os questionários respondidos foram gerados através do Google Forms para a Planilha Google, e para construção do banco de dados foram codificados e transferidos para o EXCEL 2013.

A análise dos dados foi realizada com o software STATA 13.0. O plano de análise proposto define as seguintes etapas: inicialmente será realizada a análise univariada de todas as informações coletadas, com cálculo das medidas

de tendência central e dispersão para as variáveis contínuas e de proporções para as variáveis categóricas. A seguir, foi conduzida a análise bi-variada.

A análise foi conduzida através de testes para verificação da associação bruta entre as variáveis independentes e desfechos, conduzida através de teste de comparação de médias (teste T e ANOVA). Para análise de simultaneidade das variáveis foi gerado um escore, o qual foi construído através da soma dos comportamentos de risco, podendo variar de 0 a 5. Para todos os testes, foi adotado um nível de significância de 5%.

5. PRINCIPAIS ADVERSIDADES

Dentre as adversidades enfrentadas ao realizar este estudo, destaca-se não realizar o questionário de forma presencial, utilizando de plataformas online, o que ocasionou um maior número de não respondentes, além de uma taxa alta de respostas apenas nos dias de encaminhamento e reencaminhamento do questionário. Além disso, o pesquisador não teve contato direto com os alunos, encaminhando o questionário a direção da escola e recebendo as respostas através de uma planilha, não tendo o controle de não respondentes.

3. Artigo

(Dissertação de mestrado Vinicius Guadalupe Barcelos Oliveira)

**COMPORTAMENTOS DE RISCO
RELACIONADOS À SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS EM
ESCOLARES DA CIDADE DE MORRO REDONDO/RS DURANTE A
PANDEMIA DE COVID-19**

(Artigo a ser submetido à Revista Adolescência & Saúde)

Título: Comportamentos de risco relacionados à saúde e fatores associados em escolares de uma cidade de pequeno porte no Rio Grande do Sul durante a pandemia de COVID-19.

Title: Health-related risk behaviors and associated factors among schoolchildren in a small city in Rio Grande do Sul during a COVID-19 pandemic.

Autores:

Vinicius Guadalupe Barcelos Oliveira¹, Marcelo Cozzensa da Silva².

1 – Licenciado em Educação Física. Programa de Pós-graduação em Educação Física. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas/RS – Brasil.

2 – Doutor em Epidemiologia. Programa de Pós-graduação em Educação Física. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas/RS – Brasil.

Autor para correspondência: Vinicius Guadalupe Barcelos Oliveira

E-mail: guadalupevinicius@gmail.com

Rua General Osório, Nº 191. Bairro Centro Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

CEP: 96020-000.

Agência financiadora: Bolsa de mestrado da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Artigo oriundo da dissertação de mestrado de Vinicius Guadalupe Barcelos Oliveira. Farol da saúde: comportamentos de risco relacionados à saúde e fatores associados em escolares da cidade de Morro Redondo/RS. Programa de Pós-Graduação em Educação Física - Universidade Federal de Pelotas. 2021.

Comportamentos de risco relacionados à saúde e fatores associados em escolares de uma cidade de pequeno porte no Rio Grande do Sul durante a pandemia de COVID-19.

Vinicius Guadalupe Barcelos Oliveira ¹

Marcelo Cozzensa da Silva ¹

¹ Instituição: Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Universidade Federal de Pelotas

Resumo: Objetivo: O presente estudo objetivou investigar a prevalência dos comportamentos de risco relacionados à saúde e fatores associados em adolescentes escolares da cidade de Morro Redondo/RS durante o período de isolamento social devido a Covid-19. Método: Trata-se de um estudo epidemiológico com delineamento transversal no qual foi aplicado um questionário incluindo questões demográficas, socioeconômicas e nutricionais. Os comportamentos de risco à saúde investigados foram: inatividade física, consumo de álcool, tabagismo, condutas violentas, comportamento sexual de risco e comportamentos alimentares não saudáveis. Para verificação da associação entre as variáveis independentes e desfechos em saúde foram aplicados o teste T e ANOVA, bem como os teste de Qui-quadrado e Tendência Linear para comparação de proporções. Resultados: Foi observado que 61,9% dos adolescentes eram inativos, 22,2% tinham consumido álcool nos últimos 30 dias, 1,6% eram tabagistas; 68,3% não consumiram legumes, vegetais e frutas pelo menos cinco vezes durante a semana, 7,9% se envolveram em brigas nos últimos 12 meses e 9,5% relataram que realizado sexo sem uso de preservativo. O sexo masculino esteve associado ao consumo inadequado de frutas e verduras, bem como a série que frequentavam esteve associada à inatividade física. Conclusão: Os achados servem de subsídio aos gestores de educação e saúde para a elaboração e implementação de intervenções efetivas, em especial, durante esse período de pandemia.

Palavras-chave: Comportamento de Risco à Saúde; Atividade Motora; Saúde; Adolescente.

Abstract: Objective: The present study aimed to investigate the prevalence of health-related risk behaviors and associated factors in school adolescents in the city of Morro Redondo / RS during the period of social isolation due to Covid-19. Data source: This is a cross-sectional study that used questionnaire including demographic, socioeconomic and nutritional issues. The health risk behaviors investigated were: physical inactivity, alcohol consumption, tobacco use, violent behavior, risky sexual behavior and unhealthy eating behaviors. To check the association between the independent variables and health outcomes, the T and ANOVA tests were applied, as well as the Chi-square and Linear Trend tests to compare proportions. Data synthesis: It was observed that 61.9% of the adolescents were inactive, 22.2% had consumed alcohol in the last 30 days, 1.6% were smokers; 68.3% did not consume vegetables, vegetables and fruits at least five times during the week, 7.9% were involved in fights in the last 12 months and 9.5% reported having sex without using a condom. Males were associated with inadequate consumption of fruits and vegetables, and the school grade was associated with physical inactivity. Conclusion: The findings serve as a basis for education and health managers to design and implement effective interventions, especially during this pandemic period.

Keywords: Health Risk Behavior; Motor Activity; Health; Adolescent

Introdução

A adolescência, período compreendido entre os 10 e os 19 anos de idade, é uma fase de grandes mudanças físicas e psicológicas a qual vem acompanhada de alterações nas interações e relacionamentos sociais. Este período torna-se uma janela de oportunidade para preparação dos indivíduos para uma vida adulta saudável e produtiva¹. Segundo Oliveira e colaboradores², os comportamentos adotados na adolescência tem uma grande tendência a se manter na fase adulta, e a escolha de hábitos saudáveis ou de risco podem ser cruciais para a redução ou não de problemas futuros de saúde.

No Brasil, a Pesquisa Nacional da Saúde do Escolar (PeNSE), inquérito realizado periodicamente pelo governo nacional, vem tentando monitorar os fatores de risco e proteção das doenças crônicas entre os estudantes. Resultados desses acompanhamentos identificaram alta prevalência dos comportamentos de risco entre os estudados, bem como a manutenção dessas prevalências com o decorrer dos anos^{3,4}. Especificamente na região sul do Brasil, os comportamentos de risco relacionados à saúde mostram altas prevalências quando comparados ao resto dos estados brasileiros⁵.

O ano de 2020 foi aterrorizado pela pandemia de COVID-19, a qual era caracterizada por um vírus de alto poder de contágio e que levou milhares de pessoas à óbito em todo mundo. Durante esse ano, sem a disponibilidade de uma vacina para o tratamento da doença, os governos utilizaram, entre tantas medidas para contenção da disseminação do vírus, o uso do distanciamento social e fechamento de locais onde pudessem ocorrer aglomerações⁶. Nesse contexto, as escolas, as quais contemplavam a maioria da rotina dos adolescentes, compreendendo, no mínimo, um turno diário dos dias de semana dos estudantes^{7,8}, foram fechadas para ensino presencial. Com isso, a saúde dos adolescentes veio a sofrer impactos decorrentes do contexto do distanciamento social; impactos que os afetaram tanto em aspectos psicológicos e sociais como na saúde física⁹.

Pouco se sabe como os comportamentos de risco relacionados à saúde dos adolescentes foram afetados durante o período do isolamento social. Aliado a isso, poucos estudos investigando esses comportamentos foram realizados em municípios de pequeno porte localizados no interior do país¹⁰, antes ou durante a pandemia de COVID-19. Portanto, o presente estudo buscou verificar os comportamentos de risco relacionados à saúde de escolares adolescentes de uma cidade de pequeno porte do sul do Brasil durante o período de distanciamento social.

Métodos

Foi realizado um estudo epidemiológico observacional, de delineamento transversal com estudantes de uma escola da zona urbana da cidade de Morro Redondo. Morro Redondo é um município da região Sul do Estado do Rio Grande do Sul, localizado a aproximadamente 289 km da capital Porto Alegre. Apresenta uma área territorial de 244,64 Km² e conta, em 2020, com uma população de 6.589 habitantes. A indústria, os serviços e a agropecuária são bases do produto interno bruto do município¹¹.

A pesquisa envolveu adolescentes, estudantes do sexto ano do ensino fundamental até o terceiro ano do ensino médio, regularmente matriculados no Colégio Estadual Nosso Senhor do Bonfim. A escola é uma instituição pública estadual, que atende alunos do ensino fundamental e médio, sendo a única localizada no perímetro urbano do município. Todas demais escolas concentravam-se na zona rural do município e nenhuma delas oferecia ensino médio à comunidade.

Em um primeiro momento, o pesquisador responsável realizou o contato com a direção da escola, com o intuito de verificar a disponibilidade de realizar a pesquisa. Com a aprovação da direção, o pesquisador encaminhou um questionário anexado a uma plataforma online à direção, a qual ficou responsável pelo encaminhamento dos mesmos aos alunos. Foram excluídos aqueles estudantes que não estavam matriculados ou frequentando regularmente as aulas, que estavam sendo realizadas de forma online durante o isolamento social. Anexado e postado anteriormente ao

questionário online se encontrava a apresentação da pesquisa e seu objetivo, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual deveria ser aceito pelo aluno e também pelo responsável (pai, mãe ou representante legal). Somente após o aceite, o questionário, auto preenchível, era disponibilizado para preenchimento dos participantes.

As variáveis analisadas no presente estudo foram: variáveis socioeconômicas (escolaridade dos pais: ensino fundamental incompleto, completo; ensino médio incompleto, completo; ensino superior incompleto, completo); demográficas (sexo: masculino e feminino; idade: em anos no período da coleta; cor da pele: branco, amarelo, pardo, negro e outros), antropométricas (peso: em quilos auto referido; altura: em centímetros auto referida), nutricional (índice de massa corporal: calculada pelo peso em quilos dividido pela estatura em centímetros elevada ao quadrado e classificado, posteriormente, em eutrofia, sobrepeso e obesidade)¹².

Os comportamentos de risco analisados foram inatividade física, consumo de álcool, tabagismo, comportamentos sexuais, condutas violentas e comportamentos alimentares não saudáveis^{13, 14}.

O nível de atividade física foi coletado através do Questionário de Atividade Física para Adolescentes (QAFA)¹⁵, que estima o tempo de prática de atividade física semanal de adolescentes, sendo considerados inativos aqueles alunos que obtiveram menos de 300 minutos de prática de atividade física na última semana¹⁶.

Para avaliação do consumo de álcool, consumo de tabaco, comportamento sexual de risco e conduta violenta foi utilizado o questionário Youth Risk Behavior Surveillance System¹⁷. Foi considerado consumidor de álcool e tabaco os escolares que consumiram, respectivamente, pelo menos, uma dose de bebida alcoólica e fumado um cigarro nos últimos 30 dias. Para caracterização do comportamento sexual de risco foi considerado como possuindo o comportamento o escolar que já tivesse se relacionado sexualmente alguma vez sem uso de preservativo. Foi considerado com conduta violenta o adolescente que tenha se envolvido com violência nos

últimos 12 meses (brigas, porte de armas e obrigatoriedade de relações sexuais)¹⁷.

Para comportamentos alimentares não saudáveis foi utilizado o instrumento de triagem de consumo alimentar do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), sendo considerado como comportamento de risco o adolescente que consumiu frutas e verduras por menos de cinco dias por semana¹⁸.

A partir dessas respostas foi gerado um escore de pontuação para verificar a simultaneidade dos comportamentos de risco desses adolescentes, atribuindo uma pontuação igual a 0(zero) quando o estudante não apresentava o comportamento de risco, e pontuação igual 1(um) para cada comportamento de risco realizado pelo estudante. O total máximo de pontos possível de ser atingido no questionário era, portanto, igual a 6 (seis) comportamentos.

O banco de dados foi construído no programa Excel e, posteriormente, exportados para o pacote estatístico Stata 13.0, onde foram conduzidas as análises do estudo. Para caracterizar a amostra foi realizada a análise univariada por meio de medidas de tendência central para variáveis contínuas (média e correspondente desvio padrão) e de proporção para variáveis categóricas. Para análise de associação entre conhecimento e as variáveis independentes em estudo foram utilizados o Teste t de Pearson e Análise de Variância (ANOVA).

O protocolo de estudo da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas, sob parecer nº 3.102.183, e consentimento informado foram obtidos de todos os participantes.

Resultados

A amostra total foi constituída por 62 alunos que estavam devidamente matriculados, frequentando regularmente o ensino remoto da escola e que voluntariamente se dispuseram a responder o questionário da pesquisa.

A tabela 1 descreve o perfil dos estudantes do Ensino Fundamental Final (6º a 9º ano) e Ensino Médio (1º a 3º ano). A maioria dos respondentes era do sexo feminino (62,9%), possuía cor de pele branca (82,3%) e apresentava IMC referente à eutrofia (72,1%). Ainda, se encontravam entre a faixa etária de 15 a 17 anos (58,1%) e matriculados no Ensino Médio (56,4%). Com referência a escolaridade dos pais, a maior parte das mães quanto dos pais, foram classificados na categoria de escolaridade relativa ao Ensino Médio Completo.

Em relação, à prevalência dos comportamentos de risco pesquisados, 61,3% dos estudantes foram categorizados como inativos, 22,6% dos estudantes afirmaram ter consumido álcool nos últimos 30 dias e, entre aqueles que disseram ter consumido álcool alguma vez na vida, 50% tiveram seu primeiro contato entre 13 e 14 anos. Somente 1,6% dos respondentes foram considerados tabagistas e 69,3% afirmaram não ter comido legumes, vegetais e frutas pelo menos cinco vezes durante a semana. Em relação a condutas violentas, 8,1% dos estudantes se envolveram em brigas nos últimos 12 meses.

Ao serem questionados sobre comportamentos sexuais de risco, 8,1% dos estudantes relataram ter se relacionado sexualmente sem uso de preservativo. Entretanto, quando avaliados apenas os estudantes que já haviam realizado efetivamente alguma atividade sexual, o percentual desse comportamento de risco foi de 38,5%. Entre os estudantes que relataram não ter utilizado preservativo em alguma relação sexual durante sua vida, 81,0% disseram não ter usado preservativo em alguma(s) da(s) relação(ões) durante o isolamento social.

A tabela 2 descreve as médias do escore de comportamentos de risco conforme as variáveis independentes. Não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias dos escores para as categorias de qualquer uma das variáveis analisadas.

Quando cada um dos comportamentos de risco à saúde foi avaliado individualmente frente as variáveis independentes em estudo, foi verificado que os comportamentos alimentares não saudáveis (representado pelo consumo

inadequado de frutas e verduras) esteve associado a variável sexo e a inatividade física à série a qual os estudantes estavam regularmente matriculados. Estudantes adolescentes do sexo masculino apresentaram maior frequência inadequada de consumo de frutas e verduras quando comparados as meninas ($p < 0,01$). Houve uma tendência em forma de U na associação entre série de estudo e inatividade física, sendo que os adolescentes nas categorias de mais iniciais (sexto e sétimo ano) como nas finais (ensino médio) apresentaram as frequências mais elevadas de inatividade física (Tabela 3).

A figura 1 retrata a simultaneidade dos comportamentos de risco entre os avaliados. Percebe-se que a simultaneidade de dois comportamentos de risco foi a mais frequente (40,3%). Somente 11,3%, 4,8% e 1,6% dos adolescentes apresentaram, respectivamente, três, quatro e cinco comportamentos de risco simultaneamente. Não houve estudante algum que tivera, simultaneamente, todos os comportamentos de risco investigados. Vale ressaltar que a frequência de nenhum comportamento de risco foi preocupante (12,9%).

Discussão

O presente estudo investigou a frequência de comportamentos de risco à saúde em adolescentes escolares de uma escola de Morro Redondo- RS durante o período da pandemia de COVID 19. Houve uma baixa prevalência da não ocorrência de algum dos comportamentos de risco e uma alta prevalência de multiplicidade dos comportamentos de risco (dois ou mais). Segundo McAloney¹⁹, a obtenção de um dos comportamentos de risco leva a exposição aos demais comportamentos, sendo esse o possível motivo de que hábitos adotados na adolescência sejam frequentemente continuados na idade adulta.

A prevalência da inatividade física encontrada foi mais baixa que a descrita em estudos a nível nacional e regional, onde 80% dos adolescentes brasileiros e 86% dos adolescentes do estado do Rio Grande do Sul foram considerados inativos^{4, 5}. Considerando as atividades físicas mais realizadas

(caminhadas como atividade de lazer, andar de bicicleta e caminhada como meio de transporte), os escolares parecem estar aderindo à prática ao ar livre para enfrentar o distanciamento social, o que ajuda a controlar os malefícios físicos, mentais e sociais causados em decorrência desse momento²⁰.

Com relação ao consumo de álcool, a prevalência observada nos avaliados vai ao encontro aos dados da PeNSE de 2015, onde 29,3% dos jovens relataram ter ingerido bebidas alcoólicas^{21, 22}. Além disso, 50% dos alunos que já consumiram álcool, o realizaram pela primeira vez entre 13 e 14 anos de idade. Esse percentual torna-se preocupante, pois, segundo Coutinho²³, o consumo de bebidas alcoólicas está relacionado à adesão de outros comportamentos de risco, sendo ele porta de entrada para os demais. O estado brasileiro, através do Estatuto da Criança e do Adolescente, permite que apenas maiores de 18 anos possam comprar e consumir bebidas etílicas²⁴, visto que o consumo nesta faixa etária pode levar a um baixo rendimento escolar, dependência química ou psicológica²⁵.

Apenas um dos estudantes avaliados foi classificado como tabagista, sendo tal percentual inferior ao encontrado na PeNSE de 2012²⁶ e no estudo de Urrutia-Pereira e colaboradores²⁷ com estudantes adolescentes do município de Uruguaiana-RS. Este resultado torna-se mais importante em tempo da pandemia de COVID-19, pois o hábito de fumar está associado a doenças e infecções respiratórias graves, em função de alterações estruturais no trato respiratório e redução de sua resposta imune. Indivíduos fumantes apresentam duas vezes mais chance de progressão para as formas graves da COVID-19, pois o ato de fumar contribui para o aumento de receptores virais, os quais são importantes fatores de risco para complicações e prognóstico da doença²⁸.

Por outro lado, a prevalência dos estudantes que relataram não ter consumido verduras e frutas foi o comportamento mais prevalente entre os analisados. Tal comportamento é superior ao encontrado em outros estudos com adolescentes em diferentes cidades da região sul do Brasil. Estudo de base escolar realizado com adolescentes na cidade de Londrina identificou uma prevalência de consumo inadequado de 56,7% para frutas e 43,9% para

verduras²⁹. Estudo realizado em escolas públicas do estado de Santa Catarina investigou mudanças, em dez anos, no consumo diário de frutas e verduras por adolescentes encontrando uma redução tanto no consumo de frutas (de 39,1% para 16,6%) como de verduras (de 40,1% para 20,6%) neste período³⁰. Um estudo realizado na zona rural do sul do estado do Rio Grande do Sul encontrou a prevalência de 54,9% do baixo consumo de verduras e frutas¹⁰. Ferreira et al.³¹, aponta que a baixa palatabilidade destes alimentos, por não apresentarem teores elevados de densidade energética, proteínas e lipídeos, pode ser um dos fatores para o não consumo dos mesmos. Os mesmos autores descrevem que mudanças no cotidiano dos adolescentes e o próprio meio ambiente que favorece a mudança de comportamento, podem vir a levar a não aceitação do alimento. Segundo Vereecken et al.³², o aumento dos preços destes alimentos e o maior poder de tomada de decisões e ocupação dos adolescentes podem ser prováveis explicações para o achado. Considerando o período do isolamento social, a pandemia causou diferentes impactos econômicos que fizeram com que a população alterasse seus comportamentos alimentares³³, o que pode ter afetado na dinâmica da compra de frutas, legumes e verduras, os quais, reconhecidamente, também apresentam preços mais elevados quando comparados aos produtos ultra processados. Mesmo assim, tal dado se torna intrigante devido à realidade do município, onde a produção rural e sua comercialização são a principal fonte de econômica, além de uma forte agricultura familiar na cidade.

As condutas violentas tiveram prevalência mais elevada que a prevalência nacional que é de 4,0%. A pandemia pode ter exacerbado esse tipo de conduta entre os adolescentes. Segundo Marques et al.³⁴, a sobrecarga de trabalho, as múltiplas tarefas desenvolvidas pelos pais e o momento que estamos vivendo podem instigar atos de violência. Os mesmos autores salientam que os adolescentes podem tornar-se mais irritados devido as restrições de mobilidade e pela falta de contato com os colegas, o que pode levar a agressividade ou desobediência. Somados a isso, o maior tempo de convivência familiar e o aumento do estresse nessa relação pode levar a atos de violência contra os adolescentes neste período. Coutinho e

colaboradores²³ relatavam que as agressões físicas praticadas por familiares apresentavam uma prevalência de 14,5% entre os adolescentes brasileiros.

A prevalência dos estudantes que já tiveram alguma relação sexual foi inferior a encontrada na PENSE de 2009, no qual 30,1% dos estudantes afirmaram já ter tido uma relação sexual³⁵. Em relação ao comportamento sexual de risco, ou seja, ter realizado relação sexual sem uso de preservativo, a prevalência encontrada foi similar a nacional. Conforme avaliação de dados da PeNSE nos anos de 2009, 2012 e 2015 os adolescentes tem gradativamente postergado sua primeira relação sexual. Felisbino-Mendes³⁶ descreve uma redução do uso de preservativos entre os adolescentes, os quais relatam diferentes motivos para insatisfação com o método contraceptivo. Essa resistência ao uso é conhecida como condom fatigue.

Somente duas variáveis apresentaram-se associadas aos comportamentos de risco à saúde. Primeiramente, a série dos alunos esteve associada a inatividade física, sendo que aqueles matriculados no ensino médio possuíam as maiores frequências de inatividade física. Margañon et al.³⁷ em estudo realizado na Espanha, observaram uma frequência elevada de inatividade física nos adolescentes mais velhos, entre 17 e 18 anos. Gonçalves et al.³⁸ relata que os compromissos e prioridades objetivadas por adolescentes mais próximos do final do ensino médio, como o vestibular ou inserção no mercado de trabalho, podem fazer com que esses indivíduos dediquem mais tempo aos estudos, acarretando em menor tempo para atividades físicas. Os alunos de Morro Redondo relataram diferentes práticas físicas durante o período de ensino remoto, como alongamentos e caminhadas, além de conteúdos teóricos. Considerando que há mais períodos de educação física escolar para alunos do Ensino Fundamental em relação ao Ensino Médio, hipotetiza-se que este seja mais um motivo que ajude explicar essa diferença.

Outra associação encontrada foi entre sexo e consumo inadequado de frutas e verduras, sendo esse comportamento mais prevalente no sexo masculino. Estudo de revisão sistemática identificou que a ingestão inadequada de frutas e verduras por adolescentes esteve consistentemente associada ao sexo masculino³⁹. Adolescentes do sexo feminino, pelas

pressões sociais que sofrem para se adequar aos padrões de beleza impostos pela sociedade, tendem a cuidar melhor da alimentação que seus pares. Outra hipótese para maior consumo inadequado de frutas e verduras pode estar relacionada ao fato que, como adolescentes do sexo masculino praticam mais atividades físicas que as meninas e, por conseguinte, apresentam maior gasto calórico diário, se permitem a consumir mais alimentos não saudáveis.

É importante salientar que este é um dos poucos estudos a verificar conjuntamente os comportamentos de risco à saúde de adolescentes de um município de pequeno porte da região sul do Rio Grande do Sul. Além disso, a utilização de instrumentos válidos e amplamente utilizados para a verificação dos desfechos é outro ponto a ser destacado. Entre as limitações da pesquisa, deve ser mencionado o delineamento transversal, o qual é sabido não ser o mais apropriado para estabelecer relações de causalidade e dificultar a verificação de temporalidade entre as exposições e os desfechos. A logística para a realização da pesquisa em tempos de pandemia foi, também, um desafio enfrentado pelos pesquisadores. Apesar de se ter utilizado um aplicativo de gerenciamento de pesquisa on-line de fácil acesso, o número de perdas e recusas foi elevado (74,4%). Esse percentual reflete, primeiramente, a dificuldade de acesso de muitos dos participantes a sinal de internet fora do ambiente escolar. Este valor também parece estar superestimado devido ao fato que muitos alunos matriculados não estavam frequentando as aulas. Portanto, acredita-se que os resultados encontrados não invalidariam a validade interna do estudo.

Em conclusão, os comportamentos de risco mais prevalentes entre os adolescentes escolares foram não ter consumido frutas e verduras pelo menos cinco vezes na semana (comportamento alimentar não saudável), ser inativos fisicamente e consumir álcool nos últimos 30 dias. Além disso, houve uma tendência em forma de U entre a série frequentada pelos alunos e inatividade física, bem como o sexo masculino ao consumo inadequado de frutas e verduras.

Os achados servem de subsídio aos gestores de educação e saúde para a elaboração e implementação de intervenções efetivas para modificação

desses comportamentos de risco à saúde dos adolescentes, em especial, durante esse período de pandemia.

Referências

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Child and adolescent health and development: progress report 2009: highlights. Geneva: WHO; 2010.
2. Oliveira MM, Campos MO, Andreazzi MAR, Malta DC. Características da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE. *Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília 2017; 26 (3): 605-616.
3. Malta DC, Andreazzi MAR, Oliveira-Campos M, Andrade SSCA, Sá NNB, Moura L, et al. Tendência dos fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2009 e 2012). *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo 2014; 17(1): 77-91.
4. Condessa LA, Chaves OC, Silva FM, Malta DC, Caiaffa WT. Fatores socioculturais relacionados à atividade física em meninos e meninas: PeNSE 2012. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo 2019; 53 (25): 1-13.
5. Ferreira RW, Varela AR, Monteiro LZ, Häfele CA, Santos SJ, Wendt A, et al. Desigualdades sociodemográficas na prática de atividade física de lazer e deslocamento ativo para a escola em adolescentes: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2009, 2012 e 2015). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2018; 34(4):1-13.
6. Anderson RM, Heesterbeek H, Klinkenberg D, Hollingsworth TD. How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? *The Lancet* 2020; 395: 931-34.
7. Silva J, Andrade A, Capistrano R, Lisboa T, Andrade RD, Felden EPG, et al. Níveis insuficientes de atividade física de adolescentes associados a fatores sociodemográficos, ambientais e escolares. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro 2018; 23(12):4277-4288.

8. Prado CV, Farias Júnior JC, Czestschuk B, Hino AAF, Reis RS. Physical activity opportunities in public and private schools from Curitiba, Brazil. *Rev. bras. Cineantropom. Desempenho humano*. Florianópolis 2018; 20(3): 290-299.
9. De Oliveira WA, Silva JL, Andrade ALM, Micheli D, Carlos DM, Silva, MAI. A saúde do adolescente em tempos da COVID-19: scoping review. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2020; 36(8).
10. Lopes SV, Mielke GI, Da Silva MC. Comportamentos de risco relacionados à saúde em adolescentes escolares da zona rural. *Rev. O Mundo da Saúde*, São Paulo 2015; 39(3): 269-278.
11. Prefeitura Municipal de Morro Redondo. Caracterização geral do município [Internet]. Morro Redondo: Prefeitura Municipal de Morro Redondo; c2016 [citado em 15 de novembro de 2020]. Disponível em: <https://www.camaramorroredondo.com.br/projetos/2016/201624-a1.pdf>
12. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) [Internet]. Atlanta: CDC; c2010 [citado em 15 de novembro de 2020]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/growthcharts/>
13. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Youth risk behavior surveillance – United States, 2005 [Internet]. Atlanta: MMWR; c2006 [citado em 18 de julho de 2019]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/SS/SS5505.pdf>.
14. Currie C, Roberts C, Morgan A, Smith R, Settertobulte W, Samdal O, et al. Young people's health in context. Health Behavior in Schoolaged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Copenhagen: World Health Organization; 2004.
15. Farias Junior JC. Validade e reprodutibilidade de um questionário para medida de atividade física em adolescentes: uma adaptação do Self-Administered Physical Activity Checklist. *Rev. bras. epidemiol.* São Paulo 2012; 15(1):198-210.

16. Biddle S, Sallis, N. Young and active? Young people and health-enhancing physical activity — evidence and implications. Londres: Health Education Authority; 1998.
17. Centers for Disease Control and Prevention. Youth Risk Behavior Surveillance — United States, 2011 [Internet]. Atlanta: MMWR; c2012 [citado em: 18 de julho de 2019]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/ss/ss6104.pdf>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde;[citado 18 de julho de 2019]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vigilancia_alimentar.php.
19. Mcaloney K. Clustering of Sex and Substance Use Behaviors in Adolescence. *Subst Use Misuse* 2015; 50 (1): 1406-1411.
20. Werneck AO, Silva DR, Malta D, Souza-Júnior PRB, Azevedo LO, Barros MBA et al. Lifestyle behaviors changes during the COVID-19 pandemic quarantine among 6,881 Brazilian adults with depression and 35,143 without depression. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro 2020, 25(supl 2).
21. Machado IE, Felisbino-Mendes MS, Malta DC, Velasquez-Melendez G, Freitas MIF, Andreazzi MAR. Supervisão dos pais e o consumo de álcool por adolescentes brasileiros: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar de 2015. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo 2018; 21(1):1-13.
22. Freitas EAO, Martins MSAS; Espinosa MM. Experimentação do álcool e tabaco entre adolescentes da região Centro-Oeste/Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro 2019; 24(4): 1347-1357.
23. Coutinho RX, Santos WM, Folmer V, Puntel RL. Prevalência de comportamentos de risco em adolescentes. *Cad. saúde colet*, Rio de Janeiro 2013; 21(4): 441-49.
24. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), 1990. 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 União*. 1990 jul 16. .

25. Moraes-Partelli NA, Cabral I. E. Imagens de álcool na vida de adolescentes de uma comunidade quilombola. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília 2019; 72 (2): 468-475.
26. Hallal ALLC, Figueiredo VC, Moura L, Prado RR, Malta DC. Uso de outros produtos do tabaco entre escolares brasileiros (PeNSE 2012). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2017, 33(3):174-183.
27. Urrutia-Pereira M, Oliano VJ Aranda CS, Mallo LJ, Solé D. Prevalence and factors associated with smoking among adolescents. *JPediatr.* Rio de Janeiro 2017; 93: 230-237.
28. Han L, Ran J, Mak YW, Suen LK, Lee PH, Peiris JSM, Yang L. Smoking and Influenza-associated Morbidity and Mortality: A Systematic Review and Meta-analysis. *Epidemiology* 2019; 30(3):405-417.
29. Romanzini M.; Reichert FF, Lopes AS, Petroski EL, Farias Júnior JC. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em adolescentes. *Cad Saude Publica.* Rio de Janeiro 2008; 24(11): 2573-2581.
30. Silva JA, Silva KS, Silva MC, Silveira PM, Del Duca GF, Benedet J, et al. Consumo de frutas e verduras por adolescentes catarinenses ao longo de uma década. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro 2020; 25 (2): 613-621.
31. Ferreira MA, Alvim NAT, Teixeira MLO, Veloso RC. Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis 2007; 16(2): 217-224.
32. Vereecken C, Pedersen TP, Ojala K, Krølner R, Dzielska A, Ahluwalia N, et al. Fruit and vegetable consumption trends among adolescents from 2002 to 2010 in 33 countries. *Eur J Public Health* 2015; 25(2): 16-19.
33. Gurgel AM, Santos CCS, Alves KPS, Araújo JM, Leal VS. Estratégias governamentais para a garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável no enfrentamento à pandemia de Covid-19 no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro 2020; 25(12): 4945-4956.

34. Marques ES, Moraes CL, Hasselmann MH, Deslandes SF, Reichenheim ME. A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2020; 36(4).
35. Malta DC, Silva MAI, Mello FCM, Monteiro RA, Porto DL, Sardinha LMV, et al. Saúde sexual dos adolescentes segundo a Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo 2011; 14(1): 147-156.
36. Felisbino-Mendes MS, Paula TF, Machado IE, Oliveira-Campos M, Malta, DC. Análise dos indicadores de saúde sexual e reprodutiva de adolescentes brasileiros, 2009, 2012 e 2015. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo 2018; 21(suppl 1).
37. Marganon RA, Garuz, MCM, Moya JLM. A promoção da saúde na escola como estratégia para enfrentar a cronicidade na Espanha. *Horiz Sanitário*, Villahermosa 2019; 18 (1): 37-47.
38. Gonçalves H, Hallal PC, Amorim TC, Araújo CLP, Menezes AMB. Fatores socioculturais e nível de atividade física no início da adolescência. *Rev Panam Salud Publica*, Washington 2007; 22(4): 246-253.
39. Raizel R, Godois AM, Silva VG, Ravagnani CFC. Fatores associados ao consumo de frutas e verduras entre adolescentes. *Ciência e Saúde*. Porto Alegre 2018; 11(4): 258-272.

ILUSTRAÇÕES

Tabela 1. Perfil socioeconômico, demográfico, de ensino e saúde dos estudantes.

Variáveis	n (%)
Sexo	
Masculino	23 (37,1)
Feminino	39 (62,9)
Faixa Etária	
12 a 14	15 (24,2)
15 a 17	36 (58,1)
18 a 19	11 (17,7)
IMC	
Eutrófico	44 (72,1)
Sobrepeso	07 (11,5)
Obesidade	10 (16,4)
Série Atual	
Sexto e Sétimo ano	06 (9,7)
Oitavo e Nono ano	21 (33,9)
Ensino Médio	35 (56,4)
Cor da Pele	
Branca	51 (82,3)
Outras	11 (17,7)
Escolaridade – mãe	
E.F. incompleto	17 (27,4)
E.F. completo	08 (12,9)
E.M. completo	22 (34,5)
E.S. completo	15 (24,2)
Escolaridade – pai	
E.F. incompleto	19 (30,7)
E.F. completo	09 (14,5)
E.M. completo	03 (36,1)
E.S. completo	11 (17,7)
Percepção de saúde	
Regular	15 (24,2)
Boa	27 (44,6)
Ótima	20 (32,3)
Comportamentos de risco relacionados à saúde	
Inatividade Física	38 (61,3)
Consumo de álcool	14 (22,6)
Tabagismo	1 (1,6)
Comportamentos alimentares não saudáveis	43 (69,3)
Condutas violentas	5 (8,1)
Comportamento sexual de risco	5 (8,1)

Tabela 2. Média dos escores dos comportamentos segundo perfil socioeconômico, demográfico, de ensino e saúde dos estudantes avaliados.

Variáveis	Média (DP)	Valor p
Sexo		0,11 ^a
Masculino	2,00 (0,8)	
Feminino	1,54 (1,2)	
Faixa Etária		0,64 ^b
12 a 14	1,67 (1,0)	
15 a 17	1,81 (1,1)	
18+	1,45 (1,1)	
IMC		0,97 ^b
Eutrófico	1,66 (1,0)	
Sobrepeso	1,71 (1,3)	
Obesidade	1,60 (1,0)	
Série Atual		0,25 ^b
Sexto e Sétimo ano	1,50 (0,8)	
Oitavo e Nono ano	1,43 (1,0)	
Ensino Médio	1,91 (1,1)	
Cor da Pele		0,34 ^a
Branca	1,65 (1,1)	
Outras	2,00 (1,3)	
Escolaridade – mãe		0,12 ^b
E.F. incompleto	2,24 (1,1)	
E.F. completo	1,63 (0,9)	
E.M. completo	1,41 (1,1)	
E.S. completo	1,60 (1,1)	
Escolaridade – pai		0,12 ^b
E.F. incompleto	2,11 (1,0)	
E.F. completo	1,78 (1,4)	
E.M. completo	1,30 (1,0)	
E.S. completo	1,82 (1,1)	
Percepção de saúde		0,56 ^b
Regular	1,93 (1,2)	
Boa	1,56 (1,0)	
Ótima	1,75 (1,2)	

^aTeste t; ^b ANOVA

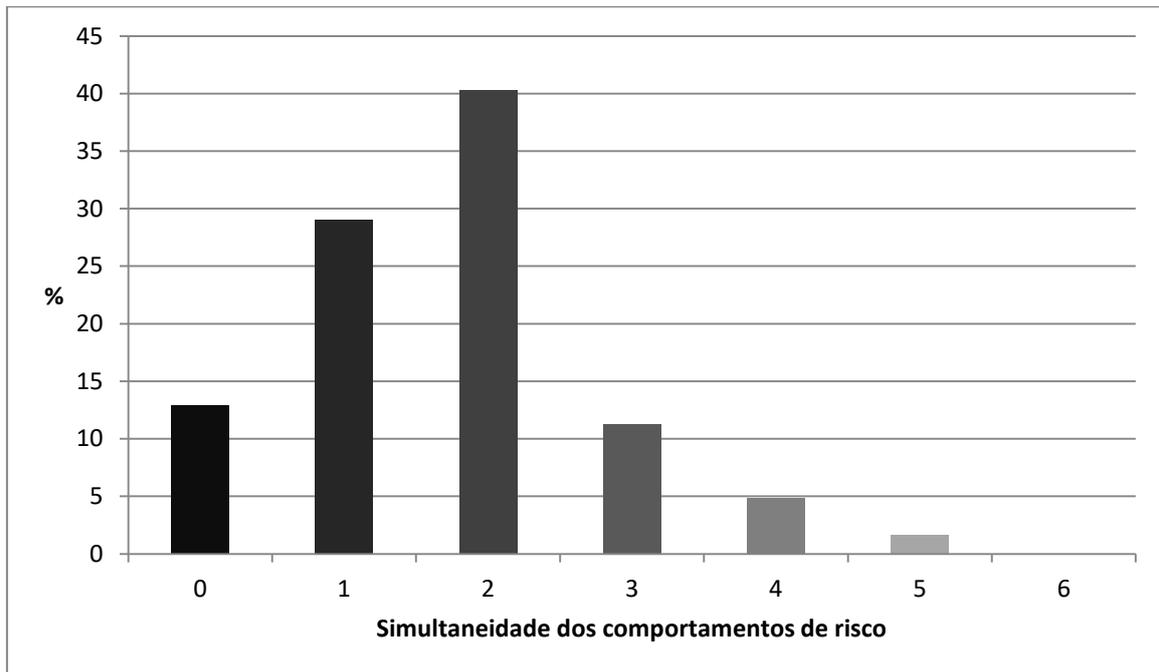
Tabela 3. Análise bruta entre variáveis independentes em estudo e comportamentos de risco avaliados de forma independente entre estudantes adolescentes.

Variáveis	Inatividade Física (%)	Consumo de álcool (%)	Tabagismo (%)	Comportamentos alimentares não saudáveis (%)	Condutas violentas (%)	Comportamento sexual de risco (%)
Sexo	p= 0,63 ^a	p = 0,26 ^a	p = 0,44 ^a	p< 0,01 ^{a*}	p= 0,89 ^a	p= 0,41 ^a
Masculino	65,2	30,4	0,0	91,3	8,7	4,4
Feminino	59,0	18,0	2,6	56,4	7,7	10,3
Faixa Etária	p = 0,83 ^b	p = 0,96 ^b	p = 0,92 ^b	p = 0,35 ^b	p = 0,23 ^b	p = 0,10 ^b
12 a 14	53,3	13,3	0,0	80,0	20,0	0,0
15 a 17	69,4	30,6	2,8	66,7	2,8	8,3
18+	45,5	9,1	0,0	63,6	9,1	18,2
IMC (n=61)	p= 0,37 ^b	p= 0,92 ^b	.	p= 0,57 ^b	p= 0,46 ^b	p= 0,60 ^b
Eutrófico	59,1	20,5	0,0	70,5	9,1	6,8
Sobrepeso	42,9	28,6	0,0	71,4	14,3	14,3
Obesidade	80,0	20,0	0,0	60,0	0,0	0,0
Série Atual	p= 0,04 ^{b*}	p= 0,27 ^b	p = 0,42 ^b	p= 0,65 ^b	p= 0,35 ^b	p= 0,06 ^b
Sexto e Sétimo ano	50,0	0,0	0,0	83,3	16,7	0,0
Oitavo e Nono ano	42,9	23,8	0,0	66,7	9,5	0,0
Ensino Médio	74,3	25,7	2,9	68,6	5,7	14,3
Cor da Pele	p= 0,61 ^a	p= 0,23 ^a	p = 0,03 ^a	p= 0,79 ^a	p= 0,89 ^a	p= 0,17 ^a
Branca	62,8	19,6	0,0	68,6	7,8	5,9
Outras	54,6	36,4	9,1	72,7	9,1	18,2
Escolaridade – mãe	p= 0,09 ^b	p= 0,44 ^b	p = 0,17 ^b	p= 0,30 ^b	p= 0,46 ^b	p= 0,74 ^{b*}
E.F incompleto	82,4	29,4	5,9	82,4	11,8	11,8
E.F. completo	62,5	25,0	0,0	62,5	12,5	0,0

E.M. completo	45,5	18,2	0,0	63,6	4,6	9,1
E.S. completo	60,0	20,0	0,0	66,7	6,7	6,7
Escolaridade – pai	$p= 0,49^b$	$p= 0,29^b$	$p = 0,20^b$	$p= 0,21^b$	$p= 0,38^b$	$p= 0,70^b$
E.F incompleto	79,00	31,6	5,3	79,0	10,5	5,3
E.F. completo	44,4	22,2	0,0	77,8	22,2	11,1
E.M. completo	43,5	17,4	0,0	60,9	0,0	8,7
E.S. completo	81,8	18,2	0,0	63,6	9,1	9,1
Percepção de saúde	$p= 0,16^b$	$p= 0,39^b$	$p = 0,22^b$	$p= 0,10^b$	$p= 0,80^b$	$p= 0,39^b$
Regular	86,7	26,7	0,0	53,3	13,3	13,3
Boa	48,2	25,9	0,0	70,4	3,70	7,4
Ótima	60,0	15,0	5,0	80,0	10,0	5,0

^a Teste de Qui-quadrado de Pearson; ^b Teste de Qui-quadrado de tendência linear.

Figura 1. Simultaneidade de comportamentos de risco em escolares adolescentes da cidade de Morro Redondo/RS.



4. Anexos

(Dissertação de mestrado Vinicius Guadalupe Barcelos Oliveira)

ANEXO 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Questionário auto aplicado de comportamento de risco e fatores associados em adolescentes

*Obrigatório

Endereço de e-mail *

Seu e-mail _____

PARA OS RESPONSÁVEIS

Pesquisador responsável: Vinicius Guadalupe Barcelos Oliveira
Professor Orientador: Marcelo Cozzensa da Silva
Instituição: Escola Superior de Educação Física - UFPEL
Endereço: Rua Luiz de Camões, 625.
Telefone: (53)3273-2752.

Concordo em participar do estudo " FAROL DA SAÚDE: UM ESTUDO DOS COMPORTAMENTOS DE RISCO RELACIONADOS À SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS EM ESCOLARES NA CIDADE DE MORRO REDONDO/RS DURANTE O ISOLAMENTO SOCIAL.

Estou ciente de que estou sendo convidado a participar voluntariamente do mesmo.

PROCEDIMENTOS: O instrumento terá como objetivo observar o perfil dos escolares de Morro/RS. Para isso serão utilizados os seguintes questionários: Farol da Saúde: Comportamentos de risco relacionado à Saúde e o Questionário de Atividade Física para Adolescentes (QAFA).

RISCOS E POSSÍVEIS REAÇÕES: Fui informado de que os riscos de participação no estudo são mínimos e, em caso de qualquer inconveniente, como eventual constrangimento frente a perguntas da pesquisa, o participante poderá interromper sua participação e contar com o auxílio do pesquisador responsável.

BENEFÍCIOS: O benefício de participar na pesquisa relaciona-se ao fato que os resultados serão incorporados ao conhecimento científico e posteriormente a situações de ensino-aprendizagem. Além de identificar os comportamentos relacionados à saúde possibilitando futuras intervenções dentro desse tema.

DESPESAS: Eu não terei que pagar por nenhum dos procedimentos, nem receberei compensações financeiras.

CONFIDENCIALIDADE: Estou ciente que a minha identidade permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo.

CONSENTIMENTO: Recebi claras explicações sobre o estudo, todas registradas neste formulário de consentimento. Os investigadores do estudo responderam e responderão, em qualquer etapa do estudo, a todas as minhas perguntas, até a minha completa satisfação. Portanto, estou de acordo em participar do estudo. Este Formulário de Consentimento Pré-Informado será assinado por mim e arquivado na instituição responsável pela pesquisa.

Declaro que concordo que meu(minha) meu responsável participe dessa pesquisa *

Sim, eu concordo

Não, eu não concordo

Próxima

ANEXO 2: TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Questionário auto aplicado de comportamento de risco e fatores associados em adolescentes

*Obrigatório

Questionário auto aplicado de comportamento de risco e fatores associados em adolescentes

PARA OS ESCOLARES

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa "Farol da Saúde": Um estudo dos comportamentos de risco relacionados à saúde e fatores associados em escolares na cidade de Morro Redondo/RS durante o isolamento social" que tem como objetivos verificar os comportamentos de risco relacionados à saúde em escolares do 6º ano do ensino fundamental ao 3º ano do ensino médio da cidade de Morro Redondo/RS. O motivo que nos leva a estudar é compreender o perfil de saúde dos escolares de Morro Redondo/RS durante o isolamento social, devido a pandemia do COVID-19. Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: os alunos responderão a um questionário auto preenchível padronizado, além de serem coletados os dados de peso e altura. Fui informado de que os riscos de participação no estudo são mínimos e, em caso de qualquer inconveniente, como eventual constrangimento frente a perguntas da pesquisa, o participante poderá interromper sua participação e contar com o auxílio do pesquisador responsável. O benefício de participar na pesquisa relaciona-se ao fato que os resultados serão incorporados ao conhecimento científico e posteriormente a situações de ensino-aprendizagem. Não terá que pagar por nenhum dos procedimentos, nem receberá compensações financeiras.

Você está sendo convidado a participar, pois se enquadra nos seguintes critérios de inclusão do estudo que é estar matriculado e frequentando entre o 6º ano do fundamental e o 3º do médio de escolas de Morro Redondo/RS.

COVID-19. Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: os alunos responderão a um questionário auto preenchível padronizado, além de serem coletados os dados de peso e altura. Fui informado de que os riscos de participação no estudo são mínimos e, em caso de qualquer inconveniente, como eventual constrangimento frente a perguntas da pesquisa, o participante poderá interromper sua participação e contar com o auxílio do pesquisador responsável. O benefício de participar na pesquisa relaciona-se ao fato que os resultados serão incorporados ao conhecimento científico e posteriormente a situações de ensino-aprendizagem. Não terá que pagar por nenhum dos procedimentos, nem receberá compensações financeiras.

Você está sendo convidado a participar, pois se enquadra nos seguintes critérios de inclusão do estudo que é estar matriculado e frequentando entre o 6º ano do fundamental e o 3º do médio de escolas de Morro Redondo/RS.

Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar a participação. Você não terá nenhum custo para participar deste estudo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar.

O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento.

A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador responsável.

O pesquisador responsável irá tratar a sua identidade com sigilo e privacidade. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a permissão do responsável por você.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

Este termo de assentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Universidade Federal de Pelotas e a outra será fornecida a você.

Caso haja danos decorrentes dos riscos desta pesquisa, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelo ressarcimento e pela indenização.

Fui informado (a) dos objetivos do estudo "FAROL DA SAÚDE": UM ESTUDO DOS COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE EM ESCOLARES NA CIDADE DE MORRO REDONDO/RS, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Tendo o termo de consentimento do meu responsável já sido assinado, declaro que concordo em participar desse estudo e que recebi uma via deste Termo de Assentimento Livre e Esclarecido. *

- Concordo em participar da pesquisa
- Não concordo em participar da pesquisa

Voltar

Próxima

ANEXO 3: “QUESTIONÁRIO FAROL DA SAÚDE: PERFIL DE SAÚDE DOS ESCOLARES”, QUESTIONÁRIO AUTO APLICADO DE COMPORTAMENTO DE RISCO E FATORES ASSOCIADOS.

Farol da Saúde: Perfil de Saúde dos Escolares

Nome Completo *

Sua resposta

Série Atual *

- 6º ano do Ensino Fundamental
- 7º ano do Ensino Fundamental
- 8º ano do Ensino Fundamental
- 9º ano do Ensino Fundamental
- 1º ano do Ensino Médio
- 2º ano do Ensino Médio
- 3º ano do Ensino Médio

Sexo *

- Masculino
- Feminino
- Prefiro não informar
- Outro: _____

Caso seu pai tenha estudado, qual o grau de ensino do seu pai? *

- Ensino Fundamental Incompleto
 - Ensino Fundamental Completo
 - Ensino Médio Incompleto
 - Ensino Médio Completo
 - Ensino Superior Incompleto
 - Ensino Superior Completo
-

Caso sua mãe estudado, qual o grau de ensino de sua mãe? *

- Ensino Fundamental Incompleto
 - Ensino Fundamental Completo
 - Ensino Médio Incompleto
 - Ensino Médio Completo
 - Ensino Superior Incompleto
 - Ensino Superior Completo
-

Com quem você mora? *

- Pais
- Familiares
- Com amigos
- Sozinho
- Outro: _____

Pensando em uma escala de 1 a 5, onde 1 é péssimo e 5 é ótimo. Como você classifica seu estado de saúde atual? *

- 1 2 3 4 5
- Péssimo Ótimo
-

Para cada uma das atividades físicas listada abaixo, você deverá responder quantos dias por semana, em média, você praticou na SEMANA PASSADA, contando as aulas de Educação Física.

Futebol (campo, de rua, society) *

	0	1	2	3	4	5	6	7	
0 dias	<input type="radio"/>	7 dias							

Quanto tempo de duração?

Sua resposta _____

Futsal *

	0	1	2	3	4	5	6	7	
0 dias	<input type="radio"/>	7 dias							

Quanto tempo de duração?

Sua resposta _____

Além dessas atividades listada à cima, também foi perguntado sobre as seguintes atividades, nesse mesmo formato:

Handebol; Basquete; Andar de patins, skate; Atletismo; Natação; Ginástica olímpica, rítmica; Judô, karatê, capoeira, outras lutas; Jazz, ballet, dança contemporânea, outros tipos de dança; Correr, trotar (jogging); Andar de bicicleta; Caminhar como exercício físico; Caminhar como meio de transporte (ir à escola, trabalho, casa de um amigo (a) [Considerar tempo de ida e volta]; Voleibol, Vôlei de praia ou de areia, Queimado, caçador, pular cordas; Surfe, bodyboard; Musculação; Exercícios abdominais, flexões de braço, pernas; Tênis de campo (quadra); Passear com o cachorro; Ginástica de academia, ginástica aeróbica; Futebol de praia (beachsoccer).

Caso tenha praticado alguma atividade física que não esteja listada acima, escreva o(s) nome(s) da(s) atividade(s) e quantos dias foram realizada(s) no espaço reservado.

Sua resposta

Voltar

Próxima

Tabagismo

Você já fumou alguma vez na vida? *

- Sim
- Não

Caso a resposta for NÃO, passe pra próxima página

Que idade você tinha quando fumou um cigarro inteiro pela primeira vez?

- Eu nunca fumei um cigarro inteiro
- 8 anos ou menos
- 9 ou 10 anos
- 11 ou 12 anos
- 13 ou 14 anos
- 15 ou 16 anos
- 17 anos ou mais

Durante os últimos 30 dias, nos dias em que fumou, quantos cigarros você fumou por dia?

- Eu nunca fumei um cigarro inteiro
- 8 anos ou menos
- 9 ou 10 anos
- 11 ou 12 anos
- 13 ou 14 anos
- 15 ou 16 anos
- 17 anos ou mais

Durante os últimos 30 dias, nos dias em que fumou, quantos cigarros você fumou por dia?

- Eu não fumei cigarros durante os últimos 30 dias
- Menos que 1 cigarro por dia
- 1 cigarro por dia
- 2 a 5 cigarros por dia
- 6 a 10 cigarros por dia
- 11 a 20 cigarros por dia
- Mais que 20 cigarros por dia

Durante os últimos 12 meses, você tentou parar de fumar cigarros?

- Eu não fumei cigarros os últimos 12 meses
- Sim
- Não

Voltar

Próxima

Consumo de álcool

Você já bebeu alguma vez na vida? *

Sim

Não

Caso nunca tenha bebido, pule para próxima página

Que idade você tinha quando tomou a primeira dose de bebida alcoólica?

- Nunca tomou uma dose de bebida
- 8 anos ou menos
- 9 ou 10 anos
- 11 ou 12 anos
- 13 ou 14 anos
- 15 ou 16 anos
- 17 ou mais

Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você tomou pelo menos uma dose de bebida alcoólica?

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

Voltar

Próxima

Alimentação saudável

Nos últimos 7 dias, EM QUANTOS DIAS você comeu os seguintes alimentos e bebidas?

Salada Crua (alface, tomate, cenoura, pepino, repolho, etc)

0 1 2 3 4 5 6 7

Não comi nenhum dia 7 dias na semana

Legumes e verduras cozidos (couve, abóbora, chuchu, brócolis, espinafre, etc)
(não considerar mandioca e batata)

0 1 2 3 4 5 6 7

Não comi nenhum dia 7 dias na semana

Frutas frescas ou salada de frutas

0 1 2 3 4 5 6 7

Não comi nenhum dia 7 dias na semana

Feijão

0 1 2 3 4 5 6 7

Não comi nenhum dia 7 dias na semana

Leite ou iogurte

0 1 2 3 4 5 6 7

Não comi nenhum dia 7 dias na semana

Batata frita, batata de pacote e salgados fritos (coxinha, quibe, pastel, etc)

0 1 2 3 4 5 6 7

Não comi nenhum dia 7 dias na semana

Hambúrguer e embutidos (salsicha, mortadela, salame, presunto, linguiça, etc)

0 1 2 3 4 5 6 7

Não comi nenhum dia 7 dias na semana

Bolachas/biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote

0 1 2 3 4 5 6 7

Não comi nenhum dia 7 dias na semana

Bolachas/biscoitos doces ou recheados ou doces, balas, chocolates

0 1 2 3 4 5 6 7

Não comi nenhum dia 7 dias na semana

Hambúrguer e embutidos (salsicha, mortadela, salame, presunto, linguiça, etc)

0 1 2 3 4 5 6 7

Não comi nenhum dia 7 dias na semana

Bolachas/biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote

0 1 2 3 4 5 6 7

Não comi nenhum dia 7 dias na semana

Bolachas/biscoitos doces ou recheados ou doces, balas, chocolates

0 1 2 3 4 5 6 7

Não comi nenhum dia 7 dias na semana

Refrigerante (não considerar diet ou light)

0 1 2 3 4 5 6 7

Não comi nenhum dia 7 dias na semana

[Voltar](#)

[Próxima](#)

Violência

Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você portou uma arma como um revólver, faca, bastão ou pedaço de madeira?

- 0 dias
- 1 dia
- 2 ou 3 dias
- 4 ou 5 dias
- 6 ou mais dias

Durante os últimos 12 meses, quantas vezes você brigou na escola ou na rua? *

- Nenhuma vez
- 1 vez
- 2 ou 3 vezes
- 4 ou 5 vezes
- 6 ou mais vezes

Durante os últimos 12 meses, quantas vezes você estava em uma briga física em que você foi ferido e teve de ser tratado por um médico ou enfermeiro? *

- Nenhuma vez
- 1 vez
- 2 ou 3 vezes
- 4 ou 5 vezes
- 6 ou mais vezes

Durante os últimos 4 meses, quantas vezes você esteve em uma briga física? *

- Nenhuma vez
- 1 vez
- 2 ou 3 vezes
- 4 ou 5 vezes
- 6 ou mais vezes

Alguma vez você já foi forçado fisicamente a ter relações sexuais quando você não queria?

- Sim
- Não

[Voltar](#)

[Próxima](#)

Comportamento Sexual

Você já teve relacionamento sexual? *

- Sim
- Não

Caso nunca teve relação sexual, pule para próxima página

Que idade você tinha quando teve uma relação sexual pela primeira vez?

- Eu nunca tive uma relação sexual
- 11 anos ou menos
- 12 anos
- 13 anos
- 14 anos
- 15 anos
- 16 anos
- 17 anos ou mais

Durante a sua vida, alguma vez você teve uma relação sexual em que não usou preservativo?

- Sim
- Não

Durante o distanciamento social, alguma vez você teve uma relação sexual em que não usou preservativo?

Sim

Não

Durante o distanciamento social, alguma vez você teve uma relação sexual em que não usou preservativo?

Sim

Não

Voltar

Próxima

ANEXO 4: INSTRUÇÕES AOS AUTORES PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA ADOLESCÊNCIA & SAÚDE

Instruções aos autores

INFORMAÇÕES GERAIS

A Revista Adolescência & Saúde é uma publicação oficial do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), com periodicidade trimestral. Aceita matérias inéditas para publicação na forma de artigos originais, de revisão, de atualização, relatos de casos, resumo de tese e comunicações breves. Os artigos serão aceitos para publicação escritos em português, inglês ou espanhol. Na versão eletrônica da Revista (www.adolescenciaesaude.com), ISSN-2177-5281, todos os artigos serão disponibilizados nas versões em português, inglês e espanhol.

Os textos devem vir acompanhados de carta assinada pelo autor principal e por todos os coautores para serem avaliados pelo Conselho Editorial e receberem aprovação para publicação.

Os trabalhos serão avaliados e julgados quanto a sua relevância, inovação, clareza na linguagem, profundidade da pesquisa e sua contribuição para a evolução da Ciência; lembrando que as opiniões e conceitos apresentados nos artigos e a procedência e exatidão das citações são de responsabilidade dos autores.

Não cobramos taxa alguma em nenhum momento do processo (submissão, revisão, até possível publicação com tradução). Quanto ao número de autores, acolhemos artigos com, no máximo, seis autores.

Os trabalhos deverão ser submetidos através do site da revista:
www.adolescenciaesaude.com

MISSAO E POLITICA EDITORIAL

A missão da Revista Adolescência & Saúde é promover a circulação e a divulgação dos conhecimentos e experiências dos profissionais que trabalham com a saúde dos adolescentes e queiram contribuir para que estes tenham uma vida saudável.

Tem por objetivo fortalecer o elo entre os profissionais que direta ou indiretamente lidam com adolescentes, propiciando e incentivando a troca de experiências, a comunicação e os trabalhos intersetoriais, fundamentais na busca de soluções eficazes para os problemas da adolescência. A versão eletrônica é cópia na íntegra da edição impressa e disponibiliza livre acesso aos artigos completos.

Artigos que firam os preceitos éticos estabelecidos pelo Comitê de Ética em Pesquisa Científica, de acordo com a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, não serão publicados, bem como aqueles que firam os Direitos Humanos da Criança e do Adolescente, conforme previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

2. PROCESSO DE AVALIAÇÃO DOS MANUSCRITOS

O processo de avaliação do mérito científico considera o atendimento destas instruções, o potencial do manuscrito para publicação e o possível interesse dos leitores. A Revista utiliza o processo de revisão por especialistas (peer review). O trabalho, após revisão inicial dos editores, será encaminhado para análise e emissão de parecer por dois revisores (ConsultoresAdHoc), pesquisadores de competência estabelecida na área específica de conhecimento, selecionados de um cadastro de revisores. No processo serão adotados o sigilo e o anonimato para autor(es) e revisor(es). Os artigos que não apresentarem mérito, que contenham erros significativos de metodologia, ou não se enquadrem na política editorial da revista, serão rejeitados diretamente pelo Conselho Editorial, não cabendo recurso.

A *Revista Adolescência & Saúde* apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informações sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, seguindo as orientações da BIREME/OPAS/OMS (conforme diretiva publicada em 15 de maio de 2007) para a indexação de periódicos na LILACS e SciELO, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Dentro desse contexto, a Revista *Adolescência & Saúde* adota a definição de ensaio clínico preconizada pela OMS, que pode ser assim resumida: "qualquer pesquisa que prospectivamente designe seres humanos para uma ou mais intervenções visando avaliar seus efeitos em desfechos relacionados à saúde. As intervenções incluem drogas, células e outros produtos biológicos, procedimentos cirúrgicos, radiológicos, dispositivos, terapias comportamentais, mudanças de processos de cuidados, cuidados preventivos, etc".

Ressaltando: os conceitos contidos nos manuscritos são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Tipos de artigos publicados:

a. Artigos originais

São relatos de trabalho original, destinados à divulgação de resultados de pesquisas inéditas de temas relevantes para a área pesquisada, apresentados com estrutura constituída de Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão, embora outros formatos possam ser aceitos. Máximo: 3000 palavras, excluindo referências bibliográficas, tabelas e figuras. Máximo de referências: 20.

b. Artigos de revisão

Análises críticas ou sistemáticas da literatura, a respeito de um tema selecionado, enviadas de forma espontânea pelos autores ou a pedido dos editores. Máximo de 5000 palavras. Máximo de Referências: 30.

c. Relatos de caso

São prioritariamente relatos significantes de interesse multidisciplinar e/ou práticos, relacionados ao campo temático da revista. Máximo de 1500 palavras. Máximo de Referências: 20.

d. Resumo de teses

Reprodução de Resumo e Abstracts de Teses e Dissertações.

e. Atualizações

Trabalhos descritivos e interpretativos, com fundamentação sobre a situação global em que se encontra determinado assunto investigativo ou potencialmente investigativo. Máximo de 2500 palavras. Máximo de referências: 20.

f. Comunicações breves

Relatos breves de pesquisa ou de experiência profissional com evidências metodologicamente apropriadas. Relatos que descrevam novos métodos ou técnicas serão também considerados. Máximo de 1500 palavras. Máximo de referências: 10. Não incluir mais que duas figuras ou tabelas.

3. NORMAS GERAIS

É obrigatório o envio de carta de submissão (digital ou via Correios) assinada por todos os autores. Nessa carta, os autores devem referir que o artigo é original, nunca foi publicado e não foi ou não será enviado a outra revista enquanto sua publicação estiver sendo considerada pela Revista *Adolescência & Saúde*. Além disso, deve ser declarado na carta que todos os autores participaram da concepção do projeto e/ou análise dos dados obtidos e/ou da redação final do artigo e que todos concordam com a versão enviada para a publicação. Deve também citar que não foram omitidas informações a respeito de financiamentos para a pesquisa ou de ligação com pessoas ou companhias que possam ter interesse nos dados abordados pelo artigo.

Serão aceitos manuscritos inéditos, em português, inglês ou espanhol. Em cada caso, devem ser seguidas as regras ortográficas correntes do idioma escolhido. Casos de plágio e autoplágio serão considerados violações de direitos autorais. Os autores plagiários serão suspensos por 5 (cinco) anos sem publicação na *Revista Adolescência & Saúde*.

TRANSFERENCIA DE DIREITOS AUTORAIS

No momento da aceitação do manuscrito para publicação na Revista *Adolescência & Saúde*, todos os autores devem enviar carta de autorização da transferência de direitos autorais na qual reconhecem que, a partir desse momento, a Revista *Adolescência & Saúde* passa a ser detentora dos direitos autorais do trabalho. O artigo só será publicado após o recebimento desta carta.

Para artigos originais, anexar uma cópia da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde foi realizada a pesquisa. A Revista *Adolescência & Saúde* adota a Resolução 466/12, **do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos**. Somente serão aceitos os trabalhos elaborados de acordo com estas normas. Para relato de casos, também é necessário enviar a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e, se houver possibilidade de identificação do paciente, enviar cópia do consentimento do responsável, para divulgação científica do caso clínico. Para revisões da literatura, não há necessidade desta aprovação.

A Revista *Adolescência & Saúde* não se responsabiliza pelo eventual extravio dos originais. Os autores devem ter consigo uma cópia do manuscrito original, enquanto o artigo estiver sendo considerado para a publicação pela Revista.

A revista reserva o direito de efetuar, nos artigos aceitos, adaptações de estilo, de gramática e outras que julgar necessárias para atender às normas editoriais.

4. NORMAS DETALHADAS

O conteúdo completo do artigo deve obedecer aos "Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas", publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (disponível em <http://www.icmje.org/>). Cada uma das seguintes seções deve ser iniciada em uma nova página: página de rosto; resumo e palavras chave em português; abstract e key words; texto; agradecimentos e referências bibliográficas. Tabelas e figuras devem ser encaminhadas em páginas separadas, numeradas em algarismos arábicos, colocadas ao final do texto, conter o título e as notas de rodapé.

5. PAGINA DE ROSTO

Formatar com os seguintes itens:

- Título do artigo deve ser conciso e explicativo que represente o conteúdo do trabalho, evitando abreviaturas e indicação do local e da cidade onde o estudo foi realizado, exceto quando isso for essencial para a compreensão das conclusões.
- Título do artigo em inglês.
- Nome COMPLETO de cada um dos autores acompanhado de titulação mais importante de cada autor e a instituição de ensino, pesquisa ou assistência à qual pertence (com cidade, estado e país).
- Autor correspondente: definir o autor correspondente e colocar endereço completo (endereço com CEP, telefone, fax e, obrigatoriamente, endereço eletrônico).
- Instituição: declarar a instituição de ensino, pesquisa ou assistência na qual o trabalho foi realizado.
- Declaração de conflito de interesse: descrever qualquer ligação de qualquer um dos autores com empresas e companhias que possam ter qualquer interesse na divulgação do manuscrito submetido à publicação. Se não houver nenhum conflito de interesse, escrever "nada a declarar".
- Fonte financiadora do projeto: descrever se o trabalho recebeu apoio financeiro, qual a fonte (por extenso) e o número do processo.
- Número total de palavras: no texto (excluir página de rosto, resumo, abstract, agradecimento, referências, tabelas, gráficos e figuras), no resumo e no abstract. Colocar também o número total de tabelas, gráficos e figuras e o número de referências.

6. RESUMO E ABSTRACT

Cada um deve ter, no máximo, 250 palavras. Não usar abreviaturas. Eles devem ser estruturados de acordo com as seguintes orientações:

- Resumo de artigo original: deve conter as seções: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão (*Abstract: Objective, Methods, Results and Conclusion*).
- Resumo de artigo de revisão: deve conter as seções: Objetivo, Fontes de dados, Síntese dos dados e Conclusão (*Abstract: Objective, Data source, Data synthesis and Conclusion*).

- Resumo de relato de caso: deve conter as seções: Objetivo, Descrição do caso e Comentários (*Abstract: Objective, Case description and Comments*).

Para o título em inglês e o abstract, é importante obedecer as regras gramaticais da língua inglesa. A revista se reserva o direito de proceder as modificações necessárias com anuência dos autores.

7. PALAVRAS-CHAVE E KEY WORDS

Fornecer, abaixo do resumo em português e inglês, de 3 a 6 descritores que auxiliarão a inclusão adequada do resumo nos bancos de dados bibliográficos. Empregar exclusivamente descritores da lista de "Descritores em Ciências da Saúde" elaborada pela BIREME e disponível no site <http://decs.bvs.br/>. Essa lista mostra os termos correspondentes em português e inglês.

8. TABELAS, GRAFICOS E ILUSTRAÇÕES

Os locais sugeridos para a inserção de tabelas, gráficos e ilustrações, segundo sua ordem de aparição, deverão estar assinalados no texto. As tabelas, quadros e figuras devem apresentar um título breve e serem numerados consecutivamente com algarismos arábicos, conforme a ordem em que forem citados no texto, sendo restrita a 5 no total. As tabelas devem apresentar dado numérico como informação central. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, com os símbolos na sequência. Se houver ilustração extraída de outra fonte, publicada ou não, a fonte original deve ser mencionada abaixo da tabela. As figuras devem conter legenda, quando necessário, e fonte quando for extraída de obra publicada. As tabelas, gráficos e ilustrações devem estar impressos em laudas distintas das do manuscrito e acompanhados de título e/ou legenda individualizados. Eles devem ser encaminhados também em arquivos separados. Para tabelas e gráficos, usar preferencialmente arquivos dos softwares Word ou Excel. Para outras ilustrações (figuras, mapas, gravuras, esquemas e fotos em preto e branco), encaminhar obrigatoriamente arquivos com extensão TIFF ou JPG. Para "escanear" as figuras e/ou fotos, selecionar 300 DPI de resolução, nos modos de desenho ou grayscale. Figuras de desenhos não computadorizados deverão ser encaminhadas em qualidade de impressão de fotografia em preto e branco. Ademais, a reprodução de fotografias coloridas será custeada pelos autores.

9. AGRADECIMENTOS

Agradecer de forma sucinta a pessoas ou instituições que contribuíram para o estudo, mas que não são autores.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Devem ser numeradas e ordenadas segundo a ordem de aparecimento no texto. As citações serão identificadas no texto por suas respectivas numerações sobrescritas. Para apresentação das referências, devem ser adotados os critérios do International Committee of Medical Journal Editors, também conhecido como estilo Vancouver.

Os autores devem consultar Citing Medicine, The NLM Style Guide for Authors, Editors, and Publishers (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>) e "Sample References" (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html) para informações sobre os formatos recomendados.

Exemplos:

a) Artigos em periódicos:

Dupont W, Page D. Risk factors for breast cancer in women with proliferative breast disease. N Engl J Med. 1985;312:146-51.

Obs.: Quando houver mais de seis autores, citar os seis primeiros nomes seguidos de et al.

b) Capítulos de livros:

Swain SM, Lippman ME. Locally advanced breast cancer. In: Bland KI, Copeland EM. The Breast. Comprehensive management of benign and malignant diseases. Philadelphia: WB Saunders; 1991. p. 843-62.

c) Livros:

Hughes LE, Mansel RE, Webster DJT. Benign disorders and diseases of the breast. Concepts and clinical management. London: Baillière-Tindall; 1989.

d) Trabalhos apresentados em evento:

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editores. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

e) Trabalhos de autoria de entidade:

American Medical Association. Mammographic criteria for surgical biopsy of nonpalpable breast lesions. Report of the AMA Council on Scientific Affairs. Chicago: American Medical Association; 1989; 9-20.

f) Teses e dissertações:

Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

g) Artigos de periódico em formato eletrônico:

Glat R, Fernandes EM, Pontes ML. Educação e Saúde no atendimento integral e promoção da qualidade de vida de pessoas deficiente. Rev Linhas [Internet]. 2006 Jul-Dez [citado 2009 Mar 23];7(2):1-17. Disponível em: <http://www.periodicos.udesc.br/index.php/linhas/article/viewFile/1334/1143>.

11. PONTOS A CONFERIR

PONTOS A CONFERIR

Antes de enviar seu artigo para publicação, verifique os seguintes pontos:

1. O resumo está de acordo com o abstract?
2. As palavras-chave estão de acordo com as key words?
3. Consta o título em inglês?
4. A carta de autorização para publicar o artigo, com a assinatura do autor e dos coautores, foi enviada?

5. *A divisão de tópicos está correta?*

6. *O artigo está dentro do número máximo de palavras?*

7. *Referências*

a) O número de referências está correto?

b) Todos os artigos citados no texto estão presentes nas referências?

c) Todos os artigos presentes nas referências estão citados no texto?

d) Os artigos estão digitados de acordo com as normas da revista?

8. *Tabelas*

a) As legendas são autoexplicativas?

b) As tabelas apresentam autores que não estão presentes nas referências?

9. *Figuras e fotos*

a) As legendas são autoexplicativas?

b) Todas as figuras e fotos estão citadas no texto e vice-versa?

OBS: Para mais informações, consulte www.adolescenciaesaude.com