

**VANISE DOS SANTOS FERREIRA VIERO**

**EFETIVIDADE DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM  
SAÚDE PARA AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTO E  
MUDANÇA DE COMPORTAMENTO EM ADOLESCENTES  
ESCOLARES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Joni Márcio de Farias.

**CRICIÚMA  
2018**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

V665e Viero, Vanise dos Santos Ferreira.

Efetividade de um programa de educação em saúde para aquisição de conhecimento e mudança de comportamento em adolescentes escolares / Vanise dos Santos Ferreira Viero. - 2018.

177 p. : il.; 21 cm.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2018.

Orientação: Joni Márcio de Farias.

1. Educação em saúde. 2. Adolescentes – Comportamento de risco. 3. Promoção da saúde. I. Título.

CDD 23. ed. 372.37



**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC**  
Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão  
Unidade Acadêmica de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional)  
Recomendado pela CAPES – Homologado pelo CNE – Portaria Nº 31. De 26.01.2016

---

## PARECER

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado de Coordenação do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) reuniram-se para realizar arguição da defesa de Mestrado apresentada pela candidata **Vanise dos Santos Ferreira Viero** sob o título “**EFETIVIDADE DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTO E MUDANÇA DE COMPORTAMENTO EM ESCOLARES**” para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva do Curso de Pós Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do extremo Sul Catarinense – UNESC.

Após haver o referido trabalho e arguido a candidata, os membros são de parecer pela “**APROVAÇÃO**” na dissertação com conceito: A.

Criciúma, SC, 09 de fevereiro de 2018.

Assinatura Membros da Banca Examinadora:

  
-----  
**Prof. Dr. JONI MÁRCIO DE FARIAS** (Orientador)

  
-----  
**Prof. Dr. WILLIANS CASSIANO LONGEN** (Membro/PPGSCol/UNESC)

  
-----  
**Prof. Dr. MARCO ANTÔNIO DA SILVA** (Membro Externo/UNESC)



Dedico este trabalho à minha família, pois sem eles nada faria sentido.



## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por ter guiado minha caminhada até aqui.

Aos meus pais, que, apesar da distância, sempre se fizeram presentes, demonstrando generosidade, bondade e compreensão.

A minha irmã Vanessa, pelo seu companheirismo e cumplicidade.

As minhas sobrinhas Carolina e Manuela, pelos momentos de intensa alegria e felicidade.

Ao meu esposo Rômulo, pelo companheirismo, compreensão e apoio.

Ao meu orientador Prof. Dr. Joni Márcio de Farias, pelos ensinamentos, incentivos, estímulos e correção de rumos importantíssimos para o presente trabalho.

A Escola de Educação Básica Joaquim Ramos, por ter deixado as portas abertas para o desenvolvimento da pesquisa.

Aos alunos da referida escola, os quais contribuíram sobremaneira para o sucesso da pesquisa.

Aos bolsistas Leandro Maffei, Maria Helena Pedroso e Aline Garcia, por toda a ajuda prestada durante a execução do projeto.

As residentes Jéssica Martins, Fernanda Gomes, Mariane Favarin, Érica Motta e Júlia Rosa, por terem contribuído nas atividades de educação em saúde.

As amigas e colegas Patrícia Pilatti, Schayane Homem, Fabiani Borges e Julia Peruchi, pela parceria, pelos momentos de estudo, amizade e descontração. Muito obrigada! Vocês moram no meu coração.

As minhas amigas Talita Bitencourt, Mariana Rech e Vânia Alves, pelo carinho e incentivo de sempre. Muito obrigada! Amo vocês!

Enfim, o meu muito obrigada a todos que, de uma ou de outra, contribuíram com esta pesquisa e com meu aprimoramento pessoal e profissional.

Muito obrigada!



“Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção”.

Paulo Freire



## RESUMO

**Introdução:** A adolescência é caracterizada por profundas transformações biológicas, psicológicas e sociais, agregadas a essas transformações, crescem a autonomia e a independência em relação à família e a experimentação de novas vivências e comportamentos, que podem gerar exposição à riscos para a saúde. Comportamentos sustentados e ampliados por frequentes dúvidas, questionamentos e preocupações sobre procedimentos de cuidado, o qual comumente não encontram locais adequados. Disponibilizar um programa de promoção da saúde na escola pode ser uma importante estratégia no processo de formação de comportamentos que promovam e mantenham hábitos saudáveis de vida dos adolescentes. Diante disso, o **objetivo** do estudo foi avaliar a contribuição de um programa de educação em saúde no ganho de conhecimento e mudança de comportamento em adolescentes escolares do município de Criciúma, Santa Catarina (SC). **Metodologia:** trata-se de um estudo quase experimental com uma amostra de 69 adolescentes, de ambos os sexos, com idade de 11 a 17 anos, matriculados no 6º ao 9º ano do ensino fundamental séries finais e do ensino médio, do turno vespertino da Escola Estadual de Educação Básica Joaquim Ramos. O programa de promoção da saúde na escola foi baseado em ações de educação em saúde sobre as seguintes temáticas: atividade física, alimentação saudável, prevenção ao uso abusivo de drogas e sexualidade. Os encontros ocorreram na escola, de agosto a dezembro do ano de 2016, em horário de aula, uma vez por semana. A aquisição de conhecimento e a mudança de comportamento foram avaliadas por meio de questionários autoaplicáveis. Os dados foram tabulados em planilhas eletrônicas do excel e exportados para o programa SPSS 22,0, onde foram realizadas as análises de frequências absolutas e relativas, médias e desvios padrão. Verificou-se a normalidade dos dados pelo Teste de Kolmogorov-Smirnov. O teste T para amostras pareadas foi utilizado para comparar as médias dos escores pré e pós das ações de educação em saúde. E o teste dos postos sinalizados de Wilcoxon de amostras relacionadas foi empregado visando a comparação das médias dos escores pré e pós por sexo e nível de escolaridade. O teste de McNemar foi empregado nos dados nominais pareados. O nível de significância  $\alpha$  estabelecido para os testes estatísticos foi de 0,05 e o intervalo de confiança de 95%. **Resultados:** Observou-se ganho de conhecimento após a intervenção nas temáticas da alimentação saudável ( $4,43 \pm 2,06$  /  $5,07 \pm 2,26$ ), drogas ( $3,95 \pm 2,63$  /  $5,21 \pm 2,78$ ) e sexualidade ( $3,92 \pm 2,16$  /  $5,36 \pm 2,43$ ) com diferença



significativa ( $p < 0,05$ ). Em relação as mudanças comportamentais, foi possível verificar mudanças positivas apenas nos aspectos relacionados a atividade física e alimentação saudável, como a exposição em frente a tela, a prática dos exercícios de força, o consumo de leite e derivados e a diminuição do consumo de salgadinhos, doces e refrigerantes.

**Conclusão:** Concluiu-se que o programa proposto foi efetivo em aumentar o conhecimento dos adolescentes sobre os assuntos relacionados à saúde, porém não foi efetivo em alterar todos os comportamentos avaliados. As ações de educação em saúde foram o ponto alto do estudo, pois possibilitaram diálogos, reflexões e trocas de experiências aos atores envolvidos. Acredita-se que pessoas devidamente empoderadas e com autonomia estão mais sujeitas a fazer escolhas que contribuam para a melhora da saúde e da qualidade de vida a longo prazo, podendo ser a escola um dos principais locais para essas mudanças de comportamento. responsáveis para esta mudança de comportamento.

**Palavras-chave:** Saúde Coletiva; Educação em Saúde; Adolescente.



## ABSTRACT

**Introduction:** Adolescence is characterized by profound biological, psychological and social transformations, added to these transformations, increasing autonomy and independence in relation to the family and experimenting with new experiences and behaviors, which can generate exposure to health risks. Behaviors sustained and amplified by frequent doubts, questions and concerns about care procedures, which usually do not find suitable places. Providing a school health promotion program can be an important strategy in the behavioral process that promotes and maintains healthy lifestyles for adolescents. Therefore, the objective of the study was to evaluate the contribution of a health education program in knowledge gain and behavior change in school adolescents in the city of Criciúma, Santa Catarina (SC). **Methodology:** This is a quasi-experimental study with a sample of 69 adolescents, both boys and girls, aged 11 to 17 years, enrolled in the 6th to 9th grade of elementary education, final and high school classes, the afternoon shift State School of Basic Education Joaquim Ramos. The health promotion program at the school was based on health education actions on the following topics: physical activity, healthy eating, drug abuse prevention and sexuality. The meetings took place in the school, from August to December of the year 2016, in class time, once a week. Knowledge acquisition and behavior change were assessed using self-administered questionnaires. Data were tabulated in excel spreadsheets and exported to the SPSS 22.0 program, where absolute and relative frequency, mean and standard deviations were performed. Normality of the data was verified by the Kolmogorov-Smirnov Test. The T test for paired samples was used to compare the means of pre and post scores of health education actions. And the Wilcoxon flagged test of related samples was used to compare the means of pre and post scores by sex and level of schooling. The McNemar test was used in the paired nominal data. The significance level  $\alpha$  established for the statistical tests was 0.05 and the 95% confidence interval. **Results:** There was a gain in knowledge after intervention in healthy eating ( $4,43 \pm 2,06 / 5,07 \pm 2,26$ ), drugs ( $3,95 \pm 2,63 / 5,21 \pm 2,78$ ) and sexuality ( $3,92 \pm 2,16 / 5,36 \pm 2,43$ ) with significant difference ( $p < 0.05$ ). Regarding the behavioral changes, it was possible to verify positive changes only in the aspects related to physical activity and healthy eating, such as exposure in front of the screen, the practice of strength exercises, consumption of milk and dairy products and the reduction of consumption of snack foods, sweets and



soft drinks. **Conclusion:** It was concluded that the proposed program was effective in increasing adolescents' knowledge about health issues, but it was not effective in changing all the behaviors evaluated. The actions of health education were the highlight of the study, as they enabled dialogues, reflections and exchanges of experiences to the actors involved. It is believed that properly empowered and autonomous people are more likely to make choices that contribute to improved health and quality of life in the long run, and schooling may be one of the main sites for these behavioral changes.

**Key words:** Collective Health; Health education; Teenager.



## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 – Organograma da amostra. ....	50
---	----



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da Amostra n=69.....	56
Tabela 2 – Resultados dos escores pré e pós Programa de Promoção da Saúde na Escola.....	57
Tabela 3 – Resultados dos escores pré e pós ações de educação em saúde sobre atividade física divididas pelo sexo e nível de escolaridade. ....	59
Tabela 4 – Frequência de acertos pré e pós ações de educação em saúde sobre atividade física.....	61
Tabela 5 – Frequência de acertos pré e pós ações de educação em saúde sobre alimentação saudável.....	63
Tabela 6 – Frequência de acertos pré e pós ações de educação em saúde sobre Drogas.....	65
Tabela 7 – Frequência de acertos pré e pós ações de educação em saúde sobre sexualidade. ....	67
Tabela 8 – Análise da mudança de comportamento em relação ao nível de atividade física, deslocamento ativo e exercícios de força, no total, com divisão por sexo e nível de escolaridade. ....	69
Tabela 9 – Análise da mudança de comportamento em relação ao comportamento sedentário. ....	71
Tabela 10 – Análise da mudança de comportamento em relação aos comportamentos alimentares saudáveis, no total, com divisão por sexo e nível de escolaridade.....	73
Tabela 10 – Análise da mudança de comportamento em relação aos comportamentos alimentares saudáveis, no total, com divisão por sexo e nível de escolaridade .....	74
Tabela 11 – Análise da mudança de comportamento em relação aos comportamentos alimentares não saudáveis, no total, com divisão por sexo e nível de escolaridade. ....	76
Tabela 12 – Prontidão para a mudança de comportamento em relação à atividade física e ao consumo de frutas e verduras. ....	77
Tabela 13 – Experimentação de Drogas Lícitas e Ilícitas n= 46. ....	78
Tabela 14 – Comportamento relacionado ao uso de Drogas Lícitas e Ilícitas.....	80
Tabela 15 – Iniciação sexual. ....	81
Tabela 16 – Comportamento sexual no total e dividido pelo sexo e faixa etária.....	82



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABEP- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa  
AIDS- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida  
CCEB- Critério da Classificação Econômica Brasil  
CDC- Centers for Disease Control and Prevention  
CEBRID- Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas  
CNS- Conselho Nacional de Saúde  
DATASUS- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde  
DCNT- Doenças Crônicas Não Transmissíveis  
ECA- Estatuto da Criança e do Adolescente  
ESF- Estratégia Saúde da Família  
HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana  
HPV- Vírus do Papiloma Humano  
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IST- Infecções Sexualmente Transmissíveis  
MEC- Ministério da Educação  
MS- Ministério da Saúde  
OMS- Organização Mundial da Saúde  
PeNSE- Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar  
PMAQ- Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade  
PNAD- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios  
POF- Pesquisa de Orçamentos Familiares  
PPP- Projeto Político Pedagógico  
PROSAD- Programa de Saúde do Adolescente  
PSE- Programa Saúde na Escola  
SNC- Sistema Nervoso Central  
SPSS - Statistical Package for the Social Sciences  
SUS- Sistema Único de Saúde  
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UBS- Unidade Básica de Saúde



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>25</b>
1.1 JUSTIFICATIVA .....	27
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>29</b>
<b>2.1 CARACTERIZAÇÃO DA ADOLESCÊNCIA</b> .....	<b>29</b>
<b>2.2 COMPORTAMENTOS DE RISCOS DOS ADOLESCENTES</b> .....	<b>31</b>
2.2.1 Sexualidade e comportamentos sexuais de risco.....	32
2.2.2 Álcool, tabaco e drogas ilícitas e o seu consumo abusivo .....	36
2.2.3 A Inatividade Física .....	38
2.2.4 Alimentação inadequada e pouco saudável.....	40
2.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA MELHORA DE COMPORTAMENTOS DOS ADOLESCENTES.....	43
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	<b>47</b>
3.1 OBJETIVO GERAL .....	47
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	47
<b>4 MÉTODOS</b> .....	<b>48</b>
4.1 HIPÓTES .....	48
4.2 DESENHO DO ESTUDO.....	48
4.3 VARIÁVEIS .....	48
<b>4.3.1 Dependente</b> .....	<b>48</b>
<b>4.3.2 Independentes</b> .....	<b>48</b>
4.4 LOCAL DO ESTUDO .....	48
4.5 POPULAÇÃO EM ESTUDO .....	49
<b>4.5.1 Critério de inclusão</b> .....	<b>49</b>
<b>4.5.2 Critério de exclusão</b> .....	<b>49</b>
4.6 AMOSTRA .....	50
4.7 PROCEDIMENTOS E LOGÍSTICA .....	51
4.8 INSTRUMENTO DE COLETA .....	52
<b>4.8.1 Avaliação dos conhecimentos</b> .....	<b>52</b>
<b>4.8.2 Avaliação dos comportamentos</b> .....	<b>52</b>
4.8.2.1 Nível de atividade física e hábitos alimentares .....	52
4.8.2.2 Uso abusivo de Drogas e Exercícios da Sexualidade .....	52
<b>4.8.3 Nível Socioeconômico</b> .....	<b>53</b>
4.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	53
4.10 ANÁLISE ESTATÍSTICA .....	53
<b>5 RESULTADOS</b> .....	<b>55</b>
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	<b>83</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>96</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>99</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>113</b>



<b>APÊNDICE A – CARTA DE ACEITE .....</b>	<b>114</b>
<b>APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS ....</b>	<b>115</b>
<b>APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>124</b>
<b>APÊNDICE D – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE.....</b>	<b>126</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>127</b>
<b>ANEXO A- QUESTIONÁRIO PARA AVALIAR A MUDANÇA DE COMPORTAMENTO EM RELAÇÃO AO USO DE DROGAS E AO EXERCÍCIO DA SEXUALIDADE .....</b>	<b>128</b>
<b>ANEXO B- QUESTIONÁRIO PARA AVALIAR A MUDANÇA DE COMPORTAMENTO EM RELAÇÃO À ATIVIDADE FÍSICA E AOS HÁBITOS NUTRICIONAIS.....</b>	<b>160</b>
<b>ANEXO C- QUESTIONÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO ECONÔMICA .....</b>	<b>171</b>
<b>ANEXO E- COMITÊ DE ÉTICA.....</b>	<b>173</b>



## 1 INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase de transição gradual entre a infância e o estado adulto, caracterizada por intenso crescimento, desenvolvimento e manifestada por marcantes transformações físicas, psicológicas, sociais, ambientais e comportamentais (SOARES et al., 2008; SOUSA; SILVA; FERREIRA, 2014). Representa um importante momento do ciclo vital e corresponde, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a um período entre 10 e 19 anos, caracterizado pela necessidade de integração social, pela busca e desenvolvimento da personalidade e da individualidade, pela definição da identidade sexual e pela descoberta das próprias limitações. Destacam-se, ainda, entre outras características, o crescimento emocional e intelectual, as relações interpessoais, a vivência da afetividade e a sexualidade (SOARES et al., 2008).

Agregados ainda ao surgimento da autonomia e a independência em relação à família e a experimentação de novas vivências e comportamentos estão a exposição a riscos para a saúde, como o sexo desprotegido, a alimentação inadequada e pouco saudável, a inatividade física e o uso abusivo de drogas lícitas e/ou ilícitas (SOUSA; SILVA; FERREIRA, 2014), que predispõem ao surgimento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), gravidez indesejada, acidentes e violências, além da vulnerabilidade a Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) como obesidade e dislipidemias (SOARES et al., 2008; FARIAS JÚNIOR et al., 2009; SOUSA; SILVA; FERREIRA, 2014). Muitos desses comportamentos são sustentados e ampliados pelas frequentes dúvidas, questionamentos e preocupações sobre eventos normais que ocorrem nesse período e que, comumente, não encontram espaços para adequada orientação (LOURENÇO, 2006).

É compreendido que adolescência é o período onde vários hábitos e comportamentos são estabelecidos, incorporados e, possivelmente, transferidos a idade adulta, tornando-se mais difíceis de serem alterados. (FARIAS JÚNIOR et al., 2009; SOUSA; SILVA; FERREIRA, 2014) Nesse sentido, é importante que os pais, familiares e profissionais da saúde e da educação incentivem o adolescente a se tornar sujeito ativo do seu cuidado, utilizando para isso estratégias de educação em saúde, que visem a promoção da saúde, a prevenção de agravos e o autocuidado (SOUSA; SILVA; FERREIRA, 2014).

Com esta concepção, a escola, por constituída como um local democrático e que atende a todas as divergências sociais, ocupa um espaço importante no desenvolvimento de atividades de orientação, de liberdade de expressão e de educação em saúde aos educandos e seus

familiares. O ambiente escolar caracteriza-se, ainda, como o local onde o adolescente permanece a maior parte do seu dia, o que facilita a socialização, o estreitamento de vínculos, a troca de experiências e a difusão de conhecimentos. A educação em saúde promovida nesse espaço precisa estar embasada tanto em referenciais inovadores de educação, quanto em referenciais que compreendam a complexidade do fenômeno saúde, a partir de um conceito amplo e multidimensional, que considera os determinantes sociais do processo saúde-doença contribuidores no fomento de ações positivas a saúde dos escolares, extensivos a toda a família (OLIVEIRA, 2005).

Diante desse contexto, um programa de promoção da saúde na escola, que tenha como eixo central a educação em saúde, direcionado ao público jovem, pode ser uma estratégia que consiga oportunizar ambientes para a promoção e proteção à saúde, mobilizar a construção e incorporação de práticas que objetivem mudanças de comportamentos prejudiciais à saúde, e a reflexão, conscientização e o empoderamento, estimulando os sujeitos a tomarem decisões sobre sua própria vida (OLIVEIRA, 2005; DIAS et al., 2010; CARVALHO et al., 2014).

Estudos têm mostrado que a realização de atividades de educação em saúde, sobre temas pertinentes à saúde e de interesse dos adolescentes, pautadas principalmente no diálogo e na reflexão crítica da realidade, são as estratégias mais adequadas para a promoção da saúde, prevenção de doenças e adoção de comportamentos mais saudáveis, quando se trata de adolescentes (SOARES et al., 2008; DIAS et al., 2010, RIBEIRO; FLORINDO, 2010; RODRIGUES et al., 2010; SILVA et al., 2010; RABELLO; ANDERSON, 2011; VIERO et al., 2015; VIERO; FARIAS, 2017).

Entretanto, há de se fazer uma ressalva sobre o tempo de realização desses estudos, que em sua maioria ocorrem com períodos pequenos de intervenção, dificultando por vezes avaliar a efetividade dessas ações nas mudanças de atitudes frente aos comportamentos prejudiciais à saúde. Estabelece-se então um novo paradigma fundamental, exigindo que ações e estratégias em saúde para adolescentes ocorram de maneira contínua, com conteúdos e metodologias diversificadas, que respeitem as características locorregionais, com articulação entre família, escola, serviços de saúde e sociedade em geral, bem como, tenham formas de avaliar a efetividade das ações, verificando se o ganho de conhecimento contribui para a mudança de comportamento, incentivando os adolescentes a adotarem uma vida mais saudável no contexto atual e para seu futuro. Dentro desse contexto, a pesquisa busca investigar se o programa de promoção

da saúde na escola pode ser estabelecido como uma ferramenta que contribui para a mudança de conhecimento de adolescentes e, por consequência, modifica hábitos, apontando uma alteração paradigmática sobre a contribuição da escola no estado atual de saúde e alguns determinantes da fase da adolescência que podem ser incorporados como hábitos não saudáveis.

## 1.1 JUSTIFICATIVA

A razão para o desenvolvimento deste projeto, iniciado em 2014, surge com a conclusão do programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/ Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC, o qual teve como trabalho final a monografia intitulada “Análise de ações de educação em saúde para adolescentes escolares”.

A partir dos resultados dessa pesquisa foi possível concluir que as ações de educação em saúde foram efetivas em aumentar o conhecimento relacionado a comportamentos de adolescentes. Porém, esse estudo apresentou algumas limitações, como a periodicidade das atividades de intervenção, pontuais e descontinuadas, apresentando um desfecho não favorável para mudança de comportamento em adolescentes.

Por essas razões, agregadas à falta de evidências sobre o Programa Saúde na Escola (PSE), política intersetorial da Saúde e da Educação que tem como um dos objetivos contribuir para a saúde dos jovens, surge a necessidade de construir um programa de promoção da saúde na escola tendo como eixo central a Educação em Saúde, em formato de formação continuada, com periodicidade semanal, durante a jornada escolar, para avaliar se de fato há aquisição de conhecimento em projetos de saúde desenvolvidos nas escolas e se este ganho de conhecimento contribui para a mudança de alguns comportamentos relacionados a saúde e a idade a ser estudada, que a partir dos resultados possa nos indicar um novo território a ser investigado para que se possa ter jovens, futuros adultos mais saudáveis e com melhor qualidade de vida e seguro das escolhas que fizeram a partir de seu empoderamento individual.

No âmbito escolar, os resultados da pesquisa podem contribuir para a inclusão de programas, ações, estratégias de educação em saúde nos Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) das escolas, ou seja, não precisa ser um conteúdo curricular, pode ser um projeto de intervenção multidisciplinar, permanente, com a participação de profissionais de

saúde pertencentes as ESF próximas a escola, e que por fim possam dar sentido ao PSE, contribuindo no estilo de vida e em um estado de saúde mais saudável para os jovens e suas famílias, respeitando as particularidade de cada cenário escolar.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 CARACTERIZAÇÃO DA ADOLESCÊNCIA

A origem da palavra adolescência vem do termo em latim “adolescere”, que significa ad = para e olescere = crescer (BECKER, 1999), compreendida como fase entre infância e a fase adulta, considerada período intermediário e com características próprias. (VILLELA; DORETO, 2006).

Cronologicamente, a OMS delimita a adolescência como um período correspondente dos 10 aos 19 anos, sendo a pré-adolescência dos 10 aos 14 anos e a adolescência dos 15 aos 19 anos; critério também adotado pelo Ministério da Saúde (MS). (BRASIL, 2006). O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990), que dispõe sobre a proteção integral desses sujeitos, delimita a adolescência como o período de vida que vai dos 12 aos 18 anos de idade. Segundo Papalia e Feldman (2013), a adolescência pode ser biológica, que ocorre entre os 10 e 15 anos, e social, que ocorre dos 15 aos 19 anos.

Considera-se que as fronteiras cronológicas são apenas referenciais para dados estatísticos, para a elaboração de políticas de desenvolvimento coletivo e a programação de serviços sociais e de saúde pública (BRASIL, 2001), que não podem ser desprezados, porém, caracterizá-las somente como faixa etária seria uma maneira muito simplista de observá-las, uma vez que elas compreendem a transformação do jovem até a idade adulta, englobando critérios biopsicológicos, cronológicos e sociais, o que lhe confere, assim, um caráter dinâmico (TOLEDO, 2008; CAVALCANTE; ALVES; BARROSO, 2008).

O contingente populacional constituído pelos adolescentes no ano de 2017 representa cerca de 1.209.550.886 habitantes em todo o mundo<sup>1</sup>. No Brasil, a estrutura etária vem sofrendo grandes mudanças nas duas últimas décadas devido à crescente queda de fecundidade, junto a alterações de padrões etários da mortalidade, influenciando diretamente o número da população infanto-juvenil e da população idosa. (IBGE, 2015). Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do ano de 2015, o Brasil possui 204.860.000 habitantes, dos quais 16,52% são da faixa etária de 10 a 19 anos de

---

<sup>1</sup> As informações referentes ao contingente populacional de adolescentes a nível mundial foram retiradas no site: [www.populationpyramid.net](http://www.populationpyramid.net)

idade, o que equivale, em números absolutos, a 33.343.420 milhões de adolescentes. Desses, 51,03% são do sexo masculino e 48,97% do sexo feminino. Na região Sul esse grupo etário representa 14,61% da população, o que equivale a 4.278,059 milhões de adolescentes. Em Santa Catarina os adolescentes representam 14,43% da população, o que corresponde aproximadamente a 987 mil adolescentes (IBGE, 2015).

Historicamente a modernidade é o período que marca a diferenciação entre infância e adolescência, com a emergência da burguesia, quando os mestres compreenderam as particularidades da infância e passaram a formar as salas de aula de acordo com a faixa etária do aluno (ARIÈS; FLAKSMAN, 1981). Está relacionada também às transformações socioeconômicas ocorridas naquele mesmo período e seus impactos na organização do trabalho e comportamentos reprodutivos (VILLELA; DORETO, 2006).

Com a extensão do período escolar, o distanciamento dos pais e da família e a aproximação com um grupo de iguais, houve favorecimento para a criação de um novo grupo social denominado de juventude/adolescência (LEÃO, 2005 apud OZELLA, 2002).

A adolescência, compreendida como período de transição gradual entre a infância e a idade adulta, é caracterizada por intenso crescimento e desenvolvimento, que se manifesta por marcantes transformações físicas, psicológicas, sociais, ambientais e comportamentais (SOARES et al., 2008; SOUSA; SILVA; FERREIRA, 2014). Representa um importante momento do ciclo vital, caracterizado pela necessidade de integração social, pela busca e desenvolvimento da personalidade e da individualidade, pela definição da identidade sexual e pela descoberta das próprias limitações. Destacam-se, ainda, entre outras características, o crescimento emocional e intelectual, as relações interpessoais, a vivência da afetividade e a sexualidade (SOARES et al., 2008).

Além de todas essas transformações, nessa época da vida crescem a autonomia e a independência em relação à família e a experimentação de novos comportamentos e vivências, que podem gerar exposição a riscos (SOUSA; SILVA; FERREIRA, 2014). Riscos esses que são sustentados e ampliados pelas frequentes dúvidas, questionamentos e preocupações sobre eventos normais que ocorrem nesse período e que, comumente, não encontram espaços para adequada orientação (LOURENÇO, 2006). Sendo assim, a experiência do adolecer vai exigir dos pais, dos familiares, dos profissionais da saúde e da educação, uma atenção especial para esse adolescente, ajudando-o a lidar com situações e problemas que possam provocar danos e agravos à saúde.

O início da adolescência define-se, biologicamente, no começo

do processo de maturação sexual (puberdade), enquanto seu limite final é de ordem sociológica, a partir da concepção de que o adolescente passa a ser adulto, tornando-se independente dos familiares, determinado por sua liberdade econômica (ARAÚJO, 1996; DAVIM et al., 2009). Dessa forma, adolescência não é unicamente um processo biológico senão também social, que assume características diferentes em diversas classes e estruturas sociais. Assim, o adolescente procura se encontrar em meio a uma transição da identidade infantil para a adulta, cujo encontro exerce papel fundamental na formação e na consolidação da estrutura básica da sua personalidade (ARAÚJO, 1996).

Por representar uma parcela importante da população e por ser considerado um grupo mais susceptível a riscos e vulnerabilidades, existe a necessidade de gerar novas discussões para compreender melhor a fase da adolescência e a construção de ações/estratégias que possibilitem a promoção da saúde e a prevenção de comportamentos de risco nesses sujeitos.

## 2.2 COMPORTAMENTOS DE RISCOS DOS ADOLESCENTES

A expressão comportamento de risco pode ser definida como participação em atividades que possam comprometer a saúde física ou mental do adolescente, tanto no presente quanto no futuro, condutas que podem iniciar apenas pelo caráter exploratório do jovem ou pela influência do meio (grupo de iguais, família). Entretanto, a identificação precoce torna-se necessária para não haver uma consolidação dessas atitudes, o que causaria consequências aos níveis individual, familiar e social (FEIJÓ; OLIVEIRA, 2001).

Os comportamentos de risco relacionados à saúde do adolescente têm sido descritos como: atividade sexual precoce; gravidez na adolescência; não uso de preservativos nas relações sexuais; uso abusivo de tabaco, álcool e outras drogas; inatividade física e/ou níveis insuficientes de atividade física; e comportamentos alimentares inadequados e pouco saudáveis (FEIJÓ; OLIVEIRA, 2001; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION- CDC, 2014; BRITO; HARDMAN; BARROS, 2015). Esses são considerados de risco por estarem significativamente associados às principais causas de morte, invalidez e problemas sociais entre os adolescentes e jovens adultos no mundo (OMS, 2014) e no país, que por vezes podem ser evitados e/ou modificados.

Além dos riscos que tais condutas representam para os sujeitos durante o período da adolescência, algumas pesquisas (Feijó; Oliveira, 2001; Farias Junior et al., 2009; Brito; Hardman; Barros, 2015) têm demonstrado que alterações no organismo decorrentes de hábitos pouco saudáveis nessa fase favorecem o estabelecimento de fatores de risco à saúde na vida adulta, constituindo assim um tema de crescente importância na comunidade científica. A seguir serão descritos os comportamentos de risco a serem tratados neste trabalho, suas características e as principais atitudes preventivas.

### **2.2.1 Sexualidade e comportamentos sexuais de risco**

Segundo a OMS (2007), a sexualidade é definida como um aspecto central do ser humano durante toda sua vida, abrangendo o sexo, as identidades e os papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. Ela é experimentada e expressada nos pensamentos, nas fantasias, nos desejos, na opinião, nas atitudes, nos valores, nos comportamentos, nas práticas, nos papéis e nos relacionamentos. Para Carvalho, Rodrigues e Medrado (2005), a sexualidade humana é uma dimensão biológica produzida no contexto social, cultural e histórico em que o sujeito se encontra inserido. Recebendo, desse modo, influência de diversos fatores como os biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais (CARVALHO; RODRIGUES; MEDRADO, 2005; OMS, 2007).

A sexualidade faz parte da vida e está ligada ao desenvolvimento global do indivíduo, constituindo um dos elementos da personalidade. De alguma forma os relacionamentos, o equilíbrio emocional e a manifestação de sentimentos do indivíduo dependem da compreensão do processo evolutivo da sexualidade, durante as etapas da infância e adolescência (COSTA et al., 2001).

Na adolescência, a sexualidade se traduz em um campo de descobertas, experimentações e vivências da liberdade, como também de construção de capacidade para a tomada de decisões, de escolha, de responsabilidades e de afirmação de identidades pessoais (SOUZA; REIS; BERNARDES, 2011). É nessa fase que a sexualidade se insere como uma redescoberta de algo intrínseco do ser humano, construído ao longo de sua trajetória pessoal, que vai além das funções reprodutivas e de socialização do adolescente (BRÊTAS; SILVA, 2005).

Então, a sexualidade deve ser reconhecida como um aspecto natural e necessário da vida, que transcende o aspecto meramente

biológico, manifestando-se também como um fenômeno psicológico e social (BRÊTAS; SILVA, 2005), fortemente influenciado pelas crenças e valores pessoais e familiares, normas morais e tabus da sociedade. (SOARES et al., 2008). Assim, a sexualidade e o comportamento sexual são constituídos sob a influência de diversos aspectos da vida da pessoa.

Os principais comportamentos sexuais de risco adotados por adolescentes estão descritos como: não uso de preservativos e contraceptivos (Carlini-Cotrim; Gazal-Carvalho; Gouveia, 2000; Farias Júnior et al., 2009; Cruzeiro et al., 2010), idade precoce da iniciação sexual (Borges; Schor, 2005) e múltiplos parceiros (Cruzeiro et al., 2010), devido a maior suscetibilidade de contrair o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e outras IST, a gravidez indesejada e o aborto, entre outros (DIAS et al., 2010; SOUZA; REIS; BERNARDES, 2011).

Na ansiedade de viver tudo rápido e intensamente, o adolescente não deixa espaço para a reflexão e/ou julgamento. A falta de diálogo com os pais, a falta de informação e discussão, a reprodução de experiências dos amigos mais íntimos e as políticas de educação sexual deficientes, expõem-no ao ciclo vicioso de risco (CARVALHO, 2012). Além disso, concepções subjetivas, crenças, valores, tabus, aspectos culturais e afetivos transmitidos e compartilhados no círculo social, fatores econômicos e afetivos que permeiam as vivências da sexualidade, podem influenciar o adolescente a adotar comportamentos e práticas sexuais que aumentam sua vulnerabilidade (SOARES et al., 2008; CARVALHO, 2012).

Dados da última Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), realizada no ano de 2015, que avaliou escolares adolescentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal, com idade de 13 a 17 anos, revelaram que 37,5% já tinham tido relação sexual ao menos uma vez na vida, e, desses, 14,3% relataram que a primeira relação sexual foi aos 13 anos ou menos (IBGE, 2015). No estudo de Borges e Schor (2005), a primeira relação sexual dos adolescentes ocorreu em média aos 15,13 anos de idade.

Quanto ao uso do preservativo, 36,7% referiram não ter utilizado na última relação sexual. (IBGE, 2015). No estudo de Carlini-Cotrim, Gazal-Carvalho e Gouveia (2000) esta prevalência foi de 34%. Complementando, Farias Júnior et al. (2009) verificou uma prevalência de 38,3% de adolescentes que relataram não utilizar o preservativo com regularidade. Cruzeiro et al. (2010), encontrou uma prevalência de 41,5% de adolescentes que utilizaram ocasionalmente o preservativo nas últimas três relações sexuais.

Referente à quantidade de parceiros, dados da (PeNSE) demonstraram que 18% dos adolescentes tiveram relações sexuais com seis ou mais parceiros (IBGE, 2015), enquanto, o estudo de Cruzeiro et al. (2010) encontrou uma prevalência de 32,7% de adolescentes que tiveram relações sexuais com duas ou mais pessoas.

Tais comportamentos expõem esses jovens a episódios de gravidez cada vez mais precoces, ao HIV/Aids e a outras IST. Dados do MS mostram que entre os anos de 2007 a 2016, na faixa etária compreendida entre 10 a 19 anos, foram diagnosticados 8.023 casos de HIV (Brasil, 2016), fato que pode estar diretamente relacionado aos comportamentos de risco supracitados.

Para além disso, tem-se ainda a relação entre o comportamento sexual e o índice elevado de gravidez na adolescência. Segundo dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), em 2014 foram registrados 2.979.259 nascimentos; desses, 566.608 de meninas de 10 a 19 anos, representando 18,88% de adolescentes grávidas nessa faixa etária. No mesmo período, na região Sul, dos 396.462 nascimentos, 65.127 foram de meninas entre 10 a 19 anos, representando 16,43% (BRASIL, 2014). A gravidez nesse momento de vida é tratada como um problema de saúde pública, especialmente pelo fato de propiciar riscos para a mãe e para o desenvolvimento do feto, além de ocasionar alterações na vida social, econômica, afetiva e familiar da jovem (DIAS et al., 2010).

Considerando que a iniciação sexual sem medidas preventivas, a deficiência de informações e comunicação entre pais e familiares em educação sexual, as crenças e valores, normas morais e tabus podem influenciar sobremaneira o adolescente a adotar comportamentos sexuais que aumentem a sua vulnerabilidade (SOARES et al., 2008; BRASIL, 2010), torna-se essencial desmitificar conceitos equivocados, informar e orientar o adolescente para que ele exerça a sua sexualidade com segurança, tranquilidade e plenitude (BRÊTAS; SILVA, 2005).

O uso do preservativo é o meio mais eficaz para a prevenção do HIV/Aids e de outras IST, além de prevenir a gravidez, permitindo práticas sexuais seguras, sendo o método de prevenção e contracepção mais utilizado atualmente (OLIVEIRA et al., 2009). Dados da PeNSE (2015), mostram que 63,3% dos adolescentes utilizaram o preservativo na última relação sexual, sendo 65,2% do sexo masculino e 60,5% feminino (IBGE, 2015). O inquérito realizado pela OMS em mais de 40 países em 2005 e 2006, entre adolescentes com 15 anos, apontou que 77% dos adolescentes relataram ter usado preservativo na última

relação, sendo maior entre o sexo masculino 81% do que entre o feminino 72% (OMS, 2008).

Diante desses dados, pode-se perceber que, no Brasil, o uso de preservativos entre os adolescentes está bem próximo a de outros países, mostrando que as campanhas educativas realizadas no país vêm surtindo os efeitos esperados neste público. Entretanto, vale destacar que 36,7% reportaram não ter utilizado preservativo na última relação, embora 81% relataram que receberam orientação na escola sobre Aids, outras IST e gravidez (IBGE, 2015).

Apesar da ampla divulgação no país, principalmente na mídia e nas escolas, sobre as formas de prevenção do HIV/Aids, de outras IST e da gravidez, uma representativa parcela de jovens ainda não adota tais práticas, o que aponta uma dissociação entre o acesso à informação e a transformação desse saber em práticas no cotidiano dos adolescentes (OLIVEIRA et al., 2009). Conforme Campo, Schall e Nogueira (2013), faz-se necessário promover espaços de diálogos, com escuta dos sentimentos, desejos e dúvidas, propiciando informações claras, construção de conhecimentos e ações de promoção da saúde, em sua dimensão sexual e reprodutiva, para que estas possam se tornar, de fato, positivas para as mudanças comportamentais.

Nesse sentido, ter uma política de educação em saúde, especialmente para o público jovem, pode ser uma estratégia que consiga oportunizar ambientes para sua promoção e proteção, mobilizando a construção e incorporação de práticas que objetivem mudanças de comportamento prejudiciais à saúde, reflexão, conscientização e empoderamento, podendo estimular os sujeitos a tomar decisões de maneira autônoma sobre sua própria vida (OLIVEIRA, 2005; DIAS et al., 2010; CARVALHO et al., 2014). Contudo, é necessário que elas estejam voltadas para a realidade dos sujeitos, além de ensejar reflexões críticas sobre a temática em discussão (DIAS et al., 2010).

Logo, as ações de educação em saúde sobre sexualidade devem buscar desenvolver nos sujeitos a preocupação com o autocuidado, assim como, promover a capacidade de decisões sobre práticas sexuais seguras e responsáveis, minimizando assim as vulnerabilidades e os agravos à saúde (SOARES et al., 2008; CARVALHO et al., 2014).

### 2.2.2 Álcool, tabaco e drogas ilícitas e o seu consumo abusivo

Drogas são definidas como substâncias consumidas por qualquer forma de administração, que alteram o humor, o nível de percepção ou o funcionamento do Sistema Nervoso Central (SNC). Estas drogas podem ser lícitas ou ilícitas, desde medicamentos, álcool, maconha, *crack*, solvente, entre outras (CARLINI et al., 2001).

O consumo abusivo de drogas lícitas e ilícitas é considerado um problema de ordem social, não somente em função de sua alta frequência, mas principalmente devido aos prejuízos à saúde, pois afeta pessoas de todas as faixas etárias, com consequências biopsicossociais para a sociedade (ZEITOUNE et al., 2012). O mecanismo de atuação das drogas no SNC pode ser classificado em três categorias: (a) depressoras, provocam redução da atividade cerebral, levando ao relaxamento; (b) estimulantes, provocam um aumento da atividade cerebral, fazendo com que o estado de vigília se prolongue; e (c) perturbadoras, perturbam a fisiologia do SNC, podendo provocar distorção na percepção das cores e formas, além de provocar delírios, ilusões e alucinações (CARLINI et al., 2001).

O início da adolescência é o período em que os brasileiros usam drogas lícitas pela primeira vez. Embora igualmente precoce, o consumo de drogas ilícitas só costuma ocorrer em média um ano e meio depois da primeira tragada ou do primeiro copo, aos 14,9 anos, em média (ABRAMOVAY; CASTRO, 2002). O consumo de drogas em idade precoce aumenta a vulnerabilidade para aquisição do hábito de consumi-la em excesso ao longo da vida, podendo acarretar prejuízos à saúde nas demais fases do ciclo vital, afetando a expectativa de vida (CAVALCANTE; ALVES; BARROSO, 2008).

Os fatores de risco que predisõem o uso abusivo dessas substâncias na adolescência são caracterizados como: sociodemográficos (sexo, idade, classe social); envolvimento parental ou familiar no consumo de álcool ou drogas; não criação por ambos os pais; baixa percepção de apoio paterno e materno; amigos que usam drogas; ausência de prática religiosa; e menor frequência de prática de esportes (TAVARES; BÉRIA; LIMA, 2004). Além disso, o estímulo constante dos meios de comunicação, a condescendência dos pais, a grande disponibilidade e a falta de fiscalização nos estabelecimentos comerciais (Cavalcante; Alves; Barroso, 2008), bem como comportamentos antissociais, baixa autoestima, acesso fácil às drogas e histórico de abuso sexual, também contribuem para o problema (SILVA et al., 2006).

Referente aos danos sociais relacionados ao consumo de drogas, destacam-se os acidentes de trânsito, os prejuízos escolares e ocupacionais (Gil et al., 2008), exposição maior a comportamentos sexuais de risco (Cruzeiro et al., 2010), assim como a violência caracterizada pela ocorrência de brigas, homicídios e a prática de atos ilícitos, podendo ainda proporcionar alterações físicas e mentais ocasionadas pelos efeitos dessas substâncias, que vão se agravando com o decorrer do uso (Gil et al., 2008).

Dados epidemiológicos da PeNSE de 2015, revelaram que 61,4% dos adolescentes, de 13 a 17 anos, experimentaram bebida alcoólica alguma vez na vida e o seu consumo atual foi de 29,3% (IBGE, 2015), enquanto, Tavares, Béria e Lima (2001) verificaram uma prevalência de 86,8% para a experimentação e 16,8% para o consumo frequente, Silva et al. (2006) encontrou uma prevalência de 77% para a experimentação e 15,1% para o consumo frequente, Carlini-Cotrim, Gazal-Carvalho e Gouveia (2000) encontraram uma prevalência de 10,2% para este consumo. Giacomozzi et al., (2012) verificou um índice para experimentação de 30,1% entre os adolescentes do município de Florianópolis. No estudo de Farias Júnior et al. (2009), 27,4% dos adolescentes relataram consumir bebida alcoólica pelo menos uma vez por semana.

Referente ao cigarro, foi encontrado uma prevalência de 22,9% dos adolescentes que já o tinham experimentado alguma vez na vida, sendo que seu uso atual foi referido por 6,6% na PeNSE, (IBGE, 2015), enquanto, Tavares, Béria e Lima (2001) encontraram uma prevalência para a experimentação de 41,0% e 11,6% para o uso frequente, Silva et al. (2006) encontrou uma prevalência de 28,7% para a experimentação e 4,9% para o uso frequente de cigarro, Carlini-Cotrim, Gazal-Carvalho e Gouveia (2000) encontraram uma prevalência para o uso frequente de 5,1%. Giacomozzi et al., (2012), em seu estudo, verificou uma prevalência de 20,1% para o uso do tabaco. No estudo de Farias Júnior et al. (2009), 6,8% dos adolescentes revelaram fumar pelo menos uma vez por semana. Complementado, a prevalência à experimentação de drogas ilícitas foi de 12%, enquanto o seu uso atual foi de 5,4% (IBGE, 2015), no estudo de Farias Júnior et al. (2009), esta prevalência foi de 10,4%.

A família, assim como o relacionamento familiar e a disponibilidade de informações, têm influências importantes no que diz respeito ao uso de drogas na adolescência (CAVALCANTE; ALVES; BARROSO, 2008). O adolescente busca a independência individual,

absorvendo atitudes, ações e costumes das pessoas que estão mais próximas (ZEITOUNE et al., 2012).

Ressalta-se a importância da instrução em todos os níveis da sociedade quanto ao reconhecimento dos danos ocasionados pelo uso de drogas e da informação e orientação como medidas preventivas essenciais (GIL et al., 2008). Entretanto, ao abordar esta temática com os adolescentes, a informação deve assumir um papel de medida preventiva e de promoção da saúde, precisando ser vinculada com cautela, de modo que não desperte a curiosidade ao consumo. Sendo assim, é preciso que ela seja compartilhada de forma correta e completa, informando os efeitos negativos do uso de drogas, mas também citando que há prazeres momentâneos, que podem se tornar angústias e sofrimentos futuros (ZEITOUNE et al., 2012).

Nesse sentido, a educação em saúde configura-se como uma estratégia imprescindível na proteção para o uso de drogas entre os jovens, pois propicia espaços adequados para informações, orientações, aconselhamentos, debates, entre outros, favorecendo a reflexão crítica, a construção de novos conhecimentos, bem como, possibilitando o auxílio nas experiências futuras, formando seus conceitos, valores, assim como padrões de referência (SILVA et al., 2010).

### **2.2.3 A Inatividade Física**

Atividade física é definida como qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética - portanto voluntário, que resulte em um gasto energético acima dos níveis de repouso (CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSON, 1985). Esse comportamento inclui as atividades ocupacionais, atividades da vida diária, o deslocamento, e as atividades de lazer, incluindo exercícios físicos, esportes, dança, artes marciais, entre outras (NAHAS, 2006).

Apesar de reconhecida importância da atividade física para a saúde e bem-estar, uma grande proporção de adolescentes não consegue atingir os níveis recomendados de atividade física (FARIAS JÚNIOR; REIS; HALLAL, 2014), as quais sugerem que os adolescentes pratiquem diariamente 60 minutos ou mais de atividades físicas de intensidade moderada a vigorosa, em cinco ou mais dias da semana, somando-se pelo menos 300 minutos de atividades físicas por semana, devendo ainda incluir atividade de resistência muscular/força e alongamento, pelo menos três dias por semana (OMS, 2010).

Para verificar a prevalência de inatividade física em adolescentes, torna-se necessário mencionar que as pesquisas realizadas no país

muitas vezes utilizam amostragens e processos metodológicos diferentes para avaliar e classificar o nível de atividade física, limitando e/ou impossibilitando a obtenção de informações conclusivas com relação ao comportamento físico dos jovens. Entre os métodos mais comuns estão: água duplamente marcada, calorimetria, frequência cardíaca, pedômetros, acelerômetros e questionários (LUCIANO et al., 2016). A exemplo, uma revisão sistemática com meta-análise, que analisou 37 artigos publicados até agosto de 2010, verificou prevalências discrepantes no nível de inatividade física entre os adolescentes, variando de 5,42% a 91% (BARUFALDI et al., 2012).

Ao analisarmos de maneira isolada os resultados da PeNSE de 2015, que avaliou adolescentes de 13 a 17 anos, com ponto de corte de menos de 300 min/semana para definir a prevalência de jovens insuficientemente ativos, obteve-se o patamar de 60,5%, com maior proporção na região Norte 62,1% e menor na região Centro-Oeste 57,5%. Entre os inativos (que não praticaram atividade física no período de referência) a prevalência foi de 7,9%, sendo maior no Nordeste 10,8% e menor no Centro-Oeste 5,3% (IBGE, 2015).

Os baixos níveis de atividade física em jovens estão associados às características individuais (motivação, habilidade motora); características ambientais (acesso ao trabalho ou espaços de lazer, barreiras arquitetônicas, disponibilidade de tempo e suporte sociocultural) (ALVES et al., 2012); características sociodemográficas (escolaridade, poder aquisitivo, estado civil, sexo, idade) e ao estilo de vida (hábitos alimentares, relacionamentos sociais, estresse, consumo de álcool e drogas). (HALLAL et al., 2003; FARIAS JÚNIOR et al., 2008). Atualmente, destaca-se ainda a adoção de comportamentos sedentários como assistir TV, jogar videogames e usar o computador (ALVES et al., 2012).

Especificamente durante a adolescência, há evidências de que a prática de atividade física está relacionada com benefícios, tanto a curto, quanto a longo prazo, como: manutenção e melhora da saúde cardiovascular, aumento da massa óssea, melhor desempenho escolar, elevação da autoestima, prevenção de DCNT, diminuição da ansiedade, depressão, entre outros, (Hallal et al., 2006) e, quando iniciada nessa fase, tem maior probabilidade de manutenção desse comportamento na vida adulta, estabelecendo-se como um hábito (FARIAS JÚNIOR; REIS; HALLAL, 2014).

Em contrapartida, os seus baixos níveis têm sido frequentemente associados ao acúmulo excessivo de gordura corporal, alterações desfavoráveis no perfil dos lipídios sanguíneos, níveis elevados de

pressão arterial (Guedes et al., 2006), diabetes, osteoporose, algumas formas de câncer (Pelegriani; Petroski, 2009) e exposição a outros comportamentos de risco a saúde (PATE et al., 1996).

Embora a educação em saúde se configure como uma estratégia adequada para propiciar reflexões críticas, construção de novos conhecimentos e promoção de comportamentos saudáveis em adolescentes, ainda há poucos estudos na literatura brasileira que relatam a influência desse tipo de estratégia na promoção da atividade física.

#### **2.2.4 Alimentação inadequada e pouco saudável**

A formação dos hábitos alimentares é um processo complexo, dinâmico e multifatorial, desenvolvido ao longo da vida, mas o registro e a importância dos primeiros aprendizados e algumas formas sociais aprendidas na infância e adolescência, tende a permanecer ao longo do ciclo vital, exercendo grande influência sobre a saúde, o crescimento e o desenvolvimento dos sujeitos (NEUTZLING et al., 2010; MADRUGA et al., 2012). Nesse sentido, a alimentação adequada e saudável, do ponto de vista nutricional, deve ser frequentemente incentivada em crianças e adolescentes (ZANCUL; DAL FABRO, 2007; MADRUGA et al., 2012).

O último guia alimentar para a população brasileira (BRASIL, 2015, p.19) conceitua a alimentação adequada e saudável, como sendo:

Um direito humano básico, que envolve a garantia ao acesso permanente e regular, de forma socialmente justa, a uma prática alimentar adequada aos aspectos biológicos e sociais do indivíduo e que deve estar em acordo com as necessidades alimentares especiais, ser referenciada pela cultura alimentar e pelas dimensões de gênero, raça e etnia; acessível do ponto de vista físico e financeiro; harmônica em quantidade e qualidade, atendendo aos princípios da variedade, equilíbrio, moderação e prazer, baseada em práticas produtivas adequadas e sustentáveis. Recomenda que a alimentação tenha como base os alimentos in natura e minimamente processados, em detrimento dos alimentos processados e ultraprocessados (BRASIL, 2014).

A alimentação adequada e saudável, quando praticada de maneira regular na adolescência, é um fator determinante para o desenvolvimento e manutenção do organismo, além de contribuir para a prevenção de diferentes tipos de doenças cardiometabólicas, como a hipercolesterolemia, hipertensão arterial, diabetes tipo 2, doenças esqueléticas, além de vários tipos de câncer e distúrbios alimentares. (OMS, 2003). Tassitano et al. (2009) e Cavalcanti et al. (2010) relacionaram o surgimento desses agravos ao sobrepeso e obesidade, considerados como problemas de saúde de maior crescimento dentre as DCNT em adolescentes.

No Brasil, assim como em outros países, a prevalência do sobrepeso e da obesidade vem aumentando consideravelmente nos últimos anos (TASSITANO et al., 2009; CAVALCANTI et al., 2010). Entre os adolescentes, esse incremento foi sendo observado no final do século XX, intensificando-se a partir da primeira década do século XXI. Comparando os dados obtidos nas Pesquisas de Orçamentos Familiares (POF) desenvolvidas pelo IBGE em 2002/2003 e em 2008/2009, pode-se verificar que a prevalência do excesso de peso e da obesidade entre adolescentes aumentou no país de 16,7% para 20,5% e de 2,3% para 4,9%, respectivamente (IBGE, 2010).

Em uma análise mais específica sobre os dados da PeNSE, realizada por Araújo et al. (2010), verificou-se que estudantes do 9º ano do ensino fundamental de escolas públicas e privadas de todas as capitais brasileiras tem prevalência de excesso de peso de 23,0% e de obesidade em 7,3%, com maior prevalência no Sul e Sudeste do país, entre meninos, de instituições privadas, filhos de mães com maior escolaridade e de famílias com maior poder aquisitivo.

Diante disso, é possível identificar o quanto esses sujeitos têm se tornado vulneráveis à adoção de práticas alimentares inadequadas e pouco saudáveis (TASSITANO et al., 2009). Essas práticas geralmente se relacionam ao consumo compulsivo ou frequente de alimentos altamente energéticos, ricos em açúcares, gorduras e sódio, em substituição aos alimentos saudáveis, como arroz, feijão, carnes, verduras, legumes e frutas (Leal et al., 2010; Toral; Conti; Slater, 2009), além de omitirem refeições como o desjejum, ou de substituírem refeições, como, por exemplo, o almoço por lanches (Zancul; Dal Fabbro, 2007).

Dados da PeNSE (2015) com adolescentes de 13 a 17 anos revelaram alta prevalência no consumo de alimentos não saudáveis: salgados fritos (13,9%), guloseimas (40,6%), refrigerante (27,2%) e alimentos industrializados (31,7%), em cinco dias ou mais por semana

(IBGE, 2015). No estudo de Muniz et al. (2013), o consumo diário de refrigerante foi reportado por 32%, de frituras 35,2% e de doces 35,8%.

Quanto aos marcadores saudáveis, a PeNSE, verificou que 57,3% dos adolescentes consumiam o feijão, cinco dias ou mais por semana (IBGE, 2015). No estudo de Neutzling et al., 2010 também foi encontrado alta prevalência (51%) em seu consumo. Porém, quanto ao consumo de frutas e verduras, a PeNSE, encontrou baixo consumo, 37% e 30,9% respectivamente, em cinco dias ou mais na semana, enquanto, Neutzling et al., (2010) encontrou prevalência de 5,3% no consumo de frutas e verduras, em cinco ou mais vezes por dia. Muniz et al. (2013), também encontrou um consumo insuficiente de frutas e legumes, 17% e 8,9%, respectivamente, em 4 a 6 vezes por semana.

Frente a esse cenário, em que a prevalência de sobrepeso e obesidade é crescente e as práticas alimentares adotadas são pouco saudáveis, há necessidade de informar e orientar os adolescentes sobre a utilização de “escolhas inteligentes”, por exemplo, diminuindo o consumo de gorduras, açúcares e sódio, aumentando o consumo de frutas, verduras, legumes e grãos integrais (LEAL et al., 2010).

Entretanto, compreende-se que adotar uma alimentação saudável não é meramente uma questão individual. Fatores de natureza física, econômica, política, cultural e social, podem influenciar positiva ou negativamente o padrão de alimentação das pessoas. Também podem ser citados: custo mais elevado dos alimentos minimamente processados diante dos ultraprocessados, fazer refeições em locais onde não são oferecidas opções saudáveis e a constante exposição na mídia de alimentos não saudáveis (BRASIL, 2014). Em se tratando de adolescentes, ainda, pode-se acrescentar a imagem corporal (Conti; Frutuoso; Gambardella, 2005), a dependência dos pais e/ou responsáveis para a compra e preparação dos alimentos (Zancul; Fabbro, 2007) e a disponibilidade de informações e orientações (ALVES; MELO; MELO, 2009).

Nesse viés, uma educação nutricional baseada no diálogo e na reflexão crítica, que ofereça orientações e informações sobre alimentação e nutrição, pode possibilitar melhorias no comportamento alimentar de adolescentes (Zancul; Fabbro, 2007; Alves; Melo; Melo, 2009; Toral; Conti; Slater, 2009). No entanto, é importante destacar que, para que ocorram efetivas mudanças frente aos hábitos alimentares dos adolescentes, faz-se necessário incluir nessas estratégias os pais, os familiares e os pares, por serem considerados influências, tanto positivas, quanto negativas, para a adoção de hábitos alimentares saudáveis (TORAL; CONTI; SLATER, 2009).

## 2.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA MELHORA DE COMPORTAMENTOS DOS ADOLESCENTES

A promoção da saúde envolve um conjunto de ações no sentido da proteção, manutenção e garantia de melhores condições de vida, voltadas não apenas para o indivíduo, mas também, à comunidade. São ações e práticas que visam à autonomia das pessoas envolvidas e as incentivam na busca de soluções para os problemas locais, que em sua maioria, são problemas que afetam a coletividade (BRASIL, 2002).

A expressão “promoção da saúde” foi utilizada pela primeira vez pelo médico historiador Henry Sigerist, em 1945. Ela definia quatro tarefas essenciais à Medicina: promover saúde, prevenir doenças, tratar e reabilitar doentes. Essa definição valorizava como promoção da saúde a oferta de condições dignas de trabalho, educação e descanso, cabendo às instituições e sociedade em geral prover tais condições para a saúde das pessoas (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

A mudança de paradigma no campo da saúde iniciou no Canadá no ano de 1974, pelo informe de Lalonde, com a consagração dos princípios de universalização da assistência médica e da importância das ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde na organização do sistema de saúde (FERRAZ, 1998). Esse modelo orientou as práticas de promoção durante a década de 70 e recebeu críticas por valorizar mudanças comportamentais individuais (relacionadas ao fumo, obesidade, promiscuidade sexual e abuso de substâncias), negligenciando fatores socioeconômicos e culturais dos problemas de saúde (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Quando divulgada, em 1986, a Carta de Ottawa (BRASIL, 2002), considerada o marco referencial para a promoção da saúde, subsidiou mudanças ulteriores em diversos países (Sícoli; Nascimento, 2003), significando a ampliação de sua concepção, incorporando a importância e o impacto das dimensões sociais, econômicas, políticas e culturais sobre as condições de saúde (FERRAZ, 1998).

Após a publicação desse documento, inúmeras outras conferências e reuniões foram organizadas, como: Adelaide, no ano de 1988, que teve como pauta as políticas públicas saudáveis; a criação de ambientes favoráveis à saúde abordada em Sundsvall, no ano de 1991; a criação de condições que garantam o bem-estar geral, em Bogotá, no ano de 1992; a ação comunitária, em Jacarta, em 1997; a ampliação da oferta de saúde às populações dos megapaíses; a população mundial na Rede de Megapaíses, em Genebra; no ano de 1998; a fundamentação dos programas de saúde discutida, na cidade do México, no ano de 2000

(Brasil, 2002), possibilidades de intervenção na XI Conferência Nacional de Saúde, no ano de 2000 (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2001); e saúde em todas as políticas, debatida na 8ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Helsinque, 2013 (OMS, 2014).

As cartas, sobretudo, subsidiaram a reorientação dos serviços de saúde ao nível mundial, cujas ações abrangem não só a assistência clínica, como também a promoção da saúde, buscando alcançar melhores condições de vida e saúde respeitando o cenário local e cultural da população (FAIAL et al., 2016).

No campo específico das políticas de saúde integral dos adolescentes, o MS criou por meio da portaria 980/GM, o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), em 1989, com o objetivo de garantir acesso à saúde mediante ações de caráter multiprofissional, intersetorial e interinstitucional (BRASIL, 1989). O PROSAD foi um programa pioneiro de política pública e social no país direcionado aos adolescentes de 10 a 19 anos, tendo como foco principal o oferecimento de um atendimento fundamentado em uma política de promoção da saúde, identificação de riscos e detecção precoce dos agravos, com tratamento e reabilitação, objetivando a melhoria dos níveis de saúde dessa população. As áreas prioritárias para essas ações são: crescimento e desenvolvimento, sexualidade, saúde bucal, saúde mental, saúde reprodutiva, saúde do escolar adolescente, prevenção de acidentes, violência, maus-tratos e família (BRASIL, 1989).

Nesse contexto, em 2007, o Ministério da Educação (MEC), juntamente com MS, estabeleceu o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo decreto nº 6286 (Brasil, 2007), em vigor até os dias de hoje, incorporando a deliberação de uma política intersetorial entre esses Ministérios na perspectiva de ações de atenção integral à saúde de estudantes da educação pública brasileira, no espaço das escolas e/ou Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Sistema Único de Saúde (SUS), realizadas pelas equipes de Saúde da Família (ESF), fundamentais para que o programa seja implementado. As ações são desenvolvidas nos territórios definidos segundo a área de abrangência das ESF, possibilitando a criação de vínculos entre os equipamentos públicos da saúde e da educação, uma importante estratégia para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas brasileiras (BRASIL, 2007).

O PSE tem como práticas: I - Avaliação clínica e psicossocial; II - Ações de promoção e prevenção, com práticas educativas e de saúde, buscando: “a promoção da alimentação saudável, a promoção de práticas corporais e atividades físicas nas escolas, a educação para a

saúde sexual e reprodutiva, a prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, a promoção da cultura de paz e prevenção das violências, a promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável”; III - Manter práticas de educação permanentes, qualificando os profissionais, tanto da educação, quanto da saúde, assim como os jovens alvos do programa; IV – Monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes; V – Monitoramento e avaliação do PSE. (BRASIL, 2011).

Essa iniciativa reconhece e acolhe as ações de integração entre saúde e educação, apontando a escola como uma importante janela de acesso aos escolares na concretização de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, dada sua capilaridade e abrangência. (BRASIL, 2007). É no ambiente escolar que o adolescente permanece a maior parte do seu dia, o que facilita a socialização, o estreitamento de vínculos, a troca de experiências e a difusão de conhecimentos. O ato de ensinar e aprender desenvolve o senso crítico entre os educandos, capaz de influenciá-los na incorporação de hábitos e atitudes saudáveis, extensíveis aos seus familiares. (FAIAL et al., 2016).

Identificando as ações desenvolvidas pelas ESF no PSE, sobre os participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), foi observado que o PSE no Brasil tem mobilizado ações relevantes, porém, estas não ocorrem de forma homogênea em todas as regiões do país, visto que as regiões que mais tem realizado ações em saúde são as regiões Norte e Nordeste. Embora todas tenham sido avaliadas pelo PMAQ, apresentando a implementação das ações, os resultados dessa pesquisa não demonstram essa realidade. (MACHADO et al., 2015).

Apesar da existência de políticas e programas de saúde direcionados aos adolescentes, observa-se uma desarticulação da assistência à saúde desses sujeitos muito aquém de suas carências e necessidades. Sabe-se que promover a saúde dos adolescentes não é tarefa das mais simples, uma vez que as atitudes nesse sentido não podem ser resumidas a ações pontuais e assistenciais centradas na doença. Então, são necessárias ações generalizadas, contínuas, com metodologias diversificadas, que apropriem a realidade do sujeito, suas relações intrapessoais, interpessoais e com o meio, e que provoquem mudanças reais nos jovens. (FAIAL et al., 2016). Diante desse contexto, a escola é considerada um espaço privilegiado para o desenvolvimento de estratégias promotoras da saúde, já que exerce influência na aquisição de valores, estimula o exercício da cidadania, favorece atitudes que levam a melhoria das condições de vida e saúde. (BYDLOWSKI; WESTPHAL; PEREIRA, 2004).



### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a contribuição de um programa de educação em saúde no ganho de conhecimento e mudança de comportamento em adolescentes escolares do município de Criciúma, Santa Catarina (SC).

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil da amostra em relação ao sexo, faixa etária, nível de escolaridade, nível econômico, ocupação e cor da pele;
- Avaliar o conhecimento dos adolescentes em relação à sexualidade, drogas, atividade física e alimentação saudável pré e pós intervenção;
- Verificar o comportamento dos adolescentes em relação à sexualidade, drogas, atividade física e alimentação saudável;
- Avaliar a efetividade do programa de intervenção no ganho de conhecimento e mudança de comportamento;
- Analisar a relação entre conhecimento e mudança de comportamento.

## **4 MÉTODOS**

### **4.1 HIPÓTES**

H<sub>0</sub>: Programa de educação em saúde realizado durante a jornada escolar melhora o conhecimento e proporciona mudanças comportamentais em escolares.

H<sub>1</sub>: Programa de educação em saúde realizado durante a jornada escolar não melhora o conhecimento e não proporciona mudanças comportamentais em escolares.

### **4.2 DESENHO DO ESTUDO**

Trata-se de uma pesquisa quase experimental, com abordagem quantitativa. Nesse tipo de estudo não há distribuição aleatória dos sujeitos pelos tratamentos, nem grupos controle. Ao invés disso, a amostra foi intencional e por conveniência, com comparação entre as condições de tratamento e não tratamento realizada com os mesmos sujeitos antes e após a intervenção que se deseja avaliar dos demais efeitos e não comparar grupos (HULLEY et al., 2008).

### **4.3 VARIÁVEIS**

#### **4.3.1 Dependente**

Aquisição de conhecimento e mudança de comportamento.

#### **4.3.2 Independentes**

Nível socioeconômico, nível de escolaridade, sexo, faixa etária e escores de conhecimento (pré e pós ações de educação em saúde).

### **4.4 LOCAL DO ESTUDO**

A pesquisa foi conduzida no município de Criciúma, localizado no Sul Catarinense, a 191 Km da capital do estado, o qual possui uma área territorial de 235, 701 Km<sup>2</sup>. O município conta com uma população de 192.308 habitantes e a densidade demográfica é de 815,87 habitantes por Km<sup>2</sup> (IBGE, 2010).

O estudo foi realizado na Escola de Educação Básica Joaquim Ramos, da rede pública estadual, localizada na rua Desembargador

Pedro Silva nº 907- bairro Michel, Criciúma – SC. A escola possui em sua totalidade 666 alunos matriculados, divididos em três turnos: Matutino (n=372); Vespertino (n=201); Noturno (n=93).

#### 4.5 POPULAÇÃO EM ESTUDO

A população do estudo foi composta por adolescentes escolares, de ambos os sexos, com idade entre 11 a 17 anos, matriculados no 6º ao 9º ano do Ensino Fundamental (anos finais) e no 1º ano do Ensino Médio, do turno vespertino.

A escolha da instituição ocorreu devido à localização geográfica – área central da cidade, atendendo a diferentes classes sociais, por ter no período (vespertino) os escolares com a faixa etária proposta no estudo e pela aprovação da pesquisa pelos responsáveis da escola participante.

##### 4.5.1 Critério de inclusão

Foram adotados nesse estudo os seguintes critérios de inclusão: adolescentes que preencheram de maneira voluntária a ficha de inscrição para a participação no projeto; que estavam devidamente matriculados na unidade escolar; que possuíam idade de 10 a 19 anos; que preencheram e devolveram os questionários nos dois momentos da coleta de dados (antes e após a execução do programa); por serem menores de idade, preenchimento e devolução do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) dos pais e/ou responsáveis, conforme a Res. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

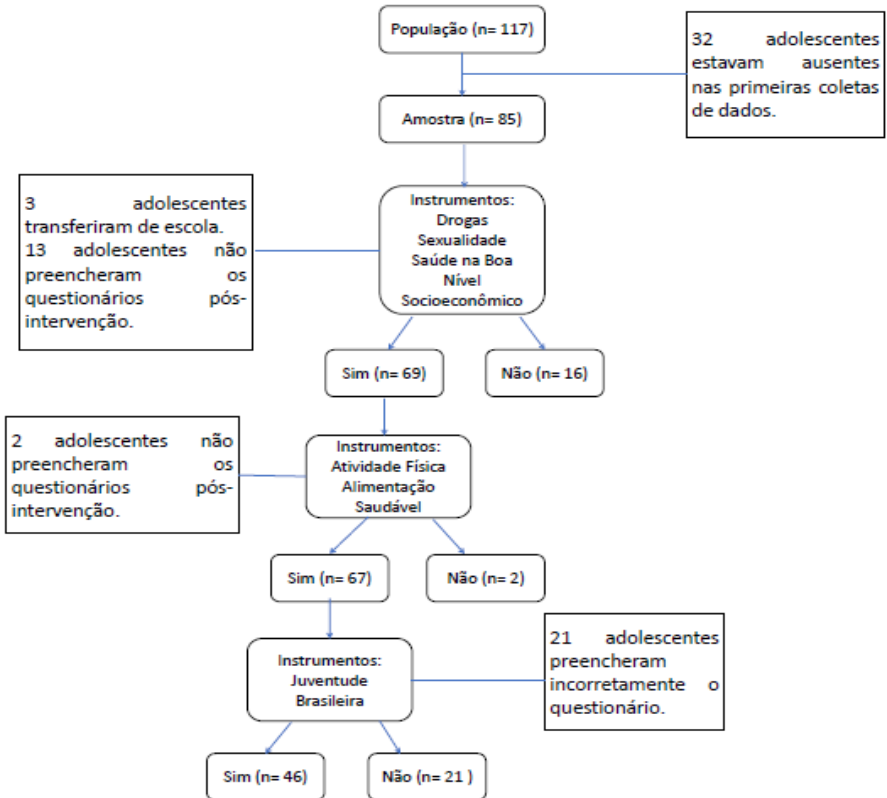
##### 4.5.2 Critério de exclusão

Adolescentes que não fizeram o preenchimento correto e/ou que não devolveram os questionários em um dos dois momentos da coleta de dados (pré e após a execução do programa), ou que não devolveram o TCLE assinado pelos pais e/ou responsáveis e, ainda, os que se transferiram de escola.

## 4.6 AMOSTRA

Para melhor identificação dos processos e qualificação da amostra, a figura abaixo apresenta em forma de organograma sua distribuição.

Figura 1 – Organograma da amostra.



Fonte: Do autor (2018).

#### 4.7 PROCEDIMENTOS E LOGÍSTICA

Posteriormente a autorização do local para o desenvolvimento do estudo (APÊNDICE A), o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Dessa forma, após sua aprovação pelo parecer nº 1.696.946 (ANEXO E), realizou-se uma reunião com toda a comunidade escolar.

Nessa reunião foram expostos os objetivos, os procedimentos de coleta de dados e de intervenção que seriam adotados na pesquisa. Na ocasião, os estudantes de 10 a 19 anos que estavam matriculados no turno vespertino, do ensino fundamental (anos finais) e do ensino médio, foram convidados a participar. Com os devidos esclarecimentos, foi solicitado aos pais e/ou responsáveis dos menores envolvidos que autorizassem a participação assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C).

A pesquisa contemplou as seguintes ações: 1) Aplicação de questionários pré-intervenção - instrumento para avaliar o conhecimento e comportamento prévio dos adolescentes. 2) Desenvolvimento do Programa de Promoção da Saúde na Escola - baseado em ações de educação em saúde sobre atividade física, alimentação saudável, prevenção ao uso de drogas e sexualidade, por meio de informações, diálogos, debates críticos e reflexivos sobre as referidas temáticas. Também foram incluídos ao programa jogos, atividades recreativas e desportivas. 3) Reaplicação dos questionários após a execução do programa - para verificar ganho de conhecimento e mudança de comportamento.

O Programa de Promoção da Saúde na Escola ocorreu de forma continuada e semanal (um dia por semana), de Agosto a Dezembro do ano de 2016, totalizando 16 encontros. Os encontros foram divididos por áreas, sendo quatro ações para cada temática.

O programa envolveu acadêmicos dos cursos de graduação em Educação Física, Psicologia e Enfermagem da Unesc os quais foram os responsáveis pela organização dos materiais e pela coleta de dados. Os profissionais das áreas da Educação Física, Nutrição, Psicologia e Enfermagem, residentes do Programa de Residência Multiprofissional da Unesc, foram responsáveis por organizar, aplicar e mediar as ações de educação em saúde na escola.

## 4.8 INSTRUMENTO DE COLETA

### 4.8.1 Avaliação dos conhecimentos

Para analisar a aquisição dos conhecimentos em relação à atividade física, alimentação adequada e saudável, uso abusivo de drogas e sexualidade, foram aplicados questionários (APÊNDICE B), construídos por cada profissional envolvido na pesquisa e sob a supervisão do orientador e pesquisador responsável, contendo dez questões fechadas e em concordância com os conteúdos que foram abordados nas ações educativas em saúde.

O ganho de conhecimento foi analisado por meio da média do escore obtido pela pontuação total dos instrumentos de avaliação, que poderia variar entre 0 (zero) e 10 (dez).

### 4.8.2 Avaliação dos comportamentos

#### 4.8.2.1 Nível de atividade física e hábitos alimentares

O nível de atividade física e os hábitos alimentares foram avaliados por meio do questionário “saúde na boa” (Nahas et al., 2007) (anexo b). Esse questionário avalia os dados pessoais (sexo, ocupação, cor da pele), o componente da atividade física (o deslocamento ativo e a prática de exercícios de força), os comportamentos sedentários, os hábitos alimentares, o controle do peso corporal, os comportamentos preventivos e os estágios para a mudança de comportamento em relação à atividade física e para o consumo diário de frutas e verduras. Para as análises desse estudo foram utilizadas as questões 04 até a 35. Esse questionário foi aplicado pré e pós intervenção.

#### 4.8.2.2 Uso abusivo de Drogas e Exercícios da Sexualidade

Para avaliar os comportamentos de risco relacionados ao uso abusivo de drogas e ao exercício da sexualidade foi utilizado o Questionário da Juventude Brasileira- Versão Fase II (DELL’AGLIO et al., 2011) (ANEXO A), composto por 77 questões, sendo algumas de múltipla escolha e outras em formato tipo Likert, de cinco pontos, sobre intensidade e frequência. Esse instrumento autoaplicável aborda aspectos relacionados à educação, saúde e trabalho; comportamentos de risco (drogas, suicídio, sexualidade, violência); fatores de risco (violência intrafamiliar e na comunidade, exposição à doenças/drogas,

deficiência, discriminação, institucionalização, vida na rua, conflito com a lei, empobrecimento/pobreza, separação/perda na família); e fatores protetores sociais (lazer, rede de apoio) e pessoais (espiritualidade, autoestima, autoeficácia, perspectivas para o futuro). Para as análises desse estudo foram utilizadas as questões referentes aos comportamentos de risco relacionados ao uso de substâncias (questões 34 e 36) e sobre o exercício da sexualidade (questões 42, 45, 52 e 55). Esse questionário foi aplicado pré e pós intervenção.

#### **4.8.3 Nível Socioeconômico**

Para a identificação do nível socioeconômico foi empregado o questionário Critério da Classificação Econômica Brasil (CCEB), proposto pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2016) (ANEXO C), que permite estratificar a população em classes A, B, C, D e E, a partir de informações relacionadas à acumulação de bens materiais, condições de moradia, número de empregados domésticos e nível de escolaridade do chefe da família.

#### **4.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC, sob o parecer nº 1.696.946 (ANEXO E), tendo como base a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre a pesquisa com seres humanos, sendo garantido o sigilo da identidade dos pacientes e a utilização dos dados somente para esta pesquisa científica. A pesquisa foi realizada mediante autorização do local conforme a Carta de Aceite (APÊNDICE A). Além disso, todos os sujeitos foram convidados a participar voluntariamente da pesquisa, tendo a autorização dos pais e/ou responsáveis mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C).

#### **4.10 ANÁLISE ESTATÍSTICA**

Inicialmente foi elaborado um banco de dados em planilhas do software Microsoft Excel versão 2012, os mesmos foram exportados para o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0. Os dados foram expressos em frequência absoluta e relativa, média e desvio padrão. Verificou-se a normalidade dos dados pelo Teste de Kolmogorov-Smirnov. O teste T para amostras pareadas

foi utilizado para comparar as médias dos escores pré e pós das ações de educação em saúde sobre atividade física, alimentação saudável, drogas e sexualidade. O teste dos postos sinalizados de Wilcoxon de amostras relacionadas foi empregado visando a comparação das médias dos escores pré e pós por sexo e nível de escolaridade. O teste de McNemar foi empregado nos dados nominais pareados. O nível de significância  $\alpha$  estabelecido para os testes estatísticos foi de 0,05 e o intervalo de confiança de 95%.

## 5 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados da seguinte forma: caracterização da amostra; avaliação dos escores de forma geral, antes e após a execução do Programa de Promoção da Saúde na Escola; avaliação do ganho de conhecimento e de mudança de comportamento, estratificada pelo sexo e nível de escolaridade de cada temática abordada.

No total foram realizadas dezesseis ações de educação em saúde na escola, sendo quatro para cada temática, com frequência de 100% nas ações sobre sexualidade e drogas e 97,1% nas ações sobre atividade física e alimentação saudável. A diminuição da amostra nas duas últimas temáticas é decorrente dos critérios de exclusão (a não participação em um dos momentos da coleta de dados).

Dos 69 escolares que participaram do estudo, a idade média era  $13,60 \pm 1,48$  anos, sendo 55,1% do sexo feminino e 44,9% do sexo masculino. A maior incidência foi do ensino fundamental anos finais, com 81,2%, representando nível socioeconômico médio de 62,3%. Sem ocupação foram 91,3%. Autodeclaram-se de cor da pele branca 52,2% (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização da Amostra n=69.

<b>Características</b>	<b>N (%)</b>
<b>Temas</b>	
Atividade Física	67 (97,1)
Alimentação Saudável	67 (97,1)
Drogas	69 (100)
Sexualidade	69 (100)
<b>Sexo</b>	
Masculino	31 (44,9)
Feminino	38 (55,1)
<b>Escolaridade</b>	
Ensino Fundamental	56 (81,2)
Ensino Médio	13 (18,8)
<b>Faixa Etária</b>	
11 a 13 anos	32 (46,4)
14 a 17 anos	37 (53,6)
<b>Nível socioeconômico</b>	
A (Alto)	18 (26,1)
B (Médio)	43 (62,3)
C (Baixo)	6 (8,6)
Não responderam	2 (2,9)
<b>Ocupação</b>	
Não	63 (91,3)
Sim	6 (8,7)
<b>Cor da pele</b>	
Branca	36 (52,2)
Preta	9 (13,0)
Parda	24 (34,8)

Fonte: Do autor (2018).

A efetividade do Programa de Promoção da Saúde na Escola em relação ao ganho de conhecimento foi analisada pela média dos escores pré e pós intervenção. A Tabela 2 apresenta a média geral dos escores dos quatro temas envolvidos na pesquisa, sendo possível observar mudança no ganho de conhecimento pós-intervenção na temática da alimentação saudável ( $4,43 \pm 2,06$  /  $5,07 \pm 2,26$ ), drogas ( $3,95 \pm 2,63$  /  $5,21 \pm 2,78$ ) e sexualidade ( $3,92 \pm 2,16$  /  $5,36 \pm 2,43$ ), com diferença significativa ( $p < 0,05$ ).

Tabela 2 – Resultados dos escores pré e pós Programa de Promoção da Saúde na Escola.

<b>Variáveis</b>	<b>M/D.P. (IC) Escore Pré</b>	<b>M/D.P. (IC) Escore Pós</b>
<b>Atividade Física</b>	4,67 ± 2,15 (4,14 – 5,19)	5,11 ± 2,35 (4,54 – 5,69)
<b>Alimentação Saudável</b>	4,43 ± 2,06 (3,93 – 4,93)	5,07 ± 2,26* (4,52 – 5,62)
<b>Drogas</b>	3,95 ± 2,63 (3,32 – 4,58)	5,21 ± 2,78* (4,54 – 5,88)
<b>Sexualidade</b>	3,92 ± 2,16 (3,40 – 4,44)	5,36 ± 2,43* (4,77 – 5,94)

Fonte: Do autor (2018). M=Média, D.P = Desvio Padrão, IC= Intervalo de Confiança. (\*) Diferença significativa em nível de  $p < 0,05$ .

A Tabela 3 expressa a efetividade das ações de educação em saúde sobre as temáticas da atividade física, alimentação saudável, drogas e sexualidade, estratificadas por sexo e nível de escolaridade, comparados pelos períodos pré e pós-intervenção, avaliando o ganho de conhecimento. Verifica-se que o sexo feminino apresentou aumento de conhecimento após a intervenção na alimentação saudável ( $4,57 \pm 2,19$  /  $5,32 \pm 2,24$ ), drogas ( $3,76 \pm 2,33$  /  $5,71 \pm 2,67$ ) e sexualidade ( $4,22 \pm 2,08$  /  $6,00 \pm 2,24$ ) com diferença significativa ( $p < 0,05$ ). Em relação ao nível de escolaridade, observa-se que o ensino fundamental apresentou ganho de conhecimento após a intervenção na alimentação saudável ( $4,30 \pm 1,93$  /  $5,07 \pm 2,28$ ), drogas ( $3,48 \pm 2,44$  /  $5,08 \pm 2,17$ ) e sexualidade ( $3,51 \pm 1,97$  /  $5,10 \pm 2,42$ ), com diferença significativa ( $p < 0,05$ ).

Tabela 3 – Resultados dos escores pré e pós ações de educação em saúde sobre atividade física divididas pelo sexo e nível de escolaridade.

Variáveis	Sexo				Escolaridade			
	Masculino		Feminino		Fundamental		Médio	
	Nota Pré	Nota Pós	Nota Pré	Nota Pós	Nota Pré	Nota Pós	Nota Pré	Nota Pós
<b>Atividade Física</b>	4,25 ± 1,99	4,77 ± 2,40	5,02 ± 2,24	5,41 ± 2,30	4,43 ± 2,14	4,83 ± 2,42	5,75 ± 1,91*	6,41 ± 1,50*
<b>IC ≥ 95%</b>	(3,52 – 4,99)	(3,89 – 5,65)	(4,26 – 5,78)	(4,63 – 6,19)	(3,85 – 5,01)	(4,18 – 5,49)	(4,53 – 6,96)	(5,46 – 7,37)
<b>Alimentação Saudável</b>	4,22 ± 1,86	4,70 ± 2,28	4,57 ± 2,19	5,32 ± 2,24#	4,30 ± 1,93	5,07 ± 2,28#	4,86 ± 2,47	5,06 ± 2,28
<b>IC ≥ 95%</b>	(3,48 – 4,96)	(3,80 – 5,60)	(3,87 – 5,27)	(4,60 – 6,04)	(3,76 – 4,84)	(4,44 – 5,71)	(3,49 – 6,23)	(3,80 – 6,33)
<b>Drogas</b>	4,09 ± 3,00	4,51 ± 2,80	3,76 ± 2,33	5,71 ± 2,67*#	3,48 ± 2,44	5,08 ± 2,73#	5,64 ± 2,76*	5,57 ± 3,03
<b>IC ≥ 95%</b>	(2,99 – 5,19)	(3,48 – 5,54)	(3,01 – 4,52)	(4,85 – 6,58)	(2,82 – 4,13)	(4,35 – 5,82)	(4,04 – 7,23)	(3,82 – 7,32)
<b>Sexualidade</b>	3,40 ± 2,29	4,50 ± 2,41#	4,22 ± 2,08	6,00 ± 2,24*#	3,51 ± 1,97	5,10 ± 2,42#	5,28 ± 2,55*	6,35 ± 2,20*
<b>IC ≥ 95%</b>	(2,54 – 4,25)	(3,59 – 5,40)	(3,55 – 4,89)	(5,28 – 6,71)	(2,98 – 4,04)	(4,45 – 5,75)	(3,81 – 6,76)	(5,08 – 7,63)

Fonte: Do autor (2018). M=Média, D.P = Desvio Padrão, IC= Intervalo de Confiança. (\*) Diferença significativa em nível de  $p < 0,05$  dos escores pré com pré e escores pós com pós. (#) Diferença significativa em nível de  $p < 0,05$  dos escores pré e pós intervenção.

A relação do conhecimento adquirido e o interesse dos escolares pela temática da atividade física pode ser observada na Tabela 4, sendo os melhores desempenhos nas questões: “Cuidados que se deve ter ao praticar exercícios físicos”, “Atual recomendação de atividades físicas para adolescentes” e “Tempo total de mídia eletrônica recomendada aos adolescentes”, avaliados pelo percentual de desempenho.

Tabela 4 – Frequência de acertos pré e pós ações de educação em saúde sobre atividade física.

<b>Atividade Física (n= 67)</b>	<b>Pré N (%)</b>	<b>Pós N (%)</b>	<b>Desempenho</b>
Doenças que não podem ser prevenidas pelo exercício Físico	36 (53,7)	38 (56,7)	2 (3,0)
Cuidados que se deve ter ao praticar exercícios físicos	48 (71,6)	60 (89,6)	18 (18,0)
Atual recomendação de atividade física para adolescentes	10 (14,9)	21 (31,3)	11 (16,4)
Verificação da frequência cardíaca durante o exercício físico	23 (34,3)	31 (46,3)	8 (12,0)
Resposta da frequência cardíaca em pessoas ativas fisicamente	18 (26,9)	27 (40,3)	9 (13,4)
Tempo total de mídia eletrônica recomendada para adolescentes	29 (43,3)	40 (59,7)	11 (16,4)
Efeitos dos exercícios físicos realizados na fase da adolescência	41 (61,2)	34 (50,7)	- 7 (-10,3)
Exemplo de exercício aeróbio	38 (56,7)	39 (58,2)	1 (1,5)
Principais efeitos dos exercícios resistidos	51 (76,1)	39 (58,2)	- 12 (-17,9)
Finalidade da medida do índice de Massa Corporal (IMC)	19 (28,4)	21 (31,3)	2 (2,9)

Fonte: Do autor (2018).

Na Tabela 5 estão expressos os valores da relação entre o conhecimento adquirido e o interesse dos educandos pela temática da alimentação saudável, sendo os melhores desempenhos nas questões: “Porções diárias de frutas recomendadas para a saúde”, “Quantidade de refeições diárias recomendadas pelos especialistas” e “Opções de alimentos processados”.

Tabela 5 – Frequência de acertos pré e pós ações de educação em saúde sobre alimentação saudável.

<b>Alimentação Saudável (n= 67)</b>	<b>Pré N (%)</b>	<b>Pós N (%)</b>	<b>Desempenho</b>
Alimentos que garantem uma oferta adequada de vitaminas e minerais	54 (80,6)	52 (77,6)	- 2 (-3)
O consumo frequente de fibras previne quais doenças	14 (20,9)	15 (22,4)	1 (1,5)
Opções de alimentos in natura e/ou minimamente processados	16 (23,9)	24 (35,8)	8 (11,9)
Conceito de alimentação saudável	48 (71,6)	52 (77,6)	4 (6)
Opções de alimentos processados	31 (46,3)	43 (64,2)	12 (17,9)
Quantidade mínima de água diária recomendada para a saúde	50 (74,6)	43 (64,2)	- 7 (-10,4)
Porções diárias de frutas recomendadas para a saúde	20 (29,9)	38 (56,7)	18 (26,8)
Consumo excessivo de sódio pode acarretar qual doença	35 (52,2)	33 (49,3)	- 2 (-2,9)
Quantidade de refeições diárias recomendadas pelos especialistas	6 (9,0)	24 (35,8)	18 (26,8)
Vantagens de se trocar alimentos refinados pelos integrais	21 (31,3)	18 (26,9)	-3 (-4,4)

Fonte: Do autor (2018).

A frequência de acertos pré e pós intervenção sobre a temática relacionada as drogas está expressa na Tabela 6, sendo possível verificar os melhores desempenhos nas questões: “Motivos pelos quais as drogas causam dependência psicológica”, “Prejuízos que o narguilé pode acarretar a saúde” e “Definições de diferentes tipos de drogas”.

Tabela 6 – Frequência de acertos pré e pós ações de educação em saúde sobre Drogas.

<b>Drogas (n= 69)</b>	<b>Pré N (%)</b>	<b>Pós N (%)</b>	<b>Desempenho</b>
Definições de diferentes tipos de drogas	21 (30,4)	32 (46,4)	11 (16)
O que são drogas ilícitas	29 (42,0)	35 (50,7)	6 (8,7)
Prejuízos que o narguilé pode acarretar a saúde	18 (26,1)	34 (49,3)	16 (23,2)
Droga que pode causar dependência imediata	44 (63,8)	49 (71,0)	5 (7,2)
Prejuízos do consumo abusivo de álcool na adolescência	48 (69,6)	54 (78,3)	6 (8,7)
Motivos pelos quais as drogas causam dependência psicológica	16 (23,2)	39 (56,5)	23 (33,3)
Finalidade do ansiolítico	8 (11,6)	13 (18,8)	5 (7,2)
Drogas alucinógenas	41 (59,4)	42 (60,9)	1 (1,5)
Drogas lícitas	27 (39,1)	35 (50,7)	8 (11,6)
Objetivo da prevenção primária	23 (33,3)	26 (37,7)	3 (4,4)

Fonte: Do autor (2018).

A Tabela 7 indica a relação do conhecimento adquirido e o interesse dos escolares pela temática sexualidade, sendo os melhores desempenhos nas questões: “Conceito de menarca”, “Ejaculação involuntária” e “Principais sintomas do HPV”.

Tabela 7 – Frequência de acertos pré e pós ações de educação em saúde sobre sexualidade.

<b>Sexualidade (n= 69)</b>	<b>Pré N (%)</b>	<b>Pós N (%)</b>	<b>Desempenho</b>
Sexualidade	42 (60,9)	54 (78,3)	12 (17,4)
Conceito de menarca	13 (18,8)	33 (47,8)	20 (29)
Gravidez na primeira relação sexual	54 (78,3)	58 (84,1)	4 (5,8)
Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's)	35 (50,7)	33 (47,8)	- 2 (-2,9)
Período que a mulher pode engravidar	43 (62,3)	53 (76,8)	10 (14,5)
Métodos que previnem as DST's	43 (62,3)	46 (66,7)	3 (4,4)
Ejaculação involuntária	17 (24,6)	33 (47,8)	16 (23,2)
Vírus da Imunodeficiência Humana/ HPV	13 (18,8)	22 (31,9)	9 (13,1)
Espermarca	8 (11,6)	20 (29,0)	12 (17,4)
Principais sintomas do HPV	5 (7,2)	20 (29,0)	15 (21,8)

Fonte: Do autor (2018).

A Tabela 8 indica os resultados gerais e estratificados por sexo e nível de escolaridade, comparando, intragrupo, a mudança de comportamento em relação ao nível de atividade física, deslocamento ativo e exercícios de força. Apenas no nível de atividade física pode-se constatar uma mudança de comportamento positivo entre as participantes do sexo feminino e os do ensino fundamental.

Tabela 8 – Análise da mudança de comportamento em relação ao nível de atividade física, deslocamento ativo e exercícios de força, no total, com divisão por sexo e nível de escolaridade.

Variáveis	Total		Sexo				Escolaridade		Médio	
	N (%) Pré	N (%) Pós	Masculino N (%) Pré	Masculino N (%) Pós	Feminino N (%) Pré	Feminino N (%) Pós	Fundamental N (%) Pré	Fundamental N (%) Pós	N (%) Pré	N (%) Pós
<b>Nível de Atividade Física</b>										
Insuficientemente ativo	60 (87,0)	60 (87,0)	26 (81,3)	27 (84,4)	34 (91,9)	33 (89,2)	51 (91,1)	49 (87,5)	9 (69,2)	11 (84,8)
Suficientemente ativo	9 (13,0)	9 (13,0)	6 (18,8)	5 (15,6)	3 (8,1)	4 (10,8)	5 (8,9)	7 (12,5)	4 (30,8)	2 (15,4)
<b>Deslocamento Ativo</b>										
Menos que três dias	29 (42,0)	39 (56,5)	13 (40,6)	18 (56,3)	16 (43,2)	21 (56,8)	24 (42,9)	34 (60,7)*	5 (38,5)	5 (38,5)
Mais que três dias	40 (58,0)	30 (43,5)	19 (59,4)	14 (43,8)	21 (56,8)	16 (43,2)	32 (57,1)	22 (39,3)	8 (61,5)	8 (61,5)
<b>Exercícios de Força</b>										
Menos que três dias	64 (92,8)	59 (85,5)	28 (87,5)	25 (78,1)	36 (97,3)	34 (91,9)	51 (91,1)	49 (87,5)	13 (100)	10 (76,9)
Mais que três dias	0	10 (14,5)	0	7 (21,9)	0	3 (8,1)	0	7 (12,5)	0	3 (23,1)
Não responderam	5, (7,2)	0	4 (12,5)		1 (2,7)		5 (8,9)			

Fonte: Do autor (2018). (\*) Diferença significativa em nível de  $p < 0,05$ .

A Tabela 9 aponta os resultados da mudança de comportamento em relação ao hábito sedentário, demonstrando que houve alterações positivas apenas nos fins de semana, diminuindo a prevalência de participantes expostos em frente à televisão e videogame/computador após a intervenção.

Tabela 9 – Análise da mudança de comportamento em relação ao comportamento sedentário.

<b>Comportamento Sedentário</b>	<b>N (%) Pré</b>	<b>N (%) Pós</b>
<b><i>Dias da semana</i></b>		
<b>TV</b>		
Menos que duas horas	26 (37,7)	29 (42,0)
Mais que duas horas	28 (40,6)	31 (44,9)
Não responderam	15 (21,7)	9 (13,0)
<b>Videogame e computador</b>		
Menos que duas horas	24 (34,8)	24 (34,8)
Mais que duas horas	26 (37,7)	32 (46,4)
Não responderam	19 (27,5)	13 (18,8)
<b><i>Fins de semana</i></b>		
<b>TV</b>		
Menos que duas horas	20 (29,0)	24 (34,8)
Mais que duas horas	28 (40,6)	20 (29,0)
Não responderam	21 (30,4)	25 (36,2)
<b>Videogame e computador</b>		
Menos que duas horas	16 (23,2)	17 (24,6)
Mais que duas horas	34 (49,3)	27 (39,1)
Não responderam	19 (27,5)	25 (36,2)

Fonte: Do autor (2018).

Na Tabela 10 estão os resultados gerais e estratificados por sexo, nível de escolaridade e faixa etária, comparando, intragrupos, a mudança de comportamento em relação aos comportamentos alimentares saudáveis, demonstrando ( $p > 0,05$ ) aumento no consumo de leite e derivados de maneira geral, com maior proporção no público feminino e no ensino fundamental.

Tabela 10 – Análise da mudança de comportamento em relação aos comportamentos alimentares saudáveis, no total, com divisão por sexo e nível de escolaridade (continua)

Variáveis	Total		Sexo				Escolaridade			
	N (%) Pré	N (%) Pós	Masculino		Feminino		Fundamental		Médio	
			N (%) Pré	N (%) Pós	N (%) Pré	N (%) Pós	N (%) Pré	N (%) Pós	N (%) Pré	N (%) Pós
<b>Consumo de Frutas</b>										
Menos que três dias	26 (37,7)	39 (56,5)	11 (34,4)	17 (53,1)	15 (40,5)	22 (59,5)	22 (39,3)	33 (58,9)*	4 (30,8)	6 (46,2)
Mais que três dias	43 (62,3)	30 (43,5)	21 (65,6)	15 (46,9)	22 (59,5)	15 (40,5)	34 (60,7)	23 (41,1)	9 (69,2)	7 (53,8)
<b>Consumo de Verduras</b>										
Menos que três dias	41 (59,4)	44 (63,8)	19 (59,4)	20 (62,5)	22 (59,5)	24 (64,9)	34 (60,7)	36 (64,3)	7 (53,8)	8 (61,5)
Mais que três dias	28 (40,6)	24 (34,8)	13 (40,6)	12 (37,5)	15 (40,5)	12 (32,4)	22 (39,3)	20 (35,7)	6 (46,2)	4 (30,8)
Não respondeu		1 (1,4)				1 (2,7)				1 (1,7)
<b>Consumo de Saladas Verdes</b>										
Menos que três dias	37 (53,6)	45 (65,2)	16 (50,0)	21 (65,6)	21 (56,8)	24 (64,9)	32 (57,1)	36 (64,3)	5 (38,5)	9 (69,2)
Mais que três dias	32 (46,4)	24 (34,8)	16 (50,0)	11 (34,4)	16 (43,2)	13 (35,1)	24 (42,9)	20 (35,7)	8 (61,5)	4 (30,8)
<b>Consumo de Leite e Derivados</b>										
Menos que três dias	23 (33,3)	22 (31,9)	9 (28,1)	13 (40,6)	14 (37,8)	9 (24,3)	18 (32,1)	17 (30,4)	5 (38,5)	5 (38,5)

Tabela 10 – Análise da mudança de comportamento em relação aos comportamentos alimentares saudáveis, no total, com divisão por sexo e nível de escolaridade (conclusão)

Mais que três dias	46 (66,7)	47 (68,1)	23 (71,9)	19 (59,4)	23 (62,2)	28 (75,7)	38 (67,9)	39 (69,6)	8 (61,5)	8 (61,5)
<b>Consumo Feijão com Arroz</b>										
Menos que três dias	16 (23,2)	20 (29,0)	7 (21,9)	10 (31,3)	9 (24,3)	10 (27,0)	12 (21,4)	16 (28,6)	4 (30,8)	4 (30,8)
Mais que três dias	53 (76,8)	49 (71,0)	25 (78,1)	22 (68,8)	28 (75,7)	27 (73,0)	44 (78,6)	40 (71,4)	9 (69,2)	9 (69,2)

Fonte: Do autor (2018). (\*) Diferença significativa em nível de  $p < 0,05$ .

A Tabela 11 apresenta os resultados gerais e estratificados por sexo, nível de escolaridade e faixa etária, comparando a mudança de comportamento intragrupos ( $p > 0,05$ ) em relação aos comportamentos alimentares não saudáveis, com uma diminuição no consumo de salgadinhos, doces e refrigerantes de maneira geral e em todos dos grupos analisados após a execução do programa.

Tabela 11 – Análise da mudança de comportamento em relação aos comportamentos alimentares não saudáveis, no total, com divisão por sexo e nível de escolaridade.

Variáveis	Total		Sexo				Escolaridade			
			Masculino		Feminino		Fundamental		Médio	
	N (%) Pré	N (%) Pós	N (%) Pré	N (%) Pós	N (%) Pré	N (%) Pós	N (%) Pré	N (%) Pós	N (%) Pré	N (%) Pós
<b>Consumo de Salgadinhos</b>										
Menos que três dias	45 (65,2)	50 (72,5)	22 (68,8)	25 (78,1)	23 (62,2)	25 (67,6)	37 (66,1)	41 (73,2)	8 (61,5)	9 (69,2)
Mais que três dias	24 (34,8)	19 (27,5)	10 (31,3)	7 (21,9)	14 (37,8)	12 (32,4)	19 (33,9)	15 (26,8)	5 (38,5)	4 (30,8)
<b>Consumo Doces</b>										
Menos que três dias	38 (55,1)	43 (62,3)	17 (53,1)	21 (62,5)	21 (56,8)	22 (59,5)	30 (53,6)	33 (58,9)	8 (61,5)	10 (76,9)
Mais que três dias	31 (44,9)	26 (37,7)	15 (46,9)	11 (34,4)	16 (43,2)	15 (40,5)	26 (46,4)	23 (41,1)	5 (38,5)	3 (23,1)
<b>Consumo de Refrigerantes</b>										
Menos que três dias	43(62,3)	46 (66,7)	20 (62,5)	21 (65,6)	23 (62,2)	25 (67,6)	36 (64,3)	38 (67,9)	7 (53,8)	8 (61,5)
Mais que três dias	26 (37,7)	23 (33,3)	12 (37,5)	11 (34,4)	14 (37,8)	12 (32,4)	20 (35,7)	18 (32,1)	6 (46,2)	5 (38,5)

Fonte: Do autor (2018). (\*) Diferença significativa em nível de  $p < 0,05$ .

A Tabela 12 apresenta as prevalências dos escolares em relação aos estágios de mudança de comportamento para a prática da atividade física e para o consumo de frutas e verduras, sendo possível constatar uma mudança positiva no comportamento relacionado ao consumo de frutas e verduras após a intervenção.

Tabela 12 – Prontidão para a mudança de comportamento em relação à atividade física e ao consumo de frutas e verduras.

Variáveis	Atividade Física		Consumo de frutas e verduras	
	Pré N (%)	Pós N (%)	Pré N (%)	Pós N (%)
Manutenção	18 (26,1)	14 (20,3)	24 (34,8)	26 (37,7)
Ação	10 (14,5)	11 (15,9)	13 (18,8)	12 (17,4)
Preparação	17 (24,6)	14 (20,3)	18 (26,1)	17 (24,6)
Contemplação	8 (11,6)	10 (14,5)	5 (7,2)	5 (7,2)
Pré-contemplação	13 (18,8)	20 (29,0)	8 (11,6)	9 (13,0)
Não Responderam	3 (4,3)	0	1 (1,4)	0

Fonte: Do autor (2018).

No que diz respeito à experimentação de drogas lícitas e ilícitas, Tabela 13, foram encontradas maiores prevalências para a ingestão de bebidas alcólicas (52,2%), maconha (21,7%) e cigarro (19,6%), com proporções mais elevadas no sexo feminino e na faixa etária de 14 a 17 anos.

Tabela 13 – Experimentação de Drogas Lícitas e Ilícitas n= 46.

Variáveis	Total N (%)		Sexo N (%)				Faixa Etária N (%)			
	Nã o	Sim	Masculino		Feminino		11 a 13 anos		14 a 17 anos	
			Nã o	Sim	Nã o	Sim	Nã o	Sim	Nã o	Sim
<b>Bebida Alcolica</b>	22 (47,8)	24 (52,2)	15 (68,2)	7 (31,8)	7 (29,2)	7 (70,8)	13 (54,2)	11 (45,8)	9 (42,9)	12 (57,1)
<b>Cigarro</b>	37 (80,4)	9 (19,6)	19 (86,4)	3 (13,6)	18 (75,0)	6 (25,0)	22 (91,7)	2 (8,3)	14 (66,7)	7 (33,3)
<b>Maconha</b>	36 (78,3)	10 (21,7)	19 (86,4)	3 (13,6)	17 (70,8)	7 (29,2)	20 (83,3)	4 (16,7)	15 (71,4)	6 (28,6)
<b>Cola/Solventes</b>	44 (95,7)	2 (4,3)	21 (95,5)	1 (4,5)	23 (95,8)	1 (4,2)	23 (95,8)	1 (4,2)	20 (95,2)	1 (4,8)
<b>Cocaína</b>	44 (95,7)	2 (4,3)	20 (90,9)	2 (9,1)	24 (10,0)	0	24 (10,0)	0	19 (90,5)	2 (9,5)
<b>Crack</b>	45 (97,8)	1 (2,2)	21 (95,5)	1 (4,5)	23 (95,8)	1 (4,2)	24 (10,0)	0	20 (95,2)	1 (4,8)
<b>Ecstasy</b>	43 (93,5)	3 (6,5)	20 (90,9)	2 (9,1)	23 (95,8)	1 (4,2)	24 (10,0)	0	18 (85,7)	3 (14,3)
<b>Remédio para emagrecer</b>	44 (95,7)	2 (4,3)	21 (95,5)	1 (4,5)	23 (95,8)	1 (4,2)	24 (10,0)	0	19 (90,5)	2 (9,5)
<b>Anabolizante</b>	45 (97,8)	1 (2,2)	21 (95,5)	1 (4,5)	24 (10,0)	0	24 (10,0)	0	20 (95,2)	1 (4,8)
<b>Remédio alucinógeno</b>	44 (95,7)	2 (4,3)	21 (95,5)	1 (4,5)	23 (95,8)	1 (4,2)	24 (10,0)	0	19 (90,5)	2 (9,5)
<b>Chá alucinógeno</b>	45 (97,8)	1 (2,2)	21 (95,5)	1 (4,5)	24 (10,0)	0	24 (10,0)	0	20 (95,2)	1 (4,8)

Fonte: Do autor (2018).

Na Tabela 14 constam os dados referentes ao consumo de drogas lícitas e ilícitas, divididos pelo consumo no último ano e no último mês (pré e pós intervenção). Verifica-se um aumento acentuado de escolares que referiram ingerir bebida alcóolica (8,7% / 30,5%) após a execução do programa.

Tabela 14 – Comportamento relacionado ao uso de Drogas Lícitas e Ilícitas.

Variáveis	N (%)			Pré			Pós		
	Usou no último ano			Usou no último mês- Julho /16			Usou no último mês- Novembro /16		
	Sim	Não	Não responderam	Sim	Não	Não responderam	Sim	Não	Não responderam
<b>Bebida</b>	14	8	24 (52,2)	4	12	30 (65,2)	14	11	21 (45,7)
<b>Alcoólica</b>	(30,4)	(17,4)		(8,7)	(26,1)		(30,5)	(23,9)	
<b>Cigarro comum</b>	5	15	26 (56,5)	2	3 (6,5)	41 (89,1)	1 (2,2)	4 (8,7)	41 (89,1)
	(10,9)	(32,6)		(4,3)					
<b>Maconha</b>	6	14	26 (56,5)	3	2 (4,3)	41 (89,1)	3 (6,5)	1 (2,2)	42 (91,3)
	(13,0)	(30,4)		(6,5)					
<b>Cola, solventes</b>	3 (6,5)	17	26 (56,5)	0	0	46 (100,0)	0	1 (2,2)	45 (97,8)
		(37,0)							
<b>Cocaína</b>	2 (4,3)	18	26 (56,5)	0	1 (2,2)	45 (97,8)	0	2 (4,3)	44 (95,7)
		(39,1)							
<b>Crack</b>	3 (6,5)	17	26 (56,5)	0	0	46 (100,0)	0	1 (2,2)	45 (97,8)
		(37,0)							
<b>Ecstasy</b>	2 (4,3)	18	26 (56,5)	0	1 (2,2)	45 (97,8)	0	2 (4,3)	44 (95,7)
		(39,1)							
<b>Remédio para emagrecer</b>	3 (6,5)	18	26 (56,5)	0	0	46 (100,0)	0	2 (4,3)	44 (95,7)
		(39,1)							
<b>Anabolizante</b>	3 (6,5)	17	26 (56,5)	0	0	46 (100,0)	0	1 (2,2)	45 (97,8)
		(37,0)							
<b>Remédio alucinógeno</b>	3 (6,5)	17	26 (56,5)	0	0	46 (100,0)	0	1 (2,2)	45 (97,8)
		(37,0)							
<b>Chá alucinógeno</b>	3 (6,5)	17	26 (56,5)	0	0	46 (100,0)	0	1 (2,2)	45 (97,8)
		(37,0)							

Fonte: Do autor (2018).

Quanto ao início das relações sexuais (tabela 15), 23,9% dos adolescentes responderam que já tiveram sua experiência de intercurso sexual, com maior incidência no sexo masculino (27,3%) e na faixa etária de 14 a 17 anos (47,6%).

Tabela 15 – Iniciação sexual.

<b>Variáveis</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não responderam</b>
<b>Total</b>	11 (23,9)	33 (71,7)	2 (4,3)
<b>Sexo</b>			
Masculino	6 (27,3)	14 (63,6)	2 (9,1)
Feminino	5 (20,8)	19 (79,2)	
<b>Faixa Etária</b>			
11 a 13 anos	1 (4,2)	22 (91,7)	1 (4,2)
14 a 17 anos	10 (47,6)	10 (47,6)	1 (4,8)

Fonte: Do autor (2018).

Os valores apresentados na Tabela 16 são referentes à incidência do uso da camisinha, da contaminação por DST's e do uso de algum método para evitar a gravidez, na amostra total e divididos pelo sexo e faixa etária pelos períodos pré e pós intervenção, avaliando a mudança de comportamento. Observa-se diminuição do uso de preservativo após a intervenção, com maior proporção no sexo feminino (4,2% / 0%) e na faixa etária de 14 a 17 anos (19% / 9,5%).

Tabela 16 – Comportamento sexual no total e dividido pelo sexo e faixa etária.

Variáveis	Total N (%)		Sexo				Faixa Etária			
	Pré N (%)	Pós N (%)	Masculino		Feminino		11 a 13 anos		14 a 17 anos	
			Pré N (%)	Pós N (%)	Pré N (%)	Pós N (%)	Pré N (%)	Pós N (%)	Pré N (%)	Pós N (%)
<b>Frequência do uso da camisinha</b>										
Nunca	1 (2,2)	3 (6,5)	1 (4,5)	2 (9,1)	0	1 (4,2)	0	0	1 (4,8)	3 (14,3)
Às vezes	5 (10,9)	6 (13,1)	1 (4,5)	2 (9,1)	4 (16,7)	4 (16,7)	1 (4,2)	0	4 (19,0)	6 (36,6)
Sempre	4 (8,7)	2 (4,3)	0	2 (9,1)	1 (4,2)	1 (4,2)	0	0	4 (19,0)	2 (9,5)
Não responderam	36 (78,3)	35 (76,1)	0	16 (72,7)	19 (79,2)	19 (79,2)	23 (95,8)	24 (100)	12 (57,1)	10 (47,6)
<b>Já teve DST?</b>										
Sim	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Não	9 (19,6)	11 (23,9)	5 (22,7)	6 (27,3)	4 (16,7)	5 (20,8)	1 (4,2)	0	8 (38,1)	11 (52,4)
Não responderam	37 (80,4)	35 (76,1)	17 (77,3)	16 (72,7)	20 (83,3)	19 (79,2)	23 (95,8)	24 (100)	13 (61,9)	10 (47,6)
<b>Utiliza algum método para evitar a gravidez</b>										
Sim	7 (15,2)	7 (15,2)	3 (13,6)	4 (18,2)	4 (16,7)	3 (12,5)	1 (4,2)	0	6 (28,6)	7 (33,3)
Não	3 (6,5)	4 (8,7)	3 (13,6)	2 (9,1)	0	2 (8,3)	0	0	3 (14,3)	4 (19,0)
Não responderam	36 (78,3)	35 (76,1)	16 (72,7)	16 (72,7)	20 (83,3)	19 (79,2)	23 (95,8)	24 (100)	12 (57,1)	10 (47,6)

Fonte: Do autor (2018).

## 6 DISCUSSÃO

Em primeira análise, faz-se importante legitimar que grande parte das pesquisas que discutem a efetividade de programas de intervenção com abordagens em educação em saúde são escassas e, por vezes, muito frágeis. Essa situação acabou dificultando alguns diálogos sobre os achados dessa pesquisa, mesmo sendo evidente que o conhecimento de tais ações pode ser utilizado para prevenção ou enfrentamento dos problemas de saúde devido à articulação técnica e popular (BUSS, 2000).

Não obstante, essa inoperância investigativa não responde a eficácia das ações na tentativa de melhorar o conhecimento e fazer com que isso contribua para a mudança de comportamento, demonstrando uma lacuna investigativa interessante. Desse modo, esta pesquisa procura contribuir para este arcabouço, na perspectiva de embasar ou refutar as percepções empíricas relacionadas ao uso das ações de educação em saúde, aliando ganho de conhecimento e mudança de comportamento de adolescentes escolares.

Ressalta-se ainda que, por ser um trabalho singular, que avalia a efetividade de um programa de promoção da saúde na escola, com intervenção sistemática e continuada, baseado em ações de educação em saúde para mudança de conhecimento e de comportamento em adolescentes escolares do município de Criciúma, Santa Catarina (SC), foram encontradas algumas dificuldades para dialogar com outros autores.

Como já observado (tabela 1), participaram do estudo 69 escolares, com idade média de  $13,60 \pm 1,48$  anos, com maior participação do sexo feminino e do Ensino Fundamental anos finais, fato que pode ser compreendido pelo horário disponibilizado pela escola para a realização da pesquisa (período vespertino), o qual tem um número maior de turmas do Ensino Fundamental anos finais quando comparado ao Ensino Médio.

Em relação ao nível socioeconômico, foram encontradas proporções em todas as categorias A (26,1%), B (62,3%) e C (8,6%), indicando que a escola atende um público de diferentes classes sociais. Essa heterogeneidade apresentada pode influenciar tanto positivamente quanto negativamente nos resultados, pois estudos (Domingues; Araújo; Gigante, 2004; Domingues, 2011) demonstram que o nível socioeconômico pode influenciar no nível de conhecimento, pois quanto maior a renda familiar, maior acesso a escolarização e com mais qualidade os sujeitos irão ter. O estudo de Silveira e Silva (2011)

corroborar com essa afirmativa, verificando associação positiva entre o nível econômico e o nível de conhecimento de adolescentes de ambos os sexos, fato que pode auxiliar na modificação da postura com relação à saúde.

Ao analisar a aquisição de conhecimentos sobre os temas abordados nas ações de educação em saúde, por meio da média dos escores atribuídos nos instrumentos pré e pós teste (tabela 2), verificam-se resultados significativos nas temáticas sobre alimentação saudável ( $p \leq 0,05$ ), prevenção ao uso de drogas ( $p \leq 0,01$ ) e sexualidade ( $p \leq 0,01$ ), indicando a efetividade do programa em relação ao ganho de conhecimento em adolescentes.

Em estudo realizado por Viero e Farias (2017), que analisou a capacidade da ação educativa no ganho de conhecimento sobre temáticas relacionadas ao estilo de vida saudável (atividade física, alimentação saudável e educação postural), junto a adolescentes escolares, também ficou demonstrado um aumento no ganho de conhecimento dos adolescentes na alimentação saudável.

O estudo de Assis et al. (2014), realizado com 93 adolescentes matriculados no ensino fundamental I e II no município de Juiz de Fora (MG), corrobora com os achados do presente trabalho, demonstrando que os escolares aumentaram o conhecimento sobre alimentação e nutrição, após participarem de uma intervenção baseada em atividades voltadas para educação alimentar e nutricional, com temáticas de interesse e incentivo à prática de hábitos saudáveis de vida e atividade física.

Semelhantes resultados foram também encontrados no estudo de Oliveira, Costa e Rocha (2017), realizado em duas escolas da rede municipal de Educação de Curitiba (PR), com 70 escolares, que elaborou, aplicou e avaliou atividades lúdicas de educação nutricional, visando à promoção da saúde e formação de novos hábitos alimentares.

As ações educativas alimentares e nutricionais voltadas para a conscientização de adolescentes com relação às práticas alimentares saudáveis são primordiais nessa faixa etária, garantindo eficácia na ampliação do conhecimento nutricional e promovendo mudanças importantes relacionadas ao comportamento alimentar dos escolares (ASSIS et al., 2014).

Avaliando os componentes drogas e sexualidade, Viero et al. (2015), demonstrou a efetividade de ações de educação em saúde em escolas da rede pública de ensino do Município de Criciúma (SC), com ganho de conhecimento sobre drogas e sexualidade após realização de palestras educativas. No estudo de Pedrosa et al. (2015), com ações de

educação em saúde para o uso de álcool e outras drogas, com 43 jovens no município de Caucaia (CE), verificou-se que a estratégia utilizada favoreceu o processo de aprendizagem sobre os temas abordados e possibilitou aos adolescentes uma maior reflexão crítica sobre o uso de drogas. Para Zeitoune et al. (2012), as ações de educação em saúde sobre drogas contribuem de maneira significativa para reflexões e um maior entendimento acerca dos perigos relacionados ao uso de drogas na adolescência.

Os estudos demonstram que a utilização de estratégias de educação em saúde sobre sexualidade ampliou a aquisição de conhecimentos dos adolescentes, utilizando metodologias como oficinas educativas sobre sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. Sustenta-se ainda a relevância de proporcionar ao público adolescente espaços para a orientação e discussão sobre essa temática, visando desenvolver neles a preocupação com o autocuidado, assim como, promoção da capacidade de decisão sobre práticas sexuais seguras (SOARES et al., 2008; CARMARGO; FERRARI, 2009).

Como apresentado na Tabela 2, somente a temática da atividade física não apresentou ganho significativo ( $p \leq 0,05$ ) de conhecimento, semelhante ao estudo de Viero e Farias (2017), podendo-se inferir o pouco interesse dos participantes pela temática. Apesar da crescente quantidade de informações nos últimos anos, tanto veiculadas pelos meios de comunicação quanto por artigos científicos, sobre os benefícios da atividade física para a saúde e qualidade de vida dos jovens, percebe-se que essas informações não estão atingindo esse público, pois estudos (Silveira; Silva, 2011; Barros; Silva, 2013) encontraram baixo conhecimento dos adolescentes sobre atividade física. Segundo Domingues, Araújo e Gigante (2004), sem o conhecimento e percepção correta sobre o tema é improvável que atitudes sejam tomadas no sentido de alterar um padrão comportamental, além disso, maiores níveis de conhecimento sobre atividade física podem fazer com que os níveis de inatividade física não aumentem, o que pode contribuir significativamente para a saúde pública.

Sabe-se que o adolescente passa a maior parte do seu tempo na escola, e que no currículo escolar consta como disciplina obrigatória a educação física, podendo ser ela a responsável pela formação dos jovens voltada ao desenvolvimento de atitudes positivas quanto a aquisição de hábitos saudáveis de prática de atividade física (Guedes; Guedes, 2017), evidenciando a sua importância para o fomento de ações que aumentem

o conhecimento e a conscientização dos jovens para a prática da atividade física.

Em uma análise geral sobre o conhecimento dos escolares nas temáticas avaliadas (Tabela 2), os escores mais baixos foram verificados na temática sobre sexualidade, demonstrando baixo conhecimento quando comparado com os demais temas. Porém, quando realizada a avaliação (Tabela 2) pós-intervenção, a temática que apresentou os escores mais altos foi a sexualidade, evidenciando que os adolescentes demonstram ter desconhecimento sobre o assunto, todavia indicam uma curiosidade e interesse em conhecer mais sobre o tema, talvez, por inoperância da educação sexual em casa e até mesmo na escola.

O pouco conhecimento, imbricado a falta de diálogo familiar e dos educadores sobre o assunto, agregado aos círculos de amizade que por vezes dispõe de orientações errôneas, além de campanhas midiáticas que não atendem o público em questão (Carvalho, 2012), podem favorecer a condutas sexuais de risco como o não uso de preservativos e contraceptivos, iniciação sexual precoce e múltiplos parceiros, aumentando a suscetibilidade de contrair HIV/Aids, IST e gravidez indesejada. Essa situação remete a pensar na importância desse tipo de estratégia nas escolas em um caráter permanente, tudo na perspectiva de sensibilizar os adolescentes para o exercício da sexualidade de maneira saudável e segura.

Comparando o ganho de conhecimento entre os sexos (Tabela 3), observou-se que as adolescentes do sexo feminino apresentaram os melhores resultados em relação ao sexo masculino, com aumento significativo nas temáticas da alimentação saudável ( $p \leq 0,05$ ), drogas ( $p \leq 0,01$ ) e sexualidade ( $p \leq 0,01$ ). Esses achados corroboram com outros estudos (ALVES; MELO; MELO, 2009; VIERO et al., 2015; VIERO; FARIAS, 2017). As características distintas entre os sexos podem despertar diferentes interesses na adolescência (Camargo; Ferrari, 2009), sendo, portanto, uma possível explicação para a diferenciação no ganho de conhecimento, indicando que os temas sobre alimentação saudável, drogas e sexualidade despertam mais interesse entre as meninas, possivelmente pelo fato delas procurarem mais frequentemente os serviços de saúde e se preocuparem mais com os cuidados em saúde do que os meninos.

Quando estratificado por escolaridade (Tabela 3) para avaliar o ganho de conhecimento, os melhores resultados nas temáticas sobre alimentação saudável ( $p \leq 0,05$ ), drogas ( $p \leq 0,01$ ) e sexualidade ( $p \leq 0,01$ ) foram dos estudantes do ensino fundamental. A incidência de participação (descrita na metodologia) demonstra que a maior

participação no programa contribuiu no ganho de conhecimento e que, a não participação em alguns dos encontros, pode ter interferido, uma vez que os conteúdos não eram repostos. Comparando o conhecimento sobre as referidas temáticas, os estudantes do ensino médio apresentaram maiores escores em ambos os períodos (pré e pós programa), mas sem ganho significativo ( $p \leq 0,05$ ) de conhecimento. Segundo Domingues, Araújo e Gigante (2004), isso pode ser explicado porque os anos a mais de estudo resultam em um conhecimento mais aprimorado de forma geral, inclusive sobre saúde.

A frequência das respostas foi utilizada para indicar o interesse dos adolescentes pelos assuntos abordados no programa. Os temas relacionados à atividade física (Tabela 4) que obtiveram os melhores desempenhos foram: “Cuidados que se deve ter ao praticar exercícios físicos”, “Atual recomendação de atividades físicas para adolescentes” e “Tempo total de mídia eletrônica recomendada aos adolescentes”, o que permite inferir que, para serem fisicamente ativos, precisam ter conhecimento e segurança sobre a prática, ou seja, conhecimento, experimentação da prática, segurança, aliada a motivação, podem ser elementos essenciais para se tornarem fisicamente ativos.

Causa estranheza os adolescentes terem diminuído o conhecimento sobre os efeitos dos exercícios físicos realizados na adolescência, assinalando em maior proporção a alternativa “não sei” após a intervenção, e sobre os principais efeitos dos exercícios resistidos, elegendo em maior proporção que o principal efeito era “apenas a melhora na capacidade cardiorrespiratória”. Esses resultados são preocupantes, uma vez que a menor assimilação de conhecimento sobre os efeitos dos exercícios físicos pode dificultar e/ou retardar a vontade deles em iniciar programas de atividades físicas. Ao mesmo tempo, não conseguimos inferir se os adolescentes responderam de maneira responsável a segunda aplicação dos questionários, o que dificulta a análise em questão.

Ao avaliar a frequência das respostas sobre alimentação saudável (Tabela 5), os melhores desempenhos foram: “Porções diárias de frutas recomendadas para a saúde”, “Quantidade de refeições diárias recomendadas pelos especialistas” e “Opções de alimentos processados”, o que permite inferir que a maior assimilação referente a esses assuntos pode favorecer para escolhas mais “inteligentes”. Porém uma maior assimilação sobre a quantidade de frutas recomendada para a saúde não foi refletida no hábito de maior consumo após a execução do programa. A não inclusão da família nesse processo, a qual tem ação direta sobre os hábitos do sujeito, na medida em que se responsabiliza

pela compra e preparo dos alimentos em casa, transmitindo dessa forma seus hábitos ao adolescente (Zancul; Fabbro, 2007), pode ser uma justificativa para a não melhora desse comportamento.

Os melhores desempenhos no conteúdo drogas (tabela 6) foram: “Motivos pelos quais as drogas causam dependência psicológica”, “Prejuízos que o narguilê pode acarretar a saúde” e “Definições de diferentes tipos de drogas”. A maior assertividade nestes itens pode indicar um maior interesse, devido ao acesso (dados não analisados) ou ao fato de já terem experimentado alguma substância. Presume-se que o maior entendimento sobre o tema pode fazer com que os sujeitos limitem e/ou retardem o uso de drogas. Conforme Zeitoun et al. (2012), a preocupação com o consumo de drogas entre os adolescentes é cada vez mais frequente, sendo fundamental que eles saibam diferenciar as drogas, bem como conhecer os seus efeitos e consequências originadas com o uso dessas substâncias, informações que possibilitam uma reflexão-crítica capaz de contribuir como fator de proteção ao uso.

Na Tabela 7 (sexualidade) os melhores resultados foram: “Conceito de menarca”, “Ejaculação involuntária” e “Principais sintomas do HPV”. A atividade contribuiu para uma maior compreensão sobre as principais mudanças biológicas que ocorrem na fase da puberdade, bem como a importância do uso do preservativo na prevenção do Papiloma Vírus Humano/HPV e outras doenças sexualmente transmissíveis. Entender essas questões pode facilitar para um diálogo mais aberto na escola sobre sexualidade, tendo em vista que às vezes, por desconhecimento, preconceito ou concepção equivocada de educação familiar, a família não aborda esse assunto.

Os indicadores da atividade física (Tabela 8), 87% dos adolescentes relataram não atingir a recomendação mínima de 300 minutos de atividades por semana, alterando discretamente esse comportamento apenas entre as meninas e os estudantes do ensino fundamental após a intervenção. Esses resultados são superiores aos encontrados em pesquisas recentes de âmbito nacional, em que a prevalência de jovens insuficientemente ativos foi de 60,5% (IBGE, 2015).

Ao confrontar os dados relacionados à prevalência de exercícios de força e nível de atividade física (Tabela 8), percebe-se uma contradição nos resultados, pois, ao mesmo tempo que relataram não atingir os níveis recomendados de atividade física, reportaram alcançar as recomendações para a prática de exercícios de força. Apesar de estar descrito na literatura que a utilização de questionários para avaliar o nível de física em crianças e jovens é um método de aceitável acurácia

(Booth et al, 2001 apud Luciano et al., 2016), os dados do presente estudo sugerem uma má interpretação dos sujeitos perante o instrumento de avaliação. Dessa forma, a aplicação de instrumentos autorreferidos não foi o suficiente para avaliar o nível de atividade física desta população, necessitando, portanto, de outros procedimentos metodológicos para avaliar e classificar com mais precisão o comportamento relacionado à atividade física nessa população.

Como descrito, houve aumento na incidência na prática de exercícios de força (Tabela 8) para níveis adequados quando relacionada às diretrizes recomendadas a crianças e adolescentes (5 a 17 anos de idade) em ao menos três dias da semana (WHO, 2010). Semelhantes achados foram reportados por Del Duca et al. (2014), que aplicaram e avaliaram uma intervenção para promoção da atividade física (projeto Saúde na Boa) com 2.155 estudantes, do ensino Médio, dos municípios de Florianópolis (SC) e Recife (PE), verificando que a intervenção contribuiu de forma efetiva para o aumento da prática do deslocamento ativo, de exercícios de força e dos status de atividade física. A maior proporção de praticantes somente nos exercícios de força pode estar atrelada as influências que a mídia exerce junto aos adolescentes em relação aos padrões de beleza e saúde da atualidade, em que corpos “sarados”, com altos índices de massa magra corporal e baixos percentuais de gordura são sinônimos de beleza e saúde (dados não avaliados).

A importância da prática dos exercícios de força tem relação para além da estética e sim para a saúde, como a diminuição do risco cardiovascular, aumento da densidade óssea, melhoria do bem-estar psicossocial, ajuda no desempenho de habilidades motoras e redução na incidência de lesões relacionadas à prática esportiva (FAIGENBAUM et al, 2009).

Ao comparar as Tabelas 4 e 9, é possível observar que o aumento de conhecimento em relação ao tempo total de mídia eletrônica parece ter colaborado para a redução do tempo total de expostos à televisão e ao videogame/ computador nos fins de semana, demonstrando a efetividade da intervenção nesse comportamento. Resultados semelhantes foram encontrados por Ribeiro e Alves (2014), os quais aplicaram e avaliaram a eficácia de dois programas de base escolar para promover mudanças no estilo de vida relacionados aos hábitos alimentares, atividade física e comportamento sedentário, em 2038 escolares do município de Belo Horizonte (MG), verificando mudanças positivas em relação a comportamentos como atividade física e tempo gasto em atividades sedentárias após a intervenção.

Relacionando o conhecimento adquirido com a mudança de comportamento referente à alimentação saudável (Tabelas 5 e 10), observa-se que o conhecimento adquirido nas ações de educação em saúde sobre a temática auxiliou para aumentar o consumo de leite e derivados no público em geral, nas meninas e no ensino fundamental. Lerner et al. (2000), destaca que os produtos lácteos são importantes fontes nutricionais e os principais contribuintes do cálcio dietético, sendo necessária uma ingestão mínima desse mineral para o completo crescimento e maturação dos ossos, pois é durante a fase da adolescência que ocorre o pico de aquisição de massa óssea. Agregado a diminuição no consumo de alimentos não saudáveis, como salgadinhos, doces e refrigerantes (Tabela 11), em todos os grupos avaliados, demonstrou-se que as ações de educação em saúde sobre alimentação saudável foram efetivas em diminuir a frequência no consumo desses alimentos.

De acordo com Costa et al. (2014), o projeto Saúde na Boa também demonstrou uma redução no consumo de doces, salgadinhos e refrigerantes após a intervenção. No estudo de Cunha et al. (2013), que aplicou nove sessões de educação nutricional envolvendo alunos, pais e professores, também foi encontrada uma redução no consumo de refrigerantes e biscoitos após intervenção. Esses resultados são importantes nessa idade, tendo em vista que o consumo desses alimentos, ricos em gorduras poli-insaturadas e em carboidratos simples, associados a diminuição de gastos energéticos por meio de atividades físicas, são consistentes no surgimento de DCNTs, como o caso da diabetes mellitus, problemas cardiovasculares, além do aumento contínuo da prevalência de obesidade entre os jovens do país (TASSITANO et al., 2009).

O monitoramento dos estágios de mudança de comportamento para a prática de atividade física e alimentação saudável em adolescentes contribui não apenas para identificar os níveis de atividade física e práticas alimentares, mas também para analisar o real interesse na mudança de hábitos. Ao analisar o componente da atividade física (Tabela 12 - pré intervenção), o estágio que apresentou maior proporção de adolescentes foi o de manutenção (26,1%), indicando que grande parte dos escolares apresentava um comportamento regularmente ativo há mais de seis meses. Ao comparar os resultados pós-intervenção, houve diminuição desse comportamento (20,3%), indicando que o programa não foi efetivo em manter e/ou melhorar a prontidão para a prática de atividade física.

É importante destacar que, durante o programa, foram oportunizados aos adolescentes práticas esportivas, jogos e circuitos de atividades aliados as informações/conhecimentos sobre atividade física. Entretanto, notou-se que essas estratégias não foram suficientes para alterar positivamente o comportamento dos adolescentes em relação à atividade física. Assim, pode-se pensar em um desfecho de desinteresse em responder o instrumento, ou prospectar indagações: Será que com o passar do tempo os jovens diminuem os níveis de exercícios físicos e esportes? – Será que a atividade física está sendo substituída por jogos eletrônicos e outras plataformas? Fica evidente a partir dessas inquietações uma investigação mais abrangente sobre a temática.

Referente aos estágios de mudança de comportamento, em relação ao consumo de frutas e verduras (Tabela 12), houve melhora na mudança após a intervenção de 34,8% para 37,7%. Entretanto, ao confrontar esses dados com a Tabela 10, percebeu-se que os adolescentes diminuíram o consumo de frutas, verduras e hortaliças durante a semana, o que permite inferir que o instrumento utilizado para avaliar o consumo alimentar não foi o melhor método a ser aplicado, uma vez que ele é retrospectivo em relação aos hábitos, podendo haver lapsos de memória, o que pode interferir sobremaneira na precisão das respostas.

O modelo transteórico dos estágios de mudança de consumo é uma ferramenta útil para ampliar o conhecimento sobre os determinantes do comportamento e, assim, permitir que ocorra transformação das informações em mudanças reais nos hábitos alimentares. (TORAL; SLATER, 2007). No estudo de Assis et al. (2014), foi verificado um aumento no percentual de indivíduos em estágios mais avançados de mudança após a intervenção, com relação ao consumo de frutas, verduras e hortaliças, aspecto que vem ao encontro do nosso estudo, indicando o sucesso das ações de educação em saúde e nutricional. Essas ações se mostram importantes formas de motivar o sujeito para uma alimentação saudável, aumentando não somente o seu conhecimento, mas considerando a importância de consciência e consequente modificação dos hábitos alimentares (ZACUL; FABBRO, 2007; TORAL; CONTI; SLATER, 2009; ALVES; MELO; MELO, 2009; ASSIS et al., 2014).

Em relação a experimentação de drogas lícitas e ilícitas (Tabela 13), verifica-se maior prevalência para o uso bebida alcóolica (52,2%), maconha (21,7%) e cigarro (19,6%). O estudo transversal realizado por Giacomozzi et al. (2012), que investigou o uso de álcool e outras drogas e as vulnerabilidades relacionadas em 789 estudantes, em escolas

públicas participantes do Programa Saúde Escolar/Saúde e Prevenção, no município de Florianópolis (SC), encontrou as maiores proporções de uso na vida para as bebidas alcoólicas (30,1%), tabaco (20,1%) e maconha ou haxixe (7,0%). No trabalho do CEBRID- Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, com estudantes do ensino fundamental e médio, verificou que 60,5% reportaram ter experimentado bebida alcóolica. Na região Sul, varia de 71,6% em Curitiba (PR), 70,6% em Florianópolis (SC) e 65,8% em Porto Alegre (RS) (CARLINI et al., 2010). Dados da PeNSE de 2015 revelaram que 61,4% dos adolescentes, de 13 a 17 anos, experimentaram bebida alcoólica alguma vez na vida (IBGE, 2015), ressaltando a extensão do problema no país.

O álcool apresentou-se como a substância de maior prevalência, seja como uso na vida, seja como no último mês. A crença de que a bebida alcóolica não é droga, contribui para o estímulo e incentivo ao seu uso, principalmente entre os adolescentes (VIEIRA et al., 2008). Isso acontece pelo fato do álcool ser facilmente obtido e fartamente propagandeado, refletindo em um consumo precoce e disseminado. Esse cenário aponta para uma recorrente infringência do ordenamento jurídico vigente, já que a lei brasileira (Lei nº 9294/1996) proíbe a venda de bebidas alcoólicas para menores de 18 anos (BRASIL, 1996).

Todavia, a preocupação com a ingestão de bebidas alcóolicas na adolescência transcende o ordenamento jurídico, pois está associada a uma série de comportamentos de risco, além de aumentar a chance de envolvimento em acidentes, violência sexual, participação em gangues, queda no desempenho escolar, dificuldades de aprendizado, prejuízo no desenvolvimento e estruturação das habilidades cognitivo-comportamentais e emocionais do jovem (PECHANSKY; SZOBOT; SCIVOLETTO, 2004). Malta et al. (2010) complementa da sua associação com a experimentação de outras drogas.

Esse cenário expõe uma realidade preocupante, sinalizando para a importância de ações efetivas frente a essa problemática. Sabe-se que os diferentes comportamentos sociais, entre eles o consumo de substâncias psicoativas, são, predominantemente, a partir das interações estabelecidas entre o jovem e suas fontes primárias de socialização, como a família, a escola e grupo de amigos (GIACOMOZZI et al., 2012). Portanto, a escola, juntamente com a família, é um dos veículos formativos mais importantes para a vida e o desenvolvimento de crianças e adolescentes. Ambos os meios devem promover um ambiente propício para o estabelecimento de valores morais e padrões de conduta.

Esses aspectos, quando bem internalizados, são considerados fatores de proteção contra o uso de drogas (MOURA et al., 2015).

Entre as drogas de uso ilícito, chama a atenção a maconha, que apareceu em primeiro lugar na experimentação, com prevalência de 21,7% (Tabela 13). O índice no último ano foi de 13,0%, sendo 6,5% no último mês (Tabela 14). No estudo transversal de Monteiro et al. (2012), com 196 escolares, da faixa etária de 14 a 16 anos, de escolas públicas de Teresina (PI), a maconha também foi a droga ilícita mais consumida entre os adolescentes, com prevalência de (60%).

Os índices mais altos para o uso da maconha podem ser justificados pelo fato dela ter histórico de maior aceitação social, facilidade de acesso e, por vezes, ser avaliada como menos prejudicial pelos jovens (Monteiro et al., 2012), pois creem ser uma droga relativamente inocente, ou ainda, droga fraca, de baixo risco e dotada até mesmo de poderes medicinais (ZEITOUNE et al., 2012). Todavia, existem problemáticas atreladas ao seu uso abusivo que são: dependência química e a abertura do caminho para drogas mais pesadas, como cocaína e *crack*.

Quanto a experimentação de drogas entre os sexos (Tabela 13), é possível verificar diferenças, sendo as maiores proporções para a experimentação de álcool, tabaco e maconha entre as meninas. O último levantamento realizado pela PeNSE, em 2015, revela a mesma tendência quanto a ingestão de bebidas alcoólicas (IBGE, 2015). Como fazem parte de um grupo de iguais, uma possível justificativa para as meninas estarem adotando esse comportamento pode ser a busca da aceitação pelo próprio grupo.

Com relação ao comportamento sexual (Tabela 15), o estudo revelou que 23,9% dos adolescentes já haviam iniciado a sua vida sexual, com maior proporção do público masculino (27,3%) e da faixa etária de 14 a 17 anos (47,6%). Segundo dados do IBGE (2015), em 2015, no Brasil, 37,5% dos jovens de 13 a 17 anos já haviam tido relações sexuais. Cruzeiro et al. (2010), em seu estudo transversal com 960 adolescentes, de 15 a 18 anos, encontrou uma prevalência de 53,4% de iniciação sexual. Carlini-Cotrin et al. (2000) mostrou que 33,8% dos estudantes de escolas públicas e 28% dos adolescentes de escolas privadas, entre 12 e 18 anos, da região metropolitana de São Paulo (SP), já tinham tido pelo menos uma relação sexual. Essas diferenças, com relação a prevalência da iniciação sexual dos adolescentes, podem ser explicadas pelos diferentes significados do termo “relação sexual” para os participantes, por aspectos culturais e sócio demográficos, os quais

influenciam o desenvolvimento do adolescente em geral, além das diferenças na idade das populações estudadas.

No entanto, chama a atenção a precocidade da atividade sexual, que segundo Cruzeiro et al. (2008) e Borges e Schor (2005), demonstrou estar associada a uma menor seletividade, com maior número de parceiros sexuais, estando ligada a maiores riscos de contaminação por IST e HIV/Aids. Outro comportamento preocupante evidenciado no presente estudo foi a diminuição na incidência do uso de preservativo em todas as relações sexuais (de 8,7% para 4,3%) após a intervenção (Tabela 16), visto que seu uso é o único método eficaz para reduzir os riscos de uma gravidez e de transmissão de IST, incluindo o HIV/Aids. Esses achados podem refletir uma despreocupação dos participantes com a sua saúde sexual, e, até mesmo, o sentimento de onipotência (acha que pode tudo e que nada de errado lhes pode acontecer), característica muito presente entre os adolescentes.

O ganho de conhecimento referente a temática da sexualidade não foi suficiente para os adolescentes se sensibilizarem para as mudanças comportamentais. No estudo de Beserra et al. (2017), também foi evidenciado que o conhecimento dos adolescentes sobre práticas sexuais seguras não minimizou a exposição deles a situações de risco. Esse aspecto remete ao pensamento da necessidade de a escola ser um espaço prioritário para discutir esse assunto com maior profundidade, abordando relatos causais dos agravos que o descuido provocou em suas vidas. Além disso, é fundamental que essas ações sejam permanentes e não esporádicas, como neste projeto, não havendo um tempo hábil para mudança de comportamento.

Outro aspecto essencial a ser considerado é a compreensão de que no processo ensino-aprendizagem, a relação entre os profissionais da saúde e os estudantes deve ser agregadora, concebendo que cada um aprende com o outro, por meio do diálogo e de reflexões, para solucionar os problemas do cotidiano. Desse modo, é necessária a pactuação entre escola e Unidade Básica de Saúde, no sentido de integrar esses espaços e favorecer o acesso dos adolescentes a orientações/aconselhamentos dos serviços de saúde.

É importante apontar que o presente estudo apresentou algumas limitações como o fato do programa ter sido realizado em um curto espaço de tempo (quatro meses), considerado pouco tempo como estudo longitudinal na perspectiva de verificar a efetiva contribuição das intervenções para aumentar o conhecimento dos jovens sobre as temáticas abordadas, e conseguir analisar com eficácia se o ganho de conhecimento reflete em mudanças positivas a saúde. O fato de se ter

utilizado apenas questionários autoaplicáveis para avaliar a mudança de comportamento também pode ter sido outra limitação do estudo, pois os estudantes apresentaram muitas dificuldades em interpretar os instrumentos aplicados.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O programa de promoção da saúde na escola, realizado no presente estudo, mesmo que aplicado em um curto espaço de tempo, apresentou resultados positivos quanto ao aumento de conhecimento dos adolescentes nas temáticas sobre alimentação saudável, prevenção ao uso abusivo de drogas e sexualidade. Considera-se que os resultados estão relacionados a diversos fatores que despertaram o interesse dos adolescentes, sendo possível citar: os métodos empregados que favoreceram o diálogo, a troca de experiências e a reflexão sobre suas próprias práticas a partir de experiências prévias, relacionamentos com grupos de amigos e família, entre outros.

Quanto as mudanças comportamentais, foram observadas alterações positivas somente em alguns aspectos, os quais estão relacionadas às temáticas da alimentação saudável e atividade física, como a diminuição da exposição em frente à televisão e videogame/computador, aumento da prática de exercícios de força, aumento no consumo de leite e derivados e diminuição no consumo de salgadinhos, doces e refrigerantes, indicando que o programa não conseguiu atingir a totalidade da sua proposta.

Houve ganho de conhecimentos após a intervenção na maioria dos assuntos abordados, porém os participantes tiveram discretas modificações comportamentais relacionadas a essas temáticas, demonstrando que apenas o aprendizado sobre determinado assunto não é o único fator a ser considerado quando se almeja sensibilizar jovens para mudanças positivas à saúde. O envolvimento maior da escola, dos pais e da família poderia ter alterado positivamente o rumo desses resultados. Em relação ao sexo e ao nível de escolaridade, foi possível verificar que as meninas e os estudantes de ensino fundamental apresentaram os melhores resultados, apontando a necessidade de um cuidado maior com os meninos e estudantes do ensino médio.

O fato do programa ter sido baseado em ações de educação em saúde foi o ponto alto do estudo, pois proporcionou aos adolescentes expor suas ideias, representações, dúvidas, esquemas de pensamento e através do diálogo com profissionais da saúde e com os pares, incentivar a repensar suas atitudes, incorporando atitudes mais críticas e transformadoras, agregado ao envolvimento de uma equipe interdisciplinar nas ações, fato que predispõe avanços relacionados à educação em saúde. Assim, acredita-se que pessoas devidamente empoderadas e com autonomia estão mais sujeitas a fazer escolhas que contribuam para uma melhora da saúde e qualidade de vida a longo

prazo, podendo ser a escola um dos principais locais para essas mudanças de comportamento.



## REFERÊNCIAS

ABEP - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de Classificação Econômica Brasil**: Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2016. São Paulo. Disponível em: (<http://www.abep.org/criterio-brasil>). Acesso em: 31 janeiro 2018.

ABRAMOVAY, Miriam; CASTRO, Mary Garcia. **Drogas nas escolas**. Brasília: Unesco, 2002. 444 p.

ALVES, Carlos Fernando de Amorim et al. Fatores associados à inatividade física em adolescentes de 10-14 anos de idade, matriculados na rede pública de ensino do município de Salvador, BA. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 4, p. 858-870, 2012.

ALVES, Luciene; MELO, Dayane Helena Cardoso; MELO, Juliano Ferreira de. Análise do conhecimento nutricional de adolescentes, pré e pós atividade educativa. **Em Extensão**, v. 8, n. 2, 2009.

ARAÚJO, Cora et al. Estado nutricional dos adolescentes e sua relação com variáveis sociodemográficas: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. Supl 2, p. 3077-3084, 2010.

ARAÚJO, Ednaldo Cavalcante de. **Aspectos biopsicossociais na sexualidade dos adolescentes: assistência de enfermagem**. 1996. 173 f. Dissertação (Mestrado de Enfermagem em Saúde Pública) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 1996.

ARIÈS, Philippe; FLAKSMAN, Dora. **História social da criança e da família**. 2 ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981. 279 p.

ASSIS, Maíra Macário de et al. Avaliação do conhecimento nutricional e comportamento alimentar após educação alimentar e nutricional em adolescentes de Juiz de Fora–MG. **HU Revista**, v. 40, n. 3 e 4, 2014.

BARUFALDI, Laura Augusta et al. Meta-analysis of the prevalence of physical inactivity among Brazilian adolescents. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 6, p. 1019-1032, 2012.

BARROS, Fábio Conceição; DA SILVA, Marcelo Cozzensa. Conhecimento sobre atividade física e fatores associados em

adolescentes estudantes do ensino médio da zona rural. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v. 18, n. 5, p. 594, 2013.

BECKER, Danie. **O que é adolescência**. 13 ed. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1999. 98 p.

BESERRA, Eveline Pinheiro et al. Percepção de adolescentes acerca da atividade de vida “expressar sexualidade”. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online**, v. 9, n. 2, p. 340-346, 2017.

BORGES, Ana Luiza Vilela; SCHOR, Néia. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 499-507, 2005.

BRASIL. **Decreto nº 6.286**, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola- PSE, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm)>. Acesso em: 08 de abr. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.069**, de 1 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm)>. Acesso em: 08 de abr. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 9.294**, de 15 de julho de 1996. Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9294.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9294.htm)>. Acesso em: 31 de jan. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Área técnica de saúde do adolescente e do jovem. Manual técnico de saúde do adolescente e do jovem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico DST/AIDS, ANO V, Nº I**. Brasília. 2016. Disponível em:

<[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59291/boletim\\_2016\\_1\\_pdf\\_16375.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59291/boletim_2016_1_pdf_16375.pdf)>. Acesso em: 08 de abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em: 09 de abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. **Portaria nº 980, 21 de dezembro 1989**. Define objetivos, diretrizes e estratégias para o Programa Saúde do Adolescente- PROSAD. Diário oficial da união. Poder executivo, Brasília, DF, 26 dez., 1989.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 56 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde**. 1. ed. – Brasília: Ministério da Saúde Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira** – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira: relatório final da consulta pública [recurso eletrônico]** – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 1898 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a passo PSE: Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 46 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56 p.

- BRETAS, José Roberto da Silva; SILVA, Conceição Vieira da. Orientação sexual para adolescentes: relato de experiência. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v.18, n. 3, p. 326-333, Sept. 2005.
- BRITO, Anísio Luiz da Silva; HARDMAN, Carla Meneses; BARROS, Mauro Virgílio Gomes de. Prevalência e fatores associados à simultaneidade de comportamentos de risco à saúde em adolescentes. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 33, n. 4, p. 423-430, 2015.
- BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.
- BYDŁOWSKI, Cynthia Rachid; WESTPHAL, Márcia Faria; PEREIRA, Isabel Maria Teixeira Bicudo. Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não!. **Saúde e sociedade**, v. 13, n. 1, p. 14-24, 2004.
- CAMPOS, Helena Maria; SCHALL, Virgínia Torres; NOGUEIRA, Maria José. Saúde sexual e reprodutiva de adolescentes: interlocuções com a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). 2013. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 336-346, abr./jun. 2013.
- CARLINI, Elisaldo Araujo et al (2010). VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras. São Paulo: SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.
- CARLINI, Elisaldo Araujo et al. Drogas psicotrópicas: o que são e como agem. **Revista Imesc**, v. 3, p. 9-35, 2001.
- CARLINI-COTRIM, Beatriz; GAZAL-CARVALHO, Cynthia; GOUVEIA, Néelson. Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 636-645, Dec. 2000.
- CARVALHO, Alysson Massote; RODRIGUES, Cristiano Santos; MEDRADO, Kelma Soares. Oficinas em sexualidade humana com adolescentes. **Estudos de Psicologia**, v. 10, n. 3, p. 377-384, 2005.

CARVALHO, Karenina Elice Guimarães. Cuidado de enfermagem ao adolescente: proposta de educação em saúde sobre o preservativo masculino. 2012. 113 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2012.

CARVALHO, Karenina Guimarães et al. Adolescência e sexualidade: reflexões para a prática da enfermagem em educação em saúde. **Revista de enfermagem UFPE online**, v. 8, n. 7, p. 2522-2527, 2014.

CASPERSEN, Carl J.; POWELL, Kenneth E.; CHRISTENSON, Gregory M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public health reports**, v. 100, n. 2, p. 126, 1985.

CAVALCANTE, Maria Beatriz de Paula Tavares; ALVES, Maria Dalva Santos; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. Adolescência, álcool e drogas: uma revisão na perspectiva da promoção da saúde. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 12, n. 3, p. 555-9, 2008.

CAVALCANTI, Cláudio Barnabé dos Santos et al. Obesidade abdominal em adolescentes: prevalência e associação com atividade física e hábitos alimentares. **Arq Bras Cardiol**, v. 94, n. 3, p. 371-377, 2010.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Youth Risk Behavior Surveillance — United States, 2011, v. 61, n. 4, June, 2012. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/ss/ss6104.pdf>. Acesso em: 08 de abr. 2017.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **11ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CONTI, Maria Aparecida; FRUTUOSO, Maria Fernanda Petrolí; GAMBARDELLA, Ana Maria Dianezi. Excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 4, p. 491-497, Aug. 2005.

COSTA, Filipe Ferreira da et al. Efetividade de uma intervenção de base escolar sobre as práticas alimentares em estudantes do ensino médio. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, v. 16, n. Suppl 1, p. 36-45, 2014.

COSTA, Maria Conceição O et al. Sexualidade na adolescência: desenvolvimento, vivência e propostas de intervenção. **Jornal de Pediatria**, v. 77, n. 2, p. 217-224, 2001.

CRUZEIRO, Ana Laura Sica et al. Comportamento sexual de risco: fatores associados ao número de parceiros sexuais e ao uso de preservativo em adolescentes. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, sup. 1, p. 1149-1158, jun., 2010.

CRUZEIRO, Ana Laura Sica et al. Iniciação sexual entre adolescentes de Pelotas, Rio Grande do Sul. **Journal of Human Growth and Development**, v. 18, n. 2, p. 116-125, 2008.

CUNHA, Diana B. et al. Effectiveness of a randomized school-based intervention involving families and teachers to prevent excessive weight gain among adolescents in Brazil. **PLoS One**, v. 8, n. 2, p. e57498, 2013.

DAVIM, Rejane Marie Barbosa et al. Adolescente/Adolescência: Revisão Teórica Sobre Uma Fase Crítica Da Vida. *Rev. Rene*, v. 10, n. 2, p. 131-140, abr./jun., 2009.

DEL DUCA, Giovâni Firpo et al. Effectiveness on physical activity indicators of an intervention delivered to high school students. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, v. 16, p. 13-24, 2014.

DELL'AGLIO, Débora Dalbosco et al. Revisando o Questionário da Juventude Brasileira: uma nova proposta. **Adolescência e juventude: Vulnerabilidade e contextos de proteção**, 2011. 270 p.

DIAS, Fernanda Lima Aragão et al. Riscos e vulnerabilidades relacionados à sexualidade na adolescência. **Revista da Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 456-461, jul./set., 2010.

DOMINGUES, Marlos Rodrigues. Conhecimento Populacional. In. FLORINDO, Alex Antonio; HALLAL, Pedro Curi. Epidemiologia da atividade física. São Paulo: Editora Atheneu, 2011. p. 139- 150.

DOMINGUES, Marlos Rodrigues; ARAUJO, Cora Luiza Pavin; GIGANTE, Denise Petrucci. Conhecimento e percepção sobre exercício físico em uma população adulta urbana do sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 204-215, Feb. 2004.

FAIAL, Ligia Cordeiro Matos et al. A escola como campo de promoção à saúde na adolescência: revisão literária. **Revista Pró-univerSUS**, v. 7, n. 2, p. 22-29, jan./jun., 2016.

FAIGENBAUM, Avery D. et al. Youth resistance training: updated position statement paper from the national strength and conditioning association. **The Journal of Strength & Conditioning Research**, v. 23, p. S60-S79, 2009.

FARIAS JUNIOR, José Cazuya de et al. Comportamentos de risco à saúde em adolescentes no Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Rev. Panam. Salud Pública**. v. 25, n. 4, p.344-52, 2009.

FARIAS JUNIOR, José Cazuya de. Associação entre prevalência de inatividade física e indicadores de condição socioeconômica em adolescentes. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, Niterói, v. 14, n. 2, p. 109-114, Apr., 2008.

FARIAS JUNIOR, José Cazuya de; REIS, Rodrigo Siqueira; HALLAL, Pedro Curi. Physical activity, psychosocial and perceived environmental factors in adolescents from Northeast Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 941-951, May., 2014.

FEIJÓ, Ricardo Becker; OLIVEIRA, Ércio Amaro de. Comportamento de risco na adolescência. **Jornal de pediatria**, Porto Alegre, v. 77, supl. 2, p. 125-134, 2001.

FERRAZ, Sônia Terra. Promoção da saúde: viagem entre dois paradigmas. **Revista de Administração Pública**, v. 32, n. 2, p. 49-60, 1998.

GIACOMOZZI, Andréia Isabel et al. Survey on drug use and vulnerabilities among students from public schools participating in the school health program/ health and prevention in schools in the city of Florianópolis. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 3, p. 612-622, 2012.

GIL, Hilda Luz Bolaños et al. Opiniões de adolescentes estudantes sobre consumo de drogas: um estudo de caso em Lima, Perú. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, supl. Espec., p. 551-55, 2008.

GUEDES, Dartagnan Pinto; GUEDES, Joana Elisabete R. Pinto. Esforços físicos nos programas de educação física escolar. *Revista Paulista de Educação Física*, v. 15, n. 1, p. 33-44, 2017.

GUEDES, Dartagnan Pinto et al. Fatores de risco cardiovasculares em adolescentes: indicadores biológicos e comportamentais. **Arq Bras Cardiol**, v. 86, n. 6, p. 439-50, 2006.

HALLAL, Pedro Curi et al. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 35, n. 11, p. 1894-1900, 2003.

HALLAL, Pedro Curi et al. Prevalência de sedentarismo e fatores associados em adolescentes de 10-12 anos de idade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1277-1287, jun., 2006.

HULLEY, S.B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3. ed Porto Alegre: Artmed, 2008. 384 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS - IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 08 de abr. 2017.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa de Orçamentos Familiares no Brasil, 2008/2009. Antropometria e análise do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE - 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional** por Amostra de Domicílios **2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

LEAL, Greisse Viero da Silva et al. Consumo Alimentar e Padrão de Refeições de Adolescentes, São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira De Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 457-467, Sept., 2010.

LEÃO, Luciana Melo de Souza. Saúde do adolescente: atenção integral no plano da utopia. **2005. 149 F.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2005.

LERNER, Barbara Regina et al. O cálcio consumido por adolescentes de escolas públicas de Osasco, São Paulo. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 13, n. 1, p. 57-63, Apr. 2000

LOURENÇO, Benito. Trabalho em grupo de adolescentes: reflexões em saúde. In: **Manual de atenção à saúde do adolescente**. São Paulo (Cidade): Secretaria da Saúde, 2006. 60 p.

LUCIANO, Alexandre de Paiva et al. Nível de Atividade Física em Adolescentes saudáveis. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 22, n. 3, p. 191-194, 2016.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al. The health school programme: a health promotion strategy in primary care in Brazil. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 307-312, 2015.

MADRUGA, Samanta Winck et al. Manutenção dos padrões alimentares da infância à adolescência. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 376-386, Abr. 2012.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Prevalência de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), Brasil, 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 3009-3019, 2010.

MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza et al. Adolescentes e o uso de drogas ilícitas: um estudo transversal. **Rev. enferm. UERJ**, p. 344-348, 2012.

MOURA, Jayne Ramos Araujo et al. Conversas de adolescentes sobre drogas e sexualidade: um relato de experiência. **Revista Intertox de Toxicologia, Risco Ambiental e Sociedade**, v. 8, n. 2, 2015.

MUNIZ, Ludmila Correa et al. Prevalência e fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras entre adolescentes de escolas públicas de Caruaru, PE. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 2, p. 393-404, 2013.

NAHAS, Markus Vinícius et al. Reliability and validity of the Saude na Boa questionnaire to assess physical activity and eating habits of high-school students. **Rev Bras Ativ Fis Saúde**, v. 13, p. 80-5, 2007.

NAHAS, Markus Vinícius. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 4. Ed. Revisão atualizada. Londrina: Madiograf, 2006. 282 p.

NEUTZLING, Marilda Borges et al. Hábitos alimentares de escolares adolescentes de Pelotas, Brasil. **Revista da Nutrição**, Campinas, v. 23, n. 3, p. 379-388, jun., 2010.

OLIVEIRA, Denize Cristina de et al. Conhecimentos e práticas de adolescentes acerca das DST/HIV/AIDS em duas escolas públicas municipais do Rio de Janeiro. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 833-841, Dez. 2009.

OLIVEIRA, Dora Lúcia de. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 423-431, Jun., 2005.

OLIVEIRA, Jenifer Carla de; COSTA, Suellen Dalla; ROCHA, Silvia Maria Bramucci da. Educação nutricional com atividade lúdica para escolares da rede municipal de ensino curitiba. **Cadernos da Escola de Saúde**, v. 2, n. 6, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases**. Report of a Joint FAO/WHO Consultation. Geneva: World Health Organization: 2003.

\_\_\_\_\_. **Global Recommendations on Physical Activity for Health**. Geneva: World Health Organization: 2010.

\_\_\_\_\_. **Health for the World's Adolescents** – A second chance in the second decade. World Health Organization: 2014.

\_\_\_\_\_. **Inequalities in young people's health.** Health Behavior in School- Aged Children. International Report from 2005-2006. Health Police for Children and Adolescents. No 5, World Health Organization: 2008.

\_\_\_\_\_. **Library cataloguing-in-publication data:** health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action. Geneva: World Health Organization: 2014.

\_\_\_\_\_. **Sexual health.** Switzerland: World Health Organization: 2007.

PAPALIA, Diane E; FELDMAN, Ruth Duskin. **Desenvolvimento humano.** Porto Alegre: Artmed, 2013.

PATE, Russell R et al. Associations between physical activity and other health behaviors in a representative sample of US adolescents. **American journal of public health**, v. 86, n. 11, p. 1577-1581, 1996.

PECHANSKY, Flavio; SZOBOT, Claudia Maciel; SCIVOLETTO, Sandra. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 26, supl. 1, p. 14-17, May 2004 .

PEDROSA, Samyla Citó et al. Educação em saúde com adolescentes acerca do uso de álcool e outras drogas. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2015.

PELEGRINI, Andreia; PETROSKI, Edio Luiz. Inatividade física e sua associação com estado nutricional, insatisfação com a imagem corporal e comportamentos sedentários em adolescentes de escolas públicas. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 27, n. 4, p. 366-373, 2009.  
RABELLO, Nara; ANDERSON, Maria Inez Padula. Hábitos alimentares e prática de atividade física em escolares: relato de uma experiência de educação em saúde. **Revista de APS**, v. 14, n. 2, p. 239-249, abri./jun., 2011.

RIBEIRO, Evelyn Helena; FLORINDO, Alex Antônio. Efeitos de um programa de intervenção no nível de atividade física de adolescentes de escolas públicas de uma região de baixo nível socioeconômico: descrição dos métodos utilizados. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 15, n. 1, p. 28-34, 2012.

RIBEIRO, Robespierre QC; ALVES, Luciana. Comparison of two school-based programmes for health behaviour change: the Belo Horizonte Heart Study randomized trial. **Public health nutrition**, v. 17, n. 6, p. 1195-1204, 2014.

RODRIGUES, M.G.S. et al. Talleres educativos en sexualidad del adolescente: la escuela como escenario. **Enferm. Glob.**, Murcia, v. 20, n. 2, p. 1-8, 2010.

SÍCOLI, Juliana Lordello; NASCIMENTO, Paulo Roberto do. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 7, n. 12, p. 101-122, 2003.

SILVA, Elissandro de Freitas et al. Prevalência do uso de drogas entre escolares do ensino médio do Município de São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1151-1158, jun., 2006.

SILVA, Kelanne Lima da et al. Reflexões acerca do abuso de drogas e da violência na adolescência. **Escola Anna Nery Rev. Enferm**, v. 1, n.3, p. 605-610, jul./set., 2010.

SILVEIRA, Eder Fontoura; DA SILVA, Marcelo Cozzensa. Conhecimento sobre atividade física dos estudantes de uma cidade do sul do Brasil Knowledge about physical activity of students in a city in southern Brazil. **Motriz: Revista de Educacao Fisica**, v. 17, n. 3, p. 456-467, 2011.

SOARES, Sônia Maria et al. Oficinas sobre sexualidade na adolescência: revelando vozes, desvelando olhares de estudantes do ensino médio. **Escola Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 485-491, Sept., 2008.

SOUSA, Zaira Andressa Alves de; SILVA, Julyana Gall da; FERREIRA, Márcia de Assunção. Knowledge and practices of teenagers about health: implications for the lifestyle and self care. **Escola Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 400-406, Sept., 2014.

SOUZA, Cláudia de; REIS, Cássia Barbosa; BERNARDES, Érica Bento. Contribuição do enfermeiro na promoção da saúde sexual do adolescente escolar. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 89, p. 263-271, abr./jun., 2011.

TASSITANO, Rafael Miranda et al. Prevalência e fatores associados ao sobrepeso e à obesidade em adolescentes, estudantes de escolas de Ensino Médio de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 2639-2652, Dec. 2009.

TAVARES, Beatriz Franck; BERIA, Jorge Umberto; LIMA, Maurício Silva de. Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 2, p.150-158, Apr. 2001.

TOLEDO, Melina Mafra. **Vulnerabilidade de adolescentes ao HIV/AIDS: Revisão Integrativa**. 2008. 153 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

TORAL, Natacha; CONTI, Maria Aparecida; SLATER, Betzabeth. A alimentação saudável na ótica dos adolescentes: percepções e barreiras à sua implementação e características esperadas em materiais educativos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2386-2394, nov., 2009.

TORAL, Natacha; SLATER, Betzabeth. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1641-1650, Dec. 2007.

VIEIRA, Patrícia Conzatti et al. Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares em município do Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2487-2498, Nov. 2008.

VIERO, Vanise dos Santos Ferreira et al. Educação em saúde com adolescentes: análise da aquisição de conhecimentos sobre temas de

saúde. **Escola Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 484-490, Sept. 2015.

VIERO, Vanise dos Santos Ferreira; FARIAS, Joni Marcio de. Ações educativas para a sensibilização de um estilo de vida mais saudável de adolescentes. **Journal of Physical Education**, v. 28, n. 1, 2017.

VILLELA, Wilza Vieira; DORETO, Daniella Tech. Sobre a experiência sexual dos jovens. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2467-2472, Nov. 2006 .

World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization, 2010.

ZANCUL, Mariana de Senzi; DAL FABRO, Amaury Lelis. Escolhas alimentares e estado nutricional de adolescentes em escolas de ensino fundamental. **Alim. Nutr.**, Araraquara, v. 18, n.3, p. 253-259, jul./set., 2007.

ZEITOUNE, Regina Célia Gollner et al. O conhecimento de adolescentes sobre drogas lícitas e ilícitas: uma contribuição para a enfermagem comunitária. **Escola Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 57-63, Mar., 2012.

## APÊNDICES

**APÊNDICE A – CARTA DE ACEITE**

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários, que concordamos em disponibilizar (setor, banco de dados, prontuário, etc.) da Escola de Educação Básica Joaquim Ramos, da rede Estadual, localizada na rua Desembargador Pedro Silva nº 907- bairro Michel, Criciúma, para o desenvolvimento da Pesquisa intitulada **“Efetividade de um programa de educação em saúde para aquisição de conhecimento e mudança de comportamento em adolescentes escolares”** sob a responsabilidade do Prof. Joni Márcio de Farias e da Pesquisadora Vanise dos Santos Ferreira Viero mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, pelo período de execução previsto no referido projeto.

  
Sandra Mara de Aguiar  
Diretora Geral  
308205-8/03

Nome do responsável

Cargo e nome da Instituição/Empresa  
e Carimbo.

**APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS****Código:** \_\_\_\_\_**Assinale, apenas uma alternativa, das questões abaixo conforme o seu conhecimento:****SEXUALIDADE****1- O que é a sexualidade:**

- a-  É somente a prática sexual.
- b-  É a estimulação dos órgãos genitais.
- c-  É a necessidade de buscar sensações de bem-estar, prazer, afeto, contato, carinho, que todo ser humano tem.
- d-  Não sei.

**2- Qual o conceito de Menarca?**

- a-  É a primeira menstruação de uma mulher, que acontece durante a adolescência, entre os 8 e os 15 anos de idade.
- b-  É o atraso da menstruação de uma mulher, que ocorre ainda na fase da adolescência, entre 15 a 18 anos de idade.
- c-  É um nome dado a uma doença rara, onde a mulher não pode menstruar.
- d-  Não sei.

**3- A mulher poderá engravidar em sua 1ª relação sexual?**

- a-  Sim, desde que ela já tenha tido a primeira menstruação.
- b-  Não, porque não se engravida na primeira relação sexual.
- c-  Somente a partir dos 15 anos de idade, independente de ter menstruado ou não.
- d-  Não sei.

**4- O que são DSTs?**

- a-  São doenças que acometem as mulheres somente durante a gravidez.
- b-  São doenças adquiridas somente por via sanguínea, tanto nos homens, quanto nas mulheres.
- c-  São doenças transmitidas por via sexual e fluídos corpóreos, tanto nos homens, quanto nas mulheres.
- d-  Não sei.

**5- Em que período é mais fácil de uma mulher engravidar?**

- a-  Durante a menstruação.
- b-  Logo após a menstruação.
- c-  No seu período fértil.
- d-  Não sei.

**6- Qual dos métodos abaixo previne as DSTs?**

- a-  Pílula do Dia Seguinte.
- b-  Anticoncepcional.
- c-  Preservativo (camisinha) feminina ou masculina.
- d-  Não sei.

**7- A ejaculação involuntária que ocorre durante o sono, é o conceito de:**

- a-  Doença Sexualmente Transmissível.
- b-  Polução Noturna.
- c-  Excesso de Masturbação.
- d-  Não sei.

**8- O que é o HPV?**

- a-  É uma infecção causada por fungo, o Cândida ou Monília, que geralmente causa corrimento espesso, grumoso e esbranquiçado.
- b-  É uma doença sexualmente transmissível, causada pela bactéria gonococo, que geralmente causa dor e ardência ao urinar, corrimento purulento nos órgãos genitais (masculino e feminino).
- c-  É um vírus que vive na pele e nas mucosas dos seres humanos, por isso pode ser considerado uma doença sexualmente transmissível, podendo desenvolver lesões precursoras, que se não forem identificadas e tratadas podem progredir para o câncer, principalmente no colo do útero e no ânus.
- d-  Não sei.

**9. Espermarca ou semenarca refere-se a:**

- a-  Primeira relação sexual masculina.
- b-  Dificuldade de produzir esperma.
- c-  Primeira ejaculação masculina.
- d-  Não sei.

**10- Quais os principais sintomas do HPV?**

- a- ( ) Verrugas de tamanhos variáveis, que podem ser externas ou internas, que podem ocorrer tanto no homem quanto na mulher.
- b- ( ) Feridas indolores (cancros) e ínguas na região da virilha.
- c- ( ) Ardência e dor ao urinar e corrimento nos órgãos genitais (masculino e feminino).
- d- ( ) Não sei.

## **PREVENÇÃO AO USO ABUSIVO DE DROGAS**

### **1- Complete a definição abaixo assinalando a alternativa correta.**

As drogas são substâncias que provocam mudanças físicas e/ou psicológicas no ser humano, elas podem ser classificadas em 4 subdivisões: atualmente o consumo de \_\_\_\_\_ vem crescendo muito, são criadas em laboratório, geralmente são utilizadas por jovens em baladas, por exemplo as raves. As drogas \_\_\_\_\_ não são feitas em laboratório, algumas tribos indígenas utilizam em seus rituais, o exemplo mais comum é a maconha. As drogas \_\_\_\_\_ são legalizadas e produzidas e comercializadas livremente e que são aceitas pela sociedade, porém as drogas \_\_\_\_\_ não são legalizadas, produzidas e comercializadas livremente e não são aceitas pela sociedade.

- a- ( ) Alucinógenas, ilegais, lícitas e naturais.
- b- ( ) Drogas naturais, alucinógenas, legais e sintéticas.
- c- ( ) Drogas sintéticas, naturais, lícitas e ilícitas.
- d- ( ) Não sei.

### **2- Por lei, as drogas ilícitas são:**

- a- ( ) São substâncias que podem ser produzidas, comercializadas e consumidas sem problema.
- b- ( ) São substâncias que podem ser produzidas e comercializadas somente para maiores de 18 anos.
- c- ( ) São substâncias proibidas de serem produzidas, comercializadas e consumidas.
- d- ( ) Não sei.

### **3- O narguilé pode ser causar prejuízos a saúde?**

- a- ( ) Não, porque o narguilé possui um filtro de água por onde passa a sua fumaça filtrando as substâncias nocivas do tabaco, principalmente a nicotina.

b- ( ) Depende do tempo em que ele será fumado, pois se ele for fumado apenas duas vezes por semana, por até trinta minutos, não causará problemas a saúde.

c- ( ) Sim, porque o narguilé possui os mesmos componentes nocivos do cigarro o que pode contribuir para o surgimento de doenças respiratórias, coronarianas, cânceres além de outras doenças como hepatite C, tuberculose, herpes, entre outras.

d- ( ) Não sei.

#### **4- Qual o tipo de droga que pode causar dependência imediata?**

a- ( ) Maconha.

b- ( ) Cigarro.

c- ( ) Crack.

d- ( ) Não sei.

#### **5- O consumo abusivo de álcool é prejudicial na adolescência?**

a- ( ) Depende do tipo de bebida que é consumida, pois se for cerveja ou vodka com refrigerante não é prejudicial para a saúde do adolescente.

b- ( ) Sim, pois o álcool consumido na adolescência aumenta o risco de dependência na vida adulta. Além disso, o álcool está relacionado a queda no rendimento escolar, dificuldades de aprendizagem, prejuízos no desenvolvimento e na memória, entre outros.

c- ( ) Não, o consumo de álcool só irá deixar o adolescente embriagado por algumas horas, sem causar prejuízos para a saúde.

d- ( ) Não sei.

#### **6- Por que se diz que a droga provoca dependência psicológica?**

a- ( ) A droga se adapta de tal forma ao organismo que quando uma pessoa para de usar fica com um mal-estar físico muito grande.

b- ( ) A droga começa a ocupar um lugar muito importante na vida de quem a usa constantemente e pensa o tempo todo em quando vai poder usar novamente.

c- ( ) A droga faz com que o usuário tenha pensamentos obsessivos relacionados à morte, fazendo com que o mesmo não procure ajuda de um profissional.

d- ( ) Não sei.

**7- O ansiolítico pode ser consumido oralmente e/ou com seringa, que só é usada em hospitais. Uma pessoa que usa ansiolíticos por um longo período pode adquirir dependência do medicamento. Qual é a principal finalidade desse medicamento?**

- a- ( ) Ele atua sobre a ansiedade e a tensão, a sua principal finalidade é diminuir ou acabar com a ansiedade das pessoas.
- b- ( ) É um medicamento que faz com que a pessoa fique mais agitada, quando a pessoa está muito depressiva, como quando tem vontade de ficar sozinha, não sente vontade de comer, etc.
- c- ( ) É um tipo de droga ilícita muito utilizada em festas e baladas para fornecer mais energia, fazendo com que a pessoas dance por horas a fio sem se cansar.
- d- ( ) Não sei.

### **8- O que é uma droga alucinógena?**

- a- ( ) É um tipo de droga que deixa a pessoa mais irritada e violenta, ex: cigarro, cerveja e maconha.
- b- ( ) É um tipo de droga que faz a pessoa perceba coisas que não existem, as alucinações podem manifestar-se através de qualquer um dos cinco sentidos (audição, visão, tato, olfato e gustação), ex: LSD, maconha, chá do santo daime.
- c- ( ) É um tipo de droga que provoca perda de memória, ou seja, não se lembra de nada do que aconteceu e causa problemas de aprendizado.
- d- ( ) Não sei.

### **9- Assinale a alternativa que contenha somente drogas lícitas:**

- a- ( ) Cerveja, cigarro, maconha.
- b- ( ) Cerveja, cigarro, anti depressivos.
- c- ( ) Cocaína, heroína, LSD.
- d- ( ) Não sei.

### **10- Qual é o objetivo da prevenção primária com relação ao uso de drogas?**

- a ( ) A prevenção primária tem como objetivo atingir as pessoas que já experimentaram e que usam drogas de vez em quando, com intuito de evitar o seu uso permanente.
- b ( ) A prevenção primária tem como objetivo evitar ou retardar que a pessoa experimente a droga.
- c ( ) A prevenção primária tem como objetivo realizar o tratamento das pessoas que já usam as drogas e são dependentes dela. Esse trabalho tem que ser feito por um profissional de saúde.
- d ( ) Não sei.

## **ATIVIDADE FÍSICA**

**1- Os exercícios físicos ajudam a prevenir algumas doenças, das descritas abaixo assinale a que NÃO pode ser prevenida a partir desta prática regular:**

- a- ( ) Dislipidemias (Aumento dos níveis de gorduras no sangue).
- b- ( ) Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST.
- c- ( ) Hipertensão Arterial (Pressão Alta).
- d- ( ) Não sei.

**2- Quais os principais cuidados que devemos ter ao praticar exercícios físicos?**

- a- ( ) Usar roupas escuras e grossas que estimulem a transpiração (o suor) e não esquecer o filtro solar.
- b- ( ) Usar roupa confortável, calçado adequado e fazer uma refeição leve antes dos exercícios.
- c- ( ) Usar roupa confortável e comer bastante para não sentir fome durante o exercício físico.
- d- ( ) Não sei.

**3- Atualmente, qual a recomendação de atividade física semanal orientada aos adolescentes?**

- a- ( ) 30 minutos divididos na semana.
- b- ( ) 300 minutos divididos na semana.
- c- ( ) 150 minutos divididos na semana.
- d- ( ) Não sei.

**4- Para que serve a verificação da frequência cardíaca durante a realização do exercício físico?**

- a- ( ) Para identificar quanto tempo precisa ser realizado o exercício físico.
- b- ( ) Para verificar o quanto de transpiração (suor) vou ter durante o esforço físico.
- c- ( ) Verificar a eficácia do exercício físico pelo controle da intensidade.
- d- ( ) Não sei.

**5- A frequência cardíaca de pessoas que praticam exercícios físicos regularmente tende a:**

- a- ( ) Aumentar quando estão em repouso (parados).
- b- ( ) Diminuir quando estão em repouso (parados).
- c- ( ) Não se modifica.
- d- ( ) Não sei.

**6- O tempo total de mídia eletrônica (televisão, vídeo game) para adolescentes não deve ultrapassar os limites diários de:**

- a-  6 a 7 horas.
- b-  1 a 2 horas.
- c-  4 a 5 horas.
- d-  Não sei.

**7- Quais os efeitos dos exercícios físicos realizados na fase da adolescência:**

- a-  Contribui para o desenvolvimento físico, o psíquico e o social, além de reduzir as chances de doenças cardiovasculares (do coração) e obesidade na vida adulta.
- b-  Contribui apenas no desenvolvimento dos músculos, já que os músculos na fase da adolescência ainda não estão totalmente desenvolvidos.
- c-  Reduz as chances de contrair doenças infectocontagiosas como hepatite C, tuberculose, herpes, entre outras.
- d-  Não sei.

**8- Qual das alternativas abaixo indica um exemplo de exercício aeróbico (de longa duração):**

- a-  Musculação.
- b-  Pilates.
- c-  Caminhada.
- d-  Não sei.

**9- Qual das alternativas abaixo indica os principais efeitos dos exercícios resistidos (por exemplo, a musculação):**

- a-  Melhora a agilidade.
- b-  Fortalece músculos, ossos e tendões.
- c-  Melhora a capacidade cardiorrespiratória.
- d-  Não sei.

**10- Para que serve a medida do Índice de Massa Corporal (IMC)?**

- a-  É uma medida utilizada para medir o quanto de gordura e músculos um indivíduo possui.
- b-  É um dos indicadores utilizados para verificar o nível de atividade física populacional.

c- ( ) É um dos indicadores usados pela Organização Mundial de Saúde para verificação do estado nutricional, calculado a partir da seguinte fórmula: peso (kg) / estatura (m)<sup>2</sup>.

d- ( ) Não sei.

## **ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL**

**1- A carência nutricional (níveis inadequados de vitamina e minerais) está relacionada a uma dieta pobre e pouco nutritiva. Quais alimentos são importantes para garantir uma oferta adequada de vitaminas e minerais?**

a- ( ) Arroz, massa e pão.

b- ( ) frutas, legumes e verduras.

c- ( ) Carne vermelha, queijo e suco de saquinho.

d- ( ) Não sei.

**2- O consumo frequente de fibras alimentares é muito importante para a saúde, pois pode prevenir o surgimento de algumas doenças crônicas, como:**

a- ( ) Prisão de ventre, doenças cardiovasculares e câncer de intestino.

b- ( ) Câncer de fígado, hipertensão (pressão alta) e colesterol alto.

c- ( ) Diabetes, câncer de cólon e osteoporose.

d- ( ) Não sei.

**3- Quais destes alimentos são in natura ou minimamente processados?**

a- ( ) Arroz, ovos e frutas.

b- ( ) Pêssego em calda, mingau e arroz integral.

c- ( ) Bolacha recheada, alface e leite fermentado.

d- ( ) Não sei.

**4- O que é ter uma alimentação saudável?**

a- ( ) É ter uma alimentação à base de produtos frescos, e minimamente processados.

b- ( ) É fazer refeições quando e quanto tiver vontade.

c- ( ) É comer fast food e doces apenas nos finais de semana.

d- ( ) Não sei.

**5- Quais destes alimentos são considerados processados?**

- a-  Ovos, balas, azeite de oliva.
- b-  Milho em conserva, pêssego em calda, queijos.
- c-  Refrigerante, banana, milho de pipoca.
- d-  Não sei.

**6- Qual a quantidade mínima de água para ingerirmos durante o dia?**

- a-  500 ml (mais ou menos 2 copos).
- b-  1 litro (mais ou menos 4 copos).
- c-  2 litros (mais ou menos 8 copos).
- d-  Não sei.

**7- Quantas porções diárias de frutas são recomendados consumir durante o dia:**

- a-  duas porções.
- b-  uma porção.
- c-  de três a quatro porções.
- d-  Não sei.

**8- O consumo excessivo de sódio (presente no sal) diariamente pode acarretar prejuízos futuros para a saúde, como por exemplo:**

- a-  Diabetes Mellitus (popularmente conhecida como doença do excesso de açúcar no sangue).
- b-  Hipertensão arterial (popularmente conhecida como pressão alta).
- c-  Osteoporose (popularmente conhecida como doença dos ossos porosos e fracos).
- d-  Não sei.

**9- Quantas refeições por dia são recomendadas a se fazer:**

- a-  Até três refeições por dia.
- b-  De cinco a seis refeições por dia.
- c-  De três a quatro refeições por dia.
- d-  Não sei.

**10- Por que trocar os alimentos refinados (de farinha branca) pelos integrais é uma troca saudável?**

- a-  Porque eles possuem baixas calorias.
- b-  Porque todos eles são orgânicos.
- c-  Porque eles contêm mais nutrientes e saciam mais.
- d-  Não sei.

## APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### Para os adolescentes menores de idade

Eu, \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_, autorizo meu filho (a) a participar da pesquisa intitulada **“Efetividade de um programa de educação em saúde para aquisição de conhecimento e mudança de comportamento em adolescentes escolares”** que tem como objetivo avaliar a contribuição de um programa de educação em saúde no ganho de conhecimento e mudança de comportamento em adolescentes escolares do município de Criciúma, Santa Catarina (SC).

Embora o Srº (a) autorize a participação do seu filho (a) nesta pesquisa, estará garantido que ele (a) poderá desistir a qualquer momento bastando para isso informar sua decisão aos responsáveis. Foi esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro seu filho (a) não terá direito a nenhuma remuneração. Desconhecemos qualquer risco ou prejuízos por autorizar a pesquisa. Os dados referentes ao seu filho (a) serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela **Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde**, podendo o (a) senhor (a) solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta. Autorizo ainda o uso de imagens e gravação de voz, na oportunidade de entrevista.

### Procedimentos detalhados que serão utilizados na pesquisa

Serão realizadas ações de educação em saúde sobre as temáticas: Atividade Física, Alimentação Saudável, Uso Abusivo de Drogas e Exercício da Sexualidade.

**Riscos:** Toda e qualquer pesquisa apresenta riscos em sua execução, entretanto, serão tomadas precauções para que eventuais imprevistos e acidentes não ocorram, para não interferir na rotina de vida dos participantes. Ainda, serão mantidos o sigilo e a confidencialidade, conforme os preceitos da resolução 466/12.

**Benefícios:** Ganho de conhecimento sobre as temáticas abordadas; Adoção de hábitos saudáveis; Mudança de comportamento em relação aos fatores de risco.

A coleta de dados será realizada pela mestrandia **Vanise dos Santos Ferreira Viero** (fone:048 99900-3476) vinculado ao Programa

de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da UNESC e orientado pelo professor responsável Joni Márcio de Farias (fone: 048 99978-1088). O telefone do **Comitê de Ética é (48) 3431-2723**.

Criciúma (SC) \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Participante:**

**CPF:**

**Pesquisador Responsável:**

**CPF:**

## APÊNDICE D – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Venho através deste solicitar a autorização para a realização da pesquisa na Escola de Educação Básica Joaquim Ramos a partir da criação e implementação do Programa de Promoção da Saúde na Escola. A pesquisa tem o propósito de servir para a realização da dissertação de mestrado intitulada **“Efetividade de um programa de educação em saúde para aquisição de conhecimento e mudança de comportamento em adolescentes escolares”** que tem como objetivo geral avaliar a contribuição de um programa de educação em saúde no ganho de conhecimento e mudança de comportamento em adolescentes escolares do município de Criciúma, Santa Catarina (SC).

Será preservada a identidade dos escolares, e a confidencialidade das informações que serão utilizadas estritamente para fins científicos e acadêmicos. A coleta de dados será realizada mediante aplicação de questionários fechados pela Profissional de Educação Física Vanise dos Santos Ferreira Viero (fone: 048 99900-3476) mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Unesc e orientada pelo Prof. Dr. Joni Márcio de Farias (fone: 048 99978- 1088). O telefone do Comitê de Ética é 3431.2723. Os dados coletados serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que o (a) sr (a) poderá solicitar informações durante todas as fases do projeto, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Criciúma (SC) 15 de Julho de 2016.

Vanise Ferreira Viero  
Nome e assinatura da mestranda

[Assinatura]  
Nome e assinatura do orientador

[Assinatura]  
Nome e assinatura do responsável pelo local onde será realizada a pesquisa

## **ANEXOS**

**ANEXO A- QUESTIONÁRIO PARA AVALIAR A MUDANÇA DE  
COMPORTAMENTO EM RELAÇÃO AO USO DE DROGAS  
E AO EXERCÍCIO DA SEXUALIDADE**

**QUESTIONÁRIO JUVENTUDE BRASILEIRA**

Código: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_ Turma: \_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_

onde

mora: \_\_\_\_\_

1. Sexo: a. ( ) Masculino b. ( ) Feminino
2. Idade: \_\_\_\_\_ anos
3. Data de Nascimento: \_\_/\_\_/\_\_
  
4. Cor:
  - a. ( ) Branca
  - b. ( ) Negra
  - c. ( ) Parda
  - d. ( ) Amarela
  - e. ( ) Indígena
  
5. Estado Civil:
  - a. ( ) Solteiro
  - b. ( ) Casado
  - c. ( ) Mora junto
  - d. ( ) Separado/divorciado
  - e. ( ) Viúvo
  - f. ( ) Outros: \_\_\_\_\_
  
6. Com quem você mora? (Marque mais de uma resposta se for o caso)
  - a. ( ) Pai
  - b. ( ) Mãe
  - c. ( ) Padrasto
  - d. ( ) Madrasta
  - e. ( ) Irmãos
  - f. ( ) Avô
  - g. ( ) Avó
  - h. ( ) Tios
  - i. ( ) Pais adotivos
  - j. ( ) Filho(s)

- k. ( ) Companheiro(a)  
 l. ( ) Outros: \_\_\_\_\_

7. Quantas pessoas moram na sua casa incluindo você?

\_\_\_\_\_

Quantos têm:

Até 5 anos \_\_\_\_\_

6 e 14 anos \_\_\_\_\_

15 e 24 anos \_\_\_\_\_

8. Quem são as pessoas que mais contribuem para o sustento na sua casa?

a. ( ) Você mesmo

b. ( ) Outros: Quem? \_\_\_\_\_

9. Qual o total da renda mensal familiar do seu domicílio?

Em média R\$ \_\_\_\_\_

( ) Não sabe

10. Marque na tabela quais os itens que você possui na sua casa e quantos:

		SIM	NÃO	QUANTOS?
A	Banheiro			
B	Quartos			
C	Aparelho de vídeo cassete ou dvd			
D	TV a cores			
E	Rádio/aparelho de som			
F	Máquina de lavar roupa			
G	Geladeira			
H	Computador			

I	Aspirador de pó			
J	Empregada (doméstica/mensalista)			

11. Você ou sua família recebe algum tipo de bolsa ou auxílio (bolsa escola, bolsa alimentação, etc.)?

- a.  Não
- b.  Sim
- c. Que tipo? ( Marque mais de uma resposta se for o caso)
  - a.  Bolsa família
  - b.  Bolsa estudo
  - c.  Pró-Jovem
  - d.  PETI – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
  - e.  Outra \_\_\_\_\_

12. Qual é o seu grau de instrução de seu pai e da sua mãe? Marque com X:

		Pai	Mãe
A	Analfabeto		
B	Sabe ler, mas não foi à escola		
C	Fundamental Incompleto (1° grau)		
D	Fundamental completo (1° grau)		
E	Médio incompleto (2° grau)		
F	Médio completo (2° grau)		
G	Superior incompleto (universitário)		
H	Superior completo (universitário)		

I	Pós-Graduação		
J	Não Sei		

13. Sua Escola é:

- a.  Pública  
b.  Particular

14. Em qual série/etapa/ano escolar você está? \_\_\_\_\_

15. Qual o turno em que você frequenta a escola?

- a.  Manhã  
b.  Tarde  
c.  Integral  
d.  Noite

16. Você já foi reprovado?

- a.  Não  
b.  Sim  
c.  Quantas vezes? \_\_\_\_\_

17. Você já foi expulso de alguma escola?

- a.  Não  
b.  Sim  
c.  Quantas vezes? \_\_\_\_\_  
e. Por quê? (    ) Brigas (    ) Faltas (    )  
Outro: \_\_\_\_\_

18. Por favor, marque com X no número que corresponde a sua opinião sobre as seguintes afirmativas:

- 1 – Discordo totalmente  
2 – Discordo um pouco  
3 – Não concordo nem discordo  
4 – Concordo um pouco  
5 – Concordo Totalmente

A	Eu me sinto bem na escola	1 2 3 4 5
B	Gosto de ir para a escola	1 2 3 4 5
C	Gosto da maioria dos meus professores	1 2 3 4 5
D	Quero continuar meus estudos nessa escola	1 2 3 4 5
E	Posso contar com meus professores	1 2 3 4 5
F	Posso contar com técnicos da escola (orientador, coordenador)	1 2 3 4 5
G	Confio nos colegas da escola	1 2 3 4 5

19. Marque com um X TODAS as opções a seguir que estão relacionadas com a sua situação de trabalho remunerado:

A	<input type="checkbox"/> Nunca trabalhei
B	<input type="checkbox"/> Já trabalhei mas não trabalho atualmente
C	<input type="checkbox"/> Estou trabalhando
D	<input type="checkbox"/> Estou procurando trabalho
E	<input type="checkbox"/> Não estou procurando trabalho
F	<input type="checkbox"/> Trabalho em comércio (em loja, mercados, etc.)
G	<input type="checkbox"/> Trabalho na rua (vendendo coisas, reciclagem, catação, engraxate, vigiando, ou limpando carros)
H	<input type="checkbox"/> Trabalho em casa (cuidando de crianças, limpando, passando, etc.)
I	<input type="checkbox"/> Trabalho na agricultura, pecuária ou pesca
J	<input type="checkbox"/> Trabalho na área administrativa (office-boy, secretaria,

	informática, etc.)
K	( ) Trabalho em indústria/fabrica
L	( ) Trabalho em outros lugares: _____
M	( ) Trabalho com carteira assinada
N	( ) Não trabalho com carteira assinada

20. Você alguma vez já teve que parar de estudar para trabalhar?

a. ( ) Não

b. ( ) Sim

21. Se você trabalha atualmente:

a. Qual a sua renda mensal média proveniente de seu trabalho atualmente? \_\_\_\_\_ reais

b. Quantas horas por dia você dedica ao trabalho? \_\_\_\_\_ horas.

22. Você tem alguma doença crônica (diabetes, AIDS, Câncer, insuficiência renal, outra)?

a. ( ) Não

b. ( ) Sim, Qual? \_\_\_\_\_

23. Você tem algum problema mental/psicológico ou dos nervos?

a. ( ) Não

b. ( ) Sim

c. Qual? \_\_\_\_\_

d. Você já procurou algum tipo de auxílio/tratamento? ( ) sim ( ) não

24. Você tem algum tipo de deficiência?

a. ( ) Não

b. ( ) Sim ( ) Visual ( ) Auditiva ( ) Física ( ) Outra Qual?

\_\_\_\_\_

25. Qual o serviço de assistência à saúde você recorre? (pode marcar mais de um)

- a.  SUS- Sistema Único de Saúde
- b.  Plano de Saúde
- c.  Atendimento Particular
- d.  Outros

26. Com que frequência acessa o serviço de saúde?

- a.  Não tenho acesso aos serviços de saúde
- b.  De uma a três vezes por mês
- c.  Uma vez por mês
- d.  De 2 a 4 vezes a cada seis meses
- e.  Uma vez a cada seis meses
- f.  uma vez ao ano

27. Você participa de alguma das atividades abaixo? ( Marque mais de uma resposta se for o caso)

- a.  Grêmios estudantis ou diretório acadêmico
- b.  Grupo de escoteiros ou bandeirantes
- c.  Grupo ou movimentos religiosos
- d.  Grupo musicais ( coral, bandas, etc.)
- e.  Grupo de dança, teatro ou arte
- f.  Grupos ou movimentos políticos
- g.  Grupo de trabalho voluntário
- h.  Equipe esportiva

28. Com relação à sua religião/doutrina/crença, você se considera: (Marque mais de uma se for o caso)

- a.  Não acredito em Deus (ateu)
- b.  Sem religião (mas acredito em Deus)
- c.  Católico
- d.  Protestante
- e.  Evangélica
- f.  Espírita
- g.  Umbandista
- h.  Candomblé
- i.  Outro \_\_\_\_\_

29. Por favor, marque com X no número que mais corresponde a sua opinião sobre as seguintes afirmativas:

- 1- Nunca
- 2- Quase nunca
- 3- Às vezes
- 4- Quase sempre
- 5- Sempre

A	religião/espiritualidade tem sido importante para a minha vida	1 2 3 4 5
B	Costumo freqüentar encontros, cultos ou rituais religiosos	1 2 3 4 5
C	Costumo fazer orações no dia-a-dia	1 2 3 4 5
D	Costumo ler livros sagrados no dia-a-dia (Bíblia, Alcorão, etc.	1 2 3 4 5
E	Costumo agradecer a Deus pelo que acontece comigo	1 2 3 4 5
F	Peço ajuda a Deus para resolver meus problemas	1 2 3 4 5
G	Costumo fazer orações quando estou em momentos difíceis	1 2 3 4 5
H	Busco ajuda da minha instituição religiosa (igreja, templo, etc.) quando estou em dificuldades	1 2 3 4 5
I	Sigo recomendações religiosas na minha vida diária	1 2 3 4 5

30. Agora vamos falar um pouco das suas relações com a família, especialmente entre você e seus pais (mãe, madrasta, pai, padrasto,

ou outras pessoas que cuidam ou cuidaram de você). Ao responder estas questões, pense em diferentes momentos que a sua família passou e nas diferentes pessoas com quem você mora/morou.

- 1- Discordo totalmente
- 2- Discordo um pouco
- 3- Não concordo nem discordo
- 4- Concordo um pouco
- 5- Concordo totalmente

A	Costumamos conversar sobre problemas da nossa família	1 2 3 4 5
B	Meus pais raramente me criticam	1 2 3 4 5
C	Raramente ocorrem brigas na minha família	1 2 3 4 5
D	Quando estou com problemas, posso contar com a ajuda dos meus pais	1 2 3 4 5
E	Sinto que sou amado e tratado de forma especial pelos meus pais	1 2 3 4 5
F	Meus pais em geral sabem onde eu estou	1 2 3 4 5
G	Nunca sou humilhado por meus pais	1 2 3 4 5
H	Meus pais raramente brigam entre eles	1 2 3 4 5
I	Meus pais dão atenção ao que eu penso e ao que eu sinto	1 2 3 4 5
J	Meus pais conhecem meus amigos	1 2 3 4 5

K	Eu me sinto aceito pelos meus pais	1 2 3 4 5
L	Meus pais me ajudam quando eu preciso de dinheiro, comida ou roupa	1 2 3 4 5
M	Costumo conversar com meus pais sobre decisões que preciso tomar	1 2 3 4 5
N	Meus pais sabem com quem eu ando	1 2 3 4 5
O	Eu me sinto seguro com meus pais	1 2 3 4 5

31. Identifique situações que VOCÊ já viveu COM SUA FAMÍLIA, relacionadas aos eventos na coluna 1 e a seguir responda às questões:

<b>Tipo de situação</b>	<b>A. Já aconteceu?</b>	<b>B. Em geral, com que frequência esta situação acontecia?</b>	<b>C. Em geral, o quanto ruim foi para você esta situação?</b>	<b>D. Indique quem fez isto com mais frequência?</b>
a) Ameaça ou humilhação	a ( ) Não b ( ) Sim	1- Nunca 2- Quase nunca 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre	1- Nada ruim 2- Um pouco ruim 3- Mais/menos ruim 4- Muito ruim 5- Horrível	A ( ) mãe B ( ) madrastra C ( ) pai D ( ) padrasto E ( ) irmãos F ( ) avós G ( ) outros: _____
b) Soco ou surra	a ( ) Não	1- Nunca 2- Quase	1- Nada ruim	A ( ) mãe B ( )

	b ( ) Sim	nunca 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre	2- Um pouco ruim 3- Mais/menos ruim 4- Muito ruim 5- Horrível	madrasta C ( ) pai D ( ) padrasto E ( ) irmãos F ( ) avós G ( ) outros: _____
c) Agressão com objeto (madeira, cinto, fio, cigarro, etc.)	a ( ) Não b ( ) Sim	1- Nunca 2- Quase nunca 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre	1- Nada ruim 2- Um pouco ruim 3- Mais/menos ruim 4- Muito ruim 5- Horrível	A ( ) mãe B ( ) madrasta C ( ) pai D ( ) padrasto E ( ) irmãos F ( ) avós G ( ) outros: _____
d) Mexeu no meu corpo contra a minha vontade	a ( ) Não b ( ) Sim	1- Nunca 2- Quase nunca 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre	1- Nada ruim 2- Um pouco ruim 3- Mais/menos ruim 4- Muito ruim 5- Horrível	A ( ) mãe B ( ) madrasta C ( ) pai D ( ) padrasto E ( ) irmãos F ( ) avós G ( ) outros: _____
e) Relação sexual forçada	a ( ) Não b ( ) Sim	1- Nunca 2- Quase nunca 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre	1- Nada ruim 2- Um pouco ruim 3- Mais/menos ruim 4- Muito ruim 5- Horrível	A ( ) mãe B ( ) madrasta C ( ) pai D ( ) padrasto E ( ) irmãos F ( ) avós G ( ) outros: _____

32. Você tem algum amigo próximo que usa drogas?

- a.  Não  
 b.  Sim.  drogas lícitas (bebida alcoólica, cigarro)  
 drogas ilícitas (crack, cocaína, cola, etc)

33. Você tem algum familiar que usa drogas?

- a.  Não  
 b.  Sim.  
 drogas lícitas (bebida alcoólica, cigarro)  
 drogas ilícitas (crack, cocaína, cola, etc)

34. Quanto a você, responda às questões abaixo:

	Tipo	Já experimentou ao menos uma vez na vida?	quando usou pela 1ª vez?
A	Bebida alcoólica	a. <input type="checkbox"/> Não b. <input type="checkbox"/> Sim	
B	Cigarro comum	a. <input type="checkbox"/> Não b. <input type="checkbox"/> Sim	
C	Maconha	a. <input type="checkbox"/> Não b. <input type="checkbox"/> Sim	
D	Cola, solventes, thinner, lança-perfume, acetona	a. <input type="checkbox"/> Não b. <input type="checkbox"/> Sim	
E	Cocaína	a. <input type="checkbox"/> Não b. <input type="checkbox"/> Sim	
F	Crack	a. <input type="checkbox"/> Não b. <input type="checkbox"/> Sim	
G	Ecstasy	a. <input type="checkbox"/> Não b. <input type="checkbox"/> Sim	
H	Remédio para emagrecer sem receita médica	a. <input type="checkbox"/> Não b. <input type="checkbox"/> Sim	
I	Anabolizante	a. <input type="checkbox"/> Não b. <input type="checkbox"/> Sim	
J	Remédio para “ficar doidão”	a. <input type="checkbox"/> Não b. <input type="checkbox"/> Sim	
K	Chá para “ficar doidão”	a. <input type="checkbox"/> Não b. <input type="checkbox"/> Sim	

L	Outra _____		

35. Se você nunca experimentou drogas pule para a questão 41. Se você já experimentou, responda qual foi a primeira droga que você usou? \_\_\_\_\_

36. Caso você já tenha experimentado alguma droga, responda às questões abaixo:

	Tipo	Usou no último ano?	Usou no Último mês? Marque com um X			
			Não usou no último mês	Usou menos de 1 vez por semana	Usou de 1 a 4 vezes/ semana	Usou 5 ou mais vezes/ semana
A	Bebida Alcoólica	a. ( ) Não b. ( ) Sim				
B	Cigarro comum	a. ( ) Não b. ( ) Sim				
C	Maconha	a. ( ) Não b. ( ) Sim				
D	Cola, solventes, lança-perfume, thinner, acetona	a. ( ) Não b. ( ) Sim				
E	Cocaína	a. ( ) Não b. ( ) Sim				
F	Crack	a. ( ) Não b. ( ) Sim				
G	Ecstasy	a. ( ) Não b. ( ) Sim				

H	Remédio para emagrecer sem receita médica	a. ( ) Não b. ( ) Sim				
I	Anabolizante	a. ( ) Não b. ( ) Sim				
J	Remédio para “ficar doidão”	a. ( ) Não b. ( ) Sim				
K	Chá para “ficar doidão”	a. ( ) Não b. ( ) Sim				
L	Outra: _____	a. ( ) Não b. ( ) Sim				

37. Se você consome drogas, você o faz quando: (Marque mais de uma resposta se for o caso)

- a. ( ) Está sozinho
- b. ( ) Está com amigos
- c. ( ) Está com algum familiar
- d. ( ) Está com o(a) namorado(a)
- e. ( ) Outros. Quem? \_\_\_\_\_

38. Você já pensou em parar de usar alguma droga?

- a. ( ) Não (pule para a questão 41)
- b. ( ) Sim

39. Já tentou (de fato) parar de usar alguma substância?

- a. ( ) Nunca tentei parar, pois nunca usei nenhuma substância regularmente
- b. ( ) Nunca tentei parar, apesar de usar ou já ter usado regularmente alguma substância
- c. ( ) Sim, já tentei parar (então preencha a tabela abaixo)

	A – Tentou parar	B – Conseguiu parar de usar
1. Álcool	A ( ) Não B ( ) Sim	A ( ) Não B ( ) Sim C ( ) Parou por um tempo e depois

		voltou
2. Tabaco	A ( ) Não B ( ) Sim	A ( ) Não B ( ) Sim C ( ) Parou por um tempo e depois voltou
3. Solventes	A ( ) Não B ( ) Sim	A ( ) Não B ( ) Sim C ( ) Parou por um tempo e depois voltou
4. Maconha	A ( ) Não B ( ) Sim	A ( ) Não B ( ) Sim C ( ) Parou por um tempo e depois voltou
5. Cocaína	A ( ) Não B ( ) Sim	A ( ) Não B ( ) Sim C ( ) Parou por um tempo e depois voltou
6. Crack	A ( ) Não B ( ) Sim	A ( ) Não B ( ) Sim C ( ) Parou por um tempo e depois voltou
7.Outra: _____	A ( ) Não B ( ) Sim	A ( ) Não B ( ) Sim C ( ) Parou por um tempo e depois voltou

40. Se você já tentou parar de usar drogas, alguém ajudou você nesta tentativa? (Marque mais de uma resposta se for o caso)

- a. ( ) Tentei sozinho
- b. ( ) Tentei com um amigo/grupo de amigos
- c. ( ) Alguém da igreja
- d. ( ) Alguém de escola
- e. ( ) Alguém do hospital, posto de saúde ou comunidade terapêutica
- f. ( ) Alguém da família
- g. ( ) Outros \_\_\_\_\_

41. Onde você obtém informações sobre sexo? Marque com um X no número que correspondente a frequência:

- 1- Nunca
- 2- Quase nunca

- 3- Às vezes  
 4- Quase sempre  
 5- Sempre a Família

A	Família	1 2 3 4 5
B	Amigos	1 2 3 4 5
C	Escola (professores, funcionários, coordenadores diretores, etc.)	1 2 3 4 5
D	Líderes religiosos (padre, pastor, pai de santo, etc.)	1 2 3 4 5
E	Organização não governamental (ONG)	1 2 3 4 5
F	Televisão	1 2 3 4 5
G	Internet	1 2 3 4 5
H	Rádio	1 2 3 4 5
I	Jornal, revista ou livro	1 2 3 4 5

42. Você já teve relações sexuais (transou) alguma vez?

a.  Não (pule para a questão)

b.  Sim

c. Quantos anos você tinha “na primeira vez”? \_\_\_\_\_  
anos

d. Quantos anos o(a) parceiro(a) tinha ? \_\_\_\_\_ anos   
Não sei

e. Com quem foi?  Namorado(a)  Vizinho(a)   
Parente. Qual? \_\_\_\_\_  Outro \_\_\_\_\_

f. A primeira relação sexual  foi desejada  foi forçada

43. Você já transou com:

a.  Meninas/mulheres

b.  Meninos/homens

c.  Ambos sexos

44. NO ÚLTIMO ANO, nas suas transas, você teve: (Marque mais de uma resposta se for o caso)

- a. ( ) Parceiro(a) FIXO(a) [namorado(a), companheiro(a), esposa/marido] Quantos \_\_\_\_namorado(a) \_\_\_\_companheiro(a) \_\_\_\_esposa/marido
- b. ( ) Parceiro(a) NÃO-FIXO(a) Quantos(as): \_\_\_\_\_

45. NO ÚLTIMO ANO, com que frequência você ou seu parceiro usou camisinha?

- a. ( ) Nunca
- b. ( ) Poucas vezes
- c. ( ) Muitas vezes, mas não em todas
- d. ( ) Sempre (pule para a questão 47)

46. NO ÚLTIMO ANO, nas vezes em que você NÃO USOU camisinha, por que motivo você não usou? (Marque mais de uma resposta se for o caso)

- a. ( ) Não tinha camisinha
- b. ( ) Não tinha dinheiro para comprar
- c. ( ) Não gosto
- d. ( ) Camisinha machuca/incomoda
- e. ( ) Não acho que seja importante
- f. ( ) Não lembrei de colocar
- g. ( ) Estava sob efeito de álcool
- h. ( ) Estava sob efeito de drogas
- i. ( ) Meu parceiro(a) não aceita
- j. ( ) Porque confio no meu parceiro(a)
- k. ( ) Porque usa anticoncepcional (pílula)
- l. ( ) Outro motivo: \_\_\_\_\_

47. NO ÚLTIMO ANO, nas vezes em que você USOU camisinha, por que motivo você usou? (Marque mais de 1 se for o caso)

- a. ( ) Para evitar doenças
- b. ( ) Para evitar AIDS
- c. ( ) Para evitar gravidez
- d. ( ) Porque o (a) parceiro (a) exigiu
- e. ( ) Porque é importante usar
- f. ( ) Porque dizem que é bom usar
- g. ( ) Porque é mais limpo (higiene)
- h. ( ) Não sei
- i. ( ) Outros: \_\_\_\_\_

48. Atualmente, você possui algum parceiro FIXO [namorado(a), companheiro(a), esposa/marido]:

- a.  Não  
b.  Sim

49. Na última vez que você transou, você ou seu parceiro(a) usou camisinha? Com parceiro FIXO (namorado(a), companheiro(a), esposa/marido)

- a.  Não  
b.  sim  
c.  Não lembra

Com parceiros NÃO FIXOS

- a.  Não  
b.  Sim  
c.  Não lembra

50. No ÚLTIMO MÊS, você carregou camisinha com você alguma vez?

- a.  Não  
b.  Sim

Quantos dias você carregou camisinha com você?

\_\_\_\_\_

51. Onde você costuma pegar camisinha? (Marque mais de 1 se for o caso)

- a.  Não costumo pegar camisinha  
b.  Busco/recebo na Rede/SUS  
c.  Compro na farmácia/supermercado  
d.  Compro de vendedores ambulantes  
e.  Busco/recebo em instituições ou ONGs  
g.  Ganho de conhecidos ou amigos  
h.  Troco por objetos/favores

52. Você já teve alguma Doença Sexualmente Transmissível/DST (doença que se pega através de sexo e pode gerar corrimento, coceira, ardência ou feridas nos órgãos sexuais)?

- a.  Não  
b.  Sim

vezes? \_\_\_\_\_

Quantas

Quais

doenças?

\_\_\_\_\_

- c.  Não sabe

53. Alguma vez você já fez sexo em troca de dinheiro, favores ou vantagens?

- a.  Não (pule para questão 54)  
b.  Sim

Em geral, com que frequência você faz/fazia sexo em troca de dinheiro, favor ou vantagem? (Resposta única)

- \_\_\_ vezes por semana  
\_\_\_ vezes por mês  
\_\_\_ vezes por ano  
\_\_\_ vezes na vida

54. Nas vezes em que você fez sexo por dinheiro, favor ou vantagem, com que frequência você usou camisinha?

- a.  Nunca  
b.  Poucas vezes  
c.  Muitas vezes, mas não em todas  
d.  Sempre

55. Você usa algum método para evitar gravidez?

- a.  Não  
b.  Sim    Quais? Marque mais de uma resposta se precisar.  
    a.  Camisinha  
    b.  Coito interrompido (interromper a transa antes do orgasmo masculino)  
    c.  Pílula anticoncepcional  
    d.  Injeção/implante/adesivo  
    e.  Tabela / ritmo / calendário  
    f.  DIU  
    g. \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

Outro: \_\_\_\_\_

56. Onde você/sua parceira costuma obter anticoncepcionais? (Marque mais de 1 se for o caso)

- a.  Não costumo obter anticoncepcionais  
b.  Busca/recebe na Rede/SUS  
c.  Compra na farmácia  
d.  Compra de vendedores ambulantes  
e.  Busca/recebe em instituições para meninos(as) em situação de rua  
f.  Busca/recebe em ONG

- g.  Ganha de conhecidos  
 h.  Troca por objetos/favores  
 i.  Outros: \_\_\_\_\_  
 j.  Não sabe

57. Você já engravidou alguém/esteve grávida?

- a.  Não (pule para a questão 61)  
 b.  Sim c. Quantas vezes? \_\_\_\_\_  
 d. Que idade tinha quando engravidou/ficou grávida na primeira vez? \_\_\_\_\_  
 e. A sua gravidez foi desejada? a.  Não b.  Sim  
 f. Quantos filhos(as) vivos(as) você tem?  
 \_\_\_\_\_  
 g. Com quantas pessoas você já teve filho?  
 \_\_\_\_\_

58. Alguma das situações abaixo ocorreu com você em consequência da PRIMEIRA gravidez? (+ de 1 resposta)

- a.  Interrompeu os estudos  
 b.  Casou ou foi morar junto com o pai/mãe da criança  
 c.  Precisou começar a trabalhar  
 d.  Precisou parar de trabalhar  
 e.  Família não aceitou a gravidez  
 f.  Família ou parceiro(a) sugeriu fazer aborto  
 g.  Parou de fumar  
 h.  Parou de usar drogas  
 i.  Não precisou mais ter que cuidar dos irmãos menores  
 j.  Passou a ser mais respeitada(o) dentro de casa  
 l.  Terminou o namoro/relação

59. Durante a ÚLTIMA gravidez, você/sua parceira fizeram algum exame médico para acompanhar a gravidez?

- a.  Não  
 b.  Sim Quantas vezes? \_\_\_\_\_  
 c.  Não sabe

60. Com quem moram seus filhos hoje? (Marque mais de uma resposta se for o caso) (Escreva o número de filhos) a.  Com ambos os pais \_\_\_\_\_

- b.  Apenas comigo \_\_\_\_\_  
 c.  Apenas com o pai/mãe \_\_\_\_\_

- d. ( ) Avós paternos \_\_\_\_\_
- e. ( ) Avós maternos \_\_\_\_\_
- f. ( ) Outro parente \_\_\_\_\_
- g. ( ) Abrigos \_\_\_\_\_
- h. ( ) Família adotiva \_\_\_\_\_
- i. ( ) Na rua \_\_\_\_\_
- j. ( ) Não sei \_\_\_\_\_

61. Você/sua parceira já teve algum aborto?

- a. ( ) Não sabe
- b. ( ) Não
- c. ( ) Sim Quantas vezes? \_\_\_\_\_Natural  
  \_\_\_\_\_ Provocado

62. Identifique situações que você já viveu FORA DE CASA, na coluna 1 e a seguir responda às questões:

Tipo de situação	A. Já aconteceu ?	B. Em geral, com que frequência a esta situação acontecia ?	C. Em geral, o quanto ruim foi para você esta situação?	D. Indique quem fez isto com mais frequência?
a) Ameaça ou humilhação	a ( ) Não b ( ) Sim	1- Nunca 2- Quase nunca 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre	1- Nada ruim 2- Um pouco ruim 3- Mais/menos ruim 4- Muito ruim 5- Horrível	A ( ) amigo B ( ) colegas de escola C ( ) vizinhos D ( ) professores/monitores E ( ) policiais F ( ) desconhecidos G ( ) outros: _____

b) Soco ou surra	a ( ) Não b ( ) Sim	1- Nunca 2- Quase nunca 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre	1- Nada ruim 2- Um pouco ruim 3- Mais/menos ruim 4- Muito ruim 5- Horrível	A ( ) amigo B ( ) colegas de escola C ( ) vizinhos D ( ) professores/monitores E ( ) policiais F ( ) desconhecidos G ( ) outros: _____
c) Agressão com objeto (madeira, cinto, fio, cigarro, etc.)	a ( ) Não b ( ) Sim	1- Nunca 2- Quase nunca 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre	1- Nada ruim 2- Um pouco ruim 3- Mais/menos ruim 4- Muito ruim 5- Horrível	A ( ) amigo B ( ) colegas de escola C ( ) vizinhos D ( ) professores/monitores E ( ) policiais F ( ) desconhecidos G ( ) outros: _____

d) Mexeu no meu corpo contra a minha vontade	a ( ) Não b ( ) Sim	1- Nunca 2- Quase nunca 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre	1- Nada ruim 2- Um pouco ruim 3- Mais/menos ruim 4- Muito ruim 5- Horrível	A ( ) amigo B ( ) colegas de escola C ( ) vizinhos D ( ) professores/monitores E ( ) policiais F ( ) desconhecidos G ( ) outros: _____
e) Relação sexual forçada	a ( ) Não b ( ) Sim	1- Nunca 2- Quase nunca 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre	1- Nada ruim 2- Um pouco ruim 3- Mais/menos ruim 4- Muito ruim 5- Horrível	A ( ) amigo B ( ) colegas de escola C ( ) vizinhos D ( ) professores/monitores E ( ) policiais F ( ) desconhecidos G ( ) outros: _____

63. Dentre os eventos abaixo, indique quais os que já aconteceram em sua vida, e escolha o número que mais representa o quão ruim foi esta situação para você:

1- Nada Ruim

2- Um Pouco Ruim

3- Mais ou Menos

4- Muito Ruim

5- Horrível

	A - Já aconteceu?	B - O quão ruim foi?
a) O nível econômico da minha família baixou de uma hora para outra	A ( ) não B ( ) sim	1 2 3 4 5
b) Alguém em minha casa está desempregado	A ( ) não B ( ) sim	1 2 3 4 5
c) Meus pais se separaram	A ( ) não B ( ) sim	1 2 3 4 5
d) Já estive internado em instituição (abrigo, orfanato)	A ( ) não B ( ) sim	1 2 3 4 5
e) Já fugi de casa	A ( ) não B ( ) sim	1 2 3 4 5
f) Já morei na rua	A ( ) não B ( ) sim	1 2 3 4 5
g) Já dormi na rua	A ( ) não B ( ) sim	1 2 3 4 5
h) Já trabalhei na rua	A ( ) não B ( ) sim	1 2 3 4 5
i.) Alguém da minha família está ou esteve preso	A ( ) não B ( ) sim	1 2 3 4 5
j) Sofri algum acidente grave	A ( ) não B ( ) sim	1 2 3 4 5
l) Alguém muito importante pra mim faleceu	A ( ) não B ( ) sim	1 2 3 4 5

m) Já passei fome	A ( ) não B ( ) sim	1 2 3 4 5
n) Meu pai/mãe casou de novo	A ( ) não B ( ) sim	1 2 3 4 5
o) Meu pai/minha mãe teve filho com outros parceiros	A ( ) não B ( ) sim	1 2 3 4 5
p) Já fui assaltado(a)	A ( ) não B ( ) sim	1 2 3 4 5
q) Já cumpri medida socio-educativa sem privação de liberdade	A ( ) não B ( ) sim	1 2 3 4 5
r) Já estive privado de liberdade (Instituição fechada)	A ( ) não B ( ) sim	1 2 3 4 5
s) Já fui levado para o Conselho Tutelar	A ( ) não B ( ) sim	1 2 3 4 5
t) Já tive problemas com a justiça	A ( ) não B ( ) sim	1 2 3 4 5
u) Já tive problemas com a polícia	A ( ) não B ( ) sim	1 2 3 4 5

64. Em algum momento da sua vida você já se envolveu em situações ilegais como as citadas abaixo? Marque todas que já aconteceram:

- a. ( ) Envolvimento em brigas com agressão física/violência contra pessoas
- b. ( ) Destruição de propriedade
- c. ( ) Envolvimento em pichação
- d. ( ) Assaltou alguém
- e. ( ) Roubou algo
- f. ( ) Vendeu drogas
- g. ( ) Outra. Qual? \_\_\_\_\_

65. Ao longo da vida, sofro ou sofri preconceito:

- 1- Nunca  
 2- Quase nunca  
 3- Às vezes  
 4- Quase sempre  
 5- Sempre

a) Por morar onde moro (bairro, favela)	1 2 3 4 5
b) Pelo fato de ser homem ou ser mulher	1 2 3 4 5
c) Pela cor da minha pele	1 2 3 4 5
d) Por estudar em uma determinada escola	1 2 3 4 5
e) Por causa do trabalho dos meus pais	1 2 3 4 5
f) Por causa do meu nível socioeconômico	1 2 3 4 5
g) Por causa da minha religião	1 2 3 4 5
h) Por causa da minha aparência física	1 2 3 4 5
i) Por ser deficiente	1 2 3 4 5
j) Pelas minhas escolhas sexuais	1 2 3 4 5
l) Por ter a idade que eu tenho	1 2 3 4 5
m) Por causa do meu trabalho	1 2 3 4 5

66. Você já pensou em se matar?

- a.  Não (pule para a questão 69)  
 b.  Sim Quantas vezes: \_\_\_\_\_

67. Você já tentou se matar?

- a.  Não  
 b.  Sim Quantas vezes: \_\_\_\_\_  
 c. Quantos anos você tinha quando tentou se matar pela primeira vez?  
 \_\_\_\_\_

d. Quando você tentou se matar, como foi que você fez? (Marque mais de uma resposta se for o caso)

- a.  Com faca, tesoura, canivete a1. Quantas vezes:  
 \_\_\_\_\_

- b.  Com revólver b1. Quantas vezes:  
 \_\_\_\_\_

- c.  Enforcado c1. Quantas vezes:  
 \_\_\_\_\_

- d.  Com remédios, venenos d1 Quantas vezes:  
 \_\_\_\_\_

- e.  Atropelamento e1 Quantas vezes:  
 \_\_\_\_\_

f. ( ) Queda provocada (viadutos, edifícios,...) f1. Quantas vezes:

g. ( ) Com fogo g1. Quantas vezes:

h. ( ) Outro: \_\_\_\_\_ h1. Quantas vezes:

68. Marque com um X no número correspondente à sua opinião sobre as seguintes afirmações:

1- Nunca

2- Quase nunca

3- Às vezes

4- Quase sempre

5- Sempre

a) Eu sinto que pertenço a minha comunidade/bairro	1	2	3
	4	5	
b) Eu posso confiar nas pessoas da minha comunidade/bairro	1	2	3
	4	5	
c) Eu me sinto seguro na minha comunidade/bairro	1	2	3
	4	5	
d) Eu posso contar com meus vizinhos quando preciso deles	1	2	3
	4	5	
e) Eu posso contar com alguma organização/instituição comunitária quando preciso	1	2	3
	4	5	
f) Minha comunidade tem melhorado nos últimos cinco anos	1	2	3
	4	5	

69. O que você costuma fazer quando não está estudando ou trabalhando? (marque mais de uma resposta se for o caso)

a. ( ) Praticar esportes

b. ( ) Jogar/brincar

c. ( ) Passear

d. ( ) Assistir TV

e. ( ) Ouvir ou tocar música

f. ( ) Desenhar/pintar/artesanato

g. ( ) Namorar

i. ( ) Descansar

j. ( ) Navegar na Internet

k. ( ) Ir a festas

l. ( ) Cinema ou teatro

- m.  Ler livros, revistas ou quadrinhos  
n.  Outros \_\_\_\_\_

70. Você tem (marque todos que se referem a sua situação):

- a.  Celular pré-pago  
b.  Celular de conta (pós-pago)  
c.  Acesso a televisão com canais abertos  
d.  Acesso à televisão por assinatura  
e.  Acesso à internet.  
f. Se você tem internet, você acessa a partir de:  
a.  Casa  
b.  Escola  
c.  Lan House, Cybercafé  
d.  Trabalho  
e.  Outro local. Qual ? \_\_\_\_\_

71. Com que frequência você utiliza a Internet:

- a.  não utilizo  
b.  uma ou duas vezes por mês  
c.  apenas aos finais de semana  
d.  de um a dois dias por semana  
e.  entre três e cinco dias por semana  
f.  todos os dias

72. Em média, quando você se conecta, quanto tempo fica conectado:

- Não me conecto a Internet  
 Menos de meia hora  
 De meia a uma hora  
 De uma a três horas  
 De três horas a cinco horas  
 Mais de cinco horas

73. Se você usa a Internet, você a utiliza para: (Marque mais de uma resposta se necessário).

- Me comunicar com as pessoas (e-mail, orkut, msn, etc.)  
 Baixar músicas, jogos, filmes  
 Fazer trabalhos da escola  
 Navegar em sites de meu interesse  
 Fazer/escrever blogs  
 Jogar  
 Comprar coisas

( ) Outra atividade. Qual? \_\_\_\_\_

74. Marque com um X no número que corresponde à sua opinião sobre as seguintes afirmações: (questão constituída pelos itens da escala de autoestima de Rosenberg, 1989, adaptada por Hutz, 2000)

- 1- Nunca
- 2- Quase nunca
- 3- Às vezes
- 4- Quase sempre
- 5- Sempre

A	Sinto que sou uma pessoa de valor como as outras pessoas	1	2	3	4	5
B	Eu sinto vergonha de ser do jeito que sou	1	2	3	4	5
C	Às vezes, eu penso que não presto para nada	1	2	3	4	5
D	Sou capaz de fazer tudo tão bem como as outras pessoas	1	2	3	4	5
E	Levando tudo em conta, eu me sinto um fracasso	1	2	3	4	5
F	Às vezes, eu me sinto inútil	1	2	3	4	5
G	Eu acho que tenho muitas boas qualidades	1	2	3	4	5
H	Eu tenho motivos para me orgulhar na vida	1	2	3	4	5
I	De modo geral, eu estou satisfeito(a) comigo mesmo(a)	1	2	3	4	5
J	Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo	1	2	3	4	5

75. Marque com um X no número que corresponde à sua opinião sobre as seguintes afirmações: (questão constituída pelos itens do instrumento de Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995); adaptada por Teixeira, M. A. P. & Dias, A. C. G. (2005)

- 1- Não é verdade a meu respeito
- 2- É dificilmente verdade a meu respeito
- 3- É moderadamente verdade a meu respeito
- 4- É totalmente verdade a meu respeito

A	Se estou com problemas, geralmente encontro uma saída	1 2 3 4
B	Mesmo que alguém se oponha eu encontro maneiras e formas de alcançar o que quero	1 2 3 4
C	Tenho confiança para me sair bem em situações inesperadas	1 2 3 4
D	Eu posso resolver a maioria dos problemas, se fizer o esforço necessário	1 2 3 4
E	Quando eu enfrento um problema, geralmente consigo encontrar diversas soluções	1 2 3 4
F	Consigo sempre resolver os problemas difíceis quando me esforço bastante	1 2 3 4
G	Eu acho que sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas	1 2 3 4
H	Tenho facilidade para persistir em minhas intenções e alcançar meus objetivos	1 2 3 4
I	Devido às minhas capacidades, sei como lidar com situações imprevistas	1 2 3 4
J	Eu me mantenho calmo mesmo enfrentando dificuldades porque confio na minha capacidade de resolver problemas	1 2 3 4
L	Eu geralmente consigo enfrentar qualquer adversidade	1 2 3 4

76. Use a seguinte escala para indicar suas chances de:

1- Muito Baixas

2- Baixas

3- Cerca de 50%

4- Altas

5- Muito Altas

A	Concluir o ensino médio (segundo grau)	1 2 3 4 5
B	Entrar na Universidade	1 2 3 4 5
C	Ter um emprego que me garanta boa qualidade de vida	1 2 3 4 5
D	Ter minha casa própria	1 2 3 4 5
E	Ter um trabalho que me dará satisfação	1 2 3 4

		5
F	Ter uma família	1 2 3 4 5
G	Ser saudável a maior parte do tempo	1 2 3 4 5
H	Ser respeitado na minha comunidade	1 2 3 4 5
I	Ter amigos que me dão apoio	1 2 3 4 5

77. Neste espaço você pode colocar o que achou deste questionário e/ou mencionar algo que considera importante e/ou que não foi perguntado:

---

---

---

---

**ANEXO B- QUESTIONÁRIO PARA AVALIAR A MUDANÇA DE  
COMPORTAMENTO EM RELAÇÃO À ATIVIDADE FÍSICA  
E AOS HÁBITOS NUTRICIONAIS**

**Questionário “Saúde na Boa”**

QUESTIONARIO SOBRE HABITOS DE SAUDE PARA  
ESTUDANTES DA EDUCAÇÃO BÁSICA

— Atividades físicas, hábitos alimentares e controle de peso  
corporal

código: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Turma: \_\_\_\_\_

1. Aplicação:

( ) primeira      ( x ) segunda

2. Qual seu sexo?

( ) masculino      ( ) feminino

3. Qual o seu estado civil?

( ) solteiro      ( ) casado(a) ou vivendo com parceiro(a)      ( ) outro

4. Você trabalha?

- não trabalho
- sou empregado com salário
- faço um estágio profissionalizante (com ou sem remuneração)
- trabalho como voluntário

5. Você mora com a sua família?

- sim
- não

Onde você mora (reside)?

- casa
- apartamento
- residência coletiva (alojamento, pensão)
- outro

7. Você considera que a cor da sua pele é:

- branca
- preta
- parda

8. Durante uma semana típica (normal), em quantos dias você faz atividades físicas que, somadas, totalizem ao menos 60 minutos por dia?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7 dias

9. Nos últimos sete dias, em quantos dias você fez atividades físicas que, somadas, totalizem ao menos 60 minutos por dia?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7 dias

10. Durante uma semana típica (normal), em quantos dias você caminha ou pedala para ir e voltar da escola ou trabalho?

0    1    2    3    4    5    6    7 dias

11. Durante uma semana típica (normal), em quantas aulas de Educação Física você participa?

1    2    3

12. Durante uma semana típica (normal), em quantos dias você faz exercícios para melhorar o tônus e a força dos seus músculos, tais como musculação ou ginástica (apoio sobre o solo, suspensão na barra)?

0    1    2    3    4    5    6    7 dias

13. “Eu gosto de fazer atividades físicas”! o que você diria desta afirmação:

- discordo totalmente
- nem concordo, nem discordo
- concordo totalmente
- discordo em parte
- concordo em parte

14. Considera-se fisicamente ativo o jovem que acumula pelo menos 60 minutos diários de atividades físicas em 5 ou mais dias da semana. Em relação aos seus hábitos de prática de atividades físicas, você diria que:

- sou fisicamente ativo há mais de 6 meses
- sou fisicamente ativo há menos de 6 meses
- não sou, mas pretendo me tornar fisicamente ativo nos próximos 30 dias
- não sou, mas pretendo me tornar fisicamente ativo nos próximos 6 meses
- não sou, e não pretendo me tornar fisicamente ativo nos próximos 6 meses

15. Você realiza, regularmente, algum tipo de atividade física no seu tempo livre, como exercícios, esportes, danças ou artes marciais?

- sim
- não

16. Durante o seu último ano escolar, você teve aulas nas quais pode aprender sobre os benefícios da atividade física para a saúde?

- sim
- não
- não sei

17. Nos dias de aula (segunda a sexta-feira), quantas horas por dia você assiste TV?

- eu não assisto TV em dias de semana
- <1 hora por dia
- 1 hora por dia
- 2 horas por dia
- 3 horas por dia
- 4 horas por dia
- 5 horas por dia

18. Nos finais de semana(sábado e domingo), quantas horas por dia você assiste TV?

- eu não assisto TV em dias do final de semana
- <1 hora por dia
- 1 hora por dia
- 2 horas por dia
- 3 horas por dia
- 4 horas por dia
- 5 horas por dia

19. Nos dias de aula (segunda a sexta-feira), quantas horas por dia você gasta jogando videogame ou usando o computador?

- eu não jogo videogame ou uso computadores em dias da semana
- <1 hora por dia
- 1 hora por dia
- 2 horas por dia
- 3 horas por dia
- 4 horas por dia
- 5 horas por dia

20. Nos finais de semana (sábado e domingo), quantas horas por dia você gasta jogando videogame ou usando o computador?

- eu não jogo videogame ou uso computadores em dias de finais de semana
- <1 hora por dia
- 1 hora por dia
- 2 horas por dia

3 horas por dia

4 horas por dia

5 horas por dia

21. Em quantos dias de uma semana normal você come frutas ou toma sucos naturais de frutas?

0  1  2  3  4  5  6  7dias

22. Em quantos dias de uma semana normal você come verduras?

0  1  2  3  4  5  6  7dias

23. Em quantos dias de uma semana normal você come saladas verdes?

0  1  2  3  4  5  6  7dias

24. Em quantos dias de uma semana normal você come salgadinhos (coxinhas, pastéis, empanados)?

0  1  2  3  4  5  6  7dias

25. Em quantos dias de uma semana normal você come doces (bolos, tortas, sonhos, sorvetes)?

0  1  2  3  4  5  6  7 dias

26. Em quantos dias de uma semana normal você toma refrigerantes?

0  1  2  3  4  5  6  7 dias

27. Em quantos dias de uma semana normal você toma leite ou iogurte, ou come queijo ou outros derivados do leite?

0  1  2  3  4  5  6  7 dias

28. Em quantos dias de uma semana normal você come feijão com arroz?

0  1  2  3  4  5  6  7 dias

29. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes por dia você geralmente comeu frutas, como banana, laranja, maçã, abacaxi, melancia, morango, etc.?

eu não comi frutas nos últimos 30 dias

menos de uma vez por dia

uma vez por dia

2 vezes por dia

3 vezes por dia

4 vezes por dia

5 vezes por dia

30. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes por dia você geralmente comeu verduras, como cenoura, couve-flor, etc.?

- ( ) eu não comi frutas nos últimos 30 dias
- ( ) menos de uma vez por dia
- ( ) uma vez por dia
- ( ) 2 vezes por dia
- ( ) 3 vezes por dia
- ( ) 4 vezes por dia
- ( ) 5 vezes por dia

31. “Eu gosto de comer frutas e verduras”! O que você diria desta afirmação:

- ( ) discordo totalmente
- ( ) nem concordo, nem discordo
- ( ) concordo totalmente
- ( ) discordo em parte
- ( ) concordo em parte

32. Considera-se saudável o consumo diário de frutas e verduras. Em relação aos seus hábitos alimentares, você diria que:

- ( ) incluo frutas e verduras diariamente no minha alimentação há mais de 6 meses
- ( ) incluo frutas e verduras diariamente no minha alimentação há menos de 6 meses
- ( ) não tenho este habito, mas pretendo incluir frutas e verduras na minha alimentação diária nos próximos 30 dias

- não tenho este habito, mas pretendo incluir frutas e verduras na minha alimentação diária nos próximos 6 meses
- não tenho este habito, e não pretendo incluir frutas e verduras na minha alimentação diária nos próximos 6 meses

33. Durante o seu último ano escolar, você teve aulas nas quais pode aprender sobre benefícios de alimentação saudável para a saúde?

- sim       não       não sei

#### CONTROLE DE PESO CORPORAL

34. Você está satisfeito com o seu peso corporal?

- sim       não       não sei

35. Como você classificaria o seu peso corporal?

- sou muito magro
- sou pouco magro
- tenho peso adequado(normal)
- sou um pouco gordo
- sou muito gordo

36. Qual das seguintes opções descreve o que você está tentando fazer em relação ao seu peso corporal?

- estou tentando perder peso

- ( ) estou tentando ganhar peso
- ( ) estou tentando manter meu peso atual
- ( ) não estou tentando fazer nada em relação ao meu peso

37. Se está tentando perder peso, que estratégias você está utilizando?

- ( ) não estou tentando perder peso
- ( ) estou fazendo mais atividades físicas
- ( ) estou fazendo dieta
- ( ) estou tomando remédios
- ( ) estou fazendo mais atividades físicas e procurando me alimentar melhor
- ( ) estou combinando diversas estratégias para perder peso

### COMPORTAMENTOS PREVENTIVOS

38. Nos últimos 30 dias, em quantos dias você fumou cigarros?

- ( ) 0 dias
- ( ) 1 ou 2 dias
- ( ) 3 a 5 dias
- ( ) 6 a 9 dias
- ( ) 10 a 19 dias
- ( ) 20 a 29 dias
- ( ) todos os dias

39. Nos últimos 30 dias, em quantos dias você ingeriu pelo menos uma dose de bebida alcoólica?

- ( ) 0 dias

- 1 ou 2 dias
- 3 a 5 dias
- 6 a 9 dias
- 10 a 19 dias
- 20 a 29 dias
- todos os dias

40. Nos últimos 30 dias, em quantos dias você ingeriu mas de 5 doses de bebidas alcoólica numa mesma ocasião?

- 0 dias
- 1 ou 2 dias
- 3 a 5 dias
- 6 a 9 dias
- 10 a 19 dias
- 20 a 29 dias
- todos os dias

41. De uma maneira geral, como você descreve a sua saúde?

- excelente
- muito boa
- boa
- regular
- ruim

## ANEXO C- QUESTIONÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO ECONÔMICA

Marque com um “X” no espaço correspondente à sua resposta em relação ao número de itens (que estejam funcionando no momento) na sua casa:

<b>Quantidade de Itens</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4 ou +</b>
Quantidade de banheiros					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de geladeira					
Quantidade de <i>freezers</i> independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo o tanquinho					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando o DVD do automóvel					

Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

<b>A ÁGUA UTILIZADA NO SEU DOMICÍLIO É PROVENIENTE DE?</b>	
1	Rede geral de distribuição
2	Poço ou nascente
3	Outro meio

<b>CONSIDERANDO O TRECHO DA RUA DO SEU DOMICÍLIO, VOCÊ DIRIA QUE A RUA É:</b>	
1	Asfaltada/ Pavimentada
2	Terra/ Cascalho

Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

Analfabeto/ Fundamental I incompleto
Fundamental I completo/ Fundamental II incompleto
Fundamental II completo/ Médio incompleto
Médio completo/ Superior incompleto
Superior completo

## ANEXO E- COMITÊ DE ÉTICA



### RESOLUÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa UNESC, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) / Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo.

**Parecer nº:** 1.696.946

**CAAE:** 56160516.6.0000.0119

**Pesquisador (a) Responsável:** Joni Marcio de Farias

**Pesquisador (a):** Vanise dos Santos Ferreira Viero

**Título:** "PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESCOLA"

Este projeto foi **Aprovado** em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Criciúma, 25 de agosto de 2016.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Renan Antônio Ceretta', written over a light blue circular stamp.

**Renan Antônio Ceretta**  
Coordenador do CEP