



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

GUILHERME EDUARDO GUTERRES HEINEMANN

**COMPORTAMENTOS DE PROMOÇÃO E DE RISCO À
SAÚDE ENTRE ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA
VISUAL**

Londrina
2019

GUILHERME EDUARDO GUTERRES HEINEMANN

**COMPORTAMENTOS DE PROMOÇÃO E DE RISCO À
SAÚDE ENTRE ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA
VISUAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Educação Física Associado UEM/UEL para obtenção do título de Mestre em Educação Física.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Márcia Greguol

Londrina
2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Heinemann, Guilherme Eduardo Guterres.

Comportamentos de promoção e de risco à saúde entre adolescentes com deficiência visual / Guilherme Eduardo Guterres Heinemann. - Londrina, 2019.
96 f.

Orientador: Márcia Greguol.

Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Educação Física e Esportes, Programa de Pós-Graduação em Educação Física, 2019.

Inclui bibliografia.

1. Promoção à saúde - Tese. 2. Comportamentos de risco à saúde - Tese. 3. Adolescência - Tese. 4. Deficiência visual - Tese. I. Greguol, Márcia. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Educação Física e Esportes. Programa de Pós-Graduação em Educação Física. III. Título.

GUILHERME EDUARDO GUTERRES HEINEMANN

**COMPORTAMENTOS DE PROMOÇÃO E DE RISCO À SAÚDE
ENTRE ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA VISUAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Educação Física Associado UEM/UEL para obtenção do título de Mestre em Educação Física.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: Prof. Dr. Jorge Both
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof. Dr. Arli Ramos de Oliveira
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof. Dr. Dartagnan Pinto Guedes
Universidade Norte do Paraná - UNOPAR

Londrina, 30 de maio de 2019.

Dedico este trabalho à minha família,
especialmente aos meus pais, que
sempre me apoiaram.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha orientadora, professora Dr^a. Márcia Greguol, pela confiança, paciência e constante orientação.

Ao professor Dr. Jorge Both, pelos conhecimentos transmitidos e pela contribuição na realização deste trabalho.

Ao professor Dr. Arli Ramos de Oliveira, pela constante orientação desde o dia que o conheci.

Ao professor Dr. Dartagnan Pinto Guedes, pela participação como membro da banca e auxílio na realização deste trabalho.

As instituições onde os dados deste estudo foram coletados: APADEVI de Ponta Grossa; APADEVI de Ibiporã; AJADAVI; ADEVIMAR; Visiaudio; Instituto Roberto Miranda; Instituto Paranaense de Cegos.

Aos amigos, que tornaram essa fase da vida extremamente especial.

E aos meus familiares, principalmente aos meus pais, pelo apoio e amor.

“Toda a nossa ciência, comparada com a realidade, é primitiva e infantil – e, no entanto, é a coisa mais preciosa que temos”

Albert Einstein

HEINEMANN, Guilherme Eduardo Guterres. **Comportamentos de promoção e de risco à saúde entre adolescentes com deficiência visual**. 2019. 96f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade Estadual de Londrina, Paraná.

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi analisar a prática de comportamentos de promoção e de risco à saúde em adolescentes com deficiência visual. A amostra foi composta por 66 adolescentes, 35 do sexo masculino e 31 do sexo feminino, de sete cidades do estado do Paraná. Os aspectos relacionados à atividade física e aos comportamentos de risco à saúde foram avaliados através de uma anamnese, juntamente com as características sociodemográficas da amostra. Para analisar os comportamentos de promoção à saúde utilizou-se a *Adolescent Health Promotion Scale - AHPS*. Os indicadores econômicos foram avaliados por meio do Questionário de Classificação Econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP. Os dados foram apresentados por meio de estatística descritiva. Para analisar os comportamentos de promoção e de risco à saúde de acordo com variáveis sociodemográficas, classificação e origem da deficiência visual, e prática de atividade física regular foram aplicados os testes Prova U de Mann-Whitney e Qui-quadrado de Pearson. O agrupamento dos participantes com base nos resultados da *AHPS* ocorreu por meio de análise de *Cluster* hierárquica, juntamente com o método de Ward. Para comparação dos resultados entre os diferentes *Clusters* aplicou-se o teste de Kruskal-Wallis. O nível de significância adotado no estudo foi de 95,0% ($P \leq 0,05$). Do total de participantes, 25,8% afirmaram já ter ingerido álcool, 1,5% afirmaram já ter fumado e 1,5% relataram já ter mantido relação sexual sem a utilização de método preventivo de DST. Todos os adolescentes afirmaram nunca ter usado drogas ilícitas. Não foram encontradas diferenças significativas ao analisar as prevalências de comportamentos de risco de acordo com as variáveis independentes. Os adolescentes apresentaram uma mediana de 3,4 (IQ: 2,9-3,7) para o escore global da *AHPS*. Quanto às dimensões da *AHPS*, verificou-se os maiores escores na dimensão “Valorização da Vida”. Já com os menores escores encontra-se a dimensão “Responsabilidade pela Saúde”. Os participantes que praticavam atividade física regularmente obtiveram valores significativamente superiores no escore global da *AHPS* e em todas as dimensões do instrumento, exceto “Controle do Estresse”. Da mesma forma, os adolescentes que não consumiam álcool manifestaram escores estatisticamente superiores nas dimensões “Nutrição”, “Suporte Social”, “Valorização da Vida”, “Controle do Estresse” e no escore global da *AHPS*. Através da análise de *Cluster*, notou-se que o *Cluster* I apresentou valores significativamente superiores aos dos demais *Clusters* no escore global da *AHPS* e nas dimensões “Responsabilidade pela Saúde”, “Valorização da Vida” e “Exercício Físico”. Concluiu-se que os participantes raramente praticaram comportamentos de risco à saúde. Em relação às práticas saudáveis, notou-se que os participantes manifestaram comportamentos de promoção à saúde com a frequência de pelo menos “algumas vezes” nos últimos 30 dias.

Palavras-chave: Promoção à saúde. Comportamentos de risco à saúde. Adolescência. Deficiência visual.

HEINEMANN, Guilherme Eduardo Guterres. **Health promotion and risk behaviors among adolescents with visual impairment**. 2019. 96p. Dissertation (Master's degree in Physical Education) – State University of Londrina, Paraná.

ABSTRACT

The purpose of the present study was to analyze the practice of health promotion and risk behaviors on adolescents with visual impairment. The sample consisted of 66 adolescents, 35 males and 31 females, from seven cities in the state of Paraná. The aspects related to physical activity and health risk behaviors were evaluated through an anamnesis, together with the sociodemographic characteristics of the sample. Adolescent Health Promotion Scale - AHPS was used to analyze health promotion behaviors. The economic indicators were evaluated through the Economic Classification Questionnaire of the Brazilian Association of Research Companies – ABEP. The data were presented by means of descriptive statistics. The Mann-Whitney Proof U test and the Pearson Chi-Square test were used to analyze health promotion and risk behaviors according to sociodemographic variables, classification and origin of visual impairment, and regular physical activity. The clustering of the participants based on the AHPS results occurred through hierarchical Cluster analysis, along with the Ward method. The Kruskal-Wallis test was used to compare the results between the different clusters. The level of significance adopted in the study was set at 95.0% ($P \leq 0.05$). From the total number of participants, 25.8% said they had already ingested alcohol, 1.5% reported having smoked and 1.5% reported having had sexual intercourse without the use of a STD preventive method. All adolescents reported never using illicit drugs. No significant differences were found when analyzing the prevalence of risk behaviors according to the independent variables. The adolescents had a median of 3.4 (IR: 2.9-3.7) for the overall AHPS score. As for the AHPS dimensions, the highest scores were found in the dimension "Life Appreciation". On the other hand, the dimension "Responsibility for Health" presented the lowest scores. Participants who regularly practiced physical activity obtained values significantly higher in the overall AHPS score and in all instrument dimensions except "Stress Control". Likewise, adolescents who did not consume alcohol showed statistically higher scores in the dimensions "Nutrition", "Social Support", "Life Appreciation", "Stress Control" and in the AHPS global score. Through Cluster analysis, it was observed that Cluster I presented significantly higher values than the other Clusters in the overall AHPS score and in the dimensions "Responsibility for Health", "Life Appreciation" and "Physical Exercise". We concluded that participants rarely practiced health risk behaviors. Regarding healthy practices, participants indicated to have promoted health promotion behaviors at least "a few times" in the last 30 days.

Key words: Health promotion. Health risk behaviors. Adolescence. Visual impairment.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Características sociodemográficas da amostra.....	40
Tabela 2 –	Frequência absoluta e relativa de acordo com as diferentes classificações, origens e patologias causadoras da deficiência visual.....	40
Tabela 3 –	Valores mínimos, máximos, mediana e intervalo interquartil (Q1-Q3) das dimensões e do escore global da <i>AHPS</i>	42
Tabela 4 –	Valores de mediana, intervalo interquartil (Q1-Q3) e nível de significância do teste Prova U de Mann-Whitney para as dimensões e o escore global da <i>AHPS</i> de acordo com a prática de atividade física regular.....	43
Tabela 5 –	Valores de mediana, intervalo interquartil (Q1-Q3) e nível de significância do teste Prova U de Mann-Whitney para as dimensões e o escore global da <i>AHPS</i> de acordo com o consumo de bebidas alcoólicas.....	44
Tabela 6 –	Valores de mediana, intervalo interquartil (Q1-Q3) e nível de significância do teste Kruskal-Wallis para as dimensões e o escore global da <i>AHPS</i> de acordo com os diferentes <i>Clusters</i>	47
Tabela 7 –	Frequência relativa e nível de significância do teste de Qui-quadrado entre os diferentes <i>Clusters</i> de acordo com variáveis sociodemográficas, classificação e origem da deficiência visual, prática de atividade física regular e consumo de bebida alcoólica.....	48

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Tipo de atividade física.....	41
Figura 2 –	Dendrograma.....	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
AF	Atividade Física
AHPS	<i>Adolescent Health Promotion Scale</i>
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas
CF	Chefe de Família
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DST	Doença Sexualmente Transmissível
DV	Deficiência Visual
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBSA	<i>International Blind Sports Association</i>
IQ	Intervalo Interquartil
LogMar	<i>Logarithm of the Minimum Angle of Resolution</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PASCQ	<i>Physical Activity Stages of Change Questionnaire</i>
PedsQL	<i>Pediatric Quality of Life Inventory</i>
Q1	1º Quartil
Q3	3º Quartil
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	Justificativa.....	17
2	OBJETIVOS	19
2.1	Objetivo Geral.....	19
2.2	Objetivos Específicos.....	19
3	REVISÃO DE LITERATURA	20
3.1	Deficiência Visual.....	20
3.2	Comportamentos Relacionados à Saúde na Adolescência.....	25
3.3	Comportamentos Relacionados à Saúde em Adolescentes com Deficiência	27
3.3.1	Atividade Física e Hábitos Alimentares.....	28
3.3.2	Saúde Mental e Apoio Social.....	32
3.3.3	Consumo de Bebida Alcoólica, Cigarros e Drogas Ilícitas.....	33
3.3.4	Comportamento Sexual.....	33
4	MATERIAIS E MÉTODOS	35
4.1	Caracterização do Estudo.....	35
4.2	Participantes.....	35
4.3	Aspectos Éticos.....	35
4.4	Instrumentos.....	35
4.5	Procedimento de Coleta de Dados.....	36
4.6	Tratamento Estatístico.....	37
4.6.1	Análise de <i>Clusters</i>	38
5	RESULTADOS	39
5.1	Características dos Participantes.....	39
5.2	Comportamentos de Risco à Saúde.....	41
5.3	Comportamentos de Promoção à Saúde.....	42
5.4	Análise de <i>Cluster</i> de Acordo com os Escores da <i>AHPS</i>	45
6	DISCUSSÃO	49

6.1	Características dos Participantes.....	49
6.2	Comportamentos de Promoção e de Risco à Saúde.....	51
6.3	Análise de <i>Cluster</i>	62
7	CONCLUSÃO	65
	REFERÊNCIAS	67
	APÊNDICES	79
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Modelo Para Adolescentes.....	80
	APÊNDICE B – Anamnese.....	83
	ANEXOS	87
	ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos - UEL.....	88
	ANEXO B – <i>Adolescent Health Promotion Scale</i>	92
	ANEXO C – Questionário Econômico.....	95

1 INTRODUÇÃO

No decorrer da vida, desde o nascimento até a velhice, o ser humano passa por uma série de modificações e adaptações, relacionadas com aspectos sociais, psicológicos e fisiológicos. Essas mudanças ocorrem em diversos contextos e podem ser associadas à adoção de comportamentos de risco à saúde (TEIXEIRA, 2014; YANNAKOULIA et al., 2004).

A Organização Mundial da Saúde (1946) conceitua saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças e enfermidades. Desta forma, a saúde seria compreendida como um processo contínuo, com polos positivos e negativos, influenciada por comportamentos adotados ao longo da vida. De acordo com Loch et al. (2015), os comportamentos de risco à saúde podem ser definidos como comportamentos decorrentes de opções, atitudes e oportunidades que tendem a exercer impacto negativo no estado de saúde, elevando prematuramente o risco de morbimortalidade. Entre os comportamentos de risco à saúde, é possível citar níveis insuficientes de atividade física, hábitos alimentares inadequados, tabagismo, consumo abusivo de álcool, consumo de drogas ilícitas e comportamentos sexuais de risco (FARIAS JUNIOR et al., 2009; LOCH et al., 2015; OHENE, IRELAND, BLUM, 2005; ORTABAG et al., 2011).

Dentre os fatores que tornam alguém vulnerável aos comportamentos de risco à saúde, pode-se apontar a influência de amigos e familiares, as dificuldades em lidar com transformações psicossociais e as pressões impostas pela necessidade de adaptação às situações da vida diária (BLUM et al., 2000; SANTOS et al., 2013; TEIXEIRA, 2014). Dentre os períodos de maior vulnerabilidade, destacam-se a adolescência e o início da juventude, já que se tratam de épocas de experimentação natural, nas quais ocorrem mudanças profundas no corpo, na mente, nos relacionamentos e na percepção de mundo em um curto período de tempo (ORTABAG et al., 2011). Estes fatores, juntamente com a curiosidade, geram uma maior exposição aos comportamentos de risco. Tais comportamentos tendem a surgir durante a adolescência e a permanecer durante a idade adulta, sendo responsáveis por causar danos à saúde e afetar de maneira negativa a qualidade de vida (CHEN et al., 2003; MAHAT, SCOLOVENO, WHALEN, 2002; ORTABAG et al., 2011; STOLTZ, COBURN, KNICKELBEIN, 2009).

Atualmente vários problemas de saúde têm sido relacionados à exposição a comportamentos de risco, dentre eles é possível destacar as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT's). Segundo a Organização Mundial da Saúde (2009), elas são responsáveis por 63% das mortes em todo o mundo. No Brasil, aproximadamente 74% das mortes são causadas pelas DCNT's, de acordo com dados do Ministério da Saúde (2011).

Sabe-se, contudo, que a promoção de comportamentos saudáveis em populações jovens pode auxiliar na redução de aparecimento e desenvolvimento de DCNT's durante a vida adulta (SAWYER et al., 2012). Nesta perspectiva, a adoção de comportamentos direcionados à promoção da saúde é um dos grandes desafios enfrentados pelos adolescentes e jovens na sociedade contemporânea (ZUPPA, 2017).

Segundo Muza e Costa (2002), comportamentos de promoção à saúde visam favorecer um estilo de vida mais saudável, bem como o desenvolvimento integral do indivíduo, contemplando aspectos como: cuidado com a qualidade das relações interpessoais; aporte nutricional balanceado; boas condições de moradia; acesso aos serviços de saúde; acesso à informação e à educação formal ou profissionalizante; e acesso a prática de esportes e lazer para um bom desenvolvimento físico, emocional, intelectual e social. Atualmente, o levantamento, o monitoramento e a intervenção sobre comportamentos de promoção e de risco à saúde têm sido considerados por diversas agências de saúde como prioridades de Saúde Pública (FARIAS JUNIOR et al., 2009; MUSAVIAN et al., 2014). Apesar da maior disseminação recente do tema, entre adolescentes com deficiência ainda são escassas as informações disponíveis sobre comportamentos de promoção e de risco à saúde.

A deficiência, segundo o Estatuto da Pessoa com Deficiência, pode ser conceituada como um impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que, em interação com diversas barreiras, pode obstruir a participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2013). Existem evidências de que pessoas com deficiência enfrentam barreiras adicionais a um estilo de vida saudável em comparação com a população em geral (LAWSON, HISKEY, THELEMAN, 2018). De acordo com Silva (2017), adolescentes com deficiência geralmente estão sujeitos à superproteção dos pais, o que tende a restringir as possibilidades de exploração do próprio corpo e do

ambiente, podendo acarretar em diversos prejuízos, como déficits físicos, emocionais, intelectuais e psicossociais. Segundo Seron et al. (2012), percebe-se grande tendência desta população ao isolamento social e a não participação em atividades promovidas com o objetivo de aprimoramento da saúde e qualidade de vida, tais como programas de atividade física. Desta forma, estes indivíduos podem acabar manifestando baixas prevalências de comportamentos de promoção à saúde e, simultaneamente, tornarem-se vulneráveis a um ou mais comportamentos de risco à saúde, como a inatividade física, tristeza, ou até mesmo o consumo excessivo de álcool e outras drogas, como válvula de escape para questões inibitórias.

Nesse contexto, surge a seguinte indagação: Será que adolescentes com deficiência visual manifestam baixas prevalências de comportamentos de promoção à saúde e estão sujeitos a comportamentos de risco?

1.1 Justificativa

Os dados do Censo de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, demonstram que 23,9% da população brasileira possui algum tipo de deficiência (IBGE, 2012). Segundo os resultados obtidos nesse levantamento, a deficiência que mais acometeu a população foi a visual, seguida respectivamente por deficiência motora, auditiva e intelectual. Ainda de acordo com esses dados, do total de brasileiros afetados por algum tipo de deficiência, 7,5% deles possuíam entre 0 e 14 anos de idade.

Portanto, ressalta-se a importância de informações relacionadas a comportamentos de promoção e de risco à saúde nessa população, principalmente entre crianças e adolescentes, visto que estes comportamentos geralmente são incorporados nesse período e tendem a permanecer durante a vida adulta. Musavian et al. (2014) destacam que comportamentos de promoção e de risco à saúde entre adolescentes atualmente são encarados como prioridade de Saúde Pública e, conseqüentemente, tornaram-se foco de pesquisa em todo o mundo.

Contudo, verifica-se que são escassos os estudos que avaliam estes comportamentos entre adolescentes com deficiência, principalmente no que diz respeito aos comportamentos de promoção à saúde. Este fato é preocupante, visto que essa população apresenta uma grande tendência ao isolamento social e a não participação em atividades promovidas com o objetivo de aprimoramento da saúde e

qualidade de vida e, desta forma, pode constituir um dos principais grupos de risco em relação a esses comportamentos.

Destaca-se, portanto, que informações relacionadas a comportamentos de promoção e de risco à saúde seriam de grande importância ao auxiliar na identificação de grupos de risco, monitorar os níveis de saúde destes sujeitos e subsidiar o desenvolvimento de programas de promoção à saúde e qualidade de vida direcionados a essa população.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

O objetivo do presente estudo foi identificar a prevalência de comportamentos de promoção e de risco à saúde em adolescentes com deficiência visual.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Comparar os comportamentos de promoção e de risco à saúde entre os diferentes sexos, faixas etárias, níveis de escolaridade do chefe da família, classes econômicas, classificações e origens da deficiência visual, e entre praticantes e não praticantes de atividade física regular.
- b) Comparar os comportamentos de promoção à saúde entre os participantes que já se envolveram em comportamentos de risco e aqueles que nunca se envolveram.
- c) Identificar os diferentes perfis dos participantes em relação aos comportamentos de promoção à saúde.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Na revisão de literatura são abordados temas pertinentes aos objetivos desse estudo. O primeiro item destina-se à apresentação de aspectos relacionados à deficiência visual. O segundo item trata sobre comportamentos de promoção e de risco à saúde na adolescência. Por fim, no terceiro item são exibidas informações relacionadas a esses comportamentos em adolescentes com deficiência.

3.1 Deficiência Visual

A deficiência visual pode ser definida como uma perda parcial ou total da capacidade visual em ambos os olhos, mesmo com a melhor correção óptica possível, levando a uma limitação no desempenho das atividades habituais (MUNSTER, ALMEIDA, 2018). Deste modo, é importante destacar que a utilização de óculos ou lentes de contato não caracteriza uma pessoa com deficiência visual, já que tais auxílios ópticos podem proporcionar uma condição visual ideal. Vale ressaltar, ainda, que até a perda visual total em apenas um dos olhos não é o suficiente para caracterizar a deficiência visual, visto que o olho remanescente pode apresentar boa condição visual (ALVES, 2013).

Segundo Almeida (2015), a classificação da deficiência visual tem como referência as funções visuais. Dentre elas, pode-se apontar a acuidade visual, o campo visual, a binocularidade e a sensibilidade à luz (ALMEIDA, 2015). A acuidade visual é a capacidade de distinguir detalhes em um determinado objeto, considerando o seu tamanho e a distância em que ele se encontra do observador. O campo visual, de acordo com Borges (2016), refere-se à distância angular que a visão consegue abranger, mantendo estáticos os olhos e a cabeça. A binocularidade, por sua vez, pode ser caracterizada como a noção de profundidade, que possibilita a percepção dos objetos de acordo com a sua disposição no espaço. Por fim, a sensibilidade à luz diz respeito à capacidade de adaptação a diferentes níveis de luminosidade em um ambiente (MUNSTER, ALMEIDA, 2018).

Existem diferentes sistemas de classificação para a deficiência visual (SILVA, 2017), podendo a mesma ser classificada de acordo com parâmetros legais, clínicos, educacionais e esportivos. De acordo com Alves (2013), a classificação legal objetiva garantir às pessoas com deficiência visual os seus direitos como cidadão, tais

como o acesso a programas de assistência. A classificação clínica é destinada ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento médico especializado, enquanto que a educacional visa à identificação de recursos educacionais necessários para o processo de ensino-aprendizagem (ALVES, 2013). Já a classificação esportiva, segundo Munster e Almeida (2018), tem como objetivo o agrupamento de atletas com capacidade visual semelhante para a participação em competições regidas pela IBSA (*International Blind Sports Federation*). Serão abordadas nessa revisão, em função das características dos participantes do estudo, as classificações educacional e esportiva.

De acordo com os critérios da classificação educacional, a deficiência visual é classificada em baixa visão ou cegueira. Segundo Silva (2017), a baixa visão, ou visão subnormal, é caracterizada pela presença de resíduo visual, contudo, existem limitações relacionadas à percepção de profundidade, cores, contrastes e outros aspectos relacionados à visão. Deste modo, o indivíduo com baixa visão é aquele que possui dificuldade para realizar tarefas visuais, mesmo com a melhor correção óptica possível, mas pode aprimorar suas habilidades através de recursos compensatórios (MUNSTER, ALMEIDA, 2018). A cegueira, por sua vez, pode ser caracterizada pela ausência total da visão, ou a existência de percepção luminosa sem que haja a definição de formas (SILVA, 2017). A percepção luminosa pode auxiliar o indivíduo cego na realização dos seus movimentos, mas é insuficiente para a aquisição de conhecimento por meios visuais (MUNSTER, ALMEIDA, 2018).

Na classificação esportiva, por sua vez, os atletas são divididos nas seguintes classes: B1, B2 e B3 (CAMPOS, 2017; IBSA, 2017). O atleta classificado como B1 (cegueira) apresenta acuidade visual inferior à LogMar 2,6 e possui desde pouca percepção de luz até ausência total da mesma. Este atleta é incapaz de reconhecer a forma de uma mão em qualquer distância ou sentido. B2 (baixa visão) é aquele sujeito que possui percepção de vultos, com acuidade visual variando de LogMar 1,5 até 2,6 e/ou campo visual inferior a 10 graus. Por fim, atletas classificados como B3 (baixa visão) são aqueles que conseguem definir imagens, com acuidade visual variando de LogMar 1,4 até 1,0 e/ou campo visual inferior a 40 graus. Nessa classificação todas as classes iniciam com a letra B, fazendo referência à palavra *blind*, que em inglês significa cego. Cabe ressaltar que esta classificação deve ser feita no melhor olho do atleta, com a melhor correção óptica possível (CAMPOS, 2017).

Em relação às causas da deficiência, essas podem ser congênitas ou adquiridas. A deficiência visual congênita pode ser gerada por falta de oxigênio durante a gestação ou no parto, doenças infecciosas da mãe durante a gestação, catarata ou glaucoma congênito. Já a deficiência visual adquirida pode ser provocada por acidentes, ferimentos, envenenamentos, tumores, doenças oculares e fatores hereditários (ALVES, 2013). Segundo Lieberman (2011), dentre as possíveis causas da deficiência visual destacam-se: degeneração macular, retinoblastoma, rubéola, albinismo, retinose pigmentar, síndrome de Usher, glaucoma, catarata e retinopatia da prematuridade.

No último Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE realizado em 2010, verificou-se um aumento significativo na prevalência de indivíduos com deficiência visual no Brasil, sendo que esta deficiência apresentou as maiores prevalências quando comparada às demais (IBGE, 2012). De acordo com os resultados obtidos neste levantamento, a deficiência visual acometeu 18,6% da população brasileira. Ressalta-se, contudo, que estes dados devem ser interpretados com cautela, visto que as informações relacionadas à deficiência foram obtidas somente através dos relatos dos participantes.

Prevalências significativamente inferiores às observadas no Censo de 2010 foram verificadas pela Pesquisa Nacional de Saúde, realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com o IBGE. De acordo com os dados desta pesquisa a deficiência visual afetou 3,6% da população brasileira, porém ainda apresentando prevalências superiores às das demais deficiências (IBGE, 2013).

A deficiência visual, independentemente da causa ou classificação, pode causar atrasos no desenvolvimento de crianças caso as mesmas não sejam estimuladas adequadamente. Bittencourt e Hoehne (2006) afirmam que a dificuldade para realizar tarefas pessoais e a dependência são especialmente devastadoras para estes indivíduos, pois a visão é apontada como a grande promotora da integração do indivíduo com atividades motoras, perceptivas e mentais. Segundo Rocha e Ribeiro-Gonçalves (1987), cerca de 80% do nosso conhecimento é adquirido através da visão, deste modo, qualquer deficiência que acometa esse sentido irá interferir negativamente no desenvolvimento global do indivíduo.

Portanto, pessoas com deficiência visual necessitam de equipamentos e auxílios específicos para terem uma aprendizagem adequada. Segundo Amorim (2010), atualmente existem vários recursos e softwares capazes de auxiliar essa

população no processo de ensino e aprendizagem. Para pessoas cegas existe o sistema Braille, que possibilita a leitura e a escrita tátil através da combinação de células de seis pontos, dispostos em duas colunas verticais e paralelas, cada uma com três pontos (KHAWAJA et al., 2013; MARTÍN, BUENO, 2003). Nesse sistema, cada célula possui uma combinação diferente de pontos agrupados em alto relevo, variando de acordo com o significado. Já os indivíduos com baixa visão contam com auxílios ópticos, como diferentes tipos de óculos e lentes, e auxílios não-ópticos, como cadernos com pauta mais grossa, ampliação de livros, softwares ampliadores de tela, entre outros. Além disso, vários recursos de informática e aplicativos para celulares atualmente facilitam a aprendizagem e autonomia de pessoas com deficiência visual (ALMEIDA, 2015).

No que diz respeito ao desenvolvimento de habilidades físicas e motoras, a falta da visão tem pouca influência direta, no entanto, a falta de oportunidades para movimentação que ela pode provocar pode ser responsável por diversos prejuízos, tais como problemas posturais e defasagem na locomoção e mobilidade (ALMEIDA, 2015). Kodish et al. (2006) destacam que essa população possui oportunidades limitadas para a participação em programas organizados de atividade física, inclusive durante a Educação Física escolar. Tal fato pode ser explicado pela falta de capacitação dos professores e de recursos materiais apropriados (KODISH et al., 2006; SERON et al., 2012). Somado a isso, o sedentarismo, comum entre indivíduos com deficiência visual, também pode colaborar para o surgimento de uma série de dificuldades motoras (SCHERER, LOPES, 2013). Dentre elas, pode-se citar déficits no equilíbrio, no controle corporal, na coordenação motora, na agilidade, na lateralidade e orientação espacial (ALMEIDA, 2015; GORGATTI, TEIXEIRA, VANÍCULA, 2008). Contudo, vale ressaltar que a visão residual (baixa visão) favorece alguns aspectos motores como o desenvolvimento da postura, do equilíbrio, da orientação espacial e da lateralidade (WARREN, 1994).

De acordo com Gorgatti, Teixeira e Vanícula (2008), o atraso no desenvolvimento motor de pessoas com deficiência visual também pode estar associado às experiências limitadas com o ambiente que as cerca. Silva (2017) destaca que, frequentemente, pais e professores tendem a superproteger crianças e adolescentes com deficiência visual, privando-os de certas atividades que consideram perigosas. Contudo, essa atitude pode reduzir as oportunidades de exploração do

próprio corpo e do ambiente, acarretando, deste modo, em possíveis atrasos no desenvolvimento motor, perceptivo e psicossocial (SILVA, 2017).

Além disso, observa-se que crianças e adolescentes com deficiência visual apresentam menor desempenho em testes envolvendo variáveis relacionadas à aptidão física e maior prevalência de sobrepeso e obesidade (GREGUOL, DE ROSE JUNIOR, 2009; HOUWEN, HARTMAN, VISSCHER, 2010; KORACH et al., 2000; LOPES, KITADAI, OKAI, 2004). Nessa perspectiva, Lieberman et al. (2010) avaliaram a aptidão física relacionada à saúde de jovens com deficiência visual através do *Brockport Physical Fitness Test*, que se destina à avaliação dos componentes da aptidão física relacionada à saúde nessa população. Os resultados destes autores demonstraram que os jovens apresentaram baixas taxas de aprovação nas variáveis força muscular, resistência cardiorrespiratória e composição corporal. Esse déficit pode ser explicado pelos níveis precários de atividade física habitual, comuns entre indivíduos com deficiência visual (LONGMUIR, BAR-OR, 2000; SERON, 2012). Alguns estudos mostraram que esses indivíduos manifestam níveis de atividade física precários mesmo quando comparados a pessoas com outros tipos de deficiência (HOUWEN, HARTMAN, VISSCHER, 2010; STUART, LIEBERMAN, HAND, 2006). Estes resultados são preocupantes, visto que níveis adequados de atividade física reduzem a taxa de mortalidade, previnem doenças crônicas como hipertensão, doenças coronarianas, diabetes, entre outras, além de estarem associados a melhores níveis de qualidade de vida (HAKKINEN et al., 2010).

A deficiência visual também pode estar associada a prejuízos em aspectos sociais (CRAFT, 2011; LIEBERMAN, 2011; WINNICK, 2011). Segundo Lieberman (2011), verifica-se nessa população a presença de maneirismos, que consistem em movimentos repetitivos, aparentemente sem sentido. Tais movimentos ocorrem em função da necessidade da estimulação vestibular e tendem a ser inibidos no decorrer do amadurecimento (MUNSTER, ALMEIDA, 2018). Além disso, pessoas com deficiência visual frequentemente apresentam ausência ou limitação de expressões faciais, já que a deficiência impede que essa população aprenda a utilização da linguagem não verbal (LIEBERMAN, 2011; WINNICK, 2011). Todos esses fatores aliados a uma superproteção por parte dos pais e professores podem prejudicar as interações sociais destes indivíduos (ALVES, 2013).

Vale ressaltar que todos esses déficits relacionados ao desenvolvimento global podem ser minimizados desde que sejam oferecidas experiências motivantes,

seguras e adequadas a essa população. Segundo Interdonato e Greguol (2009), pessoas com deficiência visual devem ser estimuladas a desenvolver principalmente seus outros sentidos, tais como audição, tato e olfato, para que assim não tenham um repertório de informações limitado ou distorcido. Uma das possíveis formas de realizar esse desenvolvimento é através de programas de atividade física, que, além de otimizar aspectos motores e relacionados à saúde, tendem a assegurar interações sociais de qualidade, bem como incrementos na autoestima.

3.2 Comportamentos Relacionados à Saúde na Adolescência

A adolescência é um período da vida marcado por diversas mudanças biológicas, cognitivas e sociais que ocorrem de maneira simultânea e contribuem para a construção da personalidade e individualidade (BARBOSA, CASOTTI, NERY, 2016; CAVALCANTE, ALVES, BARROSO, 2008; DAVIM et al., 2009). Segundo Gonzalez e Machado (2016), a adolescência pode ser considerada a fase da vida com menor probabilidade de desenvolvimento de doenças. Contudo, o fato de os sintomas das disfunções crônico-degenerativas raramente se manifestarem nessa fase da vida não significa que os adolescentes estão imunes a fatores de risco à saúde (GONZALEZ, MACHADO, 2016; ZUPPA, 2017).

De acordo com Zuppa (2017), a adolescência é um período fortemente condicionado por influências externas, seja pelo convívio com amigos, pelos modelos de conduta de ídolos ou pelos meios de comunicação. Durante essa fase, o conceito de integração grupal é notável, fazendo com que o jovem busque pertencer a um grupo com o qual se identifique (CAVALCANTE, ALVES, BARROSO, 2008). Tal fato pode estar associado à adoção de comportamentos de risco à saúde, que, nesse contexto, tendem a assegurar ao adolescente a aceitação dentro de um grupo de pares com valores e normas particulares (ZUPPA, 2017). Dessa forma, o adolescente pode acabar se tornando vulnerável a esses comportamentos. Segundo Loch et al. (2015), os comportamentos de risco à saúde podem ser definidos como comportamentos decorrentes de opções, atitudes e oportunidades que tendem a exercer impacto negativo no estado de saúde, elevando prematuramente o risco de morbimortalidade.

É amplamente aceito que as principais ameaças à saúde dos adolescentes atualmente são comportamentos de risco evitáveis, como níveis

insuficientes de atividade física, hábitos alimentares inadequados, consumo de drogas lícitas e ilícitas, e comportamentos sexuais de risco (AGHAMOLAEI, TAVAFIAN, 2013; BARBOSA, CASOTTI, NERY, 2016; ORTABAG et al., 2010; ORTABAG et al., 2011; SANTOS et al., 2013; TEIXEIRA, 2014). A experimentação e a consolidação destes comportamentos tende a comprometer a saúde destes indivíduos, com graves repercussões ao longo de toda a vida e com poucas chances de reversão de seus malefícios (TE VELDE, TWISK, BRUG, 2007; ZUPPA, 2017).

Muitos problemas de saúde têm sido associados à exposição a comportamentos de risco, dentre eles merecem destaque as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT's), consideradas as principais causas de incapacidade e morte em todo o mundo (PAULIK et al., 2010). Nesse sentido, Maharaj, Nunes e Renwick (2009) afirmaram que metade das mortes prematuras evitáveis estão associadas a comportamentos de risco modificáveis desenvolvidos durante a adolescência.

Sabe-se, contudo, que a adoção de hábitos saudáveis pode ser considerada uma estratégia-chave para a prevenção de doenças e promoção da saúde (SENJAM, SINGH, 2012). Além disso, o custo crescente de cuidados de saúde secundários e terciários não é considerado rentável, levando muitos profissionais da área a defender e promover o conceito de promoção da saúde (CHEN, JAMES, WANG, 2007).

De acordo com a Carta de Ottawa, a promoção da saúde pode ser definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle deste processo (WHO, 1986). A promoção da saúde engloba uma série de fatores que contribuem para o desenvolvimento da qualidade de vida e saúde, como a construção de políticas públicas, criação de ambientes de apoio, fortalecimento da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde (CHEN, JAMES, WANG, 2007). Segundo Santos e Bógus (2007), a promoção da saúde diz respeito a todas as práticas e condutas que objetivam melhorar o nível de saúde da população por meio de medidas que não se restrinjam a resolver problemas de doença ou qualquer desordem orgânica, mas sim que visem aumentar a saúde e o bem-estar geral. Deste modo, comportamentos de promoção à saúde estão associados à prevenção de doenças, incrementos na saúde e qualidade de vida, e redução de gastos públicos (MO, WINNIE, 2010).

Comportamentos de promoção à saúde, assim como os comportamentos de risco, geralmente são incorporados durante a infância e adolescência e tendem a permanecer durante a vida adulta (WANG et al., 2009; ZUPPA, 2017). Portanto, entende-se que uma intervenção nesse sentido durante a adolescência possa se constituir em um dos principais investimentos na área da saúde (ZUPPA, 2017). Ações de promoção à saúde na adolescência são fundamentais como meio de formação das competências necessárias para fazer frente aos desafios da vida moderna (GONZALEZ, MACHADO, 2016; ZUPPA, 2017). Para Gonzalez e Machado (2016), os níveis de intervenção precisam abranger aspectos individuais, familiares, comunitários e sociais. Chen et al. (2003) afirmaram que para promover a saúde dos adolescentes deve-se focar em aspectos relacionados a hábitos alimentares, atividade física, apoio social, habilidades de controle do estresse, valorização da vida e responsabilidade pela saúde.

Atualmente, a promoção da saúde de adolescentes tem sido considerada por diversas agências de saúde como prioridade de Saúde Pública (WANG et al., 2009). Deste modo, comportamentos de promoção e de risco à saúde entre adolescentes tornaram-se foco de pesquisa em todo o mundo (MUSAVIAN et al., 2014). Apesar da recente disseminação do tema, ainda são escassas as informações relacionadas a essas variáveis em adolescentes com deficiência. Destaca-se, contudo, que o conhecimento acerca da prevalência e fatores associados a esses comportamentos em adolescentes com deficiência é de extrema relevância e possibilitaria o desenvolvimento de ações voltadas à promoção da saúde e qualidade de vida desta população.

3.3 Comportamentos Relacionados à Saúde em Adolescentes com Deficiência

A intuição pode sugerir que adolescentes com deficiência são menos propensos a se envolverem em comportamentos que os coloquem em risco aumentado de morbidade e mortalidade prematura (JONES, LOLLAR, 2008). Segundo Blum, Kelly e Ireland (2001), o isolamento social muito prevalente nessa população, juntamente com uma maior supervisão por parte dos pais, faz com que muitos acreditem que esses indivíduos estão imunes aos comportamentos de risco à saúde. Contudo, alguns estudos revelaram que esses adolescentes exibem taxas de comportamentos de risco à saúde semelhantes ou superiores às encontradas em

adolescentes sem deficiência (MCMILLEN, MCMILLEN, SIMEONSSON, 2002; RIMMER, ROWLAND, 2008; SHIELDS, SYNNOT, BARR, 2012). Nos tópicos seguintes serão apresentados os principais achados de alguns estudos que avaliaram comportamentos relacionados à saúde nessa população.

3.3.1 Atividade Física e Hábitos Alimentares

A prática de atividade física, além de favorecer a inclusão de pessoas com deficiência, também contribui para a manutenção da saúde e da capacidade funcional desses indivíduos, possibilitando assim uma otimização das habilidades motoras, o que pode acarretar em um significativo ganho de autoconfiança e autoestima (INTERDONATO, GREGUOL, 2009). Além disso, segundo Ince e Ebem (2009), a prática de atividade física também está associada a outros comportamentos positivos de saúde em jovens e adolescentes.

Contudo, verifica-se na literatura que adolescentes com deficiência manifestam altas taxas de inatividade física (FONSECA et al., 2018; RIMMER, ROWLAND, 2008; SERON et al., 2012; SHIELDS, SYNNOT, BARR, 2012). Nesse sentido, o estudo de Fonseca et al. (2018) demonstrou que 80% dos escolares com deficiência de Montes Claros – MG não praticavam atividade física mais do que duas vezes por semana. Da mesma forma, Seron et al. (2012) verificaram que a atividade física realizada por adolescentes com deficiência visual encontrava-se abaixo dos parâmetros estabelecidos como recomendáveis para a saúde.

De acordo com Interdonato (2012), poucas são as oportunidades oferecidas para que estes jovens se engajem em programas de atividade física. Nesta perspectiva, Greguol, Gobbi e Carraro (2014) objetivaram em seu estudo identificar as principais barreiras à prática de atividade física em jovens com deficiência visual. Além disso, esses autores buscaram verificar a percepção dos pais desses jovens com relação às barreiras enfrentadas por seus filhos. Os resultados demonstraram que as barreiras citadas com maior frequência pelos jovens foram falta de motivação, atitudes negativas das outras pessoas em relação à deficiência e condições climáticas. Já os pais desses jovens apontaram como principais barreiras a falta de tempo, de programas disponíveis e de equipamentos adaptados. Por fim, barreiras como falta de segurança, custos elevados, falta de treinamento profissional e

informações sobre os programas de atividade física foram relatadas frequentemente tanto pelos jovens quanto pelos pais.

Segundo Faison-Hodge e Porretta (2004), jovens com deficiência apresentam níveis inferiores de atividade física quando comparados aos de indivíduos sem deficiência até mesmo durante as aulas de Educação Física escolar. Rimmer, Rowland e Yamaki (2007) constataram que os adolescentes com deficiência não faziam a mesma quantidade de atividade física nas aulas quando comparados com seus pares sem deficiência. Ainda de acordo com estes autores, tal fato pode ser decorrente da indisponibilidade de equipamentos adaptados, falta de profissionais qualificados para trabalharem com essa população e turmas demasiadamente grandes para permitir a adaptação desses indivíduos.

Além disso, os comportamentos relacionados à saúde de crianças e adolescentes com deficiência são influenciados por seus cuidadores (RUUD, RAANAAS, BJELLAND, 2016; STUART, LIEBERMAN, HAND, 2006). Segundo Melville et al. (2009), muitos pais de indivíduos com deficiência possuem pouco conhecimento em relação às recomendações de atividade física para níveis adequados de saúde, o que pode estar associado às baixas prevalências de atividade física nessa população. Por outro lado, verifica-se que o apoio dos pais influencia positivamente a prática de atividade física de jovens com deficiência (GREGUOL, GOBBI, CARRARO, 2014; MALTAIS, VANIER, 2010; STUART, LIEBERMAN, HAND, 2006).

Nesse sentido, Greguol, Gobbi e Carraro (2014) realizaram um estudo com o objetivo de analisar o efeito da influência parental sobre a prática de atividade física de crianças italianas com deficiência visual. Os resultados destes autores mostraram que o apoio dos pais estava fortemente relacionado à prática de atividade física nas crianças avaliadas, principalmente entre aquelas com cegueira. Além disso, os achados do estudo evidenciaram que a crença das crianças em relação à importância da atividade física estava associada à crença de seus pais, sendo que quanto mais positiva era a crença da criança, maior era o seu engajamento em atividades físicas. Destaca-se também que estes autores notaram que os pais que praticavam atividade física apresentaram maior tendência de apoiarem seus filhos a se envolverem em tal prática.

Em outro estudo, conduzido por Stuart, Lieberman e Hand (2006), objetivou-se verificar o valor atribuído pelos pais à prática de atividade física em

crianças com deficiência visual. Estes autores observaram que quanto mais severa a deficiência, menor a expectativa dos pais em relação à capacidade de seus filhos serem fisicamente ativos e, conseqüentemente, menor o valor atribuído à atividade física pelas próprias crianças. Talvez esse fato possa ser justificado pela superproteção e/ou falta de conhecimento dos pais em relação às possibilidades de seus filhos. Contudo, ressalta-se que esses resultados são preocupantes, já que crenças parentais negativas em relação à atividade física podem causar comportamento sedentário em crianças com deficiência, o que pode se estender por toda a vida (STUART, LIEBERMAN, HAND, 2006; WARD et al., 2011). Desse modo, verifica-se a necessidade de disseminar informações relacionadas à atividade física e seus benefícios entre crianças com deficiência e seus pais, o que pode ser um fator determinante para a adoção de hábitos saudáveis, com repercussões positivas na autonomia e qualidade de vida dessa população.

Outro fator que merece destaque é o desenvolvimento de equipamentos adaptados que possam auxiliar indivíduos com deficiência na prática de atividade física. Nesse sentido, Lieberman et al. (2006) objetivaram em seu estudo avaliar a influência de um pedômetro com recurso de fala sobre a atividade física de crianças com deficiência visual. A coleta de dados dessa pesquisa ocorreu em duas semanas distintas. Na primeira semana mensurou-se o número de passos dos participantes com o recurso de fala do pedômetro desativado. Os achados desta etapa revelaram que as crianças realizaram menos passos por dia do que o recomendado para uma vida saudável (STANISH, 2004). Já na segunda semana, as crianças foram informadas sobre a recomendação mínima de passos para benefícios à saúde e também foram instruídas a considerar as informações anunciadas pelo pedômetro. Neste momento verificou-se que o número de passos realizados foi igual ou superior ao recomendado para uma vida saudável. De acordo com os autores, observou-se que o feedback fornecido pelos pedômetros motivou as crianças a estabelecerem metas desafiadoras a fim de aumentar seus níveis de atividade diária.

Segundo Lieberman et al. (2006), os pedômetros com recurso de fala podem ser configurados para anunciar automaticamente a conclusão de uma etapa de acordo com um intervalo predefinido (exemplo: a cada 1000 passos). Além disso, o pedômetro pode anunciar a quantidade de passos realizados a qualquer momento através de um botão acionado pelo próprio usuário. Desta forma, esses equipamentos podem ser um meio útil para acompanhar os níveis de atividade física diária de jovens

com deficiência visual e, além disso, podem atuar como uma ferramenta motivacional ao fornecer feedback ao usuário sobre o número de etapas concluídas ao longo de um determinado período (LIEBERMAN et al., 2006).

Com relação aos hábitos alimentares, há evidências de que pessoas com deficiência apresentam baixa adesão a dietas saudáveis (EMERSON, 2005; FONSECA et al., 2018; HSIEH, RIMMER, HELLER, 2014; MCGUIRE, DALY, SMYTH, 2007; ROBERTSON et al., 2000; ROBERTSON et al., 2014). Segundo Dalcastagne et al. (2015), os hábitos alimentares dessa população têm sofrido diversas modificações, verificando-se uma progressiva diminuição na ingestão de frutas e hortaliças e um consumo cada vez maior de refrigerantes e guloseimas.

Interdonato (2012), ao avaliar os hábitos alimentares de adolescentes com deficiência sensorial, verificou que 63% deles não apresentaram uma dieta considerada saudável. Robertson et al. (2000) constataram que menos de 10% dos indivíduos com deficiência intelectual avaliados na sua pesquisa possuíam uma dieta balanceada e ingestão suficiente de frutas e vegetais. Da mesma forma, Fonseca et al. (2018) observaram altas prevalências de sobrepeso, obesidade e maus hábitos alimentares em escolares com deficiência sensorial, intelectual e física. Além disso, os resultados de Fonseca et al. (2018) demonstraram haver uma significativa associação entre a obesidade e a baixa ingestão de frutas. Tais hábitos, especialmente aqueles referentes à elevada ingestão de alimentos ricos em gordura e carboidratos, segundo os autores, poderiam estar associados à superproteção por parte dos pais, como uma forma inconsciente de compensar as “desvantagens” advindas pela deficiência.

Esses resultados são preocupantes, visto que hábitos alimentares inadequados, juntamente com a inatividade física, estão diretamente associados ao desencadeamento de doenças crônicas não transmissíveis, como as cardiovasculares, obesidade e diabetes *mellitus* tipo 2 (DALCASTAGNE et al., 2015; DUARTE et al., 2005). Contudo, vale ressaltar que a prática de atividade física é altamente indicada para prevenção de tais doenças, pois promove melhorias hemodinâmicas, redução da intolerância à glicose, aumento da sensibilidade à insulina, alterações benéficas do perfil lipídico e redução do percentual de gordura corporal (INTERDONATO, 2012). Deste modo, destaca-se a necessidade de incentivo à prática de atividade física e hábitos alimentares saudáveis desde a infância e

adolescência, visto que os comportamentos adquiridos neste período tendem a permanecer na vida adulta.

3.3.2 Saúde Mental e Apoio Social

As doenças mentais, como depressão ou ansiedade, são uma preocupação comum entre pessoas com deficiência (KINNE, PATRICK, DOYLE, 2004; KRAHN, WALKER, ARAUJO, 2015; SOE et al., 2012; WILBER et al., 2002). McMillen, Mcmillen, Simeonsson (2002), ao estudarem comportamentos de risco em escolares com e sem deficiência, verificaram que aqueles que possuíam algum tipo de deficiência apresentaram risco significativamente maior de sentir tristeza, estresse, falta de esperança, solidão e considerar o suicídio. Da mesma forma, Soe et al. (2012) observaram que quase metade da sua amostra, composta por 130 jovens com espinha bífida, apresentaram sintomas depressivos leves ou graves. Vale ressaltar ainda que esses autores verificaram correlações positivas entre sintomas depressivos e comportamentos de risco, como o consumo de bebida alcoólica.

Além disso, pessoas com deficiência também são propensas a relatar falta de apoio social e emocional adequado (KEF, HOX, HABEKOTHE, 2000; PINQUART, PFEIFFER, 2013). Alguns estudos verificaram que jovens com deficiência visual recebem menos apoio social de seus colegas do que jovens sem deficiência (HUURRE, 2000; KEF, DEKOVIC, 2004). Pinquart e Pfeiffer (2013), ao analisarem o apoio social entre adolescentes alemães com e sem deficiência visual, observaram que aqueles com deficiência recebem menos apoio social de seus familiares. Contudo, esses autores verificaram que os adolescentes com deficiência receberam mais apoio social dos seus professores quando comparados àqueles sem deficiência. Por fim, ressalta-se que níveis adequados de apoio social estão associados a boas condições de saúde psicológica (THOITS, 2011).

3.3.3 Consumo de Bebida Alcoólica, Cigarros e Drogas Ilícitas.

Observa-se na literatura que adolescentes com deficiência apresentam baixas taxas de consumo de bebida alcoólica, cigarro e drogas ilícitas (GLOVER, EMERSON, ECCLES, 2012; INTERDONATO, GREGUOL, 2011; SOE et al., 2012; STEELE et al., 2004). Segundo Steele et al. (2004), estes adolescentes apresentam

um perfil diferente de envolvimento em comportamentos de risco à saúde quando comparados a adolescentes sem deficiência. Esses autores observaram que adolescentes com deficiência são mais propensos a apresentarem padrões alimentares pouco saudáveis e estilo de vida sedentário, contudo, são menos propensos a consumir bebida alcoólica, fumar e usar drogas ilícitas.

Diversos estudos identificaram prevalências significativamente inferiores de tabagismo e consumo de bebida alcoólica em indivíduos com deficiência intelectual quando comparados a indivíduos sem deficiência (GLOVER, EMERSON, ECCLES, 2012; MCGUIRE, DALY, SMYTH, 2007; RIMMER, BRADDOCK, MARKS, 1995; ROBERTSON et al., 2000). Interdonato e Greguol (2011), ao avaliarem fatores associados ao estilo de vida em adolescentes com deficiência sensorial, verificaram que nenhum participante relatou consumir álcool ou ser fumante. Nesse sentido, Lennox (2002) sugere que o consumo de álcool e cigarro diminui à medida que as necessidades de apoio aumentam, o que possivelmente está relacionado ao acesso a dinheiro e à participação em atividades comunitárias.

3.3.4 Comportamento Sexual

São escassas as informações relacionadas ao comportamento sexual em indivíduos com deficiência (KEF, BOS, 2006). De acordo com Miller e Benson (1999), verificam-se frequências significativamente menores de namoro entre esses indivíduos. Alguns estudos relacionados à sexualidade e qualidade de vida entre jovens com deficiência física também observaram baixas prevalências de atividade sexual nessa população (MCCABE, CUMMINS, DEEKS, 2000; MCCABE, TALEPOROS, 2003). Porém, com o advento das redes sociais e aplicativos de relacionamento, este quadro vem sendo modificado.

Bezerra e Pagliuca (2010) avaliaram cinco adolescentes do sexo feminino com deficiência visual e identificaram que estas possuíam as mesmas características de desenvolvimento da sexualidade verificadas em adolescentes sem deficiência. Os achados de Bezerra e Pagliuca (2010) ainda demonstraram que essas adolescentes careciam de informações e conhecimentos inerentes à sexualidade, tais como métodos contraceptivos e doenças sexualmente transmissíveis. Resultados semelhantes a estes foram observados por Moura e Pedro (2006), que entrevistaram

oito adolescentes com deficiência visual e também observaram baixos níveis de conhecimento em diversas questões relacionadas à sexualidade.

De acordo com Rebouças et al. (2016), verifica-se que a sociedade geralmente não percebe na pessoa com deficiência as necessidades de vinculação afetiva e sexual. Esse estigma, juntamente com o desconhecimento sobre o assunto, pode tornar esses indivíduos mais vulneráveis às doenças sexualmente transmissíveis (REBOUÇAS et al., 2016). Deste modo, destaca-se a necessidade de iniciativas que visem o fornecimento de informações relacionadas a essa temática para esses indivíduos, incentivando assim a independência, o autocuidado e a vivência saudável da sexualidade.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Caracterização do Estudo

O presente estudo é de cunho quantitativo, utilizando metodologia descritiva correlacional e delineamento transversal (THOMAS, NELSON, SILVERMAN, 2012).

4.2 Participantes

A população de referência para o presente estudo foi composta por adolescentes paranaenses com deficiência visual, de ambos os sexos, com idades entre 12 e 18 anos. Os participantes foram recrutados por conveniência em instituições especializadas no atendimento de indivíduos com deficiência visual nas seguintes cidades do Paraná: Cornélio Procopio, Curitiba, Ibiporã, Jacarezinho, Londrina, Maringá e Ponta Grossa. Adotou-se como critério de exclusão a presença de deficiência intelectual ou auditiva associada à deficiência visual, tempo de deficiência inferior a um ano e dificuldade de compreensão dos instrumentos utilizados. Dessa forma, a amostra final foi composta por 66 adolescentes, 35 do sexo masculino e 31 do sexo feminino, com idade média de 14,94 ($\pm 2,37$) anos.

4.3 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, conforme o parecer nº 2.484.825 (ANEXO A). Além disso, todos os adolescentes selecionados para compor a amostra, assim como seus responsáveis legais, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

4.4 Instrumentos

Os aspectos relacionados à atividade física e aos comportamentos de risco à saúde foram avaliados através de uma anamnese (APÊNDICE B), juntamente com as características sociodemográficas e variáveis relacionadas à deficiência

visual. A anamnese foi composta por questões que abordaram informações relacionadas à idade, sexo, características da deficiência visual, prática de atividade física/esportiva regular, atitude sexual de risco, consumo de bebidas alcoólicas, cigarros e drogas ilícitas.

Para analisar os comportamentos de promoção à saúde foi utilizada a *Adolescent Health Promotion Scale - AHPS* (ANEXO B), traduzida e validada para a população brasileira por Zuppa (2017). Foi aplicada a versão online da *AHPS*, hospedada no site www.dartagnanguedes.com.br. A versão online da *AHPS* possui a mesma estrutura do instrumento impresso.

A *AHPS* foi projetada para detectar práticas saudáveis autorrelatadas, na qual o respondente indica com que frequência assumiu determinados comportamentos de promoção à saúde nos últimos 30 dias, através de uma escala de medida do tipo Likert de 5 pontos (1 = “Nunca”; 2 = “Poucas vezes”; 3 = “Algumas vezes”; 4 = “Muitas vezes”; 5 = “Sempre”). A *AHPS* é composta por 34 questões, divididas em 6 dimensões: Nutrição; Suporte Social; Responsabilidade pela Saúde; Valorização da Vida; Exercício Físico; e Controle do Estresse. A média dos escores obtidos em todas as dimensões resulta em um escore global da *AHPS*. Destaca-se que os escores possíveis, tanto para as dimensões como para o escore global da *AHPS*, variam de 1 a 5. Além disso, quanto maior o escore, melhor o resultado obtido na variável no sentido de promoção da saúde.

Para a análise de indicadores econômicos foi aplicado o Questionário de Classificação Econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2017) (ANEXO C), que classifica os respondentes em diferentes classes econômicas com base na posse de automóveis, utensílios domésticos, condições de moradia e nível de escolaridade do chefe da família. Ao final, os participantes foram categorizados nas classes A, B, C, D e E.

4.5 Procedimento de Coleta de Dados

Todos os participantes tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em formato digital, tornando possível a utilização de lupas e de leitores de tela para ler/ouvir os documentos. Para a assinatura dos adolescentes no TCLE foi utilizado uma guia de assinatura para pessoas com deficiência visual (retângulo em alumínio com um espaço vazado para a assinatura).

Os adolescentes preencheram a *AHPS* no computador das instituições com o auxílio de lupas e *softwares* específicos com leitores de tela. Já o Questionário de Classificação Econômica, assim como a anamnese, foram preenchidos em formato de entrevista, na qual o pesquisador perguntava ao adolescente e, na sequência, anotava a resposta obtida no questionário/anamnese.

Cada participante respondeu os questionários em uma sala na qual havia somente o pesquisador, com o objetivo de auxiliar o respondente caso necessário. Ressalta-se que os princípios de sigilo, de não identificação no estudo e de não influência no desempenho escolar foram esclarecidos aos participantes antes dos dados serem coletados.

4.6 Tratamento Estatístico

Inicialmente constatou-se que os dados não apresentaram distribuição normal por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov. Deste modo, as variáveis contínuas foram apresentadas através de mediana e intervalo interquartil (Q1-Q3), já as variáveis categóricas foram expressas por meio de frequência absoluta (n) e relativa (%).

Para a realização da estatística inferencial, as diferentes classes econômicas foram agrupadas em classe alta (A e B) e classe baixa (C e D). Da mesma forma, agrupou-se a escolaridade do chefe da família em alta (ensino médio completo e ensino superior completo) e baixa (ensino fundamental incompleto e ensino fundamental completo). Por fim, os participantes foram divididos entre aqueles que relataram nunca ter se envolvido em comportamentos de risco à saúde e aqueles que relataram já ter se envolvido, independentemente da frequência de envolvimento.

Para identificar diferenças nas prevalências de comportamentos de risco à saúde de acordo com variáveis sociodemográficas, classificação e origem da deficiência visual e prática de atividade física regular aplicou-se o teste de Qui-quadrado de Pearson. O teste Prova U de Mann-Whitney foi utilizado para comparar os resultados da *AHPS* de acordo com as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, escolaridade do chefe da família, classe econômica, classificação e origem da deficiência visual, prática de atividade física regular e envolvimento em comportamentos de risco à saúde.

4.6.1 Análise de *Clusters*

No presente estudo realizou-se análise de agrupamento, visando agrupar os participantes conforme suas similaridades nos escores da *AHPS*. Para isso, utilizou-se a análise de *Cluster* hierárquica juntamente com o método de Ward. Como medida de dissemelhança entre os participantes empregou-se a distância euclidiana quadrática. O número de *Clusters* foi identificado por meio de análise subjetiva do dendrograma.

Para a análise dos resultados da *AHPS* entre os diferentes *Clusters* aplicou-se o teste de Kruskal-Wallis e, posteriormente, para identificar entre quais *Clusters* ocorreram as diferenças empregou-se o teste de comparações múltiplas de Dunn. O teste de Qui-quadrado de Pearson foi usado para analisar a relação existente entre os diferentes *Clusters* e as variáveis sociodemográficas, classificação e origem da deficiência visual, prática de atividade física regular, e envolvimento em comportamentos de risco à saúde. Todas as análises foram realizadas por meio do programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 20.0. O nível de significância adotado no estudo foi de 95,0% ($P \leq 0,05$).

5 RESULTADOS

Os resultados foram apresentados em diferentes etapas. Inicialmente foram apresentadas as características dos participantes do estudo e em seguida foram detalhadas as informações referentes aos comportamentos de risco e de promoção à saúde. Por fim, foram exibidos os resultados da análise de *Cluster* baseada nos escores obtidos na *AHPS*.

5.1 Características dos Participantes

Inicialmente foram avaliados 70 adolescentes, entretanto, foram excluídos da análise final 4 indivíduos que apresentaram dificuldade de compreensão dos instrumentos utilizados. Dessa forma, a amostra foi constituída por 66 adolescentes, sendo a maior parte do sexo masculino (53%). A amostra foi dividida em duas faixas etárias distintas, com um grupo etário incluindo as idades de 12 a 15 anos (54,5%) e o outro as idades de 16 a 18 anos (45,5%). A maioria dos participantes relatou que o chefe de sua família possuía o ensino fundamental incompleto (48,5%). Quanto à classe econômica, 6,1% dos adolescentes encontravam-se na classe econômica A, 37,9% na classe econômico B, 48,5% na classe econômica C e os demais na classe econômica D. As características sociodemográficas da amostra são apresentadas na Tabela 1.

No que diz respeito à classificação da deficiência visual, 75,8% dos participantes possuíam baixa visão, enquanto os demais possuíam cegueira. A maioria dos adolescentes relatou ter nascido com a deficiência (81,8%). Várias patologias foram apontadas como a causa da deficiência visual, com destaque para glaucoma (18,2%), atrofia do nervo óptico (16,7%) e catarata (13,6%), que apresentaram as maiores prevalências quando comparadas às outras patologias. Na Tabela 2 são exibidas as variáveis relacionadas à deficiência visual.

Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra (n = 66).

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	35	53,0
Feminino	31	47,0
Faixa Etária		
12-15 Anos	36	54,5
16-18 Anos	30	45,5
Escolaridade do Chefe da Família		
Ensino Fundamental Incompleto	32	48,5
Ensino Fundamental Completo	9	13,6
Ensino Médio Completo	16	24,2
Ensino Superior Completo	9	13,6
Classe Econômica		
A	4	6,1
B	25	37,9
C	32	48,5
D	5	7,6

Tabela 2 – Frequência absoluta e relativa de acordo com as diferentes classificações, origens e patologias causadoras da deficiência visual (n = 66).

Variável	n	%
Classificação da Deficiência Visual		
Baixa Visão	50	75,8
Cegueira	16	24,2
Origem da Deficiência Visual		
Adquirida	12	18,2
Congênita	54	81,8
Patologia		
Amaurose	1	1,5
Ambliopia Orgânica	2	3,0
Atrofia do Nervo Óptico	11	16,7
Catarata	9	13,6
Ceratocone	1	1,5
Degeneração Macular	2	3,0
Descolamento de Retina	7	10,6
Glaucoma	12	18,2
Herpes Ocular	1	1,5
Leucemia	1	1,5
Papiledema	1	1,5
Retinoblastoma	2	3,0
Retinopatia da Prematuridade	4	6,1
Retinose Pigmentar	3	4,5
Subluxação do Cristalino	1	1,5
Toxoplasmose	8	12,1

Em relação à prática de atividade física, apenas 21 (31,8%) participantes apontaram realizá-la regularmente. Dentre estes, a maioria afirmou fazer treinamento resistido na academia (28,6%). Modalidades esportivas como atletismo (19%) e judô (19%) também apresentaram altas frequências relativas quando comparadas aos demais tipos de atividade física citados (Figura 1).

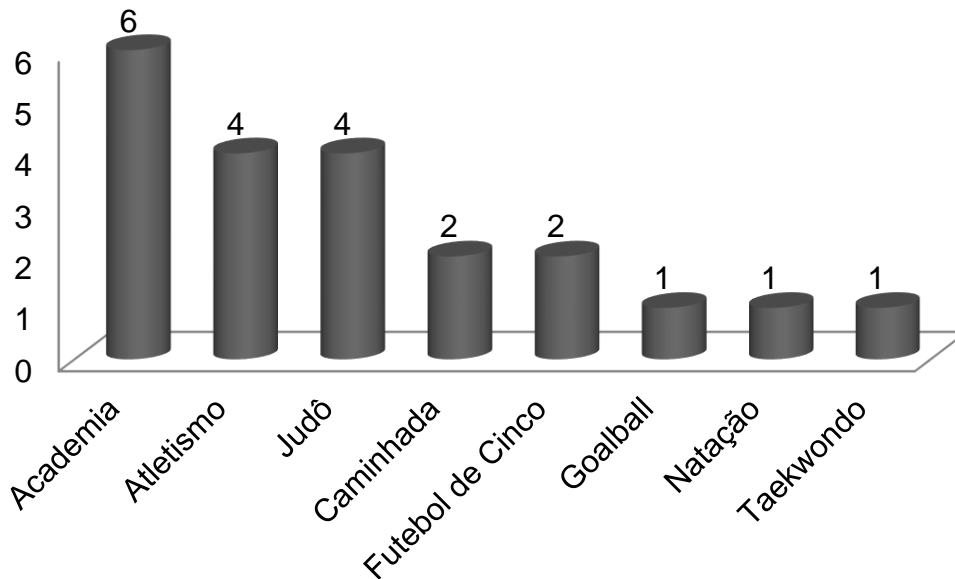


Figura 1 – Tipo de atividade física (n = 21).

5.2 Comportamentos de Risco à Saúde

Os participantes deste estudo apresentaram baixas prevalências de comportamentos de risco à saúde. No que se refere ao consumo de bebida alcoólica, verificou-se que 49 (74,2%) adolescentes afirmaram nunca ter ingerido álcool e 17 (25,8%) apontaram já ter ingerido. Dentre aqueles que já consumiram bebida alcoólica, oito (47,0%) relataram consumir “quase nunca”, oito (47,0%) relataram consumir “algumas vezes” e apenas um (6,0%) indicou consumir “quase sempre”. Quanto ao uso de tabaco, constatou-se que apenas um (1,5%) participante relatou já ter fumado. Neste caso a frequência de uso observada foi de “quase nunca”. Todos os adolescentes afirmaram nunca ter usado maconha ou outras drogas ilícitas. Do total de participantes, apenas três (4,5%) relataram já ter mantido relações sexuais. Dentre estes, dois (66,6%) indicaram “sempre” usar métodos preventivos de doenças

sexualmente transmissíveis (DST) e um (33,3%) apontou “quase nunca” utilizar tais métodos.

O teste de Qui-quadrado foi utilizado para identificar as diferenças nas frequências de comportamentos de risco entre as variáveis sociodemográficas, diferentes classificações e origens da deficiência visual, e entre praticantes e não praticantes de atividade física regular. Contudo, apenas o consumo de bebida alcoólica apresentou prevalências que viabilizassem a realização dessas comparações. Neste caso, os resultados do teste de Qui-quadrado demonstraram não haver diferenças significativas nas prevalências de participantes que já consumiram bebida alcoólica entre os diferentes sexos, faixas etárias, graus de escolaridade do chefe da família, classes econômicas, classificações e origens da deficiência visual, e entre praticantes e não praticantes de atividade física regular ($P>0,05$).

5.3 Comportamentos de Promoção à Saúde

Os participantes do estudo apresentaram uma mediana de 3,4 (Intervalo interquartil – IQ: 2,9-3,7) para o escore global da *AHPS*. Em relação às dimensões que constituem o instrumento, verificou-se os maiores escores na dimensão “Valorização da Vida”, seguida pela dimensão “Nutrição”. Com valores intermediários aparece a dimensão “Controle do Estresse” e, com escores ligeiramente inferiores, a dimensão “Suporte Social”. Já com os menores escores encontra-se a dimensão “Responsabilidade pela Saúde” e, na sequência, a dimensão “Exercício Físico”. Os valores de mediana e intervalo interquartil das dimensões e do escore global da *AHPS* são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 – Valores mínimos, máximos, mediana e intervalo interquartil (Q1-Q3) das dimensões e do escore global da *AHPS* (n = 66).

Dimensões da <i>AHPS</i>	Mínimo	Máximo	Mediana	(Q1-Q3)
Nutrição	2,0	5,0	3,6	3,0-4,0
Suporte Social	2,0	5,0	3,2	2,6-4,0
Responsabilidade pela Saúde	1,2	4,3	2,7	2,0-3,3
Valorização da Vida	2,4	5,0	4,3	3,8-4,6
Exercício Físico	1,0	5,0	2,8	2,2-3,5
Controle do Estresse	1,7	4,8	3,3	2,8-3,8
Escore Global da <i>AHPS</i>	2,3	4,6	3,4	2,9-3,7

AHPS: Adolescent Health Promotion Scale; IQ: Intervalo Interquartil; Q1: 1º Quartil; Q3: 3º Quartil.

Quando os resultados foram analisados de acordo com a prática de atividade física regular, notou-se que os adolescentes que praticavam atividade física apresentaram uma mediana de 3,7 (IQ: 3,6-4,0) para o escore global da *AHPS*, enquanto que aqueles que não praticavam manifestaram uma mediana de 3,1 (IQ: 2,7-3,6) para essa variável.

No que diz respeito às dimensões da *AHPS*, observou-se que ambos os grupos manifestaram os maiores escores na dimensão “Valorização da Vida”. Já os menores escores, nos dois grupos, foram encontrados na dimensão “Responsabilidade pela Saúde”.

Ao comparar os escores entre os diferentes grupos, foram encontradas diferenças significativas a favor dos praticantes de atividade física nas dimensões “Nutrição”, “Suporte Social”, “Responsabilidade pela Saúde”, “Valorização da Vida”, “Exercício Físico” e no escore global da *AHPS*. Na Tabela 4 encontram-se os valores de mediana, intervalo interquartil e o nível de significância do teste Prova U de Mann-Whitney para essa comparação.

Tabela 4 – Valores de mediana, intervalo interquartil (Q1-Q3) e nível de significância do teste Prova U de Mann-Whitney para as dimensões e o escore global da *AHPS* de acordo com a prática de atividade física regular (n = 66).

Dimensões da <i>AHPS</i>	Prática de Atividade Física Regular		P
	Praticantes (n = 21)	Não Praticantes (n = 45)	
Nutrição	3,8(3,4-4,2)	3,2 (3,0-3,8)	0,031
Suporte Social	3,8(2,9-4,4)	3,0 (2,6-3,6)	0,024
Responsabilidade pela Saúde	2,8 (2,6-3,7)	2,3 (1,8-3,0)	0,008
Valorização da Vida	4,6 (4,3-4,8)	4,0 (3,5-4,5)	0,003
Exercício Físico	3,5 (3,1-4,3)	2,5 (1,6-3,1)	<0,001
Controle do Estresse	3,5 (3,2-3,9)	3,2 (2,5-3,8)	0,061
Escore Global da <i>AHPS</i>	3,7 (3,6-4,0)	3,1 (2,7-3,6)	<0,001

AHPS: Adolescent Health Promotion Scale.

Foi possível comparar os resultados da *AHPS* somente de acordo com o consumo de bebida alcoólica, visto que os outros comportamentos de risco não apresentaram prevalências que possibilitassem tais comparações.

Ao analisar os resultados conforme o consumo de bebida alcoólica, observou-se que os participantes que relataram nunca ter consumido álcool manifestaram uma mediana de 3,6 (IQ: 3,0-3,9) para o escore global da *AHPS*,

enquanto que aqueles que afirmaram já ter consumido apresentaram uma mediana de 3,1 (IQ: 2,7-3,6) para essa variável.

Verificou-se que os dois grupos demonstraram os maiores escores na dimensão “Valorização da Vida”. Já os menores escores, entre os adolescentes que nunca consumiram álcool, encontram-se na dimensão “Responsabilidade pela Saúde”. No grupo daqueles que já consumiram bebida alcoólica esses valores foram observados nas dimensões “Responsabilidade pela Saúde” e “Exercício Físico”, ambas apresentando a mesma mediana.

Quando os resultados foram comparados entre os grupos, constatou-se que os adolescentes que não consomem álcool apresentaram valores significativamente superiores nas dimensões “Nutrição”, “Suporte Social”, “Valorização da Vida”, “Controle do Estresse”, e no escore global da *AHPS*. Os resultados do teste Prova U de Mann-Whitney para essa comparação são exibidos na Tabela 5.

Tabela 5 – Valores de mediana, intervalo interquartil (Q1-Q3) e nível de significância do teste Prova U de Mann-Whitney para as dimensões e o escore global da *AHPS* de acordo com o consumo de bebidas alcoólicas (n = 66).

Dimensões da <i>AHPS</i>	Bebida Alcoólica		P
	Nunca Consumiu (n = 49)	Já Consumiu (n = 17)	
Nutrição	3,6 (3,2-4,0)	3,0 (2,4-3,8)	0,031
Suporte Social	3,4 (2,8-4,2)	2,8 (2,4-3,5)	0,033
Responsabilidade pela Saúde	2,8 (2,1-3,3)	2,5 (1,9-3,2)	0,390
Valorização da Vida	4,5 (3,8-4,8)	3,9 (3,4-4,3)	0,027
Exercício Físico	3,0 (2,3-3,5)	2,5 (1,6-3,6)	0,556
Controle do Estresse	3,5 (2,8-3,9)	3,0 (2,8-3,2)	0,034
Escore Global da <i>AHPS</i>	3,6 (3,0-3,9)	3,1 (2,7-3,6)	0,037

AHPS: Adolescent Health Promotion Scale.

Por fim, não foram verificadas diferenças significativas ao comparar os resultados da *AHPS* entre os diferentes sexos, faixas etárias, graus de escolaridade do chefe da família, níveis econômicos, classificações e origens da deficiência visual ($P > 0,05$).

5.4 Análise de *Cluster* de Acordo com os Escores da *AHPS*

Realizou-se uma análise de *Cluster* a fim de agrupar os indivíduos de acordo com suas similaridades no que diz respeito aos escores da *AHPS*. Deste modo, a amostra foi dividida em três *Clusters*, sendo que os indivíduos localizados no *Cluster I* apresentaram os maiores valores nas dimensões e no escore global da *AHPS*, os localizados no *Cluster II* apresentaram valores intermediários para essas variáveis e, por fim, os localizados no *Cluster III* manifestaram os menores escores na *AHPS* (Figura 2). A distribuição do número de participantes por *Cluster* ficou estabelecida da seguinte maneira: 19 (28,8%) participantes no *Cluster I*, 22 (33,3%) no *Cluster II* e 25 (37,9%) no *Cluster III*.

Os valores de mediana para o escore global da *AHPS* dos *Clusters I*, *II* e *III* foram, respectivamente, 4,0 (IQ: 3,7-4,1), 3,5 (IQ: 3,2-3,6), 2,8 (IQ: 2,6-3,0). Todos os *Clusters* apresentaram os maiores escores na dimensão “Valorização da Vida”. Já com os menores escores no *Cluster I* aparecem as dimensões “Responsabilidade pela Saúde” e “Controle do Estresse”, ambas com os mesmos valores de mediana. Nos *Clusters II* e *III* esses valores se encontram, respectivamente, nas dimensões “Exercício Físico” e “Responsabilidade pela Saúde”. Ao comparar os resultados entre os diferentes *Clusters*, constatou-se diferenças significativas em todas as dimensões e no escore global da *AHPS*, conforme descrito na Tabela 6.

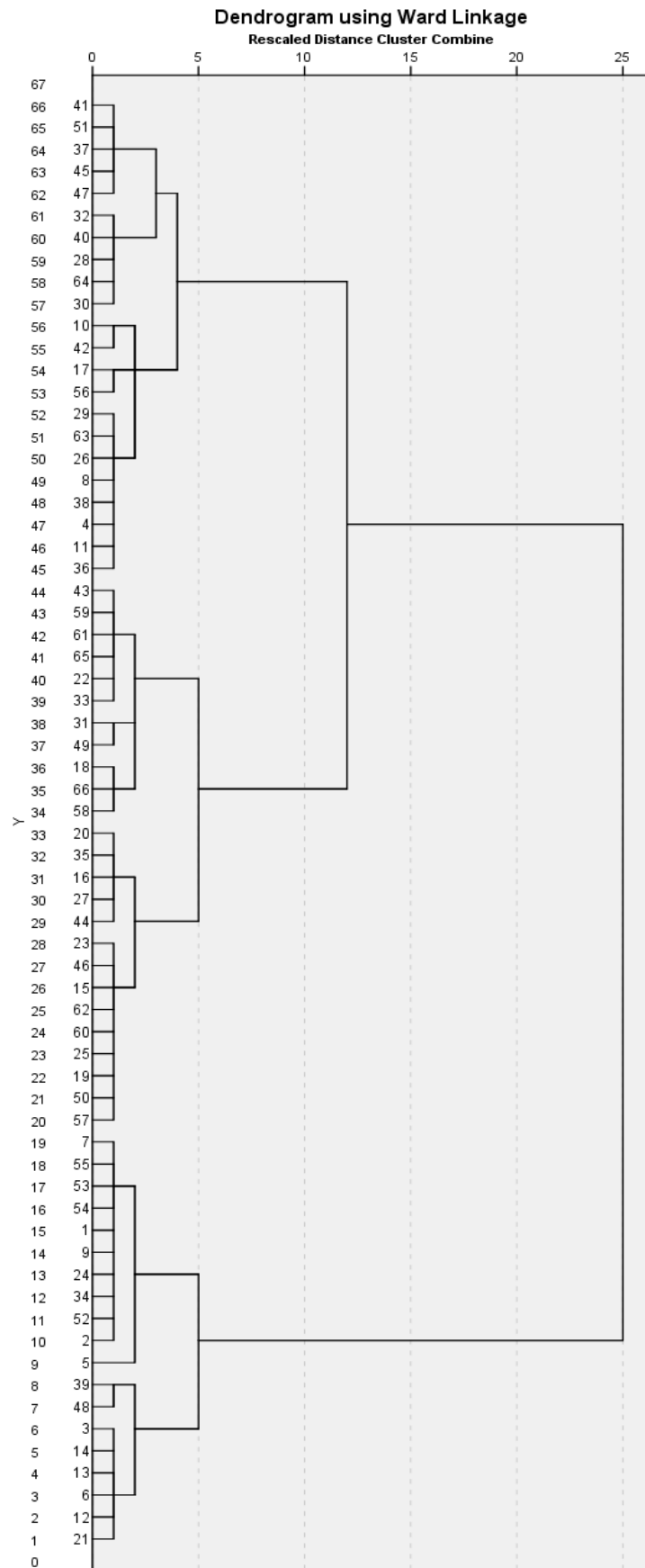


Figura 2 – Dendrograma (n = 66).

Tabela 6 – Valores de mediana, intervalo interquartil (Q1-Q3) e nível de significância do teste Kruskal-Wallis para as dimensões e o escore global da *AHPS* de acordo com os diferentes *Clusters* (n = 66).

Dimensões da <i>AHPS</i>	<i>Clusters</i>			<i>P</i>
	I (n = 19)	II (n = 22)	III (n = 25)	
Nutrição	3,8(3,6-4,2)	3,8(3,2-4,0)	3,0(2,6-3,5)	<0,001 ^{bc}
Suporte Social	3,8(2,8-4,8)	3,6(3,1-4,0)	2,8(2,4-3,0)	<0,001 ^{bc}
Responsabilidade pela Saúde	3,7(2,8-4,0)	2,7(2,4-3,0)	2,0(1,5-2,3)	<0,001 ^{abc}
Valorização da Vida	4,8(4,6-4,8)	4,4(3,9-4,6)	3,8(3,1-4,0)	<0,001 ^{abc}
Exercício Físico	4,0(3,5-4,5)	2,3(1,5-2,8)	2,5(1,9-3,1)	<0,001 ^{ab}
Controle do Estresse	3,7(3,3-4,2)	3,6(3,2-4,0)	2,8(2,2-3,0)	<0,001 ^{bc}
Escore Global da <i>AHPS</i>	4,0 (3,7-4,1)	3,5(3,2-3,6)	2,8(2,6-3,0)	<0,001^{abc}

AHPS: Adolescent Health Promotion Scale; ^a: $P < 0,05$ entre o *Cluster* I e II; ^b: $P < 0,05$ entre o *Cluster* I e III; ^c: $P < 0,05$ entre *Cluster* II e III.

Os resultados das comparações múltiplas de Dunn mostraram que os *Clusters* I e II apresentaram escores significativamente superiores aos do *Cluster* III nas dimensões “Nutrição” (I vs III: $P < 0,001$; II vs III: $P = 0,001$), “Suporte Social” (I vs III: $P < 0,001$; II vs III: $P < 0,001$) e “Controle do Estresse” (I vs III: $P < 0,001$; II vs III: $P < 0,001$). Já na dimensão “Exercício Físico” o *Cluster* I manifestou valores significativamente maiores que os encontrados nos demais *Clusters* (I vs II: $P < 0,001$; I vs III: $P < 0,001$). Por fim, nas dimensões “Responsabilidade pela Saúde” (I vs II: $P = 0,007$; I vs III: $P < 0,001$; II vs III: $P = 0,004$), “Valorização da Vida” (I vs II: $P = 0,026$; I vs III: $P < 0,001$; II vs III: $P = 0,001$), e no escore global da *AHPS* (I vs II: $P = 0,001$; I vs III: $P < 0,001$; II vs III: $P < 0,001$) foram encontradas diferenças significativas entre todos os *Clusters*, sendo que os escores mais altos foram observados, respectivamente, nos *Clusters* I e II.

O teste de Qui-quadrado identificou diferenças significativas ao comparar a prevalência de adolescentes que afirmaram praticar atividade física regular entre os diferentes *Clusters*. Verificou-se as maiores prevalências de praticantes de atividade física no *Cluster* I (73,7%), seguido respectivamente pelo II (27,3%) e III (4,0%).

Não foram verificadas diferenças significativas ao comparar as proporções em cada *Cluster* de acordo com o sexo, faixa etária, escolaridade do chefe da família, classe econômica, classificação e origem da deficiência visual, e consumo de bebida alcoólica ($P > 0,05$). A Tabela 7 exhibe o nível de significância do teste de Qui-quadrado para essas comparações.

Tabela 7 – Frequência relativa e nível de significância do teste de Qui-quadrado entre os diferentes *Clusters* de acordo com variáveis sociodemográficas, classificação e origem da deficiência visual, prática de atividade física regular e consumo de bebida alcoólica (n = 66).

Variáveis	Clusters			P
	I (n = 19)	II (n = 22)	III (n= 25)	
Sexo				0,516
Masculino	42,1%	59,1%	56,0%	
Feminino	57,9%	40,9%	44,0%	
Faixa Etária				0,121
12-15 Anos	36,8%	54,5%	68,0%	
16-18 Anos	63,2%	45,5%	32,0%	
Escolaridade do CF				0,962
Baixa	63,2%	63,6%	60,0%	
Alta	36,8%	36,4%	40,0%	
Classe Econômica				0,917
Baixa	52,6%	59,1%	56,0%	
Alta	47,4%	40,9%	44,0%	
Classificação da DV				0,248
Cegueira	21,1%	36,4%	16,0%	
Baixa Visão	78,9%	63,6%	84,0%	
Origem da DV				0,912
Adquirida	21,1%	18,2%	16,0%	
Congênita	78,9%	81,8%	84,0%	
Prática de AF Regular				<0,001
Praticantes	73,7%	27,3%	4,0%	
Não Praticantes	26,3%	72,7%	96,0%	
Consumo de Bebida Alcoólica				0,324
Nunca Consumiu	78,9%	81,8%	64,0%	
Já Consumiu	21,1%	18,2%	36,0%	

AF: Atividade Física; CF: Chefe de Família; DV: Deficiência Visual.

6 DISCUSSÃO

Este estudo buscou analisar a prática de comportamentos de promoção e de risco à saúde em adolescentes com deficiência visual. Os resultados obtidos foram discutidos em diferentes itens. No primeiro item foram abordadas as características descritivas dos participantes do estudo. No segundo foram discutidos os resultados referentes aos comportamentos de promoção e de risco à saúde. Por fim, o último item focou-se na discussão dos resultados verificados na análise de *Cluster*.

6.1 Características dos Participantes

Segundo dados do último Censo do IBGE realizado em 2010, a deficiência mais prevalente na população brasileira é a visual (IBGE, 2012). Verifica-se, na população em geral, que os casos de baixa visão são mais frequentes que os de cegueira (CASTRO et al., 2008; IBGE, 2010). Este fato ficou evidenciado no presente estudo, visto que 75,8% da amostra foi composta por adolescentes com baixa visão. Destaca-se ainda, que 81,8% dos participantes possuíam deficiência visual congênita. Estes resultados correspondem com os verificados em outros estudos, que também observaram maiores prevalências de causas congênitas em crianças e adolescentes com deficiência visual (BRITO, VEITZMAN, 2000; COUTO JUNIOR, DE OLIVEIRA, 2016; HADDAD et al., 2006).

Brito e Veitzman (2000), ao avaliarem 174 crianças de duas cidades brasileiras (Salvador e São Paulo), identificaram o glaucoma congênito como a causa mais frequente de deficiência visual. Estes achados coincidem com os do presente estudo, no qual o glaucoma apresentou as maiores prevalências quando comparado às demais patologias apontadas como causa da deficiência visual.

Existem evidências que sugerem que a prevalência de deficiência está associada a fatores socioeconômicos (CASTRO et al., 2008; PICAVET, HOEYMANS, 2002). Nessa perspectiva, verificou-se que a maioria (48,5%) dos participantes deste estudo possuía como chefe da família pessoas que não haviam completado o ensino fundamental. Resultados similares foram observados por Castro et al. (2008), que constaram maiores prevalências de deficiência visual em indivíduos cujos responsáveis possuíam baixo nível de escolaridade. Além disso, notou-se que a maior

parte (56,1%) dos participantes do presente estudo encontrava-se em uma situação econômica desprivilegiada, o que pode acarretar maiores dificuldades em medidas pré e pós-natais que poderiam prevenir ou atenuar a ocorrência de deficiência visual entre crianças. Destaca-se que outros estudos verificaram maiores prevalências de deficiência visual em adolescentes com baixo nível econômico (INTERDONATO, GREGUOL, 2011; SERON et al., 2012).

Observa-se na literatura que adolescentes com deficiência apresentam altas taxas de inatividade física (FONSECA et al., 2018; RIMMER, ROWLAND, 2008; RIMMER, ROWLAND, YAMAKI, 2007; SERON et al., 2012; SHIELDS, SYNNOT, BARR, 2012; WRZESINSKA et al., 2018). Ressalta-se ainda que alguns estudos verificaram taxas superiores de inatividade física em pessoas com deficiência visual quando comparadas a pessoas com outros tipos de deficiência (HOUWEN, HARTMAN, VISSCHER, 2010; STUART, LIEBERMAN, HAND, 2006). Nesse sentido, apenas 31,8% dos participantes do presente estudo afirmaram praticar atividade física regularmente. Essa elevada prevalência de inatividade pode ser explicada pelas poucas oportunidades de acesso a programas de atividade física, à superproteção por parte da família e ainda à maior tendência ao isolamento social observada desde a infância, o que inibe a vivência de situações de lazer ativo por esta população.

Segundo Interdonato (2012), poucas são as oportunidades oferecidas para que estes adolescentes se engajem em programas de atividade física. Além disso, existem barreiras que impedem ou dificultam a prática de atividade física por pessoas com deficiência (GREGUOL, GOBBI, CARRARO, 2014; MARMELEIRA et al., 2018; MORGADO et al., 2013; SERON, DE ARRUDA, GREGUOL, 2015; SHIELDS, SYNNOT, BARR, 2012). Nesse sentido, Marmeleira et al. (2018) objetivaram em sua pesquisa identificar barreiras para a prática de atividade física em uma amostra composta por 114 indivíduos com deficiência visual. As barreiras mais citadas foram as seguintes: problemas com as calçadas, falta de instalações/espços apropriados, falta de políticas de apoio das entidades públicas, necessidade de guia, falta de oferta de atividades por instituições especializadas e falta de condições de segurança das instalações físicas para evitar acidentes. Em pesquisa semelhante, Greguol, Gobbi e Carraro (2014) identificaram como principais barreiras à prática de atividade física a falta de segurança, custos elevados, falta de treinamento profissional e falta de informações sobre os programas de atividade física.

Segundo alguns estudos, jovens com deficiência apresentam níveis inferiores de atividade física quando comparados aos de indivíduos sem deficiência até mesmo durante as aulas de Educação Física escolar (FAISON-HODGE, PORRETTA, 2004; RIMMER, ROWLAND, YAMAKI, 2007). Tal fato pode ser resultante da indisponibilidade de equipamentos adaptados, falta de profissionais qualificados para trabalharem com essa população e turmas demasiadamente grandes para permitir a adaptação desses indivíduos (RIMMER, ROWLAND, YAMAKI, 2007).

Ressalta-se, contudo, que a atividade física pode ser considerada um fator de proteção contra o surgimento e a progressão de uma série de doenças crônicas como hipertensão, diabetes tipo II, osteoporose, obesidade, alguns tipos de câncer, ansiedade e depressão (HASKELL et al., 2007; HOOTMAN et al., 2001). Segundo Castro et al. (2011), a necessidade de pessoas com deficiência serem fisicamente ativas é ainda maior, visto que as mesmas estão mais vulneráveis à comorbidades associadas à sua deficiência, devido principalmente aos seus hábitos e estilo de vida. Especialmente em idades mais jovens, o isolamento social e a falta de oportunidades de brincar e interagir torna fundamental o direcionamento a programas específicos de atividade física ou ainda a inclusão efetiva nas atividades propostas na Educação Física escolar. A seguir serão discutidos os resultados relativos aos comportamentos de promoção e risco à saúde manifestados pelos adolescentes com deficiência visual.

6.2 Comportamentos de Promoção e de Risco à Saúde

Um dos propósitos do presente estudo foi analisar, por meio da *AHPS*, o engajamento de adolescentes com deficiência visual em comportamentos promotores de saúde. No entanto, para fins de comparação, pesquisas que utilizaram a *AHPS* com o objetivo de mensurar a prática de comportamentos de promoção à saúde em adolescentes com deficiência não foram encontradas na literatura. Assim, em algumas situações foram utilizados estudos que analisaram adolescentes sem deficiência para que algumas inferências sobre os resultados pudessem ser feitas.

Os participantes do presente estudo apresentaram uma mediana de 3,4 (IQ: 2,9-3,7) para o escore global da *AHPS*. Este resultado demonstra que, de maneira geral, os adolescentes manifestaram comportamentos de promoção à saúde com a

frequência de pelo menos “algumas vezes” durante os últimos 30 dias. Contudo, ressalta-se que esses achados devem ser analisados com cautela, principalmente em função do número relativamente reduzido de sujeitos na amostra. Apesar disso, cabe ressaltar que, por se tratar de indivíduos com uma característica tão específica (deficiência visual sem outras deficiências associadas) e numa faixa etária tão restrita, o número amostral pode ser considerado altamente representativo, especialmente quando se leva em conta que a coleta de dados abrangeu diversos municípios do estado do Paraná. Destaca-se também que os adolescentes pesquisados podem ser considerados privilegiados por frequentarem instituições destinadas ao atendimento específico de indivíduos com deficiência visual, podendo, dessa forma, apresentar padrões distintos relacionados às variáveis pesquisadas quando comparados a adolescentes que não frequentam tais instituições.

Valores superiores aos do presente estudo foram observados por Tomás, Queirós e Ferreira (2015), que avaliaram 1213 adolescentes portugueses sem deficiência. Os achados destes autores demonstraram que a mediana obtida para o escore global da *AHPS* foi de 3,7 (IQ: 3,4-4,0). Por outro lado, Ince e Ebem (2009) identificaram valores ligeiramente inferiores aos observados no presente estudo para essa variável. Estes autores analisaram a prática de comportamentos de promoção à saúde entre 358 adolescentes turcos sem deficiência e verificaram uma média de 3,3 ($\pm 0,45$) para o escore global da *AHPS*. Contudo, ressalta-se que as comparações entre os estudos devem ser realizadas com precaução, visto que Ince e Ebem (2009) apresentaram seus resultados por meio de média e desvio padrão, enquanto que no presente estudo os dados foram descritos através de mediana e intervalo interquartil.

Em relação às dimensões da *AHPS*, foram notados os maiores escores na dimensão “Valorização da Vida”, seguida pela dimensão “Nutrição”. Estes resultados indicam que, de modo geral, os adolescentes realizaram comportamentos saudáveis associados a essas dimensões com uma frequência de “muitas vezes” nos últimos 30 dias. Destaca-se que a dimensão “Valorização da Vida” apresentou escores superiores aos das demais dimensões da *AHPS* em outros estudos com adolescentes sem deficiência (AGHAMOLAEI, TAVAFIAN, 2013; INCE, EBEM, 2009; MUSAVIAN et al., 2014; ORTABAG et al., 2011; WANG et al., 2009).

Os valores observados no presente estudo na dimensão “Valorização da Vida” sugerem que os adolescentes frequentemente sentem-se satisfeitos com a própria vida, consideram-se felizes e possuem bons níveis de autoestima. Apesar

disso, verifica-se na literatura que doenças mentais, tais como depressão e ansiedade, são uma preocupação comum entre pessoas com deficiência (HARRIS, LORD, 2016; ISHTIAQ et al., 2016; KINNE, PATRICK, DOYLE, 2004; KRAHN, WALKER, ARAUJO, 2015; MCMILLEN, MCMILLEN, SIMEONSSON, 2002; SOE et al., 2012; WILBER et al., 2002). Nesse sentido, Ishtiaq et al. (2016) verificam prevalências preocupantes de ansiedade, tristeza e depressão em uma amostra composta por 40 estudantes paquistaneses com deficiência visual.

Uma possível explicação para os resultados positivos em relação ao bem-estar psicológico verificados no presente estudo pode estar no fato de os participantes frequentarem instituições que, geralmente, oferecem suporte psicológico especializado. Além disso, essas instituições também ofertam uma série de atividades que podem estar associadas a melhores níveis de bem-estar psicológico, tais como aula de música, teatro, dança, entre outras. Estas atividades, além do fato de os adolescentes estarem rodeados por colegas em condição semelhante, pode favorecer o convívio e a inclusão social, o que seria um fator benéfico para visão mais otimista sobre a vida.

Os escores verificados na dimensão “Nutrição” indicam que os participantes geralmente fazem pelo menos três refeições no decorrer do dia, costumam comer frutas e vegetais, ingerem pelo menos 1,5 litro de água diariamente e evitam comer alimentos gordurosos. No entanto, observa-se na literatura um elevado número de estudos que verificaram baixa adesão a dietas saudáveis entre pessoas com deficiência (EMERSON, 2005; HSIEH, RIMMER, HELLER, 2014; INTERDONATO, 2012; MCGUIRE, DALY, SMYTH, 2007; ROBERTSON et al., 2000; ROBERTSON et al., 2014). Nessa perspectiva, Fonseca et al. (2018) verificaram altas prevalências de sobrepeso, obesidade e maus hábitos alimentares em 85 escolares com deficiência sensorial, intelectual e física. Esses achados podem estar associados ao fato de algumas famílias frequentemente oferecerem alimentos com alto teor calórico aos seus filhos com deficiência, o que pode ser motivado pela culpa, estresse ou pela superproteção por parte dos pais (INTERDONATO, 2012). Contudo, ressalta-se que os adolescentes avaliados no presente estudo geralmente fazem algumas de suas refeições nas instituições que frequentam. Essas instituições oferecem refeições elaboradas de acordo com as recomendações de nutricionistas, o que possivelmente está associado aos escores observados na dimensão “Nutrição”.

A dimensão “Controle do Estresse”, seguida ligeiramente pela dimensão “Suporte Social”, apresentou valores intermediários quando comparada às demais dimensões da *AHPS*. Considerando os valores de mediana obtidos nessas dimensões, pode-se dizer que os adolescentes manifestaram comportamentos saudáveis relacionados a elas com a frequência de pelo menos “algumas vezes” no decorrer dos últimos 30 dias.

Esses achados, no que diz respeito à dimensão “Controle do Estresse”, apontam que os participantes apresentam percepções menos positivas em relação a aspectos como horas diárias de sono, tempo diário destinado apenas para relaxar e autocontrole diante de situações injustas. Destaca-se que alguns estudos encontraram altas prevalências de estresse em adolescentes com deficiência visual (HALLEMANI, KALE, GHOLAP, 2014; SOPHIA, PRAGATHI, 2017). Hallemani, Kale e Gholap (2014) objetivaram em seu estudo avaliar o nível de estresse presente em uma amostra composta por 80 adolescentes indianos com deficiência visual. Os resultados indicaram que 52,5% dos adolescentes avaliados possuíam níveis moderados de estresse, 45% possuíam níveis leves e 2,5% apresentaram níveis severos. Achados como estes podem estar associados às dificuldades de adaptação as situações da vida diária, frequentemente enfrentadas por indivíduos com deficiência visual. De acordo com Bittencourt e Hoehne (2006), a dificuldade para realizar tarefas pessoais e a dependência são especialmente devastadoras para essa população, pois a visão é apontada como a grande promotora da integração do indivíduo com atividades motoras, perceptivas e mentais.

Os valores observados na dimensão “Suporte Social” revelam que os adolescentes não estão completamente seguros para compartilhar seus sentimentos, preocupações e problemas com outras pessoas e possuem percepções menos positivas face ao apoio social recebido dos demais. Resultados similares a esses foram obtidos em outros estudos que avaliaram a percepção de suporte social apresentada por jovens com deficiência visual (HUURRE, 2000; HUURRE, KOMULAINEN, ARO, 1999; KEF, DEKOVIC, 2004; PINQUART, PFEIFFER, 2013). Nesse sentido, Huurre, Komulainen e Aro (1999) observaram que meninas com deficiência visual, quando comparadas a meninas sem deficiência, manifestaram percepções menos positivas em relação ao suporte social fornecido por seus colegas. Segundo Lieberman (2011), indivíduos com deficiência visual muitas vezes apresentam ausência ou limitação de expressões faciais, já que a deficiência impede

que essa população aprenda a utilização de linguagem não verbal. Além disso, verifica-se nessa população a presença de maneirismos (LIEBERMAN, 2011; MUNSTER, ALMEIDA, 2018). Esses fatores, juntamente com a superproteção por parte dos pais, podem prejudicar as interações sociais destes indivíduos.

Os escores mais baixos no presente estudo foram observados, respectivamente, nas dimensões “Responsabilidade pela Saúde” e “Exercício Físico”. Estes achados demonstram que, de maneira geral, os adolescentes avaliados realizaram comportamentos saudáveis relacionados a essas dimensões com a frequência de pelo menos “poucas vezes” nos últimos 30 dias. Resultados similares a esses foram obtidos em outros estudos com adolescentes sem deficiência, contudo, ao contrário do presente estudo, os escores mais baixos encontraram-se na dimensão “Exercício Físico”, seguida pela dimensão “Responsabilidade pela Saúde” (INCE, EBEM, 2009; WANG et al., 2009).

Os baixos escores encontrados na dimensão “Responsabilidade pela Saúde” sugerem que os participantes do estudo raramente se preocupam com o próprio peso corporal, dificilmente lêem informações sobre saúde e não costumam conversar sobre suas preocupações de saúde com profissionais dessa área. De acordo com Raiyat (2012), os adolescentes são jovens demais para entender seu papel na promoção de sua saúde e qualidade de vida, o que provavelmente está associado com os baixos escores nessa dimensão. Quando se trata de adolescentes com deficiência visual, estas características podem ser exacerbadas, uma vez que estes apresentam maiores barreiras para obtenção de serviços e informações relacionadas à saúde (ALMEIDA, 2015).

Os escores observados na dimensão “Exercício Físico” expõem que os participantes não costumam participar das aulas práticas de Educação Física na escola, raramente fazem exercícios vigorosos por pelo menos 30 minutos diários ou exercícios de alongamento, e dificilmente realizam aquecimento antes de se exercitarem. Resultados semelhantes a esses foram observados por Wrzesinska et al. (2018), que avaliaram a prática de atividade física em uma amostra composta por 122 jovens poloneses com deficiência visual, com idades entre 15 e 22 anos. Esses autores verificaram prevalências preocupantes de participantes que não atenderam às recomendações mínimas de atividade física para manutenção da saúde. Estes achados provavelmente estão associados às muitas barreiras que dificultam a prática de atividade física por pessoas com deficiência visual (GREGUOL, GOBBI,

CARRARO, 2014; MARMELEIRA et al., 2018; MORGADO et al., 2013; SERON, DE ARRUDA, GREGUOL, 2015).

Ao analisar os resultados do presente estudo de acordo com a prática de atividade física, verificou-se que os adolescentes que praticavam atividade física regularmente manifestaram valores significativamente superiores no escore global da *AHPS* e em todas as dimensões do instrumento, exceto “Controle do Estresse”. Esses resultados são corroborados pelos achados de Ince e Ebem (2009), que objetivaram verificar a influência da atividade física sobre comportamentos de promoção à saúde em adolescentes turcos sem deficiência. Estes autores avaliaram 358 adolescentes, de ambos os sexos, que estavam na transição do ensino médio para a universidade. Os comportamentos de promoção à saúde foram avaliados através da *AHPS*. Já os aspectos relacionados à atividade física foram mensurados por meio do *Physical Activity Stages of Change Questionnaire (PASCQ)*, que classifica os participantes em 5 estágios (Pré-contemplação; Contemplação; Preparação; Ação; Manutenção) de acordo com a intenção de iniciar a prática de atividade física ou com o tempo de engajamento em tal prática. Os resultados obtidos por estes autores demonstraram que os valores verificados nas dimensões e no escore global da *AHPS* diferiram de maneira significativa entre os diferentes estágios do *PASCQ*, sendo que os escores mais baixos foram observados no estágio “Pré-contemplação” (adolescentes que não praticavam atividade física e não planejavam começar a praticar nos próximos 6 meses) e os mais altos nos estágios “Ação” (adolescentes que praticavam atividade física há menos de 6 meses) e “Manutenção” (adolescentes que praticavam atividade física há 6 meses ou mais).

Os resultados de Ince e Ebem (2009), juntamente com os do presente estudo, fornecem evidências para a existência de associações entre a prática de atividade física e comportamentos de promoção à saúde. Além disso, níveis adequados de atividade física estão associados à prevenção de doenças crônicas, à otimização da qualidade de vida e, conseqüentemente, à redução das taxas de mortalidade (HAKKINEN et al., 2010). Deste modo, verifica-se a necessidade de intervenções destinadas à melhoria dos níveis de atividade física em indivíduos com deficiência visual, principalmente durante a infância e a adolescência, visto que os comportamentos saudáveis adquiridos neste período tendem a permanecer durante a vida adulta.

No presente estudo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao comparar os valores obtidos nas dimensões e no escore global da *AHPS* entre os diferentes sexos. Estes resultados divergem dos obtidos por Chen, James e Wang (2007), que objetivaram comparar a prática de comportamentos de promoção à saúde entre adolescentes taiwaneses e americanos sem deficiência. Estes autores avaliaram, através da *AHPS*, um total de 550 adolescentes (285 americanos e 265 taiwaneses) com idades entre 12 e 15 anos. Os resultados demonstraram não haver diferenças significativas no escore global da *AHPS* quando comparado entre os diferentes sexos na amostra americana. Contudo, no que diz respeito às dimensões do instrumento, foram verificadas diferenças significativas a favor das meninas na dimensão “Suporte Social”. Já entre os participantes taiwaneses observou-se diferenças significativas favoráveis às meninas no escore global da *AHPS* e nas dimensões “Suporte Social” e “Valorização da Vida”. Ainda entre os adolescentes taiwaneses, notou-se que os meninos apresentaram um desempenho significativamente superior ao das meninas na dimensão “Exercício Físico”. Segundo os autores, o sexo é um dos principais determinantes da saúde. As meninas são mais propensas a praticar comportamentos positivos relacionados à saúde do que os meninos, demonstram menos riscos, visitam os médicos com maior frequência, relatam mais sintomas e apresentam maior interesse por questões de saúde (SPEAR, KULBOK, 2001).

A ausência de diferenças em relação aos sexos no presente estudo pode ser devida ao fato de que todos os adolescentes frequentavam instituições específicas voltadas ao atendimento de pessoas com deficiência visual, tendo acesso assim a serviços relacionados à saúde semelhantes. Além disso, por apresentarem uma condição relevante em comum (deficiência visual), a percepção sobre os comportamentos promotores de saúde pode ter sido mais influenciada pela presença da deficiência do que pelo sexo em si.

No presente estudo não foram identificadas diferenças significativas ao comparar os resultados obtidos na *AHPS* entre as diferentes faixas etárias. Resultados similares a esses foram verificados por Rojas-Barahona (2017), que avaliaram através da *AHPS* 1156 adolescentes chilenos sem deficiência. Os resultados destes autores demonstraram não haver diferenças significativas nos valores das dimensões e do escore global da *AHPS* entre as diferentes faixas etárias. Contudo, destaca-se que os participantes do estudo de Rojas-Barahona (2017)

possuíam idades entre 10 e 14 anos, enquanto que no presente estudo a idade dos adolescentes variou de 12 a 18 anos. Deste modo, ressalta-se que as comparações entre os estudos devem ser realizadas com cautela.

Por outro lado, Tomás, Queirós e Ferreira (2015) verificaram resultados divergentes em relação à influência da idade sobre comportamentos promotores de saúde. A amostra desses autores foi formada por 1213 adolescentes portugueses sem deficiência, com idades entre 14 e 22 anos. Os resultados revelaram uma correlação inversa entre a idade e as dimensões “Nutrição”, “Suporte Social”, “Exercício Físico” e o escore global da *AHPS*. Portanto, os autores concluíram que quanto mais avançada a idade dos adolescentes, menor era o engajamento em práticas saudáveis. Resultados similares a esses foram verificados em outras pesquisas que compararam os resultados da *AHPS* entre diferentes faixas etárias (MUSAVIAN et al., 2014; ORTABAG et al., 2011). Os adolescentes mais velhos geralmente possuem maiores responsabilidades escolares e gastam boa parte de seu tempo estudando para o vestibular, o que pode estar associado ao menor envolvimento em práticas saudáveis (MUSAVIAN et al., 2014).

Nos adolescentes com deficiência visual avaliados neste estudo não foram encontradas diferenças significativas entre os diferentes graus de escolaridade do chefe da família. Estes achados são semelhantes aos adquiridos por Chen, James e Wang (2007), que avaliaram adolescentes americanos e taiwaneses sem deficiência. Esses autores compararam os resultados da *AHPS* entre dois grupos, baseados no tempo de escolaridade dos pais (Grupo I: 12 ou menos anos de escolaridade; Grupo II: 13 ou mais anos de escolaridade). Entre os participantes taiwaneses não foram encontradas diferenças significativas ao comparar os resultados da *AHPS* entre os diferentes níveis de escolaridade de ambos os pais. Na amostra americana o grau de escolaridade do pai não exerceu influência sobre os comportamentos promotores de saúde de seus filhos. Contudo, quando essas variáveis foram comparadas de acordo com o nível de escolaridade das mães, notou-se diferenças significativas nas dimensões “Suporte Social” e “Nutrição”, sendo que os adolescentes cujo as mães possuíam 13 ou mais anos de escolaridade manifestaram desempenho superior nessas dimensões.

Ainda nessa perspectiva, Musavian et al. (2014) avaliaram 424 adolescentes iranianos sem deficiência, com idades entre 14 e 18 anos. Os resultados obtidos por esses autores revelaram que os adolescentes cujos pais tinham ensino

superior completo apresentaram valores significativamente superiores no escore global da *AHPS*, quando comparados àqueles cujos pais possuíam até o ensino médio completo. Esses achados provavelmente ocorrem porque pais com maior grau de instrução possuem mais conhecimentos relacionados à saúde e, portanto, tendem a prestar mais atenção na saúde de seus filhos (MUSAVIAN et al., 2014). Musavian et al. (2014) verificaram ainda que o grau de escolaridade das mães exerceu maior influência sobre os comportamentos de promoção à saúde de seus filhos do que o grau de escolaridade dos pais. Geralmente as mães são mais presentes na criação de seus filhos quando comparadas aos pais, o que pode estar associado a esses achados. Ressalta-se, contudo, que no presente estudo as análises foram realizadas considerando somente o grau de escolaridade do chefe da família (pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio) e não de ambos os pais, fator este que pode ter influenciado os resultados. Além disso, a prevalência de baixa escolaridade em geral observada entre os pais dos adolescentes com deficiência visual também pode ter contribuído para a ausência de diferenças significativas.

Da mesma forma, neste estudo não foram encontradas diferenças significativas ao comparar os resultados da *AHPS* entre as diferentes classes econômicas, provavelmente pela maior concentração de participantes nas classes intermediárias B e C. Achados semelhantes a esses foram observados em estudos realizados na Turquia e no Irã (MUSAVIAN et al., 2014; ORTABAG et al., 2011). No entanto, destaca-se que esses estudos utilizaram a renda familiar mensal ao invés da classe econômica como fator de comparação. Por outro lado, Rojas-Barahona et al. (2017) verificaram que adolescentes chilenos de classe econômica alta manifestaram valores significativamente superiores no escore global da *AHSP* quando comparados a adolescentes das classes econômicas média e baixa. Quanto às dimensões que constituem a *AHPS*, Rojas-Barahona et al. (2017) notaram que os adolescentes de classe econômica alta, quando comparados aos das classes média e baixa, obtiveram escores significativamente superiores nas dimensões “Nutrição”, “Suporte Social”, “Valorização da Vida” e “Exercício Físico”. Segundo os autores, melhores condições econômicas podem implicar em maior compreensão de aspectos relacionados à saúde e ao bem-estar, e em mais recursos para adoção de comportamentos saudáveis, o que não foi evidenciado entre os adolescentes com deficiência visual.

É importante destacar que o tamanho relativamente reduzido da amostra no presente estudo, apesar de sua alta especificidade, pode ter dificultado a detecção

de diferenças significativas nos escores da *AHPS* entre os diferentes sexos, faixa etárias, graus de escolaridade do chefe da família e classes econômicas. Além disso, os adolescentes avaliados frequentam as mesmas instituições e, conseqüentemente, estão expostos a estímulos semelhantes. Tal fato pode fazer com que os adolescentes apresentem padrões similares em relação aos comportamentos de promoção à saúde.

Em relação aos comportamentos de risco à saúde, a literatura aponta que adolescentes com deficiência exibem um perfil diferente de envolvimento nestes comportamentos quando comparados a adolescentes sem deficiência. Alguns estudos indicam que adolescentes com deficiência apresentam baixas taxas de consumo de bebida alcoólica, cigarro e drogas ilícitas (GLOVER, EMERSON, ECCLES, 2012; INTERDONATO, GREGUOL, 2011; SOE et al., 2012; STEELE et al., 2004). Segundo Steele et al. (2004), essa população é mais propensa a apresentar padrões alimentares pouco saudáveis e estilo de vida sedentário, contudo, é menos propensa a consumir bebida alcoólica, fumar e usar drogas ilícitas. Para Lennox (2002), o consumo dessas substâncias diminui à medida que as necessidades de apoio aumentam, o que possivelmente está associado à dificuldade de acesso a dinheiro e a menor participação em atividades comunitárias.

No presente estudo, os comportamentos de risco à saúde foram avaliados através de uma anamnese, juntamente com características sociodemográficas. Observou-se que todos os participantes afirmaram nunca ter usado drogas ilícitas. Contudo, verificou-se que uma pequena parcela da amostra relatou já ter consumido álcool (25,8%) e tabaco (1,5%). Estes dados requerem atenção, uma vez que o consumo precoce dessas substâncias se caracteriza como um fator de exposição para problemas de saúde, além de aumentar acentuadamente o risco de dependência química ao longo da vida (STRAUCH et al., 2009). Destaca-se ainda que o consumo excessivo de álcool e o tabagismo constituem um grande problema de Saúde Pública e uma das principais causas de morte prematura evitável em todo mundo (BRASIL, 2007; CEBRID, 2010; WHO, 2009).

Em relação ao comportamento sexual, observou-se que a maior parte (95,5%) da amostra afirmou nunca ter mantido relações sexuais. Este achado é corroborado por outros estudos que verificaram baixas prevalências de atividade sexual em jovens com deficiência (MCCABE, CUMMINS, DEEKS, 2000; MCCABE, TALEPOROS, 2003). Esse fato provavelmente está associado à superproteção por parte dos pais e às menores oportunidades de convívio social fora do núcleo familiar.

Quanto aos participantes que relataram já ter vivenciado relações sexuais, verificou-se que a maioria (66,6%) afirmou sempre usar métodos preventivos de DST. Contudo, destaca-se que um (33,3%) adolescente relatou quase nunca usar tais métodos. Este fato pode estar associado à carência de informações e conhecimentos inerentes à sexualidade, tais como doenças sexualmente transmissíveis e métodos preventivos (BEZERRA, PAGLIUCA, 2010; MOURA, PEDRO, 2006). Segundo Rebouças et al. (2016), o desconhecimento sobre o tema pode tornar esses indivíduos mais vulneráveis às doenças sexualmente transmissíveis (REBOUÇAS et al., 2016). Diante disso, ressalta-se a necessidade de medidas que visem o fornecimento de informações relacionadas a essas temáticas para esses indivíduos, incentivando assim uma vivência saudável da sexualidade.

No presente estudo objetivou-se comparar os resultados obtidos na *AHPS* de acordo com o envolvimento nos comportamentos de risco avaliados, contudo, somente o consumo de álcool apresentou prevalências que possibilitassem tais comparações. Neste caso, verificou-se que os adolescentes que não consumiam bebida alcoólica, quando comparados aos que consumiam, apresentaram valores significativamente superiores nas dimensões “Nutrição”, “Suporte Social”, “Valorização da Vida”, “Controle do Estresse” e no escore global da *AHPS*. Achados semelhantes a esses foram observados por Ortabag et al. (2011), que estudaram comportamentos de promoção e de risco à saúde em adolescentes sem deficiência. A amostra destes autores foi composta por 1351 adolescentes turcos, de ambos os sexos, com idades entre 11 e 19 anos. Os autores utilizaram os valores médios obtidos nas dimensões e no escore global da *AHPS* como pontuação de corte. Deste modo, os participantes foram divididos entre aqueles que apresentaram valores inferiores e aqueles que apresentaram valores superiores aos escores médios da amostra como um todo. Os resultados demonstraram prevalências significativamente superiores de adolescente que não consumiam bebida alcoólica no grupo que apresentou valores superiores aos da pontuação de corte nas dimensões “Suporte Social” e “Gerenciamento do Estresse”. Além disso, os achados de Ortabag et al. (2011) demonstraram que o tabagismo e alguns comportamentos sedentários também afetaram de maneira negativa os escores obtidos na *AHPS*.

Estes resultados, assim como os do presente estudo, demonstram que os comportamentos de risco podem afetar de maneira negativa os comportamentos de promoção à saúde em adolescentes com e sem deficiência. Portanto, destaca-se

a importância de estratégias que objetivem identificar e reduzir os comportamentos de risco à saúde em adolescentes com deficiência, visto que tais práticas, além de comprometerem diretamente a saúde, também podem influenciar de maneira negativa o engajamento em práticas saudáveis.

6.3 Análise de *Cluster*

A amostra do presente estudo foi dividida em três *Clusters*, visando o agrupamento dos participantes de acordo com suas similaridades em relação aos escores obtidos na *AHPS*. Os valores de mediana verificados no escore global da *AHPS* sugerem que os adolescentes do *Cluster* I manifestaram comportamentos de promoção à saúde com a frequência de “muitas vezes” nos últimos 30 dias. Já os adolescentes dos *Clusters* II e III apresentaram esses comportamentos com a frequência de “algumas vezes” e “poucas vezes”, respectivamente.

Todas as dimensões, bem como o escore global da *AHPS*, diferiram de maneira significativa entre os *Clusters*. Na maioria dos casos o *Cluster* I apresentou escores significativamente superiores aos observados nos demais *Clusters*. Associado a isso, o *Cluster* I apresentou prevalências estatisticamente superiores de adolescentes que afirmaram praticar atividade física regularmente.

Deste modo, pode-se presumir que a maior prevalência de adolescentes que praticavam atividade física no *Cluster* I foi um fator determinante para os resultados superiores verificados na *AHPS*. Destaca-se que existem outros estudos que verificaram associação entre prática de atividade física e comportamentos de promoção à saúde (BEBETSOS, CHRONI, THEODORAKIS, 2002; INCE, EBEM, 2009; JOHNSON et al., 1998). Nesse sentido, Johnson et al. (1998) verificaram que a prática de atividade física estava associada a hábitos alimentares saudáveis em jovens universitários.

Além disso, nota-se a existência de estudos que observaram associações positivas entre prática de atividade física e qualidade de vida (BROWN et al., 2014; GOPINATH et al., 2012; SILVA et al., 2010). Ressalta-se que os questionários destinados à avaliação da qualidade de vida também consideram aspectos relacionados a práticas saudáveis, como atividade física, suporte social e bem-estar psicológico.

No estudo de Gopinath et al. (2012) objetivou-se verificar a influência da atividade física sobre a qualidade de vida de adolescentes australianos sem deficiência. Os resultados demonstraram associações positivas entre prática de atividade física e o escore global de qualidade de vida, avaliada através do *Pediatric Quality of Life Inventory – PedsQL*. Além disso, os autores verificaram que os adolescentes mais ativos fisicamente apresentaram resultados significativamente superiores nas dimensões “Física” e “Social” do *PedsQL*. Por outro lado, os autores verificaram que os adolescentes que gastavam mais tempo em atividades sedentárias manifestaram resultados significativamente inferiores no escore global do *PedsQL* e nas dimensões “Física”, “Psicossocial”, “Emocional” e “Escolar”.

Diante disso, observa-se uma série de evidências que indicam que a atividade física tende a influenciar de maneira positiva o envolvimento em comportamentos saudáveis. Sabe-se, contudo, que pessoas com deficiência tendem a ser menos ativas fisicamente do que o restante da população, devido principalmente à falta de ambientes adaptados, de profissionais capacitados e de acessibilidade (INTERDONATO, GREGUOL, 2011). Este fato pode contribuir para o surgimento de uma série de condições secundárias nessa população, tais como obesidade, hipertensão, diabetes, entre outras (RIMMER, ROWLOAND, YAMAKI, 2007). Interdonato e Greguol (2009) apontam que a prática de atividade física, além de favorecer a inclusão de pessoas com deficiência, também contribui para a manutenção da saúde e da capacidade funcional desses indivíduos. Diante disso, torna-se evidente a necessidade de intervenções com o objetivo de otimizar os níveis de atividade física de pessoas com deficiência, a fim de promover a saúde e a qualidade de vida desses indivíduos.

Segundo Reid, Bouffard e MacDonald (2012), estudos envolvendo pessoas com deficiência enfrentam algumas limitações, como reduzido número de sujeitos na amostra, insuficiência de estudos para fins de comparação e, conseqüentemente, carência de padrões de referência. Da mesma forma, no presente estudo foram verificados alguns fatores limitantes que podem ter influenciado os resultados. Dentre estes, merece destaque o tamanho relativamente reduzido da amostra, composta por 66 adolescentes. Além disso, os participantes frequentavam instituições adaptadas à sua deficiência, podendo apresentar padrões distintos relacionados às variáveis pesquisadas. Por fim, destaca-se que não foram identificados na literatura estudos que avaliaram adolescentes com deficiência através

da *AHPS*, dificultando as comparações dos resultados entre indivíduos com características similares.

Contudo, alguns pontos precisam ser considerados. Primeiro, o número amostral, apesar de reduzido para a realização de algumas análises estatísticas, é considerado expressivo e representativo quando se trata da especificidade da população (adolescentes com deficiência visual), correspondendo à quase totalidade dos adolescentes com deficiência visual frequentadores de instituições específicas dos municípios pesquisados. Além disso, o fato de todos os adolescentes frequentarem instituições específicas, embora possa oferecer uma característica de “vício” à amostra, é muito comum em estudos relacionados a pessoas com deficiência, dada a dificuldade de localizar estes indivíduos fora do contexto de tais instituições. Assim, apesar das limitações existentes, este estudo preenche uma lacuna importante na literatura e talvez possa oferecer informações relevantes para o desenvolvimento de futuras intervenções.

7 CONCLUSÃO

Diante dos resultados apresentados no presente estudo, conclui-se que os adolescentes avaliados raramente praticaram comportamentos de risco à saúde, como tabagismo, uso de drogas ilícitas e relações sexuais sem proteção. Contudo, observou-se que uma pequena parcela da amostra relatou já ter consumido bebida alcoólica.

Em relação às práticas saudáveis, notou-se que os participantes manifestaram comportamentos de promoção à saúde com a frequência de pelo menos “algumas vezes” nos últimos 30 dias. Quanto às dimensões que constituem a *AHPS*, observaram-se os maiores escores nas dimensões “Valorização da Vida” e “Nutrição”. Já os menores escores foram encontrados nas dimensões “Responsabilidade pela Saúde” e “Exercício Físico”.

Ao analisar os comportamentos de promoção à saúde de acordo com a prática de atividade física, notou-se que os participantes que praticavam atividade física regularmente obtiveram valores significativamente superiores no escore global da *AHPS* e em todas as dimensões do instrumento, exceto “Controle do Estresse”. Da mesma forma, observou-se que os adolescentes que não consumiam álcool, quando comparados aos que consumiam, manifestaram escores significativamente superiores nas dimensões “Nutrição”, “Suporte Social”, “Valorização da Vida”, “Controle do Estresse” e no escore global da *AHPS*. Por outro lado, não foram constatadas diferenças significativas ao comparar os resultados da *AHPS* entre os diferentes sexos, faixas etárias, graus de escolaridade do chefe da família, níveis econômicos, classificações e origens da deficiência visual.

Por meio da análise de *Cluster*, pode-se notar que os adolescentes do *Cluster I* apresentaram escores estatisticamente superiores aos adolescentes dos demais *Clusters* no escore global da *AHPS* e nas dimensões “Responsabilidade pela Saúde”, “Valorização da Vida” e “Exercício Físico”. Associado a isso, o *Cluster I* apresentou prevalências significativamente superiores de participantes que afirmaram praticar atividade física regularmente.

Tendo em vista os resultados, sugerem-se intervenções que objetivem a adoção de práticas saudáveis por esta população, principalmente durante a infância e a adolescência, visto que os comportamentos adquiridos neste período tendem a permanecer durante a vida adulta. Da mesma forma, ressalta-se a necessidade de

estratégias destinadas à redução de comportamentos de risco, como consumo de álcool, e à otimização dos níveis de atividade física, uma vez que estas práticas parecem estar associadas aos comportamentos de promoção à saúde.

REFERÊNCIAS

AGHAMOLAEI, T.; TAVAFIAN, S. S. Health behaviors of a sample of adolescents in Bandar Abbas, Iran. **International Journal of High Risk Behaviors and Addiction**, v. 2, n. 1, p. 34-38, 2013.

ALMEIDA, E. W. **Estado de saúde, prática de atividade física e composição corporal em mulheres com deficiência visual no climatério e pós-menopausa**. 2015. 102f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

ALVES, M. L. T. **O aluno com deficiência visual nas aulas de Educação Física: Análise do processo inclusivo**. 2013. 79f. Tese (Doutorado em Educação Física) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

AMORIM, M. **Plasticidade comportamental no deficiente visual: Estudo com deficientes visuais em tarefas específicas do Goalball**. 2010. 189f. Tese (Doutorado em Ciências do Desporto) - Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, Porto.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critério de Classificação Econômica Brasil**. São Paulo, 2017.

BARBOSA, F. N. M.; CASOTTI, C. A.; NERY, A. A. Comportamento de risco à saúde de adolescentes escolares. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 4, p. 1-9, 2016.

BEBETSOS, E.; CHRONI, S.; THEODORAKIS, Y. Physically active students' intentions and self-efficacy towards healthy eating. **Psychological Reports**, v. 91, n. 2, p. 485-495, 2002.

BEZERRA, C. P.; PAGLIUCA, L. M. F. A vivência da sexualidade por adolescentes portadoras de deficiência visual. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 3, p. 578-583, 2010.

BITTENCOURT, Z. L.; HOEHNE, E. L. Qualidade de vida de deficientes visuais. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 39, n. 2, p. 260-264, 2006.

BLUM, R. W.; BEUHRING, T.; SHEW, M. L.; BEARINGER, L. H.; SIEVING, R. E.; RESNICK, M. D. The effects of race/ethnicity, income and family structure on adolescent risk behaviors. **American Journal of Public Health**, v. 90, n. 12, p. 1879-1884, dez. 2000.

BLUM, R. W.; KELLY, A.; IRELAND, M. Health-risk behaviors and protective factors among adolescents with mobility impairments and learning and emotional disabilities. **Journal of Adolescent Health**, v. 28, n. 6, p. 481-490, 2001.

BORGES, T. C. B. **Deficiência visual: Dificuldades e estratégias do professor no processo de inclusão escolar no ensino médio**. 2016. 193f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal do Maranhão, São Luiz.

BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Tabagismo: Um grave problema de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, 2011.

BRASIL. SENADO FEDERAL. **Estatuto da Pessoa com Deficiência**. Brasília: Imprensa Oficial, 2013.

BRITO, P. R.; VEITZMAN, S. Causas de cegueira e baixa visão em crianças. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, v. 63, n. 1, p. 49-54, 2000.

BROWN, D. R.; CARROLL, D. D.; WORKMAN, L. M.; CARLSON, S. A.; BROWN, D. W. Physical activity and health-related quality of life: US adults with and without limitations. **Quality of Life Research**, v. 23, n. 10, p. 2673-2680, 2014.

CAMPOS, C. **Eficácia percebida por atletas e treinador de judô paralímpico**. 2017. 148f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Universidade São Judas Tadeu, São Paulo.

CASTRO, S. S. D.; CÉSAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; BARROS, M. B. A.; ALVES, M. C. G. P.; GOLDBAUM, M. Deficiência visual, auditiva e física: Prevalência e fatores associados em estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1773-1782, 2008.

CASTRO, S. S.; LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C.; CESAR, C. L. G. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 99-105, 2011.

CAVALCANTE, M. B. P. T.; ALVES, M. D. S.; BARROSO, M. G. T. Adolescência, álcool e drogas: Uma revisão na perspectiva da promoção da saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 555-559, set. 2008.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS (CEBRID). **Livreto Informativo sobre drogas psicotrópicas**. São Paulo, 2010.

CHEN, M. Y.; JAMES, K.; WANG, E. K. Comparison of health-promoting behavior between Taiwanese and American adolescents: A cross-sectional questionnaire survey. **International Journal of Nursing Studies**, v. 44, n. 1, p. 59-56, 2007.

CHEN, M. Y.; WANG, E. K.; YANG, R. J.; LIOU, Y, M. Adolescent health promotion scale: Development and psychometric testing. **Public Health Nursing**, v. 20, n. 2, p. 104-110, mar./abr. 2003.

COUTO JUNIOR, A.; DE OLIVEIRA, L. A. G. As principais causas de cegueira e baixa visão em escola para deficientes visuais. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, v. 75, n. 1, p. 26-29, 2016.

CRAFT, D. The visual impaired. In: WINNICK, J. P. **Adapted physical education and sports**. Champaign: Human Kinetics, 2011.

DALCASTAGNE, A. L.; BERALDO, J. P. R.; JASPER, C. H.; MEZADRI, T.; CHESANI, F. H. Perfil socioeconômico, demográfico e consumo alimentar da pessoa com deficiência física adquirida do município de Itajaí (SC). **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais**, v. 2, n. 2, p. 115-127, 2015.

DAVIM, R. M. B.; GERMANO, R. M.; MENEZES, R. M. V.; CARLOS, D. J. D. Adolescente/adolescência: Revisão teórica sobre uma fase crítica da vida. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 10, n. 2, p. 131-140, abr./jun. 2009.

DE MOURA, G. R.; PEDRO, E. N. R. Adolescentes portadores de deficiência visual: Percepções sobre sexualidade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 220-226, 2006.

DUARTE, A. C.; FAILLACE, G. B. D.; WADI, M. T.; PINHEIRO, R. L. **Síndrome metabólica**: Semiologia, bioquímica e prescrição nutricional. Rio de Janeiro: Axcel Books do Brasil, 2005.

EMERSON, E. Underweight, obesity and exercise among adults with intellectual disabilities in supported accommodation in Northern England. **Journal of Intellectual Disability Research**, v. 49, n. 2, p. 134-143, 2005.

FAISON-HODGE, J.; PORRETTA, D. L. Physical activity levels of students with mental retardation and students without disabilities. **Adapted Physical Activity Quarterly**, v. 21, n. 2, p. 139-152, 2004.

FARIAS JUNIOR, J. C.; NAHAS, M. V.; BARROS, M. V. G.; LOCH, M. R.; OLIVEIRA, E. S.; BEM, M. F. L.; LOPES, A. S. Comportamentos de risco à saúde em adolescentes no Sul do Brasil: Prevalência e fatores associados. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 25, n. 4, p. 344-352, abr. 2009.

FONSECA, A. A.; CORDEIRO, M. A.; RODRIGUES, B. S. B.; COSTA, E. C. S.; DE OLIVEIRA, R. C.; OLIVEIRA, N. F.; REIS, V. M. C. P. Prevalência e fatores associados à obesidade em alunos com deficiência das escolas municipais de Montes Claros-MG. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 12, n. 70, p. 224-230, 2018.

GLOVER, G.; EMERSON, E.; ECCLES, R. **Using local data to monitor the health needs of people with learning disabilities**. Durham: Improving Health and Lives: Learning Disabilities Observatory, 2012.

GONZALEZ, R. H.; MACHADO, M. M. T. **Promoção da saúde em crianças e adolescentes**. João Pessoa: Imprell, 2016.

GOPINATH, B.; HARDY, L. L.; BAUR, L. A.; BURLUTSKY, G.; MITCHELL, P. Physical activity and sedentary behaviors and health-related quality of life in adolescents. **Pediatrics (English Edition)**, v. 130, n. 1, p. e167-e174, 2012.

GORGATTI, M. G.; TEIXEIRA, L.; VANÍCULA, M. C. Deficiência Visual. In: TEIXEIRA, L. **Atividade Física Adaptada e Saúde**: Da teoria à prática. São Paulo: Phorte, 2008.

GREGUOL, M.; DE ROSE JUNIOR, D. Aptidão física relacionada à saúde de jovens cegos em escolas regulares e especiais. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 19, n. 1, p. 42-53, 2009.

GREGUOL, M.; GOBBI, E.; CARRARO, A. Physical activity practice among children and adolescents with visual impairment-influence of parental support and perceived barriers. **Disability and Rehabilitation**, v. 37, n. 4, p. 327-330, 2014.

HADDAD, M. A. O.; LOBATO, F. J. C.; SAMPAIO, M. W.; KARA-JOSÉ, N. Pediatric and adolescent population with visual impairment: Study of 385 cases. **Clinics**, v. 61, n. 3, p. 239-246, 2006.

HÄKKINEN, A.; RINNE, M.; VASANKARI, T.; SANTTILA, M.; HÄKKINEN, K.; KYRÖLÄINEN, H. Association of physical fitness with health-related quality of life in Finnish young men. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 8, n. 1, p. 15, 2010.

HALLEMANI, S.; KALE, M.; GHOLAP, M. Level of stress and coping strategies adopted by adolescents with visual impairment. **International Journal of Science and Research**, v. 3, n. 7, p. 1182-1187, jul. 2014.

HARRIS, J.; LORD, C. Mental health of children with vision impairment at 11 years of age. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 58, n. 7, p. 774-779, 2016.

HASKELL, W. L.; LEE, I. M.; PATE, R. R.; POWELL, K. E.; BLAIR, S. N.; FRANKLIN, B. A.; MACERA, C. A.; HEATH, G. W.; THOMPSON, P. D.; BAUMAN, A. Physical activity and public health: Updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Circulation**, v. 116, n. 9, p. 1081, 2007.

HOOTMAN, J. M.; MACERA, C. A.; AINSWORTH, B. E.; MARTIN, M.; ADDY, C. L.; BLAIR, S. N. Association among physical activity level, cardiorespiratory fitness, and risk of musculoskeletal injury. **American Journal of Epidemiology**, v. 154, n. 3, p. 251-258, 2001.

HOUWEN, S.; HARTMAN, E.; VISSCHER, C. The relationship among motor proficiency, physical fitness, and body composition in children with and without visual impairments. **Research Quarterly for Exercise and Sport**, v. 81, n.3, p. 290-299, 2010.

HSIEH, K.; RIMMER, J. H.; HELLER, T. Obesity and associated factors in adults with intellectual disability. **Journal of Intellectual Disability Research**, v. 58, n. 9, p. 851-863, 2014.

HUURRE, T. M.; KOMULAINEN, E. J.; ARO, H. M. Social support and self-esteem among adolescents with visual impairments. **Journal of Visual Impairment & Blindness**, v. 93, n. 1, p. 26-37, 1999.

HUURRE, T. **Psychosocial development and social support among adolescents with visual impairment**. Tampere: Tampere University Press, 2000.

İNCE, M. L.; EBEM, Z. Role of exercise stages in self-reported health-promoting behaviors of a group of Turkish adolescents at transition to university. **Perceptual and Motor Skills**, v. 108, n. 2, p. 399-404, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cartilha do Censo 2010** – Pessoas com deficiência. Brasília: Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD), 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2010**: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde**. Rio de Janeiro, 2013.

INTERDONATO, G. C. **Prática habitual de atividade física e cuidados de saúde em adolescentes com deficiência sensorial**. 2012. 89f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

INTERDONATO, G. C.; GREGUOL, M. Auto-análise da imagem corporal de adolescentes com deficiência visual sedentários e fisicamente ativos. **Conexões**, v. 7, n. 3, p. 1-13, set./dez. 2009.

INTERDONATO, G. C.; GREGUOL, M. Promoção da saúde de pessoas com deficiência: Uma revisão sistemática. **HU Revista**, v. 37, n. 3, p. 369-375, 2011.

INTERDONATO, G. C.; GREGUOL, M. Qualidade de vida e prática habitual de atividade física em adolescentes com deficiência. **Journal of Human Growth and Development**, v. 21, n. 2, p. 282-295, 2011.

INTERNATIONAL BLIND SPORTS FEDERATION (IBSA). Disponível em: <<http://www.ibsasport.org/classification/>>. Acesso em: 01 de maio de 2018.

ISHTIAQ, R.; CHAUDHARY, M. H.; RANA, M. A.; JAMIL, A. R. Psychosocial implications of blindness and low vision in students of a school for children with blindness. **Pakistan Journal of Medical Sciences**, v. 32, n. 2, p. 431-434, 2016.

JOHNSON, M. F.; NICHOLS, J. F.; SALLIS, J. F.; CALFAS, K. J.; HOVELL, M. F. Interrelationships between physical activity and other health behaviors among university women and men. **Preventive Medicine**, v. 27, n. 4, p. 536-544, 1998.

JONES, S. E.; LOLLAR, D. J. Relationship between physical disabilities or long-term health problems and health risk behaviors or conditions among US high school students. **Journal of School Health**, v. 78, n. 5, p. 252-257, 2008.

KEF, S.; BOS, H. Is love blind? Sexual behavior and psychological adjustment of adolescents with blindness. **Sexuality and Disability**, v. 24, n. 2, p. 89-100, 2006.

KEF, S.; DEKOVIĆ, M. The role of parental and peer support in adolescents well-being: A comparison of adolescents with and without a visual impairment. **Journal of Adolescence**, v. 27, n. 4, p. 453-466, 2004.

KEF, S.; HOX, J. J.; HABEKOTHE, H. T. Social networks of visually impaired and blind adolescents: Structure and effect on well-being. **Social Networks**, v. 22, n. 1, p. 73-91, 2000.

KHAWAJA, A. P.; CHAN, M. P. Y.; HAYAT, S.; BROADWAY, D. C.; LUBEN, R.; GARWAY-HEATH, D. F.; SHERWIN, J. C.; YIP, J. L. Y.; DALZELL, N.; WAREHAM, N. J.; KHAW, K.; FOSTER, P. J. The EPIC-Norfolk Eye Study: Rationale, methods and a cross-sectional analysis of visual impairment in a population-based cohort. **British Medical Journal**, v. 3, p. 1-10, 2013.

KINNE, S.; PATRICK, D. L.; DOYLE, D. L. Prevalence of secondary conditions among people with disabilities. **American Journal of Public Health**, v. 94, n. 3, p. 443-445, 2004.

KODISH, S.; KULINNA, P. H.; MARTIN, J.; PANGRAZI, R.; DARST, P. Determinants of physical activity in an inclusive setting. **Adapted Physical Activity Quarterly**, v. 23, n. 4, p. 390-409, 2006.

KORACH, O.; TENNENBAUM, A.; SCHNITZER, R.; OMOY, A. Early motor development of blind children. **Journal of Pediatrics and Child Health**, v. 36, n. 3, p. 226-229, 2000.

KRAHN, G. L.; WALKER, D. K.; DE ARAUJO, R. C. Persons with disabilities as an unrecognized health disparity population. **American Journal of Public Health**, v. 105, n. S2, p. S198-S206, 2015.

LAWSON, L. M.; HISKEY, B.; THELEMAN, M. Effects of a national health promotion program for improving health behaviors of individuals with disabilities. **Therapeutic Recreation Journal**, v. 52, n. 1, p. 58-70, 2018.

LENNOX, N. Health promotion and disease prevention. In: PRASHER, V.; JANICKI, M. **Physical health of adults with intellectual disabilities**. 1. ed. Oxford: Blackwell Publishing, 2002.

LIEBERMAN, L. J. Visual Impairments. In: WINNICK, J. P. **Adapted Physical Education and Sports**. 5. ed. Champaign: Human Kinetics, 2011.

LIEBERMAN, L. J.; BYRNE, H.; MATTERN, C. O.; WATT, C. A.; FERNÁNDEZ-VIVÓ, M. Health-related fitness of youths with visual impairments. **Journal of Visual Impairment & Blindness**, v. 104, n. 6, p. 349-359, 2010.

LIEBERMAN, L. J.; STUART, M. E.; HAND, K.; ROBINSON, B. An investigation of the motivational effects of talking pedometers among children with visual impairments and deaf-blindness. **Journal of Visual Impairment & Blindness**, v. 100, n. 12, p. 726-736, 2006.

LOCH, M. R.; BORTOLETTO, M. S. S.; SOUZA, R. K. T.; MESAS, A. E. Simultaneidade de comportamentos de risco para a saúde e fatores associados em estudo de base populacional. **Caderno Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 180-187, 2015.

LONGMUIR, P. E.; BAR-OR, O. Factors influencing the physical activity levels of youths with physical and sensory disabilities. **Adapted Physical Activity Quarterly**, v. 17, n. 1, p. 40-53, 2000.

LOPES, M.C.B.; KITADAI, S.P.S.; OKAI, L.A. Avaliação e tratamento fisioterapêutico das alterações motoras presentes em crianças deficientes visuais. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, v. 63, n. 3, p. 155-161, 2004.

MAHARAJ, R. G.; NUNES, P.; RENWICK, S. Health risk behaviours among adolescents in the English-speaking Caribbean: A review. **Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health**, v. 3, n. 10, p. 1-12, 2009.

MAHAT, G.; SCOLOVENO, M.; WHALEN, C. Positive health practices of urban minority adolescents. **The Journal of School Nursing**, v. 18, n. 3, p. 163-169, jun. 2002.

MALTAIS, D. B.; VANIER, K. Parents' most salient beliefs about parental support of physical activity in children with cerebral palsy. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v. 42, n. 5, p. 737-738, 2010.

MARMELEIRA, J. F. F.; DE AZEVEDO FERNANDES, J. M. G.; RIBEIRO, N. C.; DE ARAÚJO TEIXEIRA, J.; GUTIERRES FILHO, P. J. B. Barreiras para a prática de atividade física em pessoas com deficiência visual. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 40, n. 2, p. 197-204, 2018.

MARTÍN, M. B.; BUENO, S. T. **Deficiência visual: Aspectos psicoevolutivos e educativos**. São Paulo: Santos, 2003.

MCCABE, M. P.; CUMMINS, R. A.; DEEKS, A. A. Sexuality and quality of life among people with physical disability. **Sexuality and Disability**, v. 18, n. 2, p. 115-123, 2000.

MCCABE, M. P.; TALEPOROS, G. Sexual esteem, sexual satisfaction, and sexual behavior among people with physical disability. **Archives of Sexual Behavior**, v. 32, n. 4, p. 359-369, 2003.

MCGUIRE, B. E.; DALY, P.; SMYTH, F. Lifestyle and health behaviours of adults with an intellectual disability. **Journal of Intellectual Disability Research**, v. 51, n. 7, p. 497-510, 2007.

MCMILLEN, J. S.; MCMILLEN, B. J.; SIMEONSSON, R. J. Risk behaviors among students with and without disabilities: The North Carolina High School YRBS. In: **Proceedings of the First CDC Conference on Birth Defects, Developmental Disabilities, and Disability and Health**. Atlanta, 2002.

MELVILLE, C. A.; HAMILTON, S.; MILLER, S.; BOYLE, S.; ROBINSON, N.; PERT, C.; HANKEY, C. R. Carer knowledge and perceptions of healthy lifestyles for adults with intellectual disabilities. **Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities**, v. 22, n. 3, p. 298-306, 2009.

MILLER, B. C.; BENSON, B. Romantic and sexual relationship development during adolescence. In: FURMAN, W.; BROWN, B.; FEIRING, C. **The development of romantic relationships in adolescence**. 1. ed. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.

MO, P. K. H.; WINNIE, W. S. M. The influence of health promoting practices on the quality of life of community adults in Hong Kong. **Social Indicators Research**, v. 95, n. 3, p. 503-517, 2010.

MORGADO, F. F. D. R.; CAMPANA, A. N. N. B.; MORGADO, J. J. M.; FORTES, L. D. S.; TAVARES, M. D. C. G. C. How persons with congenital blindness perceive facilitators and barriers for the practice of physical activities. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 19, n. 3, p. 379-394, 2013.

MUNSTER, M. A. V.; ALMEIDA, J. J. G. Atividade Física e Deficiência Visual. In: GREGUOL, M.; COSTA, R. F. **Atividade Física Adaptada: Qualidade de vida para pessoas com necessidades especiais**. 4. ed. Barueri: Manole, 2018.

MUSAVIAN, A. S.; PASHA, A.; RAHEBI, S. M.; ROUSHAN, Z. A.; GHANBARI, A. Health promoting behaviors among adolescents: A cross-sectional Study. **Nursing and Midwifery Studies**, v. 3, n. 1, p. 1-7, abr. 2014.

MUZA, G. M.; COSTA, M. P. Elementos para a elaboração de um projeto de promoção à saúde e desenvolvimento dos adolescentes: O olhar dos adolescentes. **Caderno de Saúde Pública**, v. 18, n. 1, p. 321-328, jan./fev. 2002.

OHENE, S. A.; IRELAND, M.; BLUM, R. W. The clustering of risk behaviors among Caribbean youth. **Maternal and Child Health Journal**, v. 9, n. 1, p. 91-100, mar. 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Carta de Ottawa para a promoção da saúde**. Versão portuguesa "Uma Conferência Internacional para a Promoção da Saúde com vista a uma nova Saúde Pública", Ottawa, 1986.

ORTABAG, T.; CEYLAN, S.; AKYUZ, A.; BEBIS, H. The validity and reliability of the exercise benefit/barriers scale for Turkish military nursing students. **South African Journal for Research in Sport, Physical Education and Recreation**, v. 32, n. 2, p. 55-70, 2010.

ORTABAG, T.; OZDEMIR, S.; BAKIR, B.; TOSUN, N. Health promotion and risk behaviors among adolescents in Turkey. **Journal of School Nursing**, v. 27, n. 4, p. 304-315, 2011.

PAULIK, E.; BÓKA, F.; KERTÉSZ, A.; BALOGH, S.; NAGYMAJTÉNYI, L. Determinants of health-promoting lifestyle behaviour in the rural areas of Hungary. **Health Promotion International**, v. 25, n. 3, p. 277-288, abr. 2010.

PICAVET, H. S. J.; HOEYMANS, N. Physical disability in the Netherlands: Prevalence, risk groups and time trends. **Public Health**, v. 116, n. 4, p. 231-237, 2002.

PINQUART, M.; PFEIFFER, J. P. Perceived social support in adolescents with and without visual impairment. **Research in Developmental Disabilities**, v. 34, n. 11, p. 4125-4133, 2013.

RAIYAT, A.; NOURANI, N.; SAMIEI SIBONI, F.; SADEGHI, T.; ALIMORADI, Z. Health Improving Behaviors in students of Qazvin Secondary schools in 2011. **Journal of Health**, v. 3, n. 3, p. 46-53, 2012.

REBOUÇAS, C. B. D. A.; ARAÚJO, M. M. D.; BRAGA, F. C.; FERNANDES, G. T.; COSTA, S. C. Avaliação da qualidade de vida de deficientes visuais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 1, p. 72-78, 2016.

REID, G.; BOUFFARD, M.; MACDONALD, C. Creating evidence-based research in adapted physical activity. **Adapted Physical Activity Quarterly**, v. 29, n. 2, p. 115-131, 2012.

RIMMER, J. A.; ROWLAND, J. L. Physical activity for youth with disabilities: A critical need in an underserved population. **Developmental Neurorehabilitation**, v. 11, n. 2, p. 141-148, 2008.

RIMMER, J. H.; BRADDOCK, D.; MARKS, B. Health characteristics and behaviors of adults with mental retardation residing in three living arrangements. **Research in Developmental Disabilities**, v. 16, n. 6, p. 489-499, 1995.

RIMMER, J.; ROWLAND, J.; YAMAKI, K. Obesity and secondary conditions in adolescents with disabilities: Addressing the needs of an underserved population. **Journal of Adolescent Health**, v. 41, n. 1, p. 224-229, 2007.

ROBERTSON, J.; EMERSON, E.; BAINES, S.; HATTON, C. Obesity and health behaviours of British adults with self-reported intellectual impairments: Cross sectional survey. **BMC Public Health**, v. 14, n. 1, p. 219, 2014.

ROBERTSON, J.; EMERSON, E.; GREGORY, N.; HATTON, C.; TURNER, S.; KESSISSOGLU, S.; HALLAM, A. Lifestyle related risk factors for poor health in residential settings for people with intellectual disabilities. **Research in Developmental Disabilities**, v. 21, n. 6, p. 469-486, 2000.

ROCHA, H.; RIBEIRO-GONÇALVES, E. **Ensaio sobre a problemática da cegueira: Prevenção, recuperação, reabilitação**. Belo Horizonte: Fundação Hilton Rocha, 1987.

ROJAS-BARAHONA, C. A.; GAETE, J.; OLIVARES, E.; FÖRSTER, C. E.; CHANDIA, E.; CHEN, M. Y. Psychometric evaluation of the Adolescent Health Promotion Scale in Chile: Differences by socioeconomic status and gender. **Journal of Nursing Research**, v. 25, n. 6, p. 471-480, 2017.

RUUD, M. P.; RAANAAS, R. K.; BJELLAND, M. Caregivers' perception of factors associated with a healthy diet among people with intellectual disability living in community residences: A concept mapping method. **Research in Developmental Disabilities**, v. 59, n. 1, p. 202-210, 2016.

- SANTOS, A. R. M.; OLIVEIRA, L. M. F. T.; SILVA, E. A. P. C.; DABBICCO, P.; SOUZA, M. R. M.; CAMINHA, I, O.; FREITAS, C. M. S. M. Ritual de iniciação aos comportamentos de risco na adolescência. **ConScientiae Saúde**, v. 12, n. 4, p. 638-647, 2013.
- SANTOS, K. F.; BÓGUS, C. M. A percepção de educadores sobre a escola promotora de saúde: Um estudo de caso. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 17, n. 3, p. 123-133, 2007.
- SAWYER, S. M.; AFIFI, R. A.; BEARINGER, L. H.; BLAKEMORE, S. J.; DICK, B.; EZEH, A. C.; PATTON, G. C. Adolescence: A foundation for future health. **Lancet**, v. 379, p. 1630-1640, abr. 2012.
- SCHERER, R. L.; LOPES, A. S. Atividade física habitual em adultos com deficiência visual: Uma revisão sistemática. **Revista Pensar a Prática**, v. 16, n. 1, p. 234-247, jan./mar. 2013.
- SENJAM, S.; SINGH, A. Health promoting behavior among college students in Chandigarh, India. **Indian Journal of Community Health**, v. 24, n. 1, p. 58-62, jan. 2012.
- SERON, B. B.; DE ARRUDA, G. A.; GREGUOL, M. Facilitadores e barreiras percebidas para a prática de atividade física por pessoas com deficiência motora. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 37, n. 3, p. 214-221, 2015.
- SERON, B. B.; INTERDONATO, G. C.; LUIZ JUNIOR, C. C.; GREGUOL, M. Prática de atividade física habitual entre adolescentes com deficiência visual. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 26, n. 2, p. 231-239, abr./jun. 2012.
- SHIELDS, N.; SYNNOT, A. J.; BARR, M. Perceived barriers and facilitators to physical activity for children with disability: A systematic review. **British Journal of Sports Medicine**, v. 46, n. 14, p. 989-997, 2012.
- SILVA, M. R. **Incidência de lesões esportivas em atletas de goalball**: Impacto na qualidade de vida. 2017. 107f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina.
- SILVA, R. S.; SILVA, I. D.; SILVA, R. A. D.; SOUZA, L.; TOMASI, E. Atividade física e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 115-120, 2010.
- SOE, M. M.; SWANSON, M. E.; BOLEN, J. C.; THIBADEAU, J. K.; JOHNSON, N. Health risk behaviors among young adults with spina bifida. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 54, n. 11, p. 1057-1064, 2012.
- SOPHIA, N. S.; PRAGATHI, S. Stress experienced by visually challenged adolescent girls. **International Journal of Applied Research**, v. 3, n. 4, p. 163-164, 2017.
- SPEAR, H. J.; KULBOK, P. A. Adolescent health behaviors and related factors: A review. **Public Health Nursing**, v. 18, n. 2, p. 82-93, 2001.

STANISH, H. I. Accuracy of pedometers and walking activity in adults with mental retardation. **Adapted Physical Activity Quarterly**, v. 21, n. 2, p. 167-179, 2004.

STEELE, C. A.; KALNINS, I. V.; ROSSEN, B. E.; BIGGAR, D. W.; BORTOLUSSI, J. A.; JUTAI, J. W. Age-related health risk behaviors of adolescents with physical disabilities. **Sozial-und Präventivmedizin**, v. 49, n. 2, p. 132-141, 2004.

STOLTZ, A. D.; COBURN, S.; KNICKELBEIN, A. Building local infrastructure for coordinated school health programs: A pilot study. **The Journal of School Nursing**, v. 25, n. 2, p. 133-140, abr. 2009.

STRAUCH, E. S.; PINHEIRO, R. T.; SILVA, R. A.; HORTA, B. L. Uso de álcool por adolescentes: Estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 647-655, 2009.

STUART, M. E.; LIEBERMAN, L.; HAND, K. E. Beliefs about physical activity among children who are visually impaired and their parents. **Journal of Visual Impairment & Blindness**, v. 100, n. 4, p. 223-234, 2006.

TE VELDE, S. J.; TWISK, J. W.; BRUG, J. Tracking of fruit and vegetable consumption from adolescence into adulthood and its longitudinal association with overweight. **British Journal of Nutrition**, v. 98, n. 2, p. 431-438, 2007.

TEIXEIRA, M. **Comportamentos de risco para a saúde em universitários**. 2014. 141f. Tese (Doutorado em Educação Física) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

THOITS, P. A. Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 52, n. 2, p. 145-161, 2011.

THOMAS, J. R.; NELSON, J. K.; SILVERMAN, S. J. **Métodos de pesquisa em atividade física**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

TOMÁS, C. C.; QUEIRÓS, P. J. P.; FERREIRA, T. J. R. Comportamentos promotores de saúde: Propriedades psicométricas de um instrumento de avaliação. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 22-29, 2015.

WANG, D.; OU C. Q.; CHEN, M. Y.; DUAN, N. Health-promoting lifestyles of university students in Mainland China. **BMC Public Health**, v. 9, n. 379, p. 1-9, 2009.

WARD, S.; FARNSWORTH, C.; BABKES-STELLINO, M.; PERRETT, J. Parental influence and the attraction to physical activity for youths who are visually impaired at a residential-day school. **Journal of Visual Impairment & Blindness**, v. 105, n. 8, p. 493-499, 2011.

WARREN, D. H. **Blindness and children: An individual differences approach**. Cambridge: Cambridge University, 1994.

WILBER, N.; MITRA, M.; WALKER, D. K.; ALLEN, D. Disability as a public health issue: Findings and reflections from the Massachusetts survey of secondary conditions. **The Milbank Quarterly**, v. 80, n. 2, p. 393-421, 2002.

WINNICK, J. P. **Adapted physical education and sports**. Champaign: Human Kinetics, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Constitution of World Health Organization**. Geneva, 1946.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks**. Geneva, 2009.

WRZESIŃSKA, M.; LIPERT, A.; URZĘDOWICZ, B.; PAWLICKI, L. Self-reported physical activity using International Physical Activity Questionnaire in adolescents and young adults with visual impairment. **Disability and Health Journal**, v. 11, n. 1, p. 20-30, 2018.

YANNAKOULIA, M.; KARAYIANNIS, D.; TERZIDOU, M.; KOKKEVI, A.; SIDOSSIS, L. S. Nutrition related habits of Greek adolescents. **European Journal of Clinical Nutrition**, v. 58, n. 4, p. 580-586, 2004.

ZUPPA, M. A. **Adolescent Health Promotion Scale: Tradução, adaptação e validade para uso em adolescentes brasileiros**. 2017. 84f. Dissertação (Mestrado Profissional em Exercício Físico na Promoção da Saúde) - Universidade Norte do Paraná, Londrina.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Modelo Para Adolescentes

COMPORTAMENTOS DE PROMOÇÃO E DE RISCO À SAÚDE ENTRE ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA VISUAL

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidar o adolescente sob sua responsabilidade para participar da pesquisa “**Comportamentos de promoção e de risco à saúde entre adolescentes com deficiência visual**”, a ser realizada na instituição de atendimento (ensino, reabilitação, entre outros) ao adolescente sob sua responsabilidade. O objetivo da pesquisa é identificar a prevalência de comportamentos de promoção e de risco à saúde entre adolescentes com deficiência visual. A participação do adolescente é muito importante e ela se daria da seguinte forma: respondendo uma anamnese, com questões referentes a comportamentos de risco à saúde, e dois questionários, um sobre comportamentos de promoção à saúde e outro destinado a aspectos econômicos. Para avaliar os comportamentos de promoção à saúde será utilizada a *Adolescent Health Promotion Scale* (Escala de Promoção à Saúde do Adolescente), composta por 34 questões que abordam temas como nutrição, suporte social, responsabilidade pela saúde, valorização da vida, exercício físico e controle do estresse. Para analisar os indicadores econômicos será utilizado o Questionário de Classificação Econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP.

Esclarecemos que a participação do adolescente é totalmente voluntária, podendo o(a) senhor(a) solicitar a recusa ou desistência da participação do adolescente a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo ao adolescente.

Esclarecemos, também, que as informações do adolescente sob sua responsabilidade serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa (ou para esta e futuras pesquisas) e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a identidade do adolescente.

Esclarecemos ainda, que nem o(a) senhor(a) e nem o adolescente sob sua responsabilidade pagarão ou serão remunerados(as) pela participação. Garantimos,

no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente da participação.

O benefício esperado é o conhecimento de aspectos relacionados à saúde, especialmente a comportamentos de promoção e de risco à saúde, possibilitando assim a identificação de grupos de risco e o subsídio ao desenvolvimento de programas direcionados à manutenção e melhoria do bem estar dos adolescentes. Quanto aos riscos, estes são os mínimos possíveis, uma vez que o adolescente participante da pesquisa apenas responderá uma anamnese e dois questionários. Lembramos, ainda, que o adolescente poderá abandonar a pesquisa a qualquer momento, sem qualquer ônus.

Informamos que esta pesquisa atende e respeita os direitos previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, Lei Federal nº 8069 de 13 de julho de 1990, sendo eles: à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Garantimos também que será atendido o Artigo 18 do ECA: “É dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor.”

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar (Guilherme Eduardo Guterres Heinemann, Rua Madrid, nº 489, Uraí – PR. Fone: (43)99906-0649. E-mail: guilherme_gh03@hotmail.com), ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue ao(à) senhor(a) .

Londrina, ____ de _____ de 201__.

Pesquisador Responsável

RG: 10.591.027-4

--

_____ (NOME POR EXTENSO DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE DA PESQUISA), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo com a participação **voluntária** do adolescente sob minha responsabilidade na pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

Assentimento Livre e Esclarecido do Adolescente _____

_____ (NOME POR EXTENSO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA), tendo sido totalmente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

Anamnese

Data atual: ___/___/_____

As questões iniciais serão utilizadas para descrever as características dos jovens que estão participando deste estudo.

Sexo: _____

Data de nascimento: ___/___/_____

Cidade: _____ Estado: _____

Deficiência:

() Visual completa () Visual Incompleta

() Física / Motora Qual? _____

- Há quanto tempo: _____

- Causa: _____

Usa algum equipamento para sua locomoção?

() Sim Qual? _____

() Não

Pratica atividade física / esportiva regularmente?

() Sim Qual? _____

Há quanto tempo? _____

Quantas horas por semana? _____

() Não

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

- Analfabeto / Primário incompleto
- Primário completo / Ginásio incompleto
- Ginásio completo / Colegial incompleto
- Colegial completo / Superior incompleto
- Superior completo

Qual o seu grau de instrução?

- Analfabeto / Primário incompleto
- Primário completo / Ginásio incompleto
- Ginásio completo / Colegial incompleto
- Colegial completo / Superior incompleto
- Superior completo

Você estuda / estudou em escola:

- Pública
- Privada
- Em ambas (pública e privada)
- Escola Especial

As próximas questões referem-se ao uso de drogas lícitas, como bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, cachaça, champagne, conhaque, licor, rum, gim, vodka, uísque, entre outras) e cigarro.

Com que frequência você consome pelo menos uma dose de bebida alcoólica?

- Nunca consumi bebidas alcoólicas
- Quase nunca
- Algumas vezes
- Quase sempre
- Sempre

Com que frequência você fuma cigarros?

- Nunca fumei cigarros
- Quase nunca
- Algumas vezes
- Quase sempre
- Sempre

<p>As próximas questões referem-se ao uso de drogas ilícitas (maconha, cocaína, crack, cola, spray aerosol, heroína, metanfetaminas, ecstasy).</p>

Com que frequência você usa maconha?

- Nunca usei maconha
- Quase nunca
- Algumas vezes
- Quase sempre
- Sempre

Com que frequência você utiliza outras drogas ilícitas (cocaína, crack, heroína, etc)?

- Nunca utilizei outras drogas ilícitas
- Quase nunca
- Algumas vezes
- Quase sempre
- Sempre

As próximas questões referem-se ao comportamento sexual.

Você já teve relacionamento sexual?

- Sim
- Não

Quando você tem relações sexuais, com que frequência você ou seu parceiro/parceira utiliza algum método para evitar doenças sexualmente transmissíveis?

- Nunca tive relações sexuais
- Nunca
- Quase nunca
- Algumas vezes
- Quase sempre
- Sempre

ANEXOS

ANEXO A

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos - UEL


PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA DE COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA A SAÚDE EM INDIVÍDUOS COM DEFICIÊNCIA VISUAL DE LONDRINA, PARANÁ.

Pesquisador: GUILHERME EDUARDO GUTERRES HEINEMANN

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 78681717.6.0000.5231

Instituição Proponente: CEFE - PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA UEM/UEL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.484.825

Apresentação do Projeto:

O documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1010967.pdf" em seu item "Resumo" diz: O objetivo do presente estudo será descrever e analisar a prevalência de comportamentos de risco para a saúde em adolescentes e jovens com deficiência visual na cidade de Londrina, Paraná. A população de referência para o estudo será composta por indivíduos com deficiência visual, de ambos os sexos, com idades entre 12 e 20 anos, residentes do município de Londrina. Serão convidados para compor a amostra todos os indivíduos frequentadores do Instituto Londrinense de Instrução e Trabalho para Cegos (ILITC). Para verificar a prevalência de comportamentos de risco será utilizado o Questionário Comportamentos de Risco em Jovens, composto por 87 questões, que abordam temas como segurança pessoal, violência, tristeza, intenção de suicídio, consumo de tabaco e bebidas alcoólicas, uso de drogas ilícitas, comportamento sexual, peso corporal, alimentação, atividade física e outros tópicos relacionados à saúde. Para analisar os indicadores socioeconômicos será utilizado o Questionário de Classificação Econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP. Para a caracterização da amostra será empregada estatística descritiva. Para análise dos comportamentos de riscos entre os diferentes gêneros será utilizado o Teste "t" de Student. Já na análise dessas variáveis entre as diferentes faixas etárias e condições socioeconômicas será aplicada a Análise de Variância (ANOVA) One-Way.

Endereço: LABESC - Sala 14

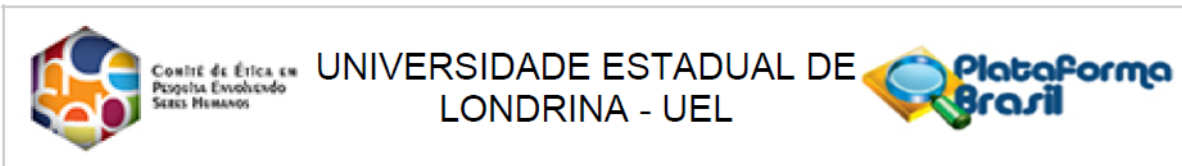
Bairro: Campus Universitário

UF: PR **Município:** LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 2.484.825

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O objetivo do presente estudo será descrever e analisar a prevalência de comportamentos de risco para a saúde em adolescentes e jovens com deficiência visual na cidade de Londrina, Paraná.

Objetivo Secundário:

a) Verificar a existência de associações entre a condição socioeconômica e a prevalência de comportamentos de risco nos indivíduos avaliados. b) Verificar a existência de associações entre o gênero e a prevalência de comportamentos de risco nos indivíduos avaliados. c) Verificar a existência de associações entre as diferentes faixas etárias e a prevalência de comportamentos de risco nos indivíduos avaliados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Quanto aos riscos, estes são os mínimos possíveis, uma vez que o jovem participante da pesquisa apenas responderá dois questionários. Contudo, deve-se observar que o Questionário Comportamentos de Risco em Jovens contém perguntas de cunho pessoal (suicídio, abuso sexual, violência) que podem suscitar reações psicológicas inesperadas. Deste modo, conforme a Resolução CNS 466/12, em seu item V.6, o pesquisador, o patrocinador e as instituições e/ou organizações envolvidas nas diferentes fases da pesquisa devem proporcionar assistência imediata, bem como responsabilizarem-se pela assistência integral aos participantes da pesquisa no que se refere às complicações e danos decorrentes da pesquisa. Na situação de que o entrevistado apresente alguma reação indesejada ao responder o questionário, inicialmente o mesmo será atendido pela Professora Dra. Márcia Greguol, orientadora do projeto de mestrado e responsável pelo grupo de pesquisa. Em seguida, será informada a direção do Instituto Roberto Miranda, para, caso necessário, o participante seja direcionado ao atendimento psicológico da instituição. Caso haja qualquer ocorrência de maior complexidade, o pesquisador responsável encaminhará o jovem a um atendimento psicológico, com todos os custos cobertos pelo próprio pesquisador.

Benefícios:

O benefício esperado é o conhecimento de aspectos relacionados à saúde, especialmente à comportamentos de risco para a saúde, possibilitando assim a identificação de grupos de risco e o subsídio ao desenvolvimento de programas direcionados à manutenção e melhoria do bem estar dos adolescentes e jovens.

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA ENVOLVENDO
SERES HUMANOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 2.484.825

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este CEP entende, ressalta a importância da pesquisa e considera não haver pendências ético-documentais, uma vez que os pesquisadores comprometem-se a informar imediatamente aos órgãos legitimados pelo Controle Social (Conselho Tutelar ou Ministério Público) possíveis situações de risco aos participantes identificadas na pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. Apresenta Folha de Rosto devidamente preenchida;
2. Apresenta TCLE para os participantes dos diferentes grupos a serem abordados;
3. Apresenta autorização da instituição co-participante para realização da pesquisa;
4. Apresenta Cronograma de Execução compatível com a proposta;
5. Apresenta Orçamento Financeiro compatível com o projeto proposto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não havendo pendências ético-documentais considera-se o projeto aprovado para execução.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador (a),

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade imprimi-lo para apresentação aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Coordenação CEP/UEL.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1010967.pdf	13/01/2018 02:31:03		Aceito
Outros	Carta_resposta.doc	13/01/2018 02:25:24	GUILHERME EDUARDO GUTERRES HEINEMANN	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	13/01/2018 02:24:29	GUILHERME EDUARDO GUTERRES HEINEMANN	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_MODELO_PARA_ADULTOS.docx	30/11/2017 03:31:57	GUILHERME EDUARDO	Aceito

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

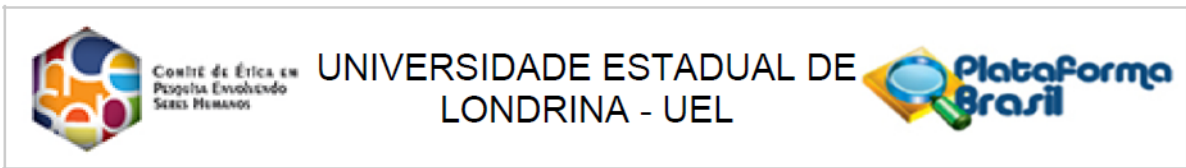
UF: PR

Telefone: (43)3371-5455

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 2.484.825

Justificativa de Ausência	TCLE_MODELO_PARA_ADULTOS.docx	30/11/2017 03:31:57	GUTERRES HEINEMANN	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MODELO_PARA_ADOLESCENTES.docx	30/11/2017 03:31:26	GUILHERME EDUARDO GUTERRES HEINEMANN	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_autorizacao.pdf	09/10/2017 17:49:59	GUILHERME EDUARDO GUTERRES HEINEMANN	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	09/10/2017 17:40:42	GUILHERME EDUARDO GUTERRES HEINEMANN	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 05 de Fevereiro de 2018

Assinado por:
Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
 (Coordenador)

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br

ANEXO B

Adolescent Health Promotion Scale

ADOLESCENT HEALTH PROMOTION SCALE

Por favor, leia cada item com atenção enquanto pensa em sua resposta. Procure recordar o último mês. Qual é a resposta que primeiro ocorre a você? Escolha a opção que acredita ser melhor para você e assinale a resposta com um X.

Lembre-se: Isto não é uma prova. Não existem respostas certas ou erradas. Porém, é importante que responda todos os itens. Não comente suas respostas com ninguém. Ninguém mais, além de nós, terá acesso as suas respostas. Suas respostas serão confidenciais.

Nutrição						
1	Faço três refeições diariamente (café da manhã, almoço e jantar).	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
2	Prefiro comer alimentos sem muita gordura.	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
3	Incluo alimentos ricos em fibras em minha alimentação (por exemplo: frutas ou vegetais).	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
4	Bebo pelo menos 1,5 litro de água por dia (ou 6-8 copos).	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
5	Incluo cinco grupos de alimentos em minhas refeições (por exemplo: pão, carne, produtos derivados do leite, frutas, vegetais).	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
Suporte Social						
6	Compartilho e falo sobre os meus sentimentos com outras pessoas.	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
7	Eu me preocupo com as outras pessoas.	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
8	Falo sobre as minhas preocupações com outras pessoas.	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
9	Gosto de me relacionar com os meus familiares.	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre

10	Falo sobre os meus problemas para outras pessoas.	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
Responsabilidade pela Saúde						
11	Quando compro alimentos leio os rótulos de suas embalagens.	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
12	Eu me preocupo em manter o meu peso corporal.	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
13	Converso sobre minhas preocupações de saúde com profissionais de saúde.	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
14	Observo e analiso o meu corpo pelo menos uma vez por mês.	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
15	Leio informações sobre saúde.	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
16	Procuro escolher alimentos sem conservantes (por exemplo, aditivos nos alimentos industrializados).	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
Valorização da Vida						
17	Procuro gostar de mim mesmo.	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
18	Procuro me sentir feliz e satisfeito.	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
19	Normalmente, penso positivamente.	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
20	Procuro entender os meus pontos fortes e fracos, e aceita-los.	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
21	Procuro corrigir os meus defeitos.	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
22	Procuro saber o que é importante para mim.	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
23	Procuro me sentir interessado e desafiado todos os dias.	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
24	Procuro acreditar que a minha vida tem um propósito	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
Exercício Físico						
25	Faço exercícios de alongamentos todos os dias.	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre

26	Faço exercícios vigorosos por 30 minutos pelo menos 3 vezes por semana.	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
27	Participo semanalmente de aulas de Educação Física na escola.	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
28	Faço aquecimento antes de realizar exercícios vigorosos.	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
Controle de Estresse						
29	Procuro dedicar algum tempo diariamente para relaxar.	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
30	Procuro determinar a causa do meu estresse.	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
31	Procuro prestar atenção em minhas mudanças de humor.	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
32	Durmo de 6 a 8 horas todas as noites.	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
33	Faço planos para as minhas atividades e estabeleço prioridades.	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
34	Procuro não perder o controle quando acontecem coisas injustas comigo.	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre

ANEXO C

Questionário Econômico

Vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

INSTRUÇÃO: Todos os itens devem ser perguntados pelo entrevistador e respondidos pelo entrevistado. Vamos começar? No domicílio tem (LEIA CADA ITEM)

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

A água utilizada neste domicílio é proveniente de?

1	Rede geral de distribuição
2	Poço ou nascente
3	Outro meio

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:
Asfaltada / Pavimentada
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.

Nomenclatura atual	Nomenclatura anterior
Analfabeto / Fundamental I incompleto	Analfabeto / Primário incompleto
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	Primário completo / Ginásio incompleto
Fundamental completo / Médio incompleto	Ginásio completo / Colegial incompleto
Médio completo / Superior incompleto	Colegial completo / Superior incompleto
Superior completo	Superior completo

Cortes do Critério Brasil

Classe	Pontos
A	45 – 100
B1	38 – 44
B2	29 – 37
C1	23 – 28
C2	17 – 22
D-E	0 – 16