

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ – CAMPUS  
DE FRANCISCO BELTRÃO, CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE,  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM  
CIÊNCIAS APLICADAS À SAÚDE – NÍVEL MESTRADO

**LUARA MOLON**

**ASSOCIAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À  
SAÚDE E SITUAÇÃO ALIMENTAR EM ADOLESCENTES**

FRANCISCO BELTRÃO – PR  
SETEMBRO/2020

**LUARA MOLON**

**ASSOCIAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE E  
SITUAÇÃO ALIMENTAR EM ADOLESCENTES**

DISSERTAÇÃO apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Ciências Aplicadas à Saúde, nível Mestrado, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Aplicadas à Saúde.

Área de concentração: Ciências da Saúde.

Orientadora: Dra. Ana Paula Vieira

FRANCISCO BELTRÃO – PR  
SETEMBRO/2020

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Molon, Luara

Associação entre qualidade de vida relacionada à saúde e situação alimentar em adolescentes / Luara Molon; orientador(a), Ana Paula Vieira, 2020.  
64 f.

Dissertação (mestrado), Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus de Francisco Beltrão, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde, 2020.

1. Qualidade de vida. 2. Segurança alimentar. 3. Adolescência. I. Vieira, Ana Paula. II. Título.

## FOLHA DE APROVAÇÃO

**LUARA MOLON**

### **ASSOCIAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE E SITUAÇÃO ALIMENTAR EM ADOLESCENTES**

Essa dissertação foi julgada adequada para obtenção do título de Mestre em Ciências Aplicadas à Saúde e aprovada em sua forma final pela Orientadora e pela Banca Examinadora.

#### **BANCA EXAMINADORA**

Orientadora: Dra. Ana Paula Vieira  
UNIOESTE, Campus de Francisco Beltrão

Membro da banca: Dr. Guilherme Welter Wendt  
UNIOESTE, Campus Francisco Beltrão

Membro da banca: Dra. Franciele Ani Caovilla Follador  
UNIOESTE, Campus Francisco Beltrão

FRANCISCO BELTRÃO, PR

SETEMBRO/2020

## **AGRADECIMENTOS**

A todo corpo docente, equipe de coordenação e colegas do Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde da UNIOESTE por suas diferentes formas de contribuição, suporte e compartilhamento de conhecimentos para que este objetivo pudesse ser concluído.

À professora Dra. Ana Paula Vieira, por ter aceito ser minha orientadora, pela disponibilidade em me acompanhar durante todas as etapas deste processo, sempre aberta a compartilhar e construir novos conhecimentos e experiências.

Ao professor Dr. Guilherme Welter Wendt por ter aberto sua sala de aula para minha experiência docente, por sua disponibilidade e atenção em auxiliar nas análises estatísticas e contribuir durante tantas outras etapas deste projeto.

A todos que compreenderam a importância pessoal e profissional desta realização e que de alguma forma contribuíram para que se tornasse possível.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IA – Insegurança alimentar

QVRS – Qualidade de Vida Relacionada a Saúde

EBIA – Escala Brasileira de Insegurança Alimentar

SA – Segurança alimentar

QV – Qualidade de vida

OMS – Organização Mundial da Saúde

WHO - World Health Organization

USDA - United States Department of Agriculture

CONSEA - Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

FAO - Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura

SISAN - Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

SPSS – *Software Statistical Package for the Social Sciences*

## **Associação entre qualidade de vida relacionada à saúde e situação alimentar em adolescentes**

### **Resumo**

A insegurança alimentar (IA) refere-se à situação em os indivíduos embora tendo acesso à comida necessária para suprir suas necessidades de energia, são incertos quanto à duração de tal estado, podendo ser forçados a reduzir em qualidade/quantidade a alimentação necessária para sua sobrevivência. Considerando as possíveis consequências da insegurança para a saúde, qualidade de vida, e bem-estar subjetivo, o presente estudo investigou associações entre IA e qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) em adolescentes, de acordo com suas próprias percepções. Realizou-se um estudo quantitativo transversal em município da região sudoeste do Paraná, que contou com a participação de 256 adolescentes de ambos os sexos, com idades entre 12 e 17 anos (média = 13,8, DP = 1,49). Utilizou-se a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) para avaliação da segurança alimentar ( $\alpha=0,78$ ) e o instrumento *Kidscreen 52* para avaliação da QVRS ( $\alpha=0,96$ ). Análises de correlação, regressão linear hierárquica e testes para comparação de médias foram conduzidas no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 23). Conforme os resultados, 58,6% dos participantes classificaram-se como situação de segurança alimentar e 41,4% como insegurança alimentar, sem presença de IA grave na amostra. A insegurança alimentar apresentou correlação significativa com as variáveis total de moradores, escolaridade da mãe e renda familiar aproximada, enquanto que o modelo de regressão linear múltipla apontou as variáveis renda familiar aproximada, total de moradores no domicílio e o domínio aspectos financeiros como preditores da IA na amostra. O aumento da insegurança alimentar correlacionou-se com a diminuição nos escores de todos os domínios de QVRS, sendo que os adolescentes em IA apresentaram médias significativamente menores que os adolescentes em segurança alimentar (SA) em sete, dos dez domínios de QVRS investigados. Desta forma, concluiu-se que aspectos sociais e financeiros são fatores associados à insegurança alimentar avaliada pela perspectiva de adolescentes.

**Palavras-chave:** Adolescência, qualidade de vida, segurança alimentar.

## Association between health-related quality of life and dietary status in adolescents

### Abstract

Food insecurity (FI) refers to the situation in individuals - although having access to the food needed to meet their energy needs - are uncertain as to the stability of such state, and may be forced to reduce the quality/quantity of necessary food for survival. Considering the possible consequences for health, quality of life, and subjective well-being, the present study investigated associations between FI and health-related quality of life (HRQoL) in adolescents, according to their own perceptions. A quantitative cross-sectional study was conducted in a municipality in the 8<sup>th</sup> Paraná southwestern health division. Sample was comprised by 256 male and female adolescents aged between 12 and 17 years (mean= 13.8, SD = 1.49). The Brazilian Food Insecurity Scale (EBIA) was used to assess food security ( $\alpha=0.78$ ) and the *Kidscreen 52* was used for HRQoL assessment ( $\alpha=0.96$ ). Correlation analyses, hierarchical linear regression models and mean comparisons were conducted in the *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, version 23). According to the results, 58.6% of the sample classified themselves as having a situation of food security, and 41.4% reported food insecurity. Severe FI was not found in the sample. Food insecurity showed significant correlation with the number of residents per household, mother's education, and family income. Regression models indicated that family income, total residents in the household, and the *Kidscreen 52* domain of financial aspects predicted FI. An increase in food insecurity was correlated with decreased HRQoL in all its domains, with adolescents with FI presenting significantly lower HRQoL than adolescents in food security (FS) in seven out of ten HRQoL domains. Hence, the study suggested that social and financial aspects were factors associated with food insecurity as assessed from the adolescents' perspective.

**Keywords:** Adolescence, quality of life, food security.



# SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO GERAL</b> .....	10
1.1 Insegurança Alimentar.....	12
1.2 Qualidade de Vida Relacionada à Saúde.....	14
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	17
2.1 Geral.....	17
2.2 Específicos.....	17
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	18
3.1 Delineamento.....	18
3.2 Aspectos éticos.....	18
3.3 Instrumentos e procedimentos.....	18
3.3.1 Escala Brasileira de Insegurança Alimentar – EBIA.....	19
3.3.2 Instrumento KIDDCREEN 52.....	20
3.4 Análise estatística.....	21
<b>4. REFERÊNCIAS</b> .....	22
<b>5. INSEGURANÇA ALIMENTAR E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE EM ADOLESCENTES</b> .....	26
<b>6. ANEXOS</b> .....	44

## 1. INTRODUÇÃO GERAL

Segundo a Organização Mundial da Saúde a adolescência refere-se ao período de vida ocorrido entre os 10 e 19 anos de idade (WHO, 1999). No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente, criado em 1990 e que dispõe sobre a proteção integral à criança e adolescente, define como criança a pessoa com até 12 anos de idade incompletos, e adolescente aquela com idade entre doze e dezoito anos (BRASIL, 1990).

A adolescência caracteriza-se como um período de diversas transformações e experimentações pelo indivíduo, onde os determinantes de saúde e doença são permeados por diversos aspectos sociais e psicológicos. Tratando-se de uma etapa de construção de identidade, as vivências do período podem acarretar em comportamentos de risco, passíveis determinantes de características da fase adulta (AGATHÃO; REICHENHEIM; DE MORAES, 2018). Salienta-se que embora todos os adolescentes tenham necessidades e possíveis dificuldades relacionadas à saúde, e os níveis de vulnerabilidade ao qual são expostos são variáveis, sendo que em alguns grupos a somatória de vulnerabilidades geram maior risco de piores resultados de saúde (WHO, 2017).

Destaca-se que o rápido desenvolvimento biológico e psicossocial e as mudanças ocorridas na segunda década de vida dos indivíduos afetam todos os aspectos de suas vidas, tratando-se de uma fase fundamental e única do desenvolvimento humano, em que pode se oportunizar a formação da base para uma boa saúde na idade adulta (WHO, 2014). Desta forma, o presente estudo investiga a percepção de adolescentes sobre a situação alimentar vivenciada em seus domicílios, por meio da avaliação da insegurança alimentar (IA), bem como correlações entre IA e domínios da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) e características sociodemográficas. Para tal, utilizou-se uma abordagem metodológica que considera a percepção dos próprios adolescentes a respeito das temáticas, favorecendo uma compreensão mais realista das demandas e necessidades associadas a esta população.

A segurança alimentar (SA) refere-se ao acesso constante de todas as pessoas aos alimentos suficientes para a manutenção de uma vida saudável e ativa (USDA., 2019). Consiste no acesso regular e permanente a alimentos em qualidade

e quantidade suficiente, sem que outras necessidades essenciais sejam comprometidas, e baseia-se em práticas alimentares sustentáveis, promotoras da saúde, e que respeitem a diversidade cultural (CONSEA, 2006). Por sua vez, a IA, refere-se a situações em que os indivíduos, embora tendo acesso à comida necessária para suprir suas necessidades de energia, são incertos quanto à duração de tal estado, podendo ser forçados a reduzir em qualidade e/ou quantidade a alimentação necessária para sua sobrevivência (FAO et al., 2019).

O termo Qualidade de Vida (QV) foi definido pela OMS como “A percepção dos indivíduos sobre sua posição na vida no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1995, p.3). Por sua vez, QVRS pode ser definida como o nível de bem-estar resultante da avaliação que o indivíduo faz a respeito de diferentes domínios de sua vida, considerando o impacto exercido por seu estado de saúde sobre si mesmo (URZÚA, 2010). Refere-se a um construto subjetivo, multidimensional, e em transformação ao longo do tempo. Na medida em que a QVRS se encontra diminuída durante a infância, torna menos possível o pleno desenvolvimento e amadurecimento a fim de proporcionar uma vida adulta saudável (BERMEJO-CANTARERO et al., 2017). Desta forma, como destacam Wu et al. (2017), avaliar a QVRS em crianças e adolescentes é oportuno para identificação das necessidades de subgrupos, possibilitando a elaboração e implementação de estratégias de intervenção eficazes a fim de melhorar o estado de saúde dos jovens.

A correlação entre IA e QVRS investigada neste estudo segue perspectivas pontuadas anteriormente na literatura a respeito da influência de padrões alimentares na QVRS de adolescentes. Conforme evidenciam Wu et al. (2019), as dietas saudáveis apresentam efeitos positivos na qualidade de vida relacionada à saúde em diversos domínios, entre os quais o funcionamento físico, escolar, emocional e psicossocial, enquanto que menor qualidade da dieta e comportamento alimentar não saudável associa-se à diminuição da QVRS entre crianças e adolescentes.

Desta forma, para o desenvolvimento deste estudo, considerou-se a hipótese que a IA estaria relacionada a piores resultados de QVRS (WU et al., 2019). A investigação de tais aspectos sob a ótica do próprio adolescente é importante, considerando que, além dos responsáveis familiares, os indivíduos mais jovens

também podem vivenciar de maneira particular o sofrimento da incerteza em relação a sua alimentação (BICKEL et al., 2000).

### **1.1 Insegurança Alimentar**

O conceito de Segurança Alimentar (SA) surgiu nos anos 80, sendo frequentemente empregado nos trabalhos da Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação, o Grupo Consultivo de Pesquisa Agrícola Internacional, o Instituto Internacional de Pesquisa de Política Alimentar, Banco Mundial entre outras organizações internacionais durante os anos de 1980 e 1990 (COOK, 2002). Refere-se ao estado em que as pessoas têm acesso constante à comida suficiente para manutenção de uma vida ativa e saudável, incluindo minimamente a disponibilidade imediata e segura dos nutrientes adequados, e a capacidade de adquirir estes alimentos por meios socialmente aceitáveis (sem recorrer a suprimentos de emergência, furtar/catar, ou outras estratégias de enfrentamento por exemplo). Por sua vez, nas situações em que a disponibilidade de alimentos nutricionalmente adequados e seguros ou a capacidade de adquiri-los de maneiras aceitáveis for limitada ou incerta, trata-se de um estado de Insegurança Alimentar (ANDERSON, 1990).

Referindo-se aos níveis de Insegurança, enquanto que insegurança alimentar severa associa-se ao conceito de fome, a insegurança moderada refere-se a situações em que as pessoas enfrentam incertezas sobre sua capacidade de obter alimentos, sendo forçados a comprometer em quantidade/qualidade o consumo de alimentos (FAO et al., 2019).

Em 1991 Campbell já fala sobre possíveis consequências da IA, citando sintomas como condição nutricional abaixo do ideal, e repercussão na saúde, bem-estar físico, mental e social, e nos resultados da Qualidade de vida (CAMPBELL, 1991). Atualmente sabe-se que a insegurança alimentar é uma condição particularmente importante para a qualidade de vida, saúde e bem-estar subjetivo (FRONGILLO et al., 2017), podendo ainda contribuir para várias formas de desnutrição (FAO et al., 2019). Sabe-se ainda que a privação alimentar materna e infantil podem resultar em alterações metabólicas fetais e precoces, predispondo maior risco à obesidade e outras doenças futuras relacionadas à dieta (FAO et al.

2018). Além disso, estudos ainda associaram a IA a sintomas depressivos (LEUNG et al., 2015), e a menor desempenho escolar em crianças (HOWARD, 2011).

Considerando a complexidade da situação, muitos debates vêm sendo desenvolvidos em torno da temática da segurança alimentar nas últimas décadas, sendo propostos diversos modelos de indicadores com o objetivo de levantar quais países necessitam de melhorias em seu status de segurança alimentar (SANTERAMO, 2015). Isto porque, tratando-se de um problema que afeta milhares de pessoas pelo mundo todo, conhecer de maneira exata questões de distribuição, localização, fatores de risco e consequências é fundamental para o estabelecimento do controle da IA sendo imprescindível utilização de indicadores válidos, confiáveis e com aceitação internacional (SPERANDIO; MORAIS; PRIORE, 2018).

No Brasil, as discussões sobre IA foram expandidas à partir de 2004, com a II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, e especialmente em 2006, com a consolidação do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) e implantação do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) (CONSEA, 2006).

O instrumento para rastreio da Insegurança alimentar adaptada à realidade brasileira e que vem sendo amplamente utilizado é a Escala Brasileira de Insegurança alimentar - EBIA. Trata-se de uma escala psicométrica que avalia de maneira direta uma das dimensões da segurança alimentar e nutricional em uma população, por meio da percepção e experiência com a fome” (BRASIL, 2014, p.3).

A escala foi desenvolvida como um instrumento capaz de medir de forma direta a segurança alimentar e nutricional na população brasileira, tendo como base o Indicador Cornell – Projeto americano desenvolvido pela Universidade de Cornell, que foi desenvolvido a partir de uma abordagem qualitativa com pessoas que já haviam vivenciado a fome, seguida por um estudo quantitativo baseado nos relatos de experiências, resultando em uma escala com 18 itens (BRASIL, 2014).

Os resultados da validação da escala no Brasil, que posteriormente foi reduzida a 14 itens, demonstraram que a EBIA poderia ser disponibilizada como um instrumento com alta validade para o diagnóstico da insegurança alimentar na população brasileira (BRASIL, 2014), sendo importante no levantamento da prevalência dos vários níveis de IA, na identificação de populações ou grupos de risco (em nível local, regional e nacional), bem como, para o estudo de

determinantes e consequências da IA, quando empregada em conjunto com indicadores apropriados (KEPPLE; SEGALL-CORRÊA, 2011).

## **1.2 Qualidade de Vida Relacionada à Saúde**

A conceituação da QVRS sustenta um modelo subjetivo, multidimensional e abrangente de saúde. Representando uma ampliação da visão do modelo médico tradicional em que a saúde é avaliada prioritariamente por meio de resultados físicos (RAVENS-SIEBERER et al., 2005. Refere-se a um subconjunto do termo qualidade de vida, que recebe tal especificação ao incluir os domínios físico, psicológico e social em suas relações com a saúde (DINIZ; SCHOR, 2006).

Trata-se de um conceito multidimensional que engloba grandes áreas de status funcional como bem-estar psicológico e social, e as percepções sobre saúde e sintomas em relação a doenças e tratamentos. O status funcional pode englobar a avaliação do funcionamento físico e social, enquanto que o bem-estar psicológico pode incluir saúde mental, humor positivo e vitalidade (AARONSON et al., 1991).

Enquanto que para Spieth e Harris (1996), a QVRS refere-se ao “impacto subjetivo e objetivo da disfunção associado a uma doença ou lesão, tratamento médico e política de assistência médica”, Ravens-Sieberer e Bullinger (1998) expandem o conceito, definindo-o como “Um construto psicológico que descreve os aspectos físicos, mentais, sociais, psicológicos e funcionais do bem-estar e da função na perspectiva do paciente [...] Essa definição operacional enfatiza a multidimensionalidade do conceito de qualidade de vida, bem como a relevância do autorrelato dos pacientes”. Desta forma, é consenso entre os pesquisadores da área de que a avaliação da qualidade de vida é essencialmente subjetiva, sendo o indivíduo a principal fonte de informações sobre sua qualidade de vida (AARONSON et al., 1991), assim, para que ocorra a sistematização das informações referentes à percepção de QVRS, são utilizados instrumentos desenvolvidos para tal finalidade.

Os instrumentos utilizados na avaliação da QVRS podem ser medidas genéricas ou específicas. Enquanto que as medidas específicas são projetadas para detectar alterações da QVRS em populações clínicas (portadoras de determinada doença, por exemplo), os instrumentos genéricos são medidas gerais que possibilitam avaliar e comparar populações, tanto saudáveis quanto clínicas.

Em geral os instrumentos consistem em agrupamento de itens em domínios de saúde e funcionamento (HELSETH; LUND, 2005).

Embora as pesquisas direcionadas à QVRS em adultos tenham progredido significativamente nos últimos anos, o estudo da temática em crianças e adolescentes é ainda um campo recente e estabeleceu-se em três ondas. A primeira, no final dos anos 1980 preocupou-se em estabelecer a qualidade de vida em crianças como conceito teórico. A segunda onda, no início dos anos 1990, e que ainda se mantém, trata da construção e desenvolvimento de medidas de QV específicas para crianças. Por fim, a terceira fase, a partir de 1995, que trata da aplicação das medidas desenvolvidas em estudos epidemiológicos (RAVENS-SIEBERER et al., 2001).

A importância dirigida às medidas subjetivas de bem-estar e funcionalidade (saúde subjetiva) vem aumentando, especialmente em relação a crianças e adolescentes. Nas populações clínicas (crianças e adolescentes com problemas de saúde identificados) é importante entender como suas condições de saúde impactam nos fatores relacionados à QVRS, objetivando o planejamento, ações e melhoria da atenção e cuidado (RAVENS-SIEBERER et al., 2001). Por outro lado, em populações predominantemente saudáveis, a QVRS pode ser variável entre diferentes níveis de atividade física, bem-estar psicológico e social. Assim, conhecer melhor a QVRS entre crianças e adolescentes é especialmente importante e socialmente relevante em saúde pública, considerando que a QV desenvolvida nesta idade é a base da QV e desempenho da saúde na idade adulta (BISEGGER et al., 2005).

Neste estudo, para avaliação da QVRS utilizou-se o instrumento KIDSCREEN 52. Trata-se da primeira medida genérica de QVRS para crianças e adolescentes, que fora desenvolvido simultaneamente em várias línguas a fim de garantir relevância intercultural e comparabilidade (GASPAR et al., 2010). O questionário fornece medidas práticas para clínicos e pesquisadores avaliarem o bem-estar e a saúde subjetiva de crianças e adolescentes tanto saudáveis quanto portadores de doença crônica (GUEDES; GUEDES, 2011).

O processo de desenvolvimento do instrumento, além de contar com pesquisa bibliográfica e consulta a especialistas, incluiu discussões de grupos focais com crianças, adolescentes e pais a fim de estabelecer dimensões e itens relevantes. Tal método tem como pontos fortes a garantia de que diferentes

perspectivas sejam levadas em conta durante o processo, evitando a imposição de possíveis vieses em relação ao conteúdo e permitindo comparações transculturais (RAVENS-SIEBERER et al., 2005). Embora o uso do questionário seja destinado especialmente a amostras de população aberta, considera-se que o questionário genérico possa ser utilizado em indivíduos com doenças crônicas quando o foco estiver na qualidade de vida relacionada à saúde geral, e não em aspectos relacionados à doenças específicas (DETMAR et al., 2006).

Segundo os autores do projeto que resultou nos instrumentos KIDSCREEN, o mesmo trás contribuições à saúde pública em diversos níveis: Disponibilização de um instrumento padronizado e disponível em diversas línguas para monitoramento rotineiro da saúde subjetiva e o bem-estar das crianças; Possibilidade de rastreio e detecção precoce de possíveis comprometimentos no bem-estar e na funcionalidade das crianças, podendo ser usado como base para intervenções precoces; Possibilidade de identificar fatores sociais e comportamentais determinantes da saúde; Investigar o impacto dessa avaliação da QV. no monitoramento da saúde de crianças e adolescentes (RAVENS-SIEBERER et al., 2001).



## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Investigar associações entre a percepção de insegurança alimentar e a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) na adolescência.

### **2.2 Específicos**

- Caracterizar os adolescentes estudados conforme dados sociodemográficos;
- Avaliar o estado de segurança alimentar pela percepção dos adolescentes;
- Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde pela percepção dos adolescentes;
- Associar os índices de QVRS e características sociodemográficas com a situação alimentar dos participantes;

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1 Delineamento**

Trata-se de um estudo quantitativo de caráter transversal, que contou com a participação de 256 adolescentes com idades entre 12 e 17 anos (média = 13,8, DP = 1,49), sendo 57,8% do sexo masculino, e 42,2% do sexo. Os participantes são vinculados a um centro de convivência na região Sudoeste do Paraná. Para determinação do cálculo amostral, considerou-se uma prevalência média de 40% (p) de IA (IBGE, 2014), em uma população de 14.000 indivíduos com idades entre dez e 19 anos (IBGE, 2010). O tamanho amostral garante um poder de 90% (256 participantes) e nível de significância menor ou igual a 0,05 em um modelo com intervalos de confiança de 95% e efeito de delineamento igual a 1 (DEAN; SULLIVAN; SOE, 2013).

#### **3.2 Aspectos éticos**

O projeto (registro 98361618.4.0000.0107), foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, conforme constante no parecer consubstanciado nº 3.265.598, de 15 de abril de 2019. Os adolescentes foram convidados a participar do estudo, mediante autorização dos responsáveis e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Posteriormente os adolescentes foram esclarecidos a respeito da proposta da pesquisa, concordando com a participação e também assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido.

#### **3.3 Instrumentos e procedimentos**

Foram incluídos no estudo adolescentes saudáveis de ambos os sexos, com idades entre 12 e 17 anos, os quais tiveram a participação consentida por seus responsáveis, e assentiram em participar mediante assinatura dos termos. Não foram incluídos adolescentes que não foram autorizados por seus responsáveis, e aqueles que não concordaram em participar. A coleta de dados ocorreu entre maio e dezembro de 2019, e foi realizada por uma única pessoa treinada, de maneira individual, ou em pequenos grupos de acordo com as faixas etárias.

Para levantamento dos dados sociodemográficos foi elaborado um questionário com questões adaptadas à população adolescente, que incluíram informações sobre sexo, idade, escolaridade do participante e dos genitores, renda familiar em salários mínimos (R\$ 998,00 - no período em questão) e composição familiar/domiciliar.

### **3.3.1 Escala Brasileira de Insegurança Alimentar – EBIA**

Para a avaliação da SA utilizou-se a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA). Trata-se de um instrumento adaptado à realidade brasileira a partir do Indicador Cornell - projeto desenvolvido pela Universidade de Cornell (EUA) visando estudar de maneira direta o fenômeno da fome. Este indicador, com 18 itens, primeiramente utilizado pelo Departamento de Agricultura dos EUA (USDA), posteriormente passou a ser adaptado e utilizado em outros países (BRASIL, 2014; SEGAL-CORRÊA, 2007).

A EBIA trata de “Uma escala psicométrica, que avalia de maneira direta uma das dimensões da segurança alimentar e nutricional em uma população, por meio da percepção e experiência com a fome” (BRASIL, 2014, p.3). Possui um total de 14 questões, que devem ser respondidas de maneira afirmativa ou negativa, sendo as respostas negativas pontuadas com 0 e as positivas pontuadas com 1 - A pontuação final gerará uma das seguintes classificações: Segurança alimentar (0 respostas positivas); IA leve (entre 1 e 5 respostas positivas); IA moderada (entre 6 e 9 respostas positivas); IA grave (entre 10 e 14 respostas positivas). Para o estabelecimento da classificação foram utilizados os pontos de corte estabelecidos para domicílios com menores de 18 anos (SEGAL-CORRÊA, 2007).

A interpretação descritiva das classificações, conforme descrito por Segal-Corrêa (2007), são as seguintes: Segurança Alimentar - Não há restrição alimentar de qualquer natureza, nem mesmo a preocupação com a falta de alimentos no futuro; IA leve - Não se observa fome entre o grupo familiar, e o aspecto mais afetado é a qualidade dos hábitos alimentares, somado à preocupação de que os alimentos acabem no futuro próximo; IA moderada - À partir deste nível, começa apresentar-se restrição alimentar quantitativa para os adultos da família; IA grave - A restrição alimentar é de tal ordem que é observada inclusive entre as crianças da família.

### 3.3.2 Instrumento KIDSCREEN 52

A avaliação da QVRS foi realizada por meio do questionário KIDSCREEN 52, instrumento desenvolvido na Europa por Ravens-Sieberer (RAVENS-SIEBERER et al., 2005) e validado no Brasil (GUEDES; GUEDES, 2011). Destina-se a avaliar e monitorar o bem-estar e a saúde subjetiva de crianças e adolescentes com idades entre 8 e 18 anos. Utilizou-se o instrumento original com 52 itens, sendo respondido diretamente pelo participante (versão *self*).

O instrumento apresenta questões direcionadas à percepção de dez dimensões de QVRS (GUEDES; GUEDES, 2011):

1. Saúde e atividade física (5 questões);
2. Sentimentos (6 questões);
3. Estado emocional (7 questões);
4. Autopercepção (5 questões);
5. Autonomia e tempo livre (5 questões);
6. Família/ambiente familiar (6 questões);
7. Aspectos financeiros (3 questões);
8. Amigos e apoio social (6 questões);
9. Ambiente escolar (6 questões);
10. Provocação/Bullying (3 questões);

Conforme Ravens-Sieberer et al. (2013), a escala de respostas apresenta abordagem do tipo Likert, ou seja, todas as questões possuem o mesmo número de alternativas possíveis (1; 2; 3; 4; 5), e escalas que variam em relação ao tipo de questão – com possibilidades de respostas sendo as seguintes:

1. Nunca; raramente; algumas vezes; frequentemente; sempre.
2. Nada; pouco; moderadamente; muito; totalmente.
3. Excelente; muito boa; boa; fraca; ruim.

As pontuações são calculadas para cada dimensão, de forma que todos os itens sejam igualmente ponderados. A média proposta é de 50 e o desvio padrão de 10, assim, as pontuações mais altas indicam maior QVRS e bem-estar (RAVENS-SIEBERER et al., 2013).

### 3.4 Análise estatística

Todos os dados foram tabulados e analisados estatisticamente por meio do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 23), sendo inicialmente realizadas análises descritivas dos resultados sociodemográficos, estabelecendo valores de frequência em porcentagens, médias e desvio padrão.

Foram executadas Correlações de Pearson entre as variáveis sociodemográficas e pontuação na EBIA, bem como os escores nos dez domínios de QVRS e resultados na EBIA. As médias de QVRS em relação à situação alimentar foram comparadas por meio do teste *t* de *Student* para amostras independentes, para tal, a amostra foi dividida em dois grupos: Segurança alimentar (n=150) e Insegurança alimentar (n=106).

Também foram conduzidas análises de regressão linear hierárquica, tendo como variável desfecho a pontuação na EBIA. No primeiro bloco, foram inseridos os preditores renda familiar, número de moradores no domicílio, residência com ambos genitores e escolaridade da mãe. No segundo bloco, foram inseridos escores do KIDSCREEN 52 dos domínios aspectos financeiros, família/ambiente familiar e sentimentos.

#### 4. REFERÊNCIAS

AARONSON, N. K. et al. Quality of life research in oncology. Past achievements and future priorities. **Cancer**, v. 67, n.3 S, p. 839-843,1991.

AGATHÃO, B. T.; REICHENHEIM, M. E.; DE MORAES, C. L. Qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes escolares. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.23, n.2, p.659-668, 2018

ANDERSON, S. A. Core Indicators of Nutritional State for Difficult-to-Sample Populations. **The Journal of Nutrition**, v. 120, n. suppl-11, p. 1555-1600, 1990.

BERMEJO-CANTARERO, A. et al. Association between physical activity, sedentary behavior, and fitness with health related quality of life in healthy children and adolescents: A protocol for a systematic review and meta-analysis. **Medicine (United States)**, v.96, n. 12, 2017.

BICKEL, G. et al. **Measuring Food Security in the United States Guide to Measuring Household Food Security Revised 2000**. [s.l.] U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Service, Alexandria VA., 2000.

BISEGGER, C. et al. Health-related quality of life: Gender differences in childhood and adolescence. **Soz Präventivmed**, v. 50, n. 5, p. 281–291, 2005.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990: Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

BRASIL. **Estudo Técnico no 01/2014 Escala Brasileira de Insegurança Alimentar-EBIA: análise psicométrica de uma dimensão da Segurança Alimentar e Nutricional**. Ministério do desenvolvimento social e combate à fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Brasília, DF. 2014.

CAMPBELL, C. C. Food insecurity: A nutritional outcome or a predictor variable? **Journal of Nutrition**, v. 121, n. 3, p. 408-415, 1991.

CONSEA. **Lei de segurança alimentar e nutricional: Lei No 11.346, 2006**.

COOK, J. T. Clinical implications of household food security: definitions, monitoring, and policy. **Nutrition in clinical care: an official publication of Tufts University**, v. 5, n. 4, p. 152-167, 9 Jul. 2002.

DEAN A. G.; SULLIVAN, K. M.; SOE, M. M. OpenEpi: Open Source Statistics for Public Health, Version 3.01. Disponível em [www.openepi.com](http://www.openepi.com).

DETMAR, S. B. et al. The use of focus groups in the development of the KIDSCREEN HRQL questionnaire. **Quality of Life Research**, v. 15, n. 8, p. 1345-1353, Nov. 2006.

DINIZ, D. P.; SCHOR, N. **Guia de Qualidade de Vida - UNIFESP - Escola Paulista de Medicina**. Manole, 2006.

FAO et al. **The State of Food Security and Nutrition in the World 2018: Building climate resilience for food security and nutrition**. Rome, FAO, 2018.

FAO et al. **The state of food security and nutrition in the world 2019: Safeguarding against economic slowdowns and downturns**. Rome, FAO, 2019.

FRONGILLO, E. A. et al. Food Insecurity Is Associated with Subjective Well-Being among Individuals from 138 Countries in the 2014 Gallup World Poll. **The Journal of Nutrition**, v. 147, n. 4, p. 680-687, 2017.

GASPAR, T. et al. Quality of life: differences related to gender, age, socio-economic status and health status, in Portuguese teens. **Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente**. v. 1, n.2, p. 87-104, 2010.

GUEDES, D. P.; GUEDES, J. E. R. P. Tradução, adaptação transcultural e propriedades psicométricas do KIDSCREEN-52 para a população Brasileira. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 29, n. 3, p. 364–371, Set. 2011.

HELSETH, S.; LUND, T. Assessing health-related quality of life in adolescents: Some psychometric properties of the first Norwegian version of KINDL®. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 19, n. 2, p. 102-109, Jun. 2005.

HOWARD, L. L. Does food insecurity at home affect non-cognitive performance at school? A longitudinal analysis of elementary student classroom behavior. **Economics of Education Review**, v. 30, n. 1, p. 157-176, Fev. 2011.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Características da População e dos Domicílios. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD: Segurança alimentar - 2013**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio de Janeiro, 2014.

KEPPLE, A. W.; SEGALL-CORRÊA, A. M. Conceituando e medindo segurança alimentar e nutricional. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 187-199, Jan. 2011.

LEUNG, C. W. et al. Household Food Insecurity Is Positively Associated with Depression among Low-Income Supplemental Nutrition Assistance Program Participants and Income-Eligible Nonparticipants. **The Journal of Nutrition**, v. 145, n. 3, p. 622-627, 1 Mar. 2015.

RAVENS-SIEBERER, U. et al. Quality of life in children and adolescents: A European public health perspective. **Soz Präventivmed**, v. 46, n. 5, p. 294-302, 2001.

RAVENS-SIEBERER, U. et al. KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. **Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research**, v. 5, n. 3, p. 353-364, Jun. 2005.

RAVENS-SIEBERER, U. et al. The European KIDSCREEN approach to measure quality of life and well-being in children: Development, current application, and future advances. **Quality of Life Research**, v. 23, n. 3, p. 791-803, 18 Abr. 2013.

RAVENS-SIEBERER, U.; BULLINGER, M. Assessing health-related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: First psychometric and content analytical results. **Quality of Life Research**, v. 7, n. 5, p. 399-407, 1998.

SANTERAMO, F. G. On the Composite Indicators for Food Security: Decisions Matter! **Food Reviews International**, v. 31, n. 1, p. 63-73, 2 Jan. 2015.

SEGAL-CORRÊA, A. M. Insegurança alimentar medida a partir da percepção das pessoas. **Estudos Avançados**, v. 21, n. 60, p. 143-154, 2007.

SPERANDIO, N.; MORAIS, D. DE C.; PRIORE, S. E. Escalas de percepção da insegurança alimentar validadas: A experiência dos países da América Latina e Caribe. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 449-462, Fev. 2018.



SPIETH, L. E.; HARRIS, C. V. Assessment of health-related quality of life in children and adolescents: An integrative review. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 21, n. 2, p. 175-193, 1996.

URZÚA, A. M. Health related quality of life: Conceptual elements. **Revista Medica de Chile**, v. 138, n. 3, p. 358–65, Mar. 2010.

USDA. USDA ERS - **Definitions of Food Security**. Disponível em: <<https://www.ers.usda.gov/topics/food-nutrition-assistance/food-security-in-the-us/definitions-of-food-security.aspx>>. Acesso em: 29 jun. 2020.

WHO. **Health for the world's adolescents: A second chance in the second decade**. Geneva: WHO. 2014.

WHO. Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!) Guidance to Support Country Implementation. Geneva: WHO. 2017.

WHO. Programming for adolescent health and development. **World Health Organization - Technical Report Series**, n. 886, p. 220-237, 1999.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

WU, X. Y. et al. The influence of physical activity, sedentary behavior on health-related quality of life among the general population of children and adolescents: A systematic review. **PLoS ONE**, v. 12, n. 11, p. e0187668, 9 Nov. 2017.

WU, X. Y. et al. The influence of diet quality and dietary behavior on health-related quality of life in the general population of children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. **Quality of Life Research**, v. 28, n. 8, p. 1989–2015, 15 Ago. 2019.

## 5. ARTIGO CIENTÍFICO

### INSEGURANÇA ALIMENTAR E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE EM ADOLESCENTES

#### Resumo

O presente estudo investigou as associações entre insegurança alimentar (IA) e a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) em adolescentes. Trata-se de um estudo quantitativo e transversal, do qual participaram 256 sujeitos com idades entre 12 e 17 anos. Utilizou-se a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) e o Kidscreen 52. Os achados apontaram que 41,4% dos participantes estavam em situação IA. Ainda, a IA correlacionou-se negativamente com todos os domínios de QVRS, sendo que os adolescentes em IA apresentaram médias significativamente menores que os adolescentes em segurança alimentar (SA) em sete, dos dez domínios de QVRS investigados. Por fim, análises de regressão linear múltipla apontaram que a renda familiar aproximada, o número total de moradores no domicílio e o domínio aspectos financeiros da QVRS foram preditores da IA na amostra.

Palavras-chave: Adolescência; qualidade de vida; segurança alimentar.

#### Abstract

This study explored the relationships between food insecurity (FI) and health-related quality of life (HRQoL) in adolescents. 256 individuals, aged between 12 and 17 years-old, took part in this cross-sectional investigation. The Brazilian Household Food Insecurity Measurement (EBIA) scale and the Kidscreen 52 were administered. Results showed that 41,4% participants met the criteria for FI. Moreover, FI was negatively linked with all the domains assessed by the Kidscreen 52. Adolescents with FI had lower means in the Kidscreen 52 in seven out of ten dimensions of HRQoL examined when compared with those with food

security (FS). Finally, multiple linear regression analyses showed that income, inhabitants per household, and the Kidscreen's domain of financial resources predicted FI in the sample.

Keywords: Adolescence; quality of life; food security.

## **Introdução**

O presente estudo investiga a percepção de adolescentes sobre a situação alimentar vivenciada em seus domicílios, por meio da avaliação da insegurança alimentar (IA). Igualmente, associações entre IA e domínios da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) foram analisados. Para tal, utilizou-se uma abordagem metodológica que considera a percepção dos próprios adolescentes a respeito das temáticas, favorecendo uma compreensão mais realista das demandas e necessidades associadas a esta população.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência compreende o período de vida entre os dez e 19 anos de idade <sup>1</sup>. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente define como criança a pessoa com até 12 anos de idade incompletos, e adolescente aquela com idade entre 12 e 18 anos, enquanto que o Ministério da Saúde adota a mesma fixação etária de adolescência utilizada pela Organização Mundial da Saúde <sup>2,3</sup>.

O rápido desenvolvimento biológico e psicossocial - bem como as mudanças ocorridas na segunda década de vida dos indivíduos - afetam os demais aspectos desenvolvimentais. Assim, as mudanças vistas na adolescência oportunizam a formação da base para uma boa saúde na idade adulta <sup>4</sup>. É durante a adolescência que diversos comportamentos de risco ou de proteção iniciam ou são consolidados (i.e., dieta, atividade física, uso de substâncias, comportamentos sexuais de risco <sup>5</sup>). Logo, conhecer a percepção do adolescente sobre sua própria vida pode ser um meio para a compreensão a respeito de sua saúde <sup>6</sup>.

A segurança alimentar (SA) refere-se ao acesso constante de todas as pessoas aos alimentos suficientes para a manutenção de uma vida saudável e ativa <sup>7</sup>. A SA considera práticas alimentares promotoras da saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam sustentáveis a nível ambiental, cultural, econômico e social <sup>8</sup>. Neste sentido, a IA refere-se a situações em que os indivíduos, embora tendo acesso à comida necessária para suprir suas necessidades de energia, são incertos quanto à duração de tal estado, podendo ser forçados a reduzir em qualidade e/ou quantidade a alimentação necessária para sua sobrevivência <sup>9</sup>.

Adicionalmente, a QVRS é usualmente definida como um complexo fenômeno que alia dimensões físicas, psicológicas, sociais e de bem-estar nos indivíduos <sup>10</sup>. A QVRS é, portanto, um construto subjetivo e multidimensional, que se encontra em transformação ao longo do tempo. De maneira interessante, existe evidência de que, na medida em que a QVRS se encontra diminuída durante a infância, diminuem-se as chances para que um indivíduo se desenvolva e amadureça de modo saudável <sup>11</sup>. Assim, a avaliação da QVRS em crianças e adolescentes pode ser útil para a identificação de subgrupos com risco ou já com problemas de saúde, possibilitando a elaboração e implementação de estratégias de intervenção eficazes a fim de melhorar o estado de saúde dos jovens <sup>12</sup>. Diversos estudos vêm sendo desenvolvidos com foco na avaliação da QVRS em adolescentes e jovens em diferentes contextos, relacionados à doenças crônicas e outros problemas de saúde, ou ainda em associação com outros aspectos presentes e/ou acentuados na adolescência <sup>13,14,15,16,17,18,19,20,21</sup>. Tais estudos refletem a importância da identificação de fatores associados com a QVRS em jovens.

Dados internacionais prévios confirmam a sobreposição dos construtos da IA e QVRS. Em suma, investigações apontam que dietas saudáveis apresentam efeitos positivos na QVRS em diversos domínios, entre os quais o funcionamento físico, escolar, emocional e psicossocial <sup>22</sup>. Porém, ainda são escassos os dados empíricos disponíveis sobre o tema dentre jovens brasileiros. Assim, em face da importância do autorrelato dos jovens quanto aos

fatores ligados à IA e QVRS <sup>6</sup>, o presente estudo apresenta a primeira investigação nacional sobre associações bidirecionais entre IA e QVRS em adolescentes. Com base em estudos prévios, seguiu-se a hipótese que indivíduos em IA apresentariam médias estatisticamente inferiores de QVRS <sup>22, 23</sup>. Igualmente, foram esperadas associações negativas entre IA e QVRS, de modo que uma maior percepção de insegurança alimentar resultaria em menores escores nas dimensões de qualidade de vida avaliados no estudo.

## **Métodos**

### *Delineamento e participantes*

Trata-se de um estudo quantitativo de caráter transversal, que contou com a participação de 256 adolescentes, com idades entre 12 e 17 anos (média = 13,8, DP = 1,49), sendo 57,8% do sexo masculino, e 42,2% do sexo feminino. Os participantes eram vinculados a um centro de convivência para adolescentes localizado na região Sul do Brasil. O tamanho amostral garante um poder de 90% (256 participantes) e nível de significância menor ou igual a 0,05 em um modelo com intervalos de confiança de 95% e efeito de delineamento = 1 <sup>24</sup>. Adotamos, para fins de cálculo amostral, uma prevalência média de 40% (p) de IA <sup>25,26</sup> em uma população de 14.000 indivíduos com idades entre dez e 19 anos <sup>27</sup>.

### *Instrumentos e procedimentos*

Foi desenvolvido um questionário para levantamento de dados sociodemográficos, com questões adaptadas à população adolescente, que incluíram informações sobre sexo, idade, escolaridade do participante e dos genitores, renda familiar em salários mínimos brasileiros (R\$ 998 no período em questão) e composição familiar/domiciliar. Para a avaliação da SA, a entrevistadora utilizou as questões da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA). A EBIA foi adaptada à realidade brasileira a partir do Indicador Cornell,

que mensura a percepção e vivência da fome em domicílios<sup>28,29</sup>. O instrumento é composto por 14 questões que refletem quatro diferentes cenários: SA, IA Leve, IA Moderada e IA Grave. Para a classificação da EBIA foram utilizados os pontos de corte sugeridos para domicílios com menores de 18 anos<sup>28</sup>. A análise de confiabilidade interna da escala foi testada para a amostra em questão, apresentando alfa de Cronbach de 0,786.

A avaliação da QVRS foi realizada por meio do questionário KIDSCREEN 52, instrumento desenvolvido na Europa por Ravens-Sieberer<sup>30</sup> e validado no Brasil<sup>31</sup>. Destina-se a avaliar e monitor o bem-estar e a saúde subjetiva de crianças e adolescentes com idades entre 8 e 18 anos ( $\alpha = 0,96$ ). Utilizou-se a versão original com 52 itens, que engloba dez dimensões da qualidade de vida, tendo sido respondida diretamente pelo participante (versão *self*). Pontuações mais altas indicam maior QVRS e bem-estar<sup>30</sup>.

Os adolescentes foram convidados a participar do estudo, mediante autorização dos responsáveis e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram também orientados quanto a proposta da pesquisa e seus aspectos éticos, concordando com a participação e assinatura do Termo de Assentimento. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, sob parecer nº 3.265.598.

Foram incluídos no estudo adolescentes saudáveis de ambos os sexos, com idades entre 12 e 17 anos. A coleta de dados ocorreu entre maio e dezembro de 2019, tendo sido conduzida por uma única pessoa treinada, de maneira individual ou em pequenos grupos, de acordo com as faixas etárias.

#### *Análises estatísticas*

Foram realizadas análises descritivas dos resultados sociodemográficos, estabelecendo valores de frequência em porcentagens, médias e desvio padrão. Correlações de Pearson foram executadas entre as variáveis sociodemográficas e pontuação na EBIA, bem como os escores nos dez domínios de QVRS e resultados na EBIA. As médias de QVRS em

relação à situação alimentar foram comparadas por meio do teste *t* de *Student* para amostras independentes. A amostra foi dividida em dois grupos, a saber: SA (n=150) e IA (n=106). Análises de regressão linear hierárquica foram empregadas, tendo como variável desfecho a pontuação na EBIA. No primeiro bloco, foram inseridos os preditores renda familiar, número de moradores no domicílio, residência com ambos genitores e escolaridade da mãe. No segundo bloco, foram inseridos escores dos domínios aspectos financeiros, família/ambiente familiar e sentimentos (KIDSCREEN 52). Todas as análises foram conduzidas no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 23).

## **Resultados**

### *Resultados descritivos*

Dos 256 participantes do estudo, 57,8% eram do sexo masculino, 70,3% tinham idade entre 12 e 14 anos, e 29,7% entre 15 e 17 anos. Ainda, 11,7% dos participantes relatou ter renda familiar mensal inferior a um salário mínimo brasileiro, 30,5% de um salário mínimo, e 28,1% dos participantes não souberam informar a atual situação de renda familiar. Quanto aos resultados para número de moradores no domicílio, 32,4% dos participantes informaram possuir entre 2 e 3 moradores em seu domicílio, 57,4% entre 4 e 5 moradores, e 10,2% dos participantes informaram residir com 6 ou mais moradores no mesmo domicílio. Em relação a morar com a mãe e pai, 89,1% informaram residir com a mãe e 59,4% informaram residir com o pai.

Em relação à percepção do próprio adolescente no tocante à IA, mais da metade dos participantes classificou-se como situação de SA (58,6%), 37,1% como IA leve e 4,3% como IA moderada. Não foram observadas situações de IA grave.

### *Associações entre IA, características sociodemográficas e domínios de QVRS*

Foram realizadas análises de correlação entre as variáveis situação alimentar - conforme pontuação na EBIA - e características sociodemográficas. Observou-se correlação positiva fraca com a variável número total de moradores ( $r = 0,169$ ;  $p = 0,007$ ), indicando que o maior número de moradores do domicílio correlaciona-se com maior IA. A situação avaliação da IA ainda apresentou correlação negativa fraca com a escolaridade da mãe ( $r = -0,208$ ;  $p = 0,006$ ) e com a renda familiar aproximada ( $r = -0,298$ ;  $p < 0,001$ ), indicando que as variáveis escolaridade materna e renda familiar correlacionam-se com IA. Também foram realizados testes de correlação entre situação alimentar e os escores nos dez domínios de QVRS do KIDSCREEN 52. Conforme os resultados, identificou-se correlação negativa moderada entre IA (maior pontuação na EBIA) e o domínio aspectos financeiros ( $r = -0,405$ ;  $p < 0,001$ ), ou seja, quanto menor o escore em aspectos financeiros, maior IA. Uma maior autopercepção de IA também correlacionou-se de forma fraca com os domínios: saúde e atividade física ( $r = -0,153$ ;  $p = 0,015$ ), sentimentos ( $r = -0,254$ ;  $p < 0,001$ ), estado emocional ( $r = -0,273$ ;  $p < 0,001$ ), autopercepção ( $r = -0,188$ ;  $p = 0,003$ ), autonomia e tempo livre ( $r = -0,216$ ;  $p < 0,001$ ), família/ambiente familiar ( $r = -0,248$ ;  $p < 0,001$ ), amigos e apoio social ( $r = -0,204$ ;  $p = 0,001$ ), ambiente escolar ( $r = -0,129$ ;  $p = 0,039$ ) e provocação/bullying ( $r = -0,186$ ;  $p = 0,003$ ).

#### *Comparações entre as médias nos escores de QVRS em relação à situação alimentar*

Foram investigadas diferenças nos resultados de QVRS dos adolescentes em relação à situação alimentar. Os grupos foram comparados quanto à média nos escores de cada domínio de QVRS por meio do teste  $t$  para amostras independentes. Os participantes em situação de IA tiveram escores mais baixos nos domínios saúde e atividade física ( $t_{(254)} = 2,850$ ;  $p = 0,005$ ), estado emocional ( $t_{(254)} = 2,689$ ;  $p = 0,008$ ), auto-percepção ( $t_{(254)} = 2,021$ ;  $p = 0,044$ ), autonomia e tempo livre ( $t_{(254)} = 2,718$ ;  $p = 0,007$ ), família/ambiente familiar ( $t_{(254)}$



= 2,811;  $p = 0,005$ ), aspectos financeiros ( $t_{(254)} = 5,672$ ;  $p < 0,001$ ), amigos e apoio social ( $t_{(254)} = 2,911$ ;  $p = 0,004$ ) quando comparados aos participantes em SA.

### *Preditores de IA*

A fim de identificar preditores de IA, foram conduzidas análises de regressão linear hierárquica, tendo como variável desfecho a pontuação na EBIA. No primeiro bloco, foram inseridos os preditores renda familiar, número de moradores no domicílio, residência com ambos genitores e escolaridade da mãe. No segundo bloco, foram inseridos escores do KIDSCREEN 52 dos domínios aspectos financeiros, família/ambiente familiar e sentimentos. O modelo final foi capaz de explicar 23% da variação na avaliação da IA ( $F_{(6,131)} = 7,832$ ,  $p < 0,001$ ), tendo sido significativas as variáveis renda familiar aproximada ( $\beta = -0,174$ ,  $p = 0,038$ ), total de moradores no domicílio ( $\beta = 0,155$ ,  $p = 0,042$ ) e o domínio aspectos financeiros ( $\beta = -0,297$ ,  $p = 0,001$ ).

### **Discussão**

O presente estudo investigou as associações entre a percepção de adolescentes sobre IA e qualidade de vida relacionada à saúde, tendo como hipótese que o estado de insegurança alimentar estaria relacionado a piores resultados de QVRS nesta população <sup>22</sup>. Com efeito, os participantes classificados como SA apresentaram médias significativamente superiores nos diversos domínios da qualidade de vida. Ressalta-se que, durante a revisão de literatura, foram localizados apenas dois estudos que investigaram a associação entre IA e QVRS na população adolescente <sup>23,32</sup>, sendo que nenhuma investigação nacional foi encontrada. Em todo caso, os resultados aqui reportados foram semelhantes aos relatados por um estudo canadense que contou com a participação de estudantes de dez e 11 anos, no qual observou-se escore de QVRS significativamente mais baixo nos indivíduos com situação familiar de IA moderada e grave <sup>23</sup>. Ademais, os achados obtidos em investigação norte-

americana descritos anteriormente assemelham-se com os encontrados na presente investigação<sup>32</sup>. Assim, adolescentes em domicílios com IA apresentaram pior QVRS, especialmente nas dimensões física e psicossocial<sup>32</sup>. Porém, sublinha-se que tanto Casey et al.<sup>32</sup> como Kirk et al.<sup>23</sup> adotaram medidas de qualidade de vida e de IA diferentes das adotadas na presente investigação; da mesma forma, salienta-se que tais estudos foram realizados sob circunstâncias econômicas, sociais e culturais distintas, considerando a realidade de cada país. Logo, depreende-se que esforços científicos para a compreensão mais acurada dos fatores de risco e proteção ligados à IA e SA entre adolescentes no Brasil são necessários e urgentes.

Observaram-se diferenças entre os grupos no domínio estado emocional, tendo os participantes em IA apresentado escores inferiores. Tal resultado corrobora evidência transversal obtida acerca de padrões alimentares não saudáveis e problemas de saúde mental, bem como para a tendência de correlação entre dieta de boa qualidade e melhor saúde mental<sup>33</sup>. De fato, relatos sobre associações entre IA e sintomas depressivos em adultos já foram reportados<sup>34</sup>. Em tal estudo, as chances de depressão foram três vezes maiores em adultos em IA do que para adultos em SA (OR: 3,42; IC 95%: 2,61 - 4,49)<sup>34</sup>. Além dos aspectos psicossociais, os resultados podem também ter implicações nutricionais. Evidências de que dietas saudáveis tenham efeitos positivos em diversos domínios (como funcionamento físico, escolar, emocional e psicossocial) são abundantes, bem como sabe-se que a exposição a dietas de menor qualidade e comportamento alimentar não saudável associam-se à diminuição da QVRS desta população<sup>22</sup>. Assim, os resultados encontrados são congruentes com estudo acerca da qualidade da dieta autorreferida por adolescentes e sua associação com QVRS, onde o aumento nos escores de dieta saudável associou-se a aumentos na QVRS, enquanto que o aumento em escores de dietas não saudáveis esteve associado à diminuição da QVRS<sup>35</sup>.

Quanto à presença de IA, encontramos uma prevalência de 41,4%, sendo 37,1% de IA leve e 4,3% IA moderada, sem resultados de IA grave. Resultados prévios de domicílios com adolescentes apontaram prevalência de 51,8% de IA, sendo 11,3% IA moderada, 11,8% IA Grave e 28,7% IA leve <sup>26</sup>. Em outra publicação sobre IA em famílias com adolescentes, observou-se prevalência de 36% de IA leve e de 24% de IA moderada ou grave <sup>36</sup>. Em adição, os resultados da presente investigação apontaram prevalência superior à observada em levantamento nacional. Conforme a última Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios sobre IA no Brasil <sup>25</sup>, 22,6% dos domicílios brasileiros investigados apresentam algum grau de IA. Em relação ao estado do Paraná, o número foi inferior, com 16,1% dos domicílios com IA. Quando os dados nacionais são analisados por faixas etárias, observa-se que na faixa entre cinco e 17 anos, a presença de IA sobe para 33,2%, sendo tais resultados mais próximos aos encontrados neste estudo. Ressalta-se, porém, que a maior prevalência de IA identificada nessa investigação foi em grau leve. Tal nível indica que, mesmo não sendo experienciada fome no grupo familiar, existe preocupação de que em um futuro próximo os alimentos possam acabar, sendo a qualidade dos hábitos alimentares a dimensão mais afetada <sup>37</sup>.

Neste estudo, a IA apresentou correlação significativa com as variáveis total de moradores, escolaridade da mãe e renda familiar aproximada, enquanto que o modelo de regressão linear múltipla apontou as variáveis renda familiar aproximada, número total de moradores no domicílio e o domínio aspectos financeiros como preditores da IA na amostra. Tais resultados somam-se com evidências anteriores que associam a IA com aspectos socioeconômicos, sobretudo quando constata-se maiores prevalências de IA moderada e grave em famílias que recebem doações de alimentos, com menor renda familiar, com a responsável familiar sendo mulher, com crianças menores de cinco anos ou com quatro ou mais residentes no domicílio <sup>36,38</sup>. Logo, os resultados apresentados parecem corresponder

com as evidências da determinação social da IA no Brasil, onde se observa maior prevalência de IA entre populações em situação de risco e vulnerabilidade pessoal e social <sup>39</sup>.

A IA associa-se com maior ocorrência de mortalidade infantil e piores condições de trabalho e renda <sup>40</sup>. Assim, conforme verificado neste estudo, a IA pode contribuir para a presença de prejuízos em diversos aspectos individuais de saúde e qualidade de vida de maneira bastante precoce. Desta forma, as políticas e intervenções sociais e de saúde focadas na temática da IA a longo prazo podem trazer consequências sociais e de saúde, resultando em melhora de tais aspectos na vida adulta <sup>41</sup>.

De maneira geral, embora apresente limitações, o estudo em questão levanta indícios significativos a serem investigados de maneira mais aprofundada e aponta dados inéditos sobre o tema da IA em jovens. Salienta-se que variáveis importantes podem não ter sido incluídas nas investigações, em especial por não serem informações de fácil compreensão e conhecimento pelo público adolescente mais jovem. Neste sentido, levanta-se a possibilidade de estudos futuros que permitam comparações entre a perspectiva do adolescente e do responsável familiar quanto à avaliação da IA domiciliar, bem como, o levantamento de informações sociodemográficas importantes no contexto familiar. Como ponto forte, destaca-se a proposta de dar voz ao próprio adolescente sobre questões relacionadas a sua saúde. Pesquisas desta natureza têm o potencial de contribuir com o levantamento de informações e construção de novos conhecimentos sobre a temática da saúde na adolescência, podendo ser empregadas no levantamento de demandas das políticas sociais e de saúde, para que sejam melhor direcionadas e mais efetivas, favorecendo o investimento em qualidade de vida e saúde na juventude, e por consequência na prevenção e diminuição de agravos biopsicossociais na vida adulta.

Considera-se que a escala de segurança alimentar visa demonstrar a condição dos membros da família enquanto grupo. Contudo, sabe-se que condições de IA podem afetar

todos os membros de uma família, ainda que de diferentes formas<sup>42</sup>. Kepple e Segall-Corrêa<sup>43</sup> destacam que a aplicação isolada da escala não seja suficiente para mensurar a complexidade da SA e nutricional, tratando-se de um fenômeno multidimensional e interdisciplinar. Assim, a utilização da EBIA é importante para estimar a prevalência dos vários níveis de IA, a fim de identificar grupos ou populações de risco. Nesse sentido, esforços para a ampliação da aplicação da EBIA são necessários, seja na forma de autorrelato, seja através de inquéritos online ou via telefone, uma vez que permitirão melhor conhecer aspectos ligados à sensibilidade, especificidade e variabilidade do instrumento em diferentes contextos e formatos<sup>44</sup>.

## **Conclusão**

Através do presente estudo, foi possível observar que adolescentes também podem vivenciar de maneira individual a incerteza quanto à disponibilidade constante de alimentos em seu domicílio, e que este processo pode repercutir negativamente sob o desempenho da QVRS. As associações identificadas corroboram com as evidências da determinação social da IA alimentar no Brasil e demonstram que, por sua vez, ela pode contribuir para a presença de prejuízos precoces em diversos aspectos individuais e sociais. Desta forma, salienta-se a importância de intervenções sociais e de saúde focadas na população adolescente, reiterando a importância desta etapa vital. Cabe considerar a tênue (e arbitrária) transição entre adolescência e vida adulta, sendo que a primeira é muitas vezes compreendida apenas como um estágio de passagem, sem que, no entanto, haja preocupação com a qualidade com que é tal etapa é concretamente vivenciada. Observa-se ainda o potencial de tais intervenções como recurso na prevenção de agravos futuros, para tal, enfatiza-se a importância de incluir a visão e a voz do próprio adolescente em investigações e medidas que tratem de sua saúde e contexto social, pois, como observado, outros fatores subjetivos e sociais podem estar ligados à sua percepção de saúde e qualidade de vida.

## Referências

1. OMS. Organização Mundial da Saúde. Programming for adolescent health and development. *World Heal Organ Tech Rep Ser* 1999; (886):220–37.
2. Brasil. *Marco Legal: Saúde, um direito de adolescentes*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. 2007; p. 60.
3. Brasil. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 13 jul.
4. OMS. Organização Mundial da Saúde. *Health for the world's adolescents: A second chance in the second decade*. Geneva: World Heal Organ 2014.
5. OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. *Ação Global Acelerada para a Saúde de Adolescentes (AA-HA!): Guia de Orientação para apoiar a implementação pelos países*. Brasília.; 2018.
6. Agathão BT, Reichenheim ME, de Moraes CL. Qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes escolares. *Cien Saude Colet* 2018; 23, 659-668.
7. USDA. United States Department of Agriculture. Definitions of Food Security. [internet] 2019. [acessado 2020 Mar 20]. Disponível em <https://www.ers.usda.gov/topics/food-nutrition-assistance/food-security-in-the-us/definitions-of-food-security.aspx>.
8. BRASIL. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Lei n. 11.346. de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2006; 15 set.
9. FAO. Food and Agriculture Organization of the United Nations. *The state of food security and nutrition in the world 2019: Safeguarding against economic slowdowns*

- and downturns: 2019*. [acessado 2020 Mar 20]. Disponível em [www.fao.org/publications](http://www.fao.org/publications)
10. Bullinger M. Quality of life: Definition, conceptualization and implications - A methodologist's view. *Theor Surg* 1991; 6(3):143-148.
  11. Bermejo-Cantarero A, Álvarez-Bueno C, Martínez-Vizcaino V, García-Hermoso A, Isabel Torres-Costoso A, Sánchez-López M. Association between physical activity, sedentary behavior, and fitness with health related quality of life in healthy children and adolescents: A protocol for a systematic review and meta-analysis. *Medicine (United States)* 2017; 96(12).
  12. Wu XY, Han LH, Zhang JH, Luo S, Hu JW, Sun K. The influence of physical activity, sedentary behavior on health-related quality of life among the general population of children and adolescents: A systematic review. *PLoS One* 2017 ;12(11):e0187668.
  13. Amine B, Rostom S, Benbouazza K, Abouqal R, Hajjaj-Hassouni N. Health related quality of life survey about children and adolescents with juvenile idiopathic arthritis. *Rheumatol Int* 2009; 29(3):275–9.
  14. Bozzini AB, Neder L, Silva CA, Porta G. Decreased health-related quality of life in children and adolescents with autoimmune hepatitis. *J Pediatr* 2019; 95(1):87–93.
  15. Van Riel CAHP, Meijer-van den Bergh EEM, Kemps HLM, Feuth T, Schreuder HWB, Hoogerbrugge PM, et al. Self-perception and quality of life in adolescents during treatment for a primary malignant bone tumour. *Eur J Oncol Nurs* 2014; 18(3):267–72.
  16. Wu XY, Yin WQ, Sun HW, Yang SX, Li XY, Liu HQ. The association between disordered eating and health-related quality of life among children and adolescents: A systematic review of population-based studies. *PLoS One* 2019; 14(10), e0222777.

17. Pyngottu A, Werner H, Lehmann P, Balmer C. Health-Related Quality of Life and Psychological Adjustment of Children and Adolescents with Pacemakers and Implantable Cardioverter Defibrillators: A Systematic Review. *Pediatric Cardiology* 2019; 40(1):1-16.
18. Shin H, Bartlett R, De Gagne JC. Health-Related Quality of Life Among Survivors of Cancer in Adolescence: An Integrative Literature Review. *J Pediatr Nurs* 2019; 44:97–106.
19. Nicholls L, Lewis AJ, Petersen S, Swinburn B, Moodie M, Millar L. Parental encouragement of healthy behaviors: Adolescent weight status and health-related quality of life. *BMC Public Health* 2014; 14(1), 369.
20. Hidalgo-Rasmussen C, Molina T, Molina R, Sepúlveda R, Martínez V, Montaña R, et al. Bullying y calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes escolares Chilenos. *Rev Med Chil* 2015; 143(6):716–23.
21. Marker AM, Steele RG, Noser AE. Physical activity and health-related quality of life in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Heal Psychol* 2018; 37(10):893–903.
22. Wu XY, Zhuang LH, Li W, Guo HW, Zhang JH, Zhao YK, et al. The influence of diet quality and dietary behavior on health-related quality of life in the general population of children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Qual Life Res* 2019; 28(8):1989–2015.
23. Kirk SFL, Kuhle S, McIsaac JLD, Williams PL, Rossiter M, Ohinmaa A, et al. Food security status among grade 5 students in Nova Scotia, Canada and its association with health outcomes. *Public Health Nutr* 2015; 18(16):2943-51.



24. Dean A. G., Sullivan KM, Soe MM. *OpenEpi: Open Source Statistics for Public Health*, Version 3.01. 2013. [acessado 2020 Mar 20]. Disponível em [www.openepi.com](http://www.openepi.com).
25. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD: Segurança alimentar - 2013*. Rio de Janeiro; 2014.
26. Guerra LD da S, Espinosa MM, Bezerra ACD, Guimarães LV, Lima-Lopes MA. Insegurança alimentar em domicílios com adolescentes da Amazônia Legal Brasileira: Prevalência e fatores associados. *Cad Saude Publica* 2013; 29(2):335–48.
27. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Características da População e dos Domicílios. IBGE 2010.
28. BRASIL. Estudo técnico n. 01/2014. Escala Brasileira de Insegurança Alimentar-EBIA: análise psicométrica de uma dimensão da Segurança Alimentar e Nutricional 2014.
29. Segall-Corrêa AM, Pérez-Escamilla R, Kurdian ML, Sampaio M de FA, Marín-León L, Panigassi G. An Adapted Version of the U.S. Department of Agriculture Food Insecurity Module is a Valid Tool for Assessing Household Food Insecurity in Campinas, Brazil. *J Nutr* 2004; 134(8), 1923-8.
30. Ravens-Sieberer U, Gosch A, Rajmil L, Erhart M, Bruil J, Duer W, Power M, Thomas A, Ladislav C, Mazur J, Czimbalmas A, Tountas Y, Hagquist C, Kilroe J. KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2005; 5(3):353–64.
31. Guedes DP, Guedes JERP. Tradução, adaptação transcultural e propriedades psicométricas do KIDSCREEN-52 para a população Brasileira. *Rev Paul Pediatr* 2011; 29(3):364–71.

32. Casey PH, Szeto KL, Robbins JM, Stuff JE, Connell C, Gossett JM, et al. Child health-related quality of life and household food security. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005; 159(1):51–6.
33. O’Neil A, Quirk SE, Housden S, Brennan SL, Williams LJ, Pasco JA, et al. Relationship between diet and mental health in children and adolescents: a systematic review. *Am J Public Health* 2014; 104(10):31-42.
34. Leung CW, Epel ES, Willett WC, Rimm EB, Laraia BA. Household Food Insecurity Is Positively Associated with Depression among Low-Income Supplemental Nutrition Assistance Program Participants and Income-Eligible Nonparticipants. *J Nutr* 2015; 45(3):622–7.
35. Bolton KA, Jacka F, Allender S, Kremer P, Gibbs L, Waters E, et al. The association between self-reported diet quality and health-related quality of life in rural and urban Australian adolescents. *Aust J Rural Health* 2016; 24(5):317–25.
36. Lopes TS, Sichieri R, Salles-Costa R, Veiga G V., Pereira RA. Family food insecurity and nutritional risk in adolescents from a low-income area of Rio de Janeiro, Brazil. *J Biosoc Sci* 2013; 45(5):661–74.
37. Corrêa AMS. Insegurança alimentar medida a partir da percepção das pessoas. *Estud Avancados* 2007; 21(60):143–54.
38. Bezerra MG de S, Mesquita GV, Santos MM dos, Martins M do C de C e, Moura MEB, Alberto. NSM da C. Food insecurity in families assisted by the family health strategy. *Journal of Nursing UFPE* 2016; 10(1):248–54.
39. Bezerra TA, De Olinda RA, Pedraza DF. Food insecurity in Brazil in accordance with different socio-demographic scenarios. *Cien Saude Colet* 2017; 22(2):637–52.
40. Bezerra MS, Jacob MCM, Ferreira MAF, Vale D, Mirabal IRB, Lyra CO. Insegurança alimentar e nutricional no brasil e sua correlação com indicadores de

- vulnerabilidade. *Cien Saude Colet* [internet] 2019. [acessado 2020 Mar 20]. Disponível em <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/inseguranca-alimentar-e-nutricional-no-brasil-e-sua-correlacao-com-indicadores-de-vulnerabilidade/17094>
41. Ramsey R, Giskes K, Turrell G, Gallegos D. Food insecurity among Australian children: Potential determinants, health and developmental consequences. *J Child Heal Care* 2011; 15(4):401–16.
  42. Bickel G, Nord M, Price C, Hamilton W, Cook J. Measuring Food Security in the United States Guide to Measuring Household Food Security Revised 2000 [Internet]. U.S. *Department of Agriculture, Food and Nutrition Service* 2000. [acessado 2020 Mar 20]. Disponível em <http://www.fns.usda.gov/oane>
  43. Kepple AW, Segall-Corrêa AM. Conceituando e medindo segurança alimentar e nutricional. *Cien Saude Colet* 2011; 16(1):187–99.
  44. Voci SM, Slater B. Consistência interna da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar aplicada por entrevista telefônica e preenchida pelo entrevistado. *Nutrire* 2015;40(3):318–27.

## 6. ANEXOS

## ANEXO I

UNIOESTE - CENTRO DE  
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Qualidade de Vida Relacionada à Saúde dos adolescentes.

**Pesquisador:** Ana Paula Vieira

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 98361618.4.0000.0107

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.265.598

**Apresentação do Projeto:**

Saneamento de pendências.

**Objetivo da Pesquisa:**

Saneamento de pendências.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Saneamento de pendências.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Saneamento de pendências.

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

Saneamento de pendências.

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

Agora, o Termo de assentimento está proposto e apensado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1216389.pdf	11/04/2019 17:28:01		Aceito

Endereço: RUA UNIVERSITÁRIA 2089

Bairro: UNIVERSITÁRIO

CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prrpp@unioeste.br

UNIOESTE - CENTRO DE  
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 3.205.568

Outros	Termo_Assentimento.pdf	11/04/2019 17:26:37	Ana Paula Vieira	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_pais.pdf	11/04/2019 17:17:49	Ana Paula Vieira	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_.pdf	10/09/2018 17:58:10	Ana Paula Vieira	Acelto
Outros	Anexo_IV.pdf	10/09/2018 17:56:57	Ana Paula Vieira	Acelto
Outros	anexo_III_TermoCompromisso.pdf	10/09/2018 17:53:43	Ana Paula Vieira	Acelto
Declaração de Pesquisadores	Declaracao.pdf	10/09/2018 17:53:20	Ana Paula Vieira	Acelto
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	10/09/2018 17:52:45	Ana Paula Vieira	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CASCADEL, 15 de Abril de 2019

Assinado por:  
Dartel Ferrari de Lima  
(Coordenador(a))

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCADEL

Telefone: (45)3220-3062

E-mail: cep.prgg@unioeste.br

## ANEXO II

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Título do Projeto: Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) e Segurança Alimentar em adolescentes.

Pesquisador responsável e colaboradores com telefones de contato:

Ana Paula Vieira – (46) 3520 0716

Luara Molon – (46) 99971 5304

Convidamos seu(sua) filho(a) a participar de nossa pesquisa que tem o objetivo de estudar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde, e a Segurança Alimentar de adolescentes de 12 a 18 anos. Para isso, serão aplicados questionários com perguntas sobre condições sociais, econômicas e familiares; saúde e qualidade de vida em diversas áreas, e sobre condições e qualidade da alimentação.

Os questionários são seguros, mas é possível que seu filho possa ter medo ou ficar envergonhado em responder alguma das perguntas. Para algum questionamento, dúvida ou relato de algum acontecimento os pesquisadores poderão ser contatados a qualquer momento. A pesquisa será realizada nas dependências do Centro da Juventude de Francisco Beltrão.

Através da pesquisa serão levantadas informações importantes para o desenvolvimento de oficinas que visam melhorar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde e a Qualidade da alimentação dos adolescentes.

Este termo de consentimento será entregue em duas vias, sendo que uma ficará com o participante da pesquisa e outra com os responsáveis pelo estudo. O participante não pagará ou receberá para participar do estudo.

Será mantido a confidencialidade dos participantes e os dados serão utilizados somente para fins científicos. Sendo que o mesmo poderá cancelar sua participação a qualquer momento.

Para maiores informações, entrar em contato com o Comitê de ética da Unioeste pelo telefone 3220-3272.

Declaro estar ciente do exposto e **autorizo** .....a participar da pesquisa.

Nome do sujeito responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Eu, Luara Molon, declaro que forneci todas as informações do projeto ao participante e responsável.

Francisco Beltrão, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

## ANEXO III



Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação  
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP



Aprovado na  
CONEP em 04/08/2000

## TERMO DE ASSENTIMENTO – TA

Título do Projeto: Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) e Segurança Alimentar em adolescentes.

Pesquisador responsável e colaboradores com telefones de contato:

Ana Paula Vieira – (46) 3520 0716

Luara Molon – (46) 99971 5304

Convidamos você a participar de nossa pesquisa que tem o objetivo de estudar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde, e a Segurança Alimentar de adolescentes de 12 a 18 anos. Para isso, você irá responder algumas perguntas em três questionários, que falam sobre condições sociais e financeiras de sua família, características de sua casa, relações familiares, relacionamento com amigos e colegas, sobre sua escola, sobre seus sentimentos e estado de humor na última semana, sobre sua saúde e qualidade de vida em diversas áreas, sobre qualidade de sua alimentação e condições para realizá-la.

Para participar deste estudo, o seu responsável legal deverá autorizar a sua participação mediante a assinatura de um Termo de Consentimento. A não autorização do seu responsável legal invalidará este Termo de Assentimento e você não poderá participar do estudo.

Os questionários são seguros, mas é possível que você possa sentir medo ou ficar envergonhado em responder alguma das perguntas.

Caso deseje, você poderá cancelar sua participação a qualquer momento.

Caso tenha algum questionamento ou dúvida poderá fazer a qualquer momento aos pesquisadores.

A pesquisa será realizada nas dependências do Centro da Juventude de Francisco Beltrão, e você não pagará ou receberá para participar.

Através da pesquisa serão levantadas informações importantes para o desenvolvimento de oficinas que visam melhorar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde e a Qualidade da alimentação dos adolescentes.

Suas informações pessoais de identificação não serão reveladas, e os dados serão utilizados somente para fins científicos.

Declaro estar ciente do exposto e **desejo participar do projeto.**

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Eu, Luara Molon, declaro que forneci todas as informações do projeto ao participante e/ou responsável.

Francisco Beltrão, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.



## ANEXO IV

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	
Data: ___/___/___	
Identificação (Iniciais do nome):	_____
Idade:	_____
Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino	
Em qual série você estuda?	_____
1. Contando você, quantas pessoas residem na casa em que você mora? ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ou mais.	
2. Quantos irmãos você têm? ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ou mais	
3. Você mora com sua mãe? ( ) Sim ( ) Não	
4. Qual a escolaridade da sua mãe? ( ) 1º a 4º ano do ensino fundamental. ( ) 5º a 8º ano do ensino fundamental. ( ) Ensino médio incompleto. ( ) Ensino médio completo. ( ) Ensino Superior incompleto. ( ) Ensino superior completo. ( ) Não sei.	
5. Você mora com seu pai? ( ) Sim ( ) Não	
6. Qual a escolaridade de seu pai? ( ) 1º a 4º ano do ensino fundamental. ( ) 5º a 8º ano do ensino fundamental. ( ) Ensino médio incompleto. ( ) Ensino médio completo. ( ) Ensino Superior incompleto. ( ) Ensino superior completo. ( ) Não sei.	
7. Sobre a casa em que você mora: ( ) É situada na zona rural ( ) É casa própria ( ) É alugada ( ) Alguém cedeu para sua família morar ( ) Possui energia elétrica ( ) Possui água encanada	

<p>8. Qual é a renda aproximada de sua família?</p> <p><input type="checkbox"/> Inferior a meio salário mínimo – Menor que R\$ 482,50</p> <p><input type="checkbox"/> Inferior a 1 salário mínimo – Menor que R\$ 965,00</p> <p><input type="checkbox"/> 1 salário mínimo - R\$ 965,00</p> <p><input type="checkbox"/> De dois a três salários mínimos – De R\$ 1930,00 à R\$ 2895,00</p> <p><input type="checkbox"/> Acima de três salários mínimos – Superior a R\$ 2895,00</p>
<p>9. Quantas pessoas em sua casa trabalham?</p> <p><input type="checkbox"/> 1   <input type="checkbox"/> 2   <input type="checkbox"/> 3   <input type="checkbox"/> 4</p>
<p>10. Das pessoas que trabalham, quantas possuem carteira assinada?</p> <p><input type="checkbox"/> 1   <input type="checkbox"/> 2   <input type="checkbox"/> 3   <input type="checkbox"/> 4</p>
<p>11. Sua família recebe algum benefício social?</p> <p><input type="checkbox"/> Bolsa Família</p> <p><input type="checkbox"/> Tarifa social de energia elétrica</p> <p><input type="checkbox"/> Programa leite das crianças</p> <p><input type="checkbox"/> Auxílio gás</p> <p><input type="checkbox"/> Cesta básica</p> <p><input type="checkbox"/> Outro _____</p>
<p>12. Algum integrante de sua família é dependente de álcool?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim   <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>13. Algum integrante de sua família é dependente de drogas?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim   <input type="checkbox"/> Não</p>

## ANEXO V

### Escala Brasileira de Insegurança alimentar

1- Nos últimos três meses, você teve a preocupação de que os alimentos acabassem antes de pudesse comprar mais comida?	( ) Não - 0 ( ) Sim - 1
2- Nos últimos três meses, os alimentos acabaram antes que os vocês tivessem dinheiro para comprar mais comida?	( ) Não - 0 ( ) Sim - 1
3 - Nos últimos três meses, você ficou sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?	( ) Não - 0 ( ) Sim - 1
4 - Nos últimos três meses, você comeu apenas alguns alimentos que ainda tinha porque o dinheiro acabou?	( ) Não - 0 ( ) Sim - 1
5 - Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade deixou de fazer alguma refeição porque não havia dinheiro para comprar comida?	( ) Não - 0 ( ) Sim - 1
6 - Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez, comeu menos do que achou que devia porque não havia dinheiro para comprar comida?	( ) Não - 0 ( ) Sim - 1
7 – Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez, sentiu fome, mas não comeu porque não havia dinheiro para comprar comida?	( ) Não - 0 ( ) Sim - 1
8 - Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez, fez apenas uma refeição ao dia ou ficou um dia inteiro sem comer porque não tinha dinheiro para comprar comida?	( ) Não - 0 ( ) Sim - 1
9 - Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade, alguma vez, deixou de ter uma alimentação saudável e variada porque não havia dinheiro para comprar comida?	( ) Não - 0 ( ) Sim - 1
10 - Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade, alguma vez, não comeu quantidade suficiente de comida porque não havia dinheiro para comprar comida?	( ) Não - 0 ( ) Sim - 1
11 - Nos últimos três meses, alguma vez, foi diminuída a quantidade de alimentos das refeições de algum morador com menos de 18 anos de idade, porque não havia dinheiro para comprar comida?	( ) Não - 0 ( ) Sim - 1
12 - Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade deixou de fazer alguma refeição porque não havia dinheiro para comprar a comida?	( ) Não - 0 ( ) Sim - 1
13 – Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade sentiu fome, mas não comeu porque não havia dinheiro para comprar comida?	( ) Não - 0 ( ) Sim - 1
14 - Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade fez apenas uma refeição ao dia ou ficou sem comer por um dia inteiro porque não havia dinheiro para comprar comida?	( ) Não - 0 ( ) Sim - 1
<b>CLASSIFICAÇÃO</b> _____	<b>Somatória</b> _____

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

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

## ANEXO VI – KIDSCREEN 52

Ola !!!

Como está? Como você se sente? Isto é o que queremos saber de você.

Por favor, leia cada pergunta com atenção enquanto pensa em sua resposta. Procure recordar a última semana, ou seja, os últimos 7 dias. 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 todas as perguntas e que possamos identificar claramente o X.

Não comente suas respostas com ninguém. Ninguém mais, além de nós, terá acesso as suas respostas. Suas respostas serão confidenciais.

Por favor, anote a data de hoje:

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
Dia Mês Ano

Qual é o seu sexo?

- Feminino  
 Masculino

Qual é a data de seu nascimento?

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
Dia Mês Ano

Você tem alguma deficiência, doença ou problema médico crônico?

- Não  
 Sim Qual? \_\_\_\_\_

### 1. Saúde e Atividade Física

De maneira geral, como você descreve a sua saúde?

1.  
 Excelente  
 Muito boa  
 Boa  
 Regular  
 Mal

Considerando a última semana...

	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Muito/muito
2. Você se sentiu bem e em boa forma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Você foi ativo/a fisicamente? (por exemplo, correu, andou de bicicleta, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Você foi capaz de correr ("brincadeiras de corrida")?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Considerando a última semana...

	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
5. Você se sentiu com muita energia/disposição?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 2. Sentimentos

Considerando a última semana...

	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Muito/muito
1. Sua vida tem sido agradável?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Você se sentiu bem por estar vivo/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Você se sentiu satisfeito/a com sua vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Considerando a última semana...		Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
4.	Você se sentiu de bom humor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Você se sentiu alegre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Você se divertiu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 3. Estado Emocional

Considerando a última semana...		Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
1.	Você se sentiu como estivesse feito tudo errado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Você se sentiu triste?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Você se sentiu tão mal que não queria fazer nada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Você se sentiu como tudo em sua vida estava mal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Você se sentiu farto/a (chelo/a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Você se sentiu sozinho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Você se sentiu pressionado ("estressado")?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 4. Auto-Percepção

Considerando a última semana...		Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
1.	Você se sentiu contente com a sua maneira de ser?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Você se sentiu contente com as suas roupas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Você esteve preocupado/a com a sua aparência?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Você sentiu inveja da aparência de seus colegas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Você gostaria de mudar alguma parte do seu corpo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 5. Autonomia e Tempo Livre

Considerando a última semana...		Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
1.	Você teve tempo suficiente para você mesmo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Você fez o que gosta de fazer no seu tempo livre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Você teve oportunidade suficiente de estar ao ar livre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Você teve tempo suficiente para encontrar os amigos/as?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Você escolheu o que fazer no seu tempo livre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 6. Família/Ambiente Familiar

Considerando a última semana...		Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Multíssimo
1.	Seus pais entendem você?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Você se sentiu amado/a pelos seus pais?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Considerando a última semana...		Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
3.	Você se sentiu feliz em sua casa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Seus pais tiveram tempo suficiente para você?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Seus pais trataram você de forma justa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Você conversou com seus pais como você queria?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 7. Aspectos Financeiros

Considerando a última semana...		Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
1.	Você teve dinheiro suficiente para fazer as mesmas coisas que os seus amigos/as fazem?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Você teve dinheiro suficiente para os seus gastos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Considerando a última semana...		Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Multíssimo
3.	Você teve dinheiro suficiente para fazer o que deseja com seus amigos/as?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 8. Amigos e Apoio Social

Considerando a última semana...		Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
1.	Você teve tempo suficiente para ficar com seus amigos/as?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Você realizou atividades com outros jovens?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Você se divertiu com seus amigos/as?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Você e seus amigos/as se ajudaram uns/umas aos outros/as?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Você falou o que queria com seus amigos/as?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Você sentiu que pode confiar em seus amigos/as?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 9. Ambiente Escolar

Considerando a última semana...		Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Multíssimo
1.	Você se sentiu feliz na escola?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Você foi bom/boa aluno/a na escola?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Você se sentiu satisfeito/a com seus professores?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Considerando a última semana...		Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
4.	Você foi capaz de prestar atenção nas aulas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Você gostou de ir à escola?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Você teve uma boa relação com seus professores?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 10. Provocação/Bullying

Considerando a última semana...		Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
1.	Você sentiu medo de outros jovens?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Outros jovens zombaram ("gozaram") você?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Outros jovens intimidaram ou ameaçaram você?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

;Muito obrigado pela sua participação!

## ANEXO VII – Normas publicação revista

<p><b>Ciência &amp; Saúde Coletiva</b></p> <p>ISSN 1413-8123 <i>versão impressa</i> ISSN 1678-4561 <i>versão online</i></p>	<p style="text-align: center;"><b>INSTRUÇÕES AOS AUTORES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>Instruções para colaboradores</u></b></li> <li>• <b><u>Orientações para organização de números temáticos</u></b></li> <li>• <b><u>Recomendações para a submissão de artigos</u></b></li> <li>• <b><u>Apresentação de manuscritos</u></b></li> </ul>
---	---

### Instruções para colaboradores

*Ciência & Saúde Coletiva* publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

*Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicado sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.*

A Revista *Ciência & Saúde Coletiva* aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente.

### Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista *Ciência & Saúde Coletiva* dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.



- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

### **Recomendações para a submissão de artigos**

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

Especificamente em relação aos artigos qualitativos, deve-se observar no texto – de forma explícita – interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica inserida no diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva.

A revista C&SC adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, [www.icmje.org](http://www.icmje.org) ou [www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf](http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf). Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

### **Seções da publicação**

**Editorial:** de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

**Artigos Temáticos:** devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

**Artigos de Temas Livres:** devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

**Artigos de Revisão:** Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

**Opinião:** texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

**Resenhas:** análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

**Cartas:** com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

## **Apresentação de manuscritos**

### **Não há taxas e encargos da submissão**

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica,

sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.

5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

10. Na submissão dos artigos na plataforma da Revista, é obrigatório que apenas um autor tenha o registro no ORCID (Open Researcher and Contributor ID), mas quando o artigo for aprovado e para ser publicado no SciELO, todos os autores deverão ter o registro no ORCID. Portanto, aos autores que não o têm ainda, é recomendado que façam o registro e o validem no ScholarOne. Para se registrar no ORCID entre no site (<https://orcid.org/>) e para validar o ORCID no ScholarOne, acesse o site (<https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>), e depois, na página de Log In, clique no botão Log In With ORCID iD.

## **Autoria**

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação

da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser indicadas no final do texto, apenas pelas iniciais (ex. LMF trabalhou na concepção e na redação final e CMG, na pesquisa e na metodologia).

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

### **Nomenclaturas**

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

### **Ilustrações e Escalas**

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada)**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de "quebra de página". Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso "copiar e colar") e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de

largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso "copiar/colar". Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

### **Agradecimentos**

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

### **Referências**

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: "Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF" <sup>11</sup> (p.38).

ex. 2: "Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade..."

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos*([http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

### **Artigos em periódicos**

1. Artigo padrão (**incluir todos os autores sem utilizar a expressão *et al.***)

Pelegri ML, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

### **Livros e outras monografias**

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

#### 8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

#### 9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

#### 10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

#### 11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

#### 12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana - BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

### **Outros trabalhos publicados**

#### 13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

#### 14. Material audiovisual

*HIV+/AIDS: the facts and the future* [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

## 15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

**Material no prelo ou não publicado**

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

**Material eletrônico**

## 16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico  
*CDI, clinical dermatology illustrated* [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

## 18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Os artigos serão avaliados **através da Revisão de pares** por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.



## ANEXO VIII – Comprovante de submissão de artigo

21/08/2020

Gmail - Ciência &amp; Saúde Coletiva - Manuscript ID CSC-2020-2634



Luara Molon &lt;luara.psicologia@gmail.com&gt;

---

### Ciência & Saúde Coletiva - Manuscript ID CSC-2020-2634

1 mensagem

**Ciência & Saúde Coletiva** <onbehalf@manuscriptcentral.com>

23 de julho de 2020 13:09

Responder a: danuziacienciaesaudecoletiva@gmail.com

Para: luara.psicologia@gmail.com

Cc: luara.psicologia@gmail.com, francaovilla@hotmail.com, giselearrudabioq@gmail.com, guilhermewwendt@gmail.com, anap.encruz@gmail.com

23-Jul-2020

Dear Ms. Molon:

Your manuscript entitled "Insegurança alimentar e qualidade de vida relacionada à saúde em adolescentes" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the *Ciência & Saúde Coletiva*.

Your manuscript ID is CSC-2020-2634.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>.

Thank you for submitting your manuscript to the *Ciência & Saúde Coletiva*.

Sincerely,

Ciência &amp; Saúde Coletiva Editorial Office