UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Indicadores e comportamentos de saúde em adolescentes de 13 anos de Ribeirão Preto

Juliana Maltoni Nogueira

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade
de São Paulo como parte das exigências para
obtenção do título de Mestre em Ciências.
Área: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento

RIBEIRÃO PRETO

2017

JULIANA MALTONI NOGUEIRA

Indicadores e comportamentos de saúde em adolescentes de 13 anos de Ribeirão Preto

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Carmem Beatriz Neufeld

Ribeirão Preto

2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Maltoni, Juliana Nogueira.

Indicadores e comportamentos de saúde em adolescentes de 13 anos de
Ribeirão Preto. Ribeirão Preto / Juliana Maltoni Nogueira; orientadora
Carmem Beatriz Neufeld – Ribeirão Preto, 2017.

135 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado - Faculdade de Filosofia, Ciência e Letras de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Programa de Pós-Graduação
em Psicologia. Área de concentração: Psicologia em Saúde e
Desenvolvimento.

1. Adolescência. 2. Saúde do adolescente. 3. Indicadores de Saúde. 4.
Saúde Mental. 5. Perfil de Saúde

Nome: Maltoni, Juliana Nogueira

Título: Indicadores e comportamentos de saúde em adolescentes de 13 anos de Ribeirão Preto

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Ciências

Aprovado em:

Banca Examinadora:

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

AGRADECIMENTOS

À querida orientadora Carmem Beatriz Neufeld por todo o conhecimento e oportunidades que me proporcionou, e também por todo o carinho nessa trajetória.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pela concessão da bolsa de mestrado para a realização desta pesquisa.

À toda a minha família por sempre me apoiar na minha trajetória acadêmica e por toda contribuição na minha formação como pessoa. Agradeço especialmente a minha mãe, Paula, e aos meus pais, Mario e José Luiz, por tudo.

Ao meu companheiro de vida, Leonardo, pela convivência e por toda a paciência e carinho.

Aos meus amigos, por aliviarem os momentos difíceis. Em especial, agradeço às queridas Isabela e Priscila, pela parceria e por toda ajuda nesta etapa.

À querida Luiza, aluna de iniciação científica e a parceira neste trabalho.

À toda a banca do exame de qualificação e sua valiosas contribuições. Obrigada professora Margarida e Edna.

A equipe portuguesa e a professora Margarida pelo acolhimento e conhecimento dividido na Universidade de Lisboa.

À todos os adolescentes, diretores, coordenadores, professores e funcionários das escolas da cidade que nos acolheram tão calorosamente.

Agradeço profundamente a todos que, de alguma forma, contribuíram para esta trajetória.

RESUMO

MALTONI, J. (2017). *Indicadores e comportamentos de saúde em adolescentes de 13 anos de Ribeirão Preto*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

A adolescência é definida como um período complexo compreendido entre os 10 e 19 anos, caracterizado por mudanças intensas de ordem biológica, física, social e cognitiva. Apesar de propícia ao desenvolvimento, também relaciona-se a comportamentos de risco e transtornos mentais. Considerando que as questões desta fase influenciam diretamente em aspectos centrais da vida adulta e em resultados globais de saúde, compreender o estado saúde desta fase, e as variáveis associadas, é indispensável para o desenvolvimento de intervenções e programas voltados para promoção de saúde efetivos. O objetivo deste projeto é mapear indicadores e comportamentos de saúde e sintomas depressivos e ansiosos em uma amostra de 300 adolescentes de 13 anos, matriculados em escolas estaduais do interior de São Paulo. Os objetivos secundários são adaptar o questionário de pesquisa Health Behavior in School-aged Children (HBSC) para a realidade brasileira e investigar as indicadores dos instrumentos com sexo e região. Os instrumentos utilizados foram: questionário HBSC Brasil 2016/17, Children's Depression Inventory e Spence Children's Anxiety Scale, todos adaptados para o português. Os dados foram analisados através de estatística descritiva e inferencial através do teste qui-quadrado de Pearson e Análise de Variância (ANOVA). O intervalo de confiança foi de 95%. De maneira geral, os resultados indicam que os adolescentes compreenderam satisfatoriamente o questionário adaptado e que, apesar da maioria dos indicadores apresentarem resultados positivos, uma parcela considerável dos adolescentes investigados até o momento apresentam fatores de risco e necessidade de intervenções. Associações entre a variável sexo foram expressivas, demonstrando que meninos e meninas possuem características específicas nos indicadores de saúde investigados.

Palavras-chave: adolescência; saúde do adolescente; indicadores de saúde; saúde mental; perfil de saúde

ABSTRACT

MALTONI, J. (2017). Health indicators and behaviors in 13 year olds of Ribeirão Preto São Paulo, Brazil. Masters dissertation. Faculty of Philosophy, Sciences and Letters of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

Adolescence is defined as a complex period between 10 and 19 years, characterized by intense biological, physical, social and cognitive changes. Although conducive to development, it is also associated to risk behaviors and mental disorders. Considering that obstacles at this stage influence directly central aspects of adult life and overall health outcomes, understanding the health status of this phase, and the associated variables, is imperative for the development of effective health interventions and programs. The aim of this project was to map indicators and health behaviors and depressive and anxious symptoms in a sample of 300 adolescents of 13 years old, enrolled in public schools in the interior of São Paulo. The secondary aim is to adapt the Health Behavior in School-aged Children (HBSC) research questionnaire to Brazilian reality and to investigate the indicators of the instruments with gender and region. The instruments used were: HBSC Brasil 2016/17 questionnaire, Children's Depression Inventory and Spence Children's Anxiety Scale, all in Portuguese. Data was analyzed through descriptive and inferential statistics using the Pearson chi-square test and Analysis of Variance (ANOVA). The confidence interval was 95%. Overall, the results indicate that the adolescents satisfactorily understood the adapted questionnaire and despite the fact that most of the indicators were positive, a substantial number of adolescents have shown risk factors and the need for interventions. Associations with gender were expressive, demonstrating that boys and girls have specific characteristics in what concerns the health indicators investigated.

Keywords: adolescence; adolescent health; health indicators; mental health; health profile

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Quadro comparativo entre as traduções dos juízes em relação a versão portuguesa do Protocolo HBSC e a versão brasileira	47
Tabela 2 – Configuração familiar reportada	60
Tabela 3 – Indicadores econômicos reportados	61
Tabela 4 – Resultados da ANOVA para escala de percepção da qualidade de comunicação familiar	62
Tabela 5 – Resultados da ANOVA para escala de suporte familiar percebido	62
Tabela 6 – Resultados do teste qui quadrado para o consumo em conjunto de café da manhã e jantar com a família	62
Tabela 7 – Resultados do teste qui quadrado para facilidade para falar sobre preocupações com familiares	63
Tabela 8 – Resultados do teste qui quadrado para supervisão parental percebida	64
Tabela 9 – Resultados da ANOVA para escala de suporte dos amigos percebido	65
Tabela 10 – Resultados do teste qui quadrado para facilidade para falar sobre preocupações com pares	65
Tabela 11 – Resultados do teste qui quadrado para meios de comunicação com pares através de mídias eletrônicas	66
Tabela 12 – Frequência, média e moda do número de vezes em que o tipo de comunicação entre pares é utilizada quando realizada diariamente	67
Tabela 13 – Resultados do teste qui quadrado para provocações realizadas e sofridas nos últimos dois meses	68
Tabela 14 – Resultados do teste qui quadrado dos sentimentos pela escola: gostar da escola, pressão com os trabalhos e percepção da avaliação dos professores sobre capacidade acadêmica	69
Tabela 15 – Resultados da ANOVA para suporte dos colegas da escola percebido	70
Tabela 16 – Resultado da ANOVA para suporte dos professores percebido	70

Tabela 17 – Resultados do teste qui quadrado para IMC autorelatado	71
Tabela 18 – Resultados do teste qui quadrado para realização de dietas e autopercepção corporal	72
Tabela 19 – Resultados da ANOVA para satisfação com a vida	72
Tabela 20 – Resultados do teste qui quadrado para classificação da satisfação com a vida ...	73
Tabela 21 – Resultados do teste qui quadrado para percepção sobre o estado de saúde atual	73
Tabela 22 – Resultados do teste qui quadrado para sintomas físicos reportados referentes aos últimos seis meses	74
Tabela 23 – Resultados do teste qui quadrado para sintomas psicológicos reportados referentes aos últimos seis meses	75
Tabela 24 – Resultados da ANOVA para os escores de sintomas ansiosos	76
Tabela 25 – Resultados do teste qui quadrado para sintomas ansiosos clínicos e não clínicos	76
Tabela 26 – Resultados da ANOVA para os escores de sintomas depressivos	77
Tabela 27 – Resultados do teste qui quadrado para sintomas depressivos clínicos e não clínicos	77
Tabela 28 – Resultados do teste qui quadrado para ideação suicida avaliada pelo CDI	77
Tabela 29 – Resultados do teste qui quadrado para comportamentos autolesivos	78
Tabela 30 – Resultados do teste qui quadrado para lesões sofridas nos últimos 12 meses	78
Tabela 31 – Frequência de lesões com tratamento específico, local e atividade no momento da lesão mais grave sofrida nos últimos 12 meses	79
Tabela 32 – Resultados do teste qui quadrado para lutas devido a brigas nos últimos 12 meses	80
Tabela 33 – Resultados do teste qui quadrado para consumo de café da manhã durante a semana e fim de semana	80
Tabela 34 – Resultados do teste qui quadrado para consumo de frutas, vegetais, doces e refrigerantes	81

Tabela 35 – Resultados do teste qui quadrado para higiene bucal	82
Tabela 36 – Resultados do teste qui quadrado para horas despendidas em atividades de lazer com eletrônicos durante a semana e fim de semana	83
Tabela 37 – Resultados do teste qui quadrado para atividade física praticada na semana	84
Tabela 38 – Resultados do teste qui quadrado para experimentação de substâncias e embriaguez	85
Tabela 39 – Resultados do teste qui quadrado para dias de consumo do álcool e frequência para dias de consumo de tabaco, maconha e embriaguez para uso na vida	86
Tabela 40 – Frequência de consumo de substância e embriaguez nos últimos 30 dias	87
Tabela 41 – Resultados do teste qui quadrado para doses geralmente consumidas em uma situação que esteja bebendo álcool	87
Tabela 42 – Frequência dos tipos de bebida alcoólica consumidos	88
Tabela 43 – Resultados do teste qui quadrado para idade do primeiro consumo de álcool e embriaguez e frequência da idade do primeiro consumo de tabaco e maconha	89
Tabela 44 – Resultados do teste qui quadrado para frequência de adolescentes que já tiveram relações sexuais e frequência da idade da primeira relação	90
Tabela 45 – Frequência de uso de métodos contraceptivos próprio ou do parceiro(a) na última relação sexual	90

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CDI - Children's Depression Inventory

HBSC - Health Behaviour in School-Aged Children

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC – Índice de Massa Corporal

SCAS - Spence Children's Anxiety Scale

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	23
1.1 Contexto social	26
1.1.1 Família	26
1.1.2 Pares	27
1.1.3 Escola	28
1.2 Saúde referida	29
1.2.1 Excesso de peso e autopercepção corporal	29
1.2.2 Percepção da saúde, qualidade de vida e sintomas físicos e psicológicos	30
1.2.3 Lesões não intencionais e lutas	32
1.3 Comportamentos relativos a saúde	33
1.3.1 Hábitos alimentares e higiene oral	33
1.3.2 Sedentarismo e atividade física	34
1.4 Comportamentos de risco	35
1.4.1 Consumo de substâncias	35
1.4.2 Comportamentos sexuais	36
1.5 Justificativa	37
 2 OBJETIVOS	 39
2.1 Objetivo geral	41
2.2 Objetivos específicos	41
 3 MÉTODO	 43
3.1 Contexto de pesquisa	45
3.2 Delineamento	45
3.3 Adaptação do Protocolo HBSC	46
3.4 Participantes	49
3.4.1 Amostragem e amostra final	50
3.5 Critérios de inclusão e exclusão	51
3.6 Local	52
3.7 Instrumentos	52
3.7.1 Protocolo Health Behavior in School-aged Children – versão brasileira (HBSC)	52
3.7.2 Spence Children's Anxiety Scale (SCAS)	52
3.7.3 Children's Depression Inventory (CDI)	53

3.8 Aspectos éticos.....	54
3.9 Procedimento	54
3.10 Procedimento de análise dos dados.....	55
4 RESULTADOS.....	57
4.1 Caracterização sociodemográfica	59
4.2 Caracterização e análises inferência dos indicadores e comportamentos de saúde	61
4.2.1 Contexto social.....	61
4.2.1.1 Família	61
4.2.1.2 Pares	64
4.2.1.3 Escola.....	69
4.2.2 Saúde referida	71
4.2.2.1 IMC e autopercepção corporal.....	71
4.2.2.2 Satisfação com a vida e autopercepção de saúde.....	72
4.2.2.3 Queixas de sintomas físicos e psicológicos	73
4.2.2.4 Sintomas ansiosos e depressivos.....	76
4.2.2.5 Lesões não intencionais e lutas devido a brigas.....	78
4.2.3 Comportamentos relativos a saúde	80
4.2.3.1 Hábitos alimentares e higiene oral	80
4.2.3.2 Sedentarismo.....	82
4.2.3.3 Atividade física	84
4.2.4 Comportamentos de risco.....	85
4.2.4.1 Consumo de substâncias	85
4.2.4.2 Comportamentos sexuais	89
5 DISCUSSÃO.....	93
5.1 Contexto social.....	95
5.1.1 Família: suporte percebido, comunicação familiar, refeições em conjunto e supervisão parental.....	95
5.1.2 Relação com pares: suporte percebido, facilidade na comunicação e meios de comunicação.....	96
5.1.3 Escola: sentimento em relação a escola e suporte percebido de colegas e professores ..	98
5.2 Saúde referida	99
5.2.1 Índice de Massa Corporal, imagem corporal e comportamentos para mudança do peso	99

5.2.2 Satisfação com a vida, autopercepção de saúde e queixas de sintomas físicos e psicológicos	100
5.2.3 Sintomas ansiosos, depressivos e autolesão	100
5.2.4 Lesões e lutas devido a brigas	102
5.3 Comportamentos relativos a saúde	102
5.3.1 Hábitos alimentares e higiene oral.....	102
5.3.2 Comportamento sedentário.....	103
5.3.3 Atividade física.....	104
5.4 Comportamentos de risco	104
5.4.1 Consumo de substâncias	104
5.4.2 Comportamentos sexuais.....	106
6 CONCLUSÕES.....	109
7 REFERÊNCIAS	115
ANEXOS	129
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	131
ANEXO B – Termo para Formação de Banco de Dados (TFBD)	132
ANEXO C – Termo de Assentimento (TA)	133
ANEXO D – Aprovação do CEP referente ao projeto de mestrado.....	134

1 INTRODUÇÃO

Aproximadamente um quarto da população mundial possui menos de 15 anos (United Nations, 2013). Adolescentes, portanto, constituem um público-alvo crítico nos resultados de saúde pública global (World Health Organization [WHO], 2011). A adolescência é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um período compreendido entre os 10 e 19 anos, correspondendo ao complexo período de transição da infância para a idade adulta. Marcada não somente pela puberdade mas por mudanças intensas de ordem biológica, física, social e cognitiva, a fase é considerada propícia para o desenvolvimento, mas é também o momento em que se fazem presentes comportamentos de risco. Novos papéis são assumidos, habilidades adquiridas, e os relacionamentos com pares ganham extrema importância (Papalia, Olds & Feldman, 2010). Comportamentos estabelecidos nesta fase influenciam diretamente em questões centrais da vida adulta, como abuso de substâncias, níveis de atividade física e saúde mental (Inchley et al., 2016).

A diferenciação da adolescência entre infância e idade adulta é primordial para compreensão adequada desta etapa desenvolvimental. Muitas vezes as estatísticas de saúde agrupam este grupo com crianças ou jovens adultos (Inchley et al., 2016), comprometendo resultados e diretrizes políticas. Capacidades como autocontrole, resistência a influência dos pares e reflexão sobre consequências futuras ainda não são plenamente desenvolvidas, explicando em partes o ímpeto emocional e o engajamento em comportamentos de risco característicos da fase (Steinberg & Scott, 2003). Um ponto central nas discussões acerca destes comportamentos na adolescência refere-se às funções que eles desempenham como parte do desenvolvimento psicossocial. Estes padrões de funcionamento refletem estratégias de enfrentamento inadequadas adotadas pelos indivíduos para lidar com obstáculos encontrados, e são parte do funcionamento humano (Hurrelmann & Richter, 2006).

Além dos fatores individuais, múltiplas instâncias atuam na saúde adolescente, como família, pares, escola e renda familiar (Currie et al., 2012). Macro determinantes, como os sociais e políticos, também devem ser levados em conta, evidenciando como aspectos culturais, qualidade da saúde e ensino do país repercutem sobre a trajetória desenvolvimental do jovem. Todas essas dimensões da vida adolescente podem atuar como fatores de risco ou de proteção para a saúde física ou psicológica, a depender do tipo e qualidade das relações estabelecidas com o indivíduo.

Em último levantamento transnacional da força tarefa *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) – WHO (Inchley et al., 2016) realizado com 220 mil adolescentes de 42 países, a saúde e comportamentos relacionados são descritos como positivos. No entanto, desigualdades como as sociais e diferenças de gênero persistem em relação aos últimos 30

anos deste trabalho. Os achados relativos a saúde adolescente necessitam ser explorados além da perspectiva da epidemiologia. Os indicadores ou marcadores de saúde, como contexto social, saúde referida, comportamentos de saúde e de risco, devem ser compreendidos como interligados em uma complexa rede que se situa em um contexto cultural, socioeconômico e em constante modificação (Currie, Gabhainn, Godeau & International HBSC Network Coordinating Committee, 2009). Esta é a perspectiva que o presente trabalho busca adotar. A apresentação dos indicadores e comportamentos de saúde pautou-se nas quatro categorias de organização do último levantamento HBSC internacional (Inchley et al., 2016): contexto social, saúde referida, comportamentos de saúde e comportamentos de risco.

1.1 Contexto social

1.1.1 Família

É na adolescência que costuma-se passar mais tempo com os pais, mas os pais constituem forte fonte de influência sobre os jovens (Papalia et al., 2010). A família e a qualidade de relações estabelecidas entre os membros influenciam expressivamente nas trajetórias da criança e adolescente. Uma relação positiva estabelecida com os pais é um importante fator de proteção para saúde mental em qualquer etapa da vida (Hauck et al, 2006; Jordão & Ramires, 2010). Estressores como discórdia familiar crônica, abuso e negligência são determinantes no estabelecimento de psicopatologias (Sadock & Sadock, 2007). Por outro lado, o suporte social familiar positivo, supervisão parental e refeições em família são fatores associados a saúde e bem-estar adolescente (Boudreault-Bouchard et al., 2013; Rethon, Goodwin & Stansfeld, 2012; Levin & Currie, 2009; Pössel et al., 2017) e menor frequência de comportamentos de risco (Pingel et al., 2012; Huang, Murphy & Hser, 2012; Levin, Kirby & Currie, 2012).

Refeições em família propiciam o encontro e comunicação positiva entre familiares (Elgar, Craig & Trites, 2013; Levin & Currie, 2009), que por sua vez é um fator de proteção importante para o bem-estar psicológico adolescente (Levin & Currie, 2010). A comunicação positiva associa-se a comportamentos mais saudáveis, como maior consumo de frutas e vegetais e participação em atividades físicas (Small, Morgan, Bailey-Davis & Maggs, 2013), e melhor desempenho acadêmico em crianças (Cia, Pamplin, & Williams, 2008). Considerando a importância destes encontros e da qualidade do diálogo, recomenda-se que sejam feitos sem o uso da televisão (Brasil, 2014), prática comum na cultura brasileira. Dessa maneira, qualquer avaliação e intervenção na saúde e bem-estar nesta fase deva levar em

conta o papel primordial do ambiente familiar e a qualidade das relações estabelecidas. O suporte, comunicação, supervisão e refeições conjuntas devem ser estimulados e aprimorados, considerando a relativa acessibilidade destas mudanças os efeitos protetivos sobre a saúde física e psicológica do adolescente.

1.1.2 Pares

Os pares formam um dos eixos centrais da roda do desenvolvimento desta fase, sendo uma preocupação constante a aceitação e identificação com um grupo (Carrell, 2010). Os pares atuam como rede de apoio social e como oportunidades para exploração de novos papéis, identidade e objetivos de vida, implicando no desenvolvimento afetivo e de habilidades sociais (DeSousa, Rodríguez, & Antoni, 2014b). A qualidade das relações de amizade da infância a adolescência influencia diretamente em trajetórias desenvolvimentais (Lansford, Dodge, Fontaine, Bates, & Pettit, 2014; Monahan & Booth-LaForce, 2015). A ligação com figuras de afeto, como os pares, tornam os jovens mais seguros e capazes para desenvolverem relações positivas e melhores estratégias de enfrentamento (Costa & Mota, 2012). No entanto, comportamentos de risco podem ser influenciados por interações com pares engajados nestas práticas (Huang et al., 2012) e a rejeição do grupo relaciona-se se a delinquência na adolescência e comportamentos sexuais de risco na idade adulta (Lansford et al., 2014).

Por sua vez, a violência entre pares física ou psicológica, com frequência associa-se a transtornos psicológicos (Cruzeiro et al., 2008), problemas de saúde, pior adaptação social, emocional, escolar (Nansel et al., 2004), uso de substâncias (Radliff, Wheaton, Robinson, & Morris, 2012) e conduta infracional (Silva et al., 2016). Ser ignorado frequentemente pelos pares também relaciona-se a prejuízos psicológicos, sendo igualmente ruim a comportamentos de vitimização (Bowker, Adams, Fredstrom & Gilman, 2014). O *bullying* ou vitimização é caracterizado pela violência física ou psicológica em atos sistemáticos de intimidação, humilhação, discriminação ou isolamento social consciente e premeditado. A intimidação virtual também é incluída neste conceito, sendo considerada potencializada dado que a humilhação e constrangimento podem atingir uma escala inimaginável através do ambiente virtual. Considera-se, então, *cyberbullying* quando instrumentos próprios forem utilizados para depreciar, incitar a violência, adulterar fotos e dados pessoais com o objetivo de causar constrangimento psicossocial (Brasil, 2015).

Inchley et al. (2016) indicam que 12% dos adolescentes investigados refeririam ter sido vítimas e 9% perpetradores de provocações pela menos duas vezes nos últimos 30 dias.

Este tipo de violência entre adolescentes possui, como descrito, diversas implicações negativas, tanto para quem sofre quanto para quem pratica. O *bullying* deve ser uma prática combatida, e os programas de combate, que vêm se mostrando eficazes, devem incluir pais e escola (Ttofi & Farrington, 2011), sendo também observado o papel importante do suporte de amigos e professores (Evans & Smokowski, 2015).

Não apenas os tipos de violência modificaram-se com o advento da Internet e outras mídias eletrônicas, mas também a comunicação entre pares sofreu drásticas mudanças. A comunicação através mídias eletrônicas integra hoje o cotidiano adolescente, sendo um importante preditor de saúde e bem-estar. Aproximadamente 30% dos adolescentes interagem com pares através destas mídias diariamente (Inchley et al., 2016). A frequência elevada de comunicação através destes meios foi associada a maiores níveis de uso de substâncias entre jovens, especialmente em relação ao álcool (Gommans et al., 2015). Huang et al. (2012) indicaram que a simples exposição a imagens online de amigos festejando ou fazendo uso de álcool em redes sociais foi significativamente associada ao consumo de tabaco e álcool. Ainda, riscos como o *cyberbullying* e assédio sexual também se fazem presentes (Valkenburg & Peter, 2011).

Apesar dos riscos encontrados, a comunicação on-line é repleta de oportunidade para o adolescente, como melhora na autoestima, socialização e autoconhecimento sexual. A utilização de dispositivos on-line não configura-se por si só um fator de risco, mas levanta reflexões importantes sobre os desdobramento do uso e da supervisão diminuída sobre os conteúdos aos quais os jovens têm acesso. Nunca antes houve a chance de explorar a identidade com tamanha multiplicidade de meios e sem supervisão (Valkenburg & Peter, 2011).

1.1.3 Escola

Dados portugueses demonstram que 73,1% dos alunos de 13 anos gostam da escola e a maioria percebe suporte elevado vindo de seus colegas e professores. No entanto, 37% já se sentem pressionados pelos trabalhos escolares. A medida que envelhecem, as crianças passam cada vez mais tempo na escola, tornando as relações estabelecidas neste ambiente marcantes no desenvolvimento e indicadores importantes da saúde dos jovens (Inchley et al., 2016). A escola é, portanto, instituição fundamental na infância e adolescência, e poderá oferecer diversas oportunidades para desenvolvimento intelectual e social. Contudo, alguns adolescentes encontrarão dificuldades no caminho, tornando a vivência neste ambiente menos positiva (Papalia, et al., 2010).

Na realidade brasileira, a maioria dos jovens dos 18 aos 20 anos não possuem o Ensino Médio completo, e um em quatro alunos que inicia o Ensino Fundamental abandona a escola antes de completar a última série (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento [Pnud], 2013). Além de oportunidades diminuídas na trajetória de vida devido à ausência no ambiente escolar (Bower, Carroll, & Ashman, 2012), o aumento de reincidências entre jovens infratores, uso de entorpecentes e emprego de armas também associam-se a evasão escolar (Gallo & Willians, 2008), evidenciando a importância em compreender as variáveis implicadas neste fenômeno no Brasil e suas consequências. As desvantagens socioeconômicas implicadas na qualidade da educação aumentaram de maneira significativa no Brasil. Apesar de políticas relevantes terem sido executadas para aprimorar os resultados do país em relação a manutenção e ingresso dos adolescentes, a qualidade do ensino parece ter sido omitida destes esforços (Marteletto, Carvalhaes, & Hubert, 2012).

No entanto, não só a garantia de uma qualidade de ensino é importante para o desenvolvimento saudável, mas também uma relação positiva com a escola. Portanto, o ambiente escolar, a depender de como é percebido pelo aluno, pode configurar-se como um fator de risco ou proteção (Bond et al., 2007; Pössel et al., 2017). Gostar da escola e parece ser um indicativo de saúde adolescente. Uma percepção positiva do ambiente está associada ao engajamento e melhora da performance acadêmica (Ryzin, 2011), enquanto uma baixa sensação de conectividade com a escola, colegas e professores relaciona-se com risco elevado de sintomas depressivos e ansiosos, consumo de substâncias e diminuição na probabilidade de conclusão do ensino (Bond et al., 2007). Portanto, além de grande influência no desenvolvimento infanto-juvenil, a escola configura-se como um local fértil e necessário para intervenções voltadas para saúde dos jovens.

1.2 Saúde referida

1.2.1 Excesso de peso e autopercepção corporal

A obesidade é considerada hoje uma epidemia mundial, definida como um fator de risco para saúde. Em 2014, 11% dos homens e 15% das mulheres foram considerados obesos, com indicativos de que a taxa mundial mais que dobrou nas últimas três décadas (WHO, 2014). Inchley et al. (2016) apontam em seu levantamento que um quinto dos adolescentes com 13 anos foram classificados com sobrepeso ou obesidade, com maior prevalência masculina. O quadro parece ser semelhante no Brasil. De acordo com a última Pesquisa

Nacional de Saúde Escolar (PeNSE) (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2016), 23,7% dos jovens foram classificados com excesso de peso e 7,8% com obesidade.

Apesar das ações do governo brasileiro, muitas ainda se voltam para o problema da desnutrição no país, demonstrando que muitos os desafios ainda existem, especialmente para a população adolescente (Freitas, Cunha, Knackfuss & Medeiros, 2013). Mudanças comportamentais e ambientais podem contribuir para a diminuição da obesidade infantil, como maior frequência de refeições diárias (Kaisari, Yannakoulia & Panagiotakos, 2013), atividade física e dieta saudável (WHO, 2014). Um fator de risco importante para a obesidade na adolescência é a experiência de eventos negativos durante a infância, aumentando o risco de desenvolvimento de sobrepeso, independente de gênero, etnia, escolaridade e peso da mãe (Lumeng et al., 2013).

Vivenciada por um número considerável de adolescentes, a insatisfação corporal está relacionada com excesso de peso e pode coadjuvar com o aparecimento de depressão (Xie et al., 2010) e distúrbios alimentares. O aumento característico da gordura corporal em meninas púberes contrasta com os estereótipos da mídia e cultura sobre o corpo ideal (Currie et al., 2012), fazendo com que insatisfação corporal esteja fortemente relacionada ao sexo feminino (Bearman, Martinez, Stice, & Presnell, 2006; Bibiloni, Pich, Pons, & Tur, 2013; Inchley et al., 2016; Pelegrini et al., 2014; Meland, Haugland, & Breidablik, 2007).

Comportamentos de redução de peso são reportados por 16% dos adolescentes de 13 anos, sendo que a insatisfação tende a aumentar com a idade (Inchley et al., 2016). Ricciardelli e Yager (2016) concluem que a insatisfação corporal demonstrou afetar a qualidade de vida dos adolescentes em termos de saúde mental, performance acadêmica, comportamentos de risco de saúde e manutenção da obesidade. Evidencia-se, então, que a questão do peso e autopercepção corporal implica diretamente em questões de ordem psicológica. Intervenções devem focar sobre os grupos de risco, como adolescentes mais velhas e indivíduos já engajados em dietas ou outros comportamentos voltados para mudanças no peso.

1.2.2 Percepção da saúde, qualidade de vida e sintomas físicos e psicológicos

Em estudo brasileiro de Braz, Filho e Barros (2013), 24,8% dos 929 adolescentes reportaram dor de cabeça frequente/enxaqueca, 11,8% dor nas costas/problemas na coluna e 10,7% problemas emocionais, demonstrando que, diferente de algumas crenças a despeito da fase, a adolescência é uma fase onde também se adocece. Queixas relativas a sintomas físicos e

psicológicos costumam ser comuns nesta fase, especialmente entre as meninas: 33% dos adolescentes do levantamento transnacional HBSC reportou múltiplas queixas sintomáticas mais de uma vez na semana, tais como dores de cabeça, irritabilidade e dificuldade para dormir.

Apesar deste dados, é a minoria dos adolescentes que considera sua saúde como razoável ou ruim, e a satisfação com a vida é reportada por 86% deles (Inchley et al., 2016). No Brasil, a autopercepção negativa de saúde – 14,4% em adolescentes brasileiros - associa-se a alguns indicadores, como ser fumante e menor renda, além de associar-se ao sexo feminino (Sousa et al., 2010). Nesta fase, a satisfação de vida pode predizer problemas psiquiátricos, saúde física e problemas interpessoais (Huebner, Suldo, Smith & McKnight, 2004).

A saúde adolescente, particularmente a mental, possui papel importante nas oportunidades futuras de vida, como nível de escolaridade e renda (Hale, Bevilacqua, & Viner, 2015). Transtornos de humor vêm sendo cada vez mais identificados na população infanto-juvenil nas últimas décadas, aumentando de 1% na infância para 6% na adolescência (Sadock & Sadock, 2007). Taxas significativamente maiores de sintomas ansiosos e depressivos são encontradas na adolescência em comparação a infância (Wathier, Dell’Aglia & Bandeira, 2008; Zhao, Xing & Wang, 2012), tornando este um período de risco e marcante no início do aparecimento destes transtornos.

O sexo feminino apresenta-se como um grupo de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais na adolescência e idade adulta (Keita, 2007; Leach, Christensen, Mackinnon, Windsor & Butterworth, 2008; Merikangas et al., 2010; Molina et al., 2014; Munhoz, Santos & Matijasevich., 2015; Sadock & Sadock, 2007; Thapar, Collishaw, Pine & Thapar, 2012). Fatores biológicos, socioeconômicos e psicossociais parecem emergir como possíveis explicações para essa relação (Keita, 2007).

A ansiedade e depressão patológica nesta fase influenciam diretamente no ajustamento na idade adulta, bem como no desenvolvimento de transtornos mentais (Devine, Kempton & Forehand, 1994; Essau, Lewinsohn, Olaya & Seeley, 2014; McLeod, Horwood & Fergusson, 2016; Thapar et al., 2012). Estima-se que a prevalência de transtornos ansiosos na adolescência varie entre 10% e 31,9% (Merikangas et al., 2010), enquanto o transtorno depressivo figure entre 4-5%, com 20% de probabilidade de desenvolvimento ao final da adolescência (Thapar et al., 2012). No Brasil, 17% dos 743 adolescentes do estudo de Munhoz et al. (2015) foram classificados com depressão menor (dois ou mais sintomas, dos quais um deve ser humor deprimido ou anedonia), avaliados através do *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9).

Sintomas subclínicos também devem ser foco de atenção na área, sendo igualmente preditores de perturbações psicossociais e psiquiátricas na vida adulta (Aalto-Setälä, Marttunen, Tuulio-Henriksson, Poikolainen & Lönnqvist, 2002; Bertha & Balázs, 2012; McLeod et al., 2016), relacionando-se, assim como no caso de transtornos de humor, com fatores de risco, em especial com abuso de substâncias (Aalto-Setälä et al., 2002; Costa et al., 2013; McLeod et al., 2016; Munhoz et al., 2015; Pang, et al., 2014).

A avaliação de sintomas nesta fase é bastante realizada com os instrumentos Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) e Children's Depression Inventory (CDI), que demonstram boa consistência interna em diversos estudos realizados em diferentes localidades (Barbosa, Dias, Gaião & Lorenzo, 1996; Cruvinel, Boruchovitch, & Santos, 2008; DeSousa et al., 2014b; Essau, Sasagawa, Anastassiou-Hadjicharalambous, Guzmán, & Ollendick, 2011; Gouveia, Barbosa, Almeida & Gaião, 1995; Muris, Schmidt & Merckelbach, 2000; Wathier et al., 2008; Zhao et al., 2012). A ansiedade avaliada neste estudos apresenta associação com o sexo feminino (Muris et al., 2000; Zhao et al., 2012), mas no Brasil, DeSousa et al. (2014b) não encontraram diferenças entre o sexo e os escores de ansiedade. Os sintomas depressivos não demonstraram esta associação nos estudos de Barbosa et al. (1996), Cruvinel et al. (2008) e Gouveia et al. (1998).

A investigação da depressão na adolescência se faz ainda mais importante considerando sua característica preditora de comportamentos suicidas (Thapar et al., 2012). No estudo brasileiro de Souza et al. (2010), 7,7% dos 953 adolescentes acessados reportaram ideação suicida através do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), com baixa escolaridade, sedentarismo, consumo de substâncias e comportamento agressivo associados. Comportamentos autolesivos não suicidas também são comuns na fase e associam-se com histórico de depressão - quase metade dos adolescentes do estudo de Barrocas, Giletta, Hankin, Prinstein e Abela (2015) reportaram ao menos um episódio, com maior prevalência entre os meninos. Dados portugueses do levantamento nacional HBSC (Matos, Simões, Camacho, Reis & Equipa Aventura Social (2015) demonstram menor frequência de comportamentos autolesivos (20,3%) e a maior frequência foi observada entre as meninas.

1.2.3 Lesões não intencionais e lutas

Lesões não intencionais são consideradas um problema de saúde global, sendo a principal causa de morte entre adolescentes, acarretando em elevados custos. O consumo de álcool relaciona-se com as fatalidades ocorridas na adolescência, devendo ser uma das frentes em ações voltadas para melhora deste quadro (Sleet, Ballesterio & Borse, 2010). São os

meninos que mais se envolvem em lesões, que foram reportadas por 45% dos adolescentes do levantamento Inchley et al. (2016). A falha ao investir em programas para prevenção de lesões não-intencionais nesta fase poderá influenciar negativamente a saúde de gerações futuras, demonstrando a necessidade do desenvolvimento de políticas para ações preventivas adequadas, considerando que o custo para prevenir é muito menor do que o de tratar, direta e indiretamente, as consequências destes casos (Salam et al., 2016).

Nesse sentido, Sleet et al. (2010) apontam que lesões também podem decorrer de conflitos. A violência entre jovens é uma das mais comuns manifestações da fase configurando-se como uma preocupação relativa a saúde adolescente. Também são mais comuns entre os meninos, e foram relatadas na frequência de pelo menos três vezes no ano por 10% dos participantes do estudo de Inchley et al. (2016). A violência entre pares implica em custos diretos (assistência médica, sanções pensais) e indiretos (dificuldade escolar, medo nas comunidades), e possui causas multifatoriais, incluindo, por exemplo, fatores individuais, relacionais, sociais e da comunidade (David-Ferdon & Simon, 2014). Programas de intervenção devem, portanto, considerar todas as instâncias envolvidas neste fenômeno.

1.3 Comportamentos relativos a saúde

1.3.1 Hábitos alimentares e higiene oral

O conceito de alimentação vai além da ingestão de nutrientes, englobando questões sobre o comer adequado e dimensões culturais e sociais das práticas alimentares (Brasil, 2014). Nesse sentido, os hábitos alimentares aqui discutidos constituem o consumo de café da manhã e tipos de alimentos consumidos. A literatura demonstrando as implicações dos padrões de alimentação estabelecidos na infância e adolescência na idade adulta é sólida. Hábitos não saudáveis se perpetuam ao longo do tempo com consequências negativas para a saúde (Schneider, Dumith, Orlandi, & Assunção, 2015; Wennberg, Gustafsson, Wennberg & Hammarstrom, 2015).

Por sua vez, também é bem estabelecido que o consumo do café da manhã possui implicações direta na saúde adolescente. O padrão de consumo empobrecido associa-se com maior gordura corporal e sobrepeso (Berkey, Rockett, Gillman, Field & Colditz, 2003; Haug et al., 2009; Schembre et al., 2013) e menor tempo despendido em atividades físicas moderadas/vigorosas (Schembre et al., 2013), enquanto práticas adequadas se associam a efeitos positivos em funções cognitivas (Adolphus, Lawton, Champ & Dye, 2016).

O consumo diário do café da manhã nacional (IBGE, 2016) foi reportado pela maioria dos adolescentes, similar aos achados internacionais (Inchley et al., 2016). No entanto, o consumo de alimentos não saudáveis (guloseimas) é mais frequente e superou o de frutas e verduras. É importante considerar que, em países em desenvolvimento, como o Brasil, não consumir esta refeição pode ser um indicativo de dificuldades econômicas relacionadas, posto que é comum crianças de baixo status socioeconômico irem para a escola com fome (Ochola & Masibo, 2014).

A higiene oral deve ser realizada pelo menos duas vezes ao dia para garantir uma saúde bucal adequada (Löe, 2000). No Brasil 70,9% dos adolescentes escovam os dentes mais de três vezes ao dia (IBGE, 2016), superando a média internacional, em que 66% escovam mais de duas vezes por dia os dentes. Este parece ser um hábito mais frequente entre as meninas (Inchley et al., 2016).

1.3.2 Sedentarismo e atividade física

Atividades de lazer nesta fase demonstram-se bastante relacionadas ao uso de eletrônicos, consequentemente a atividades inativas fisicamente. O tempo destinado a estas atividades não é um indicativo negativo isolado da saúde dos jovens, mas o sedentarismo está intimamente relacionado ao sobrepeso (Schneider et al., 2015), e tende a aumentar conforme os adolescentes envelhecem (Currie et al., 2012). O uso de eletrônicos, como televisão e computador, já é considerado um problema de saúde e pode influenciar no desenvolvimento fisiológico, psicológico, emocional, comportamental e cognitivo (Li et al., 2007). No Brasil, 57,6% dos jovens passam mais de duas horas por dia assistindo televisão (IBGE, 2016), níveis superiores aos indicados pela American Academy of Pediatrics (AAP) (2013) – máximo de duas horas diárias destinadas a entretenimento em dispositivos eletrônicos com telas. No levantamento transnacional observa-se que o quadro aponta para níveis também insatisfatórios – 62% dos adolescentes passam mais de duas horas por dia assistindo televisão, 45% em jogos de videogame ou computador e 52% no computador fazendo diversas tarefas (Incheley et al., 2016).

O sedentarismo está associado com saúde empobrecida enquanto a atividade física na adolescência relaciona-se à saúde óssea e mental na vida adulta. Os níveis de exercício físico dessa fase são positivamente associados aos níveis da vida adulta, fazendo com que a prática regular de atividade física seja considerada um importante fator de proteção para a saúde física e psicológica (Hallal, Victoria, Azevedo, & Wells, 2006). A atividade física insuficiente

é listada como um dos 10 principais fatores de risco globais de mortalidade (Lim et al., 2012). Os níveis adequados recomendados são 60 minutos de atividade moderada-vigorosa (que faz transpirar e torna a respiração ofegante) diária para adolescentes, e associam-se a risco reduzido de doenças como diabetes, acidente vascular cerebral e câncer de mama (WHO, 2010), e são inversamente relacionados com o sobrepeso na adolescência (Haug et al., 2009).

Na dimensão psicológica, menores sintomas depressivos e de estresse e melhor autoavaliação sobre saúde mental foram observados em adolescentes que realizavam práticas esportivas na escola durante a adolescência (Jewett et al., 2014). No entanto, apesar da importância da atividade física em qualquer fase da vida, apenas um quinto dos adolescentes costumam praticar níveis adequados de exercício físico, com menor frequência feminina observada (IBGE, 2016; Inchley et al., 2016; WHO, 2014).

1.4 Comportamentos de risco

1.4.1 Consumo de substâncias

Processos inadequados de enfrentamento podem resultar em diferentes comportamentos de risco, sendo o uso de substâncias psicoativas um exemplo possível de um comportamento de evasão/esquiva frente a obstáculos da fase. Comportamentos como uso de substâncias podem ser um indicativo das ferramentas utilizadas pelo adolescente para lidar com tarefas do desenvolvimento (Hurrelmann & Richter, 2006). Isto não diminui a importância da prevenção e intervenção no consumo de substâncias nesta fase, mas exprime a importância de compreender o fenômeno em termos de sua função e contexto, pois as experiências de risco certamente irão ocorrer na fase e não significam por si só um fator de risco para o desenvolvimento.

A adolescência, além de ser o período onde ocorre maior diferenciação identitária, influência dos pares e aumento da frequência de conflitos familiares, também é também momento no qual as drogas se fazem presentes (Cavalcante, Alves & Barroso, 2008). O primeiro contato com estas substâncias costuma ocorrer nesta fase (American Psychiatric Association's [APA], 2014; Muza, Bettiol, Muccilo, & Barbieri, 1997; Lopes & Rezende, 2013; Papalia, et al., 2010). No Brasil, as substâncias mais consumidas no ano por adolescentes foram álcool (42,4%) e tabaco (9,6%), seguidas de inalantes (5,2%) e Cannabis (3,7%) (Carlini, et al., 2010). Os dados são similares a outro levantamento nacional, onde alunos que já experimentaram álcool somam 54,3% e alguma droga ilícita 9,1%, (IBGE, 2016).

A realidade adolescente brasileira em relação ao álcool aponta para dados preocupantes. Uma vez que o consumo de álcool é considerado um dos principais fatores de risco para morbidade e mortalidade no mundo (WHO, 2002, 2015), a atenção, portanto, deve ser maior para os adolescentes que façam uso abusivo e configurem grupo de risco e experimentação precoce, considerando as diversas implicações negativas na vida adulta (Ewing, Sakhardande & Blakemore, 2014).

O consumo de álcool na adolescência configura-se como problema significativo para a saúde pública, com efeitos adversos de curto e longo prazo associados, como aumento da probabilidade de acidentes, comportamentos sexuais de risco, agressão sexual, uso de outras substâncias e situações de violência (Boden & Fergusson, 2011). Diferenças significativas na estrutura e funcionamento do cérebro, com efeitos mais nocivos observados no desenvolvimento cerebral de jovens do sexo feminino, são associadas a seu uso na adolescência (Ewing et al., 2014).

Considerando que álcool e tabaco são mais utilizados possivelmente devido a sua condição de substância lícita, mais aceita e valorizada socialmente e de fácil aquisição (Lopes & Rezende, 2013) e que estas tendem a ser mais utilizadas após a experimentação em relação a drogas ilícitas (Graves, Fernandez, Shelton, Frabutt, & Williford, 2005), identifica-se um ponto central em relação a focos de intervenções com adolescentes. No entanto, a prevalência do Transtorno por Uso de Cannabis aumentou na última década, em adultos e adolescentes (APA, 2014), e problemas relacionados à escola, em particular a queda acentuada nas notas, absenteísmo e menor interesse nas atividades, estão associados ao transtorno (Carlini et al, 2010).

1.4.2 Comportamentos sexuais

Outra questão que se faz presente pela primeira vez na adolescência são as primeiras experiências e comportamentos sexuais, influenciados por diversos fatores, como educação familiar, influência dos pares, apego a instituições escolares e religiosas, características de parceiros amorosos, histórico de abuso sexual e as próprias crenças e habilidades individuais relacionadas (Kirby, 2001). Apesar de apresentarem-se como elemento significativo da fase, comportamentos sexuais de risco também se fazem presentes.

Embora a entrada na idade adulta esteja ficando tardia em muitas partes no mundo, as primeiras relações sexuais vêm ocorrendo mais cedo, com a maior parte das atividades sexuais permanecendo desprotegida. Isto faz com que os jovens encontrem-se como grupo de

risco para consequência indesejadas, como gravidez precoce e doenças sexualmente transmissíveis (DST) (Dehne & Riedner, 2005). Poulin e Graham (2001) apontam que mais da metade dos adolescentes, dos quase 10 mil avaliados, haviam se engajado em relações sexuais não planejadas e com uso inconsistente do preservativo, observando o álcool como fator de risco para tais questões.

Em Portugal, 12,2% dos indivíduos com 13 anos já tiveram relação sexual. Na última relação, o uso do preservativo, do respondente ou parceiro(a), foi reportado por 66,3%, a pílula por 26,8% e o coito interrompido por 14,7% (Matos et al., 2015). No Brasil, 27% dos adolescentes entre 13 e 15 anos relataram a iniciação sexual, e na última relação 59,6% usaram algum método para evitar gravidez ou DSTs (IBGE, 2016). Na cidade onde o presente estudo é realizado, a incidência do vírus da AIDS subiu mais de 200% entre 2007 e 2015, partindo de 13 para 42 casos a cada 100 mil habitantes, com menores taxas observadas entre as mulheres (Brasil, 2016).

Nos países da América Latina os principais problemas enfrentados referem-se a gravidez na adolescência (sobretudo associada a situações de pobreza e baixa escolaridade, ocasionando frequentemente situações de monoparentalidade), violência de gênero e abuso sexual. Mães adolescentes enfrentarão diversas oportunidades diminuídas, sendo comum o abandono escolar e baixa empregabilidade (Matos et al., 2009). A depressão nesta fase também associa-se a fatores como gravidez (McLeod et al., 2016). As meninas parecem, então, sofrer com os comportamentos sexuais de risco de maneira acentuada, fazendo com que este seja um grupo focal em intervenções e políticas públicas relacionadas.

Matos et al. (2009) sugerem ainda o preenchimento do tempo livre com atividades saudáveis, envolvimento dos pais, professores e pares e a promoção de competências pessoais e sociais com a educação sobre as consequências de comportamentos sexuais de risco. A educação sexual realizada em ambiente seguro, voltado para aprendizagem e em conjunto com serviços de saúde adequados possui um efeito positivo e duradouro na saúde dos jovens, podendo capacitá-los para o desenvolvimento de relações mais fortes e significativas (Federal Centre for Health Education, United Nations Population Fund & WHO Regional Office for Europe, 2015).

1.5 Justificativa

Apesar de levantamentos internacionais apontarem para resultados gerais positivos acerca da saúde adolescente (Inchley et al., 2016; Matos et al., 2015), a literatura é consistente

ao sugerir um quadro ainda preocupante e merecedor de atenção. Diante de todas as questões apresentadas, entende-se que a importância da investigação de indicadores de saúde e bem-estar em adolescentes é clara, especialmente considerando o impacto futuro na vida adulta e sociedade como um todo. Compreender os fatores de risco e proteção nesta fase, assim como o contexto onde ocorrem, configura-se indispensável para determinar intervenções e programas de promoção de saúde mais eficazes. Frente a todas estas colocações, enfatiza-se a importância de estudos descritivos na área e de comparações transculturais, que permitam o avanço no entendimento deste complexo fenômeno nesta complexa faixa etária.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

O presente trabalho teve como objetivo geral mapear indicadores e comportamentos de risco e saúde, além de sintomas depressivos e ansiosos em adolescentes de 13 anos matriculados na rede estadual de ensino da cidade de Ribeirão Preto-SP.

2.2 Objetivos específicos

- a) Adaptar o Protocolo Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) para o a cultura brasileira;
- b) Caracterizar a amostra;
- c) Investigar a existência de associações entre o Protocolo HBSC com as variáveis sexo e região da cidade;
- d) Investigar a existência de associações entre os escores depressivos e ansiosos com as variáveis sexo e região da cidade;

3 MÉTODO

3.1 Contexto de pesquisa

Este projeto integra um projeto maior intitulado “Levantamento de ambientes sociais e comportamentos relacionados à saúde e bem-estar de adolescentes”, realizado em outros quatro Estados brasileiros - Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Rondônia e Pernambuco – sendo Ribeirão Preto, no Estado de São Paulo, como centro responsável. O objetivo desta pesquisa multicêntrica é mapear indicadores e comportamentos de risco e saúde, além de sintomas depressivos e ansiosos em adolescentes de 13 e 15 anos matriculados em escolas estaduais, possuindo como objetivo final a comparação entre as diferentes regiões do país.

O início deste trabalho ocorreu com a aprovação da candidatura da Prof^a. Dr^a. Carmem Beatriz Neufeld para atuar como *International Linked Project* no estudo colaborativo Health Behavior in School-aged Children da Organização Mundial da Saúde (HBSC/OMS), primeira deste tipo no Brasil. O projeto (<http://www.hbsc.org>) é um levantamento transnacional com adolescentes de 11, 13 e 15 anos que ocorre há mais de 30 anos. O Protocolo HBSC utilizado objetiva a quantificação de padrões de comportamentos, indicadores e variáveis contextuais relacionadas à saúde, demonstrando as mudanças ocorridas na transição da infância para idade adulta nas mais diversas áreas.

Os relatórios transnacionais referentes aos levantamentos são lançados a cada 4 anos, e atualmente conta com 47 países e regiões da Europa e América do Norte como integrantes. Este status inicial da inserção brasileira permite a participação em conferências, divulgação de dados e fóruns científicos da área, possuindo como objetivo futuro a integração na força tarefa dos levantamentos transnacionais. O Protocolo HBSC é utilizado em diversos estudos da área de saúde adolescente, não compondo necessariamente os levantamentos internacionais, como é o caso do trabalho em questão. A inserção brasileira se deu por meio do assessoramento da equipe portuguesa coordenada pela Prof^a. Dr^a. Margarida Gaspar de Matos da Universidade de Lisboa – coordenadora do projeto HBSC em Portugal desde 1996 – juntamente com a cessão do Protocolo HBSC português utilizado para o levantamento de 2014 para tradução e adaptação à realidade cultural e linguística brasileira.

3.2 Delineamento

Trata-se de um estudo de levantamento ou *survey*, em que foi realizada amostragem estratificada, considerando como estratos as cinco regiões do município. Primeiramente

realizou-se a adaptação do instrumento português a ser utilizado. Em paralelo, levantou-se o número de escolas estaduais da cidade e o número de turmas e alunos do 7º ao 1º ano do colegial. A partir no número estimado de alunos por região, foi realizada a amostragem por estratificação e as ligações para obter a colaboração das instituições seguiram ordem aleatória. O estudo piloto ocorreu na primeira escola a autorizar a colaboração com o projeto e a coleta seguiu até que o número de participantes de cada região fosse atingido.

3.3 Adaptação do Protocolo HBSC

As etapas do processo de tradução e adaptação linguística e cultural foram pautadas no trabalho de Borsa, Damásio e Bandeira (2012). Primeiramente foi realizada a tradução do instrumento HBSC utilizado em Portugal para o português brasileiro, baseando-se na versão portuguesa e inglesa. Os juízes foram três doutores em Psicologia, nativos e com expertise nas áreas e constructos do instrumento. Cada um produziu sua versão de maneira independente, para posterior síntese. Considerando mesmo idioma (português), a tradução manteve seu foco nas principais diferenças entre as duas variações linguísticas: vocabulário e sintaxe. Como segundo momento do processo de adaptação, o comitê de avaliação – formado pela coordenadora do projeto HBSC brasileiro e a pós-graduando deste trabalho - realizou a síntese das versões. Um quadro com as divergências encontradas ao longo do processo é representado na tabela 1.

Tabela 1 – Quadro comparativo entre as traduções dos juízes em relação a versão portuguesa do Protocolo HBSC e a versão brasileira.

Versão portuguesa	Juiz	Tradução dos juízes	Versão brasileira
Rebuçado	1	Doce	Doce
	2	Doce	
	3	Bala	
Substâncias	1	Substâncias	Substâncias
	2	Substâncias	
	3	Drogas	
Cigarro	1	Tabaco (cigarro, charuto, cachimbo)	Tabaco (cigarro, charuto, cachimbo)
	2	Tabaco (cigarro, charuto, cachimbo)	
	3	Cigarro	
Passa (cigarro)	1	Tragada	Tragada
	2	Trago	
	3	Tragada	
Embriagado/bebedeira	1	Bêbado/porre	Bêbado/tomou um porre
	2	Chapado	
	3	Bêbado	
Relação sexual	1	Relação sexual	Relação sexual
	2	Relação sexual	
	3	Transar ou fazer sexo	
Gozar	1	Brincar/ “zoar”	Debochar/ “zoar”
	2	Sem modificações	
	3	Debochar	
Explicações para coito interrompido	1	Retirar o pênis da vagina e gozar/Ejacular do lado de fora	Coito interrompido (Retirar o pênis da vagina na hora de gozar)
	2	Sem modificações	
	3	Retirar o pênis da vagina e gozar	
Luta	1	Luta devido a uma briga	Esteve envolvido numa luta devido a uma briga
	2	Briga	
	3	Briga	
Magoou/fez mal a si próprio	1	Lesão contra si mesmo	Se feriu de propócio
	2	Se feriu de propósito	
	3	Se feriu de propósito	
Zangado	1	Bravo	Bravo
	2	Bravo	
	3	Irritado	
Carro, carrinha ou outro meio de transporte	1	Carro, moto, van ou outro meio de transporte	Carro, van, caminhão, moto ou outro veículo motorizado
	2	Carro, moto, van ou outro meio de transporte	
	3	Carro, van, caminhão e moto	
Consola	1	Videogame	Videogame
	2	Videogame	
	3	Console	
Variações de maconha - erva, haxixe	1	Erva	Maconha (erva, beck, bagulho)
	2	Bagulho	
	3	Fuminho	
Alcopops	1	Bebidas saborizadas/aromatizadas	Bebidas aromatizadas/saborizadas
	2	Sem modificações	
	3	Drinks	

A síntese foi aprovada e seguiu para avaliação na população. O terceiro passo da adaptação foi a avaliação do instrumento pelo público alvo. Esta etapa foi realizada com 4 meninas de 13 anos, em grupo, na primeira escola que assentiu participação. Os adolescentes foram convidados, e para aqueles que aceitaram participar foram entregues o Termo de Consentimento, Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A) e de Formação de Banco de Dados (TFBD) (Anexo B). A participação ficou condicionada a autorização dos responsáveis através do TCLE. Os participantes também precisavam assentir através do Termo de Assentimento (TA) (Anexo C) no momento da coleta.

As participantes responderam o questionário na biblioteca da escola, sentando distantes uma cadeira das demais. Questões referentes ao TA, como sigilo e participação facultativa, foram retomadas. Após a entrega do questionário, foram instruídos para não se identificarem, sobre a importância da leitura com atenção e da ausência de respostas certas ou erradas. Qualquer dificuldade na leitura ou compreensão durante o processo deveria ser reportada e, ao final, novamente isto foi solicitado. Nenhuma dificuldade foi reportada durante a aplicação, e a compreensão do instrumento foi tida como satisfatória uma vez que nenhum adolescente reportou nenhuma dificuldade.

A quarta etapa foi a realização de um estudo piloto. O estudo piloto foi, então, conduzido na segunda escola a aceitar colaborar com a pesquisa, realizado em grupo com 8 meninas e 11 meninos de 13 anos, na biblioteca da instituição. O estudo foi realizado seguindo os mesmos passos do anterior – primeiramente convidava-se os alunos em sala e, para aqueles que demonstrassem interesse, o TCLE e TFBD eram entregues. Participaram do estudo apenas os participantes autorizados pelos responsáveis através do TCLE e que assentiram no TA no momento da coleta. A instrução seguiu retomando o caráter facultativo da pesquisa e sigilo estabelecido e foi solicitado que sentassem com distância de uma carteira das demais. O primeiro instrumento entregue foi o protocolo HBSC. Foi requisitado que não se identificassem, seguissem a leitura com atenção e interrompessem em caso de dúvida. Foi também ressaltando a ausência de respostas certas ou erradas.

Novamente nenhuma intercorrência foi relatada até o final da aplicação. Apesar das repetidas solicitações e perguntas aos adolescentes sobre pontos a serem melhorados, que estivessem difíceis ou que não eram compreensíveis, nenhum adolescente apontou dificuldades ou sugestões. Conclui-se então que foram observadas equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual, e a síntese foi aceita como primeira versão do Protocolo HBSC Brasil. A figura 1 representa um esquema do processo de adaptação em questão, pautada no esquema metodológico de Borsa et al. (2012).

Figura 1 – Processo de tradução e adaptação do Protocolo HBSC.

Considerando a similaridade entre as variações do idioma português e o entendimento claro dos itens traduzidos, não foi verificada necessidade de realizar tradução reversa. Foram incluídos três itens no Protocolo HBSC brasileiro, referentes à cor autodeclarada – baseado no censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – supervisão parental e autolesão – baseados em itens não oficiais do questionário HBSC mas que foram incluídos no questionário português 2013/14. Nenhum problema de compreensão foi reportado durante a avaliação e o estudo piloto.

3.4 Participantes

A amostra final deste estudo foi composta por 298 adolescentes entre 12 a 14 anos 13,4 anos ($DP=0,3$) matriculados nos 7º e 8º ano da rede estadual de ensino, pertencentes às regiões Oeste, Norte e Leste da cidade de Ribeirão Preto – SP. Na região Sul e Central não

foram obtidas autorizações de nenhuma instituição. Foram convidados aproximadamente 1750 alunos de 13 anos pertencentes aos 7º e 8º anos de 17 escolas. Demonstraram interesse aproximadamente 900 alunos, que levaram para os pais/responsáveis os TCLE e de TFBD. A participação do adolescente ficou condicionada a entrega do TCLE e assentimento através do TA.

3.4.1 Amostragem e amostra final

Como primeiro passo da amostragem, foi realizado o levantamento do número de instituições estaduais da cidade. A Secretaria Estadual da Educação foi contatada mas não foi obtida resposta e o número de escolas foi, então, pesquisado por meio do site do órgão. Posteriormente foi realizado contato telefônico com cada uma das instituições a fim de levantar o número de turmas de 7º e 8º ano e a média de alunos por sala. O município conta com 44 escolas estaduais, onde 40 possuem o Ensino Fundamental II correspondente às turmas de interesse. O total estimado de alunos de escolas estaduais para esta população foi de 6523 estudantes, distribuídos em 3070 alunos na região Oeste, 2023 na Norte, 863 na Leste, 337 na Central e 230 na região Sul.

A amostragem estratificada foi realizada tendo como base o objetivo de amostra final de 300 adolescentes, configurando 141 estudantes na região Oeste, 93 na região Norte, 40 na Leste, 15 na Central e 11 na Sul. Como última etapa do processo, sorteou-se a ordem das escolas por região para que o convite para colaboração de pesquisa fosse realizado. Após o aceite das instituições, o convite aos alunos era realizado em todas as salas de aula disponíveis no horário letivo. A taxa de retorno foi de aproximadamente 40% (n=360). Destes, 9% (n=32) não foram encontrados nas datas de coleta ou se recusaram a participar. A figura 2 demonstra o processo de amostragem até a amostra final.

Figura 2 - Fluxograma da amostragem e coleta.

Inicialmente, a amostra seria composta apenas por adolescentes de 13 anos. Ao final da pesquisa, 14 adolescentes foram identificados com 12 ou 14 anos, apesar de no momento da coleta afirmarem a idade esperada para participação. Devido à ausência de implicações para os resultados finais, optou-se por não excluir estes participantes. Foram, então, coletados dados de 328 estudantes, mas devido aos critérios de exclusão e também a participantes duplicados (já haviam realizado a pesquisa em ano anterior) a amostra final foi composta por 298 participantes.

3.5 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos na pesquisa adolescentes de 12 a 14 anos matriculados em escolas estaduais da cidade de Ribeirão Preto – SP. A participação ficou condicionada à autorização dos

pais/responsáveis por meio da assinatura do TCLE e também pelo assentimento do adolescente pelo TA, no momento da coleta de dados. Os critérios de exclusão foram: compreensão insatisfatória de leitura observada no momento da coleta, instrumentos com mais de 25% de respostas inconsistentes/*missings* e não concluir algum dos instrumentos aplicados.

3.6 Local

As coletas sempre ocorreram em grupo, nas próprias instituições de ensino nos horários letivos, com prévia autorização. Os locais deveriam ser silenciosos e reservados dos demais alunos e de quaisquer funcionários, contando com a disposição de carteiras escolares ou mesas para aplicação coletiva dos instrumentos.

3.7 Instrumentos

3.7.1 Protocolo Health Behavior in School-aged Children – versão brasileira (HBSC)

Desenvolvido pela rede de pesquisa HBSC em conjunto com a OMS em 1982, este questionário vem sendo avaliado e constantemente aprimorado a cada levantamento da força tarefa. Abrange uma gama de indicadores e comportamentos relacionados à saúde e bem-estar, estilo de vida e variáveis do contexto social, desenvolvido para adolescentes de 11, 13 e 15 anos de idade. Contém 81 questões fechadas podendo, cada uma, conter outros diversos itens. Os eixos temáticos das questões pautam-se em: fatores sociodemográficos, alimentação, higiene, corpo, consumo de substâncias, escola, qualidade de vida e bem-estar físico e psicológico, atividade física, comportamento sexual, provocação, lesões, autolesões, relacionamento familiar, relacionamento com pares, tempo livre e comunicação através de equipamentos eletrônicos. O instrumento é autoaplicável, administrado em salas de aula e leva aproximadamente 40 minutos para ser completado. O protocolo utilizado neste estudo foi adaptado do protocolo português referente ao levantamento de 2014, onde foram incluídas três questões referentes a cor autodeclarada, autolesão e supervisão parental.

3.7.2 Spence Children's Anxiety Scale (SCAS)

A escala contém 44 itens disposto em seis subescalas pautadas nos critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) (APA,

2015) diagnósticos, referentes a ansiedade de separação, fobia social, obsessão-compulsão, pânico e agorafobia, ansiedade generalizada e medo de agressões físicas (Spence, 1998). O instrumento original produziu um Alfa de Cronbach de 0,92. Cada pergunta possui uma resposta possível, que pode variar entre: nunca, às vezes, muitas vezes, sempre. Possui questões positivas a fim de reduzir o viés de resposta negativa. Ao final, um espaço é destinado para que a criança ou adolescente indique sentimentos ou comportamentos que não estão listados no instrumento.

A avaliação é feita a partir de uma comparação com dados normativos, indicando a patologia ou não das questões avaliadas. Foi utilizada a versão adaptada para o português (Escala Spence de Ansiedade Infantil) por DeSouza et al. (2014b), com resultados indicando boa consistência, e pautou-se nos escores por gênero de Muris et al. (2000), onde o ponto de corte para ansiedade clínica é de 25 para meninos e 36 para meninas.

3.7.3 Children's Depression Inventory (CDI)

É uma escala de autoavaliação composta por 27 itens, com 3 opções de afirmações aumentando em relação a gravidade do sintoma depressivo. Apenas uma opção deve ser escolhida. O objetivo é detectar a presença e gravidade de sintomas da depressão na infância e adolescência, dos sete aos 17 anos. É composta por cinco fatores (Humor Negativo, Problemas Interpessoais, Inefetividade, Anedonia e Autoestima Negativa) que diferem nos estudos brasileiros quanto a sua configuração fatorial, número de itens e ponto de corte (Coutinho et al., 2014; Cruvinel et al., 2008; Gouveia et al., 1995; Wathier et al., 2008).

Elaborado por Kovacs (1983) a partir do Inventário de Depressão de Beck, o instrumento foi traduzido e adaptado por Gouveia et al. (1995) com 18 itens, demonstrando um Alfa de Cronbach de 0,81. Cruvinel, Boruchovitch e Santos (2008) indicam em seu estudo que a versão original do instrumento apresentou um índice mais alto de consistência interna quando comparada a versão reduzida de Gouveia et al. (1995). Este trabalho pautou-se no estudo de Wathier et al. (2008), cuja análise fatorial explanatória utilizando os 27 itens da escala de Kovacs (2003) produziu um Alfa de Cronbach de 0,85 com três fatores conceituais empregados. As normas consideram percentis para sexo e faixa etária (7-12 e 13-17 anos), e, do ponto de vista epidemiológico, escores clinicamente significativos a partir do percentil 85, que corresponde ao ponto de corte 14 para meninos e 18 para meninas.

3.8 Aspectos éticos

Este projeto atendeu a todos os cuidados e procedimentos éticos em acordo com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP) em 23 de setembro de 2015 (CAAE nº 44961315.3.0000.5407) (Anexo D). O projeto maior no qual este trabalho se insere também foi aprovado pelo CEP da FFCLRP em 09 de março de 2016 (CAAE nº 45947415.5.1001.5407) (Anexo E). Um banco de dados digital também foi criado e a utilização dos dados ficam restritas a autorização através dos Termo de Formação de Banco de Dados. Todos os responsáveis dos adolescentes cujos escores de depressão e ansiedade atingissem níveis clínicos e/ou reportassem ideação suicida receberam devolutiva via telefone, como descrito no TCLE e TA, com orientações acerca de serviços de atendimento psicológico gratuito e da importância da intervenção ou prevenção. Do total de 310 participantes que responderam ao CDI e/ou SCAS, 70% (n=217) dos responsáveis receberam devolutiva via telefone. A porcentagem de escores clínicos foi de 26,5% (n=82) para sintomas depressivos e 60% (n=186) para sintomas ansiosos, com comorbidade observada em 20,6% (n=64) dos casos. A ideação suicida foi reportada por 29% (n=90) da amostra, compondo 68,3% dos resultados clínicos do CDI e 36,5% do SCAS.

3.9 Procedimento

Os dados foram coletados entre o final do ano de 2015 e o início de 2017. A coleta foi realizada pela mestrande e aluna de iniciação científica graduanda em Psicologia. O início se deu pela primeira escola sorteada que aceitou o convite para colaboração com a pesquisa, e seguiu até que o número total de alunos fosse atingido. Após o aceite das instituições, o convite aos alunos de todos os 7º e/ou 8º anos era realizado em salas de aula no horário letivo. Aos interessados em participar da pesquisa eram entregues o TCLE e o TFBD para autorização dos pais/responsáveis. No dia posterior, as pesquisadoras voltavam a escola para recolher as autorizações e iniciar a coleta. No entanto, na maioria das vezes muitos adolescentes haviam esquecido os termos e uma nova visita era necessária. Comumente as coletas aconteceram no terceiro dia de visita a escola. A não autorização do TFBD não impediu a participação do adolescente no presente estudo, desde que o TCLE e o TA tivessem sido devidamente assinados.

A coleta seguia com a condução dos participantes das salas de aula para os locais indicados pela instituição. Era solicitado que houvesse distanciamento entre as carteiras dos respondentes bem como solicitado que evitassem conversas paralelas. Primeiramente o TA era entregue para leitura e, àqueles que autorizassem, era entregue uma segunda vida. As etapas do projeto, incluindo-se a coleta, foram acompanhadas por uma aluna de iniciação científica que desenvolveu seu projeto na área. O protocolo HBSC foi sempre o primeiro instrumento respondido. No momento da entrega, instruía-se os participantes a não se identificarem, ressaltando: questões relativas ao termo de assentimento, ausência de respostas corretas ou incorretas, a importância de respostas com máxima sinceridade e a disponibilidade das pesquisadoras para auxílio quando necessário.

Depois de completarem o primeiro instrumento, cada protocolo recebia um número de identificação correspondente a um adolescente. A coleta seguia com os demais instrumentos, entregues em ordem aleatória, onde era solicitada a identificação dos participantes devido a devolutiva programada em caso de escores clínicos e/ou ideação suicida. As devolutivas possuíam o objetivo de orientar acerca de serviços de atendimento psicológico gratuito e da importância da intervenção ou prevenção nestes casos. O telefone de contato do adolescente poderia ser disponibilizado no momento do aceite do TFBD, quando os pais/responsáveis indicavam o desejo pela comunicação de futuras pesquisas com os dados do adolescente de sua responsabilidade. Para aqueles cujo contato não foi fornecido, a escola era contatada para obtenção destes contatos, estando a instituição já ciente deste procedimento no momento de seu aceite. Para facilitar a comunicação dos pais/responsáveis e/ou participantes com a equipe de pesquisa, um endereço de *e-mail* também foi criado e disponibilizado para as escolas e pais no momento do convite.

3.10 Procedimento de análise dos dados

Os dados foram analisados através do *software* “Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows” versão 22.0 a partir do banco de dados digital criado para este estudo. Foi realizada estatística descritiva e inferencial através dos testes qui-quadrado de Pearson e Análise de Variância (ANOVA) com tamanho de efeito (*eta squared*). Foi considerado o nível de significância de 5% para todas as análises.

4 RESULTADOS

Os resultados a seguir representam a análise dos dados deste trabalho em sua totalidade. Primeiramente, é feita a caracterização sociodemográfica da amostra e, posteriormente, são apresentadas a caracterização e análises inferenciais sobre as variáveis do Protocolo HBSC, escores do CDI e do SCAS e a relação destes instrumentos com as variáveis sexo e região da cidade. Para células encontradas com contagem menor do que 5, optou-se pela exclusão das mesmas para análises com o teste qui-quadrado, considerando a perda do poder estatístico resultante de células abaixo de 5% (Field, 2009). Todas as análises apresentadas consideram apenas células dentro da contagem indicada.

4.1 Caracterização sociodemográfica

As informações desta seção foram obtidas pelo Protocolo HBSC. A amostra final foi composta por 298 participantes, 182 do sexo feminino (61,1%) , 178 matriculados nos 8º (59,7%) e 7º anos. A idade média foi 13,4 anos (DP=0,3). Todos os adolescentes declararam sua nacionalidade como brasileira e a nacionalidade paterna cubana foi indicada uma vez. Em relação a cor autodeclarada, 42,4% (n=126) se declarou da cor branca, 38% parda (n=113), 12,1% preta (n=36), 3,7% indígena (n=11) e 3,7% amarela. A menarca foi atingida por 84% (n=152) das meninas, com idade média de 11,6 anos (DP=1,1) variando entre 9 e 13,9 anos. Os participantes estavam matriculados em escolas estaduais da região Oeste, Norte e Leste da cidade, apresentados na figura 3.

Figura 3 – Representação do mapa da cidade com a distribuição dos participantes por região de Ribeirão Preto.

Como mencionado, devido à ausência de escolas colaboradoras, as regiões Sul e Central não foram acessadas. A tabela 2 apresenta os dados sobre pessoas que residem com os participantes considerando o local principal de moradia para as respostas.

Tabela 2 - Configuração familiar reportada.

Mora com	n	%
Mãe	272	91,3
Pai	177	59,6
Madastra	7	2,3
Padastro	44	14,8
Avó	47	15,8
Avô	29	9,7
Abrigo/Acolhimento	1	0,3
Outros	18	6
Irmãos	177	59,4
Irmãs	161	54

A maioria dos participantes reside com a mãe, pai e irmãos e em média possuem um irmão/ã (DP=1,4). Os adolescentes deveriam responder sobre o trabalho exercido pelo pai e/ou a mãe. As respostas incluíam local e profissão, para aqueles que respondiam positivamente, e motivos para os casos em que não se exercia nenhuma atividade remunerada – aposentadoria/estudos, procurando de emprego, toma conta de outros/fica em casa, desconhecimento e não possuir ou conviver com o adulto.

A atividade remunerada é exercida por 75,8% dos pais (n=125) e 71,1% das mães (n=212). É mais frequente que os adolescentes não vejam ou não possuam o pai, situação reportada por 12,1% (n=36), em contraposição a apenas 1,7% (n=5) das mães. Estes resultados, em conjunto com a configuração familiar, sugerem que a amostra possui maior contato com as genitoras. O nível econômico foi calculado a partir da Family Affluence Scale (FAS) (Currie et al., 2008), que também se encontra entre os itens do Protocolo HBSC. O nível é calculado a partir da somatória do número de veículos de transporte e computadores que a família possui, disponibilidade de quarto individual para o adolescente e férias em família no último ano.

O nível econômico médio foi reportado por metade da amostra (n=149), 37,6% indicaram nível baixo (n=112) e 12,4% alto. A percepção do nível financeiro, porém, foi mais positiva – 146 indivíduos (49%) percebem a situação da família como bem ou muito bem, 127

(42,6%) como na média e apenas 25 (8,4%) como mal ou muito mal. A tabela 3 descreve os bens e indicadores de nível econômico.

Tabela 3 - Indicadores econômicos reportados.

	n	(%)
Dono de pelo menos um veículo	256	86
Possui quarto individual	136	46,1
Pelo menos um computador em casa	220	74,6
Número de banheiros na casa		
Nenhum	3	1
Um	152	51
Dois ou mais	143	48
Possui máquina de lavar	58	19,5
Viagem de férias no último ano		
Nenhuma	94	31,8
Uma vez	73	24,7
Duas vezes ou mais	129	43,6

4.2 Caracterização e análises inferência dos indicadores e comportamentos de saúde

4.2.1 Contexto social

4.2.1.1 Família

Os relacionamentos com familiares foram avaliados em termos de suporte percebido, qualidade da comunicação, refeições conjuntas com os pais e supervisão parental. A qualidade da comunicação foi investigada através de uma escala contendo quatro afirmativas sobre diálogo sobre assuntos importante, ser ouvido, e esclarecimento de dúvidas e mal-entendidos. O suporte foi também avaliado por uma escala de quatro itens, contendo afirmativas sobre ser ajudado, apoio emocional, falar sobre problemas e ajuda na tomada de decisões. As respostas de ambas as escalas possuem cinco categorias de respostas variando entre de “discordo fortemente” a “concordo fortemente”. Os valores mínimos foram 4 pontos e os máximos 20 e 28, respectivamente (tabelas 4 e 5). Quanto maior a somatória, mais positiva a comunicação e o suporte percebidos.

Tabela 4 – Resultados da ANOVA para escala de percepção da qualidade de comunicação familiar.

	n	M	DP	df	ANOVA		
					F	p	η^2
Meninas	182	13,8	3,7	1	4,833	0,029*	0,016
Meninos	116	14,7	3,4				
Oeste	174	14,2	3,5				
Norte	82	14,5	3,5	2	1,394	0,250	0,009
Leste	42	13,4	4,1				

A média total da escala de comunicação familiar foi de 14,2 (DP=3,6), com máximo de 20 pontos. São os meninos que veem a comunicação com familiares de maneira mais positiva (0,029).

Tabela 5 – Resultados da ANOVA para escala de suporte familiar percebido.

	n	M	DP	df	ANOVA		
					F	p	η^2
Meninas	182	18,3	8,3	1	5,917	0,016*	0,020
Meninos	116	20,7	8				
Oeste	174	18,6	8,3				
Norte	82	20,2	8,2	2	1,167	0,313	0,008
Leste	42	19,7	8,1				

O suporte familiar também é percebido mais positivamente pelos meninos (p=0,016). A média total desta escala foi de 19,2 (DP=8,3), com valores máximos de 28 pontos. A avaliação das refeições em família investigou a frequência da realização do café da manhã e jantar durante a semana (tabela 6), com seis respostas variando entre “nunca” e “todos os dias” apresentadas em três categorias unificadas.

Tabela 6 – Resultados do teste qui quadrado para o consumo de café da manhã e jantar com a família.

	Total		Meninas		Meninos		Oeste		Norte		Leste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Café da manhã												
Raramente ou nunca	144	48,6	98	54,1	46	40	82	47,4	41	50	21	51,2
1 a 4 dias	73	24,7	43	23,8	30	26,1	43	24,9	18	22	12	29,3
5 a 7 dias	79	26,7	40	22,1	39	33,9	48	27,7	23	28	8	19,5
			$\chi^2=6,724$; gl=2, p=0,035*					$\chi^2=1,662$; gl=4, p=0,798				
Jantar												
Raramente ou nunca	54	18,1	39	21,4	15	12,9	37	21,3	9	11	7	19
1 a 4 dias	29	9,7	18	9,9	11	9,5	17	9,8	8	9,8	5	9,5
5 a 7 dias	215	72,1	125	68,7	90	77,6	120	69	65	79,3	30	71,4
			$\chi^2=3,614$; gl=2, p=0,164					$\chi^2=4,105$; gl=4, p=0,392				

A maioria dos adolescentes toma café da manhã com os pais (51,4%), mas é o jantar a refeição mais frequentemente realizada em conjunto (81,8%). São os meninos que mais fazem a refeição matinal junto dos pais ($p=0,035$). A facilidade da comunicação foi avaliada categoricamente a partir de cinco respostas que variavam entre “muito difícil” e “muito fácil” e “não tenho/não vejo esta pessoa”, unidas para análise como observado na tabela 7.

Tabela 7 – Resultados do teste qui quadrado para facilidade para falar sobre preocupações com familiares.

	Total		Meninas		Meninos		Oeste		Norte		Leste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pai												
Fácil	109	37,1	49	27,2	60	52,6	53	31	39	47,6	17	41,5
Difícil	141	48	101	56,1	40	35,1	94	55	30	36,6	1	41,5
Não tenho/não vejo	44	15	30	16,7	14	12,3	24	14	13	15,9	7	17,1
			$\chi^2=19,484$; gl=2, p=0,000*				$\chi^2=8,940$; gl=4, p=0,063					
Padrasto												
Fácil	31	10,5	16	8,8	15	13,2	17	9,9	7	8,6	7	16,7
Difícil	59	20	41	22,7	18	15,8	39	22,7	15	18,5	5	11,9
Não tenho/não vejo	205	69,5	124	68,5	81	71,1	116	67,4	59	72,8	30	71,4
			$\chi^2=2,953$; gl=2, p=0,228				$\chi^2=4,186$; gl=4, p=0,381					
Mãe												
Fácil	194	65,8	113	62,4	81	71,1	111	64,5	55	67,1	28	68,3
Difícil	86	29,2	60	33,1	26	22,8	53	30,8	24	29,3	9	22
Não tenho/não vejo	15	5,1	8	4,4	7	6,1	8	4,7	3	3,7	4	9,8
			$\chi^2=3,764$; gl=2, p=0,152				$\chi^2=3,144$; gl=4, p=0,534					
Madrasta												
Fácil	27	9,2	18	9,9	9	8	13	7,6	10	12,2	4	10
Difícil	39	13,3	28	15,5	11	9,7	24	14	9	11	6	15
Não tenho/não vejo	228	77,6	135	74,6	93	82,3	135	78,5	63	76,8	30	75
			$\chi^2=2,556$; gl=2, p=0,279				$\chi^2=1,868$; gl=4, p=0,760					
Irmãos												
Fácil	153	53,3	90	51,1	63	56,8	90	53,3	39	48,8	24	63,2
Difícil	92	32,1	60	34,1	32	28,8	55	32,5	26	32,5	11	28,9
Não tenho/não vejo	42	14,6	26	14,8	16	14,4	24	14,2	15	18,8	3	7,9
			$\chi^2=0,997$; gl=2, p=0,607				$\chi^2=3,263$; gl=4, p=0,515					

Percebe-se que a única associação encontrada entre as variáveis diz respeito a comunicação com o pai, algo mais fácil para os meninos ($p=0,000$). Parece ser mais fácil para os adolescentes falar com a mãe e irmãos. A supervisão parental foi avaliada por quatro itens com quatro respostas dispostas entre “nada” e “muito”, unidas em duas categorias de análise (tabela 8).

Tabela 8 – Resultados do teste qui quadrado para supervisão parental percebida.

O quanto pais/responsáveis sabem sobre	Total		Meninas		Meninos		Oeste		Norte		Leste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Quem são os amigos												
Muito ou mais ou menos	243	81,8	151	83	92	80	141	81,5	71	86,6	31	73,8
Pouco ou nada	54	18,2	31	17	23	20	32	18,5	11	13,4	11	26,2
			$\chi^2=0,417$; gl=1, p=0,518				$\chi^2=3,075$; gl=2, p=0,215					
Onde gasta seu dinheiro												
Muito ou mais ou menos	217	73,3	144	79,6	73	63,5	125	72,7	64	78	28	66,7
Pouco ou nada	79	26,7	37	20,4	42	36,5	47	27,3	18	22	14	33,3
			$\chi^2=9,293$; gl=1, p=0,002*				$\chi^2=1,924$; gl=2, p=0,382					
Onde vai sem eles fora do horário escolar												
Muito ou mais ou menos	227	77,5	143	80,3	84	73	128	75,7	67	81,7	32	76,2
Pouco ou nada	66	22,5	35	19,7	31	27	41	24,3	15	18,3	10	23,8
			$\chi^2=2,130$; gl=1, p=0,144				$\chi^2=1,173$; gl=2, p=0,556					
O que faz no tempo livre												
Muito ou mais ou menos	221	74,4	135	74,2	86	74,8	125	72,3	66	80,5	30	71,4
Pouco ou nada	76	25,6	47	25,8	29	25,2	48	27,7	16	19,5	12	28,6
			$\chi^2=,0014$; gl=1, p=0,907				$\chi^2=2,209$; gl=2, p=0,331					

A maioria percebe de maneira positiva a supervisão parental de seus responsáveis. Foram observadas diferenças quanto o controle maior sobre onde as meninas gastam seu dinheiro (p=0,002).

4.2.1.2 Pares

Esta seção refere-se ao suporte dos amigos percebido, facilidade para falar sobre problemas, comunicação através de mídias eletrônicas e provocações. O suporte dos amigos (tabela 9) foi avaliado por uma escala de quatro itens referentes a ajuda recebida, suporte quando as coisas vão mal, compartilhamento de emoções e falar sobre problemas. Os valores variaram entre 4 e 28 pontos, com suporte avaliado de maneira crescente.

Tabela 9 – Resultados da ANOVA para escala de suporte dos amigos percebido.

	ANOVA						
	n	M	DP	df	F	P	η^2
Meninas	116	18,7	8,1	1	10,969	0,001*	0,036
Meninos	182	21,7	7,4				
Oeste	174	20,6	7,7				
Norte	82	21,2	7,5	2	1,046	0,353	0,007
Leste	42	19	8,6				

A média do suporte dos colegas percebidos foi de 20,5 (DP=7,8) com diferenças observadas entre o sexo ($p=0,001$), demonstrando que os meninos percebem mais do que as meninas este o suporte dos amigos. Na tabela 10 é descrita o quanto os adolescentes se sentem à vontade para falar sobre preocupações com os amigos. As respostas variavam entre “muito difícil” e “muito fácil” e “não tenho/não vejo esta pessoa”, unidas em três categorias para análise.

Tabela 10 – Resultados do teste qui quadrado para facilidade para falar sobre preocupações com pares.

	Total		Meninas		Meninos		Oeste		Norte		Leste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Melhor amigo(a)												
Fácil	232	80	153	86,4	79	69,9	135	79,9	66	81,5	31	77,5
Difícil	46	15,9	19	10,7	27	23,9	28	16,6	10	12,3	8	20
Não tenho/não vejo	12	4,1	5	2,8	7	6,2	6	3,6	5	6,2	1	2,5
			$\chi^2=11,78$; gl=2, $p=0,003^*$				$\chi^2=2,381$; gl=4, $p=0,666$					
Mesmo sexo												
Fácil	212	72,4	142	79,8	70	60,9	122	71,3	60	74,1	30	73,2
Difícil	65	22,2	32	18	33	28,7	40	23,4	15	18,5	10	24,4
Não tenho/não vejo	16	5,5	4	2,2	12	10,4	9	5,3	6	7,4	1	2,4
			$\chi^2=15,645$; gl=2, $p=0^*$				$\chi^2=2,014$; gl=4, $p=0,733$					
Sexo oposto												
Fácil	145	49,7	83	46,4	62	54,9	76	45	48	58,5	16	51,2
Difícil	116	39,7	80	44,7	36	31,9	76	45	24	29,3	4	39
Não tenho/não vejo	31	10,6	16	8,9	15	13,3	17	10,1	10	12,2	16	9,8
			$\chi^2=5,106$; gl=2, $p=0,078$				$\chi^2=5,773$; gl=4, $p=0,217$					

Verifica-se que no geral a comunicação com os pares é fácil para a maioria, sendo mais fácil para as meninas falarem com o(a) melhor amigo(a) ($p=0,003$) e amigos do mesmo sexo ($p=0,000$). Os meios de comunicação com os pares através de mídias eletrônicas

investigados foram: telefone/programas on-line com esta função, mensagens de texto por celular/SMS, e-mail, mensagens instantâneas, publicações em murais de redes sociais e encontro presencial fora da escola, antes e depois das 20h (tabela 11).

Tabela 11 – Resultados do teste qui quadrado para meios de comunicação com pares através de mídias eletrônicas.

	Total		Meninas		Meninos		Oeste		Norte		Leste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Telefone/programas												
Raramente ou nunca	120	40,3	70	38,5	50	43,1	83	47,7	26	31,7	11	26,2
Menos do que uma vez por semana	42	14,1	28	15,4	14	12,1	22	12,6	12	14,6	8	19
Semanalmente	63	21,1	37	20,3	26	22,4	36	20,7	16	19,5	11	26,2
Diariamente	73	24,5	47	25,8	26	22,4	33	19	28	34,1	12	28,6
			$\chi^2=1,414$; gl=3, p=0,702				$\chi^2=13,156$; gl=6, p=0,041*					
Mensagens de texto pelo celular/SMS												
Raramente ou nunca	105	35,6	58	32,2	47	40,9	65	37,8	27	33,3	13	31
Menos do que uma vez por semana	29	9,8	11	6,1	18	15,7	20	11,6	3	3,7	6	14,3
Semanalmente	77	26,1	49	27,2	28	24,3	41	23,8	26	32,1	10	23,8
Diariamente	84	28,5	62	34,4	22	19,1	46	26,7	25	30,9	13	31
			$\chi^2=13,973$; gl=3, p=0,003*				$\chi^2=7,082$; gl=6, p=0,313					
E-mail												
Raramente ou nunca	212	72,4	132	73,7	80	70,2	116	68,2	66	81,5	30	71,4
Menos do que uma vez por semana	27	9,2	14	7,8	13	11,4	19	11,	2	2,5	6	14,3
Semanalmente	31	10,6	21	11,7	10	8,8	18	2	9	11,1	4	9,5
Diariamente	23	7,8	12	6,7	11	9,6	17	10,6	4	4,9	2	4,8
			$\chi^2=2,439$; gl=3, p=0,486				$\chi^2=9,670$; gl=6, p=0,139					
Mensagens instantâneas												
Raramente ou nunca	37	12,5	17	9,4	20	17,5	21	12,3	8	9,8	8	19
Menos do que uma vez por semana	36	12,2	21	11,6	15	13,2	24	14	10	12,2	2	4,8
Semanalmente	92	31,2	55	30,4	37	32,5	54	31,6	21	25,6	17	40,5
Diariamente	130	44,1	88	48,6	42	36,8	72	42,1	43	52,4	15	35,7
			$\chi^2=6,142$; gl=3, p=0,105				$\chi^2=8,417$; gl=6, p=0,209					
Mural de redes sociais												
Raramente ou nunca	82	27,6	46	25,4	36	31	50	28,9	23	28	9	21,4
Menos do que uma vez por semana	50	16,8	27	14,9	23	19,8	28	16,2	13	15,9	9	21,4
Semanalmente	86	29	59	32,6	27	23,3	59	34,1	14	17,1	13	31
Diariamente	79	26,6	49	27,1	30	25,9	36	20,8	32	39	11	26,2
			$\chi^2=3,981$; gl=3, p=0,264				$\chi^2=13,890$; gl=6, p=0,031*					

Tabela 11 – Resultados do teste qui quadrado para meios de comunicação com pares através de mídias eletrônicas (conclusão).

**Encontra fora da escola
antes das 20h**

Raramente ou nunca	110	37,2	70	38,7	40	34,8	60	34,7	36	44,4	60	34,7
Menos do que uma vez por semana	71	24	42	23,2	29	25,2	43	24,9	16	19,8	43	24,9
Semanalmente	77	26	51	28,2	26	22,6	48	27,7	16	19,8	48	27,7
Diariamente	38	12,8	18	9,9	2	17,4	22	12,7	13	16	22	12,7
$\chi^2 = 4,281$; gl=3, p=0,233						$\chi^2 = 6,163$; gl=6, p=0,405						

**Encontra fora da escola
depois das 20h**

Raramente ou nunca	160	54,1	101	56,1	59	50,9	89	51,7	49	59,8	22	52,4
Menos do que uma vez por semana	59	19,9	36	20	23	19,8	34	19,8	14	17,1	11	26,2
Semanalmente	55	18,6	31	17,2	24	20,7	36	20,9	11	13,4	8	19
Diariamente	22	7,4	12	6,7	10	8,6	13	7,6	8	9,8	1	2,4
$\chi^2 = 1,179$; gl=3, p=0,758						$\chi^2 = 5,584$; gl=6, p=0,471						

A comunicação entre os pares é estabelecida mais frequentemente por mensagens instantâneas (87,5%) e mural de redes sociais (72,4%), enquanto os encontros presenciais acontecem mais frequentemente antes das 20h (62,8%). Foram verificadas associações entre sexo e frequência no uso de mensagens de textos (p=0,003), com maior frequência feminina observada, e entre a região da cidade e utilização do telefone (p=0,041) e comunicação através de mural de redes sociais (p=0,031). Na tabela 12 encontra-se a frequência para quem faz uso diário. Considerando a alta variabilidade de respostas, fez-se a escolha de trabalhar com a moda estatística e não excluir os *outliers*.

Tabela 12 – Frequência, média e moda do número de vezes em que o tipo de comunicação entre pares é utilizada quando realizada diariamente.

	n	M	DP	Moda	Mínimo	Máximo
Telefone/programas on-line	73	7,6	9,6	10	1	70
Mensagens de texto/SMS	77	10,1	12,4	10	1	100
E-mail	21	12,4	21,6	7	1	100
Mensagens instantâneas	117	139,8	935,1	10	1	1000
Mural de redes sociais	71	42,1	165,431	10	1	1000
Encontro com amigos antes das 20h	32	5,2	4,6	2	1	25
Encontro com amigos depois das 20h	19	4,4	2,6	7	1	10

Entre os adolescentes que usam diariamente os meios de comunicação com pares apresentados, observa-se grande variação entre o número de vezes utilizadas. As maiores dispersões são encontradas na troca de mensagens instantâneas e no uso do mural de redes sociais. A moda, no entanto, indica que a maioria dos adolescentes troca por volta de 10 mensagens. Analisando a utilização diária através da frequência, 2,2% (n=6), 4% (n=12) e 1% (n=3) utilizam mais de 10 vezes telefone, mensagens de texto e e-mail, respectivamente. As mensagens instantâneas são trocadas mais de 10 vezes diariamente por 11,7% (n=33) da amostra e 6% (n=18) fazem publicações em mural de redes sociais acima desta frequência. O encontro com amigos antes das 20h mais de 10 vezes diárias foi reportado apenas por um adolescente, com nenhuma frequência observada nos encontros depois das 20h.

A provocação/*bullying* foi avaliada pela frequência de perpetuação ou vitimização nos últimos dois meses na escola e através de meios digitais/*cyberbullying*. O conceito de provocação era apresentado no instrumento antes das perguntas. Na tabela 13 são apresentadas as frequências com que os alunos fizeram/participaram de provocações e/ou foram provocados nos últimos dois meses. As respostas variavam em cinco categorias: “nunca” “uma ou duas vezes no mês”, “duas ou três vezes no mês”, “cerca de uma vez por semana” e “várias vezes na semana”, unificadas nas três categorias para análise dos dados. A provocação sofrida por meios de comunicação digital - mensagens, e-mails, publicações em mural e sites criados com o intuito – e fotos inconvenientes publicadas on-line sem permissão também é apresentada na tabela 13.

Tabela 13 – Resultados do teste qui quadrado para provocações realizadas e sofridas nos últimos dois meses.

	Total		Meninas		Meninos		Oeste		Norte		Leste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Provocou												
Nunca	125	42,1	87	47,8	38	33	73	42	28	34,1	24	58,5
Até uma vez na semana	128	43,1	74	40,7	54	47	75	43,1	40	48,8	13	31,7
Várias vezes na semana	44	14,8	21	11,5	23	20	26	14,9	14	17,1	4	9,8
			$\chi^2=7,701$; gl=2, p=0,021*					$\chi^2=6,706$; gl=4, p=0,152				
Foi provocado												
Nunca	105	35,6	64	35,6	41	35,7	59	34,3	26	31,7	20	48,8
Até uma vez na semana	131	44,4	79	43,9	52	45,2	79	45,9	38	46,3	14	34,1
Várias vezes na semana	59	20	37	20,6	22	19,1	34	19,8	18	22	7	17,1
			$\chi^2=0,099$; gl=2, p=0,952					$\chi^2=3,899$; gl=4, p=0,420				
Provocado digitalmente												
Nunca	259	86,9	158	86,8	101	87,1	152	87,4	71	86,6	36	85,7
Até uma vez na semana	37	12,4	24	13,2	13	11,2	21	12,1	11	13,4	5	11,9
Várias vezes na semana	2	0,7	0	0	2	1,7	1	0,6	0	0	1	2,4
			$\chi^2=3,362$; gl=2, p=0,186					$\chi^2=2,507$; gl=4, p=0,463				
Provocado com fotos												
Nunca	235	79,1	146	80,2	89	77,4	139	79,9	64	78	32	78
Até uma vez na semana	56	18,9	33	18,1	2	20	31	17,8	18	22	7	17,1
Várias vezes na semana	6	2	3	1,6	3	2,6	4	2,3	0	0	2	4,9
			$\chi^2=0,523$; gl=2, p=0,770					$\chi^2=3,362$; gl=4, p=0,420				

Mais da metade dos alunos (57,8%) relatou ter feito ou participado de provocações contra outros colegas e 64,4% disse ter sido vítima nos últimos dois meses. São os meninos que mais frequentemente se engajam em provocações ($p=0,021$). O *cyberbullying* foi menos frequente e não demonstrou associações com as variáveis investigadas.

4.2.1.3 Escola

Os resultados a seguir referem-se a sentimentos em relação a escola e suporte de pares e professores percebidos. Avaliou-se o sentimento pela instituição (tabela 14) através de questões sobre o quanto apreciam a escola, pressão com trabalhos e percepção sobre a avaliação dos professores sobre a capacidade acadêmica do aluno. As quatro respostas sobre gostar da escola variavam entre “nada” e “muito”, e foram unificadas em duas categorias para análise.

Tabela 14 – Resultados do teste qui quadrado dos sentimentos pela escola: gostar da escola, pressão com os trabalhos e percepção da avaliação dos professores sobre capacidade acadêmica.

Afirmativas	Total		Meninas		Meninos		Oeste		Norte		Leste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Gosta da escola												
Muito ou mais menos	238	79,9	146	80,2	92	79,3	136	78,2	68	82,9	34	81
Não muito ou nada	60	20,1	36	19,8	24	20,7	68	21,8	14	17,1	8	19
			$\chi^2=0,036$; gl=1, p=0,849				$\chi^2=0,823$; gl=2, p=0,663					
Pressão com os trabalhos												
Nenhuma	74	24,8	44	24,2	30	25,9	54	31	11	13,4	9	21,4
Pouca	119	39,9	68	37,4	51	44	65	37,4	34	41,5	20	47,6
Alguma	59	19,8	37	20,3	22	19	32	18,4	18	22	9	21,4
Muita	46	15,4	33	18,1	13	11,2	23	13,2	19	23,2	4	9,5
			$\chi^2=3,122$; gl=3, p=0,373				$\chi^2=13,261$; gl=6, p=0,039*					
Capacidade acadêmica percebida												
Muito boa	58	19,5	37	20,3	21	18,3	35	20,2	15	18,3	8	19
Boa	114	38,4	70	38,5	44	38,3	66	38,2	28	34,1	20	47,6
Na média	97	32,7	56	30,8	41	35,7	54	31,2	32	39	11	26,2
Inferior à média	28	9,4	19	10,4	9	7,8	18	10,4	7	8,5	3	7,1
			$\chi^2=1,180$; gl=3, p=0,758				$\chi^2=3,575$; gl=2, p=0,734					

A tabela 14 demonstra que a grande maioria dos alunos gostam da escola. A pressão com os trabalhos é sentida como pouca ou nenhuma por 64,7% dos alunos. A pressão com os

afazeres demonstrou associação com a região da cidade ($p=0,039$), onde observamos a zona Norte com a maior percentagem de adolescentes experienciado o nível mais elevado de pressão. A maioria dos alunos (57,9%) acredita que os professores veem suas capacidades acadêmicas como boas ou muito boas.

A avaliação do suporte percebido de colegas e professores (tabelas 15 e 16) deu-se por duas escala de três itens cada, contendo afirmativas sobre os colegas (gostar de estarem juntos, simpatia, prestatividade e aceitação) e (interesse, confiança e aceitação). Os valores variaram entre 3 e 15 e quanto maior o valor pontuado, maior o suporte percebido.

Tabela 15 – Resultados da ANOVA para suporte dos colegas da escola percebido.

	n	M	DP	Df	ANOVA		
					F	p	η^2
Meninas	182	10,2	2,6	1	3,892	0,049*	0,013
Meninos	116	10,8	2,4				
Oeste	174	10,5	2,5				
Norte	82	10,6	2,5	2	1,219	0,297	0,003
Leste	42	9,9	2,6				

Foi obtida uma média geral de 10,45 (DP=2,52) para o suporte com os colegas, com valor máximo observado de 15 pontos. São os meninos que percebem mais suporte advindo dos colegas da escola ($p=0,049$).

Tabela 16 – Resultado da ANOVA para suporte dos professores percebido.

	n	M	DP	df	ANOVA		
					F	p	η^2
Meninas	182	10,6	2,5	1	0,112	0,739	0,000
Meninos	116	10,7	2,7				
Oeste	174	10,5	2,6				
Norte	82	10,7	2,5	2	0,403	0,669	0,003
Leste	42	10,9	2,6				

A média do suporte dos professores percebido foi de 10,6 (DP=2,6), com valores entre 3 e 15. Não foram observadas diferenças entre as médias dos grupos.

4.2.2 Saúde referida

A saúde referida avaliou-se o IMC e autopercepção corporal, satisfação com a vida, percepção do estado de saúde atual, queixas de sintomas psicológicos e físicos, sintomas de ansiedade e depressão, comportamentos autolesivos, lesões e lutas devido a brigas.

4.2.2.1 IMC e autopercepção corporal

O cálculo do IMC foi realizado a partir das informações sobre peso e altura fornecidas pelos adolescentes. É importante ressaltar que as medidas de peso e altura são autorelatadas, podendo não representar o exato IMC do aluno. A interpretação do IMC foi baseada nas normas estabelecidas pela WHO (2007) (http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/) para adolescentes, utilizando a média de idade encontrada na amostra. A tabela 17 apresenta a proporção de adolescentes distribuídos nas faixas de classificação.

Tabela 17 – Resultados do teste qui quadrado para IMC autorelatado.

	Total		Meninas		Meninos		Oeste		Norte		Leste	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Abaixo do peso	15	5,1	6	3,3	9	8	6	3,5	6	7,3	3	7,5
Adequado	183	62,5	119	66,1	64	56,6	108	63,2	49	59,8	26	65
Sobrepeso	63	21,5	38	21,1	25	22,1	39	22,8	16	19,5	8	20
Obesidade	32	10,9	17	9,4	15	13,3	18	10,5	11	13,4	3	7,5
$\chi^2 = 4,872$; gl=3, p=0,181							$\chi^2 = 3,482$; gl=6, p=0,746					

A média de peso autorelatado dos participantes foi 52,4 kg (DP=12,8) com altura média autorelatada de 159,3 cm (DP=9). O IMC adequado foi observado em 62,5% dos participantes, com quase um terço (32,4%) apresentando sobrepeso ou obesidade. O engajamento atual em dietas para perda ou ganho de peso e a autopercepção corporal são descritos na tabela 18.

Tabela 18 – Resultados do teste qui quadrado para realização de dietas e autopercepção corporal.

	Total		Meninas		Meninos		Oeste		Norte		Leste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dieta												
Não, meu peso está bom	127	42,8	70	38,5	57	49,6	71	41	39	47,6	17	40,5
Não, mas preciso perder peso	94	31,6	61	33,5	33	28,7	54	31,2	29	35,4	11	26,2
Não, mas preciso ganhar peso	35	11,8	23	12,6	12	10,4	23	13,3	5	6,1	7	16,7
Sim	41	13,8	28	15,4	13	11,3	25	14,5	9	11	7	16,7
			$\chi^2=3,689$; gl=3, p=0,297				$\chi^2=5,588$; gl=6, p=0,471					
Autopercepção corporal												
Magro	73	24,7	42	23,2	31	27	42	24,3	17	21	14	33,3
Ideal	99	33,4	54	29,8	45	39,1	59	34,1	27	33,3	13	31
Excesso de peso	124	41,9	85	47	39	33,9	72	41,6	37	45,7	15	35,7
			$\chi^2=5,076$; gl=2, p=0,79				$\chi^2=2,498$; gl=4, p=0,645					

Observa-se que a maioria não está realizando dieta para emagrecer ou engordar (86,2%), mas 57,2% dos adolescentes objetivam mudanças no próprio peso, considerando as respostas referentes a “preciso perder peso”, “preciso ganhar peso” e engajamento em dieta. A autopercepção corporal relatada demonstra que apenas um terço dos adolescentes considera seu corpo como ideal.

4.2.2.2 Satisfação com a vida e autopercepção de saúde

A satisfação com a vida foi medida em uma escada de 0 a 10, considerada alta quando maior ou igual a 6 pontos. A avaliação foi feita pela escada de Candril e é demonstrada em termos da média da somatória com uma análise categórica realizada complementarmente. Os dados são demonstrados nas tabelas 19 e 20.

Tabela 19 – Resultados da ANOVA para satisfação com a vida.

	ANOVA						
	n	M	DP	df	F	p	η^2
Meninas	177	6,66	2,352	1	25,341	0,000*	0,081
Meninos	114	7,96	1,767				
Oeste	167	7,11	2,267				
Norte	82	7,41	2,120	2	0,842	0,432	0,006
Leste	42	6,90	2,304				

Foi observada uma média de 7,2 pontos (DP=2,2) com diferenças significativas entre o sexo ($p=0,000$), sendo que os meninos se mostraram mais satisfeitos com a vida do que as meninas. A partir da análise do *eta squared* o tamanho do efeito pode ser considerado grande.

Tabela 20 – Resultados do teste qui quadrado para classificação da satisfação com a vida.

	Total		Meninas		Meninos		Oeste		Norte		Leste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Razoável ou ruim	76	26,7	61	34,5	15	13,2	42	25,1	22	26,8	12	28,6
Alta	215	26,4	116	65,5	99	86,8	125	74,9	60	73,2	30	71,4
$\chi^2=16,312$; gl=1, $p=0,000$						$\chi^2=0,234$; gl=2, $p=0,890$						

A maioria dos adolescentes possui alta satisfação com a vida. Diferenças através o teste qui-quadrado também demonstram que os meninos da amostra possuem satisfação mais alta em relação as meninas. A percepção sobre o estado de saúde atual foi respondida categoricamente, onde optou-se pela junção da avaliação “razoável” e “ruim” para análises dos dados (tabela 21), devido à baixa frequência de participantes com percepção negativa acerca da saúde.

Tabela 21 – Resultados do teste qui quadrado para percepção sobre o estado de saúde atual.

	Total		Meninas		Meninos		Oeste		Norte		Leste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Excelente	79	26,7	44	24,3	35	30,4	44	25,6	25	30,5	10	23,8
Boa	139	47	81	44,8	58	50,4	79	45,9	39	47,6	21	50
Razoável ou ruim	78	26,4	56	30,9	22	19,1	49	28,5	18	22	11	26,2
$\chi^2=5,194$; gl=2, $p=0,075$						$\chi^2=1,682$; gl=4, $p=0,794$						

A saúde é percebida positivamente pela maioria dos adolescentes (73,7%). Não foram observadas associações entre as variáveis e a percepção da saúde.

4.2.2.3 Queixas de sintomas físicos e psicológicos

Nas tabelas 22 e 23 são apresentadas as avaliações referentes a sintomas físicos e psicológicos dos últimos seis meses. As respostas variavam entre cinco categorias: “raramente ou nunca”, “quase todos os meses”, “quase todas as semanas”, “mais que uma vez por semana”, “quase todos os dias”. Foram unidas as categorias de respostas “quase todas as

semanas” e “quase todos os meses” na categoria “raramente ou nunca”, devido à baixa frequência encontrada nestas opções.

Tabela 22 – Resultados do teste qui quadrado para sintomas físicos reportados referentes aos últimos seis meses.

	Total		Meninas		Meninos		Oeste		Norte		Leste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dor de cabeça												
Quase todos os dias	55	18,5	39	21,4	16	13,9	32	18,5	16	19,5	7	16,7
Mais que uma vez na semana	55	18,5	41	22,5	14	12,2	27	15,6	21	25,6	7	16,7
Raramente ou nunca	187	63	102	56	85	73,9	114	65,9	45	54,9	28	66,7
			$\chi^2=9,803$; gl=2, p=0,007*				$\chi^2=4,397$; gl=4, p=0,355					
Dor no estômago												
Quase todos os dias	16	5,4	13	7,2	3	2,6	11	6,4	4	4,9	1	2,4
Mais que uma vez na semana	28	9,5	21	11,6	7	6,1	16	9,3	10	12,2	2	4,8
Raramente ou nunca	252	85,1	147	81,2	105	91,3	145	84,3	68	82,9	39	92,9
			$\chi^2=5,823$; gl=2, p=0,054*				$\chi^2=3,053$; gl=4, p=0,549					
Dor nas costas												
Quase todos os dias	68	23,1	51	28,3	17	14,8	32	18,7	26	31,7	10	23,8
Mais que uma vez na semana	23	7,8	18	10	5	4,3	14	8,2	7	8,5	2	4,8
Raramente ou nunca	204	69,2	111	61,7	93	80,9	125	73,1	49	59,8	30	71,4
			$\chi^2=12,207$; gl=2, p=0,002*				$\chi^2=6,123$; gl=4, p=0,190					
Tonturas												
Quase todos os dias	30	10,2	22	12,2	8	7	17	9,8	11	13,8	2	4,8
Mais que uma vez na semana	22	7,5	18	9,9	4	3,5	12	6,9	7	8,8	3	7,1
Raramente ou nunca	243	82,4	141	77,9	102	89,5	144	83,2	62	77,5	37	88,1
			$\chi^2=6,837$; gl=2, p=0,033*				$\chi^2=2,897$; gl=4, p=0,575					
Dores no pescoço e ombros												
Quase todos os dias	52	17,6	34	18,8	18	15,7	22	12,8	22	26,8	8	19
Mais que uma vez na semana	31	10,5	21	11,6	10	8,7	17	9,9	8	9,8	6	14,3
Raramente ou nunca	213	72	126	69,6	87	75,7	133	77,3	52	63,4	28	66,7
			$\chi^2=1,316$; gl=2, p=0,518				$\chi^2=8,654$; gl=4, p=0,070					

Tabela 23 – Resultados do teste qui quadrado para sintomas psicológicos reportados referentes aos últimos seis meses.

	Total		Meninas		Meninos		Oeste		Norte		Leste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tristeza ou deprimido												
Quase todos os dias	51	17,2	45	24,9	6	5,2	25	14,5	19	23,2	7	16,7
Mais que uma vez na semana	28	9,4	24	13,3	4	3,4	18	10,4	7	8,5	3	7,1
Raramente ou nunca	218	73,4	112	61,9	106	91,4	130	75,1	56	68,3	32	76,2
			$\chi^2=31,560$; gl=2, p=0,000*					$\chi^2=3,355$; gl=4, p=0,500				
Irritação ou mau humor												
Quase todos os dias	105	35,4	79	43,6	26	22,4	56	32,4	32	39	17	40,5
Mais que uma vez na semana	30	10,1	24	13,3	6	5,2	17	9,8	10	12,2	3	7,1
Raramente ou nunca	162	54,5	78	43,1	84	72,4	100	57,8	40	48,8	22	52,4
			$\chi^2=24,734$; gl=2, p=0,000*					$\chi^2=2,665$; gl=4, p=0,615				
Nervosismo												
Quase todos os dias	110	37,2	78	43,3	32	27,6	51	29,5	43	53,1	16	38,1
Mais que uma vez na semana	35	11,8	27	15	8	6,9	21	12,1	9	11,1	5	11,9
Raramente ou nunca	151	51	75	41,7	76	65,5	101	58,4	29	35,8	21	5
			$\chi^2=16,490$; gl=2, p=0,000*					$\chi^2=13,857$; gl=4, p=0,008*				
Dificuldade para dormir												
Quase todos os dias	54	18,2	37	20,3	17	14,8	31	17,9	15	18,3	8	19
Mais que uma vez na semana	27	9,1	17	9,3	10	8,7	13	7,5	13	15,9	1	2,4
Raramente ou nunca	216	72,7	128	70,3	88	76,5	129	74,6	54	65,9	33	78,6
			$\chi^2=1,596$; gl=2, p=0,450					$\chi^2=7,513$; gl=4, p=0,111*				
Medo												
Quase todos os dias	56	18,9	47	25,8	9	7,8	30	17,3	21	25,6	5	11,9
Mais que uma vez na semana	27	9,1	22	12,1	5	4,3	14	8,1	8	9,8	5	11,9
Raramente ou nunca	214	72,1	113	62,1	101	87,8	129	74,6	53	64,6	32	76,2
			$\chi^2=23,230$; gl=2, p=0,000*					$\chi^2=4,744$; gl=4, p=0,315				
Cansaço e exaustão												
Quase todos os dias	92	31	62	34,1	30	26,1	42	24,3	35	42,7	15	35,7
Mais que uma vez na semana	33	11,1	21	11,5	12	10,4	19	11	6	7,3	8	19
Raramente ou nunca	172	57,9	99	54,4	73	63,5	112	64,7	41	50	19	45,2
			$\chi^2=2,529$; gl=2, p=0,282					$\chi^2=13,328$; gl=4, p=0,010*				
Tristeza insuportável												
Quase todos os dias	55	18,6	48	26,5	7	6,1	29	16,9	18	22,2	8	19
Mais que uma vez na semana	14	4,7	11	6,1	3	2,6	6	3,5	4	4,9	4	9,5
Raramente ou nunca	226	76,6	122	67,4	104	91,2	137	79,7	59	72,8	30	71,4
			$\chi^2=22,513$; gl=2, p=0,000*					$\chi^2=3,958$; gl=4, p=0,412				

Os sintomas mais reportados na amostra foram psicológicos: nervosismo, irritação e mau humor e cansaço e exaustão. Os sintomas físicos mais prevalentes foram dores de cabeça, costas, ombros e pescoço. Os resultados indicam associações entre a maioria dos sintomas com o sexo feminino ($p<0,05$), com exceção de dificuldades para dormir, dores no pescoço e cansaço e exaustão. Em relação a variável região da cidade, foram observadas associações com nervosismo, dificuldade para dormir e cansaço e exaustão ($p<0,05$).

4.2.2.4 Sintomas ansiosos e depressivos

Os sintomas ansiosos e depressivos foram avaliados pelos instrumentos SCAS e CDI. Foram consideradas as médias dos escores de cada instrumento (tabelas 24 e 25) e foi realizada comparação entre escores clínicos e não clínicos com as variáveis sexo e região da cidade (tabela X e X). O ponto de corte para ansiedade clínica utilizado foi de 36 para meninas e 25 para meninos (Muris et al., 2000). O ponto de corte para depressão clínica utilizado foi de 18 para menina e 14 para meninos (Wathier et al., 2008).

Tabela 24 – Resultados da ANOVA para os escores de sintomas ansiosos.

	n	M	DP	df	ANOVA		
					F	p	η^2
Meninas	182	41	13,743	1	44,235	0,000*	0,130
Meninos	116	28,4	17,165				
Oeste	174	35,8	15,822	2	5,257	0,006*	0,034
Norte	82	39,96	19,863				
Leste	42	29,69	13,999				

A média dos escores foi de 36,1 (DP=17), com moda em 27 pontos. A pontuação nos escores variou entre 5 e 103. Foram observadas diferenças significativas entre as médias dos escores totais de ansiedade e as variáveis sexo ($p<0,000$) e região da cidade (0,006), com maiores médias femininas e na região Norte. As menores pontuações são encontradas na região Leste.

Tabela 25 – Resultados do teste qui quadrado para sintomas ansiosos clínicos e não clínicos.

Sintomas	Total		Meninas		Meninos		Oeste		Norte		Leste	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Não clínico	119	39,9	70	38,5	49	42,2	71	40,8	28	34,1	20	47,6
Clínico	179	60,1	112	61,5	67	57,8	103	59,2	54	65,9	2	52,4
$\chi^2 = 0,422$; gl=1, $p=0,516$							$\chi^2 = 2,234$; gl=2, $p=0,327$					

Escore clinicamente significativos de ansiedade foram observados em mais da metade dos indivíduos, mas sem diferenças entre as variáveis. As tabelas 26 e 27 apresentam a média dos escores de sintomas depressivos e a frequência de indivíduos em grupos clínicos e não-clínicos.

Tabela 26 – Resultados da ANOVA para os escores de sintomas depressivos.

	n	M	DP	Df	F	p	η^2
Meninas	182	14,3	10	1	29,7	0,000*	0,091
Meninos	116	8,7	5,9				
Oeste	174	12,2	8,3				
Norte	82	12,4	9,7	2	0,251	0,778	0,002
Leste	42	11,2	8,8				

A média de respostas foi de 12,1 (DP=9,1) com moda em 9 pontos. Os escores variaram de 0 a 45 pontos, com maiores escores observados no sexo feminino (p=0,000).

Tabela 27 – Resultados do teste qui quadrado para sintomas depressivos clínicos e não clínicos.

Sintomas	Total		Meninas		Meninos		Oeste		Norte		Leste	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Não clínico	221	74,2	127	69,8	94	81	130	74,7	59	72	32	76,2
Clínico	77	25,8	55	30,2	22	19	44	25,3	23	28	10	23,8
$\chi^2 = 4,683$; gl=1, p=0,02*							$\chi^2 = 0,327$; gl=2, p=0,849					

Sintomas depressivos clinicamente significativos foram observados em mais de um quarto dos adolescentes, com associação entre os escores e o sexo (p=0,02), onde observa-se maior porcentagem de meninas com escores clínicos. A ideação suicida foi avaliada a partir do item 9 do CDI (tabela 28).

Tabela 28 – Resultados do teste qui quadrado para ideação suicida avaliada pelo CDI.

Pensou em se matar	Total		Meninas		Meninos		Oeste		Norte		Leste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Não	211	70,8	114	62,6	97	83,6	123	70,7	57	69,5	31	73,8
Penso mas não faria	77	25,8	59	32,4	18	15,5	47	27	21	25,6	9	21,4
Quero me matar	10	3,4	9	4,9	1	0,9	4	2,3	4	4,9	2	4,8
$\chi^2 = 15,756$; gl=2, p=0,0*							$\chi^2 = 1,877$; gl=4, p=0,849					

A ideação suicida foi reportada pela minoria dos indivíduos. Destes (n=68), é que disse pensar em se matar. São as meninas que mais pontuaram para ideação suicida (p=0,000). Os comportamentos autolesivos também foram avaliados em relação ao último ano da pesquisa e são descritos na tabela 29. Questionou-se também quais os sentimentos no momento do ato.

Tabela 29 – Resultados do teste qui quadrado para comportamentos autolesivos.

	Total		Meninas		Meninos		Oeste		Norte		Leste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	85	28,5	67	36,8	18	15,5	52	29,9	25	30,5	8	19
Não	213	71,5	115	63,2	98	84,5	122	70,1	57	69,5	34	81
$\chi^2=15,759$; gl=1, p=0,000*						$\chi^2=2,163$; gl=2, p=0,339						

A autolesão foi praticada por mais de um quarto da amostra, sendo mais frequente entre as meninas (p=0,000). Dentre os que relataram a prática (n=85), 18,9% sentia-se triste no momento, 12,5% nervoso, 9,1% bravo, 7,1% desesperado, 6,8% cansado, 6,1% desiludido, e 5,7% inquieto.

4.2.2.5 Lesões não intencionais e lutas devido a brigas

As lesões sofridas no último ano foram investigadas quanto à frequência (tabela 30), necessidade de tratamento mais cuidadoso (gesso, pontos, internação), atividade e local onde ocorreu a lesão considerada mais grave.

Tabela 30 – Resultados do teste qui quadrado para lesões sofridas nos últimos 12 meses.

	Total		Meninas		Meninos		Oeste		Norte		Leste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nunca	203	68,1	135	74,2	68	58,6	117	67,2	58	70,7	28	66,7
1 a 3 vezes	79	26,5	39	21,4	40	34,5	48	27,6	20	24,4	11	26,2
4 vezes ou mais	16	5,4	8	4,4	8	6,9	9	5,2	4	4,9	3	7,1
$\chi^2=7,896$; gl=2, p=0,019*						$\chi^2=0,627$; gl=4, p=0,960						

A maioria dos adolescentes não sofreu lesões nos últimos 12 meses, e são os meninos que mais se machucaram (p=0,019). A tabela 31 apresenta os a frequência de indivíduos cuja

lesão teve que receber tratamento mais específico e o local e atividade praticada no momento. As análises comparativas com o teste do qui-quadrado para o local e atividade não foram realizadas devido à baixa frequência entre as células.

Tabela 31 – Frequência de lesões com tratamento específico, local e atividade no momento da lesão mais grave sofrida nos últimos 12 meses.

	Total		Meninas		Meninos		Oeste		Norte		Leste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tratamento mais cuidadoso												
Sim	42	45,7	25	54,3	17	37	22	44	14	60,9	6	45,7
Não	50	54,3	21	45,7	29	63	33	66	9	39,1	8	54,
			$\chi^2=3,102$; gl=1, p=0,094					$\chi^2=3,102$; gl=2, p=0,212				
Local onde estava												
Em casa ou quintal	31	34,4	22	48,9	9	20	22	40,7	5	21,7	4	30,8
Na escola	12	13,3	6	13,3	6	13,3	7	13,0	3	13,	2	15,4
Instalação ou campo de esportes fora da escola	16	17,8	4	8,9	12	26,7	9	16,7	4	17,4	3	23,1
Rua/parque/estrada/ estacionamento	27	30	12	26,7	15	33,3	13	24,1	10	43,5	4	30,8
Outros	4	4,4	1	2,2	3	6,7	3	5,6	1	4,3	0	0
Atividade												
Andando de bicicleta	14	15,7	9	20	5	11,4	9	17	4	17,4	1	7,7
Esporte ou atividade recreativa	37	41,6	13	28,9	24	54,5	23	43,4	8	34,8	6	46,2
Caminhando/correndo mas não como esporte/exercício	15	16,9	10	22,2	5	11,4	9	17	5	21,7	1	7,7
Dirigindo veículo com motor	2	2,2	0	0	2	4,5	1	1,9	1	4,3	0	0
Lutando em briga	2	2,2	1	2,2	1	2,3	1	1,9	0	0	1	7,7
Trabalhando remuneradamente ou não	4	4,5	4	8,9	0	0	2	3,8	1	4,3	1	7,7
Outro	15	16,9	8	17,8	7	15,9	8	15,1	4	17,4	3	23,1

A necessidade tratamento especial foi verificada em quase metade dos adolescentes que sofreram lesão no último ano, sem associações observadas entre o sexo e região da cidade. A maior parte das lesões ocorreu em casa e a atividade mais praticada no momento era esporte ou atividade recreativa. Uma porcentagem muito pequena exercia atividades de risco, como dirigir ou lutar em briga (4,4%). O envolvimento em lutas devido a brigas também foi investigado para o mesmo período de tempo (tabela 32).

Tabela 32 – Resultados do teste qui quadrado para lutas devido a brigas nos últimos 12 meses.

	Total		Meninas		Meninos		Oeste		Norte		Leste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nunca	205	68,8	135	74,2	70	60,3	125	71,8	50	61	30	71,4
1 a 3 vezes	73	24,5	39	21,4	34	29,3	36	20,7	27	32,9	10	23,8
4 vezes ou mais	20	6,7	8	4,4	12	10,3	13	7,5	5	6,1	2	4,8
$\chi^2=7,503$; gl=2, p=0,023*						$\chi^2=4,856$; gl=4, p=0,302						

Apesar das lesões devido a lutas terem sido pouco frequentes, quase um terço da amostra (31,2%) se envolveu em lutas devido a brigas no último ano, com maior frequência do sexo masculino (p=0,023).

4.2.3 Comportamentos relativos a saúde

Esta seção avaliou os hábitos alimentares, higiene oral, sedentarismo e atividade física.

4.2.3.1 Hábitos alimentares e higiene oral

Em relação aos hábitos alimentares, foi investigado o consumo de café da manhã (mais do que um copo de leite ou suco) durante semana e fim de semana (tabela 33) com respostas variando entre “nunca” e “cinco dias”.

Tabela 33 – Resultados do teste qui quadrado para consumo de café da manhã durante a semana e fim de semana.

	Total		Meninas		Meninos		Oeste		Norte		Leste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Semana												
Nunca	80	26,9	28	28,6	52	24,3	45	25,9	25	30,5	10	24,4
1 a 4 dias	97	32,7	43	29,7	54	37,4	64	36,8	22	26,8	11	26,8
Todos os dias	120	40,4	44	41,8	76	38,3	65	37,4	35	42,7	20	48,8
$\chi^2=1,966$; gl=2, p=0,374						$\chi^2=3,960$; gl=4, p=0,411						
Fim de semana												
Nunca	45	15,5	15	17	30	13	22	13,1	16	19,8	7	16,7
Sábado ou domingo	67	23,0	36	17,6	31	31,3	37	22	24	29,6	6	14,3
Todos os dias	179	61,5	34	65,3	115	55,7	109	64,9	41	50,6	29	69
$\chi^2=7,444$; gl=2, p=0,24						$\chi^2=6,874$; gl=4, p=0,143						

O café da manhã é consumido todos os dias da semana pela maioria dos adolescentes, mas um número considerável nunca faz esta refeição, correspondendo a mais de um quarto da amostra. No fim de semana observa-se aumento da frequência. A comparação entre os gêneros e a região escolar não demonstra diferenças entre os padrões de consumo desta refeição. O consumo de vegetais, frutas, doces e refrigerantes foi respondido em seis categorias de resposta que variaram entre “nunca” e “todos os dias, mais que uma vez por dia”. A apresentação e análise unificaram as respostas como apresentadas na tabela 34.

Tabela 34 – Resultados do teste qui quadrado para consumo de frutas, vegetais, doces e refrigerantes.

	Total		Meninas		Meninos		Oeste		Norte		Leste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Frutas												
Raramente ou nunca	77	25,8	54	29,7	23	19,8	43	24,7	23	28	11	26,2
Pelo menos uma vez na semana	164	55,0	95	52,2	69	59,5	97	55,7	40	48,8	27	64,3
Pelo menos uma vez ao dia	57	19,1	33	18,1	24	20,7	34	19,5	19	23,2	4	9,5
			$\chi^2=3,582$; gl=2, p=0,167				$\chi^2=4,236$; gl=4, p=0,375					
Vegetais												
Raramente ou nunca	93	31,4	56	30,9	37	32,2	41	23,8	34	41,5	18	42,9
Pelo menos uma vez na semana	125	42,2	73	40,3	52	45,2	86	50	25	30,5	14	33,3
Pelo menos uma vez ao dia	78	26,4	52	28,7	26	22,6	45	26,2	23	28	10	23,8
			$\chi^2=1,431$; gl=2, p=0,489				$\chi^2=13,647$; gl=4, p=0,009*					
Doces												
Raramente ou nunca	41	13,9	25	13,8	16	13,9	23	13,4	15	18,3	3	7,1
Pelo menos uma vez na semana	137	46,3	77	42,5	60	52,2	80	46,5	36	43,9	21	50
Pelo menos uma vez ao dia	118	39,9	79	43,6	39	33,9	69	40,1	31	37,8	18	42,9
			$\chi^2=3,081$; gl=2, p=0,214				$\chi^2=2,973$; gl=4, p=0,562					
Refrigerantes												
Raramente ou nunca	64	21,5	41	22,7	23	20	35	20,3	20	24,4	9	21,4
Pelo menos uma vez na semana	130	43,6	81	44,8	49	42,6	77	44,8	34	41,5	19	45,2
Pelo menos uma vez ao dia	102	34,2	59	32,6	43	37,4	60	34,9	28	34,1	14	33,3
			$\chi^2=0,771$; gl=2, p=0,680				$\chi^2=0,604$; gl=4, p=0,963					

Em relação ao tipo de alimentação, observa-se um número expressivo de adolescentes que raramente ou nunca comem frutas e vegetais. O consumo é geralmente realizado pelo menos uma vez na semana. A frequência da ingestão de doces e refrigerantes é maior, sendo possível observar que a ausência ou raridade na ingestão destes alimentos é menos frequente e

o consumo diário supera o dos alimentos saudáveis. Os resultados demonstram diferenças no padrão de consumo de vegetais de acordo com a região da cidade ($p=0,009$), onde pode ser observada maior frequência de consumo na região Oeste.

A higiene bucal foi avaliada em termos de frequência de escovação dos dentes, unificando as cinco categorias de resposta entre “nunca” e “mais do que uma vez por dia” nas três apresentadas na tabela 35.

Tabela 35 – Resultados do teste qui quadrado para higiene bucal.

	Total		Meninas		Meninos		Oeste		Norte		Leste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mais de uma vez ao dia	265	89,2	167	91,8	98	85,2	158	91,3	73	89	34	81
Uma vez ao dia	26	8,8	13	7,1	13	11,3	13	7,5	9	11	4	9,5
Raramente ou nunca	6	1,9	2	1,1	4	3,5	2	1,2	0	0	4	9,5
$\chi^2=3,707$; gl=4, $p=0,157$							$\chi^2=15,204$; gl=8, $p=0,004^*$					

Quanto aos hábitos de higiene bucal demonstrados na tabela 6, a maioria (98%) indicou escovar os dentes pelo menos uma vez ao dia, com diferenças observadas em relação a região ($p=0,004$).

4.2.3.2 Sedentarismo

O sedentarismo considerou o tempo empregado em atividades de lazer com eletrônicos com tela - televisão, jogos em videogames e computadores e uso do computador para tarefas diversas – nos dias da semana e fim de semana (tabela 36). As nove categorias de resposta variavam entre meia hora por dia e 7 horas ou mais por dia, para os dias da semana e para o fim de semana.

Tabela 36 – Resultados do teste qui quadrado para horas despendidas em atividades de lazer com eletrônicos durante a semana e fim de semana.

Atividade	Total		Meninas		Meninos		Oeste		Norte		Leste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
TV semana												
Meia hora ou menos	52	17,5	31	17	21	18,3	34	19,5	10	12,2	8	19,5
1 a 3 horas	102	34,3	56	30,8	46	40	62	35,6	29	35,4	11	26,8
4 horas ou mais	143	48,1	95	52,2	48	41,7	78	44,8	43	52,4	22	53,7
			$\chi^2=3,410$; gl=2, p=0,182					$\chi^2=3,580$; gl=4, p=0,466				
TV fim de semana												
Meia hora ou menos	47	15,8	29	15,9	18	15,5	26	14,9	13	15,9	8	19
1 a 3 horas	95	31,9	57	31,3	38	32,8	65	37,4	22	26,8	8	19
4 horas ou mais	156	52,3	96	52,7	60	51,7	83	47,7	47	57,3	26	61,9
			$\chi^2=0,068$; gl=2, p=0,967					$\chi^2=6,662$; gl=4, p=0,155				
Jogos semana												
Meia hora ou menos	144	48,5	106	58,2	38	33	83	47,7	41	50	20	48,8
1 a 3 horas	91	30,6	52	28,6	39	33,9	57	32,8	24	29,3	10	24,4
4 horas ou mais	62	20,9	24	13,2	38	33	34	19,5	17	20,	11	26,8
			$\chi^2=23,195$; gl=2, p=0,000*					$\chi^2=1,735$; gl=4, p=0,784				
Jogos fim de semana												
Meia hora ou menos	141	47,3	106	58,2	35	30,2	85	48,9	40	48,8	16	38,1
1 a 3 horas	76	25,5	42	23,1	34	29,3	45	25,9	16	19,5	15	35,7
4 horas ou mais	81	27,2	34	18,7	47	40,5	44	25,3	26	31,7	11	26,2
			$\chi^2=25,304$; gl=2, p=0,000*					$\chi^2=4,621$; gl=4, p=0,328				
Computador semana												
Meia hora ou menos	129	43,3	78	42,9	51	44	77	44,3	37	45,1	15	35,7
1 a 3 horas	89	29,9	53	29,1	36	31	4	26,4	27	32,9	16	38,1
4 horas ou mais	80	26,8	51	28	29	25	6	29,3	18	22	11	26,2
			$\chi^2=0,348$; gl=2, p=0,840					$\chi^2=3,685$; gl=4, p=0,450				
Computador fim de semana												
Meia hora ou menos	124	41,9	77	42,5	47	40,9	75	43,4	37	45,1	12	29,3
1 a 3 horas	82	27,7	43	23,8	39	33,9	50	28,9	19	23,2	13	31,7
4 horas ou mais	90	30,4	61	33,7	29	25,2	48	27,7	26	31,7	16	39
			$\chi^2=4,330$; gl=2, p=0,115					$\chi^2=4,237$; gl=4, p=0,375				

Quase metade dos participantes passa mais de 4 horas vendo televisão durante a semana e fim de semana. Dentre os tipos de lazer investigado, é o mais comum, não demonstrando associações entre variáveis. A maioria dos adolescentes gasta meia hora ou menos em jogos de videogame ou computador. São os meninos que mais costumam jogar,

A maioria dos adolescentes praticam 60 minutos de exercício semanais (84,4%), com maior atividade masculina observada ($p=0,000$). Metade da amostra relata fazer mais de quatro vezes na semana atividade vigorosa-moderada (70%) ou entre meia e uma hora na semana. O sexo também demonstrou associação com estas variáveis, com maior frequência masculina ($p=0,001$).

4.2.4 Comportamentos de risco

4.2.4.1 Consumo de substâncias

O consumo de tabaco, álcool, maconha e episódios de embriaguez foram avaliados a partir da frequência durante a vida e nos últimos 30 dias, doses consumidas, tipos de bebida consumidas e idade da primeira experimentação e embriaguez. Sete categorias contendo respostas entre “nunca” e “30 dias” foram utilizadas para avaliar o consumo na vida e no último mês. Na tabela 38 é descrita a frequência dos adolescentes que já experimentaram alguma das substância e já ficaram bêbados.

Tabela 38 – Resultados do teste qui quadrado para experimentação de substâncias e embriaguez.

	Total		Meninas		Meninos		Oeste		Norte		Leste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tabaco												
Sim	16	5,4	9	4,9	7	10	8	4,6	5	4,9	1	4,8
Não	282	94,6	173	95,1	109	94	164	94,3	77	93,9	41	97,6
	$\chi^2=0,165$; gl=1, p=0,684						$\chi^2=0,873$; gl=2, p=646					
Álcool												
Sim	150	36,6	96	52,7	39	46,6	61	46,6	36	64,6	12	38,1
Não	148	49,7	86	47,3	62	53,4	93	53,4	29	35,4	26	61,9
	$\chi^2=1,088$; gl=1, p=0,297						$\chi^2=10,220$; gl=2, p=0,006*					
Embriaguez												
Sim	46	17,1	31	17	20	17,2	24	13,8	19	23,2	8	19
Não	247	82,9	151	83	96	82,8	150	86,2	63	76,8	34	81
	$\chi^2=0,002$; gl=1, p=0,963						$\chi^2=3,584$; gl=2, p=0,167					
Maconha												
Sim	17	7	9	4,9	12	10,3	13	7,5	7	8,5	1	2,4
Não	277	93	173	95,1	104	89,7	161	92,5	75	91,5	41	97,6
	$\chi^2=3,154$; gl=1, p=0,076						$\chi^2=1,722$; gl=2, p=0,423					

A substância mais utilizada segundo os adolescentes desta amostra é o álcool - metade reportou pelo menos um consumo durante a vida. Uma minoria reportou consumo de tabaco e maconha e episódio de embriaguez durante a vida. A substância menos utilizada foi o tabaco. Foi verificada associação entre o consumo na vida e a região da cidade ($p=0,006$), com maior frequência observada na zona Norte. Na tabela 39 a frequência em dias de consumo é apresentada. Apenas o consumo do álcool obteve frequência suficiente de respostas positivas para avaliação através do teste qui-quadrado.

Tabela 39 – Resultados do teste qui quadrado para dias de consumo do álcool e frequência para dias de consumo de tabaco, maconha e embriaguez para uso na vida.

	Total		Meninas		Meninos		Oeste		Norte		Leste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tabaco (n=16)												
1 a 5 dias	14	87,5	8	88,9	6	85,7	9	90	4	80	1	100
Mais de 6 dias	2	12,5	1	11,1	1	14,3	1	10	1	20	0	0
Álcool (n=150)												
1 a 5 dias	109	72,7	70	72,9	39	72,2	61	75,3	36	67,9	12	75
Mais de 6 dias	41	27,3	26	26,2	15	27,8	20	24,7	17	32,1	4	25
$\chi^2=0,008$; gl=1, p=0,927												

Dentre os que já fizeram uso, a maioria o fez menos de 5 dias durante a vida. Não foram verificadas diferenças nos dias de consumo entre sexo e região da cidade durante a vida. A tabela 40 o consumo de substância e embriaguez nos últimos 30 dias é apresentado. A frequência baixa de indivíduos que responderam positivamente não permitiu análises comparativas através do teste qui-quadrado.

Os dados do consumo em situações sociais revelam que pouco mais da metade dos adolescentes não costuma beber. Dentre os que fazem consumo do álcool (n=127), a maioria bebe uma dose ou menos (57,5%), e este hábito não demonstrou ser diferente entre as variáveis de comparação. Os tipos de bebida alcoólica consumidos foram avaliados a partir de cinco categorias de respostas variando entre “nunca” e “todos os dias”. Optou-se pela unificação das respostas em três categorias de análise, demonstrado na tabela 42. A baixa frequência de respostas positivas não permitiu as análises comparativas através do teste qui-quadrado.

Tabela 42 – Frequência dos tipos de bebida alcoólica consumidos.

	Total		Meninas		Meninos		Oeste		Norte		Leste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cerveja												
Todo mês/semana	1	0,3	1	0,6	0	0	0	0	1	1,2	0	0
Raramente ou nunca	296	99,7	180	99,4	116	100	173	100	81	98,8	42	100
Vinho												
Todo mês/semana	9	3	7	3,8	2	1,7	5	73,5	3	3,7	1	3
Raramente ou nunca	289	97	175	96,2	114	98,3	169	22,9	79	96,3	41	97
Destilados												
Todo dia	1	0,3	1	0,5	0	0	0	0	1	1,2	0	0
Todo mês/semana	18	6	12	6,6	6	5,2	7	4	5	6,1	6	14,3
Raramente ou nunca	279	93,6	169	92,9	110	94,8	167	96	76	92,7	36	85,7
Shots												
Todo mês/semana	7	2,4	4	2,2	3	2,6	2	1,1	5	6,2	0	0
Raramente ou nunca	290	97,6	178	97,8	112	97,4	172	98,9	76	93,8	42	100
Saborizadas												
Todo dia	3	1	1	0,6	2	1,7	1	0,6	1	1,2	1	1
Todo mês/semana	24	8,1	16	8,8	8	6,9	13	7,5	6	7,3	5	8,1
Raramente ou nunca	270	90,9	165	90,7	106	91,4	160	92	75	91,5	36	90,9
Energético com bebida alcoólica												
Todo dia	3	1	1	0,5	2	1,7	1	0,6	2	2,4	0	0
Todo mês/semana	20	6,7	13	7,1	7	6	10	5,7	4	4,9	6	14,3
Raramente ou nunca	275	92,3	168	92,3	107	92,2	163	93,7	76	92,7	36	85,7
Outros												
Todo dia	1	0,4	0	0	1	0,9	1	0,6	0	0	0	0
Todo mês/semana	11	4,1	7	4,3	4	3,7	7	4,4	3	4,1	1	2,7
Raramente ou nunca	258	95,6	156	95,7	102	95,3	151	95	71	95,9	36	97,3

Os tipos de bebida mais consumidos são os saborizados/aromatizados (9,1%) e energéticos combinado com álcool (7,7%), sem diferenças quanto ao consumo em relação às variáveis do estudo. Na tabela 43 são apresentados os dados em relação a idade das primeiras experimentações de substâncias e a idade da primeiro episódio de embriaguez. As respostas de idade de 11 e 12 anos foram unificadas para análise. A frequência de respostas permitiu análises apenas para o consumo do álcool e embriaguez.

Tabela 43 – Resultados do teste qui quadrado para idade do primeiro consumo de álcool e embriaguez e frequência da idade do primeiro consumo de tabaco e maconha

	Total		Meninas		Meninos		Oeste		Norte		Leste	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tabaco												
13 anos	6	40	3	33,3	3	50	4	40	2	40	0	0
12 anos ou menos	9	60	6	66,7	3	50	6	60	3	60	0	0
Álcool												
13 anos	44	31	33	35,5	11	22,4	28	35,9	14	27,5	2	15,4
12 anos ou menos	98	69	60	64,5	38	77,6	50	64,1	37	72,5	11	84,6
			$\chi^2=2,550$; gl=1, p=0,110				$\chi^2=2,658$; gl=2, p=0,265					
Embriaguez												
13 anos	20	45,5	15	53,6	5	31,3	10	50	7	36,8	3	60
12 anos ou menos	24	54,5	13	46,4	11	68,8	10	50	12	63,2	2	40
			$\chi^2=2,046$; gl=1, p=0,153				$\chi^2=1,162$; gl=2, p=0,559					
Maconha												
13 anos	10	50	4	50	6	50	9	69,2	1	83,3	0	0
12 anos ou menos	10	50	4	50	6	50	4	30,8	5	83,3	1	100

É possível observar frequências maiores para o consumo antes dos 12 anos para tabaco e álcool, não sendo encontradas diferenças entre as variáveis e a idade da primeira experimentação.

4.2.4.2 Comportamentos sexuais

Os adolescentes responderam sobre já terem se relacionado sexualmente (não necessariamente práticas que envolvam penetração) e idade da primeira relação, onde foram unidas as respostas de idade de 11 e 12 anos. Também foi investigado qual(is) método(s) contraceptivos foram utilizados na última relação com o parceiro(a). Ressalta-se que as questões indagam sobre relacionamentos héteros ou homoafetivos. Devido à baixa frequência de adolescentes que já se relacionaram sexualmente, as análises comparativas com o teste do qui-quadrado para contraceptivos adotados e idade não foram realizadas. A tabela 44 a frequência de adolescentes que já se engajaram em alguma relação sexual e a idade da primeira relação é indicada.

Tabela 44 – Resultados do teste qui quadrado para frequência de adolescentes que já tiveram relações sexuais e frequência da idade da primeira relação

	Total		Meninas		Meninos		Oeste		Norte		Leste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Já teve alguma vez												
Sim	32	10,7	12	6,6	20	17,2	18	10,3	10	12,2	4	9,5
Não	266	89,3	170	93,4	96	82,8	156	89,7	72	87,8	38	90,5
$\chi^2=8,380$; gl=1, p=0,004*						$\chi^2=0,274$; gl=2, p=0,872						
Idade (n=32)												
13 anos	18	56,3	7	58,3	11	55	9	50	6	60	3	75
12 anos ou menos	14	43,8	5	41,7	9	45	9	50	4	40	1	25

É a minoria dos adolescentes que indicou já ter se relacionado sexualmente com alguém. São os meninos que mais indicaram terem tido relações (p=0,004). Observa-se que pouco mais da metade teve a primeira experiência depois dos 12 anos. Para aqueles que responderam positivamente, foi investigado o uso do método contraceptivo utilizado na última relação, apresentado na tabela 45.

Tabela 45 – Frequência de uso de métodos contraceptivos próprio ou do parceiro(a) na última relação sexual (n=32)

	Total		Meninas		Meninos		Oeste		Norte		Leste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Preservativo												
Sim	17	53,1	8	66,7	9	45	8	44,4	8	80	1	25
Não	9	28,1	4	33,3	5	25	8	44,4	1	10	0	0
Não sei	6	18,8	0	0	6	30	2	11,1	1	10	3	75
Pílula anticoncepcional												
Sim	7	21,9	5	41,7	2	10	2	11,1	5	50	0	50
Não	13	40,6	6	50	7	35	8	44,4	3	29,3	2	30
Não sei	12	37,5	1	8,3	11	55	8	44,4	2	20,	2	20
Coito interrompido												
Sim	15	48,4	8	72,7	7	35	8	47,1	5	50	2	50
Não	10	32,3	2	18,2	8	40	5	29,4	4	40	1	25
Não sei	6	19,4	1	9,1	5	25	4	23,5	1	10	1	25
Outro método												
Sim	1	3,3	1	9,1	0	0	0	0	1	10	0	0
Não	20	66,7	10	90,9	10	52,6	11	68,8	7	70	2	50
Não sei	9	30	0	0	9	47,4	5	31,3	2	20	2	5

Pouco mais da metade dos participantes relatou ter usado preservativo na última relação, mas este ainda foi o meio mais utilizado em relação aos demais apresentados. O segundo meio mais comum foi o coito interrompido. O desconhecimento acerca da utilização ou não do método apresenta-se frequente.

5 DISCUSSÃO

Os resultados foram discutidos principalmente sobre a ótica dos dados dos últimos levantamentos HBSC – internacional (Inchley et al., 2016) e português (Matos, et al., 2015) – e do levantamento nacional PeNSE (IBGE, 2016). A apresentação dos dados pautou-se nas categorias quatro de organização do último levantamento HBSC internacional (Inchley et al., 2016): contexto social, saúde referida, comportamentos de saúde e comportamentos de risco.

O contexto social inclui as relações familiares, com pares e questões relativas a escola. A saúde referida abrange questões relativas ao corpo e IMC, a satisfação com a vida, saúde percebida, sintomas físicos e psicológicos, lesões e lutas. Comportamentos relativos a saúde constituem os hábitos alimentares, higiene oral, sedentarismo e atividade física. Na última categoria apresentada, os comportamentos de risco, é avaliado o uso de substâncias e comportamentos sexuais. É importante destacar que os comportamentos relativos a saúde e seus indicadores relacionam-se de maneira complexa, portanto, a divisão aqui adotada objetiva apenas uma apresentação mais coesiva dos dados, ao aproximá-los de acordo com a temática.

5.1 Contexto social

5.1.1 Família: suporte percebido, comunicação familiar, refeições em conjunto e supervisão parental

O suporte familiar percebido e a percepção acerca da qualidade de comunicação familiar apresentam-se inferiores aos dados portugueses (Matos et al., 2015), mas ainda podem ser considerados positivos para a maioria dos adolescentes em questão. São os meninos que percebem mais o suporte e a qualidade da comunicação com os membros da família, convergindo com os resultados internacionais de Inchley et al. (2016) e Matos et al. (2015), respectivamente.

A comunicação com membros da família apresenta-se frequentemente mais fácil com as mães do que com os pais. A facilidade de comunicação com os irmãos também é maior em relação ao pai. Como também observado nos achados internacionais, é mais fácil para os meninos se comunicarem com o pai do que as meninas. No entanto, parece ser menos fácil falar sobre preocupações com os familiares na amostra brasileira. Enquanto 65,8% acha fácil falar com a mãe e 37,1% com o pai, observa-se que a facilidade nos levantamentos figura em mais de 80% e 60%, respectivamente. É possível observar que a facilidade em falar sobre preocupações com os membros da família é dificultada na amostra em questão, e que o

membro mais seguro para a comunicação é a mãe. Isto demonstra que investimentos devem ser feitos na relação com os pais, para incluí-los como uma fonte maior de apoio.

A maioria dos participantes (72%) reportou jantar com os pais quase todos os dias da semana, em contraposição ao café da manhã (26,7%). A frequência elevada de jantares em conjunto corrobora a literatura (IBGE, 2016; Inchley et al., 2016; Matos et al., 2015).. A maior frequência das refeições noturnas pode ser explicada pelo maior tempo disponível neste período, uma vez que pela manhã pode ser mais difícil encontrar tempo na rotina. Como também apontado por Ochola e Masibo (2014), pular o café pode não ser uma questão de escolha e sim possui explicações socioeconômicas. A supervisão parental percebida indica que a maioria dos jovens avaliam que seus pais sabem muito ou mais ou menos sobre suas atividades. No entanto, um quarto dos adolescentes indicou supervisão insuficiente. As meninas percebem que são mais monitoradas em relação à onde gastam seu dinheiro, associação também observada por Matos et al. (2012).

Os dados observados em relação a família sugerem indicadores positivos de saúde, mas que podem ser inferiores a levantamentos feitos em outros países e com pontos a serem aprimorados. A comunicação com os pais é bem mais difícil para amostra em questão, um ponto que deve ser levado em conta em intervenções, considerando as implicações da comunicação positiva com genitores na saúde e desenvolvimento adolescente (Elgar et al., 2013; Levin & Currie, 2010; Small et al., 2013).

As relações familiares precisam ser aprimoradas e constituírem foco de intervenções com esta população, considerando os efeitos protetivos que relações positivas possuem sobre a saúde física e psicológica do adolescente (Pingel et al., 2012; Boudreault-Bouchard et al., 2013; Cia et al., 2008; Rothon et al., 2012; Hauck et al., 2006; Huang et al., 2012; Jordão & Ramires, 2010; Levin et al., 2012; Levin & Currie, 2009; Pössel et al., 2017). Para que isso ocorra, é indispensável que as ações consigam integrar os pais/responsáveis e demais familiares, em especial as figuras paternas.

5.1.2 Relação com pares: suporte percebido, facilidade na comunicação e meios de comunicação

Os adolescentes percebem que seus amigos são fonte de apoio em seu cotidiano. Com máximo de 28 pontos, a média da escala avaliativa da amostra foi de 20,5 (DP=7,8), com percepção mais positiva entre os meninos. A média assemelha-se aos dados portugueses (Matos et al., 2015) com exceção da associação com o sexo feminino. A maioria dos

participantes do estudo acredita ser fácil falar com melhores amigos e amigos do mesmo sexo, especialmente para as meninas, corroborando novamente os dados portugueses (Matos et al., 2015). Falar com o sexo oposto é o tipo de comunicação mais difícil, tanto para meninos quanto para meninas.

Os meios eletrônicos de comunicação mais utilizados são as mensagens instantâneas (ou on-line) e publicações em murais de redes sociais. Contrastando com os dados portugueses, onde 15% e 12,8% comunicam-se desta maneira diariamente, no Brasil, 44% e 26,6% fazem uso diário através desses meios, respectivamente. A média da frequência do uso diário de qualquer meio eletrônico foi de 26,3%, similar aos 30% dos resultados transnacionais (Inchley et al., 2016). São as meninas que mais costumam utilizar o telefone ou programas de mesma função. As diferenças entre as regiões e o uso do telefone e mural de redes sociais precisam ser avaliadas, pois no momento não existem dados regionais que possam explicar essas diferenças. Para aqueles que utilizam algum dos meios diariamente, foram observadas grandes diferenças quanto as vezes reportadas, com alguns alunos reportando a troca de 1000 mensagens instantâneas ou publicações em redes sociais. No entanto, é a minoria que relatou mais 10 mensagens diárias. E-mails são a maneira de comunicação menos utilizada. O encontro com pares ocorrer geralmente antes das 20h, corroborando com os levantamentos apresentados.

Os resultados brasileiros acerca dos relacionamentos com pares sugerem um bom indicativo da saúde. Considerando a importância e influência destes relacionamentos (Desousa et al., 2014a; Lansford et al., 2014), as intervenções devem focar no aprimoramento destas relações, podendo ser facilitadas com a inclusão da escola (Véronneau et al., 2014). Inchley et al. (2016) sugerem programas que incentivem as redes de suporte, inclusive adotados pela escola, como métodos colaborativos com professores e com a criação de diferentes locais na comunidade para aumento das interações entre pares.

A utilização de meios eletrônicos on-line para a comunicação é frequente, sendo bastante superior a resultados internacionais. Este, por si só, não é um indicativo negativo da saúde amostra, mas representa a inserção da comunicação virtual nesta realidade. Redes sociais podem ser fonte de influência e estão associadas a comportamentos de risco (Gommans et al., 2015; Huang et al., 2012), questões que devem ser levadas em consideração especialmente se considerarmos a idade dos participantes. Reflete-se também sobre como as ações envolta desta temática devem envolver maior supervisão parental (Valkenburg e Peter (2011).

As provocações foram realizadas e sofridas pela maioria dos adolescentes, sendo mais comum a vitimização. São os meninos que mais realizam provocações, corroborando a literatura (Inchley et al., 2016; Matos et al., 2015). Um quinto dos adolescentes disse ter sido

vítima de *bullying* várias vezes na semana, e 15% disse ter provocado ou participado nesta frequência. As porcentagens são consideravelmente maiores que a amostra portuguesa, diferindo para mais em aproximadamente 20% nos dois cenários. Os indicadores de *cyberbullying* foram reportados pela minoria e são bem menos frequentes, assim como os achados transnacionais (Inchley et al., 2016; Matos et al., 2015).

Os dados observados são alarmantes, demonstrando que a violência entre os pares do estudo é alta e exige intervenções imediatas. A violência entre pares – física e psicológica – associa-se a diversas consequências negativas desenvolvimentais (Cruzeiro et al., 2008; Lansford et al., 2014; Nansel et al., 2004; Radliff et al., 2012; Silva et al., 2016), não podendo ser ignorada. Uma vez que esse tipo de comportamento ocorre geralmente no ambiente escolar, as ações devem priorizar este contexto. Ttofi e Farrington (2011) sugerem, em sua revisão sistemática, que programas mais intensivos, com encontros com pais, métodos disciplinares firmes e aumento da supervisão nos recreios são componentes efetivos de programas para redução do *bullying* em escolas. Além disso, devem ser incluídos o suporte de amigos e professores para ajudar no enfrentamento (Evans & Smokowski, 2015).

5.1.3 Escola: sentimento em relação a escola e suporte percebido de colegas e professores

Os resultados relativos ao contexto escolar são positivos. A maioria dos alunos disse gostar da escola (80%) e sentir nenhuma ou pouca pressão com trabalhos escolares (64,7%), onde foram observadas associações com a região da cidade. Novamente, não foi possível acessar dados comparativos. A maioria dos alunos (57,9%) acredita que os professores veem suas capacidades acadêmicas como boas ou muito boas. Não foram encontradas diferenças expressivas com os dados internacionais, nem associações com o sexo. O suporte dos colegas obteve média de 10,45 (DP=2,52) e dos professores 10,6 (DP=2,6), com máximo de 15 pontos nas escalas avaliativas. São os meninos que percebem mais o suporte dos colegas do que as meninas, assim como encontrado por Matos et al. (2015). As médias portuguesas, no entanto, são um pouco maiores.

A trajetória escolar é influenciada por uma gama de fatores que se relacionam de maneira complexa, incluindo questões familiares, estruturais e governamentais, como a precariedade das escolas públicas, dificuldades relacionadas a engajamento dos pais, problemas interacionais entre professores e alunos e ainda questões ambientais relativas ao contexto da comunidade, como violência e tráfico de drogas. É certo que o quadro brasileiro da educação ainda precisa ser melhorado (Marteleto et al., 2012; Pnud, 2013), mas talvez

apesar da precariedade do sistema, os alunos desta idade ainda sintam-se conectados e com sentimentos positivos sobre a instituição e as relações que a permeiam.

Considerando a importância de relações positivas com o ambiente escolar (Bond et al., 2007; Pössel et al., 2017; Ryzin, 2011) é imprescindível que esforços sejam levantados a fim de melhorar as relações com a escola, uma vez esta pode ser uma solução com resultados mais rápidos do que aguardar por mudanças mais profundas no sistema de ensino do país. Ainda, o fortalecimento das relações com a escola pode ajudar na reversão do quadro de evasão escolar do país. A família e professores não podem ser deixados de fora das ações.

5.2 Saúde referida

5.2.1 Índice de Massa Corporal, imagem corporal e comportamentos para mudança do peso

A maioria dos adolescentes encontra-se dentro do peso adequado, mas quase um terço da amostra possui sobrepeso ou obesidade, cenário semelhante aos achados nacionais (IBGE, 2016) e superior aos internacionais (Inchley et al., 2016). Diferente da maior prevalência no sexo masculino indicada por Inchley et al. (2016), não foram encontradas diferenças entre as variáveis do estudo. Considerando o aumento do IMC da população e todas as implicações do sobrepeso e obesidade infantil a curto e longo prazo (WHO, 2014), estes achados consolidam a importância do mapeamento de saúde adolescente e de ações voltadas para tentar frear este fenômeno.

Os participantes percebem-se mais frequentemente acima do peso, engajados em dietas e com uma pior percepção corporal em relação a levantamos nacionais e internacionais (IBGE, 2016; Inchley et al., 2016). Mais da metade dos adolescentes objetivam mudanças no próprio peso, e apenas um terço considera seu corpo como ideal. A literatura demonstra que a insatisfação corporal e o engajamento em dietas relaciona-se fortemente com o sexo feminino (Bibiloni et al., 2013; Inchley et al., 2016; Meland et al., 2007; Pelegrini et al., 2014), mas não foram encontradas associações nesta amostra.

Considerando que transtornos mentais relacionam-se a insatisfação corporal (Xie et al., 2010), as intervenções neste aspecto devem focar em indivíduos de risco, como os que expressam necessidade de dieta mesmo com peso adequado, além de aumentar o afeto positivo e apoio de pares e pais (Bearman et al., 2006). As intervenções não devem deixar de lado a relação específica desta questão com o sexo feminino e o papel central da cultura e da mídia, uma vez que as mudanças próprias da fase e do estilo de vida ocidental contrastam

com os estereótipos da mídia sobre o corpo ideal. Dessa maneira, programas que foquem na educação alimentar com também discutam o papel da mídia e sua influência na autopercepção de imagem podem ser importantes.

5.2.2 Satisfação com a vida, autopercepção de saúde e queixas de sintomas físicos e psicológicos

Apesar de menor do que em relação a literatura internacional, a maioria dos adolescentes (73,9%) possui alta satisfação com a vida e percepção boa/excelente da própria saúde (73,7%), com maior satisfação encontrada no sexo masculino, corroborando com Inchley et al. (2016). No entanto, comparativamente ao estudo brasileiro de Sousa et al. (2010), os adolescentes desta amostra parecem avaliar sua saúde de maneira mais negativa.

Assim como apontado por Inchley et al. (2016), as queixas relativas a saúde física e psicológica demonstram a associação da maioria dos sintomas com o sexo feminino. As principais queixas da amostra foram relativas a nervosismo e irritação, para sintomas psicológicos, e dores de cabeça e costas, para sintomas físicos. Mais de uma vez por semana, 37% dos adolescentes tem dor de cabeça e 30,9% dor nas costas, enquanto 49% ficaram nervosos e 35,5% relataram irritação. No entanto, a maioria dos adolescentes raramente ou nunca tem estes sintomas, corroborando outros achados (Braz et al., 2013; Inchley, 2016; Sousa et al., 2010). Alguns sintomas – nervosismo, dificuldade para dormir e cansaço e exaustão - parecem variar entre as regiões da cidade.

Uma vez que a satisfação de vida é um preditor da saúde física e psicológica (Huebner et al., 2004) e avaliações negativas da saúde associam-se a outros indicadores de risco (Sousa et al., 2010), estes devem ser constructos avaliados em pesquisas com populações adolescentes, considerando principalmente a facilidade em inseri-los em estudos da área e avaliá-los. O sexo feminino parece apresentar maiores queixas de saúde e menor satisfação com a vida, demonstrando que mais uma vez deve ser alvo de intervenções da área. As variáveis que podem influenciar nas diferenças regionais entre as cidades necessitam ser melhor investigadas.

5.2.3 Sintomas ansiosos, depressivos e autolesão

Escore clinicamente significativos de ansiedade foram encontrados em 60% dos indivíduos e sintomas depressivos em 25,8%. A frequência de indivíduos clínicos supera

alguns estudos da área (Merikangas et al., 2010; Thapar et al., 2012), inclusive na população brasileira (Barbosa et al., 1996; Munhoz et al., 2015). As meninas mais frequentemente pontuaram para sintomas clínicos de depressão, mas não foram encontradas diferenças relativas entre a ansiedade clínica e o sexo, corroborando com DeSousa et al. (2014b).

A média dos escores de ansiedade (36,1; DP=17) apresentam-se superiores neste estudo, quando comparadas a outros que utilizaram o SCAS (Essau et al., 2011; Muris et al., 2000; Zhao et al., 2012), sendo ligeiramente menor que a média brasileira de DeSousa et al. (2014b). A associação observada entre as médias e o sexo feminino corrobora os estudos de Muris et al. (2000) e Zhao et al. (2012). A média dos escores depressivos (12,1, DP=9,1) também foi maior em relação a outras amostras avaliadas pelo CDI (Cruvinel et al., 2008; Wathier et al., 2008), demonstrando associação com o sexo feminino, diferente de outros trabalhos (Cruvinel et al., 2008; Gouveia et al., 1995). Os pontos de corte destes instrumentos são sempre superiores para o sexo feminino, onde médias maiores eram esperadas. A ideação suicida foi reportada por 29,2% dos indivíduos, onde 3,4% disse querer se matar. As meninas reportaram maior frequência de repostas positivas, corroborando os achados de Souza et al. (2010).

Os comportamentos autolesivos ocorreram em 28,5% da amostra, sendo também mais frequente entre as meninas. No entanto, a literatura diverge quando a associação com o sexo - Matos et al. (2015) encontraram associações positivas com o sexo feminino, enquanto Barrocas et al. (2015) com o sexo masculino. As diferenças podem advir dos diferentes constructos que avaliam este comportamento. O sentimento mais comum no momento do ato foi estar triste (18,5%), nervoso (12,5%) e bravo (9,1%), onde apenas a tristeza foi também mais frequente na amostra portuguesa (Matos et al., 2015). Estas emoções diferentes explicitam a complexidade e individualidade relacionadas aos comportamentos autolesivos.

Os adolescentes acessados demonstram elevados sintomas de ansiedade e depressão, e mesmo em sua forma clínica são maiores do que os encontrados em outros estudos da área com mesmos instrumentos. São as meninas que mais pontuaram para depressão clínica, nos escores médios dos sintomas, ideação suicida e comportamentos autolesivos, reforçando os achados da área sobre o sexo feminino constituir-se um grupo de risco para transtornos mentais. A explicação das diferenças observadas entre os gêneros é complexa e multifatorial, remetendo aos papéis sociais estabelecidos para meninos e meninas. Estes papéis ocasionam diferentes trajetórias de vida a partir de diferentes oportunidades e limitações que se apresentam. Mulheres tendem a sofrer mais frequentemente eventos negativos, como discriminação devido ao gênero, abuso físico e sexual, pobreza (Keita, 2007), e parecem também serem mais incentivadas a serem observadores e autocríticas (Molina et al., 2013).

5.2.4 Lesões e lutas devido a brigas

A maioria dos adolescentes não sofreu lesões que necessitassem de tratamento médico no último ano, sendo os meninos aqueles que mais sofreram. Dentre os que sofreram lesão, 45,7% precisou de tratamento mais específico. A maior parte das lesões ocorreu em casa ou quintal e a atividade mais praticada no momento era esporte ou atividade recreativa. Uma porcentagem muito pequena exercia atividades de risco, como dirigir ou lutar em briga (4,4%). Os dados assemelham-se a literatura internacional quanto a frequência e associação com o sexo masculino (Inchley et al., 2016; Matos et al., 2015).

Por sua vez, as lutas devido a brigas foram reportadas por mais de um quarto da amostra, a maioria ocorrendo entre 1 a 3 vezes, com maior frequência masculina. Os dados corroboram a literatura (IBGE, 2016; Inchley et al., 2016; Matos et al., 2015), e demonstram que atenção deve ser voltada para esta questão, em especial para o sexo masculino.

Considerando a mortalidade associada a lesões não intencionais nesta fase, os custos despendidos e o impacto que podem ter em gerações futuras (Salam et al., 2016; Sleet et al., 2010), verifica-se que aprimoramentos na área são necessários, como o desenvolvimento de intervenções voltadas para redução de lesões. Uma abordagem abrangente para prevenção de lesões acidentais inclui o desenvolvimento de políticas na área, educação, construção de habilidades, leis e regulamentação, supervisão da família, escola, comunidade e local de trabalho entre outras instâncias (Sleet et al., 2010).

5.3 Comportamentos relativos a saúde

5.3.1 Hábitos alimentares e higiene oral

Os hábitos de consumo de café da manhã e ingestão diária de alimentos saudáveis são menos frequentes em relação aos achados nacionais e internacionais (IBGE, 2016; Inchley et al., 2016; Matos et al., 2015). O café da manhã nunca é consumido durante a semana por 27% dos adolescentes, contrapondo os dados portugueses (Matos et al., 2015), onde apenas 5% nunca fazem esta refeição. A ingestão de alimentos saudáveis pode ser considerada frequente – a maioria dos adolescentes consome frutas e vegetais ao menos uma vez na semana – mas são superados pelo consumo de doces e refrigerantes. O consumo diário de doces é feito por 40% da amostra, o dobro da ingestão de frutas. A superação do consumo de frutas e vegetais pelo o de guloseimas vai de encontro com os dados nacionais (IBGE, 2016). Nota-se

associações entre o consumo de vegetais e a região da cidade, com consumo maior observado na região Oeste. Meninos e meninas, no entanto, parecem ter os mesmos hábitos alimentares, diferente do que se encontra internacionalmente. A maioria dos adolescentes (89,2%) indicou escovar os dentes mais de uma vez ao dia assemelhando-se aos achados nacionais e superando os dados internacionais (Inchley et al., 2016; Matos et al., 2015). A frequência de escovação é considerada satisfatória (Loe, 2000),

Considerando os impacto de hábitos alimentares pouco saudáveis (Berkey et al., 2003; Haug et al., 2009; Ochola & Masibo, 2014; Schembre et al., 2013) e suas implicações na vida adulta (Schneider et al., 2015; Wennberg et al., 2015), a educação alimentar deve ser um tópico estimulado em políticas públicas escolares e na atenção primária da saúde. Devido à forte influência da família nos hábitos, as intervenções devem se estender este ambiente.

5.3.2 Comportamento sedentário

Assim como observado nas amostras internacionais (Inchley et al., 2016; Matos et al., 2015) a atividade de lazer sedentária mais usual é assistir televisão - quase metade dos participantes passa mais de 4 horas por dia vendo televisão durante a semana e fim de semana. A frequência aparenta ser, porém, maior entre os participantes acessados, especialmente entre os dias da semana – mais da metade dos adolescentes portugueses referiram assistir 4 horas ou mais de televisão durante a semana. Mais de um quarto da amostra brasileira passa mais de 4 horas por dia utilizando o computador para tarefas diversas e mais de um quinto da amostra passa este tempo em jogos de videogame ou computador. Os comportamentos sedentários aparentam ser mais frequentes aos fins de semana e são os meninos que mais costumam jogar. No entanto, a frequência portuguesa nestas duas ações mostrou-se superior.

De maneira geral, os relatos indicam muitas horas de atividades inativas diárias, superiores a recomendações internacionais (APP, 2013). Levantamentos internacionais também apontam para padrões acima das recomendações, mas a amostra em questão demonstra níveis superiores de comportamento sedentário, em especial durante os dias da semana. Os dados apresentados são um indicativo de que os dias da semana estão sendo preenchidos com extensas horas de comportamentos sedentários. Hipotetiza-se que os fins de semana não possuam o caráter de descanso e recompensador das atividades de trabalho da semana. Este pode também ser um indicativo dos hábitos familiares ou da supervisão parental insuficiente.

Considerando a associação do sedentarismo a saúde empobrecida (Hallal et al., 2006; Schneider et al., 2015) e também dos problemas decorrentes do uso em excesso de mídias eletrônicas (Li et al., 2007), sugere-se que intervenções foquem no aumento de atividades físicas e diminuição do tempo passado em frente a telas de eletrônicos, levando em conta variáveis como sexo, idade e nível socioeconômico (Inchley et al., 2016). O tempo de tela destinado ao entretenimento deve ser limitado a até duas horas por dia e a televisão e eletrônicos conectados à Internet devem ser mantidos fora do quarto do jovem (Li et al., 2007). É um desafio, no entanto, pensar em como realizar estas mudanças de maneira adequada, pois novamente diferentes contextos devem ser incluídos, como familiar, escolar e as próprias políticas de saúde do país.

5.3.3 Atividade física

Corroborando a literatura da área (IBGE, 2016; Inchley et al., 2016; WHO, 2014), são os meninos que mais praticam exercícios físicos e atividade moderada-vigorosa. A frequência encontrada neste estudo é semelhante aos levantamentos anteriores, mas ainda demonstra que mais de três quartos dos indivíduos não praticam atividade em nível recomendado (WHO, 2010). Considerando as repercussões da prática insuficiente de atividade física e dos benefícios que podem ser alcançados com a prática (Haug et al., 2009; Jewett et al., 2014; WHO, 2010) e as implicações na vida adulta (Hallal et al., 2006), entende-se a importância da estimulação e educação sobre práticas esportivas e exercícios físicos, especialmente no grupo feminino. Questões culturais que possam estar implicadas nessa diferença devem ser melhor compreendidas, uma vez que, nesse sentido, as meninas despontam como grupo de risco.

5.4 Comportamentos de risco

5.4.1 Consumo de substâncias

Apesar de uma minoria reportar ter experimentado tabaco ou maconha, mais de um terço dos estudantes já fez uso de álcool em algum momento da vida e 17% reportou pelo menos um episódio de embriaguez. A maconha foi a segunda substância mais utilizada. As frequências relativas ao álcool e embriaguez assemelham-se aos achados brasileiros, onde o álcool também foi a substância mais consumida (IBGE, 2016, mas o consumo do tabaco superou o de drogas ilícitas. Entre a amostra portuguesa o álcool também foi a substância

mais utilizada (41,2%) seguida de tabaco e maconha, com frequência similar de episódios de embriaguez. As comparações, no entanto, devem ser feitas com cautela, pois os levantamentos citados pautaram-se no consumo de indivíduos de 13 a 15 anos, considerando que o consumo aumenta com a idade (Inchley et al., 2016).

O consumo mensal do álcool é o único que se destaca, onde 23,7% dos que já beberam álcool (n=150) reportaram consumo.

Em situações que envolvam álcool, a maioria também costuma consumir uma dose ou menos, equiparando-se aos achados de Matos et al. (2015). Os tipos de bebida mais consumidos são os saborizados/aromatizados (9,1%) e energéticos combinado com álcool (7,7%), neste caso sendo o tipo de bebida mais consumido na amostra portuguesa.. Nenhuma associação entre sexo e região foi encontrada, com exceção do álcool e região da cidade, onde é possível observar que as maiores frequências ocorreram na região Norte. Novamente não foram encontrados dados regionais que permitissem comparar e investigar possíveis variáveis envolvidas nesta associação. Observa-se que a idade de experimentação do álcool foi mais frequente antes dos 13 anos, e para as demais questões as frequências não permitiram análises estatísticas.

Os efeitos nocivos do uso de substância nesta fase a curto e longo prazo são bem estabelecidos na literatura (Boden & Fergusson, 2011; Carlini et al, 2010; Ewing, et al., 2014; Lai et al., 2015; WHO, 2002, 2015). A preferência pelo álcool vai também de encontro aos achados de Carlini et al. (2010) no Brasil, em que tabaco, inalantes e Cannabis vem em seguida. Graves et al. (2005) identificam maior probabilidade de experimentação de cigarros e Cannabis em relação ao álcool, mas uma tendência em continuar o uso de drogas lícitas. Considerando os achados a respeito do consumo do álcool na adolescência, sua disponibilidade e estimulação midiática e cultural e diante da frequência considerável de uso de álcool e embriaguez, discute-se sobre o foco de investimentos em intervenções e políticas públicas voltadas o uso do álcool.

A diferenciação entre os diferentes padrões de uso de substância também é fundamental. A atenção deve ser voltada para grupos de risco como os de uso abusivo e precoce que, ao contrário da experimentação tardia na adolescência, demonstrou diversas implicações na vida adulta (Ewing et al., 2014). A identificação e tratamento precoce do adolescente e família, desde de sua entrada no serviço de saúde, pode limitar o uso de substâncias e problemas de comportamentos relacionados (Graves et al., 2005) e os programas de prevenção configuram-se como uma das formas mais eficazes para diminuição do uso e abuso de drogas nesta fase (Cavalcante, et al., 2008; Lopes & Rezende, 2013).

5.4.2 Comportamentos sexuais

É a minoria dos adolescentes que já tiveram relações sexuais (10,7%), a maioria depois dos 13 anos, com maior proporção de meninos. Não foram possíveis as análises inferenciais devido à baixa frequência de indivíduos neste grupo, mas os dados sugerem que na última relação apenas 53% dos adolescentes usaram preservativo, 22% anticoncepcional, 48,4% coito interrompido e 66,7% outro método. A porcentagem de iniciação assemelha-se aos dados portugueses (Matos et al., 2015), mas a frequência de uso para preservativos foi menor nesta amostra. Enquanto o coito interrompido é utilizado apenas por 14,7% dos adolescentes portugueses, 48,4% reportaram o uso deste método. Apesar do número pequeno de adolescentes que reportaram ter tido relações sexuais, comportamentos de risco em relação a não prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez foram elevados.

Um dado a ser destacado é porcentagem de respostas sobre o desconhecimento do uso do método contraceptivo próprio ou do(a) parceiro(a), mais frequente em relação ao uso da pílula anticoncepcional e utilização de outro método. Esse pode ser um indicativo da desinformação a respeito dos métodos, desconhecimento e pouco diálogo com o parceiro(a) ou também refusa em responder as questões. Nas amostras portuguesas esta frequência expressiva também foi observada.

Os comportamentos sexuais relatados levantam preocupações importantes, especialmente no que diz respeito ao conhecimento e utilização de métodos contraceptivos, evidenciando a necessidade de intervenções voltadas para o aumento do uso de preservativos e da idade da primeira relação sexual. A predominância do engajamento em relações desprotegidas vai de encontro aos achados de Poulin e Graham (2001) e Dehne e Riedner (2005), com estes autores destacando a ocorrência cada vez mais cedo da iniciação sexual, implicando em consequências indesejadas em todo o mundo, como gravidez na adolescência e DSTs.

Uma vez que os fatores atuantes sobre os comportamentos sexuais são diversos (Kirby, 2001), é necessário que essas considerações se façam presente na intervenção e prevenção de comportamentos de risco. Ainda, a influência do uso de substâncias nestes comportamentos (Huang et al., 2012; Poulin & Graham, 2001), a desigualdade na prestação de serviços em relação a idade (Currie et al., 2012) e a associação da gravidez nesta fase com pobreza e baixa escolaridade (Matos et al., 2009), são indicadores dos focos iniciais das intervenções durante o planejamento e implementação.

Matos et al. (2009) sugerem ainda o preenchimento do tempo livre com atividades saudáveis, envolvimento dos pais, professores e pares e a promoção de competências pessoais

e sociais com a educação sobre as consequências de comportamentos sexuais de risco. A educação sexual realizada em ambiente seguro, voltado para aprendizagem e em conjunto com serviços de saúde adequados possui um efeito positivo e duradouro na saúde dos jovens, podendo capacitá-los para o desenvolvimento de relações mais fortes e significativas (Federal Centre for Health Education, United Nations Population Fund, WHO Regional Office for Europe, 2015).

6 CONCLUSÕES

Os dados obtidos demonstram que a população adolescente investigada, em sua maioria, possui indicadores e comportamentos positivos relacionados a saúde e bem-estar. Os indicadores mais preocupantes observados referem-se a dificuldade de comunicação com o pai, provocações entre pares, consumo semanal de café da manhã, sobrepeso e obesidade, sintomas ansiosos e depressivos, ideação suicida, sedentarismo, consumo de álcool e comportamentos sexuais desprotegidos. Ainda, o questionário parece ter sido adaptado com sucesso nesta população, e poderá ser utilizado em pesquisas futuras que visem a ampliação de conhecimentos na área, como mapeamentos futuros.

Apesar da maior frequência e ocorrência de práticas e indicadores positivos, observa-se um número preocupante de adolescentes que necessitam de apoio e intervenção nas diferentes áreas investigadas. As comparações com estudos nacionais e internacionais apontam alguns indicadores empobrecidos da amostra estudada, confirmando a necessidade do desenvolvimento de intervenções e pesquisas para aumentar a compreensão sobre o fenômeno da saúde adolescente. As comparações evidenciam diferenças importantes quanto ao sexo. Assim como demonstrado por Inchley et al. (2016), as meninas apresentam, por exemplo, saúde referida empobrecida, menores níveis de atividade física e maior insatisfação corporal. Por outro lado, os meninos constituem grupo de risco nos achados a respeito da violência entre pares, tempo em atividades de tela e prática de relações sexuais precoces, sugerindo que meninas e meninos possuem dificuldades diferentes nesta fase.

Como demonstrando, muitos são os fatores que podem influenciar a trajetória desenvolvimental do adolescente. Portanto, é de suma importância que as ações incluam o contexto social em seu planejamento – escola, família e pares – e não foquem apenas em mudanças individuais. É bastante difícil pensar em mudanças nos hábitos alimentares sem o engajamento dos pais ou sobre como abordar o *bullying* sem incluir a equipe escolar. Os grupos de risco apontados pela literatura e o estudo em questão – como as diferenças entre sexo, indivíduos com ideação suicida, consumidores regulares de álcool – devem ser o foco das abordagens iniciais.

Lidar com o conceito de saúde é uma tarefa complexa, especialmente na faixa etária investigada. É preciso considerar todas as influências que permeiam os resultados observados, sem negligenciar a maneira como estão interligados entre si e com outras variáveis não contempladas no estudo. Isto significa dizer, por exemplo, que a maior ocorrência de comportamentos sexuais de risco não demonstra apenas o engajamento do adolescente nestas situações, mas também aponta para uma educação sexual falha, em casa ou na escola, dificuldades na obtenção de métodos contraceptivos, por ausência nos locais que deveriam

distribuí-los, ou mesmo supervisão parental empobrecida. Todas as análises dos dados encontrados devem se pautar, portanto, neste olhar multifacetado. Muitas hipóteses podem e devem ser levantadas em pesquisas futuras, na tentativa de explicar as variáveis envolvidas no quadro observado. No entanto, o foco deste estudo foi a apresentação do perfil de saúde dos adolescentes da região em termos mais gerais.

Transformações a níveis políticos e estruturais também são necessárias para a mudança de nosso quadro, considerando, por exemplo, a precariedade de serviços básicos disponíveis à população investigada, como escolas e serviços de saúde. Cabe ressaltar que as investigações partiram de uma cidade do Estado, de apenas três regiões e foram investigadas apenas escolas estaduais, fazendo com a extrapolação dos dados para outros contextos deva ser feita de maneira ponderada. Nesse sentido, a realidade política e econômica do país torna as avaliações e propostas de intervenções mais difíceis, não podendo ser deixada de lado em comparações e em análises futuras.

Algumas limitações devem ser consideradas. Primeiramente, a ausência de dados das regiões Sul e Central torna a amostra menos representativa da região estudada. Diversas tentativas foram feitas ao longo do período de coleta, mas por razões diversas e externas ao estudo nenhuma das escolas aceitou participar. Por se tratar de um levantamento, o estudo também se limita a um recorte dos dados, não sendo possível analisar mudanças que podem ocorrer com o passar do tempo. Ainda, as respostas são autorelatos dos adolescentes, constatando suas percepções acerca dos pontos levantados. A divisão entre as regiões também levanta outro ponto referentes às análises. Muitas vezes, a análise dos dados entre os estratos fez com que frequências muito baixas fossem encontradas, inviabilizando as comparações com o teste qui-quadrado. Estudos futuros podem se beneficiar de amostras maiores.

Apesar de algumas limitações, o estudo contribuiu de maneira significativa para a realidade dos adolescentes da região. A adaptação do questionário HBSC para a realidade brasileira e o rigor metodológico durante todas as etapas do trabalho são contribuições científicas importantes. O mapeamento estratificado permitiu que fossem identificados os principais pontos de intervenção da amostra pesquisada aliados a fidedignidade dos achados. Outra importante contribuição prática do estudo é que os dados obtidos permitem a extrapolação para outros âmbitos da saúde, além da Psicologia. Um exemplo disto são as informações referente aos hábitos alimentares, IMC autorelatado e prática de atividade física, que podem servir de referência para pesquisas da área.

Nesse sentido, os achados deste trabalho apontam para focos mais imediatos de intervenção, como as vítimas de *bullying*, a saúde feminina e a violência entre meninos, a

sintomatologia ansiosa e depressiva, os comportamentos sexuais de risco e uso do álcool. Prevenir a ocorrência de fatores e comportamentos de risco é uma maneira eficaz para lidar com as demandas de saúde, por isso, recomenda-se fortemente que ações de prevenção e promoção de saúde sejam planejadas concomitante com intervenções de tratamento. A complexidade destes programas recai sobre sua aplicação prática, uma vez que a implementação deve buscar o apoio de escolas e familiares. Por isso, acredita-se que a capacitação de professores e a utilização do ambiente escolar para inclusão dos pais e responsáveis possa contribuir para eficiência das ações potencializadoras da saúde adolescente.

7 REFERÊNCIAS

- Aalto-Setälä, T., Marttunen, M., Tuulio-Henriksson, A., Poikolainen, K., & Lönnqvist, J. (2002). Depressive symptoms in adolescence as predictors of early adulthood depressive disorders and maladjustment. *The American Journal of Psychiatry*, 159(7), 1235-1237.
- Adolphus, K., Lawton, C. L., Champ, C. L., & Dye, L. (2016). The effects of breakfast and breakfast composition on cognition in children and adolescents: a systematic review. *Advances in Nutrition*, 7, 590-612.
- American Academy of Pediatrics (2013). Children, adolescents, and the media. Policy, Statement. *Pediatrics*, 132(5), 958-962.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-V*. (5a ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Barbosa, G. A., Dias, M. R., Gaião, A. A., & Lorenzo, W. C. G. (1996). Depressão infantil: um estudo de prevalência com o CDI. *Revista de Neuropsicologia da Infância e Adolescência*, 4(3), 36-40.
- Barrocas, A. L., Giletta, M., Hankin, B. L., Prinstein, M. J., & Abela, J. R. Z. (2015). Nonsuicidal self-injury in adolescence: longitudinal course, trajectories, and intrapersonal predictors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43, 369-380.
- Bearman, S. K., Martinez, E., Stice, E., & Presnell, K. (2006). The skinny on body dissatisfaction: a longitudinal study of adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(2), 217-229.
- Berkey, C. S., Rockett, H. R. H., Gillman, M. W., Field, A. E., & Colditz, G. A. (2003). Longitudinal study of skipping breakfast and weight change in adolescents. *International Journal of Obesity*, 27, 1258-1266.
- Bibiloni, M. M., Pich, J., Pons, A., & Tur, J. A. (2013). Body image and eating patterns among adolescents. *BMC Public Health*, 13(1104), 1-10.
- Boden, J. M., & Fergusson, D. M. (2014) The Short- and Long-Term Consequences of Adolescent Alcohol Use. In J. B. Saunders & J. M. Rey (Eds.), *Young People and Alcohol* (32-44).
- Bond, L., Butler, H., Thomas, L., Carlin, J., Glover, S., Bowes, G, et al. (2007). Social and school connectedness in early secondary school as predictors of late teenage substance use, mental health, and academic outcomes. *Journal of Adolescent Health*, 40(4), 357.e9-357.e18.

- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia*, 22(53), 423-432.
- Boudreault-Bouchard, A. M., Dion, J., Hains, J., Vandermeerschen, J., Laberge, L., & Perron, M. (2013). Impact of parental emotional support and coercive control on adolescents' self-esteem and psychological distress: Results of a four-year longitudinal study. *Journal of Adolescence*, 36, 695–704.
- Bower, J. M., Carroll, A., & Ashman, A. F. (2012). Adolescent perspectives on schooling experiences: the interplay of risk and protective factors within their lives. *International Journal of Educational Research*, 53, 9-21.
- Bowker, J., Adams, R. E., Fredstrom, B. K., & Gilman, R. (2014). Experiences of being ignored by peers during late adolescence: linkages to psychological maladjustment (2014) Wayne State University Press, 60(3), 328-354.
- Brasil (2014) *Guia alimentar para a população brasileira* (2ª ed.). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2015). Lei 13.185 de 6 de Novembro de 2015. Institui o Programa de Combate à Intimidação Sistemática (Bullying). Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13185.htm.
- Brasil (2016). Dados epidemiológicos HIV/AIDS: referência 2015. Recuperado de <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/pdf/aids-grafico-final.pdf>.
- Braz, M., Filho, A. A. B., & Barros, M. B. A. (2013). Saúde dos adolescentes: um estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(9), 1877-1888. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00169712>.
- Carlini, E. L. A., Noto, A. R., Sanchez, Z. M., Carlini, C. M. A., Locatelli, D. P., Abeid, L. R., ... Moura, Y. G. (2010). *VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras - 2010*. CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo.
- Carrell, S. (2010). *Group exercise for adolescents: a manual for therapists, school counselors, and spiritual leaders* (3ª ed.). Los Angeles: Sage.
- Cavalcante, M. B. P. T., Alves, M. D. S., & Barroso, M. G. T. (2008). Adolescência, álcool e drogas: uma revisão na perspectiva da promoção de saúde. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 12(3), 555-559.

- Cia, F., Pamplin, R. C. O., & Williams, L. C. A. (2008). O impacto do envolvimento parental no desempenho acadêmico de crianças escolares. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 351-360.
- Costa, M. A., Junior, G. A. S., Isolan, L. R., Acosta, J. R., Jarros, R. B., Blaya, C., Diemen, L. V., & Manfro, G. G. (2013). Association between anxiety symptoms and problematic alcohol use in adolescents. *Trends Psychiatry Psychother*, 35(2), 106-110.
- Costa, M., & Mota, C. P. (2012). Configuração familiar, gênero e *coping* em adolescentes: papel dos pares. *Psicologia em Estudo*, 17(4), 567-575.
- Coutinho, M. P. L., Oliveira, M. X., & Pereira, D. R. (2008). Indicadores psicométricos do Inventário de Depressão Infantil em amostra infanto-juvenil. *Avaliação Psicológica*, 13(2), 269-276.
- Cruvinel, M., Boruchovitch, E., & Santos, A. A. A. (2008). Inventário de depressão infantil (CDI): análise dos parâmetros psicométricos. *Revista de Psicologia*, 20(2), 473-490.
- Cruzeiro, A. L. S., Silva, R. A., Horta, B. L., Souza, L. D. M., Faria, A. D., Pinheiro, R. T., et al. (2008). Prevalência e fatores associados ao transtorno da conduta entre adolescentes: um estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(9), 2013-2020.
- Currie, C., Gabhainn, S. N., Godeau, E., & International HBSC Network Coordinating Committee (2009). The Health Behaviour in School-aged Children: WHO Collaborative Cross-National (HBSC) Study: origins, concept, history and development 1982–2008. *International Journal of Public Health*, 54, 131-139.
- Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., Looze, M., et al. (Eds.). (2012). *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health policy for children and adolescents, N° 6).
- David-Ferdon, C., & Simon, T. R. (2014). *Preventing youth violence: opportunities for action. National Center for Injury Prevention and Control*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention.
- Dehne, K. L., & Riedner, G. (2005). Sexually transmitted infections among adolescents the need for adequate health services. Geneva: World Health Organization. Recuperado de <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/adolescence/9241562889/en>.
- DeSousa, D. A., Pereira, A. S., Petersen, C.S., Manfro, G.G., Salum, G.A., & Koller, S.H. (2014b). Psychometric Properties of the Brazilian-Portuguese version of the Spence Children's Anxiety Scale (SCAS): self- and parent-report versions. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(5), 427-436.

- DeSousa, D. A., Rodríguez, S. N., & Antoni, C. (2014a). Relacionamento de amizade, grupos de pares e tribos urbanas na adolescência. In L. F. Habigzang, E. Diniz, & S. H. Koller (Org.) *Trabalhando com adolescentes: teoria e intervenção psicológica*. Porto Alegre: Artmed.
- Devine, D., Kempton, T., & Forehand, R. (1994). Adolescent depressed mood and young adult functioning: a longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22(5), 629-640.
- Elgar, F. J., Craig, W., & Trites, S. J. (2013). Family dinners, communication, and mental health in Canadian adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 52(4), 433-438.
- Enns, M. W., Cox, B. J., & Clara, I. (2002). Parental bonding and adult psychopathology: results from the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 32(6), 997-1008.
- Essau, C. A., Lewinsohn, P. M., Olaya, B., & Seeley, J. R. (2014). Anxiety disorders in adolescents and psychosocial outcomes at age 30. *Journal of Affective Disorders*, 163, 125-132.
- Essau, C. A., Sasagawa, S., Anastassiou-Hadjicharalambous, X., Guzmán, B. O., & Ollendick, T. H. (2011). Psychometric properties of the Spence Child Anxiety Scale with adolescents from five European countries. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 19-27.
- Evans, C. B., & Smokowski, P. R. (2015) Prosocial bystander behavior in bullying dynamics: assessing the impact of social capital. *Journal of Adolescent Health*, 44(12), 2289-3070.
- Ewing, S. W. F., Sakhardandeb, A., & Blakemore, S. (2014). The effect of alcohol consumption on the adolescent brain: A systematic review of MRI and fMRI studies of alcohol-using youth. *NeuroImage: Clinical*, 5, 420-437.
- Federal Centre for Health Education, United Nations Population Fund, WHO Regional Office for Europe (2015). *Sexuality education: what is its impact?* Cologne: Federal Centre for Health Education (BZgA) (Sexuality Education Policy Brief No. 2). Recuperado de http://eeca.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/GAKC_Policy_Brief_No_2_rz.pdf.
- Ferreira, A. L., & Schramm, F. R. (2000). Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais da saúde. *Revista de Saúde Pública*, 34(6), 659-665.
- Field, A. (2009). *Descobrendo a estatística usando o SPSS*. Artmed: Porto Alegre.

- Freitas, L. K., Júnior, A., T. C., Knackfuss, M. I., & Medeiros, H. J. (2014). Obesidade em adolescentes e as políticas públicas de nutrição. *Ciência e Saúde Coletiva*, 19(6), 1755-1752.
- Gabbard, G (1998). *Psiquiatria Psicodinâmica*. Porto Alegre: Artmed.
- Gallo, A. E. & Willians, L. C. A. (2008). A escola como fator de proteção à conduta infracional de adolescentes. *Cadernos de Pesquisa*, 38(133), 41-59.
- Gommans, R., Stevens, G. W. J. M., Finne, E., Cillessen, A. H. N., Boniel-Nissim, M., & Bogt, T. F. M. (2015) Frequent electronic media communication with friends is associated with higher adolescent substance use. *International Journal of Public Health*, 60(2), 167-177.
- Gouveia, V. V., Barbosa, G. A., Almeida, H. J. F., & Gaião, A. A. (1995). Inventário de Depressão Infantil – CDI: estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44, 345-349.
- Graves, K. N., Fernandez, M. E., Shelton, T. L., Frabutt, J. M., & Williford, A. P. (2005). Risk and protective factors associated with alcohol, cigarette, and marijuana use during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(4), 379-387.
- Hale, D. R., Bevilacqua, L., & Viner, R. M. (2015). Adolescent health and adult education and employment: a systematic review. *Pediatrics*, 136(1), 128-140.
- Hallal, P. C., Victoria, C. G., Azevedo, M. R., & Wells, J. C. K. (2006). Adolescent physical activity and health. A systematic review. *Sports Medicine*, 36(12), 1019-1030.
- Hauck, S., Schestatsky, S., Terra, L., Knijnik, L., Sanchez, P., & Ceitlin, L. H. F. (2006). Adaptação transcultural para o português brasileiro do *Parental Bonding Instrument* (PBI). *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28(2), 162-168.
- Haug, E., Rasmussen, M., Samdal, O., Iannotti, R., Kelly, C., Borraccino, A. ... HBSC Obesity Writing Group (2009). Overweight in school-aged children and its relation with demographic and lifestyle factors: results from the WHO-collaborative Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study. *International Journal of Public Health*, 54(2):167-79.
- Huang, D. Y. C., Murphy, D. A., & Hser, Y. (2012). Developmental trajectory of sexual risk behaviors from adolescence to young adulthood. *Youth & Society*, 44(4), 479-499.

- Huebner, E. S., Suldo, S. M., Smith, L. C., & Mcknight, C. G. (2004). Life satisfaction in children and youth: empirical foundations and implications for school psychologists. *Psychology in the Schools*, 41(1), 81-93.
- Hurrelmann, K., & Richter, M. (2006). Risk behaviour in adolescence: the relationship between developmental and health problems. *Journal of Public Health*, 14, 20–8.
- Inchley, J., Currie, D., Young, T., Samdal, O., Torsheim, T., Augustson, L., et al. (Eds.). (2016). *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health policy for children and adolescents, N° 7).
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2016). *Pesquisa nacional de saúde do escolar (PeNSE): 2015*. Rio de Janeiro: IBGE. Recuperado de www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/2015/
- Jewett, R., Sabiston, C. M., Brunet, J., O'Loughlin, E. K., Scarapicchia, T., & O'Loughlin, J. (2014). School sport participation during adolescence and mental health in early adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 55, 640-644.
- Jordão, A. B., & Ramires, V. R. R. (2010). Vínculos Afetivos de Adolescentes Borderline e seus Pais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), pp. 89-98.
- Kaisari, P., Yannakoulia, M., & Panagiotakos, D. B. (2013). Eating frequency and overweight and obesity in children and adolescents: A meta-analysis. *Pediatrics*, 131(5), 958-968.
- Keita, G.P. (2007). Psychosocial and cultural contributions to depression in women: Considerations for women midlife and beyond. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 13, 12–15.
- Kirby, D. (2001). Understanding what works and what doesn't in reducing adolescent sexual risk taking. *Family Planning Perspectives*, 33(6), 276-281.
- Kovacs, M. (1983). *The Children's Depression Inventory: A self-rated depression scale for school age youngsters*. Pittsburg, PA: University of Pittsburgh, School of Medicine.
- Kovacs, M. (2003). *Children's Depression Inventory (CDI): Technical Manual Update*. Toronto: Multhi-Health Systems Inc.

- Lai, H. M. X., Cleary, M., Sitharthan, T., & Hunt, G. E. (2015). Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990–2014: a systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 154, 1–13.
- Lansford, J. E., Dodge, K. A., Fontaine, R. G., Bates, J. E., & Pettit, G. S. (2014). Peer rejection, affiliation with deviant peers, delinquency, and risky sexual behavior. *Journal of Youth and Adolescence*, 43, 1742-1751.
- Leach, L. S., Christensen, H., Mackinnon, A. J., Windsor, T. D., & Butterworth, P. (2008). Gender differences in depression and anxiety across the adult lifespan: the role of psychosocial mediators. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(21), 983-998.
- Levin, K. A., & Currie, C. (2009) Inequalities in tooth brushing among adolescents in Scotland, 1998–2006. *Health Education Research*, 24, 87-97.
- Levin, K. A., & Currie, C. (2010). Adolescent toothbrushing and the home environment: sociodemographic factors, family relationships and mealtime routines and disorganisation. *Community Dentistry Oral Epidemiology*, 38(1), 10-18.
- Levin, K. A., Kirby, J., Currie, C. (2012). Adolescent risk behaviours and mealtime routines: does family meal frequency alter the association between family structure and risk behaviour? *Health Education Research*, 27(1), 24-35.
- Li, S., Jin, X., Wu, S., Jiang, F., Yan, C., & Shen, X. (2007). The impact of media use on sleep patterns and sleep disorders among schoolaged children in China. *Sleep*, 30(3), 361-367.
- Lim, S. S., Vos, T., Flaxman, A. D., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H., ... Ezzati, M. (2012) A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380, 2224-2260.
- Lõe H. (200). Oral hygiene in the prevention of caries and periodontal disease. *International Dental Journal*, 50(3), 129–39.
- Lopes, A. P., & Rezende, M. M. (2013). Ansiedade e consumo de substâncias psicoativas em adolescentes. *Estudos de Psicologia*, 31(1), 46-56.
- Lumeng, J. C., Wendorf, K., Pesch, M. H., Appugliese, D. P., Kaciroti, N., Corwyn, R. F., & Bradley, R. H. (2013). Overweight Adolescents and Life Events in Childhood. *Pediatrics*, 132 (6), 1506-1512.

- Malta, D. C., Sardinha, L. M. V., Mendes, I., Barreto, S. M., Giatti, L., Castro, I. R. R., et al. (2010). Prevalência de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), Brasil, 2009. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(2), 3009-3019.
- Marteletto, L. J., Carvalhaes, F., & Hubert, C. (2012). Desigualdades de oportunidades educacionais dos adolescentes no Brasil e no México. *Revista Brasileira de Estudos da População*, 29(2), 277-302.
- Matos, G. M., Marta, R., Lúcia, R., Mónica, B., Berner, E., Vázquez, S., ... Vilar, D. (2009). Educação sexual em Portugal e em vários países da América Latina. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(1), 149-158.
- Matos, G. M., Simões, C., Camacho, I., Reis, M., & Equipa Aventura Social (2015). *A saúde dos adolescentes portugueses em tempos de recessão - dados nacionais do estudo HBSC de 2014*. Lisboa: Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais /IHMT/UNL e FMH/ Universidade de Lisboa.
- McLeod, G. F. H., Horwood, L. J., & Fergusson, D. M. (2016). Adolescent depression, adult mental health and psychosocial outcomes at 30 and 35 years. *Psychological Medicine*, 46, 1401-1412.
- Meland, E., Haugland, S., & Breidablik, H. J. (2007). Body image and perceived health in adolescence. *Health Education Research*, 22(3), 342-350.
- Merikangas, K. R., He, J., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., ... Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in us adolescents: results from the national comorbidity study-adolescent supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980-989.
- Molina, M. A. L., Jansen, K., Drews, C., Pinheiro, R., Silva, R., & Souza, L. (2007). Major depressive disorder symptoms in male and female young adults. *Psychology, Health & Medicine*, 19(2), 136-145.
- Munhoz, T. N., Santos, I. S., & Matijasevich, A. (2015). Depression among Brazilian adolescents: a cross-sectional population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 175, 281-286.
- Muris, P., Schmidt, H., & Merckelbach, H. (2000). Correlations among two self-report questionnaires for measuring DSM-defined anxiety disorder symptoms in children: the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders and the Spence Children's Anxiety Scale. *Personality and Individual Differences*, 28, 333-346.

- Muza, G. M., Bettiol, H., Muccilo, G., & Barbieri, M. A. (1997). Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil). I-Prevalência do consumo por sexo, idade e tipo de substância. *Revista de Saúde Pública*, 31(1), 21-29.
- Nansel, T. R., Craig, W., Overpeck, M. D., Saluja, G., Ruan, J. & The Health Behavior in School-aged Children Bullying Analyses Working Group (2004). Cross-national consistency in the relationship between bullying behaviors and psychosocial adjustment. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 158(8), 730-736.
- Nickell, A. D., Waudby, C. J., & Trull, T.J. (2002). Attachment, parental bonding and borderline personality disorder features in young adults. *Journal of Personality Disorders*, 16(2), 148-159.
- Ochola, S., & Masibo, P. K. (2014). Dietary intake of schoolchildren and adolescents in developing countries. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 64(2), 24-40.
- Pang, R. D., Farrahi, L., Glaziera, S., Sussman, S., & Leventhal, A. M. (2014). Depressive symptoms, negative urgency and substance use initiation in adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 144, 225-230.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2010). *Desenvolvimento humano* (10a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Pelegrini, A., Coqueiro, R. S., Beck, C. C., Ghedin, K. D., Lopes, A. S., & Petroski, E. L. (2014). Dissatisfaction with body image among adolescent students: association with socio-demographic factors and nutritional status. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(4), 1201-1208.
- Pingel, E. S., Bauermeister, J. A., Elkington, K. S., Fergus, S., Caldwell, C. H., & Zimmerman, M. A. (2012). Condom use trajectories in adolescence and the transition to adulthood: the role of mother and father support. *Journal of Research on Adolescence*, 22(2), 350-366.
- Pössel, P., Burton, S. M., Cauley, B., Sawyer, M. G., Spence, S. H., & Sheffield, J. (2017). Associations between social support from family, friends, and teachers and depressive symptoms in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*. Recuperado de: 10.1007/s10964-017-0712-6.
- Poulin, C., & Graham, L. (2001) The association between substance use, unplanned sexual intercourse and other sexual behaviours among adolescent students. *Addiction*, 96(4), 607-621.

- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2013). *Relatório anual sobre desenvolvimento do Pnud – “O Futuro Sustentável que queremos”*. Recuperado de http://issuu.com/pnudbrasil/docs/pnud_relato_anual_web?e=0/3980308.
- Radliff, K. M., Wheaton, J. E., Robinson, K. & Morris, J. (2012). Illuminating the relationship between bullying and substance use among middle and high school youth. *Addictive Behaviors*, 37, 569-572.
- Reis, D. C., Almeida, T. A. C., Miranda, M. M., Alves, R. H., & Madeira, A. M. F. (2013). Vulnerabilidades à saúde na adolescência: condições socioeconômicas, redes sociais, drogas e violência. *Revista latino-americana de enfermagem*, 21(2), 1-9.
- Ricciardelli, L. A., & Yager, Z. (2016). *Adolescence and body image: from development to preventing dissatisfaction*. Routledge. Nova Iorque.
- Rothon, C., Goodwin, L., & Stansfeld, S. (2012). Family social support, community “social capital” and adolescents’ mental health and educational outcomes: a longitudinal study in England. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(5), 697–709.
- Ryzin, M. J. V. (2011). Protective factors at school: reciprocal effects among adolescents’ perceptions of the school environment, engagement in learning, and hope. *Journal of Youth and Adolescence*, 40, 1568–1580.
- Sadock, M. J. & Sadock, V. A. (2007). *Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica* (9ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Salam, R. A., Arshad, A., Das, J. K., Khan, M. N., Mahmood, W., Freedman, S., & Bhutta Z. A. (2016). Interventions to prevent unintentional injuries among adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 59(4), 76-87.
- Schembre, S. M., Wen, C. K., Davis, J. N., Shen, E., Nguyen-Rodriguez, S. T., Belcher, B. R., et al. (2013). Eating breakfast more frequently is cross-sectionally associated with greater physical activity and lower levels of adiposity in overweight Latina and African American girls. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 98, 275–8.
- Schneider, B. C., Dumith, S. C., Orlandi, S. P., & Assunção, M. C. F. (2017). Diet and body fat in adolescence and early adulthood: a systematic review of longitudinal studies. *Ciência e Saúde Coletiva*, 25(5), 1539-1552.
- Silva, J. L. Oliveira, W. A., Bono, E. L., Dib, M. A., Bazon M. R., & Silva, A. I. (2016). Associações entre bullying escolar e conduta infracional: revisão sistemática de estudos longitudinais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(1), 81-90.

- Sleet, D. A., Ballesteros, M. F., & Borse, N. N. (2010). A review of unintentional injuries in adolescents. *Annual Review of Public Health*, 31, 195-212.
- Small, M. L., Morgan, N., Bailey-Davis, L., & Maggs, J. L. (2013). The protective effects of parent-college student communication on dietary and physical activity behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 53(2), 300-302.
- Sousa, T. F., Silva, K. S., Garcia, L. M., Del Duca, G. F., Oliveira, E. S. A., & Nahas, M. V. (2010). Autoavaliação de saúde e fatores associados em adolescentes do Estado de Santa Catarina, Brasil. *Revista Paulista de Pediatria*, 28(4), 333-9.
- Souza, L. D. M., Ores, L., Oliveira, G. T., Cruzeiro, L. S., Silva, R. A., Pinheiro, R. T., et al. (2010). Ideação suicida na adolescência: prevalência e fatores associados. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(4), 286-292.
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy* 36, 545-566.
- Steinberg, L. & Scott, E. S. (2003). Less guilty by reason of adolescence: developmental immaturity, diminished responsibility, and the juvenile death penalty. *American Psychologist*, 58(12), 1009-1018.
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *Lancet*, 379, 1056-67.
- Ttofi, M. M., & Farrington, D. P. (2011). Effectiveness of school-based programs to reduce bullying: a systematic and meta-analytic review. *Journal of Experimental Criminology*, 7, 27-56.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). *World Population Prospects: The 2012 Revision, Highlights and Advance Tables*. Working Paper N° ESA/P/WP.228.
- Valkenburg, P. M., & Peter, J. (2011). Online communication among adolescents: an integrated model of its attraction, opportunities, and risks. *Journal of Adolescent Health* 48, 121-127.
- Véronneau, M., Trempe, S., & Paiva, A. O. (2014). Risk and protection factors in the peer context: how do other children contribute to the psychosocial adjustment of the adolescent? *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(3), 695-705.

- Wathier, J. L., Dell'aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (2008). Análise fatorial do Inventário de Depressão Infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. *Avaliação Psicológica*, 7(1), 75-84.
- Welti, C. (2002). Adolescents in Latin America: Facing the future with skepticism. In B. B. Brown, R. W. Larson, & T. S. Saraswathi (Eds.), *The world's youth: Adolescence in eight regions of the globe* (pp. 276-306). Cambridge: Cambridge University.
- Wennberg, M., Gustafsson, P. E., Wennberg, P., & Hammarström, A. (2015). Irregular eating of meals in adolescence and the metabolic syndrome in adulthood: results from a 27-year prospective cohort. *Public Health Nutrition*, 19(4), 667-673.
- World Health Organization (2002) *The world health report 2002: Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, Switzerland. Recuperado de http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf?ua=1.
- World Health Organization (2011). *Preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries*. Geneva, Switzerland. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502214_eng.pdf?ua=1.
- World Health Organization (2014). *Global status report on noncommunicable diseases 2014*. Geneva: Switzerland.
- World Health Organization (2015). *Who report on the global tobacco epidemic, 2015: Raising taxes on tobacco*. Geneva: Switzerland. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178574/1/9789240694606_eng.pdf?ua=1.
- Xie, B., Unger, J. B., Gallaher, P., Johnson, A., Wu, Q., & Chou, C. (2010). Overweight, body image, and depression in asian and hispanic adolescents. *American Journal of Health Behavior*, 34(4), 476-488.
- Zhao, J., Xing, X., & Wang, M. (2012) Psychometric properties of the Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) in Mainland Chinese children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 728-736.

ANEXOS

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) pai/mãe/responsável,

Estamos convidando seu filho(a) para participar do projeto de pesquisa “LEVANTAMENTO DE CONTEXTOS SOCIAIS, INDICADORES E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE E BEM-ESTAR EM ADOLESCENTES DE 13 ANOS DE RIBEIRÃO PRETO”. Este é um projeto de mestrado em Psicologia, da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP), desenvolvido pela M^{nda} Juliana Maltoni Nogueira sob orientação da Prof^a Dr^a Carmem Beatriz Neufeld. Esta pesquisa será feita por meio de questionários respondidos pelos adolescentes em grupo na própria escola, que já autorizou este processo, e será supervisionada pela nossa equipe. Com essa pesquisa, queremos conhecer melhor comportamentos relacionados a saúde, bem-estar e sintomas depressivos e ansiosos dos adolescentes de 13 anos, e também o ambiente social em que vivem. Isso será muito importante para um melhor entendimento da realidade e das dificuldades que os jovens enfrentam, podendo ajudar no desenvolvimento de intervenções e políticas públicas voltadas para o bem-estar e saúde adolescente.

Todas as informações prestadas por seu filho(a) neste estudo serão utilizadas apenas para fins de pesquisa e a identidade de vocês será sempre mantida em sigilo, em qualquer etapa da pesquisa. Portanto, não serão incluídos nomes ou quaisquer características que possam identificar vocês. Esta pesquisa possui riscos mínimos ao seu filho(a), pois alguns assuntos podem causar emoção desconfortável devido às perguntas pessoais abordadas nos questionários. Por isso, nós, psicólogos e estagiários de Psicologia desta equipe, estaremos à disposição para ajudar da melhor forma possível. Se avaliarmos alguma dificuldade importante, relacionada a sintomas de ansiedade e depressão, iremos conversar com o adolescente e com você(s). A participação de seu filho(a) nesse estudo é voluntária, não remunerada e pode ser interrompida a qualquer momento, mesmo depois da sua autorização, sem que haja qualquer prejuízo para ninguém. O Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP pode ser acionado a qualquer momento para esclarecimentos sobre questões éticas da pesquisa, através dos contatos: coetp@ffclrp.usp.br / (16) 3315-4811 / Fax: (16) 3633-2660 / Endereço: Av. Bandeirantes, 3900 - bloco 23 - sala 37 - CEP: 14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil.

Para seu conhecimento, os questionários que serão entregues para seu filho(a) contém perguntas relacionadas a comportamentos e hábitos de saúde, bem-estar, condição socioeconômica, sintomas depressivos e de ansiedade, sendo eles: Protocolo de Pesquisa “Health Behavior in School-aged Children” (HBSC), “Children’s Depression Inventory” (CDI) e “Spence Children’s Anxiety Scale” (SCAS), todos em versão traduzida para o português. As etapas de aplicação, correção e armazenamento destes questionários serão conduzidas por mim – mestrandia responsável pelo projeto – sob orientação da Prof^a Dr^a Carmem Beatriz Neufeld.

Para autorizar a participação do seu filho (a) nesta pesquisa basta assinar ao final desta página. Caso não deseje que seu filho participe, sinta-se à vontade para não assinar este termo. Encontro-me à disposição para qualquer dúvida ou esclarecimento que necessitar através dos contatos: julianamaltoni@usp.br / (16) 98830-2598. A Prof^a Dr^a Carmem Beatriz Neufeld também se disponibiliza através dos contatos: cbneufeld@usp.br / (16) 3315-3724 / (16) 3315-0197 / Endereço: Departamento de Psicologia (FFCLRP-USP) - Av. Bandeirantes, 3900 – bloco 5 – sala 29 – CEP: 14040-901 - Ribeirão Preto – SP – Brasil).

Atenciosamente,

M^{nda} Juliana Maltoni Nogueira
(CRP: 06/124058)

Prof^a Dr^a Carmem Beatriz Neufeld
(CRP: 06/93723)

Autorização para realização da pesquisa “Levantamento de contextos sociais, indicadores e comportamentos de saúde e bem-estar em adolescentes de 13 anos de Ribeirão Preto”

Eu, _____ (nome legível), declaro que fui informado (a) dos objetivos e procedimentos do trabalho de maneira clara e detalhada, e declaro que autorizo a participação de meu filho (a), _____, nesta pesquisa. Declaro que possuo uma via deste Termo que ora aceito. Sei que a qualquer momento posso revogar este aceite, sem a necessidade de prestar qualquer informação adicional.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

_____/_____/_____
Data

ANEXO B – Termo para Formação de Banco de Dados (TFBD)

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA A FORMAÇÃO DE BANCO DE DADOS

Prezado(a) pai/mãe/responsável,

Considerando que o(a) senhor(a) autorizou seu filho(a) a participar do projeto de pesquisa “LEVANTAMENTO DE CONTEXTOS SOCIAIS, INDICADORES E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE E BEM-ESTAR EM ADOLESCENTES DE 13 ANOS DE RIBEIRÃO PRETO” - projeto de mestrado em Psicologia, da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP), desenvolvido pela M^{nda} Juliana Maltoni Nogueira sob orientação da Prof^a Dr^a Carmem Beatriz Neufeld. - assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), este Termo, agora, é para pedir a sua autorização para que todas as informações coletadas com seu filho(a) por meio dos questionários possam ser armazenadas em um banco de dados digital, por tempo indeterminado. Isto significa que os questionários, além de ficarem armazenados em papel em nosso laboratório, também tem suas respostas passadas para um computador, formando, assim, nosso banco de dados digital. Isto permite que os dados sejam analisados mais facilmente por nós, pesquisadores do estudo, e que novas pesquisas sejam feitas com os dados deste banco, ajudando a gerar novos conhecimentos sobre os adolescentes brasileiros. Asseguramos que todas as informações prestadas por seu filho(a), e que serão armazenadas, são estritamente confidenciais, pois os questionários de pesquisa serão identificados com um código. Quaisquer pesquisas e publicações envolvendo estes dados não incluirão nomes ou informações que possam identificá-los(as), garantindo o anonimato do seu filho(a) em todo o processo. O armazenamento destes questionários será conduzido por mim - mestrandia responsável pelo projeto – sob orientação da Prof^a Dr^a Carmem Beatriz Neufeld.

Caso deseje autorizar este processo, basta assinar ao final desta página. No entanto, mesmo que não deseje autorizar o armazenamento dos dados neste banco digital, seu filho(a) poderá participar desta pesquisa (desde que você tenha assinado o TCLE). Além disso, você poderá retirar seu consentimento em qualquer etapa do trabalho, não havendo qualquer prejuízo para ninguém. Pode escolher também se quer ou não ser avisado(a) de cada nova pesquisa utilizando estes dados que, para seu conhecimento, passará novamente pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, que pode ser acionado a qualquer momento para esclarecimentos sobre questões éticas da pesquisa, através dos contatos: coetp@ffclrp.usp.br / (16) 3315-4811 / Fax: (16) 3633-2660 / Endereço: Av. Bandeirantes, 3900 - bloco 23 - sala 37 - CEP: 14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil. Encontro-me também à disposição para qualquer dúvida ou esclarecimento que necessitar através dos contatos: julianamaltoni@usp.br / (16) 98830-2598. A Prof^a Dr^a Carmem Beatriz Neufeld se disponibiliza através dos contatos: cbneufeld@usp.br / (16) 3315-3724 / (16) 3315-0197 / Endereço: Departamento de Psicologia (FFCLRP-USP) - Av. Bandeirantes, 3900 – bloco 5 – sala 29 – CEP: 14040-901 - Ribeirão Preto – SP – Brasil.

M^{nda} Juliana Maltoni Nogueira
(CRP: 06/124058)

Atenciosamente,

Prof^a Dr^a Carmem Beatriz Neufeld
(CRP: 06/93723)

Eu, _____ (nome legível), declaro que fui informado(a) dos objetivos e procedimentos do trabalho e autorizo o armazenamento dos dados do meu filho(a), _____, em um banco de dados digital. Autorizo também a utilização destes dados em futuras pesquisas, desde que garantido o sigilo do meu filho(a). Declaro que possuo uma via deste Termo que ora autorizo. Sei que a qualquer momento posso revogar este aceite, sem a necessidade de prestar qualquer informação adicional.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Data

Gostaria de ser avisado(a) todas as vezes que os dados do meu filho(a) forem utilizados em futuras pesquisas
Contato: _____

☐

Não gostaria de ser avisado(a) quando os dados do meu filho(a) forem utilizados em futuras pesquisas

☐

ANEXO C – Termo de Assentimento (TA)

TERMO DE ASSENTIMENTO

Prezado(a),

Estamos convidando você para participar do projeto de pesquisa “LEVANTAMENTO DE CONTEXTOS SOCIAIS, INDICADORES E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE E BEM-ESTAR EM ADOLESCENTES DE 13 ANOS DE RIBEIRÃO PRETO”. Este é um projeto de mestrado em Psicologia, da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP), desenvolvido pela M^{nda} Juliana Maltoni Nogueira sob orientação da Prof^a Dr^a Carmem Beatriz Neufeld. Esta pesquisa será feita por meio de questionários respondidos por você e supervisionada pela nossa equipe, em sua própria escola, que já autorizou este processo. Com essa pesquisa, queremos conhecer melhor comportamentos relacionados a saúde, bem-estar e sintomas depressivos e ansiosos em adolescentes de 13 anos, e também o ambiente social em que vivem. Isso será muito importante para um melhor entendimento da realidade e das dificuldades que vocês enfrentam, podendo ajudar no desenvolvimento de intervenções e políticas públicas voltadas para o bem-estar e saúde adolescente.

Todas as informações prestadas por seu você neste estudo serão utilizadas apenas para fins de pesquisa e a sua identidade será sempre mantida em sigilo, em qualquer etapa da pesquisa, pois não serão utilizados nomes ou quaisquer características que possam identificar você. Esta pesquisa possui riscos mínimos a você, pois alguns assuntos podem trazer emoção desconfortável devido às perguntas pessoais abordadas nos questionários. Por isso, nós, psicólogos e estagiários de Psicologia desta equipe, estaremos à disposição para ajudar da melhor forma possível. Se avaliarmos alguma dificuldade importante, relacionada a sintomas de ansiedade e depressão, iremos conversar com você e com seus pais/responsáveis. A sua participação nesse estudo é voluntária, não remunerada e pode ser interrompida a qualquer momento, mesmo depois da autorização de seus pais e/ou de seu assentimento, sem que haja qualquer prejuízo para ninguém. O Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP pode ser acionado a qualquer momento para esclarecimentos sobre questões éticas da pesquisa, através dos contatos: coetp@ffclrp.usp.br / (16) 3315-4811 / Fax: (16) 3633-2660 / Endereço: Av. Bandeirantes, 3900 - bloco 23 - sala 37 - CEP: 14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil.

Para seu conhecimento, os questionários que iremos entregar para você responder contém perguntas sobre comportamentos relacionados a hábitos de saúde, bem-estar, condição socioeconômica, sintomas depressivos e de ansiedade, sendo eles: Protocolo de Pesquisa “Health Behavior in School-aged Children” (HBSC), “Children’s Depression Inventory” (CDI) e “Spence Children’s Anxiety Scale” (SCAS), todos em versão traduzida para o português. As etapas de aplicação, correção e armazenamento destes questionários serão conduzidas por mim - mestrandia responsável pelo projeto – sob orientação da Prof^a Dr^a Carmem Beatriz Neufeld.

Para participar desta pesquisa basta assinar no final deste documento e possuir em mãos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido autorizado pelos seus pais/responsáveis. Caso não deseje participar, sinta-se à vontade para não assinar este termo. Encontro-me à disposição para qualquer dúvida ou esclarecimento que necessitar através dos contatos: julianamaltoni@usp.br / (16) 98830-2598. A Prof^a Dr^a Carmem Beatriz Neufeld também se disponibiliza através dos contatos: cbneufeld@usp.br / (16) 3315-3724 / (16) 3315-0197 / Endereço: Departamento de Psicologia (FFCLRP-USP) - Av. Bandeirantes, 3900 – bloco 5 – sala 29 – CEP: 14040-901 - Ribeirão Preto – SP – Brasil).

M^{nda} Juliana Maltoni Nogueira
(CRP: 06/124058)

Atenciosamente,

Prof^a Dr^a Carmem Beatriz Neufeld
(CRP: 06/93723)

Autorização para realização da pesquisa “Levantamento de contextos sociais, indicadores e comportamentos de saúde e bem-estar em adolescentes de 13 anos de Ribeirão Preto”

Eu, _____ (nome legível), declaro que fui informado(a) dos objetivos e procedimentos do trabalho acima de maneira clara e detalhada. Assim, autorizo minha participação nesta pesquisa. Declaro que possuo uma via deste Termo que ora aceito e que meus pais/responsáveis possuem uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando também minha participação. Sei que a qualquer momento posso desistir de participar, sem a necessidade de prestar qualquer informação adicional.

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

Data

ANEXO D – Aprovação do CEP referente ao projeto de mestrado

Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Comitê de Ética em Pesquisa

Of.CEtP/FFCLRP-USP/099-dgfs

Campus de Ribeirão Preto

Ribeirão Preto, 23 de setembro de 2015

Prezada Pesquisadora,

Comunicamos a V. Sa. que o projeto de pesquisa intitulado "**Levantamento de contextos sociais, indicadores e comportamentos de saúde e bem-estar em adolescentes de 13 anos de Ribeirão Preto**" foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, em sua 148ª Reunião Ordinária, realizada em 17.09.2015, e enquadrado na categoria: **APROVADO** (CAAE n.º 44961315.3.0000.5407).

Solicitamos que eventuais modificações ou emendas ao projeto de pesquisa sejam apresentadas ao CEP, de forma sucinta, identificando a parte do projeto a ser modificada e suas justificativas, e que, ao término do estudo, um relatório final seja entregue, via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Maria Regênia Bazon
Coordenadora

À Senhora
Juliana Maltoni Nogueira
Programa de Pós – Graduação em Psicologia da FFCLRP/USP

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP USP
Fone: (16) 3315-4811 / Fax: (16) 3315-9101
Avenida Bandeirantes, 3900 - bloco 23 - casa 37 - 14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil
Homepage: <http://www.ffclrp.usp.br> - e-mail: coeto@ffclrp.usp.br

ANEXO E - Aprovação do CEP referente ao projeto maior

Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Comitê de Ética em Pesquisa Campus de Ribeirão Preto
Of.CEtP/FFCLRP-USP/24-dgfs

Ribeirão Preto, 09 de março de 2016

Prezado Pesquisador,

Comunicamos a V. Sa. que a emenda ao projeto de pesquisa intitulado "**Levantamento de ambientes sociais e comportamentos relacionados à saúde e bem-estar de adolescentes**" foi analisada *ad referendum* do Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, em 09.12.2015, e enquadrada na categoria: **APROVADO** (CAAE n.º45947415.5.1001.5407).

Solicitamos que ao término do estudo um relatório final seja entregue via Plataforma Brasil.

Referenciado pelo CEP-FFCLRP-USP
na 153ª reunião realizada
em 17/03/16

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Marina Rezende Bazon
Coordenadora

À Senhora
Prof.ª Dr.ª Carmem Beatriz Neufeld
Departamento de Psicologia da FFCLRP – USP

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP USP
Fone: (16) 3315-4811 / Fax: (16) 3315-9101
Avenida Bandeirantes, 3900 - bloco 23 - casa 37 - 14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil
Homepage: <http://www.ffclrp.usp.br> - e-mail: ceetp@ffclrp.usp.br