

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

RAFAEL SOARES CORRÊA

Vulnerabilidade em saúde na região de fronteira e habilidades sociais de adolescentes

RIBEIRÃO PRETO

2022

RAFAEL SOARES CORRÊA

Vulnerabilidade em saúde na região de fronteira e habilidades sociais de adolescentes

(As normas de formatação da tese foram adaptadas visando atender às exigências dos dois programas de Pós-Graduação e o convênio de co-tutela).

Tese em co-tutela com vistas à dupla titulação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública e à Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa para obtenção do título de doutor em Educação para a Saúde, Programa de Doutorado em Educação.

Linha de pesquisa: Processo saúde-doença e epidemiologia (Brasil)

Educação para a Saúde (Portugal)

Orientadora: Ana Maria Almeida

Coorientadora: Margarida Nunes Gaspar de Matos

RIBEIRÃO PRETO

2022

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.

Corrêa, Rafael Soares

VULNERABILIDADE EM SAÚDE NA REGIÃO DE FRONTEIRA E HABILIDADES SOCIAIS DE ADOLESCENTES. Ribeirão Preto, 2022.

176 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora (Brasil): Ana Maria Almeida

Orientadora (Portugal): Margarida Nunes Gaspar de Matos

1. Adolescência. 2. Vulnerabilidade. 3.Fatores de Risco. 4.Habilidades Sociais. 5.Região de Fronteira.

CORRÊA, Rafael Soares

VULNERABILIDADE EM SAÚDE NA REGIÃO DE FRONTEIRA E HABILIDADES SOCIAIS DE ADOLESCENTES

Tese em cotutela apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em 01/11/2022.

Comissão Julgadora

Profa. Dra. Ana Maria de Almeida

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – EERP/USP

Profa. Dra. Maria Celeste Rocha Simões

Instituição: Faculdade de Motricidade Humana – Universidade de Lisboa - FMH/ ULisboa

Profa. Dra. Clícia Valim Côrtes Ribeiro Gomes

Instituição: Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL/MG

Prof. Dr. Diego Gómez Baya

Instituição: Universidad de Huelva - UHU



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA  
DOUTORADO EM CIÊNCIAS

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO  
DOUTORADO EM EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

PESQUISA DE DOUTORADO REALIZADA EM COTUTELA

Rafael Soares Corrêa

Vulnerabilidade em saúde na região de fronteira e habilidades sociais de adolescentes

Tese de doutorado defendida em 01/11/2022

Comissão Examinadora

Profa. Dra. Ana Maria de Almeida

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – EERP/USP

Profa. Dra. Maria Celeste Rocha Simões

Instituição: Faculdade de Motricidade Humana – Universidade de Lisboa - FMH/ ULisboa

Profa. Dra. Clícia Valim Côrtes Ribeiro Gomes

Instituição: Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL/MG

Prof. Dr. Diego Gómez Baya

Instituição: Universidad de Huelva - UHU

Este estudo foi financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código Financeiro 001.



## Dedicatória

*À minha família.*

*“Quando encontrar a sua melhor versão, ajude os demais a fazer o mesmo, lembrando sempre de quem tentou tornar o caminho mais difícil e de quem buscou apoiar nesse processo, porque ambos desempenharam a sua função.”*

(Desconhecido)

## **Agradecimentos**

Gostaria de agradecer ao Núcleo Regional de Educação de Foz do Iguaçu (NRE) da Secretaria do Estado da Educação do Paraná (SEED-PR) e ao Instituto Federal Tecnológico do Paraná (IFPR) pela autorização e ativa contribuição no processo de coleta de dados bem como aos colégios e adolescentes participantes da pesquisa.

Ao Programa de Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) pela oportunidade de iniciar o projeto de pesquisa assim como o suporte científico em todo o percurso.

Ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP) pelo apoio à continuação da carreira acadêmica com o processo de co-tutela internacional, em especial à Ida Mara Brunelli, a Professora Doutora Marta Angelica Iosssi da Silva, Professor Doutor Fabio Scorsolini-Comin e ao Jonas Bodini Alonso.

Ao Programa de Doutorado em Educação, Especialidade em Educação para a Saúde da Faculdade de Motricidade Humana (FMH) da Universidade de Lisboa (ULisboa), por desenvolver a parceria de elaboração da tese de co-tutela internacional e pelo percurso de aprendizagem, em especial à Teresa Seca e Dulce O'Neill.

Ao Programa Institucional de Internacionalização da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES Print), pelo financiamento e apoio logístico.

À Professora Doutora Ana Maria de Almeida pelo apoio humano e científico incondicional, e por depositar a confiança e suporte em todos os momentos do estudo.

À Professora Carmem Beatriz Neufeld pela conexão com *network* acadêmico internacional, assim como pela espontânea integração ao Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental (LaPICC) da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP) da USP.

À Professora Doutora Margarida Gaspar de Matos por ter aceitado a co-orientação



no estudo em conjunto com a Equipa Aventura Social, em especial Susana Gaspar, Catia Branquinho, Marta Reis, Fábio Guedes, Gina Tomé, Ana Cerqueira, Luisa Pincanço e Professores(as) Doutores(as) Tania Gaspar, Diego Gomez-Baya, Celeste Simões, Adilson Marques e Paula Lebre.

Este estudo foi financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código Financeiro 001.

## **Vulnerabilidade em saúde na região de fronteira e Habilidades Sociais de adolescentes**

### **Resumo**

Corrêa, Rafael Soares. **Vulnerabilidade em saúde na região de fronteira e habilidades sociais de adolescentes**. Ribeirão Preto, 2022. 174 p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

**Introdução:** A vulnerabilidade em saúde de adolescentes em região de fronteira tem recebido destaque em pesquisas na área de educação e saúde pública, auxiliando na identificação e influências na alteração de comportamentos e relacionamentos nessa faixa etária, campo que as habilidades sociais tem demonstrado evidências no enfrentamento dessa problemática. O estudo buscou analisar a associação da vulnerabilidade em saúde na região de fronteira e as habilidades sociais de adolescentes, a fim de fundamentar futuras estratégias de prevenção e promoção de saúde. **Métodos:** Contempla um estudo de revisão sistemática e quatro estudos quantitativos. **Resultados:** No estudo de revisão sistemática identificou-se a eficácia de programas de habilidades sociais com a estratégia de encontros e atividades semanais e sistema eletrônico para acompanhamento de adolescentes. Nos estudos quantitativos apresentou-se a associação entre fatores de risco em saúde e as habilidades sociais de adolescentes, sendo relevantes: 1) O consumo de álcool, sentimento de solidão e envolvimento em brigas com o auto-controle; 2) Indicadores mais amplos de saúde sexual com as habilidades sociais; 3) O bullying, regulação parental com a empatia, e por fim 4) A atividade física, regulação parental com a desenvoltura social. **Conclusões e Recomendações:** O estudo demonstra a associação entre o repertório de habilidades sociais e a vulnerabilidade em saúde de adolescentes em região de fronteira, apontando evidências de programas para instrumentalizar futuras pesquisas, sendo assim o estudo indica: (i) Considerar a caracterização da vulnerabilidade em saúde apresentada neste estudo na região de fronteira entre Brasil, Paraguay e Argentina e a influência no repertório de habilidades sociais de adolescentes; (ii) Conduzir futuras pesquisas e intervenções em habilidades sociais considerando as intervenções e tecnologias que apresentam melhor evidência científica. **Palavras-chave:** Adolescência, Vulnerabilidade, Fatores de risco, Habilidades Sociais, Região de fronteira.

## **Health vulnerability in border region and Social Skills in adolescents**

### **Abstract**

Corrêa, Rafael Soares. **Health vulnerability in the border region and social skills of adolescents**. Ribeirao Preto, 2022. 174 p. Thesis (Doctorate) - Ribeirao Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirao Preto, 2022.

**Introduction:** The health vulnerability of adolescents in the border region has been highlighted in research in education and public health, helping to identify and influence the change in behaviour and relationships in this age, a field in which social skills have shown evidence in coping of this problem. The study sought to analyse the association between health vulnerability in the border region and the social skills of adolescents, to support future prevention and health promotion strategies. **Methods:** It includes a systematic review study and four quantitative studies. **Results:** In the systematic review study, the effectiveness of social skills programs was identified with the strategy of weekly meetings and activities and an electronic system for monitoring adolescents. In quantitative studies, the association between health risk factors and the social skills of adolescents was presented, being relevant: 1) Alcohol consumption, feeling of loneliness and involvement in fights with self-control; 2) Broader indicators of sexual health with social skills; 3) Bullying, parental regulation with empathy, and finally 4) Physical activity, parental regulation with social resourcefulness. **Conclusions and Recommendations:** The study demonstrates the association between the repertoire of social skills and the vulnerability in health of adolescents in the border region, pointing out evidence of programs to instrumentalize future research, so the study indicates: (i) Consider the characterization of vulnerability in health presented in this study in the border region between Brazil, Paraguay and Argentina and the influence on the repertoire of social skills of adolescents; (ii) Conduct future research and interventions in social skills considering interventions and technologies that present the best scientific evidence.

**Keywords:** Adolescence, Vulnerability, Risk factors, Social Skills, Border region.

## **Vulnerabilidad en salud de una región fronteriza y Habilidades sociales de adolescentes**

### **Resumen**

Corrêa, Rafael Soares. **Vulnerabilidad en salud en la región fronteriza y habilidades sociales de los adolescentes**. Ribeirão Preto, 2022. 174 p. Tesis (Doctorado) - Facultad de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

**Introducción:** La vulnerabilidad en salud de los adolescentes de la región fronteriza ha sido destacada en investigaciones en el área de educación y salud pública, contribuyendo a identificar e incidir en el cambio de comportamiento y relacionamiento en este grupo etario, campo en el cual las habilidades sociales tienen mostrado evidencia en el afrontamiento de este problema. El estudio buscó analizar la asociación entre la vulnerabilidad de la salud en la región fronteriza y las habilidades sociales de los adolescentes, con el fin de apoyar futuras estrategias de prevención y promoción de la salud. **Métodos:** Incluye un estudio de revisión sistemática y cuatro estudios cuantitativos. **Resultados:** En el estudio de revisión sistemática se identificó la efectividad de los programas de habilidades sociales con la estrategia de reuniones y actividades semanales y un sistema electrónico de seguimiento a los adolescentes. En estudios cuantitativos se presentó la asociación entre los factores de riesgo para la salud y las habilidades sociales de los adolescentes, siendo relevantes: 1) Consumo de alcohol, sentimiento de soledad y participación en peleas con el autocontrol; 2) Indicadores más amplios de salud sexual con habilidades sociales; 3) Bullying, regulación parental con empatía, y finalmente 4) Actividad física, regulación parental con ingenio social. **Conclusiones y Recomendaciones:** El estudio demuestra la asociación entre el repertorio de habilidades sociales y la vulnerabilidad en salud de los adolescentes de la región fronteriza, señalando evidencias de programas para instrumentalizar futuras investigaciones, por lo que el estudio indica: (i) Considerar la caracterización de la vulnerabilidad en salud presentado en este estudio en la región fronteriza entre Brasil, Paraguay y Argentina y la influencia en el repertorio de habilidades sociales de los adolescentes; (ii) Realizar futuras investigaciones e intervenciones en habilidades sociales considerando intervenciones y tecnologías que presenten la mejor evidencia científica.

**Palabras clave:** Adolescencia, Vulnerabilidad, Factores de riesgo, Habilidades sociales, Región fronteriza.

## ÍNDICE GERAL

PARTE I	17
CAPÍTULO I	17
Introdução Teórica	17
Vulnerabilidade em saúde de adolescentes em região de fronteira	18
Habilidades Sociais de adolescentes	25
CAPÍTULO II	40
Metodologia	40
Desenho do Estudo	41
Procedimentos e Participantes	41
Instrumentos	45
Análise dos Dados	46
PARTE II	49
CAPÍTULO III	49
Intervenções em competências sociais com adolescentes e o desenvolvimento de atitudes positiva em situação de vulnerabilidade: uma revisão sistemática	49
CAPÍTULO IV	70
Self-control, consumption indicators and risk factors in Brazilian adolescents	70
CAPÍTULO V	80
Habilidades social e saúde sexual de adolescentes em região de fronteira	80
CAPÍTULO VI	91
Empathy, parental regulation and violence in adolescent in a border region between Brazil, Paraguay and Argentina	91
CAPÍTULO VII	110
Desenvoltura social, regulação parental e atividade física em adolescents: um estudo de coorte	110
PARTE III	120
CAPÍTULO VIII	120
Conclusões e recomendações	120
ANEXOS	129

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1	Relação dos colégios, salas de aula, turno, número de adolescentes participantes e reposição. Foz do Iguaçu, PR-Brasil, 2016.	45
----------	---	----

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1	Classes de habilidades sociais para adolescentes	28
----------	--	----

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Esferas individual, social e programática do conceito de vulnerabilidade	21
Figura 2	Localização da tríplice fronteira Foz do Iguaçu (Brasil), Puerto Iguazú (Argentina), Ciudad del Este (Paraguay)	22
Figura 3	Classificação dos desempenhos sociais	26
Figura 4	Variabilidade máxima obtida ao utilizar $p=0,5$	44



## **SIGLAS E ACRÓNIMOS**

AAS - Amostra Aleatória Simples

APA - American Psychological Association

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CONEP - Conselho Nacional de Saúde

EERP - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

EM - Ensino Médio

EP - Ensino Técnico/ Profissionalizante

FFCLRP - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto

FMH - Faculdade de Motricidade Humana

HBSC - Health Behaviour in School Age Children

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC - Intervalo de Confiança

IFPR - Instituto Federal Tecnológico do Paraná

IHSA- Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes

IST - Infecção Sexualmente Transmissível

LaPICC - Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental

MEC - Ministério da Educação

NRE - Núcleo Regional de Educação de Foz do Iguaçu

OMS - Organização Mundial da Saúde

PeNSE - Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar

PPBE – Prática Psicológica Baseada em Evidência

PRISMA-P - Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-analysis  
Protocols

SEED-PR - Secretaria do Estado da Educação do Paraná

SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

STROBE - Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology

THS – Treino de Habilidades Sociais

Ulisboa - Universidade de Lisboa

Unioeste - Universidade Estadual do Oeste do Paraná

UPA - Unidade Primária de Análise

USA - Unidade Secundária de Análise

USP - Universidade de São Paulo

WHO - World Health Organization

# **ESTRUTURA**

---

O estudo Vulnerabilidade em saúde na região de fronteira e habilidades sociais de adolescentes foi desenvolvido na região de Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, coordenado pela Professora Doutora Ana Maria de Almeida, com início no Programa de Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) em parceria com o Núcleo Regional de Educação (NRE) de Foz do Iguaçu da Secretaria do Estado da Educação do Paraná (SEED) e o Instituto Federal Tecnológico do Paraná (IFPR) – Campus de Foz do Iguaçu.

O estudo teve como objetivo inicial caracterizar a vulnerabilidade em saúde de adolescentes em região de fronteira no ano de 2015-2017. Posteriormente continuou-se com a análise dos dados com a aprovação no Programa de Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP), ampliando assim seu escopo, vindo a analisar a relação entre a vulnerabilidade em saúde na região de fronteira e habilidades sociais de adolescentes.

Na sequência contando com o apoio da Professora Doutora Carmem Beatriz Neufeld através do Laboratório de Pesquisa e Intervenção em Psicologia Cognitivo-Comportamental (LaPICC) da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCL-RP) da Universidade de São Paulo (USP), culminou com um convênio de Co-tutela internacional com o Programa de Doutorado em Educação, na Especialidade em Educação para a Saúde da Faculdade de Motricidade Humana (FMH) da Universidade de Lisboa (Ulisboa), sob a supervisão da Professora Doutora Maria Margarida Gaspar de Matos.

O estudo foi desenvolvido por meio de uma pesquisa de corte transversal, com 722 alunos do ensino médio e técnico da rede pública de educação do município de Foz do Iguaçu, do estado do Paraná, Brasil.

A pesquisa permitiu: (1) aprofundamento teórico sistemático do impacto de

programas de intervenção em habilidades sociais para adolescentes em situação de vulnerabilidade em saúde; (2) caracterização da influência da região de fronteira nos indicadores de saúde e nas habilidades sociais de adolescentes; e (3) análise da relação entre fatores de risco em saúde com as habilidades sociais de adolescentes. Numa análise final dos resultados, são apresentadas considerações para futuras pesquisas e intervenções em programas de habilidades sociais para prevenção e promoção da saúde de adolescentes em região de fronteira.

Este documento é constituído por três partes, das quais constam um componente introdutório referente aos fundamentos teóricos e metodológicos do trabalho (**Parte I**); Produção dos artigos científicos com resultados da pesquisa (**Parte II**); Conclusões com recomendações para futuras pesquisas (**Parte III**).

## **PARTE I**

Apresentação de uma introdução teórica do tema em estudo (**Capítulo I**), na sequência um enquadramento da metodologia da pesquisa (desenho do estudo, participantes, procedimentos, instrumentos utilizados e métodos de análise de dados) (**Capítulo II**).

## **PARTE II**

Na apreciação dos resultados do estudo é apresentado um estudo de revisão sistemática sobre o desenvolvimento de comportamentos positivos através de programas de habilidades sociais para adolescentes em situação de vulnerabilidade em saúde (**Capítulo III**); Na sequência é apresentado a análise dos fatores de risco em saúde e as habilidade sociais de adolescentes a partir da associação entre o consumo de substâncias e fatores de risco com o auto-controle de adolescentes (**Capítulo IV**); Uma relação do conceito mais ampliado da saúde sexual com as habilidades sociais é discutida (**Capítulo V**); A associação entre a agressão, violência com a empatia é discutida (**Capítulo VI**); E por fim é apresentada a relação entre regulação parental, atividade física com a desenvoltura social (**Capítulo VII**).

## **PARTE III**

Uma discussão integrativa com os principais resultados é desenvolvida, expondo as limitações e as recomendações para futuras pesquisas e intervenções em habilidades sociais para adolescentes em condição de vulnerabilidade em saúde na região de fronteira (**Capítulo VIII**).

# **PARTE I**

## **CAPÍTULO I**

---

### **Introdução Teórica**

## **Vulnerabilidade em saúde de adolescentes em região de fronteira**

Estudos sobre vulnerabilidade demonstram uma diversidade de perspectivas, expressando a amplitude de um conceito que encontra-se em construção e que tem sido utilizado por vários campos da ciência (Schumann & Moura, 2015). Essa diversidade de significado do termo vulnerabilidade proporciona uma ampla possibilidade de utilização no campo da pesquisa, entretanto se corre o risco de perder o seu propósito pelo uso indiscriminado do termo na sociedade, por isso, se faz necessário o posicionamento teórico e conceitual para a definição do campo de estudo, metodologia e aplicação prática (Virokannas, et al., 2020; Herring, 2016).

Existem duas escolas predominantes no estudo da vulnerabilidade, a primeira defende uma visão mais ampla do termo, entendendo a vulnerabilidade como uma condição universal do ser humano (Carlson, 2014; Fineman, 2013; Jordan, 2008), enquanto a segunda demonstra interesse no estudo da vulnerabilidade com foco em regiões e grupos de pessoas que apresentam características em comum (Luna 2019; Clark & Preto, 2018; ten Have, 2014; (Buck et al., 2005; Buck et al., 2005).

Outros autores fazem uma distinção entre as duas abordagens enfatizando a questão inata e situacional, entendendo que a primeira busca identificar pessoas em uma condição permanente de risco, enquanto a segunda identifica situações específicas de exposição (Virokannas et al., 2020).

A concepção de vulnerabilidade como algo inato ao ser humano, muitas vezes, pode incorrer em uma tentativa velada de justificar algumas limitações na estrutura de um sistema de atendimento a população. Nessa direção seria encorajado aos pesquisadores interrogar o primeiro conceito, buscando assim, fomentar a discussão para criação de mecanismos, medidas e indicadores sociais e de saúde que auxiliem na ampliação da compreensão do

conceito de vulnerabilidade para um entendimento mais contextual (Schumann & Moura, 2015; Brown, 2011).

A discussão sobre a importância da definição da vulnerabilidade ocorre também a partir de duas esferas distintas, conceitual e prática, relatando que a resposta para as duas não é uma tarefa fácil. Na esfera conceitual é comumente utilizada a metáfora dos rótulos, buscando identificar populações específicas na tentativa de explicação de um problema mais complexo da sociedade, entretanto, essa definição acaba desconsiderando a quais vulnerabilidades o grupo está exposto e a sua relação com o contexto (Luna, 2019).

A diferenciação entre as questões teóricas e práticas da vulnerabilidade foram, inicialmente, analisadas a partir do campo da ética em pesquisa em direção ao campo das tecnologias de cuidado em saúde, entendendo que pessoas, populações e até mesmo países podem ser considerados como vulneráveis (ten Have, 2014). Essa concepção ainda avança no entendimento de que quanto maior a exposição a riscos físicos, psicológicos e sociais, entendidos como uma consequência da influência dos determinantes sociais da saúde, maior será a incapacidade de defender as próprias necessidades (Clark & Preto, 2018; Hurst, 2008).

Primeiramente, o conceito a partir da metáfora dos rótulos gera um estereótipo de um grupo de pessoas e essa compreensão acaba naturalizando a vulnerabilidade, criando uma visão estática e de difícil superação. O autor ainda destaca que se a vulnerabilidade é vista como um fato natural, ou seja, se o ser humano é vulnerável por natureza, não haveria a necessidade da realização de estudos e intervenções para um grupo específico de pessoas na sociedade (Luna, 2019).

Partindo para a análise da esfera estrutural ou funcional da vulnerabilidade, o mesmo autor utiliza a metáfora das camadas, reportando a vários estratos que poderiam ser adquiridos ou removidos a partir da relação do indivíduo com as condições do seu contexto.

Essa compreensão permite a identificação das diferentes condições de vulnerabilidade em um mesmo grupo de pessoas, considerando as necessidades e recursos dos envolvidos, visando a criação de mecanismos de fortalecimento e empoderamento (Luna, 2019).

Na visão de Luna (2019), a vulnerabilidade deve ser analisada a partir de uma variedade de fatores, através da sua relação com o contexto e envolvendo várias áreas e em diferentes grupo e populações. O autor ainda identifica dois níveis de ação na esfera prática da vulnerabilidade: 1) identificação de estratos da vulnerabilidade; e 2) consideração de uma cascata de camadas envolvidas na situação. O segundo nível de ação compreende que a condição de vulnerabilidade está diretamente ligada a situação sócio-política, identificada por fatores originários e consequenciais.

Essa concepção da cascata de camadas é muito comum na área da saúde pública, que compreende a vulnerabilidade a partir da epidemiologia social (Hutcheon & Lashewicz, 2014), buscando a relação através das condições do indivíduo com o contexto, relações que as políticas públicas teriam condições de priorizar e intervir (Luna, 2019).

Essa concepção vai ao encontro do entendimento da vulnerabilidade na América Latina, que a compreende a partir da ampliação da análise de questões referente a renda, bens e problemas sociais (Abramovay, 2002), conduzindo estudos que consideram a exposição das pessoas ao risco em saúde, através de um conjunto de aspectos individuais, coletivos e contextuais, resultando na maior suscetibilidade, a partir de uma maior ou menor disponibilidade de recursos em todas as esferas de proteção (Ayres, 2003).

A definição adotada por Ayres (2018; 2003; 2002) propõe que a vulnerabilidade deve ser entendida a partir de três componentes: o individual, o social e o programático, apresentados na Figura 1:



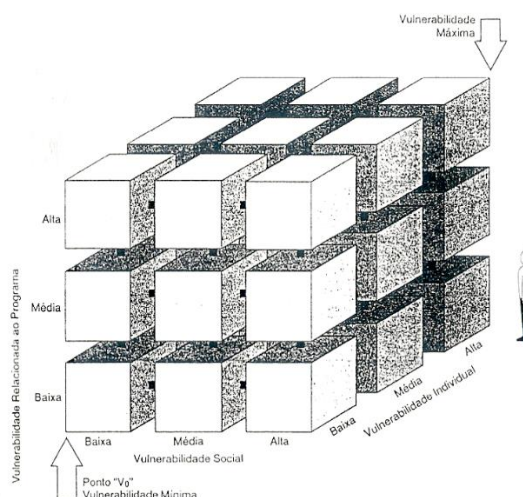


Figura 1. Esferas individual, social e programática do conceito de vulnerabilidade.

Fonte: Ayres, Paiva & França (2018).

O componente individual indica as características pessoais, comportamentais e relacionais, constituídas a partir do nível de informação que o indivíduo dispõe sobre a situação, auxiliando na capacidade de transformar as condições de risco em saúde em práticas protetoras para o bem-estar (Ayres, 2018; 2003; 2002).

O componente social corresponde à relação com o contexto social, como o acesso a educação, recursos materiais, meios de comunicação, etc, culminando na capacidade de influenciar na participação e no enfrentamento de barreiras sociais, culturais e políticas. Nessa dimensão incluem-se questões educacionais, econômicas, de segurança e de cidadania, exigindo um maior envolvimento em questões coletivas da sociedade (Ayres, 2018; 2003; 2002).

O componente programático da vulnerabilidade envolve uma leitura dos recursos mais estruturais e gerenciais relacionados às instituições públicas e privadas, direcionados a proteção dos riscos por meio de projetos, programas e políticas públicas de prevenção e

promoção da saúde. Nesse ponto exige-se esforços de vários setores da sociedade (Ayres, 2018; 2003; 2002).

Considerando os três componentes, ainda é importante ressaltar algumas características do conceito de vulnerabilidade: Multidimensionalidade, que entende que em algumas condições de agravos demonstra-se maior ou menor vulnerabilidade; Continuidade, apresenta gradações de acordo com a exposição ao risco; e Variabilidade, sendo assim, as pessoas estão vulneráveis a alguma situação, em certo ponto do tempo e do espaço (Brêtas, 2010).

O estudo utilizou o modelo de Ayres (2018; 2003, 2002) para compreensão da vulnerabilidade de adolescentes, permitindo realizar uma análise a partir da influência dos componentes individual e social, reconhecendo a influência dos determinantes sociais no processo saúde-doença especialmente diante das características relacionadas a região de fronteira. A Figura 2 apresenta as características geográficas da região de fronteira entre Brasil, Paraguay e Argentina.

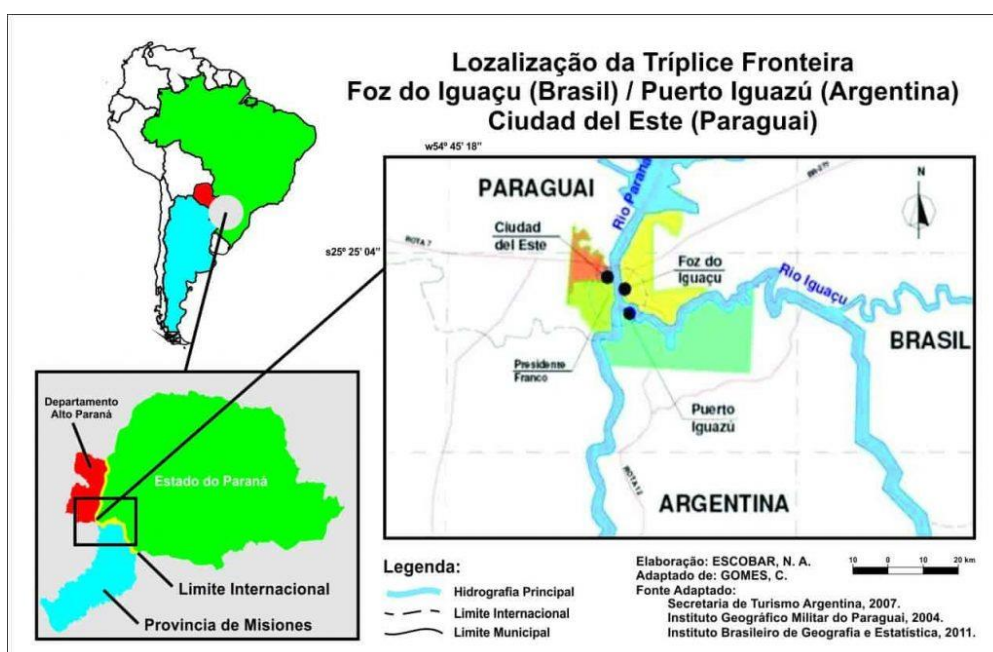


Figura 2. Localização da tríplice fronteira Foz do Iguaçu (Brasil), Puerto Iguazú (Argentina), Ciudad del Este (Paraguay).

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2011). Instituto Geográfico Militar do Paraguay (2004). Secretaria de Turismo da Argentina (2007).

A região de tríplice fronteira demonstra desafios a partir da influência da migração e o comércio entre os três países. Essas atividades comerciais normalmente ocorrem de maneira informal, por meio do transporte de produtos e serviços como bebidas alcóolicas, cigarros, *cannabis*, cocaína, produtos eletrônicos, armas, entre outros e, envolve crianças e adolescentes no processo de transporte e comercialização (Aguiar, 2012).

Essa dinâmica da tríplice fronteira proporciona aos adolescentes uma rápida ascensão financeira, entretanto os expõe a uma rede social que favorece o desenvolvimento de comportamentos de risco em saúde (Aguiar, 2012). Pesquisas apontam uma exposição dos adolescentes em região de fronteira a condições como violência, uso de álcool e tabaco (Priotto, et al., 2015; Priotto & Silva, 2019), iniciação sexual precoce (< 14 anos de idade) (Priotto et al., 2018) e episódios de *bullying* (Corrêa & Almeida, 2017).

Nessa relação pessoa-ambiente entende-se a adolescência como um período de desenvolvimento que está relacionado a maturação biológica, psicológica e relacional em que os indivíduos podem se expor a diferentes condições de vulnerabilidade em saúde. Nesse caso, se concebem várias condições para a definição do termo adolescência, considerando a relação com o contexto sociocultural e durante um período determinado no tempo histórico (Brêtas, 2010; Brasil, 2008).

Nesse caso, a adolescência foi relacionada por muitos anos com questões de risco em saúde, devido a comportamentos como iniciação sexual precoce (< 14 anos de idade), gravidez não planejada, uso e consumo excessivo de substâncias, *bullying*, violência, etc, aspectos considerados negativos no processo de desenvolvimento. Essa concepção segue uma visão do estado de bem estar social, que planeja intervenções baseadas na diminuição dos riscos, entretanto se adotarmos o conceito de vulnerabilidade proposto por Ayres (2018; 2003, 2002) para compreender as experiências dos adolescentes, poderemos desenvolver

intervenções mais amplas frente a esse desafio, incluindo aspectos gerais do contexto com questões emocionais, comportamentais e relacionais nessa faixa etária (Brêtas, 2010).

Nessa direção se entende que o estudo do risco social e de saúde na adolescência passa a se modificar com o passar do tempo, inicialmente baseou-se em questões socioeconômicas e de privação de direito, com o tempo se concebeu como algo ligado a interações sociais (Brêtas, 2010). Por esse motivo se justifica a intenção de estudar a vulnerabilidade integrada a atenção a saúde, pois a partir dessa definição, busca-se desenvolver pesquisas, programas e políticas públicas bem como alocar recursos respeitando a equidade social no cuidado em saúde (Clark & Preto, 2018; Brown 2011).

Pesquisas apresentam discussões de que enquanto permanecer hierarquia nas relações interpessoais e sociais existirá uma responsabilidade de cuidado e proteção da parte de quem dispõem de condições para prover esse cuidado (Clark & Preto, 2018; ten Have, 2014). Essa responsabilidade também foi analisada em documentos internacionais, sugerindo que investigadores, trabalhadores e gestores de saúde teriam essa função ética de elaborar propostas em direção as necessidades dos adolescentes (Public Health Agency of Canada, 2015).

Ainda na tentativa da compreensão da vulnerabilidade na adolescência autores apresentam três pontos importantes de reflexão: 1) a visão paternalista e opressora por meio do controle social, aumentando a estigmatização e exclusão de grupos específicos da população (Brown, 2011); 2) a dependência dos usuários ao sistemas de atendimento público, sendo que por outro lado, poderiam se focar nas possibilidades de mudança e autonomia (Fawcett, 2009); e 3) a "Agenda da redução da vulnerabilidade", buscando erradicar toda condição vulnerável, no intuito do desenvolvimento de seres humanos ideais e perfeitos (Clark & Preto, 2018).

Sendo assim o termo vulnerabilidade precisa ser utilizado com bastante cuidado e reflexão, porque a partir de sua definição estarão implicadas intervenções com indivíduos e populações (Piggott, 2015). Nesse sentido, a compreensão a partir da relação de fatores internos e externos dos adolescentes nos estimula a criar oportunidades na tentativa de diminuir a influência de fatores etiológicos na iniquidade em saúde tornando-os mais autônomos e integrados em questões da sociedade (Clark & Preto, 2018).

### **Habilidades Sociais na adolescência**

As relações interpessoais na adolescência fazem parte do processo do desenvolvimento humano e apresentam uma relação entre vários contextos sociais como pares, família, escola e comunidade (Fogaça, et al., 2019; Nilsen, et al., 2018; Vera, et al., 2017; Del Prette & Del Prette, 2017a; Sklad, et al., 2012).

O termo habilidades sociais integra um vasto campo teórico e prático das ciências humanas, sendo a atuação mais específica na área da Psicologia. As habilidades sociais, por apresentarem contribuições para o desenvolvimento das relações interpessoais de adolescentes, têm sido discutidas amplamente no âmbito científico e no campo da educação e da saúde (Souza, et al., 2019; Tan, et al., 2018; Del Prette & Del Prette, 2017b).

Estudos têm apresentado resultados sobre a relevância das habilidades sociais e sua relação com indicadores de desenvolvimento socioemocional e bem-estar de adolescentes (Ximenes, et al., 2019; Akelaitis & Lisinskiene, 2018; Pereira-Guizzo, et al., 2018; Silva, et al., 2018; Romero-Olivaa et al., 2017; Uzunian & Vitalle, 2015; Lv & Takami, 2015; Holopainen, et al., 2012).

As habilidades sociais também apresentam evidências positivas, em estudos com adolescentes, demonstrando a sua função protetora para problemas de comportamento e

transtornos psicológicos (Santana, et al., 2017; Stan & Beldean, 2014; Bolsoni-Silva & Loureiro, 2014; Feitosa, 2013). Por esse motivo, tem crescido o interesse de pesquisadores no aprofundamento de intervenções em habilidades e competências sociais para adolescentes. Entretanto, Del Prette & Del Prette (2017a) ressaltam a importância do caráter instrumental, considerando sim o impacto direta aos adolescentes, mas também apontam a responsabilidade do compromisso ético dos estudos e suas contribuições para os diferentes contextos sociais envolvidos.

Além das evidências científicas, o termo habilidades sociais está relacionado com outros recursos teóricos do campo das relações interpessoais, que foram sendo aprimorados por meio de estudos teóricos e intervenções práticas, essa relação é apresentada na Figura 3:

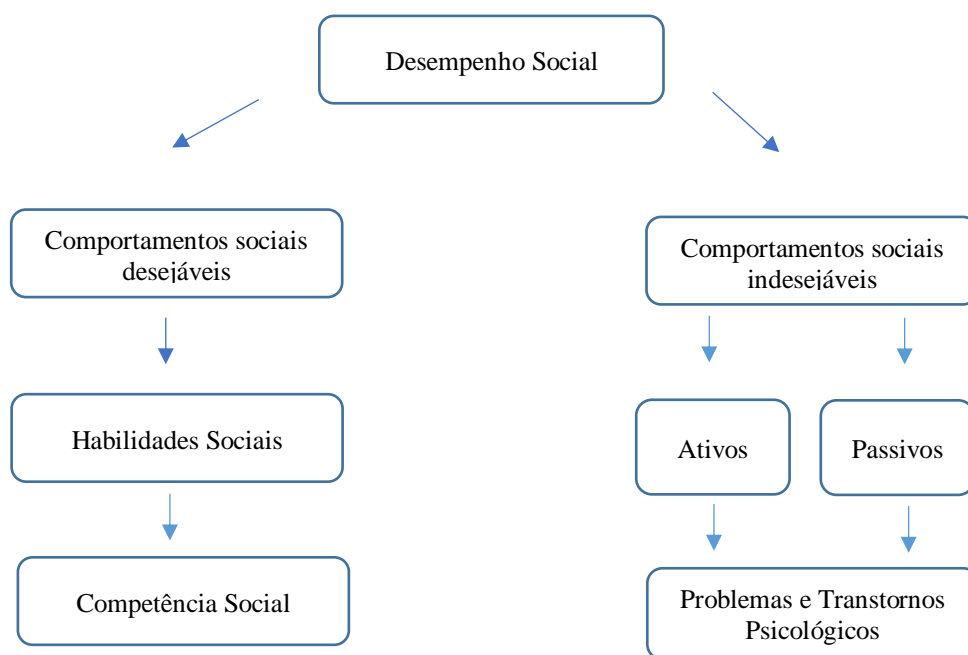


Figura 3. Classificação dos desempenhos sociais.

Fonte: Del Prette & Del Prette, 2017a.

De acordo com Del Prette & Del Prette (2017a) as habilidades sociais são aprendidas ao longo do desenvolvimento humano, expressões essas aceitas e apoiadas pelo contexto cultural na relação entre as pessoas, vindo a contribuir para o desenvolvimento da

competência social, quando as condições ambientais são favoráveis. Entretanto, quando essas condições não são favoráveis ou as ações não recebem apoio do contexto sociocultural, desenvolvem-se *deficits* e como consequência os comportamentos sociais indesejáveis, necessitando de apoio terapêutico.

O desempenho social se refere a qualquer expressão de comportamentos nas relações interpessoais, incluindo os que favorecem e os que dificultam o processo de desenvolvimento e qualidade nos relacionamentos sociais. As competências sociais estão efetivamente relacionadas com o desempenho das habilidades sociais demonstradas a partir da expressão do pensamento, sentimento e comportamento de forma coerente, assumindo uma conotação avaliativa com o uso de critérios instrumentais e éticos. Dessa forma, o desempenho social é caracterizado por dois grupos de comportamentos sociais: 1) desejáveis, que auxiliam a competência social; e 2) indesejáveis, que desenvolvem problemas de comportamento e transtornos psicológicos (Del Prette & Del Prette, 2017b,c).

O grupo de comportamentos sociais indesejáveis é subdividido em ativos e passivos. O desempenho indesejável ativo é demonstrado por comportamentos como agressão verbal ou física (*bullying*), ingestão de álcool e outras substâncias, transtornos alimentares, iniciação sexual precoce e sem proteção, assim como outros comportamentos reprovados pela sociedade. O desempenho indesejável passivo, corresponde a reações de aceitação, evitação e conformismo, preditores de problemas emocionais e cognitivos como ansiedade, depressão, sedentarismo, etc. (Ismayilova & Terlikbayeva, 2018; Curran, et al., 2016; Terroso, et al., 2016; Donola Cardoso & Malbergier, 2013).

Cabe aqui um destaque para a relevância da identificação dos tipos de *deficits* no processo de tomada de decisão para o desenvolvimento de ações e programas de intervenção em habilidades sociais para adolescentes. Essa definição de *deficits* ou prioridades também

vem ao encontro da identificação de classes e subclasses das habilidades sociais integrada ao repertório geral dos adolescentes. As classes/ subclasses são apresentadas no Quadro 1:

**Quadro 1.** Classes de habilidades sociais para adolescentes.

Classe/subclasse	Definição
Empatia	Identificação de problemas e reações emocionais nas outras pessoas, expressando entendimento, compreensão e suporte social.
Autocontrole	Reação emocional e comportamental equilibrada e socialmente coerente as situações sociais que normalmente geram sentimentos de desconforto, raiva ou humilhação.
Civilidade	Traquejo social através do cumprimento de padrões e normas básicas de convivência social.
Assertividade	Afirmação e posicionamento adequado com relação a proteção da própria opinião e defesa de direitos sociais e humanos.
Abordagem afetiva	Estabelecimento de contato afetivo e/ou sexual por meio de expressão de satisfação/ insatisfação aos contatos verbais e físicos.
Desenvoltura social	Exposição social através de conversas, encontros sociais e apresentação de trabalhos a uma audiência.

Fonte: Del Prette & Del Prette 2014.

Os *déficits* em habilidades sociais podem ser divididos em três tipos, independentes da faixa etária, entretanto costumam ser identificados na infância e adolescência, porque na fase adulta, normalmente os comportamentos são escondidos ou camuflados: 1) *Déficit* de aquisição: habilidade que ainda não foi integrada ao repertório geral de habilidades sociais, por falta de conhecimento ou aprendizagem; 2) *Déficit* de desempenho: habilidade que foi adquirida, mas o desempenho costuma ser baixo, não impactando na competência social; 3) *Déficit* de fluência: habilidade que é desempenhada com uma frequência, entretanto o resultado é abaixo do esperado no contexto, gerando um alto custo/ dificuldade do adolescente (Del Prette & Del Prette, 2017a,b).



Os indicadores de *déficits* costumam estar associados a comportamentos de risco em saúde e social como o uso/ abuso de álcool e outras substâncias, ansiedade, depressão, evasão escolar, dificuldades de inserção do mercado de trabalho etc., demonstrando como fator agravante o comprometimento de funções sociais adaptativas. Por outro lado, um repertório de habilidades sociais satisfatório pode ser identificado como um fator de proteção contra o desenvolvimento de problemas de comportamento e transtornos psicossociais (Nunes & Mota, 2017; Leme, et al., 2016; Wagner & Oliveira, 2009).

Estudos têm demonstrado que o treino de habilidades sociais para adolescentes pode ser um componente importante para a prevenção de transtornos psicológicos e problemas comportamentais, entretanto em outros contextos atua de forma complementar para recuperação de outros problemas relacionados as relações interpessoais e de risco em saúde (Pereira-Guizzo, et al., 2018; Silva, et al., 2018; Fekkes, et al., 2016; Uzunian & Vitalle, 2015). Assim, a avaliação criteriosa do repertório de habilidades sociais deve nortear o planejamento de pesquisas e intervenções com adolescentes (Souza, et al., 2019).

Os programas de habilidades sociais buscam a superação de *déficits* e a prevenção de comportamentos de risco em saúde e social, que em geral, são conduzidos no campo da educação e da saúde (de Mendonça Fernandes, et al., 2018; Del Prette & Del Prette, 2017c). Pesquisas brasileiras apontaram alguns aspectos relacionados aos estudos conduzidos para o desenvolvimento de habilidades sociais com adolescentes, alguns são destacados a seguir: necessidade de envolver a compreensão da influência do contexto social no desenvolvimento das habilidades e competências sociais (Longhini, et al., 2017; Biasotto, 2014); Necessidade de avaliação criteriosa de programas na área das habilidades sociais (Campos, et al., 2018; Murta, et al., 2013); Necessidade da utilização da teoria e prática do campo das habilidades sociais para aplicação em diferentes contextos e problemas (Leme, et al. 2015).

Em revisão da literatura nacional sobre intervenções em habilidades sociais para adolescentes identificou-se que ainda não foram desenvolvidos programas considerando as características estruturantes da teoria com estratégias, técnicas e procedimentos rigorosos (Leme, et al., 2015; Leme, et al., 2016; Murta, et al., 2016; Murta, et al., 2009, 2013; Pereira-Guizzo, et al., 2018; Murta, et al., 2009a), o que já foi consolidado em pesquisas a nível internacional (Haug, et al., 2018; van der Stouwe, et al., 2018; Haug et al., 2017; Melnyk, et al., 2013; Roberts, et al., 2011).

Sendo assim, ainda existe uma lacuna na literatura brasileira sobre programas de habilidades sociais com desenhos experimentais ou quase experimentais direcionados especificamente para adolescentes que apresentam comportamentos de risco em saúde em região de fronteira, no entanto, pesquisas têm desenvolvido programas de intervenções em prevenção e promoção de saúde mental que incluem, outras estratégias em conjunto com as habilidades sociais (Silva, et al., 2018a; Silva, et al. 2018b; Del Prette & Del Prette, 2017c).

Essa concepção não restringe a importância da dimensão instrumental e funcional nas intervenções em habilidades sociais, na tentativa de responder a demandas individuais e de grupos específicos de adolescentes. Entretanto, considerando a dimensão ética, de direito social e de saúde, os programas em habilidades sociais poderiam estar relacionados com intervenções diretamente relacionadas a políticas públicas na tentativa de atender uma maior parcela da população de forma estruturada e continuada (Del Prette & Del Prette, 2017c; García-Poole, et al., 2018). Sendo assim, a hipótese desse estudo é que adolescentes que apresentam alta vulnerabilidade em saúde na região de fronteira demonstrariam um baixo repertório de habilidades sociais.

## Referências

- Abramovay, et al. (2002). *Juventude, Violência e Vulnerabilidade Social na América Latina: Desafios para Políticas Públicas*.
- Aguiar, J. C. G. (2012). Cities on edge: Smuggling and neoliberal policies at the Iguazú triangle. *Singapore Journal of Tropical Geography*, 33(2), 171–183.  
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9493.2012.00463.x>
- Akelaitis, A. V., & Lisinskiene, A. R. (2018). Social emotional skills and prosocial behaviour among 15-16-year-old adolescents. *European Journal of Contemporary Education*, 7(1), 21–28.
- Ayres, J. R., Paiva, V., & França, I. (2018). De la historia natural de la enfermedad a la vulnerabilidad: conceptos y prácticas en transformación en la salud pública contemporánea. In: Paiva, V., Ayres, J. R., Capriati, A. J., Amuchástegui, A., & Pecheny, M. *Prevención, Promoción y Cuidado: Enfoques de la vulnerabilidad y derechos humanos*. TeseoPress; p.35-64.
- Ayres, J. R., França Junior, I., Calazans, G. J., Filho, H. C. S. (2003). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM. (orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Editora FioCruz; p.117-139.
- Ayres, J. R. (2002). *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia*. São Paulo: Hucitec.
- Ayres, J. R., França Junior, I., Calazans, G. J., Salletti, H. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: Barbosa, R., Parker, R. (1999) *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidade e poder*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; p.50-71.

- Biasotto, F. (2014). La depresión por la perspectiva biopsicosocial y la función protectora de las Habilidades Sociales. *Psicologia Ciencia e Profissao*, 34(2), 488–499.
- Bolsoni-Silva, A. T., & Loureiro, S. R. (2014). The role of social skills in social anxiety of university students. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 24(58), 223–232.
- Brasil. (2008). *Saúde do Adolescente : Competências e Habilidades*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, & Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.
- Brêtas, J. (2010). Vulnerabilidade e adolescência. *Revista Da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, 10(2), 89–96.
- Brown, K. (2011). ‘Vulnerability’: Handle with Care. *Ethics and Social Welfare*, 5(3), 313–321. <https://doi.org/10.1080/17496535.2011.597165>
- Buck, A., Balmer, N., & Pleasence, P. (2005). Social exclusion and civil law: Experience of civil justice problems among vulnerable groups. *Social Policy and Administration*, 39(3), 302–322. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2005.00441.x>
- Campos, J. R., Aparecida, Z., Del, P., & Prette, A. Del. (2018). Relações entre depressão, habilidades sociais, sexo e nível socioeconômico em grandes amostras de adolescentes. *Psic.Teor e Pesq*, 34(3446), 1–10.
- Carlson, J. (2014). The Equalizer? Crime, Vulnerability, and Gender in Pro-Gun Discourse. *Feminist Criminology*, 9(1), 59–83. <https://doi.org/10.1177/1557085113502518>
- Clark, B., & Preto, N. (2018). Exploring the concept of vulnerability in health care. *Cmaj*, 190(11), E308–E309. <https://doi.org/10.1503/cmaj.180242>
- Corrêa, R. S., Almeida, A. M. (2017). *Vulnerabilidade em saúde de adolescentes em região de fronteira*. N. In *Dissertação de Mestrado, apresentada à Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE. Área de Concentração: Saúde Pública em Região de*

*Fronteira.*

- Curran, T. M., Monahan, J. L., Samp, J. A., Coles, V. B., DiClemente, R. J., & Sales, J. (2016). Sexual Risk Among African American Women: Psychological Factors and the Mediating Role of Social Skills. *Communication Quarterly*, *64*(5), 536–552.
- Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2017a). Habilidades sociais e competência social para uma vida melhor. São Carlos: UFSCAR.
- Del Prette A. & Del Prette, Z. A. (2017b). Competência Social e Habilidades Sociais: manual teórico-prático. Petrópolis: Vozes.
- Del Prette A. & Del Prette, Z. A. (2017c). Habilidades Sociais: intervenções efetivas em grupo. São Paulo: Pearson.
- Del Prette, A. & Del Prette, Z. A. P. (2014). Inventário de habilidades sociais para adolescents (IHS-DEL-PRETTE): manual de aplicação, apuração e interpretação. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- de Mendonça Fernandes, L., Leme, V. B. R., dos Santos Elias, L. C., & Soares, A. B. (2018). Predictors of academic achievement at the end of middle school: History of repetition, social skills and social support. *Trends in Psychology*, *26*(1), 215–242.
- Donola Cardoso, L. R., & Malbergier, A. (2013). Habilidades sociais e uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas em adolescentes. *Psicologia Argumento*, *31*(75), 761–768.
- Fawcett B. (2009). Vulnerability: questioning the certainties in social work. *Int Soc Work* 2009;52:473-484. <https://doi.org/10.1177/0020872809104251>
- Feitosa, F. B. (2013). Habilidades sociais e sofrimento psicológico. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*; Rio de Janeiro, *65* (1): 38-50.
- Fekkes, M., van de Sande, M. C. E., Gravesteyn, J. C., Pannebakker, F. D., Buijs, G. J., Diekstra, R. F. W., & Kocken, P. L. (2016). Effects of the Dutch Skills for Life Program on the health behavior, bullying, and suicidal ideation of secondary school

- students. In *Health Education* (Vol. 116, Issue 1, pp. 2–15).co. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 65(1), 38–50.
- Fineman, M. A. (2013). Equality, autonomy, and the vulnerable subject in Law and politics. In M. A. Fineman, & A. Grear (Eds.), *Vulnerability: Reflections on a new ethical foundation for law and politics* (pp. 13–28). Surrey: Ashgate.
- Fogaça, F. F. S., Tatmatsu, D. I. B., Como, C. N., Del Prette, Z. A. P., Del Prette, A. (2019). The development of social skills in adolescence as behavioral cusp. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 21(2), 217–231.
- García-Poole, C., Byrne, S., & Rodrigo, M. J. (2018). Adolescent lifestyle profiles and personal and community competences. *European Journal of Developmental Psychology*, 15(5), 531–547.
- Haug, S, Paz Castro, R., Wenger, A., & Schaub, M. P. (2018). Efficacy of a mobile phone-based life-skills training program for substance use prevention among adolescents: study protocol of a cluster-randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 18(1), 1102.
- Haug, Severin, Paz Castro, R., Meyer, C., Filler, A., Kowatsch, T., & Schaub, M. P. (2017). A Mobile Phone-Based Life Skills Training Program for Substance Use Prevention Among Adolescents: Pre-Post Study on the Acceptance and Potential Effectiveness of the Program, Ready4life. *JMIR MHealth and UHealth*, 5(10), 143.
- Herring, J. (2016). *Vulnerable adults and the Law*. Oxford: Oxford University Press.
- Holopainen, L., Lappalainen, K., Junttila, N., & Savolainen, H. (2012). The Role of Social Competence in the Psychological Well-being of Adolescents in Secondary Education. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 56(2), 199–212.
- Hurst, S. A. (2008). Vulnerability in research and health care; Describing the elephant in the room? *Bioethics*, 22(4), 191–202. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2008.00631.x>

- Hutcheon, E., & Lashewicz, B. (2014). Theorizing resilience: Critiquing and unbounding a marginalizing concept. *Disability and Society*, 29(9), 1383–1397
- Ismayilova, L., Terlikbayeva, A. (2018). Building Competencies to Prevent Youth Substance Use in Kazakhstan: Mixed Methods Findings From a Pilot Family- Focused Multimedia Trial. *J. Adolesc Health*, 63(3), 301–312.
- Jordan, J. V. (2008). Valuing vulnerability: New definitions of courage. *Women and Therapy*, 31(2–4), 209–233. <https://doi.org/10.1080/02703140802146399>
- Kirby, P. (2006). Theorising globalisation’s social impact: Proposing the concept of vulnerability. *Review of International Political Economy*, 13(4), 632–655. <https://doi.org/10.1080/09692290600839915>
- Leme, V. B. R., Del Prette, Z. A. P., Koller, S. H., Del Prette, A. (2015). Habilidades Sociais e o Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano: Análise e Perspectivas. *Psicologia & Sociedade*, 28(1), 181–193. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-03102015aop001>
- Leme, V B R, Del Prette, Z. A. P., & Coimbra, S. (2015). Social skills, social support and well-being in adolescents of different family configurations. *Paideia*, 25(60), 9–17. [43272560201503&partnerID=40&md5=1a9f626e9be91e90eb8318e8de58c84d](https://doi.org/10.1590/1807-43272560201503&partnerID=40&md5=1a9f626e9be91e90eb8318e8de58c84d)
- Leme, V. B. R., Fernandes, L. de M., Jovarini, N. V., Achkar, A. M. El, & Del Prette, Z. A. P. (2016). Social Skills Program for Adolescents in Vulnerable Social Contexts. *Psico USF*, 21(3), 595–608.
- Longhini, L. Z., Rios, B. F., Peron, S., & Neufeld, C. B. (2017). Characterization of Social Skills of Teenagers in a School Context. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 13(2), 131–137.
- Luna, F. (2019). Identifying and evaluating layers of vulnerability – a way forward. *Developing World Bioethics*, 19(2), 86–95. <https://doi.org/10.1111/dewb.12206>

- Lv, L., & Takami, K. (2015). The relationship between social skills and sports activities among Chinese college students. In *Psychology* (Vol. 6, Issue 4, pp. 393–399).
- Melnyk, B. M., Jacobson, D., Kelly, S., Belyea, M., Shaibi, G., Small, L., O’Haver, J., & Marsiglia, F. F. (2013). Promoting healthy lifestyles in high school adolescents: A randomized controlled trial. *American Journal of Preventive Medicine*, *45*(4), 407–415.
- Murta, S., Moore, R., Miranda, A., Cangussú, E., Santos, K., Bezerra, K., & Veras, L. (2016). Efeitos de um Programa de Prevenção à Violência no Namoro. *Psico-USF*, *21*(2), 381–393.
- Murta, S. G., dos Santos, B. R. P., Nobre, L. A., de Araújo, I. F., Miranda, A. A. V., Rodrigues, Í. de O., & Franco, C. T. P. (2013). Prevenção á violência no namoro e promoção de habilidades de vida em adolescentes. *Psicologia USP*, *24*(2), 263–288.
- Murta, S. G., Borges, F. A., Ribeiro, D. C., Rocha, E. P., Menezes, J. C. L. de, & Prado, M. de M. e. (2009a). Prevenção primária em saúde na adolescência: avaliação de um programa de habilidades de vida. *Estudos de Psicologia*, *14*(3), 181–189.
- Murta, S. G., Borges, F. A., Ribeiro, D. C., Rocha, E. P., Menezes, J. C. L. de, & Prado, M. de M. e. (2009b). Prevenção primária em saúde na adolescência: avaliação de um programa de habilidades de vida TT - Primary prevention in health in adolescence: evaluation of a life skills program. *Estud. psicol. (Natal)*, *14*(3), 181–189.
- Nilsen, W., Karevold, E. B., Kaasbøll, J., & Kjeldsen, A. (2018). Nuancing the role of social skills-A longitudinal study of early maternal psychological distress and adolescent depressive symptoms. *BMC Pediatrics*, *18*(1), 1–12.
- Nunes, F., & Mota, C. P. (2017). Vinculação aos pais, competências sociais e ideação suicida em adolescentes. *Arq. bras. psicol. (Rio J. 2003)*, *69*(3), 52–65.
- Pereira-Guizzo, C. de S., Del Prette, A., Del Prette, Z. A. P., & Leme, V. B. R. (2018). Social skills program for adolescents in preparing for work. *Psicologia Escolar e*



*Educacional*, 22(3), 573–581.

Priotto, E. M. T. P., Ferriani, M. G. C., Silva, M. A. I. (2015). Práticas educativas na convivência familiar e de adolescentes do Brasil, Paraguay e Argentina. *Rev Enferm UFPE*, 9(11). <https://doi.org/10.5205/reuol.8008-72925-1-ED.0911201507>

Priotto, E., Führ, A., Gomes, L., & Barbosa, T. (2018). Iniciação sexual e práticas contraceptivas de adolescentes na tríplice fronteira entre Brasil, Argentina e Paraguai. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 1–9. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.16>

Priotto, E. M. T. P., & Silva, M. A. I. (2019). Consumo de álcool e drogas e participação em violência por adolescentes de uma região trinacional. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição Em Português)*, 15(3), 1–9. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2019.000403>

Piggott TW. (2015). Pursuing health: underserved populations in Canada. Ottawa: Canadian Public Health Agency.

Public Health Agency of Canada. (2015). *REPORT Rio Political Declaration on Social Determinants of Health: A Snapshot of Canadian Actions 2015*.

Roberts, C., Williams, R., Kane, R., Pintabona, Y., Cross, D., Zubrick, S., & Silburn, S. (2011). Impact of a mental health promotion program on substance use in young adolescents. *Advances in Mental Health*, 10(1), 72–82.

Romero-Olivaa, C., Nunes, C., Coronado, C. M., Lemos, I., Gómez, Á. H., & Ayala-Nunes, L. (2017). Calidad de vida y competencias sociales: Un estudio comparativo entre adolescentes nativos e inmigrantes de España y Portugal. *Universitas Psychologica*, 16(3).

Santana, M. L. S., Fukuda, C. C., & Carvalho, E. N. S. de. (2017). A Relação entre Sintomas Depressivos e Habilidades Sociais em Adolescentes. *Id on Line Revista de Psicologia*,

11(36), 295–312.

Schumann, L. A., & Moura, L. B. A. (2015). Índices sintéticos de vulnerabilidade: Uma revisão integrativa de literatura. *Ciencia e Saude Coletiva*, 20(7), 2105–2120. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015207.10742014>.

Silva, J. L. da, Oliveira, W. A. de, Zequinão, M. A., Lizzi, E. A. da S., Pereira, B. O., & Silva, M. A. I. (2018). Resultados de Intervenções em Habilidades Sociais na Redução de Bullying Escolar: Revisão Sistemática com Metanálise. *Trends Psychol*, 26(1), 509–522.

Silva J. L., Oliveira, W. A., Carlos, D. M., Lizzi, E. A. S., Rosário, R., Silva, M. A. I. (2018). Intervention in social skills and bullying. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(3), 1085–1091.

Sklad, M., Diekstra, R., Ritter, M., B. J. (2012). Effectiveness of school-based universal social, emotional, and behavioral programs: do they enhance students' development in the area of skill, behavior, and adjustment? *Psychology in the Schools*, 49(9).

Souza, M. S., Soares, A. B., Freitas, C. P. P. (2019). Social Skills Training (SST) for students facing social vulnerability. *Psicologia: Teoria e Prática*, 21(3), 159–181.

Stan, C., & Beldean, I. G. (2014). The Development of Social and Emotional Skills of Students-ways to Reduce the Frequency of Bullying-type Events. Experimental Results. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 114, 735–743.

Tan, K., Oe, J. S., & Hoang Le, M. D. (2018). How does gender relate to social skills? Exploring differences in social skills mindsets, academics, and behaviors among high-school freshmen students. In *Psychology in the Schools* (Vol. 55, Issue 4, pp. 429–442).

ten Have, H. (2014). The Principle of Vulnerability in the UNESCO Declaration on Bioethics and Human Rights. *Advancing Global Bioethics*, 2, 15–28.

[https://doi.org/10.1007/978-94-017-8736-9\\_3](https://doi.org/10.1007/978-94-017-8736-9_3).

Terroso, L. B., Wendt, G. W., Da Silva Oliveira, M., & De Lima Argimon, I. I. (2016).

Social skills and bullying in adolescents. *Temas Em Psicologia*, 24(1), 251–259.

Uzunian, L. G., & Vitalle, M. S. de S. (2015). Social skills: A factor of protection against

eating disorders in adolescents. *Ciencia e Saude Coletiva*, 20(11), 3495–3508.

van der Stouwe, T., Asscher, J. J., Hoeve, M., van der Laan, P. H., & Stams, G. J. J. M.

(2018). Follow-up of a social skills training (SST) for juvenile delinquents: effects on reoffending. *Journal of Experimental Criminology*.

Vera, E. M., Daskalova, P., Hill, L., Floro, M., Anderson, B., Roche, M., Aydin, F., Adams,

K., Camacho, D., Raziuddin, A., & Carr, A. (2017). Parental Messages, School Belonging, Social Skills, and Personal Control as Predictors of Bullying in Ethnic Minority Adolescents. *School Mental Health*, 9(4), 347–359.

Virokannas, E., Liuski, S., & Kuronen, M. (2020). The contested concept of vulnerability—a

literature review: Vulnerability-käsitteen kiistanalaiset merkitykset—systemaattinen kirjallisuuskatsaus. *European Journal of Social Work*, 23(2), 327–339.

<https://doi.org/10.1080/13691457.2018.1508001>.

Wagner, M. F., & Oliveira, M. da S. (2009). Estudo das habilidades sociais em adolescentes

usuários de maconha. *Psicologia Em Estudo*, 14(1), 101–110.

Ximenes, V. S., Queluz, F. N. F. R., & Barham, E. J. (2019). Revisão sistemática sobre

fatores associados à relação entre habilidades sociais e suporte social. *Psico*, 50(3).

## **CAPÍTULO II**

---

### **Metodologia**

## **Desenho do estudo**

Estudo de corte transversal realizado com adolescentes da cidade de Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil. A pesquisa apresenta uma etapa descritiva e analítica, objetivando produzir um diagnóstico da situação da saúde populacional, descrever a distribuição e amplitude das condições de saúde dos adolescentes, fornecer dados para o planejamento, realização e avaliação de estratégias e projetos em saúde pública (Sitta et al., 2010).

## **Procedimento e participantes**

O estudo foi autorizado pelo Núcleo Regional de Educação (NRE)/ Secretaria de Estado da Educação (SEED) e pelo Instituto Federal do Paraná (IFPR) - Campus Foz de Iguaçu. A coleta de dados foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) (CAAE 58652016.7.0000.0107) (Anexo 1) e posteriormente autorizado o uso do banco de dados pelo CEP da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP) (CAAE 02537118.1.0000.5393) (Anexo 2), resguardando as questões éticas relacionadas a integridade da participação dos adolescentes, conforme a Resolução nº 466/2012 Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012).

Os participantes foram adolescentes de 15 a 17 anos de idade, estudantes de colégios da rede pública de ensino na cidade de Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil. O processo de escolha dessa faixa etária e nível de escolarização envolveu a probabilidade aumentada da exposição dos adolescentes às vulnerabilidades em saúde (dos Reis et al., 2013).

A amostra foi composta por duas unidades de análises. De um total de 29 colégios estaduais, 27 ofereciam turmas de Ensino Médio (E.M.) e 2 de Ensino Técnico/ Profissionalizante (E.P). Uma unidade primária de análise (UPA) foi composta pelas salas de aulas, que foram representadas por conglomerados de tamanho desigual, sendo contabilizadas a partir de um total de 281 salas de aulas existentes. Para obter uma amostra

homogênea optou-se por realizar uma amostra probabilística por conglomerados, selecionada proporcionalmente ao seu tamanho, compostos por uma média de nove *clusters* por escola, obtendo uma amostra de 40 salas de aulas.

Os adolescentes do Ensino Médio e Técnico/ Profissionalizante (E.M/ E.P.) de colégios estaduais foram considerados unidades secundárias de análise (USA), em um total de 9.720 adolescentes matriculados no ano de 2016, uma média de 291 adolescentes por escola, foi realizada assim uma amostra aleatória simples (ASS) (Anexo 3). O grupo de adolescentes (*cluster*) foi selecionado a partir de um intervalo amostral a ser avaliado, posteriormente aleatorizado a partir de um número inicial e na sequência selecionados os *clusteres*, considerando o número acumulado de adolescentes por salas de aulas. A amostra final foi de 743 adolescentes, incluindo três adolescentes a mais em comparação ao cálculo amostral (740), correção necessária considerando a partilha adequada da amostra, a partir do peso de cada conglomerado.

Considerando que a caracterização desse estudo prevê estimativas de parâmetro populacional em que a medida de proporção deve ser considerada para calcular o tamanho da amostra. Optou-se por uma frequência de desfecho na população alvo de 50%, devido a escassez de pesquisas relacionando a vulnerabilidade em saúde em região de fronteira e as habilidades sociais de adolescentes.

Uma medida de variabilidade foi considerada no cálculo do tamanho amostral, a partir de variáveis dicotômicas, tal medida foi calculada como  $Var(X) = P(1 - P)$  em que  $Var(X)$  corresponde a variância da variável dicotômica  $X$ , e  $P$  corresponde a proporção da população; partindo do princípio que o valor  $P$  é desconhecido buscou-se considerar a alternativa da estimativa da variância referente ao cenário em que se considera a máxima variabilidade; onde tal valor é atingido quando  $P = 0,5$  (Figura 4) (Luiz & Magnanini, 2000).

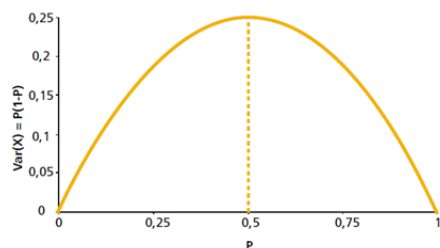


Figura 4. Variabilidade máxima obtida ao utilizar p=0,5.

O tamanho da amostra foi calculado pela fórmula abaixo, considerando que a diferença absoluta da proporção de interesse estimada e a proporção da população não deve ultrapassar  $d=0,05$  (erro amostral) e uma probabilidade de 95% (coeficiente de confiança), fazendo uso dessa alternativa para estimar a variabilidade (Szwarcwald & Damacena, 2008).

$$\text{Fórmula a) } n = \frac{z_{\alpha}^2 * (p * q)}{d^2} = \frac{1,96^2 * (0,5 * 0,5)}{0,05^2} \cong 384$$

*Tamanho de amostra para proporção populacional*

*n = tamanho da amostra*

*$z_{\alpha}$  = valor crítico da distribuição normal padrão (1,96)*

*p = proporção esperada do desfecho na população*

*q = complemento da proporção do desfecho*

*d = erro amostral*

Utilizou-se o valor *deff* (*design effect*) que corresponde a razão das imprecisões relacionadas as estimativas a partir da amostra aleatória simples (AAS). Esse valor foi utilizado a partir da necessidade da correção da amplitude da amostra a partir do tamanho dos conglomerados para garantir a precisão (Barros & Hirakata, 2003). Foi utilizado um tamanho médio de conglomerados (salas de aulas) de 35 adolescentes e um coeficiente de correlação interclasse estimado  $\rho=0,045$ , resultando em um *deff* de 1.928.

$$\text{Fórmula c) } n_c = n * deff = 384 * 1.928 = 740$$

*Adaptação da amostra aleatória simples para amostra de conglomerados*

*$n_c$  = amostra de conglomerados*

*deff = efeito do delineamento amostral*

A Tabela 1 apresenta a relação dos colégios onde ocorreu a coleta de dados nos turnos da manhã, tarde e noite, de acordo com a descrição anterior. A ASS dos adolescentes por *clusters* está disponível nos Anexos 4 e 5.

**Tabela 1.** Relação dos colégios, salas de aula, turno, número de adolescentes participantes e reposição. Foz do Iguaçu, PR-Brasil, 2016.

N	Colégio	Série	Turma	Turno	n° alunos	n° rep
1	A.S., (E.F./ E.M.)	1°	A	Manhã	16	4
2	A.B., (E.F./ E.M.)	1°	A	Manhã	19	5
2	A. B., (E.F./ E.M.)	3°	B	Manhã	19	5
2	A. B., (E.F./ E.M.)	2°	B	Noite	21	5
3	A. S. S., (E.F./ E.M.)	1°	C	Manhã	17	4
3	A. S. S., (E.F./ E.M.)	2°	B	Noite	19	5
4	B. M., (E.F./ E.M.)	2°	A	Manhã	18	5
4	B. M., (E.F./ E.M.)	1°	A	Noite	21	5
6	C. D. A., (E.F./ E.M.)	1°	B	Noite	17	4
8	C. B., (E.F./ E.M.)	1°	A	Manhã	17	4
8	C. B., (E.F./ E.M.)	1°	B	Manhã	16	4
8	C. B., (E.F./ E.M.)	3°	B	Manhã	23	6
9	C. I., (E.F./ E.M.)	2°	A	Noite	20	5
10	C. E. E. P. M. M. P. (E.F./ E.M./ P.)	3	TEC	Noite	7	2
11	C. S., (E.F./ E.M.)	1°	A	Noite	21	5
13	F. W., (E.F./ E.M./ P.)	1°	D	Noite	29	7
13	F. W., (E.F./ E.M./ P.)	3°	A	Manhã	22	6
12	M.G., - E.F. E.M. P.	3°	A	Manhã	19	5
14	I. F.T.P (E.F./ E.M./ P.)	1°	TEC	Manhã	18	5
15	I. R., (E.F./ E.M.)	1°	B	Manhã	19	5
16	J. S., (E.F./ E.M./ P.)	1°	B	Manhã	18	5
16	J. S., (E.F./ E.M./ P.)	2°	D	Noite	21	5
17	J. K. O., (E.F./ E.M.)	2°	A	Manhã	20	5
17	J. K. O., (E.F./ E.M.)	3°	A	Noite	18	5
18	M. C. P., (E.F./ E.M.)	1°	C	Noite	17	4
19	P. F., (E.F./ E.M.)	1°	A	Manhã	20	5
19	P. F., (E.F./ E.M.)	2°	A	Noite	18	5
20	D. P. II, (E.F./ E.M.)	2°	A	Manhã	19	5
20	D. P. II, (E.F./ E.M.)	2°	B	Noite	18	5
21	P., (E.F./ E.M.)	1°	C	Manhã	15	4
22	R. B., (E.F./ E.M./ P.)	2°	B	Manhã	20	5
23	S. M., (E.F./ E.M./ P.)	1°	C	Noite	16	4
24	T., (E.F./ E.M.)	1°	D	Manhã	19	5
24	T., (E.F./ E.M.)	2°	A	Noite	20	5
25	T. A. N., (E.F./ E.M.)	2°	A	Manhã	15	4
25	T. A. N., (E.F./ E.M.)	3°	B	Noite	20	5
26	T. S., (E.F./ E.M.)	1°	A	Noite	15	4
27	T. F., (E.F./ E.M.)	3°	A	Manhã	19	5
28	U. G., (E.F./ E.M./ P.)	1°	A	Manhã	17	4
28	U. G., (E.F./ E.M./ P.)	3°	B	Manhã	20	5
				Total	743	190



Foi utilizada uma cota de 25% do valor representado por *cluster*, considerando ausências, desistências ou exclusão devido ao critério de inclusão da pesquisa (Anexo 6).

De acordo com a descrição do processo de amostragem e reposição anterior a amostra final foi composta por 722 adolescentes, devido 13 ausências e 8 recusas em 5 colégios.

### **Instrumentos**

Foi utilizado o questionário da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), versão 2015 (Brasil, 2016). A PeNSE é uma pesquisa populacional realizada com adolescentes brasileiros em parceria entre o Ministério da Educação (MEC) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (Oliveira, et al., 2017). O questionário é autoaplicável, composto por 105 questões, abordando indicadores de risco e proteção em saúde do adolescente. Este estudo utilizou os seguintes grupo de fatores: condições sociodemográficas, comportamento alimentar, atividade física, uso de cigarro, álcool, droga ilícitas, situações vivenciadas em casa e na rua, saúde sexual e reprodutiva, segurança, imagem corporal, saúde mental e uso de serviço de saúde (Anexo 7).

O outro instrumento utilizado foi o Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes (IHSA-Del Prette) (Del Prette & Del Prette, 2014). O inventário de auto-reporte é composto por 38 afirmativas divididas em seis subescalas: F1 – Empatia; F2 – Autocontrole; F3 – Civilidade; F4 – Assertividade; F5 - Abordagem Afetiva e F6 – Desenvoltura Social e Habilidades Sociais Totais. As questões são apresentadas em uma escla tipo Likert de 0 a 4 pontos identificando a frequência e a dificuldade do comportamento analisado. O instrumento apresentou uma consistência interna de 0,82 (Leme, et al., 2016) (Anexo 8).

A digitação foi realizada em um processo de dupla digitação dos questionários. Para análise e correção entre os digitadores foi utilizado o coeficiente *Kappa*, buscando atingir 100% de concordância.

## **Análise dos dados**

O processo de análise dos dados foi realizado utilizando a estatística descritiva buscando caracterizar a distribuição da população estudada, resultando em tabelas de frequência e porcentagem para os fatores do estudo, no grupo total e por gênero.

Para analisar a relação entre a vulnerabilidade em saúde e as habilidades sociais de adolescentes utilizou-se o teste Qui-quadrado. Para os fatores que apresentaram relação significativa nas análises bivariadas, utilizou-se a Regressão Logística Binomial para análise do impacto das variáveis independentes na frequência e dificuldade das habilidades sociais, utilizando o método “ENTER”.

Todos os testes realizados levaram em consideração um *alfa* ( $\alpha$ ) bidirecional de 0,05 e intervalo de confiança (IC) de 95%. Os programas utilizados foram SPSS 27 (*Statistical Package for the Social Sciences*).

O estudo de revisão sistemática sobre a eficácia de programas de habilidades sociais para adolescentes em condição de vulnerabilidade em saúde, foi desenvolvido e registrado conforme as diretrizes do *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta analysis Protocols* (PRISMA-P) (Moher et al., 2015). A avaliação da qualidade dos estudos foi realizada a partir da lista de Avaliação Crítica do EBL (Glynn, 2006). E para análise dos estudos quantitativos utilizou-se o protocolo *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* – STROBE.

## Referências

- Barros AJD, Hirakata VN. (2003). Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Medical Research Methodology* 3:21
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2016). Pesquisa nacional de saúde do escolar : 2015. In *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE*. <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>
- Del Prette A, Del Prette Z. (2014). Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes (IHSA-Del-Prette): manual de aplicação, apuração e interpretação. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Glynn, L. (2006). A critical appraisal tool for library and information research. *Library Hi Tech*, 24, 387-399. Recuperado de [https:// www.emerald.com/insight/publication/issn/0737-8831](https://www.emerald.com/insight/publication/issn/0737-8831)
- Luiz, R. R.; Magnanini, M. M. F. (2000). A lógica da determinação do tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p. 9-28.
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M.,... & Stewart, L. A. (2015). Preferred reporting items for systematic review and metaanalysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews*, 4, 1-9. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-4-1>
- Oliveira, M. M. de, Campos, M. O., Andreazzi, M. A. R. de, & Malta, D. C. (2017). Características da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PeNSE. *Epidemiologia e*

*Servicos de Saude : Revista Do Sistema Unico de Saude Do Brasil*, 26(3), 605–616.

<https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300017>

Sitta, E. I. et al. A contribuição de estudos transversais na área da linguagem com enfoque em afasia. *Rev. CEFAC*. 2010 Nov-Dez; 12(6):1059-1066.

Szwarcwald CL, Damacena GN. (2008). Amostras complexas em inquéritos populacionais: planejamento e implicações na análise estatísticas dos dados. *Rev Bras Epidemiol*; 11(supl 1): 38-45.

## PARTE II

### CAPÍTULO III

---

#### **Intervenções em competências sociais com adolescentes e o desenvolvimento de atitudes positivas em situação de vulnerabilidade: uma revisão sistemática**

Corrêa, R., Cruz, L. P., Gomez-Baya, D., Almeida, A. M., Matos, M. G. (2020). Análises y Modificación de Conducta, [S.1], v. 46, n.173-4, may. 2020. ISSN 2173-6855.  
<http://dx.doi.org/10.33776/amc.v46i173-4.3718>

# Intervenções em competências sociais com adolescentes e o desenvolvimento de atitudes positivas em situação de vulnerabilidade: uma revisão sistemática

Rafael Corrêa, MS<sup>1,2,3</sup>

Loris Prado da Cruz, Ms<sup>2</sup>

Diego Gomez-Baya, PhD<sup>4</sup>

Ana Maria de Almeida, PhD<sup>2</sup>

Margarida Gaspar de Matos, PhD<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade de São Paulo, Brasil

<sup>3</sup> Universidade de Lisboa, Portugal

<sup>4</sup> Universidad de Huelva, España

## RESUMO

O objectivo deste trabalho foi avaliar evidências científicas oriundas de estudos de intervenções em competências sociais com adolescentes para o desenvolvimento de atitudes positivas em situação de vulnerabilidade. Os estudos foram identificados a partir de buscas nas bases de dados LILACS, PubMed, PsycINFO e SCOPUS no período de 2008 até 2018. Os critérios de selecção foram publicações em inglês, português ou espanhol, estudos primários de intervenção em competências sociais e participantes adolescentes. A revisão incluiu 17 estudos relacionados a intervenções em competências sociais utilizando como estratégias instruções e actividades semanais, instruções e grupos com interacção social, somente instruções e sistema mobile coach. As intervenções em competências sociais com adolescentes em situação de vulnerabilidade são estratégias eficazes para o desenvolvimento de atitudes positivas. Estes resultados fornecem um guia baseado em evidências para investigadores, profissionais e instituições para a prática em prevenção e promoção a saúde de adolescentes.

## PALAVRAS-CHAVE

Adolescência; saúde; vulnerabilidade; competências sociais.

## RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue evaluar la evidencia científica de estudios de intervenciones en competencias sociales con adolescentes para desarrollar actitudes positivas en situaciones vulnerables. Los estudios se identificaron a partir de búsquedas en las bases de datos LILACS, PubMed, PsycINFO y SCOPUS de 2008 a 2018. Los criterios de selección fueron: publicaciones en inglés, portugués o español; estudios primarios de intervención en competencias sociales; y participantes adolescentes. La revisión incluyó 17 estudios relacionados con intervenciones de competencias sociales que usaron instrucción y actividades semanales, grupos de instrucción e interacción social, sólo instrucción, y entrenamiento mediante teléfono móvil, como estrategias. Las intervenciones de competencias sociales con adolescentes vulnerables son estrategias efectivas para desarrollar actitudes positivas. Estos hallazgos proporcionan una guía basada en evidencia para investigadores, profesionales e instituciones para la práctica en la prevención y promoción de la salud de los adolescentes.

## PALABRAS CLAVE

Adolescencia; salud vulnerabilidad; competencias sociales.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (Capes) - Código de Financiamento 001

Recibido: 04/03/2020; Aceptado: 28/05/2020.

Correspondencia: Rafael Corrêa, Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa, Estrada da Costa, 1499-002 CruzQuebrada, Portugal. Telefone: (+351) 214149152, E-mail: rs.correa@hotmail.com

A questão da vulnerabilidade em saúde de adolescentes tem sido um tema abordado por diversas áreas de actuação como uma questão problema que exige esforços de gestores, profissionais pesquisadores no desenvolvimento de intervenções eficazes. Dentre as questões mais prevalentes que envolvem a população adolescentes destaca-se sexualidade, o uso de álcool e drogas e a delinquência juvenil (Bot-vin & Griffin, 2014).

Estudos identificaram que os programas de promoção de competências sociais e de vida realizado em ambiente escolar são eficazes para a prevenção do uso de substâncias, depressão, delinquência juvenil, melhora no bem estar de adolescentes fortalecendo suas atitudes para lidar com questões do quotidiano. Entretanto, a disseminação de tais programas, muitas vezes, são dificultados pela disponibilidade de pessoal, questões de financiamento, definição e metodologia da abordagem (Haug et al., 2017). As competências sociais são parte do núcleo das interações diárias de cada indivíduo desde a infância até a fase adulta, e através de classes de comportamentos aprendidas, em situações específicas, permitem ao indivíduo ser aceite ou evitar comportamentos inaceitáveis socialmente (Beauchamp & Anderson, 2010). Sofrem influencia de factores individuais, contextuais e culturais e apresentam dificuldade na definição e, consequentemente, em intervenções devido a ampla variedade teórica.

O deficit de competências sociais é considerado factor de risco, sendo assim a melhora nas interações sociais seria o principal objectivo das intervenções. Deste modo, programas visando a

prevenção e a promoção em saúde com o desenvolvimento de atitudes positivas em adolescentes têm sido foco de intervenção recente para essa abordagem (Eslamiet al., 2015; Haug et al., 2017; Matos et al., 2012; Roberts et al., 2011; van der Stouwe, Asscher, Hoes, van der Laan, & Stams, 2018).

Alguns modelos de programas de intervenção em competências sociais com adolescentes, são apontados como eficazes para prevenção de comportamento de risco e promoção de comportamentos de protecção. Porém o formato e a influência de factores externos para a generalização e manutenção dos comportamentos aprendidos têm sido questionados (Babakhani 2011; Kimber & Sandell, 2009; Robertset al., 2011). Algumas abordagens provenientes da terapia cognitivo comportamental, abordagens multicomponentes, uso de ferramentas electrónicas, estão surgindo como opção eficaz para desenvolvimento de atitudes positivas (Bonsergent et al., 2013; Haug et al., 2017). Deste modo, este estudo visa avaliar evidências científicas oriundas de estudos de intervenções em competências sociais com adolescentes para o desenvolvimento de atitudes positivas em situação de vulnerabilidade.

## Método

Esta revisão sistemática foi realizada e registrada de acordo com as directrizes do *Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols* (PRISMA-P) (Moher et al., 2015). Os conceitos principais em estudo medidos foram intervenções em competências sociais com adolescentes e o desenvolvimento de atitudes positivas em situação de vulnerabilidade.

### **Critério de inclusão**

Os artigos de fonte primária relacionados à eficácia da intervenção em competências sociais publicados no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2018 foram elegíveis para inclusão no estudo. Para tal foram considerados critérios de elegibilidade: (1) desenho de estudo empírico de intervenção (critério de desenho do estudo), (2) estudos de intervenção em competências sociais e o desenvolvimento de atitudes positivas (critério de resultado); adolescentes de 12 a 20 anos de idade em situação de vulnerabilidade (critério de participantes), (4) artigos publicados em inglês, português ou espanhol (critério de linguagem).

### **Estratégia de busca e selecção de estudos**

Os estudos foram identificados em buscas nas seguintes bases de dados electrónicas: LILACS, PubMed, PsycINFO e SCOPUS. Para a identificação dos artigos utilizaram-se os termos: (“Social Skills” OR “Social Skill” OR “Social Abilities” OR “Social Ability” OR “Interpersonal Skills” OR “Interpersonal Skill” OR “Social Competence”) AND (Adolescent OR Adolescents OR Adolescence OR Youth NOT Autism OR Child OR Children OR Neonate\* OR Pediatric\*). Títulos obtidos e resumos foram avaliados independentemente para elegibilidade para inclusão por dois autores. Entradas duplicadas foram removidas. Artigos que atendiam aos critérios de inclusão, pela leitura do título e resumo foram recuperados para uma leitura completa. As referências desses artigos foram pesquisadas para encontrar quaisquer outros estudos relevantes. Os mesmos dois autores revisaram o

texto de estudos potenciais e as decisões de incluir ou excluir estudos na revisão foram feitas por consenso e análise de uma terceira pessoa.

### **Extracção e harmonização de dados**

Um formulário de extracção de dados foi desenvolvido com base na declaração PRISMA (Moher et al., 2015). Dados relevantes foram extraídos de manuscritos por um autor e a codificação foi verificada por dois autores. Desacordos foram resolvidos por discussão entre os autores. Os dados extraídos incluíam autor, ano e país; tipo de estudo, amostra; instrumentos; intervenção, abordagem teórica; qualidade do estudo e resultados.

### **Análise do estudo, qualidade e risco de viés**

A qualidade do estudo foi avaliada usando a lista de verificação da Avaliação Crítica do EBL (Glynn, 2006). Esta ferramenta de avaliação de validade, aplicabilidade e relevância dos estudos incluídos com base em quatro domínios de pesquisa: população, colecta de dados, desenho do estudo e resultados. A validade global (classificação global) dos estudos foi determinada com base nos escores “Sim”  $\geq 75\%$  ou nos escores “Não/Pouco claro”  $\leq 25\%$ . Dois pesquisadores classificaram os artigos, as discrepâncias foram resolvidas por concordância.

## **Resultados**

### **Pesquisa bibliográfica**

O fluxograma dos estudos incluídos nesta revisão sistemática é apresentado na Figura 1. Na pesquisa sistemática nas bases de dados identificaram-se 2.097 registos, desses, 964 resumos



foram avaliados para elegibilidade após exclusão de duplicatas ( $n = 1.133$ ). Um total de 926 artigos foram rejeitados após o título e o resumo serem lidos. Posteriormente, 38 artigos potencialmente relevantes em texto completo foram avaliados, com um total de 17 artigos incluídos.

### **Características dos estudos incluídos**

A tabela 1 apresenta as características dos artigos incluídos, sendo que o desenho do estudo mais comum foi o quase-experimental pré e pós-teste ( $n = 5$ ) seguido de ensaio clínico de controlo randomizado ( $n = 3$ ).

### **Principais resultados**

Instruções e actividades semanais. A estratégia instruções e actividades semanais foi relacionada com programas com encontros semanais de grupo visando fornecer informações sobre competências sociais, temas de saúde ou cidadania e a indicação da realização de actividades como tarefas de casa, exercícios físicos, acompanhamento multiprofissional, técnicas cognitivo comportamentais e alguns estudos foram desenvolvidos com componente parental (Tabela 3).

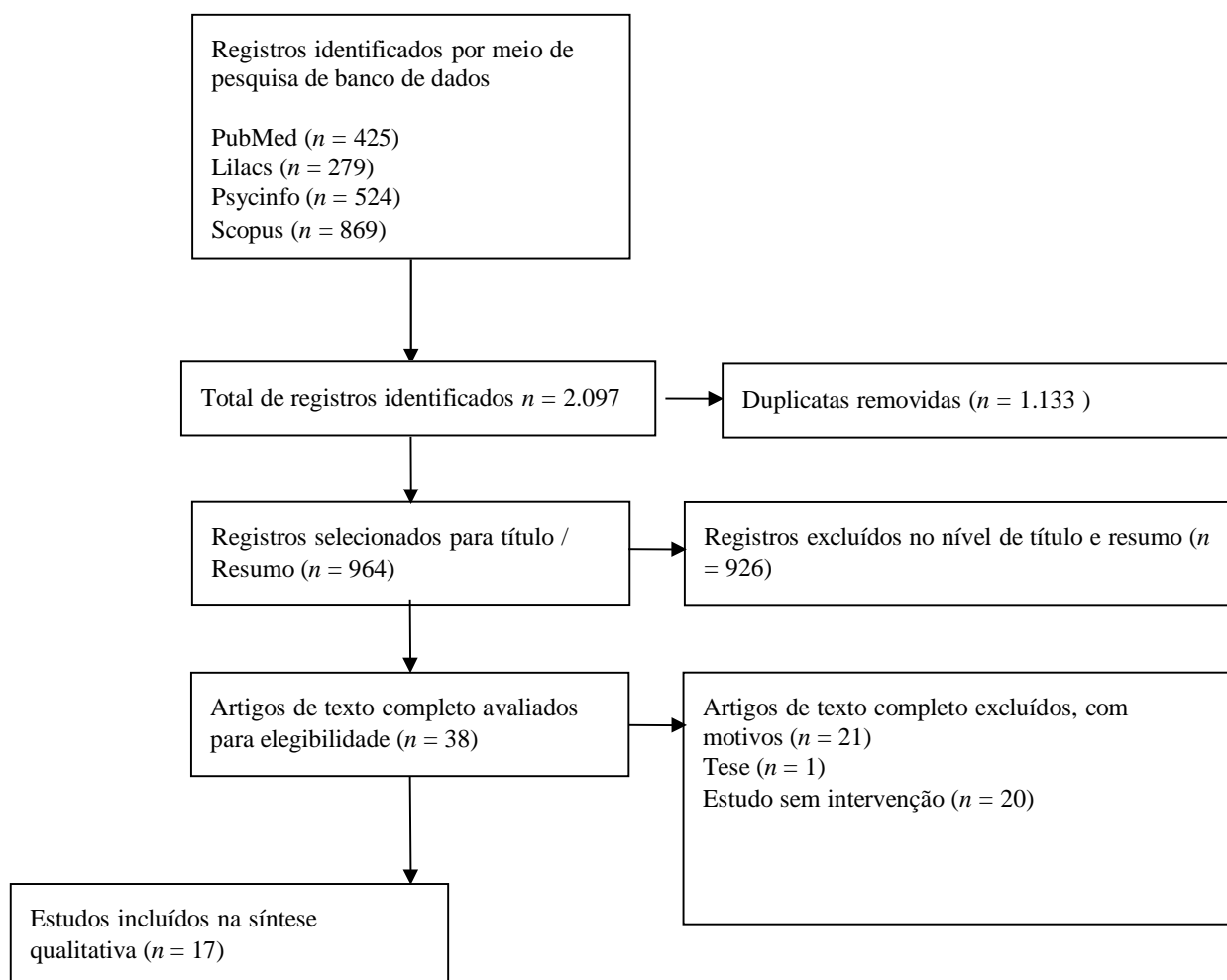


Figura 1. Fluxograma de estudos.

Tabela 1

*Características dos estudos incluídos*

Características	N de estudos
<b>Desenho de estudo</b>	
Ensaio clínico de controle randomizado	3
Quase-experimental	3
Estudo Experimental pré e pós-teste	5
Pre e pós-teste	2
Estudo de controle pareado de acompanhamento. Métodos mistos clínico/comunidade	1
Estudo longitudinal pré e pós teste	1
Estudo longitudinal quase-experimental	1
<b>Característica da população</b>	
Adolescentes em risco social (11 a 19 anos)	5
Adolescentes em uso de substâncias (13 a 20 anos)	4
Adolescentes em ansiedade social (14 a 15 anos)	1
Adolescentes em dif. relacionamento social (13 a 17 anos)	2
Adolescentes em transtornos alimentares (13 e 18 anos)	1
Adolescentes de 10 a 16 anos	2
Adolescentes em delinquência juvenil (12 a 18 anos)	2
<b>Característica da intervenção</b>	
Área	
Assistência social	
Saúde	3
Educação	5
Segurança pública	7
	2
<b>Estratégias</b>	
Instruções e atividades semanais	7
Sessões grupais com interação social	7
Instruções	2
Sistema mobile coach	1

nerabilidade risco social compôs a temática de 5 artigos, seguida de uso de substâncias ( $n = 4$ ), dificuldade de relacionamento social ( $n = 2$ ), delinquência juvenil ( $n = 2$ ), ansiedade social ( $n = 1$ ) e transtornos alimentares ( $n = 1$ ). De acordo com a área de intervenção em que os estudos foram realizados, a maioria deles ( $n = 7$ ) foi desenvolvida na educação, seguida de saúde ( $n = 5$ ), assistência social ( $n = 3$ ) e segurança pública ( $n = 2$ ).

No que diz respeito às características das intervenções em competências sociais, a maioria dos estudos apresentados focalizou em estratégias de Instruções e atividades semanais ( $n = 7$ ) (Campbell-Heider, Tuttle, & Knapp, 2009; Eslami et al., 2015; Kimber & Sandell, 2009; Lázaro, 2011; Melnyk et al., 2013; van der Stouwe et al., 2018); seguido de instruções e grupos com interação

social ( $n = 7$ ) (Glenn et al., 2019; Harrell, Mercer, & DeRosier, 2009; Leme, Fernandes, Jovarini, Achkar, & Del Prette, 2016; Murta et al., 2016; Ramírez, Saldaña, Ardila, & Meza, 2009; Roberts et al., 2011; Silva & Murta, 2009); somente instruções ( $n = 2$ ) (Babakhani, 2011; Melo, Pereira & Silvério, 2014) e sistema *mobile coach* ( $n = 1$ ) (Haug et al., 2017). Em relação à qualidade dos estudos, nove estudos foram de baixa qualidade,  $\leq 75\%$  segundo a lista de verificação de avaliação do EBL (Glynn, 2006) (Tabela 2). Estudos não foram excluídos com base na qualidade. Em média, a qualidade geral dos estudos incluídos foi de 73%.

ca garantir a aplicação dos temas abordados no contexto dos participantes para a manutenção dos comportamentos aprendidos.

Foram encontrados quatro estudos que desenvolveram intervenções com um tempo superior a seis meses, através de encontros e actividades semanais. Grande parte dos estudos foram desenvolvidos durante um período superior a dois meses de duração. Quatro estudos realizaram avaliação de seguimento de um a doze meses após a intervenção. Esses critérios auxiliam no fortalecimento e generalização das atitudes positivas treinadas durante as intervenções.

Os estudos com relação ao desenvolvimento de atitudes positivas desenvolvidas pelos adolescentes através da intervenção instruções e actividades semanais, demonstraram alta qualidade nos resultados, apresentando um aumento das competências sociais (assertividade, auto-controle, cooperação, empatia) redução de comportamento problema (Eslami et al., 2015); Redução no uso de álcool e drogas (Kimber & Sandell, 2009); Impacto positivo na actividade física, no IMC, nos desfechos psicossociais e no desempenho de grau escolar (Melnyk et al., 2013); Melhoria de atribuição de intenções hostis a juvenis como empatia afectiva e diminuição de distorções cognitivas (van der Stouwe et al., 2018). Nos demais estudos os resultados da intervenção em competências sociais resultou na melhora da auto-estima, percepção da aparência física, auto-conceito relacionado ao peso e forma, autoconceito relacionado aos outros, felicidade, satisfação percepção de status intelectual e escolar, liberdade de ansiedade timidez e popularidade

(Lázaro et al., 2011); Redução de problemas de saúde mental, saúde física, relação entre pares e agressão (Campbell-Heiderer et al., 2009).

Em contraste, um estudo não apresentou resultado em atitude positiva em sua intervenção, resultando na baixa relação de eficácia na prevenção de reincidência geral, na frequência, ou na gravidade da reincidência de delitos em adolescentes em um seguimento de 6 e 12 meses (van der Stouwe et al., 2018).

Instruções e grupo com interacção social. Programas desenvolvidos com instruções e grupos com interacção social utilizavam como estratégias a promoção e o desenvolvimento de vivências nos encontros de grupos de adolescentes, por meio de técnicas em competências sociais, cognitivo-comportamentais de aprendizagem social relacionadas aos temas abordados nos encontros, muitos com componente parental, proporcionaram, assim, a visualização e intervenção directamente no grupo através das relações interpessoais desenvolvidas no grupo (Tabela 4). Foram encontrados três estudos que desenvolveram intervenções com um tempo superior a seis meses com encontros semanais e grupos de interacção social. A maioria dos estudos foram desenvolvidos entre nove e doze encontros semanais. Apenas um estudo teve avaliação de seguimento com um *seguimento* de um e sete meses após a intervenção.

Os resultados de atitudes positivas a partir das intervenções em instruções e interacção social nos estudos analisados, foram, a maioria, desenvolvidos com baixa qualidade.

Tabela 2

*Análise dos domínios de checklist de avaliação do EBL para o estudo incluído*

Estudos	Validade (%)				Validade geral do estudo (%)
	Domínio populacional	Domínio de coleta de dados	Domínio de projeto de estudo	Domínio de resultado	
Babakhani, 2011	55.55	75	80	66.66	67.85
Campbell-Heideret al., 2009	55.55	66.66	80	66.66	67.85
Eslami, et al., 2015	88.88	100	80	66.66	82.75
Glenn, 2018	60	75	100	66.66	75
Harrell, et al., 2009	44	100	80	50	67.85
Haug, et al., 2017	100	85.71	100	66.66	88.88
Kimber&Sandell, 2009	66.66	75	100	66.66	75
Lazaro, 2011	44.44	87.5	80	50	67.85
Leme et al., 2016	50	100	80	50	72
Melnyk et al., 2013	87.5	100	100	83.33	96.29
Melo,Pereira & Silvério, 2014	40	87.5	60	50	53.57
Murta&cols, 2016	44.44	87.5	80	80	67.85
Ramirez et al., 2009	40	37.5	50	33.33	41.66
Roberts et al., 2011	100	100	100	66.66	92.85
Silva & Murta, 2009	50	75	60	50	60
Stouwe, 2018.	77.77	87.5	60	66.66	75
Stouwe, et al., 2018	100	100	75	66.66	88.88

global aprimorado, auto-eficácia social aumentada e diminuição dos problemas internalizantes (Harrell et al., 2009); aumentada empatia, auto-controle, assertividade, abordagem afetiva, desenvoltura social, habilidades globais em auto-eficácia e percepção de apoio social de professores (Leme et al., 2016); redução de atitudes de endossoa papéis de género masculino com restrição emocional, aumento em intenção de respostas assertivas na condição de vitimização, redução em intenções de respostas violentas na condição de perpetração e prática de competências sociais de autocontrole e expressão das emoções (Murta

et al., 2016); aumento das competências sociais (defesa assertiva de direitos pessoais, expressão de reclamações responsáveis, escuta atenta, respostas efectivas e críticas) (Ramírez et al., 2009); comportamento de “expressar carinho”, “fazer elogios”, “pedir ajuda”, “dizer não” e “puxar conversa” (Silva & Murta, 2009). Dois estudos demonstraram alta qualidade de evidência, apresentando como resultado de atitudes positivas a probabilidade reduzida de uso de álcool e tabaco (Roberts et al., 2011) e menor ansiedade social em contextos estruturados (Glenn et al., 2019).

Instruções. Intervenções baseadas em instruções buscam fornecer informações através de encontros de grupo abordando temas relacionados a competências sociais, saúde e teoria cognitivo comportamental. Os estudos que utilizaram somente instruções foram desenvolvidos em seis e doze sessões e não apresentaram avaliação de seguimento (Tabela 5). Os dois estudos demonstraram baixa qualidade nos resultados de atitudes positivas com desfechos de diminuição da agressão verbal (Barbakhani, 2011) e aumento de níveis de conhecimento sobre sexualidade, assertividade e competências sociais (Silvério, 2014).

Sistema mobile coach. O uso da tecnologia como estratégia em programas de competências sociais é bastante inovador (Tabela 6). O sistema *mobile coach* é uma ferramenta desenvolvida a partir de um estudo com atividades de auto gestão em competências sociais, resistência ao uso de substâncias, feedback de mensagens e textos, incentivos e recompensas virtuais. O programa teve uma duração de seis meses com mais seis meses de avaliação de seguimento e apresentou alta qualidade nos resultados. Como desfecho de atitudes positivas o estudo apresentou diminuição do stress percebido, aumento nas competências gerais de vida e diminuição de uso de álcool (Hauget al., 2017).

### Discussões

A revisão apresenta estudos que analisam intervenções em competências sociais com adolescentes e o desenvolvimento de atitudes positivas em situação de vulnerabilidade.

Dezassete estudos foram revistos sistematicamente para abordar a temática acima.

### Instruções e actividades semanais

A estratégia de instruções e actividades semanais apresentou alta qualidade dos estudos, demonstrando como resultado o aumento das competências sociais, assertividade, auto controle, cooperação, empatia, redução de comportamento problema (Eslami et al., 2015), redução no uso de álcool e drogas (Kimber & Sandell, 2009), impacto positivo na actividade física, no IMC, nos desfechos psicossociais e no desempenho de grau escolar (Melnik et al., 2013), melhoria de atribuição de intenções hostis a juvenis com empatia afectiva e diminuição de distorções cognitivas (van der Stouwe et al., 2018).

Estudos realizados com estratégia semelhante demonstram a diminuição de comportamentos problema. Alguns autores identificaram a eficácia de programas de competências sociais na resistência ao uso de álcool e drogas (Kimber & Sandell, 2009). Outros estudos apontaram a eficiência de intervenções semelhantes na prevenção de comportamentos de agressão e delinquência (Botvin & Griffin, 2014).

Algumas características das intervenções em competências sociais apontadas por Kimber e Sandell (2009) em seu estudo para aumentar a eficácia das variáveis nos resultados. Esse autor indicou que, o tempo de duração dos programas, a inclusão de vários componentes na avaliação e resultado, uma gama de graus escolares e variabilidade de idade bem como a adopção da eficácia de participantes.

Tabela 3

Principais achados e características dos estudos de intervenção em instruções e atividades semanais

Autor, ano, país	Tipo de estudo, amostra	Instrumentos	Intervenção, abordagem teórica	Qualidade do estudo	Resultados
Campbell-Heider et al., 2009 (USA)	Esaiio Clínico randomizado	POSIT, triagem (DHHS)	Reuniões e atividades semanais	67,85	Redução de problemas de saúde mental, saúde física, relação entre pares e agressão em meninos.
	16 adolescentes		Intervenção de 32 semanas		
	Amostra aleatória		Teen Club (apoio social, educação em saúde e assistência) Teen Club + PALS - 25 sessões, 5 módulos de TCC e competências sociais 12 meses de follow-up		
Eslami et al., 2015 (Iran)	Desenho pré e pós-teste	SSRS-S questionnaire (student version)	SST - reuniões e atividades semanais	82,75	Aumento das competências
(Iran)	Controle randomizado	Questionnaire of drug use: Multiple Problem Behavior Index (MPBI)	10 semanas, sessão de 60 minutos	82,75	Sociais e redução de Problemas de comportamento 106
	adolescentes, masculino		1 mês e 5 meses de Follow-up		
	Amostra aleatória				
Kimber & Sandell, 2009 (Suécia)	Estudo longitudinal quase experimental	Health-behavior Questionnaire (CAN)	Programa SET (orientações e atividades práticas)	75	Resultados favoráveis nas trajetórias para não-usuários e usuários leve de drogas, usuários de cocaína moderados, não usuários e usuários leves de álcool, e fumantes ocasionais
	663 Adolescentes	Self-report questionnaire, I Think I Am (ITIA)	5 anos de duração, sessão 45 minutos		
	Amostra aleatória				

(Continue)

**Tabela 3***Principais achados e características dos estudos de intervenção em instruções e atividades semanais (continuação)*

Lazaro, 2011 (Espanha)	Estudo pré e pós teste 160 adolescentes Amostra aleatória	Eating Attitudes Test (EAT-40) Piers-HarrisChildren's Self-Concept Scale (PHC- SCS) Self-Esteem in Eating Disorders Questionnaire (SEED) Socialization Battery (BAS-3)	Programas estruturados de terapia de grupo para auto estima e capacitação em competências sociais 2 grupos de intervenção: anorexia- rd- 116; bulimia-rd-44 Terapia cognitivo-comportamental Oito sessões semanais, duração de 90 minutos	67.85	Melhora na Auto-estima, percepção de aparência física, autoconceito relacionada ao peso e forma, autoconceito relacionado a outros e felicidade Diminuição da ansiedade, timidez social em adolescentes com bulimia
Melnyk et al., 2013 (USA)	Ensaio clínico randomizado 779 adolescentes Amostra randomizada Follow up de 6 meses Subscales of the Beck youth inventory II Tarita Scale	Helath lifestyle scale (HLPS) Social skills rating system youth risk behaviours survey (MMWR) multicultural scale (AHIMSAL)	COPE (programa cognitivo- comportamental e competências) 15 semanas, sessão de 20 minutos	96.29	Impacto positivo na atividade física, no IMC, nos resultados psicossociais e no desempenho escolar Melhora da atribuição de intenções hostis em adolescentes com empatia afetiva moderada ou alta Diminuição de distorções cognitivas independente do nível de empatia.
Stouwe, 2018 (Holanda)	Estudo pré e pós teste 354 adolescentes Amostra aleatória	Basic Empathy Scale (BES) Social Information Processing and Emotional Response Questionnaire Short Version (SIP-AEQ)	Tools4u (cognitivo-comportamental, treinamento de competências sociais, com componente parental) 9 meses de duração, 12 semanas	75	Melhora da atribuição de intenções hostis em adolescentes com empatia afetiva moderada ou alta Diminuição de distorções cognitivas independente do nível de empatia.

*(Continue)*

Tabela 3

Principais achados e características dos estudos de intervenção em instruções e atividades semanais (continuação)

Stouwe et al., 2018 (Holanda)	Estudo de controle pareado de acompanhamento	Basic Empathy Scale (BES)	Tools4u (cognitivo-comportamental, treinamento de competências sociais,	88.88	Tools4U foi mais ou menos eficaz do que o Tau na prevenção
	223 adolescentes	Social Information Processing and Processing and Emotional Response Questionnaire Short Version (SIP-AEQ)	com componente parental)		da reincidência geral, nem na frequência, ou gravidade da
	Amostra aleatória	How I Think Questionnaire (HIT)	9 meses de duração, 12 semanas		reincidência em 6 meses, 12 meses
			Fallow up de 6 e 12 meses		

Tabela 4

Principais achados e características dos estudos de intervenção em instruções e grupos com interação social

Autor, ano, país	Tipo de estudo, amostra	Instrumentos	Intervenção, abordagem teórica	Qualidade do estudo	Resultados
Glenn, 2018 (USA)	Estudo misto clínico/ comunidade	Social Phobia and Anxiety Inventory	Sessões com cenários de interação social, tarefas de 20 minutos:	75	Maior ansiedade social e
	89 díades, adolescentes/ pais	For Children (SPAIC)	Simulated Social Interaction Test		competências sociais mais
	Amostra aleatória	Social Interaction Anxiety Scale (SIAS)	(SSIT), 5 cenas de Role Play		baixa nos contextos sociais não estruturados, em relação aos contextos sociais estruturados
		Self-Assessment Manikin (SAM)	Unstructured Conversation Task (UCT), 3 min Role Play		
			Impromptu Speech Task (IST), 10 minutos.		

(Continue)



## Tabela 4

## Principais achados e características dos estudos de intervenção em instruções e grupos com interação social (continuação)

Harrell et al., 2009	Estudo pré e pós teste	Self Efficacy Questionnaire for Social Skills (SEQSS)	Programa S.S. GRIN-A (cognitivo comportamental e aprendizagem social)	67.85	Autoconceito global aprimorado, autoeficácia social
(USA)	74 adolescentes e pais	Youth's Self-Concept Scale, Second Edition (Piers-Harris 2)	12 semanas de duração, sessão 60 minutos		aumentada e diminuição dos problemas internalizantes
	Amostra aleatória	The Parent Rating Scales (PRS)	4 sessões interação adolescentes-pais		
		Behavior Assessment System for Youth, Second Edition (BASC-2)			
Leme et al., 2016	Estudo pré e pós teste	The social skills inventory of adolescents	O PHS (cognitivo comportamental)	72	Aumento das competências sociais nas classes de empatia, autocontrole, assertividade, abordagem afetiva, desenvoltura social
(Brasil)	10 adolescentes	The Generalized self-efficacy scale (EAG)	10 semanas de duração, 12 minutos		Aumento de competências globais, autoeficácia e percepção de apoio social dos professores
	Amostra por conveniência	The Perceived social support scale (EPAS)			
Murta & cols, 2016 (Brasil)	Estudo quase experimental	Questionário Sociodemográfico	9 sessões semanais (competências Sociais e violência no namoro)	67.85	Redução de atitudes de endosso a papéis de gênero masculinos com restrição emocional
	45 adolescentes	Sentenças Incompletas acerca de Intenção de enfrentamento à Violência no Namoro	Sessões 80 minutos		

(Continue)

Tabela 4

## Principais achados e características dos estudos de intervenção em instruções e grupos com interação social (continuação)

	Amostra não randomizada	Escala de Dificuldades de Regulação das emoções			Aumento em intenção de respostas assertivas na condição de vitimização
		Escala de Significados da Masculinidade para Adolescentes – Oransky e Fisher			Redução em intenção de respostas violentas na condição de perpetração e prática de competências sociais de auto controle e expressão das emoções, assertividade e empatia
		Instrumento de Avaliação de Dose Recebida			Aumento em intenção de respostas assertivas na condição de redução em intenção de respostas violentas
Ramirez et al., 2009 (Colombia)	Estudo pré experimental 40 adolescentes Amostra por conveniência	Instrumento construído para o estudo com a finalidade de avaliar as competências e o motivo de intervenção.	Projeto “Dignificandonos” (cognitivo conductual) 1 ano de duração, 4 semanas, sessões de 120 minutos	41.66	Aumento das competências sociais (defesa assertiva de direitos pessoais, expressão de reclamações responsáveis, escuta atenta, respostas efetivas e críticas)
Roberts et al., (Australia)	Ensaio clínico randomizado 3288 adolescentes e 317 professores	AOP Student Questionnaire Questionário demográfico de pré teste para pais Livros de registro de professores e as amostras de planilhas para SLS e OTS	Programa OAP e OAP + coaching instruções e interação social Duração de 29 meses, sessões 160 minutos Follow up de 7 meses	92.85	Probabilidade reduzida de uso de álcool e tabaco, na condição de OAP + coaching ministrado por Professores treinados
Silva & Murta, 2009 (Brasil)	Estudo quase experimental 12 adolescentes e 7 pais	Baralho de Sentimentos Roteiro de Entrevista com os pais	Cognitivo comportamental 11 sessões semanais psicoeducação	60	Aumento das sensações agradáveis e aprendizagem de competências sociais

(Continue)

Tabela 4

*Principais achados e características dos estudos de intervenção em instruções e grupos com interação social (continuação)*

Amostra por conveniência	Checklist de Metas Intermediárias	3 sessões quizenais, de 60 minutos	Percepção positiva dos pais Sobre a percepção da ampliação do Repertório de competências sociais dos filhos (“expressar carinho, “fazer elogios”, “pedir ajuda”, “dizer não” e “puxar conversa”
--------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	--

Tabela 5

*Principais achados e características dos estudos de intervenção em instruções*

Autor, ano, país	Tipo de estudo, amostra	Instrumentos	Intervenção, Abordagem teórica	Qualidade do estudo	Resultados
Babakhani, 2011 (Iran)	Estudo pré e pós-teste 30 adolescentes	Questionário de agressão AGQ (Buss e Perry)	Cognitivo comportamental e instruções de competências sociais	67.85	Não diminuiu da agressão física e não aumentou a auto-estima
		Inventário de autoestima (Cooper Smith)	12 sessões semanais, de 60 minutos Follow up de 1 mês		Diminuiu a agressão verbal
Melo, Pereira & Silvério, 2014 (Portugal)	Estudo quase experimental 145 adolescentes Amostra por conveniência	Questionário de Competências Sociais Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (PHSCS-2) Assertion Self-Statement Test-Revised (ASST-R) Questionário de Conhecimentos Sobre Sexualidade TCU Decision-Making (TCU-DM) Piers-Harris Children's Self-Concept	“Programa Ser pessoa” 6 sessões semanais, de 90 minutos	53.57	Melhora nos níveis de conhecimento Sobre sexualidade, assertividade e competências sociais Associações positivas entre tomada de decisão, competências Sociais e assertividade e entre Sexualidade, competências sociais e auto conceito Os preditores da assertividade no pós-teste foram tomada de decisão, sexualidade e competências sociais (Continue)

Tabela 6

*Principais achados e características dos estudos de intervenção em sistema mobile coach*

Autor, ano, país	Tipo de estudo, amostra	Instrumentos	Intervenção, abordagem teórica	Qualidade do estudo	Resultados	
Haug et al., 2017 (Suíça)	Estudo longitudinal, pre e pós teste	Stress Scale (PSS)	Programa Ready4life (cognitivo social)	88.88	Diminuição do estresse percebido e aumento nas Competências gerais de vida	
	2.032 adolescentes	Questionnaire for the Measurement Of Stress and Coping in Children	6 meses de duração			
	Amostra aleatória	and Adolescents (SSKJ)	Sistema mobile coach			
		Assertion Inventory	Feedback adaptado			
		Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)	Follow up de 6 meses		Diminuição da proporção de Adolescentes com risco para o Uso de álcool	

eficácia clínica, foram indicadores de maior eficácia em programas de competências sociais para adolescentes na escola. Além das características apontadas acima outros estudos identificaram resultados positivos em programas de multicomponentes a curto prazo em adolescentes. Esses programas utilizaram uma estratégia como instruções em saúde, medidas frequentes de IMC e acompanhamento semanal de nutricionista, orientações e práticas de actividade física e técnicas de modificação de comportamento (Bonsergent et al., 2013).

**Instruções e grupo com interacção social** Os estudos desenvolvidos a partir da estratégia de instruções e grupo de interacção social foram a maioria avaliados com baixa qualidade de resultados. Os estudos que demonstraram alto poder conclusivo, apresentaram como resultado de atitudes positivas a probabilidade reduzida de uso de álcool e tabaco (Robertson et al., 2011) e menor ansiedade social em contextos estruturados (Glenn et al., 2019). Entre as limitações apontadas pelos autores nos estudos encontram-se o tamanho da amostra, o delineamento do estudo, falta de controlo de variáveis, processo de avaliação das competências sociais, o tempo de duração e seguimento para a detecção de efeitos do programa.

Como limitação nas intervenções baseadas em instruções e grupo com interacção social identificou-se o viés dos observadores ou da equipe de intervenção na possibilidade de variabilidade na coordenação dos encontros de grupo e actividades de interacção com os adolescentes, apontando como características dessa limitação a construção do processo de formação dos educadores e a idade dos mesmos, pois se

tratando de uma relação de interacção e sendo a maioria adultos, a sugestão dos autores para facilitação das interacções pelos adolescentes seriam intervenções através de adolescentes da mesma idade, ou seja, relação de pares (Karp et al., 2018).

A eficácia em programas de intervenção em competências sociais no ensino médio foi questionada por alguns investigadores, pois, a influência de pares no ambiente escolar é bastante relevante. O tempo de convivência com os amigos e os meios de comunicação geraram modelos de identificação com um poder maior que algumas intervenções em competências sociais na vida dos adolescentes (Botvin & Griffin, 2014). Porém, em uma revisão de programas de prevenção de uso de substâncias desenvolvidos na escola identificou a efectividade de estratégias de ensino de competências sociais e interacção social, pois permitiram ao adolescente desenvolver uma avaliação crítica de normas e atitudes para competências de resistência ao uso precoce de substâncias. Outro estudo com foco nos programas de intervenção em interacções sociais apresentou efeitos positivos duradouros em comportamentos de resistência ao uso de substâncias em adolescentes até ao final do ensino médio (Botvin & Griffin, 2014). Em relação à eficácia de intervenções em competências sociais os resultados apontaram para a condução de programas que combinem estratégias de instrução e técnicas de modelagem comportamental, técnicas de auto-regulação e habilidades de resolução de problemas (Marsch & Borodovsky, 2016).

## Instruções

As intervenções baseadas somente em instruções demonstraram baixa qualidade em seus resultados para desenvolvimento de atitudes positivas. Esses estudos apresentaram como limitações o tempo de duração do programa, o tamanho da amostra e a não realização de avaliação de seguimento (Barbakhani, 2011; Silvério, 2014). Nessa direção, os questionamentos são dirigidos aos programas que utilizaram somente a estratégia de informação para treino em competências sociais, pois as mesmas não apresentaram eficácia para o desenvolvimento de atitudes positivas em adolescentes (Clarey, Hokoda, & Ulloa, 2010). Na mesma direção, as classes de comportamento como assertividade, ansiedade, agressividade e delinquência não apresentaram desfecho positivo na utilização de tal estratégia (Kimber, 2009), porém intervenções por meio de instruções em competências sociais em factores como uso de álcool e drogas e comportamento sexual de risco demonstraram resultados positivos (Botvin & Griffin, 2014)

## Sistema mobile coach

A estratégia de sistema *mobile coach* apresentou alta qualidade nos resultados em atitudes positivas como diminuição do stress percebido, aumento nas competências gerais de vida e diminuição de uso de álcool. Algumas limitações levantadas pelos autores foram a restrição da eficácia a adolescentes sem uso regular de cigarro e a perda de participantes na avaliação de seguimento (Haug et al., 2017). Estudos sobre o potencial e a eficácia do uso de ferramentas electrónicas em intervenções

precozes em adolescentes para a diminuição do uso de álcool e drogas já encontram-se em desenvolvimento (Marsch & Borodovsky, 2016).

Programas gerais de competências sociais de vida para prevenção do uso de substâncias desenvolvidos internacionalmente (Botvin & Griffin, 2014) combinam, regularmente, no treino de competências a autogestão, competências sociais (auto consciência, estratégia de enfrentamento, competências de comunicação e assertividade) e competências de resistência ao uso de substâncias. Embora tais intervenções apresentem alta eficácia na prevenção ou diminuição do uso problemático das substâncias (Faggiano, 2014) a implementação no ambiente escolar apresentaram diferentes obstáculos como aplicadores sem motivação, conhecimento e competências, disponibilidade e viabilidade económica para desenvolver o programa (Ellickson, 2014).

Esses obstáculos que poderiam inviabilizar a entrega dos programas e consequente a disseminação do treino de competências sociais nas escolas podem ser superados por intervenções electrónicas (Haug et al., 2017). Essa intervenção com capacidade de um alcance amplo de instituições e participantes a baixo custo e apresentaram o conteúdo e resultados automaticamente disponíveis aos participantes, além da atractividade das ferramentas on-line para os adolescentes, favorecendo assim a adesão e a privacidade dos mesmos (Kuntsche & Labhart, 2014).

## Pontos fortes e limitações

Esta revisão foi realizada seguindo a lista de verificação recomendada pela PRISMA (Moheret al., 2015). Todas as etapas implementadas na

estratégia de pesquisa para cada banco de dados foram amplamente relatadas. Nos estudos incluídos, a heterogeneidade esteve presente, principalmente devido a questões envolvendo as condições de vulnerabilidade das populações do estudo, intervenções e desfechos.

### Conclusão

As intervenções em competências sociais com adolescentes em situação de vulnerabilidade podem ser uma estratégia eficaz para o desenvolvimento de atitudes positivas, principalmente as estratégias de instruções e atividades semanais e o sistema *mobile coach* que apresentaram resultados positivos nos estudos analisados. Estes resultados fornecem evidências para pesquisadores, profissionais e instituições para a prática em prevenção e promoção a saúde de adolescentes.

### Pontos chave

Estratégias baseadas somente em instruções, nem sempre são eficazes para desenvolver atitudes positivas em adolescentes em condições de vulnerabilidade, pois apresentam baixa qualidade de resultados.

Instruções e grupo com interação social podem ser uma intervenção eficaz para desenvolvimento de atitudes como redução do uso de álcool e drogas e ansiedade social, embora a maioria dos estudos apresentem conclusões fracas;

O sistema *mobile coach* foi efectivo com alta qualidade dos resultados no desenvolvimento de atitudes como na diminuição de stress, aumento de competências gerais de vida e redução do uso de álcool em adolescentes;

Programas desenvolvidos com instruções e

atividades semanais, foram mais eficazes para o desenvolvimento de atitudes positivas em adolescentes como aumento das competências sociais, assertividade, auto-controle, cooperação, empatia, redução de comportamento problema, redução do uso de drogas, actividade física, IMC, desenvolvimento psicossocial, desempenho escolar, atribuição de intenções hostis e diminuição de distorções cognitivas em adolescentes.

### Referências

- Babakhani, N. (2011). The effects of social skills training on self-esteem and aggression male adolescents. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 1565-1570. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.304>
- Beauchamp, M. H., & Anderson, V. (2010). SOCIAL: An integrative framework for the development of social skills. *Psychological Bulletin*, 136, 39-64. <https://doi.org/10.1037/a0017768>
- Bonsergent, E., Agrinier, N., Thilly, N., Tessier, S., Legrand, K., Lecomte, E.,... & PRALIMAP Trial Group. (2013). Overweight and obesity prevention for adolescents: a cluster randomized controlled trial in a school setting. *American Journal of Preventive Medicine*, 44, 30-39. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2012.09.055>
- Botvin, G.J., & Griffin, K.W. (2014). Life skills training: preventing substance misuse by enhancing individual and social competence. In K. Weichold & F. Giannotta F. (eds.), *Theory-based approaches to substance misuse and abuse prevention in school: New directions for youth development* (pp. 57- 66). San Francisco: Jossey-Bass.
- Campbell-Heider, N., Tuttle, J., & Knapp, T. R. (2009). CE FEATURE: The effect of positive adolescent life skills training on long term outcomes for high-risk teens. *Journal of Addictions Nursing*, 20, 6-15.
- Clarey, A., Hokoda, A., & Ulloa, E. C. (2010). Anger control and acceptance of violence as mediators in the relationship between

- exposure to interparental conflict and dating violence perpetration in Mexican adolescents. *Journal of Family Violence*, 25, 619-625. <https://doi.org/10.1007/s10896-010-9315-7>
- Ellickson, P. L. (2014). You've shown the program is effective. Now what? In K. Weichold, & F. Giannotta (eds), *Theory-based approaches to substance misuse and abuse prevention in school: New directions for youth development* (pp. 95-106). San Francisco: Jossey-Bass.
- Eslami, A. A., Ghofranipour, F., Bonab, B. G., Zadeh, D. S., Shokravi, F. A., & Tabatabaie, M. G. (2015). Evaluation of a school-based educational program to prevent adolescents' problem behaviors. *Journal of Education and Health Promotion*, 4, 30-53. <https://doi.org/10.4103/2277-9531.154127>
- Faggiano, F., Minozzi, S., Versino, E., & Buscemi, D. (2014). Universal school-based prevention for illicit drug use. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 12, CD003020. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003020.pub3>
- Glenn, L. E., Keeley, L. M., Szollos, S., Okuno, H., Wang, X., Rausch, E.,... & Augenstein, T. M. (2019). Trained observers' ratings of adolescents' social anxiety and social skills within controlled, cross-contextual social interactions with unfamiliar peer confederates. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 41, 1-15. <https://doi.org/10.1007/s10862-018-9676-4>
- Glynn, L. (2006). A critical appraisal tool for library and information research. *Library Hi Tech*, 24, 387-399. Recuperado de <https://www.emerald.com/insight/publication/issn/0737-8831>
- Harrell, A. W., Mercer, S. H., & DeRosier, M. E. (2009). Improving the social-behavioral adjustment of adolescents: The effectiveness of a social skills group intervention. *Journal of Child and Family Studies*, 18, 378-387. <https://doi.org/10.1007/s10826-008-9241-y>
- Haug, S., Castro, R. P., Meyer, C., Filler, A., Kowatsch, T., & Schaub, M. P. (2017). A mobile phone-based life skills training program for substance use prevention among adolescents: pre-post study on the acceptance and potential effectiveness of the program, Ready4life. *JMIR mHealth and uHealth*, 5, e143. Recuperado de <https://mhealth.jmir.org/2017/10/e143/pdf>
- Karp, J. N., Makol, B. A., Keeley, L. M., Qasmieh, N., Deros, D. E., Weeks, J. W.,... & De Los Reyes, A. (2018). Convergent, incremental, and criterion-related validity of multiinformant assessments of adolescents' fears of negative and positive evaluation. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25, 217-230. <https://doi.org/10.1002/cpp.2156>
- Kimber, B., & Sandell, R. (2009). Prevention of substance use among adolescents through social and emotional training in school: A latent-class analysis of a five-year intervention in Sweden. *Journal of Adolescence*, 32, 1403-1413. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2009.10.005>
- Kuntsche, E., & Labhart, F. (2014). The future is now: using personal cellphones to gather data on substance use and related factors. *Addiction*, 109, 1052-1053. <https://doi.org/10.1111/add.12540>
- Lázaro, L., Font, E., Moreno, E., Calvo, R., Vila, M., Andrés-Perpiñá, S., ... & Castro-Fornieles, J. (2011). Effectiveness of self-esteem and social skills group therapy in adolescent eating disorder patients attending a day hospital treatment programme. *European Eating Disorders Review*, 19, 398-406. <https://doi.org/10.1002/erv.1054>
- Leme, V. B. R., Fernandes, L. D. M., Jovarini, N. V., Achkar, A. M. E., & Del Prette, Z. A. P. (2016). Social Skills Program for adolescents in vulnerable social contexts. *Psico-USF*, 21, 595-608.
- Lipsey, M. W., Howell, J. C., Kelly, M. R., Chapman, G., & Carver, D. (2010). *Improving the effectiveness of juvenile justice programs: A new perspective on evidence-based practice*. Washington, DC: Georgetown University, Centre for Juvenile Justice.
- Marsch, L. A., & Borodovsky, J. T. (2016). Technology-based interventions for preventing and treating substance use among youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 25, 755-768.



- Matos, M. G., Gaspar, T., Ferreira, M., Tomé, G., Camacho, I., Reis, M., & Equipa Aventura Social (2012). Keeping a focus on self-regulation and competence: “find your own style”, A school based program targeting at risk adolescents. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 12, 39-48. Recuperado de <http://jebp.psychotherapy.ro/vol-xii-no-1-2012/keeping-focus-regulation-competence-find-style-school-based-program-targeting-risk-adolescents/>
- Melo, M., Pereira, M. G., & Silvério, J. (2014). Impacto de um Programa de Competências em Alunos do 2º Ciclo de Escolaridade. *Psicologia Escolar e Educacional*, 18, 113-124. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2823/282330520012.pdf>
- Melnik, B. M., Jacobson, D., Kelly, S., Belyea, M., Shaibi, G., Small, L.,... & Marsiglia, F. F. (2013). Promoting healthy lifestyles in high school adolescents: a randomized controlled trial. *American Journal of Preventive Medicine*, 45, 407-415. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2013.05.013>
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M.,... & Stewart, L. A. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews*, 4, 1-9. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-4-1>
- Murta, S. G., Moore, R. A., Miranda, A. A. V., Cangussú, E. D. A., dos Santos, K. B., Bezerra, K. L. T., & Veras, L. G. (2016). Efeitos de um Programa de Prevenção à Violência no Namoro. *Psico-USF*, 21, 381-393. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712016210214>
- Ramírez, L. Y. Á., Saldaña, C., Ardila, J. A. M., & Meza, V. P. (2009). Asertividad, escucha y afrontamiento de la crítica en adolescentes en situación de calle. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 7, 1535-1543. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/773/77314999015.pdf>
- Roberts, C., Williams, R., Kane, R., Pintabona, Y., Cross, D., Zubrick, S., & Silburn, S. (2011). Impact of a mental health promotion program on substance use in young adolescents. *Advances in Mental Health*, 10, 72-82. <https://doi.org/10.5172/jamh.2011.10.1.72>
- Silva, M., & Murta, S. G. (2009). Treinamento de habilidades sociais para adolescentes: uma experiência no programa de atenção integral à família (PAIF). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22, 136-143. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722009000100018>
- Silvério, M. (2014). *Developmentally appropriate sexuality education theory, conceptualization, and practice*. Unpublished doctoral dissertation. Berkeley, CA: University of California.
- van der Stouwe, T., Asscher, J. J., Hoeve, M., van der Laan, P. H., & Stams, G. J. J. (2018). Social skills training (SST) effects on social information processing skills in justice-involved adolescents: Affective empathy as predictor or moderator. *Children and Youth Services Review*, 90, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.05.006>

## **CAPÍTULO IV**

### **Self-control, consumption indicators and risk factors in brazilian adolescents**

Corrêa, R., Tome, G., Branquinho, C., Neufeld, C. B., Matos, M. G.,  
Almeida, A. M. (2021). Revista Psicologia, Saúde & Doenças Vol. 22, Nº. 3,  
1027-1035. <https://doi.org/10.15309/21psd22032>

## SELF-CONTROL, CONSUMPTION INDICATORS AND RISK FACTORS IN BRAZILIAN ADOLESCENTS

### AUTO CONTROLE, INDICADORES DE CONSUMO E FATORES DE RISCO EM ADOLESCENTES BRASILEIROS

Rafael Corrêa<sup>1,2†</sup>, Gina Tomé<sup>2</sup>, Catia Branquinho<sup>2</sup>, Carmem Neufeld<sup>4</sup>, Margarida Gaspar de Matos<sup>2,3</sup>, & Ana Maria de Almeida<sup>2</sup>

<sup>1</sup>University of São Paulo, Ribeirão Preto School of Nursing, Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil, rs.correa@usp.br, amalmeid@erp.usp.br

<sup>2</sup>University of Lisbon, Faculty of Human Motricity, Lisbon, Lisbon, Portugal, ginatome@sapo.pt, catiasofibranquinho@gmail.com, mmatos@fmh.ulisboa.pt

<sup>3</sup>University of Lisbon, Institute of Environmental Health, Lisbon, Lisbon, Portugal.

<sup>4</sup>University of São Paulo, Faculty of Philosophy, Sciences and Letters of Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil, cbneufeld@usp.br

**Abstract:** To analyze the association between self-control, consumption indicators and risk factors in the behavior of adolescents. Cross-sectional cohort study, with probabilistic sample by clusters and simple random. 722 teenagers were interviewed. The relationship of self-control with the use of tobacco, alcohol and cannabis, feeling of loneliness, sexual initiation, fights involvement was analyzed in the general group and stratified by gender. The Chi-square test and the Binomial Logistic Regression were used. In general, adolescents from the border region showed a high prevalence in the consumption of alcohol and tobacco, in contrast, they demonstrated a good repertoire of self-control. Boys showed a relationship between reduced self-control with non-specific indicators of substance use, while girls showed a relationship between decreased self-control with alcohol and cannabis consumption. An association was identified between self-control, fight involvement, alcohol consumption and feeling of loneliness. The study presents important data for planning future research and interventions in Social Skills with adolescents in the border region based on the promotion of self-control for the prevention of substance use and risk factors.

**Keywords:** Adolescent; Social skills; Risk factors; Loneliness

**Resumo:** Analisar a associação entre auto-controle, indicadores de consumo e fatores de risco em adolescentes. Estudo de corte transversal, com amostra probabilística por conglomerados e aleatória simples. 722 adolescentes foram entrevistados. A relação de autocontrole com uso de tabaco, álcool e cannabis, sentimento de solidão, iniciação sexual e envolvimento em brigas foi analisada no grupo geral e estratificada por gênero. O Teste Chi-quadrado e a Regressão Logística Binomial foram usados. No geral os adolescentes de região de fronteira apresentaram alta prevalência no consumo de álcool e tabaco, em contrapartida demonstraram um bom repertório de auto-controle. Os meninos apresentaram uma relação entre a redução de auto-controle com indicadores não específicos do consumo de substâncias, enquanto as meninas, demonstraram uma relação entre a diminuição de auto-controle com o consumo de álcool e *cannabis*. Foi identificada uma associação entre auto-controle, envolvimento em brigas, consumo de álcool e sentimento de solidão. O estudo apresenta dados

<sup>†</sup>Morada de Correspondência: Aventura Social – Faculty of Human Motricity, University of Lisbon, Estrada da Costa, 1499-002, Cruz Quebrada, Portugal. Email: rs.correa@usp.br

Submetido: 19 de maio de 2021

Aceite: 11 de outubro de 2021

importantes para o planejamento de futuras pesquisas e intervenções em Habilidades Sociais com adolescentes na região de fronteira baseada na promoção do auto-controle para a prevenção do consumo de substâncias e fatores de risco.

*Palavras-Chave:* Adolescente; Habilidades sociais; Fatores de risco; Solidão

---

Studies on consumption indicators show high prevalence and association with other risk factors in the adolescents health behaviours (Coutinho et al., 2016; Hallal et al., 2017; Horta et al., 2018). The relationship between substances use has been identified with other risk behaviours such as loneliness and fight involvement (Kim et al., 2018; Malta et al., 2018). Substance use in conjunction with risk behaviors such as exposure to violence in the border region in general has been characterized as a public health problem, and this region presents an atypical scenario with economic and social challenges increasing the possibility of involvement of adolescents in exploitation systems, increasing the risk to health vulnerability (Priotto, 2019).

Self-control is defined as an ability to demonstrate balance in situations that can cause discomfort, frustration, humiliation or anger (Del Prette & Del Prette, 2009). Despite the recognition that self-control has a positive influence on adolescent consumption indicators, the relationship with other risk factors is still an issue to be explored due to the variety of factors and possibilities of interventions (de Winter et al., 2016). Another important point to be considered in this relationship, would be the definition of priorities in conducting research and intervention studies, an issue that can be mitigated by the results of surveys on adolescent health on a national and international level (Brasil, 2016; Matos & Equipa Aventura Social, 2018; WHO, 2016).

However, the importance of identifying priorities at local and regional level for consumption indicators and other risk factors of interest for future interventions is highlighted (Dos Reis et al., 2018). Thus, the study's hypothesis was that the high frequency of consumption indicators and risk factors in adolescent behaviour would be associated with low self-control among adolescents. Therefore, the objective of this study is to analyze the associations between self-control, consumption indicators and risk factors in the behaviour of adolescents.

## METHODS

Cross-sectional study developed with adolescents from public schools in Foz do Iguaçu, Brazil. The region is bordered by Paraguay and Argentina and presents an atypical characterization in relation to the labor market, socio-economic, favoring the involvement and adolescents in the cycle of risky behaviors such as informal work, trafficking in goods and substances and prostitution (Aguiar, 2012). It was preceded by the consent of the institutions and participants as well as their legal guardians, respecting voluntary and anonymous participation. This research was approved by the research ethics committee of the Ribeirão Preto School of Nursing – University of São Paulo. This study was developed in accordance with the Declaration of Helsinki.

For data collection, an instrument validated by the National School Health Survey, authorized by the Brazilian Institute of Geography and Statistics (Brasil, 2016). A population-based survey was conducted with students from public schools in Brazil. This study is developed since 2009 and the instrument is structured with questions that include socio-demographic, risk and protective factors on adolescents' health (Oliveira et al., 2017).

There was also used the Social Skills Inventory for Adolescents (Del Prette & Del Prette, 2009), which evaluates the social skills repertoire of adolescents, presented on a five-point Likert scale for frequency and difficulty. The values filled up by the respondents are converted into percentiles and later the scores for empathy, self-control, civility, assertiveness, affective approach, social

## Self-control and consumptions in adolescents

resourcefulness and total are calculated as specified in the manual (Del Prette & Del Prette, 2009). In this study was used self-control indicator for frequency and difficulty, which has internal consistency index of .72 and .75 respectively.

### Participants

The final sample considered from refusals and dropouts was 722 adolescents. The average age of the adolescents was 16.5 years ( $SD = 0.80$ ), being distributed between 1st year ( $M = 15.6$ ;  $SD = 0.78$ ), 2nd year ( $M = 16.1$ ;  $SD = 0.63$ ) and 3rd year ( $M = 16.9$ ;  $SD = 0.33$ ) of high school and technician from public schools in Foz do Iguaçu.

### Measures and Variables

This study includes variables of socio-demographic characterization, alcohol use and consumption, binge drinking, tobacco use, cannabis use, feeling of loneliness, sexual initiation and fight involvement. Self-control was calculated using the frequency indicator, which initially presented 5 levels of classification and was subsequently recoded into 2 levels, High (Highly elaborated, Elaborated and Good) and Low (Lower medium, Below lower average). And the difficulty indicator that was recoded in Low and High (Medium / High difficulty). The measures are shown in Table 1.

**Table 1.** Description of the variables involved in the study.

Study variables	Range		
Age (years old)*	Minimum= 15	Maximum= 17	
Gender	1= Boy	2= Girl	
School grade (high school)*	1= 1 <sup>st</sup>	2= 2 <sup>nd</sup>	3= 3 <sup>rd</sup>
Alcohol use (in life)	1= Yes;	2= No	
Alcohol consumption (last month)	1= None; 2= 1-2 times; 3= 3-5 times;	4= 6-9 times; 5= 10-19 times;	6= 20-29 times; 7= Every day
Binge drinking (in life)	1= None; 2= 1-2 times;	3= 3-5 times; 4= 6-9 times;	5= 10 times or more;
Tobacco use (in life)	1= Yes;	2= No	
Cannabis consumption (last month)	1= None; 2= 1-2 times;	3= 3-9 times;	4= 10 times or more;
Feeling of loneliness (last year)	1= Never; 2= Rarely;	3= Sometimes; 4= Frequently;	5= Always
Sexual initiation	1= Yes;	2= No	
Fight Involvement (last year)	1= Never; 2= Once; 3= 2-3 times;	1= Never; 2= Once; 3= 2-3 times;	1= Never; 2= Once; 3= 2-3 times;
Self-control – Frequency*	1= Below average; 2= Lower average;	3= Good; 4= Elaborate;	5= Highly elaborate
Self-control - Difficulty*	1= Low difficulty;	2= Average difficulty;	3= High difficulty

**Note:** \*This variables was recoded.

### Statistical data analysis

The statistical analysis was performed through the descriptive test for all variables. Chi-square test was used to analyze the relationship between the indicators of substance use, risk factors and self-control. Binomial Logistic Regression was used, using the “ENTER” method to analyze the influence

## Self-control and consumptions in adolescents

of independent variables on self-control. The SPSS version 24 program was used for statistical analysis. The level of significance was  $p < 0.05$ .

## RESULTS

In general, adolescents had a higher prevalence in the indicators of alcohol use, 74% ( $n = 534$ ), alcohol consumption, 42.8% ( $n = 309$ ), binge drinking, 39.6% ( $n = 286$ ) and tobacco use, 33.5% ( $n = 242$ ) compared to the national average (Brazil, 2016). The adolescents showed a high frequency, 70.4% ( $n = 508$ ) and difficulty, 64.4% ( $n = 465$ ) in self-control.

**Table 2.** Participants' characteristics. Foz do Iguacu, Brazil, 2021.

Variables	Total	Boys	Girls	<i>P</i>
	% (n)	% (n)	% (n)	
	100 (722)	100 (328)	100 (394)	
Age (years)				
15	29.8 (215)	26.2 (85)	32.7 (129)	0.003*
16	35.9 (259)	32.9 (108)	38.3 (151)	
17	34.3 (248)	40.9 (135)	28.9 (114)	
School grade (high school)				
1 <sup>st</sup>	42.2 (305)	43.3 (142)	41.4 (163)	0.870
2 <sup>nd</sup>	38.4 (277)	37.8 (124)	38.8 (153)	
3 <sup>rd</sup>	19.4 (140)	18.9 (62)	19.8 (78)	
Alcohol use (in life)				
Yes	74 (534)	72.6 (238)	75.1 (296)	0.434
No	26 (188)	27.4 (90)	24.9 (98)	
Alcohol consumption (last month)				
Yes	42.8 (309)	45.4 (149)	40.6 (160)	0.193
No	57.2 (413)	54.6 (179)	59.4 (234)	
Binge drinking (in life)				
Yes	39.6 (286)	39.9 (131)	39.2 (155)	0.870
No	60.4 (436)	60.1 (197)	60.7 (239)	
Tobacco use (in life)				
Yes	33.5 (242)	34.5 (113)	32.7 (129)	0.628
No	66.5 (480)	65.5 (215)	67.3 (265)	
Cannabis consumption (last month)				
Yes	5.3 (38)	7.6 (25)	3.3 (13)	0.010*
No	94.7 (684)	92.4 (303)	96.7 (381)	
Feeling loneliness (last year)				
Never/ Rarely	75.8 (547)	80.2 (263)	72.1 (284)	0.011*
Always	24.2 (175)	19.8 (65)	27.9 (110)	
Sexual initiation				
Yes	49.7 (359)	54.3 (178)	45.9 (181)	0.026*
No	50.3 (363)	45.7 (150)	54.1 (213)	
Fight Involvement (last year)				
Yes	14.3 (103)	21.3 (70)	8.4 (33)	<0.001*
No	85.7 (619)	78.7 (258)	91.6 (361)	
Self-control – Frequency				
Low	39.9 (282)	35.4 (116)	42.1 (166)	0.064
High	60.1 (440)	64.6 (212)	57.9 (228)	
Self-control – Difficulty				
Low	35.6 (257)	42.4 (139)	32.2 (127)	0.005*
High	64.4 (465)	57.6 (189)	67.8 (267)	

**Note:** \* $p < 0.05$

## Self-control and consumptions in adolescents

The boys showed higher alcohol consumption, 45.4% ( $n = 149$ ), tobacco use, 34.5% ( $n = 113$ ), cannabis use, 7.6% ( $n = 25$ ), sexual initiation, 54, 3% ( $n = 178$ ) and fights involvement, 21.3% ( $n = 70$ ) than girls. Girls reported greater use of alcohol, 75.1% ( $n = 296$ ) and greater feeling of loneliness, 27.9% ( $n = 110$ ) than boys. The binge drinking had a similar percentage for both genders, 39.9% ( $n = 131$ ) for boys and 39.2% ( $n = 155$ ) for girls. The values are shown in Table 2.

For boys, the decrease in the frequency of self-control was related to the increase in sexual initiation and fights involvement. For girls, the increase in alcohol use, binge drinking, cannabis consumption and the feeling of loneliness were related to the reduction in the frequency of self-control.

The increased difficulty in self-control for boys was related to fights involvement. The girls who presented an increase in the difficulty of self-control had a relationship with the increase binge drinking, tobacco use and feeling of loneliness. Alcohol consumption was correlated with the increased difficulty in self-control for both genders. The results are shown in Tables 3 and 4.

**Table 3.** Bivariate analyzes of frequency in self-control, consumption indicators and risk factors in Brazilian adolescents, by gender, with chi-square. Foz do Iguaçu, Brazil, 2021.

Variables	Frequency					
	Boys			Girls		
	Low	High	<i>p</i>	Low	High	<i>P</i>
	% (n)			% (n)		
Alcohol use (in life)						
Yes	74.1 (86)	71.7 (152)	0.636	80.1 (133)	71.5 (163)	0.050*
No	25.9 (30)	28.3 (60)		19.9 (33)	28.5 (65)	
Alcohol consumption (last month)						
Yes	46.6 (54)	44.8 (95)	0.762	44 (73)	38.2 (87)	0.246
No	53.4 (62)	55.2 (117)		56 (93)	61.8 (141)	
Binge drinking (in life)						
Yes	44.8 (52)	37.3 (79)	0.181	45.2 (75)	35.1 (80)	0.043*
No	55.2 (64)	62.7 (133)		54.8 (91)	64.9 (148)	
Tobacco use (in life)						
Yes	35.3 (41)	34 (72)	0.801	35.5 (59)	30.7 (70)	0.312
No	64.7 (75)	66 (140)		64.5 (107)	69.3 (158)	
Cannabis consumption (last month)						
Yes	8.6 (10)	7.1 (15)	0.614	5.4 (9)	1.8 (4)	0.044*
No	91.4 (106)	92.9 (197)		94.6 (157)	98.2 (224)	
Feeling of loneliness (last year)						
Never/ Rarely	81 (94)	79.7 (169)	0.775	65.1 (108)	77.2 (176)	0.008*
Always	19 (22)	20.3 (43)		34.9 (58)	22.8 (52)	
Sexual initiation						
Yes	65.5 (76)	48.1 (102)	0.002*	46.4 (77)	45.6 (104)	0.879
No	34.5 (40)	51.9 (110)		53.6 (89)	54.4 (124)	
Fight Involvement (last year)						
Yes	28.4 (33)	17.5 (37)	0.020*	11.4 (19)	6.1 (14)	0.061
No	71.6 (83)	82.5 (175)		88.6 (147)	93.9 (214)	

Note:  $p < 0,05$

The results of the Binomial Logistic Regression analysis for the association between self-control, consumption indicators and risk factors in adolescents in border region were analyzed using two adjusted models, in which the regression explained 4% of the frequency variance (Hosmer and Lemeshow  $\chi^2 = 20.806$  (10),  $p = 0.022$  Nagelkerke  $R^2 = 0.039$ ) and 7% of the difficulty ( $\chi^2 = 40.895$  (10),  $p < 0.001$  Nagelkerke  $R^2 = 0.075$ ) of self-control for the model indicators. The condition of having a decrease in the frequency of self-control has a negative relationship with the variable fights involvement (fights involvement increases the chance of being in this group by 0.57 times).

The model also presents an increased difficulty in self-control with a positive relationship with the variable alcohol consumption (consuming alcohol increases the chance of being in this group by 0.60

## Self-control and consumptions in adolescents

times) and the feeling of loneliness (the increase in the feeling of loneliness increases the chance of being in this group by 0.56 times. The results are shown in Table 5.

**Table 4.** Bivariate analyzes of the difficulty in self-control, consumption indicators and risk factors in Brazilian adolescents, by gender, with chi-square. Foz do Iguaçu, Brazil, 2021.

Variables	Difficulty					
	Boys			Girls		
	Low	High	<i>p</i>	Low	High	<i>p</i>
	% (n)			% (n)		
Alcohol use (in life)						
Yes	68.3 (95)	75.7 (143)		70.9 (90)	77.2 (206)	
No	31.7 (44)	24.3 (46)	0.142	29.1 (37)	22.8 (61)	0.177
Alcohol consumption (last month)						
Yes	36.7 (51)	51.9 (98)		32.3 (41)	44.6 (119)	
No	63.3 (88)	48.1 (91)	0.006*	67.7 (86)	55.4 (148)	0.020*
Binge drinking (in life)						
Yes	37.4 (52)	41.8 (79)		29.9 (38)	43.8 (117)	
No	62.6 (87)	58.2 (110)	0.423	70.1 (89)	56.2 (150)	0.008*
Tobacco use (in life)						
Yes	28.8 (40)	38.6 (73)		26 (33)	36 (96)	
No	71.2 (99)	61.4 (116)	0.064	74 (94)	64 (171)	0.049*
Cannabis consumption (last month)						
Yes	7.9 (11)	7.4 (14)		0.8 (1)	4.5 (12)	
No	92.1 (128)	92.6 (175)	0.864	99.2 (126)	95.5 (255)	0.054
Feeling of loneliness (last year)						
Never/ Rarely	84.9 (118)	76.7 (145)		81.9 (104)	67.4 (180)	
Always	15.1 (21)	23.3 (44)	0.067	18.1 (23)	32.6 (87)	0.003*
Sexual initiation						
Yes	49.6 (69)	57.7 (109)		44.9 (57)	46.4 (124)	
No	50.4 (70)	42.3 (80)	0.149	55.1 (70)	53.6 (143)	0.771
Fight Involvement (last year)						
Yes	15.1 (21)	25.9 (49)		7.1 (9)	9 (24)	
No	84.9 (118)	74.1 (140)	0.018*	92.9 (118)	91 (243)	0.524

Note: \* $p < 0.05$

**Table 5.** Relationship between frequency and difficulty in self-control, consumption indicators and risk factors in Brazilian adolescents, Binomial logistic regression. Foz do Iguaçu, Brazil, 2021.

Variables	Frequency		Difficulty	
	Model $\chi^2 = 20.806$	<i>p</i>	Model $\chi^2 = 40.895$	<i>p</i>
	OR (95% CI)	0.022*	OR (95% CI)	<0.001*
Alcohol use (in life)	0.85 (0.56-1.32)	0.484	1.06 (0.70-1.61)	0.787
Alcohol consumption (last month)	1.08 (0.74-1.57)	0.681	0.60 (0.41-0.89)	0.011*
Binge drinking (in life)	0.79 (0.54-1.17)	0.239	0.92 (0.62-1.39)	0.706
Tobacco use (in life)	1.13 (0.79-1.61)	0.517	0.78 (0.53-1.13)	0.192
Cannabis consumption (last month)	0.89 (0.42-1.85)	0.746	1.53 (0.69-3.41)	0.297
Feeling of loneliness (last year)	0.79 (0.55-1.13)	0.189	0.56 (0.38-0.83)	0.004*
Sexual initiation	0.81 (0.57-1.13)	0.211	0.90 (0.64-1.28)	0.561
Feeling of loneliness (last year)	0.57 (0.36-0.91)	0.017*	0.67 (0.41-1.10)	0.114

Note: OR, odd ratio; The analyses were adjusted for age and sex; \*  $p < 0.05$ .



## DISCUSSION

The objective of this research was to analyze the association between self-control, consumption indicators and risk factors in adolescent's behaviour. The results obtained suggest that fight involvement, alcohol consumption and feeling of loneliness are associated with adolescent's self-control. These results are confirmed by a previous study related to the influence of emotional self-control on loneliness and substance use (Nikmanesh et al., 2015).

The greater vulnerability of boys in the consumption indicators and other risk factors in the adolescent's behaviour pointed out in this study, was a trend in population studies (Malta et al., 2018) demonstrating the increase in alcohol consumption among girls in recent years (Freitas et al., 2019) in border region (Priotto, 2019). These data are important for researchers and managers when planning future interventions.

The relationship between the frequency of self-control and risk factors in adolescents behaviour was also identified in the results of a long-term survey, that showed that the decrease in self-control in adolescence influences the maintenance of risk behaviours for sexuality in adulthood (Griffin et al., 2012). In the same direction, the variety of risk factors associated with reduced self-control identified in this study, represent the importance and complexity of setting priorities for interventions involving adolescent health prevention (Davies et al., 2017; Walters et al., 2018). Similar results were presented by studies that demonstrated low levels of self-control in adolescents in relation to multiple risk factors (de Winter et al., 2016), alcohol use (Bobrowski, 2019; Wills et al., 2016), binge drinking (Ismayilova & Terlikbayeva, 2018), victimization by violence (Davis et al., 2017), tobacco use (Fauzan et al., 2018; Holmes, 2018) and alcohol use associated with premature sexual activity in adolescents (Agbaria et al, 2017).

In addition, this evidence highlights the importance of the fights involvement, alcohol consumption and feeling of loneliness in planning research and interventions with adolescents in border region, giving importance to learning self-control strategies related to substance use behaviours and other risk factors in adolescents. Therefore, from the point of view of health education in relation to health prevention and promotion, family, school and peer relationships are important and should be better explored as regulators of isolation reactions and other risk behaviours (De la Fuente et al., 2017). These results point out the importance of programs aimed at preventing consumption indicators, based on the training of self-control to manage behaviours of fight involvement, alcohol consumption and isolation.

The study presents a complex and rigorous sampling process, making it possible to generalize the results to the population, being useful for the use of health behavior monitoring. However, some limitations can be clarified, the study was self-reported and presents a cross-sectional design methodology, and it is not possible to establish a cause-effect relationship. The study also addressed the relationship between self-control and the survey indicators, thus not demonstrating the relationship between the other classes of social skills as well as the general repertoire.

The results of this study identified the association of self-control with consumption indicators and risk factors in adolescent's behaviour, mainly identifying self-control as a protective factor for the fight involvement, alcohol consumption and feeling of loneliness. This risk behaviours evaluated in the research reveal a priority for intervention in Brazilian adolescents for the development of future studies in border region. Thus, it is essential to plan research and interventions based on the promotion of self-control, in addition to carrying out interventions in conjunction with school, family and peers in order to reduce consumption indicators and other risk factors in adolescence.

The results call attention to the importance of studies of this nature for the design of more effective intervention programs and policies, in addition to the prioritization of results identified in population surveys to improve coping strategies in education and health. Finally, this study confirms the impact of consumption indicators and risk behaviours in adolescent's behavior and the importance of self-control as a strategy for the development of education and public health programs and policies.

*Key points*

1. Self-control in adolescents is associated with fight involvement, alcohol consumption and feeling of loneliness.
2. The factors alcohol use, binge drinking and *cannabis* consumption, feeling of loneliness and fight involvement are related to the low frequency of self-control for girls.
3. For boys, sexual initiation and fight involvement were related to the frequency of self-control.
4. Feeling of loneliness, alcohol consumption, binge drinking and *cannabis* consumption were related to increased difficulty in self-control for girls.
5. For boys, the increased difficulty in self-control was related to the alcohol consumption, feeling of loneliness and fight involvement.

**Funding:** This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Finance Code 001.

**REFERENCES**

- Agbaria, Q., Berte, D. Z., & Mahamid, F. A. (2017). Social Support , Self-Control, Religiousness and Engagement in High Risk-Behaviors among Adolescents. *The International Journal of Indian Psychology*, 4(October). <https://doi.org/10.25215/0404.142>
- Bobrowski, K. J., Greń, J., Ostaszewski, K., & Pisarska, A. (2019). Factors related to the alcohol use among students attending youth correctional centres. *Alcohol Drug Addict*, 32(4), 317-336. <https://doi.org/10.5114/ain.2019.94025>.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2016). Pesquisa nacional de saúde do escolar : 2015. *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE*.
- Coutinho, E. S. F., Magliano, E. S., Bloch, K. V., Barufaldi, L. A., Cunha, C. F., De Vasconcellos, M. T. L., & Szklo, M. (2016). ERICA: Patterns of alcohol consumption in Brazilian adolescents. *Revista de Saúde Pública*, 50(suppl 1), 1s-9s. <https://doi.org/10.1590/S01518-8787.2016050006684>
- Davies, L. E. M., Kuipers, M. A. G., Junger, M., & Kunst, A. E. (2017). The role of self-control and cognitive functioning in educational inequalities in adolescent smoking and binge drinking. *BMC Public Health*, 17(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4753-2>
- Davis, J. P., Dumas, T. M., Berey, B. L., Merrin, G. J., Cimpian, J. R., & Roberts, B. W. (2017). Effect of victimization on impulse control and binge drinking among serious juvenile offenders from adolescence to young adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 46(7), 1515–1532. <https://doi.org/10.1007/s10964-017-0676-6>
- De la Fuente, J., Cubero, I., Sánchez-Amate, M. C., Peralta, F. J., Garzón, A., & Fiz Pérez, J. (2017). The adolescent’s competency for interacting with alcohol as a determinant of intake: The role of self-regulation. *Frontiers in Psychology*, 8(oct), 1–14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01800>
- Del Prette A., & Del Prette Z. (2009). *Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes (IHSA-Del-Prette): Manual de aplicação, apuração e interpretação*. Casa do Psicólogo.
- de Winter, A. F., Visser, L., Verhulst, F. C., Vollebergh, W. A. M., & Reijneveld, S. A. (2016). Longitudinal patterns and predictors of multiple health risk behaviors among adolescents: The Trails study. *Preventive Medicine*, 84, 76–82. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.11.028>
- Dos Reis, A. A. C., Malta, D. C., & Furtado, L. A. C. (2018). Challenges for public policies aimed at adolescence and youth based on the national scholar health survey (PeNSE). *Ciencia e Saude Coletiva*, 23(9), 2879–2890. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.14432018>

- Fauzan, F., Firman, F., & Daharnis, D. (2018). *Relationship between self-control and peer conformity with smoking behavior*. International Conferences on Educational, Social Sciences and Technology. <https://doi.org/10.29210/2018134>
- Freitas, E. A. D. O., Martins, M. S. A. S., & Espinosa, M. M. (2019). Alcohol and tobacco experimentation among adolescents of the midwest region/Brazil. *Ciencia e Saúde Coletiva*, *24*(4), 1347–1357. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.15582017>
- Griffin, K. W., Scheier, L. M., Acevedo, B., Grenard, J. L., & Botvin, G. J. (2012). Long-term effects of self-control on alcohol use and sexual behavior among urban minority young women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *9*(1), 1–23. <https://doi.org/10.3390/ijerph9010001>
- Hallal, A. L. de L. C., Figueiredo, V. C., Moura, L. de, Prado, R. R. do, & Malta, D. C. (2017). Uso de outros produtos do tabaco entre escolares brasileiros (Pense 2012). *Cadernos de Saúde Publica*, *33*, 174–183. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00137215>
- Holmes, C. J. (2018). Today's decisions, Tomorrow's outcomes: Does self-control explain the educational smoking gradient? *Social Science Research*, *70*(October 2016), 229–241. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2017.10.009>
- Horta, R. L., De Mola, C. L., Horta, B. L., De Mattos, C. N. B., De Andreazzi, M. A. R., Oliveira-Campos, M., & Malta, D. C. (2018). Prevalence and factors associated with illicit drug use throughout life: National School Health Survey 2015. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, *(21)* (Suppl 1). <https://doi.org/10.1590/1980-549720180007.supl.1>
- Ismayilova, L., & Terlikbayeva, A. (2018). Building Competencies to Prevent Youth Substance Use in Kazakhstan: Mixed Methods Findings From a Pilot Family-Focused Multimedia Trial. *Journal of Adolescent Health*, *63*(3), 301–312.
- Kim, Y. K., Okumu, M., Small, E., Nikolova, S. P., & Mengo, C. (2018). The association between school bullying victimization and substance use among adolescents in Malawi: The mediating effect of loneliness. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 1–9. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2017-0229>
- Malta, D. C., Machado, Í. E., Felisbino-Mendes, M. S., Prado, R. R. Do, Pinto, A. M. S., Oliveira-Campos, M., De Souza, M. D. F. M., & Assunção, A. A. (2018). Use of psychoactive substances among Brazilian adolescents and associated factors: National School-based Health Survey, 2015. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, *21*(Suppl 1). <https://doi.org/10.1590/1980-549720180004.supl.1>
- Matos, M., & Equipa Aventura Social. (2018). A saúde dos adolescentes portugueses após a recessão. *Health Behaviour in School - Aged Children*, *62*.
- Nikmanesh, A., Kazemi, Y., & Khosravi, M (2015). Role of Feeling of Loneliness and Emotion Regulation Difficulty on Drug Abuse. *Journal of Community Health Research*, *4*(1), 55-64
- Oliveira, M. M. de, Campos, M. O., Andreazzi, M. A. R. de, & Malta, D. C. (2017). Características da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PeNSE. *Epidemiologia e Servicos de Saude*, *26*(3), 605–616. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300017>
- Walters, K. J., Simons, J. S., & Simons, R. M. (2018). Self-control demands and alcohol-related problems: Within- and between-person associations. *Psychology of Addictive Behaviors*, *32*(6), 573–582.
- WHO. (2016). Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people 's health and well-being. *WHO Regional Office for Europe*.
- Wills, T. A., Simons, J. S., Sussman, S., & Knight, R. (2016). Emotional self-control and dysregulation: A dual-process analysis of pathways to externalizing/internalizing symptomatology and positive well-being in younger adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, *163*, 37–45. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.08.039>

## **CAPÍTULO V**

---

### **Habilidades sociais e saúde sexual de adolescentes em região de fronteira**

Corrêa, R., Reis, M., Neufeld, C. B., Matos, M. G., Almeida, A. M. (2022).  
Revista Psicologia Saúde & Doença. <https://doi.org/10.15309/22psd230116>

## HABILIDADES SOCIAIS E SAÚDE SEXUAL DE ADOLESCENTES EM REGIÃO DE FRONTEIRA

### SOCIAL SKILLS AND SEXUAL HEALTH OF ADOLESCENTS IN A BORDER REGION

Rafael Corrêa<sup>†1,2,3</sup>, Marta Reis<sup>3,4</sup>, Carmem Neufeld<sup>5</sup>, Ana Maria Almeida<sup>1</sup>, & Margarida Gaspar de Matos<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, [r.correa@edu.ulisboa.pt](mailto:r.correa@edu.ulisboa.pt), [amalmeid@eerp.usp.br](mailto:amalmeid@eerp.usp.br)

<sup>2</sup>Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

<sup>3</sup>Universidade de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa, Portugal, [reispsmarta@gmail.com](mailto:reispsmarta@gmail.com)

<sup>4</sup>Universidade de Lisboa, Instituto de Saúde Ambiental, Lisboa, Portugal, [margarida.gaspardematos@gmail.com](mailto:margarida.gaspardematos@gmail.com)

<sup>5</sup>Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, [cbneufeld@usp.br](mailto:cbneufeld@usp.br)

**RESUMO:** Analisar a associação entre habilidades sociais e saúde sexual em adolescentes de uma região de fronteira. Estudo de corte realizado com 722 adolescentes (328 meninos, 394 meninas), estudantes de escolas públicas de Foz do Iguaçu no ano de 2016, com uma média de 16 anos de idade. Foram utilizados questionários para a coleta de dados. A associação das habilidades sociais e os indicadores do estudo foram analisados no grupo geral e estratificado por gênero. Os testes de Qui-quadrado e Regressão Logística Binomial foram utilizados. Os meninos demonstraram uma relação entre a baixa habilidade social com o não uso de método para prevenção de gravidez, baixa classificação do estado de saúde, não ter recebido orientação sobre prevenção de gravidez na escola, não uso de serviço de saúde e maior sentimento de solidão. As meninas apresentaram uma relação entre a baixa classificação do estado de saúde e menor regulação parental com a baixa habilidade social. O estudo demonstrou uma associação das habilidades sociais com indicadores mais amplos da saúde sexual de adolescentes, apontando direções para a realização de intervenções em habilidades sociais de forma complementar em programas de educação e saúde sexual para o bem-estar adolescentes em região de fronteira.

*Palavras-Chave:* Comportamento adolescente; Comportamentos contraceptivos; Estado de saúde

**ABSTRACT:** To analyze the association between social skills and sexual health in adolescents from a border region. A cross-sectional study carried out with 722 adolescents (328 boys, 394 girls), students from public schools in Foz do Iguaçu in 2016, with an average age of 16 years. Questionnaires were used for data collection. The association of social skills and the study indicators were analyzed in the general group and stratified by gender. Chi-square and Binomial Logistic Regression tests were used. Boys demonstrated a relationship between low social skills and not using a method to prevent pregnancy, low health status classification, not having received guidance on pregnancy prevention at school, not using health services and a greater feeling of loneliness. Girls showed a relationship between low health status rating and lower parental regulation with low social ability. The study demonstrated an association of social skills with broader indicators of adolescent

<sup>†</sup>Morada de Correspondência: Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa, Estrada da Costa, 1499-002, Cruz Quebrada, Portugal

Submetido: 08 de fevereiro de 2022

Aceite: 19 de abril de 2022

sexual health, pointing out directions for carrying out interventions in social skills in a complementary way in sexual education and health programs for adolescent well-being in the border region.

*Keywords:* Adolescent behavior; Contraception behaviors; Health status

---

Pesquisas em saúde sexual de adolescentes em países da América Latina apresentam dados de alta prevalência com relação a iniciação sexual precoce, gravidez não planejada e orientação sobre prevenção de gravidez e IST/AIDS na escola, incluindo a discussão acerca da vulnerabilidade a que esse grupo populacional está exposto (Patton & Temmerman, 2016; Santhya & Jejeebhoy, 2015). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) a maioria dos adolescentes latinoamericanos inicia a vida sexual antes dos 17 anos, apresentando uma idade média de 15 anos para início da atividade sexual (OPAS, 2017; Priotto et al., 2018).

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), estudo realizado com adolescentes brasileiros, apresenta uma prevalência de iniciação sexual de 54,7%, dentre os que tiveram relação sexual, 38,7% fizeram uso de método para prevenção da gravidez e 69,2% receberam orientação sobre prevenção de gravidez na escola, números que apresentam um desafio para pesquisadores e elaboradores de políticas públicas para a adolescência (Brasil, 2016; Dos Reis et al., 2018; Felisbino-Mendes et al., 2018).

Entretanto, estudos abordando a saúde sexual de adolescentes em região de fronteira ainda são escassos e pela porosidade das relações fronteiriças é essencial a compreensão da vulnerabilidade a que estão expostos os adolescentes, dando destaque principalmente a alta prevalência de iniciação sexual por parte dos meninos, sobre uso de contraceptivos em ambos os sexos (Priotto, et al., 2018). A região de fronteira entre Brasil, Argentina e Paraguai foi destacada pela influência sócio-cultural e das relações internacionais no cotidiano e na construção de padrões de comportamentos e hábitos nessa faixa etária. Essa região específica apresenta dificuldades de acesso a serviços de saúde que influenciam na saúde de adolescentes (Priotto et al., 2018).

Estudos em saúde sexual de adolescentes têm buscado uma abordagem mais ampla para compreender esse fenômeno, considerando aspectos físicos, comportamentais e sociais na pesquisa em saúde, utilizando uma abordagem multidimensional que abrange a medida de fatores não sexuais e sua influência com a saúde e o bem-estar (Hensel et al., 2016). Esse modelo está em consonância com a Organização Mundial da Saúde (OMS) que define saúde sexual como um estado de bem-estar físico, emocional, psicológico e social com relação a sexualidade (WHO, 2016) o que amplia a possibilidade de relações estabelecidas em pesquisas e intervenções futuras, contribuir assim para o fortalecimento do desenvolvimento de políticas públicas para adolescentes (Brasil, 2016; Dos Reis et al., 2018).

Como uma alternativa de resposta a evolução de abordagem mais ampla da saúde sexual de adolescentes as habilidades sociais apresentam múltiplas definições e metodologias no campo da ciência do comportamento em relação com o contexto (Leme et al., 2016). Essa abordagem busca compreender as relações interpessoais a partir da aprendizagem de comportamentos durante o ciclo de desenvolvimento humano através da interação de questões biológicas, cognitivas e sociais estimulando o desenvolvimento de relações positivas (Leme et al., 2016).

A utilização do termo habilidades sociais deve ser compreendido dentro de um conjunto de conceitos relacionados ao desempenho social, mesmo assim as habilidades sociais são consideradas como um conceito chave dentro da área das relações interpessoais, passando por um refinamento teórico e prático através de estudos e discussões (Del Prette & Del Prette, 2017).

Especialmente na fase da adolescência em que se intensificam as relações interpessoais as habilidades sociais são importantes para a diminuição do impacto dos comportamentos de risco na saúde e o desenvolvimento de um bem estar dos adolescentes (Leme et al., 2016). Em uma revisão sistemática com objetivo de avaliar os resultados de intervenções em habilidades sociais em

comportamentos de adolescentes, foram identificados poucas pesquisas relacionadas a saúde sexual e isso demonstra novamente a necessidade da realização de estudos dessa natureza (Corrêa et al., 2020).

Apesar de reconhecer a importância das habilidades sociais para o desenvolvimento de um repertório interpessoal na adolescência, a relação com a saúde sexual ainda é uma lacuna, considerando a variedade de fatores envolvidos na sua definição, sendo necessário o desenvolvimento de pesquisas na busca de ampliar o foco de estratégias de educação e saúde sexual de adolescentes (Chandra-Mouli et al., 2015; Patton & Temmerman, 2016). Desse modo a hipótese da nossa pesquisa foi adolescentes em região de fronteira que apresentam maior risco em saúde sexual consequentemente demonstrariam um maior prejuízo nas habilidades sociais. Portanto, o objetivo deste estudo foi analisar a associação entre as habilidades sociais e a saúde sexual de adolescentes de uma região de fronteira.

## MÉTODO

### *Desenho de estudo e participantes*

Estudo de corte transversal conduzido com estudantes de colégios públicos de Foz do Iguaçu, Brasil; A região faz fronteira com a Argentina e o Paraguai. A pesquisa foi realizada de acordo com o protocolo *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology - STROBE*. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, e obteve autorização dos pais e adolescentes.

Os adolescentes apresentaram uma média de idade de 16,5 anos ( $DP=0,80$ ). O processo de amostragem ocorreu através de uma amostra probabilística por conglomerados, sendo consideradas inicialmente, 281 salas de aulas e uma média de nove *clusters* em 27 colégios. E através de uma amostra aleatória simples, com uma população de 9.720 estudantes matriculados no ano de 2016, estabelecendo um intervalo amostral proporcional ao número acumulado de estudantes por sala de aula, resultou em uma amostra final de 722.

### *Instrumentos*

A pesquisa inclui variáveis sociodemográficas, iniciação sexual, idade da primeira relação sexual, uso de preservativo na última relação sexual, método para prevenção de gravidez na escola, orientação sobre prevenção de gravidez na escola, classificação do estado de saúde, uso de serviço de saúde, regulação parental e sentimento de solidão. As variáveis de frequência e dificuldade em habilidades sociais foram recodificadas em alto(a) e baixo(a) conforme Corrêa, et al. (2021).

O instrumento da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE, versão 2015, foi utilizado para coleta de dados, o questionário é de auto-reporte, com 105 questões. A PeNSE é uma pesquisa brasileira realizada desde 2009 com estudantes de colégios públicos com o objetivo de monitor indicadores de risco e proteção em saúde do adolescente (Brasil, 2016).

A medida das Habilidades Sociais foi realizada através do Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes (IHSA-Del-Prette) (Leme et al., 2016). O inventário tem como objetivo avaliar as habilidades sociais de adolescentes com idades entre 12 e 17 anos. O instrumento é de auto-reporte, com 38 questões em uma escala tipo Likert de cinco pontos para cada afirmativa, as respostas são divididas em frequência e dificuldade em habilidades sociais. Essa divisão é importante para identificar o número de vezes que o adolescente se comporta e o nível de ansiedade ou medo que ele/ela demonstra ao se comportar em um contexto específico, considerando que a baixa frequência e alta dificuldade corresponde em maior prejuízo nas habilidades sociais. Os indicadores são

subdivididos em empatia, auto-controle, civilidade, assertividade, abordagem afetiva, desenvoltura social e habilidades sociais totais. O instrumento apresentou uma consistência interna de 0,82 (Leme et al., 2016).

### *Análise de dados*

Para análise da frequência e porcentagem foi utilizado testes de análise descritiva para as variáveis do estudo. Na análise bivariada foi utilizado o teste Qui-quadrado. Para analisar a associação das variáveis independentes do estudo com as habilidades sociais, foi utilizada a Regressão Logística Binomial, método “ENTER”. O programa SPSS versão 25 foi utilizado para realização das análises estatísticas. Um nível de significância de  $p < 0,05$  foi determinado.

## **RESULTADOS**

Os adolescentes na região de fronteira apresentaram alta prevalência de iniciação sexual 49,7% e uso de método para evitar gravidez 46,9%. Os meninos demonstraram maior vulnerabilidade relacionada a saúde sexual através dos seguintes fatores: maior iniciação sexual (54,3% vs 45,9%,  $p=0,026$ ), atividade sexual em idade inferior a 14 anos (24,7% vs 7,7%,  $p=0,001$ ), menor uso de métodos contraceptivos (35,8% vs 55,8%,  $p < 0,001$ ), menor orientação de prevenção de gravidez na escola (87,9% vs 91%,  $p=0,183$ ), menor uso de serviço de saúde (53,4% vs 59,1%,  $p=0,119$ ) e menor regulação parental (69,8% vs 78,2%,  $p=0,010$ ) do que as meninas. Entretanto, elas reportaram um menor uso de preservativo na última relação sexual (61,8% vs 72,7%,  $p < 0,001$ ), menor classificação do estado de saúde (bom) (62,7% vs 77,7%,  $p=0,119$ ) e maior sentimento de solidão (27,9% vs 19,8%,  $p=0,011$ ) do que os meninos.

Com relação as habilidades sociais, no geral, os adolescentes apresentaram alta frequência 70,4% e dificuldade 64,4%. Os meninos apresentaram menor frequência, 32%, enquanto que as meninas demonstraram maior dificuldade, 65,2%, para expressar os comportamentos de habilidades sociais de acordo com ao Quadro 1.

Os Quadros 2 e 3 apresentam os resultados das análises bivariadas. Para os meninos, a redução na frequência das habilidades sociais foi relacionada com o menor uso de serviço de saúde. As meninas que apresentaram menor regulação parental mostraram uma redução na frequência de habilidades sociais. O aumento da dificuldade nas habilidades sociais para os meninos foi relacionado com a diminuição do uso de método para prevenção de gravidez, não ter recebido orientação de prevenção de gravidez na escola e o aumento do sentimento de solidão. Para ambos os sexos o aumento da dificuldade em habilidades sociais foi relacionado com a diminuição da classificação do estado de saúde.

O Quadro 4 apresenta os resultados da análise de Regressão Logística Binomial. As análises das associações significativas ocorreram para variáveis de saúde sexual mais ampla. As associações entre as variáveis foram obtidas através de dois modelos ajustados, em que a equação de Regressão Logística Binomial explicou 3% da variância da frequência (Hosmer e Lemeshow  $\chi^2 = 16,180$  (7)  $p = 0,024$ , Nagelkerke  $R^2 = 0,033$ ) e 4% da dificuldade (Hosmer e Lemeshow  $\chi^2 = 20,836$  (7)  $p = 0,004$ , Nagelkerke  $R^2 = 0,041$ ) das habilidades sociais para os indicadores do estudo.



**Quadro 1.** Distribuição de variáveis sócio demográficas e indicadores do estudo, por gênero. Foz do Iguaçu, Brasil, 2021.

Variáveis	Total	Meninos	Meninas	p
	% (n)	% (n)	% (n)	
	100 (722)	100 (328)	100 (394)	
Idade (anos)				
15	29,8 (215)	26,2 (85)	32,7 (129)	<b>0,003</b>
16	35,9 (259)	32,9 (108)	38,3 (151)	
17	34,3 (248)	40,9 (134)	28,9 (114)	
Grau escolar (E.M.)				
1°	42,2 (305)	43,3 (142)	41,4 (163)	0,870
2°	38,4 (277)	37,8 (124)	38,8 (153)	
3°	19,4 (140)	18,9 (62)	19,8 (78)	
Iniciação sexual				
Sim	49,7 (359)	54,3 (178)	45,9 (181)	<b>0,026</b>
Não	50,3 (363)	45,7 (150)	54,1 (213)	
Idade da primeira relação sexual	100 (359)	100 (178)	100 (181)	<b>0,001</b>
13 anos ou menos	16,2 (58)	24,7 (44)	7,7 (14)	
14 anos ou mais	83,8 (301)	75,3 (134)	92,3 (167)	
Uso de preservativo na última relação sexual	100 (350)	100 (172)	100 (178)	<b>0,030</b>
Sim	67,1 (235)	72,7 (125)	61,8 (110)	
Não	32,9 (115)	27,3 (47)	38,2 (68)	
Método para prevenção de gravidez	100 (350)	100 (172)	100 (178)	<b>&lt;0,001</b>
Sim	46,9 (167)	35,8 (57)	55,8 (110)	
Não	53,1 (189)	64,2 (102)	44,2 (87)	
Orientação sobre prevenção de gravidez na escola				
Sim	89,6 (614)	87,9 (269)	91 (345)	0,183
Não	10,4 (71)	12,1 (37)	9 (34)	
Classificação do estado de saúde				
Bom	69,5 (502)	77,7 (255)	62,7 (247)	<b>&lt;0,001</b>
Mal/ Regular	30,5 (220)	22,3 (73)	37,2 (147)	
Uso de serviço de saúde				
Sim	56,5 (408)	53,4 (175)	59,1 (233)	0,119
Não	43,5 (314)	46,6 (153)	40,9 (161)	
Regulação parental				
Nunca/ Raramente	25,6 (185)	30,2 (99)	21,8 (86)	<b>0,010</b>
Sempre	74,4 (537)	69,8 (229)	78,2 (308)	
Sentimento de solidão				
Nunca/ Raramente	75,8 (547)	80,2 (263)	72,1 (284)	<b>0,011</b>
Sempre	24,2 (175)	19,8 (65)	27,9 (110)	
Habilidades sociais – Frequência				
Baixa	29,6 (214)	32 (105)	27,7 (109)	0,203
Alta	70,4 (508)	68 (223)	72,3 (285)	
Habilidades sociais – Dificuldade				
Baixa	35,6 (257)	36,6 (120)	34,8 (137)	0,612
Alta	64,4 (465)	63,4 (208)	65,2 (257)	

**Nota:** EM = Ensino Médio

Neste modelo, a condição de apresentar menor frequência em habilidades sociais apresentou uma relação positiva com a variável uso de serviço de saúde (não usar o serviço de saúde aumenta a probabilidade em 1.56 vezes a chance de estar nesse grupo) e regulação parental (a diminuição da regulação parental aumenta em 1.49 vezes a chance de estar neste grupo). O modelo também mostra que o aumento da dificuldade nas habilidades sociais apresenta uma relação negativa com a variável orientação sobre prevenção de gravidez na escola (não ter recebido orientação de prevenção de gravidez na escola aumenta em 0,54 a chance de estar neste grupo) e com a variável classificação do estado de saúde (a baixa classificação do estado de saúde aumenta em 1,87 vezes a chance de estar neste grupo).

**Quadro 2.** Análises bivariadas da frequência em habilidades sociais e os indicadores do estudo, por gênero, com qui-quadrado. Foz do Iguaçu, Brasil, 2021.

Variáveis	Frequência					
	Meninos		p	Meninas		p
	Baixa % (n)	Alta % (n)		Baixa % (n)	Alta % (n)	
Iniciação sexual						
Sim	60 (63)	48,4 (108)	0,153	45,9 (50)	46 (131)	0,987
Não	40 (42)	51,6 (115)		54,1 (59)	54 (154)	
Idade da primeira relação sexual						
13 anos ou menos	23,5 (16)	24,3 (28)	0,877	8 (4)	7,6 (10)	0,934
14 anos ou mais	74,6 (47)	75,7 (87)		92 (46)	92,4 (121)	
Uso de preservativo na última relação sexual						
Sim	72,1 (44)	73 (81)	0,906	60,4 (29)	62,3 (81)	0,818
Não	27,9 (17)	27 (30)		39,6 (19)	37,7 (49)	
Método para prevenção de gravidez						
Sim	35,2 (19)	36,2 (38)	0,900	64,3 (36)	52,5 (74)	0,132
Não	64,8 (35)	63,8 (67)		35,7 (20)	47,5 (67)	
Orientação sobre prevenção de gravidez na escola						
Sim	87,4 (83)	88,2 (186)	0,846	91,3 (94)	90,9 (251)	0,923
Não	12,6 (12)	11,8 (25)		8,7 (9)	9,1 (25)	
Classificação do estado de saúde						
Mal/ Regular	20 (21)	23,3 (52)	0,500	35,8 (39)	37,9 (108)	0,698
Bom	80 (84)	76,7 (171)		64,2 (70)	62,1 (177)	
Uso de serviço de saúde						
Sim	41 (43)	59,2 (132)	<b>0,002</b>	55 (60)	60,7 (173)	0,307
Não	59 (62)	40,8 (91)		45 (49)	39,3 (112)	
Regulação parental						
Nunca/ Raramente	31,4 (33)	29,6 (66)	0,736	31,2 (34)	18,2 (52)	<b>0,005</b>
Sempre	68,6 (72)	70,4 (157)		68,8 (75)	81,8 (233)	
Sentimento de solidão						
Nunca/ Raramente	84,8 (89)	78 (174)	0,153	68,8 (75)	73,3 (209)	0,370
Sempre	15,2 (16)	22 (49)		31,2 (34)	26,7 (76)	

## DISCUSSÃO

Este estudo demonstrou uma associação entre o aumento da vulnerabilidade em indicadores de saúde sexual mais ampliado com o prejuízo nas habilidades sociais de adolescentes em região de fronteira, confirmou a hipótese da pesquisa. A complementação do entendimento da sexualidade na adolescência a partir de aspectos da saúde física, psicológica e social pode gerar novas reflexões buscando o aprimoramento de estratégias de prevenção e educação em saúde sexual existentes (Hensel et al., 2016) contribuindo para a saúde e bem estar de adolescentes em região de fronteira.

Com relação a vulnerabilidade em saúde sexual de adolescentes a pesquisa demonstrou que os adolescentes na região de fronteira apresentaram uma alta prevalência de iniciação sexual e uso de método para prevenção da gravidez, em relação a média de adolescentes brasileiros (Felisbino-Mendes et al., 2018), principalmente os meninos demonstraram maior risco na saúde sexual do que as meninas, confirmado por estudo anterior (Priotto et al., 2018). A alta prevalência da iniciação sexual entre os adolescentes apresenta um desafio para investigadores e formuladores de política, pois expõe a uma maior probabilidade de maternidade/ paternidade nessa fase, podendo influenciar no aumento do risco de ISF's/AIDS impactando na saúde e bem estar dos adolescentes (Dos Reis et al., 2018; Felisbino-Mendes et al., 2018).

**Quadro 3.** Análises bivariadas da dificuldade em habilidades sociais e indicadores do estudo, por gênero, com qui-quadrado. Foz do Iguaçu, Brasil, 2021.

Variáveis	Dificuldade					
	Meninos		p	Meninas		p
	Baixa	Alta		Baixa	Alta	
	% (n)	% (n)		% (n)	% (n)	
Iniciação sexual						
Sim	53,3 (64)	54,8 (114)	0,796	46 (63)	45,9 (118)	0,989
Não	46,7 (56)	45,2 (94)		54 (74)	54,1 (139)	
Idade da primeira relação sexual						
13 anos ou menos	29,7 (19)	21,9 (25)	0,250	3,2 (2)	10,2 (12)	0,093
14 anos ou mais	70,3 (45)	78,1 (89)		96,8 (61)	89,8 (106)	
Uso de preservativo na última relação sexual			0,254			0,385
Sim	77,8 (49)	69,7 (76)		66,1 (41)	59,5 (69)	
Não	22,2 (14)	30,3 (33)		33,9 (21)	40,5 (47)	
Método para prevenção de gravidez			<b>0,033</b>			0,579
Sim	46,6 (27)	29,7 (30)		53,3 (40)	57,4 (70)	
Não	53,4 (31)	70,3 (71)		46,7 (35)	42,6 (52)	
Orientação sobre prevenção de gravidez na escola			<b>0,040</b>			0,298
Sim	92,9 (105)	85 (164)		93,1 (122)	89,9 (223)	
Não	7,1 (8)	15 (29)		6,9 (9)	10,1 (25)	
Classificação do estado de saúde			<b>0,034</b>			<b>0,001</b>
Mal/ Regular	15,8 (19)	26 (54)		26,3 (36)	43,2 (111)	
Bom	84,2 (101)	74 (154)		73,7 (101)	56,8 (146)	
Uso de serviço de saúde			0,996			0,391
Sim	53,3 (64)	53,4 (111)		62 (85)	57,6 (148)	
Não	46,7 (56)	46,6 (97)		38 (52)	42,4 (109)	
Regulação parental			0,761			0,317
Nunca/ Raramente	29,2 (35)	30,8 (64)		19 (26)	23,3 (60)	
Sempre	70,8 (85)	69,2 (144)		81 (111)	76,7 (197)	
Sentimento de solidão			<b>0,005</b>			0,216
Nunca/ Raramente	88,3 (106)	75,5 (157)		75,9 (104)	70 (180)	
Sempre	11,7 (14)	24,5 (51)		24,1 (33)	30 (77)	

**Quadro 4.** Associação da frequência e dificuldade em habilidade sociais e os indicadores do estudo, Regressão Logística Binomial. Foz do Iguaçu, Brasil, 2021.

Variáveis	Frequência		Dificuldade	
	OR (95% IC)	p	OR (95% IC)	p
	Modelo $\chi^2= 16,180$		Modelo $\chi^2= 20,836$	
Orientação sobre prevenção de gravidez na escola	1,09 (0,63-1,91)	0,753	0,54 (0,30-0,97)	<b>0,040</b>
Classificação do estado de saúde	0,85 (0,58-1,24)	0,396	1,87 (1,29-2,75)	<b>0,001</b>
Uso de serviço de saúde	1,56 (1,11-2,19)	<b>0,011</b>	1,22 (0,87-1,69)	0,243
Regulação parental	1,48 (1,01-2,18)	<b>0,044</b>	1,00 (0,68-1,47)	0,992
Sentimento de solidão	0,83 (0,57-1,22)	0,341	1,28 (0,89-1,85)	0,185

**Nota:** OR = odd ratio; As análises foram ajustadas para idade e sexo

Pesquisa realizada com uma amostra representativa de adolescentes brasileiros para avaliação de habilidades sociais demonstrou a importância de identificar os *déficits* nas habilidades sociais, sendo apontado pela menor frequência e maior dificuldade (Del Prette & Del Prette, 2014), entendendo que tal ação permite focar em riscos que seriam abordados em programas preventivos na área da educação em saúde. Os dados mostraram uma correlação inversa entre os indicadores de frequência e dificuldade (Del Prette & Del Prette, 2014), o que no atual estudo com adolescentes de região de

fronteira foi observado uma elevada porcentagem em ambos indicadores, sinalizando que os participantes apresentam altas habilidades sociais, entretanto demonstram o comportamento com alto nível de ansiedade e medo, confirmando a necessidade do investimento em intervenções em saúde sexual considerando aspectos físicos, psicológicos e sociais (Hensel et al., 2016).

Considerando a importância de intervenções voltadas as relações interpessoais em conjunto com a saúde sexual de adolescentes, sugere que esta seja realizada em parceria entre saúde e educação, o que no Brasil tem experiência com o Programa Saúde na Escola (Casemiro et al., 2014). Entendendo assim ser necessário o desenvolvimento de intervenções em saúde sexual para adolescentes no contexto escolar, estudo internacional demonstra fortes evidências em múltiplas intervenções, envolvendo educação em saúde, habilidades de desenvolvimento e promoção de métodos de contraceptivos (Oringanje et al., 2016).

Estudos brasileiros destacaram a importância da orientação sexual na escola e o acesso a informação nesta fase da vida, apontando direções para abordagens a partir de metodologias que utilizam conhecimentos, crenças e atitudes dos participantes, ressaltando-se que na adolescência as práticas, programas e políticas de saúde devem ser oferecidos a partir dos direitos sexuais e reprodutivos para dar suporte à prevenção e promoção da saúde a uma vida sexual saudável e um bem estar aos adolescentes (Murta et al., 2016; Murta et al., 2013).

Outros estudos destacaram a importância da orientação sexual na escola, ressaltando-se que as intervenções devem ser implementadas considerando questões psicológicas e relacionais dos adolescentes, fornecendo um suporte às relações afetivas nesta fase e auxiliando assim no planejamento de programas de prevenção e promoção de educação em saúde (Dalenberg et al., 2018). A participação de adolescentes em programas de orientação sexual foi maior do que a média nacional (Brasil, 2016), fato que foi observado por pesquisa realizada na região entre Brasil, Paraguay e Argentina (Priotto et al., 2018).

Para isso Pozo et al., (2015) consideram alguns pontos chaves para o desenvolvimento de futuras pesquisas e intervenções em saúde sexual de adolescentes na América Latina, a influência do contexto sociocultural, desenvolvimento de ações através de tecnologias inovadoras com uso de aplicativos e mídias, condução de educação sexual compreensiva, melhor acesso de adolescentes ao serviço de saúde, intervenções envolvendo família e comunidade e por fim melhores estratégias de medidas e avaliação de resultados.

Identifica-se uma lacuna com relação a evidências de programas em habilidades sociais e a saúde sexual, entretanto, estudos sugerem uma adaptação de programas de intervenção para as necessidades dos participantes baseados na complementação de estratégias em conjunto entre saúde, educação e a promoção de habilidades sociais (Chandra-Mouli et al., 2015; Helmer et al., 2015).

Sendo assim, esse estudo apresentou evidências para confirmar a contribuição da associação estabelecida entre os indicadores de saúde sexual mais ampla e as habilidades sociais de adolescentes em região de fronteira, portanto, futuras pesquisas poderiam considerar as intervenções em habilidades sociais com uma estratégia complementar de prevenção e promoção da saúde bem como a inclusão em propostas curriculares com uma abordagem mais ampla da saúde sexual dos participantes buscando desenvolver a saúde geral e o bem-estar dos adolescentes (Wilson et al., 2019).


O estudo apresentou um desenho transversal não sendo possível o estabelecimento de relações de causa e efeito entre as variáveis. Foi abordada a relação do repertório geral das habilidades sociais, não especificando a relação de indicadores específicos dessas habilidades e a saúde sexual de adolescentes. A pesquisa apresenta um processo de amostragem ampla, com um método que dá suporte para a generalização dos resultados para os adolescentes da região de fronteira, sendo útil para o monitoramento dos dados em educação e saúde.


O estudo demonstrou uma associação das habilidades sociais com indicadores de saúde sexual mais amplos de adolescentes, apontando direções para o desenvolvimento de programas em educação e saúde pública em região de fronteira.


## FINANCIAMENTO


Este estudo foi financiado em parte pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Finance Code 001.


## ORCID

Rafael Corrêa  <https://orcid.org/0000-0001-7196-6951>

Marta Reis  <https://orcid.org/0000-0002-9351-6617>

Carmen Neufeld  <https://orcid.org/0000-0003-1097-2973>

Ana Maria Almeida  <https://orcid.org/0000-0002-6398-7194>

Margarida Gaspar de Matos  <https://orcid.org/0000-0003-2114-2350>

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Rafael Corrêa: Conceitualização, Curadoria dos dados, Análise formal, Aquisição de financiamento, Investigação, Metodologia, Administração do projeto, Recursos, Software, Redação do rascunho original, Redação – revisão e edição.

Marta Reis: Curadoria dos dados, Análise formal, Software, Redação – revisão.

Carmen Neufeld: Redação – revisão e edição

Ana Maria Almeida: Conceitualização, Curadoria dos dados, Análise formal, Aquisição de financiamento, Investigação, Metodologia, Administração do projeto, Recursos, Software, Redação do rascunho original, Redação – revisão e edição

Margarida Gaspar de Matos: Análise formal, Aquisição de financiamento, Metodologia, Recursos, software, Redação do rascunho original, Redação – revisão e edição.

## REFERÊNCIAS

- Brasil. Ministério da Saúde. (2016). Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2015. *IBGE*.
- Casemiro, J. P., da Fonseca, A. B. C., & Secco, F. V. M. (2014). Promover saúde na escola: Reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. *Ciência e Saúde Coletiva*, *19*(3), 829–840. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.00442013>
- Chandra-Mouli, V., Lane, C., & Wong, S. (2015). What does not work in adolescent sexual and reproductive health: A review of evidence on interventions commonly accepted as best practices. *Global Health Science and Practice*, *3*(3), 333–340. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-15-00126>
- Corrêa, R., Tome, G., Branquinho, C., Neufeld, C. B., Matos, M. G., & Almeida, A. M. (2021). Self-control, consumption indicators and risk factors in brazilian adolescents. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*, *22*(3), 1027–1035. <https://doi.org/10.15309/21psd220321>
- Corrêa, R., Cruz, L. P., Gomez-Baya, D., Almeida, A. M., & Matos, M. G. (2020). Intervenções em habilidades sociais com adolescentes e o desenvolvimento de atitudes positivas em situação de vulnerabilidade: uma revisão sistemática. *Análisis y Modificación de Conducta*, *46*(173–174).
- Dalenberg, W. G., Timmerman, M. C., & van Geert, P. L. C. (2018). Dutch adolescents' everyday expressions of sexual behavior trajectories over a 2-year period: A mixed-methods study. *Archives of Sexual Behavior*, *47*(6), 1811–1823. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1224-5>
- Del Prette A., & Del Prette Z. (2014). *Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes (IHSA Del-Prette): Manual de aplicação, apuração e interpretação*. Casa do Psicólogo.
- Dos Reis, A. A. C., Malta, D. C., & Furtado, L. A. C. (2018). Challenges for public policies aimed at

- adolescence and youth based on the national scholar health survey (PeNSE). *Ciência e Saúde Coletiva*, 23(9), 2879–2890. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.14432018>
- Felisbino-Mendes, M. S., De Paula, T. F., Machado, Í. E., Oliveira-Campos, M., & Malta, D. C. (2018). Analysis of sexual and reproductive health indicators of Brazilian adolescents, 2009, 2012 and 2015. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 21(1). <https://doi.org/10.1590/1980-549720180013.supl.1>
- Helmer, J., Senior, K., Davison, B., & Vodice, A. (2015). Improving sexual health for young people: making sexuality education a priority. *Sex Education*, 15(2), 158–171. <https://doi.org/10.1080/14681811.2014.989201>
- Hensel, D. J., Nance, J., & Fortenberry, J. D. (2016). The association between sexual health and physical, mental, and social health in adolescent women. *Journal of Adolescent Health*, 59(4), 416–421. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.06.003>
- Leme, V. B. R., Campos, J. R., Coimbra, S., Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2016). Social skills inventory for adolescents: Evidence of construct validity and reliability. *Psico*, 47(3), 171. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2016.3.20942>
- Leme, V. B. R., Del Prette, Z. A. P., Koller, S. H., & Del Prette, A. (2016). Habilidades sociais e o modelo bioecológico do desenvolvimento humano: Análise e perspectivas. *Psicologia e Sociedade*, 28(1), 181–193. <https://doi.org/10.1590/1807-03102015aop001>
- Leme, V. B. R., Fernandes, L. de M., Jovarini, N. V., Achkar, A. M. El, & Del Prette, Z. A. P. (2016). Social skills program for adolescents in vulnerable social contexts. *PsicoUSF*, 21(3), 595–608. <https://doi.org/10.1590/1413-82712016210313>
- Murta, S. G., Santos, B. R. P. dos, Nobre, L. A., Araújo, I. F. de, Miranda, A. A. V., Rodrigues, Í. de O., & Franco, C. T. P. (2013). Prevenção à violência no namoro e promoção de habilidades de vida em adolescentes. *Psicologia USP*, 24(2), 263–288. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642013000200005>
- Murta, S., Moore, R., Miranda, A., Cangussú, E., Santos, K., Bezerra, K., & Veras, L. (2016). Efeitos de um programa de prevenção à violência no namoro. *PsicoUSF*, 21(2), 381–393.
- OPAS, M. (2017). Saúde e Sexualidade de Adolescentes: construindo equidade no SUS. OPAS, MS.
- Oringanje, C., Mm, M., Eko, H., Esu, E., Meremikwu, A., & Je, E. (2016). Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005215.pub3>
- Patton, G., & Temmerman, M. (2016). Evidence and evidence gaps in adolescent health. *Journal of Adolescent Health*, 59(2). <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.08.001>
- Pozo, K. C., Chandra-Mouli, V., Decat, P., Nelson, E., De Meyer, S., Jaruseviciene, L., Vega, B., Segura, Z., Auquilla, N., Hagens, A., Van Braeckel, D., & Michielsen, K. (2015). Improving adolescent sexual and reproductive health in Latin America: Reflections from an International Congress. *Reproductive Health*, 12(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-12-11>
- Priotto, E., Führ, A., Gomes, L., & Barbosa, T. (2018). Iniciação sexual e práticas contraceptivas de adolescentes na tríplice fronteira entre Brasil, Argentina e Paraguai. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42(16), 1–9. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.16>
- Santhya, K. G., & Jejeebhoy, S. J. (2015). Sexual and reproductive health and rights of adolescent girls: Evidence from low- and middle-income countries. *Global Public Health*, 10(2), 189–221. <https://doi.org/10.1080/17441692.2014.986169>
- WHO. (2016). Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. WHO.
- Wilson, K. L., Szucs, L. E., Shipley, M., Fehr, S. K., McNeill, E. B., & Wiley, D. C. (2019). Identifying the inclusion of national sexuality education standards utilizing a systematic analysis of teen dating violence prevention curriculum. *Journal of School Health*, 89(2), 106–114.

## **CAPÍTULO VI**

### **Empathy, parental regulation and violence in adolescents in a border region between Brazil, Paraguay and Argentina**

Corrêa, R., Rebessi, I., Gaspar, S., Neufeld, C. B., Matos, M. G., Almeida, A. M. (2022).

Revista Psicologia Saúde & Doença.

Rafael Corrêa <sup>1,2</sup>, Isabela Rebessi <sup>4</sup>, Susana Gaspar <sup>2</sup>, Carmem Beatriz Neulfeld <sup>4</sup>, Margarida Gaspar de Matos<sup>2,3</sup>, Ana Maria de Almeida <sup>1</sup>,

1 University of São Paulo, Ribeirão Preto School of Nursing,  
Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil.

2 University of Lisbon, Faculty of Human Kinetics, Cruz Quebrada, Lisbon, Portugal.

3 University of Lisbon, Institute of Environmental Health, Lisbon, Lisbon, Portugal.

4 University of São Paulo, Department of Psychology Faculty of Philosophy, Sciences  
and Languages of Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil.

**Study question:** What is the association between empathy, parental regulation and violence in adolescents. **Subjects:** analyze the association between empathy, parental regulation and violence in adolescents. **Methods:** Cross-sectional study conducted with 722 adolescents in Foz do Iguaçu. Data collection was carried out through a questionnaire. Descriptive statistics, chi-square test and binomial logistic regression were used for data analysis. **Findings:** The absence of parental regulation and involvement in fights indicated a relationship with reduced frequency of empathy for girls. The increase in empathy difficulty was related to physical aggression in the family and self-injury for boys, and for girls with the absence of parental regulation. Being bullied was related to increased difficulty with empathy for both sexes. **Major implications:** There was an association between empathy, parental regulation, physical aggression in the family and victim of bullying. It confirms the impact of parental regulation and violence on the development of empathy in adolescents and highlights the importance for the development of empathy training programs in education and public health in the border region.

**Keywords:** Adolescent health, Social skills, Bullying.



## **Introduction**

Studies show a high prevalence of aggression and violence among Brazilian adolescents associated with other risk factors, with an increase in recent years (Malta, et al., 2019; Pinto, et al., 2018; Yang, et al., 2017). Data from adolescents in the triple border region showed a tendency towards coercive parental regulation, contributing to the maintenance of violent practices in adolescence (Priotto, et al., 2015). However, research demonstrates a relationship between the factors of aggression and violence with reduced empathy (Campbell-Heider, et al., 2009; Silva, et al., 2016; Stan & Beldean, 2014).

One of the risk behaviors related to violence in adolescence is the practice of bullying, acting as victims or aggressors-victims. Bullying is characterized by physical or psychological violence in systematic acts of discrimination, intimidation, humiliation or conscious and premeditated social isolation (Pigozi & Machado, 2015). The World Health Organization (WHO) points out bullying as a public health problem (WHO, 2016) and, in Brazil, the prevalence of bullying events is 28% according to the National School Health Survey (PeNSE) (Brazil, 2016; Silva, et al., 2019).

Teenagers who are bullied often have deficits in social and relational skills, shyness, and some social anxiety; in addition, aggressors-victims, who also have these deficits, show little problem-solving skills, demonstrate impulsive and aggressive behaviors, in addition to a lack of empathy (Leme, et al., 2016; Silva, et al., 2017).

However, Del Prette & Del Prette (2014) present empathy as an ability to identify feelings and problems of the other, express understanding and support, dividing this construct into frequency and difficulty. Frequency refers to the number of times the adolescent expresses the behavior and the difficulty is related to anxiety or fear of expressing this behavior. Risk in the empathy repertoire is considered when frequency is low and difficulty is high, requiring training in social skills programs or intervention by a psychology professional (Del Prette & Del Prette, 2014).

In a systematic review that aimed to investigate the relationship between empathy and bullying in adolescence, the results showed that bullying was negatively correlated with the cognitive and emotional components of empathy. The findings of this review reinforce the idea that interventions that encompass the development of empathy for adolescents are necessary, since empathic adolescents tend to practice less bullying and acts of violence, but at less significant levels, suggesting that interventions in social skills with adolescents would increase effectiveness if they integrated school and parenting training (van Noorden, et al., 2014).

With regard to parental regulation, this can act as a protective factor against violent behavior when adolescents perceive that parents are open to dialogue and emotional expression and worthy of trust (de Looze, et al., 2018). An important dimension of the relationship between parents and children that acts as a protective factor is the parents' knowledge of their children's activities, characterizing it as positive monitoring (Jiménez-Iglesias, et al., 2012). Parental knowledge of adolescents' activities is more important at this stage of development, since parental supervision is reduced, while risk behaviors increase, which may even appear in the relationship with peers.

Understanding that parental regulation in the context of positive monitoring and the development of empathy can act as protective factors against violent behaviors in adolescence, the study hypothesis was that adolescents who present a high condition of violence would present less empathy. Therefore, the objective of the present study was to analyze the association between empathy, parental regulation and violence in adolescents from a border region.

## **Method**

### **Study design and participants**

Cross-sectional cohort study developed with adolescents from public schools in the city of Foz do Iguaçu, Brazil. The region borders Paraguay and Argentina. The research was approved by the Research Ethics Committee and used the Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology - STROBE protocol. Data collection was preceded by the consent of the institutions, parents or guardians and participants, respecting voluntary and anonymous participation.

The mean age of the adolescents was 16.5 years ( $SD = 0.80$ ), subdivided into 1st grade ( $M = 15.6$ ;  $SD = 0.78$ ), 2nd grade ( $M = 16.1$ ;  $SD = 0.63$ ) and 3rd year ( $M = 16.9$ ;  $SD = 0.33$ ) of high school and technical education in public schools in 2016.

The sampling process was carried out in two stages, the first was called the primary unit of analysis (UPA), it considered 281 classroom classes (clusters), nine clusters per school and 9,720 adolescents and the secondary unit of analysis (USA) considered, an average of 291 adolescents per school. In order to obtain a homogeneous sample, this was carried out in two moments, the classes of classes ( $n=40$ ), from a probabilistic sample by clusters, and a simple random sample for adolescents ( $n=743$ ), in a specific sample for each group. class, according to the representativeness of the rooms. A sample interval was stipulated by an initial amount drawn and, in the sequence, the selection of the sequence in the cluster was based on the accumulated number of adolescents. A replacement quota of 25% of the sample was established for adolescents who did not participate in the survey. The final sample resulted in 722 adolescents, based on the absences and dropouts of adolescents.

### **Measurements and Variables**

Variables of sociodemographic characterization, parental regulation, physical aggression in the family, involvement in fights, self-harm, victim and perpetrator of bullying and feelings of loneliness were included in the study. All variables were recoded to yes (1)

and no (0) for the variable in question. To assess empathy, the frequency and difficulty indicators were classified into high and low according to the study by (Corrêa, et al., 2021).

For data collection, the instrument of the National School Health Survey (PeNSE), version 2015, (Brasil, 2016) was used. PeNSE is characterized as a population study carried out every four years since 2009, with adolescents from public and private schools in Brazil, aimed at monitoring adolescent health indicators. The questionnaire is structured, self-report and presents 105 questions that address sociodemographic factors, risk factors and protection in the health of adolescents (Oliveira, et al., 2017).

The assessment of empathy was performed using the Inventory of Social Skills for Adolescents (IHSA–Del Prette) (Del Prette & Del Prette, 2014). The inventory assesses the repertoire of social skills of adolescents, it is characterized as a self-report instrument, which contains 38 questions, using a five-point Likert scale for frequency and difficulty. The answers to the alternatives are converted into percentiles and then the scores for empathy, self-control, civility, assertiveness, affective approach, social resourcefulness and total social skills are calculated, according to the manual (Del Prette & Del Prette, 2014). The empathy indicator has an internal consistency index of 0.82 for frequency and 0.86 for difficulty (Del Prette & Del Prette, 2014).

The interpretation of the empathy score considers the following percentage values for frequency: 76-100, highly elaborated repertoire of social skills; 66-75, elaborate repertoire of social skills; 36-65, good repertoire of social skills; 26-35, lower average repertoire of social skills; and 01-25 below average repertoire of social skills. For difficulty, the following percentage values are considered: 66-100, high difficulty in social skills; 36-65, medium difficulty in social skills; and 01-35, low social skills difficulty. Risk in the empathy repertoire is considered when the frequency score is low and the difficulty score is high, requiring training in social skills programs or the intervention of a psychology professional

(Del Prette & Del Prette, 2014; Sardinha , et al., 2018).

### Statistical analysis of data

Descriptive statistics were used for the variables, calculating the percentages. The chi-square test was used to analyze the relationship between empathy and study variables. The analysis of the influence of independent variables on empathy was performed using Binomial Logistic Regression, using the “ENTER” method. The SPSS version 27 program was used for data processing. The significance level was set at  $p < 0.05$ .

### Results

Table 1 presents the sociodemographic characterization of the participants. In total, adolescents in the border region showed high frequency and difficulty in empathy (64.3% and 63.2%). More than half of the participants reported having been a victim of bullying in the last month, 56.1%. Boys showed less parental regulation (7.6% vs 3.6%,  $p = 0.016$ ), greater involvement in fights (21.3% vs 8.4%,  $p < 0.001$ ), greater self-injury (29, 3% vs 16.8%,  $p = 0.001$ ) and greater authorship of bullying (21.6% vs 10.7%,  $p < 0.001$ ) than girls. Girls showed greater physical aggression in the family (12.7% vs 7.9%,  $p = 0.038$ ) and a greater feeling of loneliness (80.5% vs 61.9%,  $p = 0.001$ ) than boys.

**Table 1.** Distribution of sociodemographic variables and study indicators, by gender. Foz do Iguaçu, Brazil, 2016.

Variables	Total	Boys	Girls	<i>p</i>
	% (n)	% (n)	% (n)	
	100 (722)	100 (328)	100 (394)	
				<b>0.003</b>
Age (years)	29.8 (215)	26.2 (85)	32.7 (129)	
15	35.9 (259)	32.9 (108)	38.3 (151)	
16	34.3 (248)	40.9 (134)	28.9 (114)	
17				
School degree				0.870
1 <sup>st</sup>	42.2 (305)	43.3 (142)	41.4 (163)	
2 <sup>nd</sup>	38.4 (277)	37.8 (124)	38.8 (153)	
3 <sup>th</sup>	19.4 (140)	18.9 (62)	19.8 (78)	
Empathy - Frequency				<b>0.003</b>
Low	35.7 (258)	41.5 (136)	31 (122)	
High	64.3 (464)	58.5 (192)	69 (272)	

Empathy – Difficulty				0.389
Low	36.8 (266)	38.7 (127)	41.9 (165)	
High	63.2 (456)	61.3 (201)	58.1 (229)	
Parental regulation				<b>0.016</b>
Yes	94.6 (683)	92.4 (303)	96.4 (380)	
No	5.4 (39)	7.6 (25)	3.6 (14)	
Physical aggression in the family				<b>0.038</b>
Yes	10.5 (76)	7.9 (26)	12.7 (50)	
No	89.5 (646)	92.1 (302)	87.3 (344)	
Fight Involvement				<b>&lt;0.001</b>
Yes	14.3 (103)	21.3 (70)	8.4 (33)	
No	85.7 (619)	78.7 (528)	91.6 (361)	
Self-harm				<b>0.001</b>
Yes	22.4 (162)	29.3 (96)	16.8 (66)	
No	77.6 (560)	70.7 (232)	83.2 (328)	
Bullied				0.548
Sim	56.1 (405)	45.1 (148)	42.9 (169)	
Não	43.9 (317)	54.9 (180)	57.1 (225)	
Bullying				<b>&lt;0.001</b>
Yes	15.7 (113)	21.6 (71)	10.7 (42)	
No	84.3 (609)	78.4 (257)	89.3 (352)	
Feeling of loneliness				<b>0.001</b>
Yes	75 (520)	61.9 (203)	80.5 (317)	
No	28 (202)	38.1 (125)	19.5 (77)	

p<0.005

Tables 2 e 3 present the results of the bivariate analyses. For girls, the reduction in the frequency of empathy was related to the absence of parental regulation and involvement in fights, however, being a victim of bullying in the last month was related to the increase in the frequency of empathy. The boys' increased empathy difficulty was related to physical aggression in the family and having been a victim of bullying in the last month. For girls, the increase in empathy difficulty was related to the lack of parental regulation and having been a victim and perpetrator of bullying in the last month.

**Table 2.** Bivariate analysis of frequency in empathy, parental regulation and violence in adolescents, by gender, with chi-square. Foz do Iguacu, Brazil, 2016.

Variables	Frequency					
	Boys			Girls		
	Low	High	<i>p</i>	Low	High	<i>p</i>
% (n)		% (n)				
Age (years)			0.754			0.749
15	27.9 (38)	25.1 (48)		35.2 (43)	31.6 (86)	
16	30.9 (42)	34.3 (66)		36.1 (44)	39.3 (107)	
17	41.2 (56)	40.6 (78)		28.7 (35)	29.1 (79)	
Parental regulation			0.266			<b>0.031</b>
Yes	90.4 (123)	93.8 (180)		76.2 (93)	82.4 (224)	
No	9.6 (13)	6.2 (12)		23.8 (29)	17.6 (48)	
Physical aggression in the family			0.746			0.071
Yes	7.4 (10)	8.3 (16)		17.2 (21)	10.7 (29)	
No	92.6 (126)	91.7 (176)		82.8 (101)	89.3 (243)	
Fight Involvement			0.790			<b>0.023</b>
Yes	22.1 (136)	20.8 (40)		13.1 (16)	6.2 (17)	
No	77.9 (106)	79.2 (152)		86.9 (106)	93.8 (255)	
Self-harm			0.962			0.675
Yes	29.4 (40)	29.2 (56)		15.6 (19)	17.3 (47)	
No	70.6 (96)	70.8 (136)		84.4 (103)	82.7 (225)	
Bullied			0.086			<b>0.040</b>
Sim						
Não	50.7 (69)	41.1 (79)		35.2 (43)	46.3 (126)	
	49.3 (67)	58.9 (113)		64.8 (79)	53.7 (146)	
Bullying			0.905			0.999
Yes						
No	21.3 (29)	21.9 (42)		10.7 (13)	10.7 (29)	
	78.7 (107)	78.1 (150)		89.3 (109)	89.3 (243)	
Feeling of loneliness			0.464			0.156
Yes	59.6 (81)	63.5 (122)		76.2 (93)	82.4 (224)	
No	40.4 (55)	36.5 (70)		23.8 (29)	17.6 (48)	

p<0.05

**Table 3.** Bivariate analysis of difficulty in empathy, parental regulation and violence in adolescents, by gender, with chi-square. Foz do Iguacu, Brazil, 2016.

Variables	Difficulty					
	Boys			Girls		
	Low	High	<i>p</i>	Low	High	<i>p</i>
	% (n)			% (n)		
Age (years)			0.369			0.084
15	27.6 (35)	25.4 (51)		36.4 (60)	30.1 (69)	
16	28.3 (36)	35.8 (72)		40.6 (67)	36.7 (84)	
17	44.1 (56)	38.8 (78)		23 (38)	33.2 (76)	
Parental regulation			0.473			<b>0.033</b>
Yes	93.7 (119)	91.5 (184)		98.8 (163)	94.8 (217)	
No	6.3 (8)	8.5 (17)		1,2 (2)	5.2 (12)	
Physical aggression in the family			<b>0.003</b>			0.227
Yes	2.4 (3)	11.4 (23)		10.3 (17)	14.4 (33)	
No	97.6 (124)	88.6 (178)		89.7 (148)	85.6 (196)	
Fight Involvement			0.158			0.159
Yes						
No	17.3 (22)	23.9 (48)		6.1 (10)	10 (23)	
	82.7 (105)	76.1 (153)		93.9 (155)	90 (206)	
Self-harm			<b>0.005</b>			0.519
Yes	20.5 (26)	34.8 (70)		18.2 (30)	15.7 (36)	
No	79.5 (101)	65.2 (131)		81.8 (135)	84.3 (193)	
Bullied			<b>0.034</b>			<b>0.008</b>
Sim	37.8 (48)	49.8 (100)		35.2 (58)	48.5 (111)	
Não	62.2 (79)	50.2 (101)		64.8 (107)	51.5 (118)	
Bullying			0.682			<b>0.004</b>
Yes	20.5 (26)	22.4 (45)		5.5 (9)	14.4 (33)	
No	79.5 (101)	77.6 (156)		94.5 (156)	85.6 (196)	
Feeling of loneliness			0.926			0.478
Yes						
No	62.2 (79)	61.7 (124)		78.8 (130)	81.7 (187)	
	37.8 (48)	38.3 (77)		21.2 (35)	18.3 (42)	

p<0,05

Table 4 presents the results of the Binomial Logistic Regression analysis. The analysis was based on two adjusted models, in which 4% of frequency ( $\chi^2 (9)=22.235$ ,  $p=0.008$ , Nagelkerke  $R^2=0.034$ ) and 5% of difficulty ( $\chi^2 (9)=26.052$ ,  $p=0.002$ , Nagelkerke  $R^2=0.042$ ) in empathy variance was explained by the model indicators. In this model, the condition of having a lower frequency of empathy had a positive relationship with the parental regulation variable (the absence of parental regulation increases the chance of being in this group by 1.63 times). The model shows an increase in the difficulty in empathy in the positive relationship with the variables victim of bullying (increase in bullying victimization increases the chance of being in this group by 1.58 times) and physical aggression in the family (increase in physical aggression in the family). family increases the chance of being



in this group by 1.74 times).

**Table 4.** Association between frequency and difficulty in empathy and the study indicators, Binomial logistic regression. Foz do Iguaçu, Brazil, 2016.

Variables	Frequency		Difficulty	
	Model $\chi^2= 22.235$	<i>p</i>	Model $\chi^2= 26,052$	<i>p</i>
	OR (95% CI)	<b>0.008</b>	OR (95% CI)	<b>0.002</b>
Parental regulation	1.63 (1.15-2.33)	<b>0.007</b>	1.29 (0.90-1.86)	0.168
Physical aggression in the family	1.26 (0.75-2.11)	0.379	1.74 (0.99-3.03)	<b>0.050</b>
Fight Involvement	1.33 (0.84-2.10)	0.230	1.21 (0.75-1.97)	0.429
Self-harm	0.93 (0.63-1.35)	0.700	1.25 (0.86-1.83)	0.248
Bullied	0.95 (0.68-1.31)	0.748	1.58 (1.15-2.17)	<b>0.005</b>
Bullying	0.86 (0.54-1.35)	0.506	1.16 (0.73-1.85)	0.523
Feeling of loneliness	0.75 (0.53-1.07)	0.112	0.96 (0.68-1.37)	0.824

Abbreviation: OR, odd ratio

Analyzes were adjusted for age and sex.

$p < 0.05$

## Discussion

The study demonstrates an association between empathy, parental regulation and violence among adolescents from the border region, the results are supported by other studies (Del Rey, et al., 2016; Estévez, et al., 2016).

Among adolescents, most showed a good repertoire in empathy. Other studies have identified a high-frequency predominance of empathy for adolescents who were not involved in violent behavior, especially for girls (Li, et al., 2015; Silva et al., 2018; van Noorden, et al., 2014). The difficulty reported by adolescents raises the need for interventions that address this aspect, especially within the school environment.

Regarding the increase in the difficulty of empathy by boys, the factors physical aggression in the family and self-harm were identified, while for the girls the relationship occurred between the increase in the difficulty of empathy and the absence of parental regulation. In a study with data from the Health Behavior in School Age Children (HBSC), the same gender difference factors were identified for empathy (Carvalho, et al., 2019), with an association mainly for girls (Kokkinos & Kipritsi, 2018).

There was a statistically significant difference between genders for the study indicators

such as parental regulation, involvement in fights, self-harm and bullying, with boys at higher risk. National and international studies have also identified a higher risk of violent behavior for boys, demonstrating an increasing trend during recent years (Gaspar, et al., 2019; Pinto, et al., 2018; Silva, et al., 2019).

On the other hand, in relation to physical violence in the family, a higher prevalence was identified for girls, confirmed by a national study (Malta, et al., 2019). Girls showed a relationship between bullying victimization and an increase in the frequency of empathy, in this direction studies have highlighted that empathy does not present strong evidence as a protective factor for violence in adolescence, however other research has shown this relationship for boys (Li, et al., 2015).

The damages arising from coercive parental regulation or the absence thereof, through excessive demands, negligence and physical aggression on children are widely reported in the literature (de Looze, et al., 2018; Jiménez-Iglesias, et al., 2017; Priotto, et al., 2015). This cannot be confused, however, with healthy monitoring practices and limits. Non-coercive parental regulation, a style that encompasses the practice of parental monitoring and knowledge of children's activities, is seen as a protective factor (Rueger, et al., 2016).

The investigation of aspects of interactions between parents and children in adolescence becomes important because this phase, despite the many risks to development, also offers many opportunities. In a longitudinal study that investigated how parental regulation influenced violent behaviors, it was found that it protected adolescents from acts of violence, but only in family dyads in which adolescents perceived parental support and regulation (Micalizzi, et al. , 2019), which corroborates the data of this study.

Parental regulation was negatively correlated with empathy, that is, the less regulation, the greater the difficulty in being empathetic in the relationship with peers, in addition, the greater the aggression in the family environment, the greater the bullying practices and the greater the difficulty in empathy. Considering that adolescence is the period of greatest social

expansion, seeking identification with peers, adolescents engaged in violent practices reduce their social circle, which causes damage to healthy development in this area (Deniz & Ersoy, 2015).

The literature points out that practices of violence in adolescence, specifically bullying, have boys as aggressors, while girls tend to play the role of victims of this violence (Carvalho, et al., 2019; Kokkinos & Kipritsi, 2018). In a study of 301 Greek adolescents seeking to assess relationships between empathy and bullying, boys who had greater difficulty in showing empathy reported greater involvement in bullying practices (Kokkinos & Kipritsi, 2018). In the present sample, boys reported practicing more bullying than girls and this was correlated with greater difficulty in demonstrating empathy and greater perception of aggression in the family, which corroborates the literature and points out the need for interventions that cover cultural and social aspects. gender regarding the development of violent behaviors (Carvalho, et al., 2019).

Therefore, based on the data found in this study regarding the difficulty of adolescents with the exercise of empathy and its association with bullying practices, more interventions are needed to promote the health of this target population. In an intervention with 78 adolescent victims of bullying, which focused on the development of social skills of self-control, emotional expressiveness, empathy, assertiveness, civility and problem solving, it was observed that it was effective in reducing victimization and increasing the repertoire of social skills for a year after its occurrence (Silva, et al., 2018).

In addition to interventions aimed at the development of empathy in order to reduce violent behaviors, the associations found between the lack of parental regulation and higher rates of bullying also point to the need for interventions with families and caregivers (Priotto, et al., 2015).

It is understood that, even though adolescence is the phase in which peers exert greater influence throughout the life cycle, a good relationship between parents and children is still

central to healthy development and lower risk behaviors. Assisting parents in the development of parental regulation, in addition to the ability to empathize itself, can contribute to a healthier development of adolescents.

### **Strengths and limitations**

The research was carried out with a representative sample of the population, through a structured methodology, facilitating the planning and execution of programs for the adolescent population in the border region. However, as the research was conducted through a self-reported questionnaire, this may have suffered some bias in the adolescents' responses. Also, because it was a cross-sectional study, it did not allow for a cause and effect relationship between the variables. The study only addressed empathy within a set of social skills indicators.

### **Conclusions**

Finally, this study confirms the impact of parental regulation and violence on the development of empathy in adolescents and highlights the importance of developing interventions in the development of empathy together with education and public health in a border region.

### **Referências**

Brasil. Ministério da Saúde. (2016). Pesquisa nacional de saúde do escolar : 2015. *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE*.

Campbell-Heider, N., Tuttle, J., & Knapp, T. R. (2009). The effect of positive adolescent life skills training on long term outcomes for high-risk teens. *Journal of Addictions Nursing, 20*(1), 6–15. <https://doi.org/10.1080/10884600802693165>

- Carvalho, M., Branquinho, C., & Matos, M. (2019). Bullying, cyberbullying e problemas de comportamento: o género e a idade importam? *Revista de Psicologia Da Criança e Do Adolescente*, *10*(1), 197–205.
- Corrêa, R., Tome, G., Branquinho, C., Neufeld, C. B., Matos, M. G., Almeida, A. M. (2021). Self-control, consumption indicators and risk factors in brazilian adolescents. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*, *22*, 1027–1035. <https://doi.org/10.15309/21psd220321>
- de Looze, M. E., Huijts, T., Stevens, G. W. J. M., Torsheim, T., & Vollebergh, W. A. M. (2018). The Happiest Kids on Earth. Gender Equality and Adolescent Life Satisfaction in Europe and North America. *Journal of Youth and Adolescence*, *47*(5), 1073–1085. <https://doi.org/10.1007/s10964-017-0756-7>
- Del Prette, A. & Del Prette, Z. A. P. (2014). Inventário de habilidades sociais para adolescentes (IHSA-Del-Prette): manual de aplicação, apuração e interpretação. Casa do Psicólogo.
- Del Rey, R., Lazuras, L., Casas, J. A., Barkoukis, V., Ortega-Ruiz, R., & Tsorbatzoudis, H. (2016). Does empathy predict (cyber) bullying perpetration, and how do age, gender and nationality affect this relationship? *Learning and Individual Differences*, *45*, 275–281. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2015.11.021>
- Deniz, M. E., & Ersoy, E. (2015). Examining the Relationship of Social Skills, Problem Solving and Bullying in Adolescents. *International Online Journal of Educational Sciences*, *8*(1), 1–7. <https://doi.org/10.15345/iojes.2016.01.001>
- Estévez, E., Jiménez, T. I., & Cava, M. J. (2016). A Cross-Cultural Study in Spain and Mexico on School Aggression in Adolescence: Examining the Role of Individual, Family, and School Variables. *Cross-Cultural Research*, *50*(2), 123–153. <https://doi.org/10.1177/1069397115625637>

- Gaspar, S., & Guedes, F. B., Cerqueira, A., Oliveira, R., & Matos, M. G. (2019). Physical Fights Involvement in School Setting and Adolescents' Behaviours: Highlights from Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC/OMS) - Fights in School Setting and Adolescent's Behaviours. *Primary Care Epidemiology and Global Health, February*, 01–07. <https://doi.org/10.33513/pegh/1801-04>
- Jiménez-Iglesias, A., García-Moya, I., & Moreno, C. (2017). Parent–child relationships and adolescents' life satisfaction across the first decade of the new millennium. *Family Relations, 66*(3), 512–526. <https://doi.org/10.1111/fare.12249>
- Kokkinos, C. M., & Kipritsi, E. (2018). Bullying, moral disengagement and empathy: exploring the links among early adolescents. *Educational Psychology, 38*(4), 535–552. <https://doi.org/10.1080/01443410.2017.1363376>
- Li, X., Bian, C., Chen, Y., Huang, J., Ma, Y., Tang, L., Yan, Q., Ye, X., Tang, J., & Yu, Y. (2015). Indirect aggression and parental attachment in early adolescence: Examining the role of perspective taking and empathetic concern. *Personality and Individual Differences, 86*, 499–503. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.07.008>
- Malta, D. C., Antunes, J. T., Prado, R. R. Do, Assunção, A. Á., & Freitas, M. I. De. (2019). Factors associated with family violence against adolescents based on the results of the National School Health Survey (PeNSE). *Ciência e Saúde Coletiva, 24*(4), 1287–1298. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.15552017>
- Malta, D. C., Mello, F. C. M. De, Prado, R. R. Do, Nogueira De Sá, A. C. M. G., Marinho, F., Pinto, I. V., Silva, M. M. A. Da, & Silva, M. A. I. (2019). Prevalence of bullying and associated factors among brazilian schoolchildren in 2015. *Ciência e Saúde Coletiva, 24*(4), 1359–1368. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.15492017>
- Micalizzi, L., Sokolovsky, A. W., Janssen, T., & Jackson, K. M. (2019). Parental Social

Support and Sources of Knowledge Interact to Predict Children's Externalizing Behavior Over Time. *Journal of Youth and Adolescence*, 48(3), 484–494. <https://doi.org/10.1007/s10964-018-0969-4>

Oliveira, M. M. de, Campos, M. O., Andreazzi, M. A. R. de, & Malta, D. C. (2017). Características da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PeNSE. *Epidemiologia e Serviços de Saúde: Revista Do Sistema Único de Saúde Do Brasil*, 26(3), 605–616. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300017>

Pigozi, P. L., & Machado, A. L. (2015). Bullying during adolescence in Brazil: An overview. *Ciência e Saúde Coletiva*, 20(11), 3509–3522. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152011.05292014>

Pinto, I. V., Barufaldi, L. A., Campos, M. O., Malta, D. C., Souto, R. M. C. V., Freitas, M. G. De, Lima, C. M. De, & Andreazzi, M. A. R. de. (2018). Trends in violent situations experienced by Brazilian adolescents: National Adolescent Student Health Survey 2009, 2012, and 2015. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 21(Suppl 1). <https://doi.org/10.1590/1980-549720180014.supl.1>

Priotto, E. M. T. P., Ferriani, M. G. C., Silva, M. A. I. (2015). Práticas educativas na convivência familiar e de adolescentes do Brasil, Paraguay e Argentina. *Rev Enfermagem UFPE*, 9(11). <https://doi.org/10.5205/reuol.8008-72925-1-ED.0911201507>

Romera, E. M., Cano, J.-J., García-Fernández, C. M., & Ortega-Ruiz, R. (2016). Cyberbullying: Social competence, motivation and peer relationships. *Comunicar*, 24(48), 71–79. <http://dx.doi.org/10.3916/C48-2016-07> |

Rueger, S. Y., Malecki, C. K., Pyun, Y., Aycock, C., & Coyle, S. (2016). A meta-analytic review of the association between perceived social support and depression in childhood

and adolescence. *Psychological Bulletin*, 142(10), 1017–1067.  
<https://doi.org/10.1037/bul0000058>

Sardinha, A. P. de A., Ferreira, E. A. P., & Moraes, A. J. P. de. (2018). Avaliação de habilidades sociais e adesão ao tratamento em adolescentes com Lupus Eritematoso Sistêmico Juvenil. *Pará Research Medical Journal*, 1(4), 1–10.  
<https://doi.org/10.4322/prmj.2017.035>

Silva, A. N., Marques, E. S., Peres, M. F. T., & Azeredo, C. M. (2019). Trends in verbal bullying, domestic violence, and involvement in fights with firearms among adolescents in Brazilian state capitals from 2009 to 2015. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(11), 1–16. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00195118>

Silva, Jorge Luiz da, Oliveira, W. A. de, Carlos, D. M., Lizzi, E. A. da S., Rosário, R., & Silva, M. A. I. (2018). Intervention in social skills and bullying. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(3), 1085–1091. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0151>

Silva, J L, Oliveira, W. A., Mello, F. C. M., Andrade, L. S., Bazon, M. R., & Silva, M. A. I. (2016). Anti-bullying interventions in schools: A systematic literature review. *Ciência e Saúde Coletiva*, 22(7), 2329–2340. doi: 10.1590/1413-81232017227.16242015

Silva JL, Oliveira WA, Carlos DM, Lizzi EAS, Rosário R, S. M. (2016). Intervenções em Habilidades Sociais e bullying. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 24(1), 251–259.  
<https://doi.org/10.9788/TP2016.1-17>

Silva, Jorge Luiz, Oliveira, W. A., Zequinão, M. A., Lizzi, E. A. S., Pereira, B. O., & Silva, M. A. I. . (2018). Resultados de intervenções em habilidades sociais na redução de bullying escolar: revisão sistemática com metanálise. *Temas Em Psicologia*, 26(1), 509–522. <https://doi.org/10.9788/tp2018.1-20pt>



Stan, C., & Beldean, I. G. (2014). The Development of Social and Emotional Skills of Students-ways to Reduce the Frequency of Bullying-type Events. Experimental Results. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *114*, 735–743.  
<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.12.777>

van Noorden, T. H. J., Haselager, G. J. T., Cillessen, A. H. N., & Bukowski, W. M. (2014). Empathy and Involvement in Bullying in Children and Adolescents: A Systematic Review. *Journal of Youth and Adolescence*, *44*(3), 637–657.  
<https://doi.org/10.1007/s10964-014-0135-6>

WHO. (2016). Growing up unequal : gender and socioeconomic differences in young people ' s health and well-being. *WHO Regional Office for Europe*.

Yang, L., Zhang, Y., Xi, B., & Bovet, P. (2017). Physical fighting and associated factors among adolescents aged 13-15 years in six Western Pacific countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *14*(11), 8–17.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph14111427>

## **CAPÍTULO VII**

### **Desenvoltura social, regulação parental e atividade física em adolescentes: um estudo de coorte**

Corrêa, R., Marques, A., Neufeld, C. B., Almeida, A. M., Matos, M. G. (2022).  
Research, Society and Development. [dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i8.30818](https://doi.org/10.33448/rsd-v11i8.30818)

# Desenvoltura social, regulação parental e atividade física em adolescentes: um estudo de corte

Social resourcefulness, parental regulation and physical activity in adolescents: a cohort study

Ingenio social, regulación parental y actividad física en adolescentes: un estudio de cohorte

Recebido: 00/01/2022 | Revisado: 24/05/2022 | Aceito: 10/06/2022 | Publicado: 19/06/2022

## Rafael Soares Corrêa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7196-6951>

Universidade de São Paulo, Brasil

E-mail: [rs.correa@usp.br](mailto:rs.correa@usp.br)

## Adilson Marques

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9850-7771>

Universidade de Lisboa, Portugal

E-mail: [adncmpt@gmail.com](mailto:adncmpt@gmail.com)

## Carmem Beatriz Neufeld

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1097-2973>

Universidade de São Paulo, Brasil

E-mail: [cbneufeld@usp.br](mailto:cbneufeld@usp.br)

## Ana Maria de Almeida

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2114-2350>

Universidade de São Paulo, Brasil

E-mail: [amalmeid@eerp.usp.br](mailto:amalmeid@eerp.usp.br)

## Margarida Gaspar de Matos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2114-2350>

Universidade de Lisboa, Portugal

E-mail: [margarida.gaspardematos@gmail.com](mailto:margarida.gaspardematos@gmail.com)

## Resumo

Analisar a associação entre desenvoltura social, regulação parental e atividade física em adolescentes. Estudo de corte realizado com 722 adolescentes de escolas públicas de Foz do Iguaçu. Os dados foram recolhidos por questionários. A associação da desenvoltura social com a regulação parental e a atividade física foram analisados no grupo geral e estratificado por gênero. Os testes de qui-quadrado de Pearson e Regressão Logística Binomial foram utilizados. Para as meninas, a relação entre a diminuição da desenvoltura social ocorreu para o sentimento de solidão. Para os meninos ocorreu uma relação entre a diminuição da atividade física e a diminuição da desenvoltura social. Ocorreu uma associação entre a desenvoltura social, a regulação parental e atividade física em adolescentes. Como conclusão do estudo este confirma o impacto da atividade física e a regulação parental na desenvoltura social de adolescentes e a importância para o desenho de estratégias no desenvolvimento de programas e políticas em educação e saúde pública.

**Palavras-chave:** Saúde do adolescente; Habilidades sociais; Atividade física.

## Abstract

To analyze the association between social resourcefulness, parental regulation and physical activity in adolescents. A cross-sectional study carried out with 722 adolescents from public schools in Foz do Iguaçu. Data were collected by questionnaires. The association of social resourcefulness with parental regulation and physical activity was analyzed in the general group and stratified by gender. Pearson's chi-square and Binomial Logistic Regression tests were used. For girls, the relationship between the decrease in social resourcefulness occurred for the feeling of loneliness. For boys, there was a relationship between decreased physical activity and decreased social resourcefulness. There was an association between social resourcefulness, parental regulation and physical activity in adolescents. As a conclusion of the study confirms the impact of physical activity and parental regulation on the social resourcefulness of adolescents and the importance for the design of strategies in the development of programs and policies in education and public health.

**Keywords:** Adolescent health; Social skills; Physical activity.

## Resumen

Analizar la asociación entre ingenio social, regulación parental y actividad física en adolescentes. Estudio transversal realizado con 722 adolescentes de escuelas públicas de Foz do Iguaçu. La asociación de la inventiva social con la actividad física se analizó en el grupo general y se estratificó por género. Se utilizaron pruebas de Chi-Cuadrado de Pearson y Regresión Logística Binomial. Para las niñas, la relación entre la disminución de la inventiva social ocurrió para el sentimiento de soledad. Para los niños, hubo una relación entre la disminución de la actividad física y la disminución del ingenio social. Hubo una asociación entre el ingenio social, la regulación parental y la actividad física en los adolescentes. Como conclusión del estudio confirma el impacto de la actividad física y la regulación parental en el ingenio social de los adolescentes y la importancia para el diseño de estrategias en el desarrollo de programas y políticas en educación y salud pública.

**Palabras clave:** Salud del adolescente; Habilidades sociales; Actividad física.

## 1. Introdução

A prática de atividade física em adolescentes é um fator importante para a saúde e a melhoria da qualidade de vida (FAO & WHO, 2018). Estudo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) apresentaram uma tendência da manutenção da prevalência na atividade física em adolescentes brasileiros, 20,7% (Condessa et al., 2018), corroborando com estimativas globais que mostram que cerca de 20% dos adolescentes atendem aos níveis recomendados pela World Health Organization (Guthold et al., 2020; Marques et al., 2020). Se por um lado os níveis de prática de atividade física entre os adolescentes são baixos, por outro verifica-se o aumento do uso de medicamentos para perda de peso, a distorção da imagem corporal e a menor regulação parental entre os adolescentes (Costa et al., 2018; Michael et al., 2014). Isso acontece por causa da excessiva atenção dada à percepção da imagem corporal, em que cerca de um quinto se percebe como sobrepeso ou obesas, 6,5% consomem medicamentos para perder peso (Ferreira & de Andrade, 2020).

Para além dos baixos níveis de atividade física e do aumento do consumo de substâncias prejudiciais para a saúde, mais de 15% dos adolescentes apresentaram sentimentos de solidão e 17,4% não tinham uma regulação parental nos últimos trinta dias. Tudo isso coloca um desafio para os promotores de saúde pública com o objetivo de promover a saúde dos adolescentes (Brasil, 2016; Dos Reis et al., 2018).

Estudos apresentaram evidências positivas na relação entre a atividade física e a desenvoltura social em adolescentes (Hwang & Harrison, 2016). Em uma revisão sistemática de intervenção no desenvolvimento de Habilidades Sociais e Cognitivo-Comportamental em conjunto com educação nutricional, educação em saúde e atividade física na modificação de comportamento de adolescentes, foi observado, como resultado, um impacto positivo na prática regular de exercício físico e relações interpessoais (Corrêa, 2020; Kelly & Melnyk, 2008; Melnyk et al., 2013).

A relação interpessoal tem sido abordada por estudos em habilidades sociais no campo da psicologia, estratégia que visa desenvolver relações adaptativas considerando fatores biológicos, cognitivos e culturais no comportamento humano (Leme, Del Prette, et al., 2016). No repertório de Habilidades Sociais, podemos destacar a importância da classe de desenvoltura social em adolescentes, que tem sido definida como a exposição de comportamentos interpessoais, como por exemplo o início e a manutenção de conversação com a intenção de busca de apoio social (Hwang & Harrison, 2016).

Outro ponto que podemos considerar para a definição de prioridades na condução de estudos de pesquisas e intervenções é o alinhamento com os resultados de pesquisas populacionais em saúde de adolescentes a nível nacional e internacional (Brasil, 2016; Matos & Equipa Aventura Social, 2018; WHO, 2016), objetivando a prevenção da morbidade e mortalidade em saúde, reduzindo o custo com o uso de medicamentos e promovendo

estilos de vida saudáveis (Hwang & Harrison, 2016). Sendo assim, a importância da identificação de prioridades a nível local e regional para os indicadores do estudo se mostra significativo para futuras pesquisas e a criação de ações e programas de intervenção em saúde de adolescentes. A hipótese da pesquisa foi que adolescentes que apresentassem prejuízo nos indicadores de saúde consequentemente apresentariam uma redução na desenvoltura social. Portanto, o objetivo deste estudo foi analisar a associação entre atividade física, a regulação parental e a desenvoltura social em adolescentes.

## 2. Metodologia

Estudo de corte transversal desenvolvido com adolescentes de escolas públicas de Foz do Iguaçu, Brasil. A pesquisa foi precedida pelo consentimento das instituições e participantes, assim como dos representantes legais, respeitando a voluntariedade e anonimato. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética em pesquisa e seguiu o protocolo *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology – STROBE*.

Os adolescentes apresentaram uma idade média de 16,5 anos ( $DP = 0,80$ ), que foram divididos em 1º ano ( $M= 15,6$ ;  $DP = 0,78$ ), 2º ano ( $M= 16,1$ ;  $DP = 0,63$ ) e 3º ano ( $M= 16,9$ ;  $DP = 0,33$ ) do Ensino Médio e técnico de escolas públicas.

A amostragem foi inicialmente realizada a partir de 281 classes de aula (clusters), nove cluster por escola e 9.720 adolescentes, uma média de 291 estudantes por escola. Para calcular a amostra, as turmas foram consideradas como Unidade Primária de Análise (UPA) e os adolescentes como Unidade Secundária de Análise (USA). A projeção de uma amostra homogênea foi realizada em dois momentos, as classes de aula (40), a partir de uma amostra probabilística por conglomerados, e uma amostra aleatória simples para adolescentes ( $n=743$ ), em uma amostra específica por cada classe, de acordo com a representatividade das salas. O intervalo da amostra ( $n=243$ ) foi estabelecido por um número inicial sorteado na sequência ( $n=29$ ), a seleção da sequência no cluster foi baseado no número acumulado de adolescentes por cluster. Uma quota de reposição de 25% da amostra foi utilizada para adolescentes que não participaram da pesquisa. A amostra final foi de 722 adolescentes, considerando ausência e desistências dos participantes e as condições apresentadas anteriormente.

As variáveis estudadas foram relacionadas a caracterização sociodemográfica, sentimento de solidão, regulação parental, atividade física, percepção de imagem corporal, uso de medicamento para perda de peso. O acesso da desenvoltura social, no indicador de frequência, que inicialmente apresentou 5 níveis de classificação, foi recodificado em 2 níveis, alto (altamente elaborado, elaborado e bom) e baixo (médio inferior, abaixo da media inferior). O indicador de dificuldade foi recodificado em baixo e alto.

Para a coleta de dados, foi utilizado o instrumento da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) (Brasil, 2016). A PeNSE tem sido conduzida com estudantes de escolas públicas brasileiras desde 2009. O questionário é estruturado e contém 105 questões que incluem informações sócio-demográficas, fatores de risco e proteção em saúde de adolescentes (Oliveira et al., 2017).

Também foi utilizado o Inventário de Habilidades Sociais de adolescentes (Leme, et al., 2016), que avalia o repertório de Habilidades Sociais de adolescentes de 12 a 17 anos de idade e contém 38 questões apresentadas por um escala likert de 0 a 4 pontos em frequência e dificuldade. A frequência é representada pelo número de vezes que o adolescente se comporta daquela maneira e dificuldade é representada pelo nível de ansiedade ou medo demonstrado pelo adolescente no momento da emissão do comportamento. Para identificação do repertório de habilidades sociais e o nível de dificuldade que o adolescente manifesta, essa medida se faz importante, avaliando dessa forma o nível de adaptação as demandas contextuais e a necessidade de suporte psicológico.

Os valores brutos são convertidos em percentis e posteriormente em escores de empatia, auto-controle, assertividade, abordagem afetiva, desenvoltura social e habilidades sociais totais. O indicador de desenvoltura social apresentou uma consistência interna de 0,70 (Leme, et al., 2016).

Estatística descritiva foi utilizada para análise das variáveis, calculando as percentagens. O teste de qui-quadrado de Pearson foi usado para analisar a relação entre desenvoltura social e os indicadores do estudo. Para analisar a relação das variáveis independentes na desenvoltura social, foi utilizado uma Regressão Logística Binomial, através do método “ENTER” (inclusão simultânea de todas as variáveis independentes). O programa SPSS, versão 27 foi utilizado para o processamento dos dados. Foi considerado o nível de significância de  $p<0,05$ .

## 3. Resultados e Discussão

A Tabela 1 apresenta a caracterização sócio demográfica dos participantes. No total, os adolescentes apresentaram alta frequência (79,4%) e dificuldade (58,9%) em desenvoltura social. Os meninos apresentaram menor regulação parental (69,8% vs. 78,2%,  $p=0,010$ ) do que as meninas. As meninas reportaram maior sentimento de

solidão (27,9% vs. 19,8%,  $p=0,011$ ), menor prática de atividade física (20,3% vs. 45,7%,  $p<0,001$ ), percepção da imagem corporal (gorda) (24,9% vs. 13,4%,  $p<0,001$ ) e maior uso de medicamento para perda de peso (7,1% vs. 3,7%,  $p=0,044$ ) do que os meninos.

Tabela 1. Distribuição de variáveis sociodemográficas e indicadores do estudo, por gênero. [Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2016].

Variáveis	Total	Meninos	Meninas	<i>p</i>
	% (n)	% (n)	% (n)	
	100 (722)	100 (328)	100 (394)	
Idade (anos)				0,003
15	29,7 (215)	26,2 (85)	32,4 (129)	
16	35,1 (259)	32,6 (108)	38,3 (151)	
17	34,2 (248)	40,2 (134)	28,3 (114)	
Grau escolar (EM)				0,870
1°	42,2 (305)	43,2 (142)	41,6 (163)	
2°	38,4 (277)	37,1 (124)	38,2 (153)	
3°	19,4 (140)	18,7 (62)	19,2 (78)	
Sentimento de solidão				0,011
Sempre	24,2 (175)	19,8 (65)	27,9 (110)	
Nunca/ Raramente	75,8 (547)	80,2 (263)	72,1 (284)	
Regulação parental (último mês)				0,010
Sempre	74,4 (537)	69,8 (229)	78,2 (308)	
Nunca / Raramente	25,6 (185)	30,2 (99)	21,8 (86)	
Atividade física (última semana)				<0,001
Sim	68,1 (492)	54,3 (178)	79,7 (314)	
Não				
Percepção de imagem corporal				<0,001
Magro/ Muito magro	28,2 (207)	34,5 (113)	23,5 (94)	
Normal	51,6 (373)	52,1 (171)	51,3 (202)	
Gordo/ Muito gordo	19,2 (142)	13,4 (44)	24,2 (98)	
Uso de medicamento para controle de perda de peso				0,044
Sim	5,5 (4)	3,7 (12)	7,1 (28)	
Não	94,5 (682)	96,3 (316)	92,9 (366)	
Desenvoltura Social				0,755
Frequência				
Baixa	20,6 (149)	20,1 (66)	21,1 (83)	
Alta	79,4 (573)	79,9 (262)	78,9 (311)	
Desenvoltura Social				0,067
Dificuldade				
Baixa	41,1 (297)	44,8 (147)	38,1 (150)	
Alta	58,9 (425)	55,2 (181)	61,9 (244)	

$p<0,05$

Abreviatura: EM, Ensino Médio

Fonte: Corrêa et al., 2022.

As Tabelas 2 e 3 apresentam os resultados das análises bivariadas. O aumento da idade e a diminuição da regulação parental foi relacionada com a diminuição da frequência de desenvoltura social em ambos os gêneros. O aumento da dificuldade em desenvoltura social foi relacionado para os meninos mais velhos, a ausência de prática de atividade física e o aumento do uso de medicamento para perda de peso.

Tabela 2. Análises bivariadas da frequência em desenvoltura social com os indicadores do estudo, por gênero, com chi-quadrado. [Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2016].

Variáveis	Frequência						
	Meninos			p	Meninas		
	Baixa	Alta	% (n)		Baixa	Alta	% (n)
Idade (anos)				0,034			0,008
15	22,3 (15)	27,1 (71)			43,4 (36)	29,9 (93)	
16	22,3 (15)	35,5 (93)			24,1 (20)	42,1 (131)	
17	54,4 (36)	37,4 (98)			32,5 (27)	28 (87)	
Sentimento de solidão				0,079			0,031
Sempre	12,1 (8)	21,8 (57)			37,3 (31)	25,4 (79)	
Nunca/ Raramente	87,9 (58)	78,2 (205)			62,7 (52)	74,6 (232)	
Regulação parental (último mês)				0,034			0,001
Sempre	59,1 (39)	72,5 (190)			65,1 (54)	81,7(254)	
Nunca / Raramente	40,9 (27)	27,5 (72)			34,9 (29)	18,3 (57)	
Atividade física (última semana)				0,047			0,793
Sim	34,8 (23)	48,5 (127)			19,3 (16)	20,6 (64)	
Não	65,2 (43)	51,5 (135)			80,7 (67)	79,4 (247)	
Percepção de imagem corporal				0,774			0,098
Magro/ muito magro	31,8 (21)	35,2 (92)			22,7 (19)	24,1 (75)	
Normal	56,1 (134)	51,1 (134)			43,1 (36)	53,4(166)	
Gordo/ Muito gordo	12,1 (8)	13,7 (36)			33,2 (28)	22,5 (70)	
Uso de medicamento para controle de perda de peso				0,058			0,163
Sim	7,6 (5)	2,7 (7)			3,6 (3)	8 (25)	
Não	92,4 (61)	97,3 (255)			96,4 (80)	92 (286)	

p<0,05

Fonte: Corrêa et al., 2022.

Tabela 3. Análises bivariadas da dificuldade em desenvoltura social com os indicadores do estudo, por gênero, com chi-quadrado. [Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2016].

Variáveis	Dificuldade						
	Meninos			p	Meninas		
	Baixa	Alta	% (n)		Baixa	Alta	% (n)
Idade (anos)				0,044			0,469
15	21 (31)	30,4 (55)			36 (54)	30,2 (75)	
16	39,5 (58)	27,6 (50)			38 (57)	38,6 (94)	
17	39,5 (58)	42 (76)			26 (39)	30,2 (75)	
Sentimento de solidão				0,250			0,506
Sempre	17 (25)	22,1 (40)			26 (39)	29,1 (71)	
Nunca/ Raramente	83 (122)	77,9(141)			74 (111)	70,9(173)	
Regulação parental (último mês)				0,525			0,090
Sempre	68 (100)	71,3(129)			82,7 (124)	75,4(184)	
Nunca / Raramente	32( 47)	28,7 (52)			17,3 (26)	24,6 (60)	
Atividade física (última semana)				0,029			0,361
Sim	52,4 (77)	40,3 (73)			22,7 (34)	18,9 (46)	
Não	47,6 (70)	59,7(108)			77,3 (116)	81,1(198)	

(continua)

(continuação)					
Percepção de imagem corporal			0,109		0,625
Magro/ muito magro	29,3 (43)	38,7 (70)		26 (39)	22,6 (55)
Normal	58,5 (86)	47 (85)		51,3 (77)	51,2(125)
Gordo/ Muito gordo	12,2 (18)	14,3 (26)		22,7 (34)	26,2 (64)
Uso de medicamento para controle de perda de peso			0,046		0,283
Sim	1,4 (2)	5,5 (10)		5,3 (8)	8,2 (20)
Não	98,6 (145)	94,5(171)		94,7 (142)	91,8(224)

p<0,05

Fonte: Corrêa et al., 2022.

A Tabela 4 apresenta os resultados da análise de Regressão Logística Binária. A análise ocorreu a partir de dois modelos ajustados, em que 4% da frequência ( $\chi^2 = 20,810$  (7),  $p = 0,004$ , Nagelkerke  $R^2 = 0,044$ ) e 3% da dificuldade ( $\chi^2 = 17,889$  (7)  $p < 0,012$ , Nagelkerke  $R^2 = 0,033$ ) na variância da desenvoltura social foi explicada pelos indicadores do modelo. Neste modelo, a condição de apresentar menor frequência em desenvoltura social tem relação positiva com a variável regulação parental (a diminuição da regulação parental aumenta em 1,10 vezes a chance de estar neste grupo). O modelo apresenta um aumento na dificuldade em desenvoltura social na relação negativa com a prática de atividade física (a diminuição da prática de atividade física aumenta em 0,72 vezes a chance de estar neste grupo).

Tabela 4. Associação entre frequência e dificuldade em desenvoltura social e os indicadores do estudo, Regressão logística binomial. [Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2016].

Variáveis	Frequência		Dificuldade	
	Modelo $\chi^2 = 20,810$	$p$	Modelo $\chi^2 = 17,889$	$p$
Sentimento de solidão	OR (95% IC)	0,004	OR (95% IC)	0,012
Regulação parental (último mês)	0,90 (0,59-1,38)	0,627	0,80 (0,56-1,15)	0,233
Atividade física (última semana)	1,10 (1,34-2,96)	0,001	1,02 (0,72-1,46)	0,889
Uso de medicamento para controle de perda de peso	0,78 (0,51-1,20)	0,260	0,72 (0,51-1,00)	0,050
	0,82 (0,36-1,86)	0,642	2,02 (0,97-4,24)	0,062

Abreviatura: OR, odd ratio

As análises foram ajustadas para idade e sexo

p<0,05

Fonte: Corrêa et al., 2022.

Os resultados obtidos apontam que a regulação parental e a atividade física foram associados com a desenvoltura social em adolescentes, confirmando o objetivo do estudo. Tal resultado corrobora o fato de que a promoção de estilo de vida saudável apresenta resultados positivos na prática de atividade física em conjunto com o manejo do funcionamento familiar e a desenvoltura social em adolescentes (Berge, 2014; Hwang & Harrison, 2016).

Pesquisas anteriores com adolescentes confirmam a associação entre percepção da imagem corporal e o uso de medicamentos para o comportamento de controle de peso em adolescentes, especialmente em meninas que consideravam-se com sobrepeso (Da Silva et al., 2018; de Santana et al., 2016; C. S. Ferreira & de Andrade, 2020; López-Guimerà, 2013). Esses dados suportam os resultados do presente estudo apontando na diferença entre meninos e meninas, demonstrando, assim, possibilidades no planejamento diferenciado de programas para adolescentes de ambos os sexos, demonstrando assim a necessidade de adaptação às necessidades apresentadas pelos mesmos.



Estudos também apontam para a redução da frequência em atividade física relacionada a menor regulação parental e o sentimento de solidão reportado pelos participantes (Condessa et al., 2019; Fernandes et al., 2011; Ramos et al., 2017). Apesar de esses estudos confirmarem os resultados da presente pesquisa, a relação estabelecida com a desenvoltura social é insuficiente na literatura, demonstrando assim a necessidade de futuras pesquisas.

Adolescentes que reportaram comportamento alimentar não saudável e a redução de atividade física consequentemente irão apresentar esses hábitos na idade adulta, contribuindo para a ocorrência de doenças crônicas não comunicáveis e o eventual aumento de taxas de morbidade e mortalidade (Blashill & Wilhelm, 2015; Duchesne et al., 2002).

Sendo assim, as relações interpessoais estabelecidas pelos adolescentes a partir de um grupo que apresenta comportamentos saudáveis, em conjunto com as famílias, bem como profissionais de saúde e educação, deveriam ser um foco de incentivo para a prática de atividade física em conjunto com o desenvolvimento social, focando no bem estar geral e promoção da saúde e não exclusivamente na prática de prescrições de saúde (Almenara et al., 2014; C. S. Ferreira & de Andrade, 2020).

Entretanto, o desenvolvimento de práticas preventivas deveriam ser planejadas em conjunto com várias estratégias que obtenham objetivos e resultados combinados, envolvendo os fatores físicos e sociais na promoção da saúde. Isto requer intervenções em saúde, educação e a permissão de acesso a benefícios físicos e sociais para hábitos e vida saudável a população, especialmente para adolescentes (Ferreira et al., 2018).

Apesar das limitações do estudo como ser de auto reporte, utilizar uma metodologia de desenho transversal, não sendo possível estabelecer relação de causa e efeito. O fato de abordar, apenas, a desenvoltura social como classe de habilidade social restringiu a possibilidade de apresentar a relação entre as demais classes bem como o repertório geral de habilidades sociais com os indicadores do estudo. O estudo trabalho apresenta pontos fortes em relação ao processo de amostragem abrangente e estruturado, com uma rigorosa metodologia o que permite a generalização dos resultados para a população, sendo útil para a monitorização e o planejamento em saúde. Entretanto algumas limitações podem ser ressaltadas

#### **4. Considerações Finais**

Finalmente, este estudo confirma o impacto da atividade física e a regulação parental na desenvoltura social de adolescentes e a importância para o desenho de estratégias no desenvolvimento de programas e políticas em educação e saúde pública.

Essa evidência esclarece a importância da relação parental e da prática de atividade física para o planejamento de intervenções que visam o desenvolvimento da desenvoltura social em adolescentes. Entretanto, a partir do ponto de vista da educação em saúde em relação a prevenção e promoção, família, escola e relação de pares se faz importante e deveriam ser melhor explorado na regulação com o sedentarismo no comportamento de adolescentes.

#### **Agradecimentos**

À Equipa Aventura Social da Faculdade de Motricidade Humana, da Universidade de Lisboa. Ao Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental (LaPICC), da Universidade de São Paulo. À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – pelo financiamento da pesquisa, através do código 001.

## Referências

- Almenara, C. A., Fauquet, J., López-Guimerà, G., Massana, M. P., & Sánchez-Carracedo, D. (2014). Estatus de peso percibido, dieta y conductas no saludables de control del peso en adolescentes varones Españoles. *Nutricion Hospitalaria*, 30(2), 301–305. <https://doi.org/10.3305/nh.2014.30.2.7596>.
- Berge. (2014). Family Functioning: Associations with Weight Status, Eating Behaviors, and Physical Activity in Adolescents. *J Adolesc Health*, 23(1), 1–7. <https://doi.org/10.1038/jid.2014.371>.
- Blashill, A. J., & Wilhelm, S. (2015). *Boys : Longitudinal Trajectories into Adulthood*. 15(4), 445–451. <https://doi.org/10.1037/a0034618>.Body.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2016). Pesquisa nacional de saúde do escolar : 2015. In *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE*. <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>.
- Condessa, L. A., Chaves, O. C., Silva, F. M., Malta, D. C., & Caiaffa, W. T. (2019). Sociocultural factors related to the physical activity in boys and girls: PeNSE 2012. *Revista de Saude Publica*, 53(1), 1–13. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000516>.
- Condessa, L. A., Soares, C. A., Mielke, G. I., Malta, D. C., & Caiaffa, W. T. (2018). Prevalence of physically active adolescents in Brazilian capitals: National Adolescent School-based Health Survey 2012 and 2015. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 21(Suppl 1). <https://doi.org/10.1590/1980-549720180012.supl.1>.
- Corrêa, R., Cruz, L. P., Gomez-Baya, D., Almeida, A. M., & Matos, M. G. (2020). *Intervenções em habilidades sociais com adolescentes e o desenvolvimento de atitudes positivas em situação de vulnerabilidade: uma revisão sistemática*. Analisis Y Modificacion de Conducta, 46, 21–41.
- Costa, C. dos S., Flores, T. R., Wendt, A., Neves, R. G., Assunção, M. C. F., & Santos, I. S. (2018). Comportamento sedentário e consumo de alimentos ultraprocessados entre adolescentes Brasileiros: Pesquisa nacional de saúde do escolar (PeNSE), 2015. *Cadernos de Saude Publica*, 34(3), 1–11. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00021017>.
- Da Silva, S. U., Barufaldi, L. A., Andrade, S. S. C. D. A., Santos, M. A. S., & Claro, R. M. (2018). Nutritional status, body image, and their association with extreme weight control behaviors among Brazilian adolescents, National Adolescent Student Health Survey 2015. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 21(Suppl 1). <https://doi.org/10.1590/1980-549720180011.supl.1>.
- de Santana, M. L. P., Assis, A. M. O., Silva, R. de C. R., Raich, R. M., Machado, M. E. P. da C., Pinto, E. de J., de Moraes, L. T. L. P., & Ribeiro, H. da C. (2016). Risk Factors for Adopting Extreme Weight-Control Behaviors among Public School Adolescents in Salvador, Brazil: A Case-Control Study. *Journal of the American College of Nutrition*, 35(2), 113–117. <https://doi.org/10.1080/07315724.2014.951903>.
- Dos Reis, A. A. C., Malta, D. C., & Furtado, L. A. C. (2018). Challenges for public policies aimed at adolescence and youth based on the national scholar health survey (PeNSE). *Ciencia e Saude Coletiva*, 23(9), 2879–2890. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.14432018>.
- Duchesne, M., Espósito, P., & Almeida, D. M. (2002). Terapia cognitivo - comportamental dos transtornos alimentares Cognitive -behavioural therapy of eating disorders. *Rev Bras Psiquiatr*, 24(Supl III), 49–53.
- FAO & WHO. (2018). *Strengthening Nutrition Action*. Food and Agriculture Organization of the United States and World Health Organization. Rome.
- Fernandes, R. A., Christofaro, D. G. D., Casonatto, J., Kawaguti, S. S., Ronque, E. R. V., Cardoso, J. R., Freitas Júnior, I. F., & Oliveira, A. R. (2011). Associação transversal entre hábitos alimentares saudáveis e não saudáveis e atividade física de lazer em adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 87(3), 252–256. <https://doi.org/10.2223/JPED.2093>.
- Ferreira, C. S., & de Andrade, F. B. (2020). Tendency of extreme attitudes in relation to weight in adolescents and their relationship with family support and body image. *Ciencia e Saude Coletiva*, 25(5), 1599–1606. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33892019>.
- Ferreira, R. W., Varela, A. R., Monteiro, L. Z., Häfele, C. A., Santos, S. J. Dos, Wendt, A., & Silva, I. C. M. (2018). Desigualdades sociodemográficas na prática de atividade física de lazer e deslocamento ativo para a escola em adolescentes: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2009, 2012 e 2015). *Cadernos de Saude Publica*, 34(4), e00037917. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00037917>.
- Guthold, R., Stevens, G. A., Riley, L. M., & Bull, F. C. (2020). Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1.6 million participants. *The Lancet Child and Adolescent Health*, 4(1), 23–35. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(19\)30323-2](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30323-2).
- Hwang, H., & Harrison, T. (2016). *Predictors of Health-Promoting Lifestyles*. Asian Journal of Pharmacy, Nursing and Medical Sciences, 04(02), 7–17.
- Kelly, S. A., & Melnyk, B. M. (2008). Systematic review of multicomponent interventions with overweight middle adolescents: Implications for clinical practice and research. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 5(3), 113–135. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2008.00131.x>
- Leme, V. B. R., Campos, J. R., Coimbra, S., Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2016). Social skills inventory for adolescents: evidence of construct validity and reliability. *Psico*, 47(3), 171. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2016.3.20942>.
- Leme, V. B. R., Del Prette, Z. A. P., Koller, S. H., & Del Prette, A. (2016). Habilidades sociais e o modelo bioecológico do desenvolvimento humano: Análise e perspectivas. *Psicologia e Sociedade*, 28(1), 181–193. <https://doi.org/10.1590/1807-03102015aop001>.
- López-Guimerà. (2013). Unhealthy Weight-control Behaviours, Dieting and Weight Status: A Cross-cultural Comparison between North American and Spanish Adolescents. *Eur Eat Disord Rev*, 23(1), 1–7. <https://doi.org/10.1038/jid.2014.371>.
- Marques, A., Henriques-Neto, D., Peralta, M., Martins, J., Demetriou, Y., Schönbach, D. M. I., & de Matos, M. G. (2020). Prevalence of physical activity among adolescents from 105 low, middle, and high-income countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 1–11. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093145>.
- Matos, M., & Equipa Aventura Social. (2018). A Saúde Dos Adolescentes Portugueses Após a Recessão. *Health Behaviour in School-Aged Children*, 62.
- Melnyk, B. M., Jacobson, D., Kelly, S., Belyea, M., Shaibi, G., Small, L., O'Haver, J., & Marsiglia, F. F. (2013). Promoting healthy lifestyles in high school adolescents: A randomized controlled trial. *American Journal of Preventive Medicine*, 45(4), 407–415.
- Michael, S. L., Wentzel, K., Elliott, M. N., Dittus, P. J., Kanouse, D. E., Wallander, J. L., Pasch, K. E., Franzini, L., Taylor, W. C., Qureshi, T., Franklin, F. A., & Schuster, M. A. (2014). Parental and Peer Factors Associated with Body Image Discrepancy among Fifth-Grade Boys and Girls. *Journal of Youth and Adolescence*, 43(1), 15–29. <https://doi.org/10.1007/s10964-012-9899-8>.
- Oliveira, M. M. de, Campos, M. O., Andreazzi, M. A. R. de, & Malta, D. C. (2017). Características da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PeNSE. *Epidemiologia e Servicos de Saude: Revista Do Sistema Unico de Saude Do Brasil*, 26(3), 605–616. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300017>.
- Ramos, C. G. C., de Andrade, R. G., Andrade, A. C. de S., Fernandes, A. P., Costa, D. A. da S., Xavier, C. C., Proietti, F. A., & Caiaffa, W. T. (2017). Contexto familiar e atividade física de adolescentes: Cotejando diferenças. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 20(3), 537–548. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700030015>.
- WHO. (2016). Growing up unequal : gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. *WHO Regional Office for Europe. Copenhagen*, 7.

# **PARTE III**

## **CAPÍTULO V I I I**

---

### **Conclusões e recomendações**

A vulnerabilidade individual e social obtiveram influência mútua identificada na associação com as classes específicas de habilidades sociais em adolescentes na região de fronteira. Essa relação proporciona um nível de atuação que possibilita direcionar pesquisas e intervenções envolvendo os adolescentes, seus pares, pais e responsáveis e profissionais, responsabilizando-se pelos comportamentos de risco ou proteção, potencializando estudos e práticas futuras.

A dinâmica das relações na fronteira percebida no envolvimento de adolescentes em comportamentos de risco demonstraram influência no repertório de habilidades sociais. Sendo assim, o estudo confirma a hipótese de que os adolescentes em região de fronteira que apresentam alta vulnerabilidade demonstrariam baixas habilidades sociais, e essa associação aponta linhas de ações direcionadas para:

- A redução do consumo de álcool, sentimento de solidão e do envolvimento em brigas e o desenvolvimento do auto-controle;
- O aumento de orientações de prevenção de gravidez na escola, da classificação do estado de saúde, do uso de serviço de saúde e da regulação parental com o foco nas habilidades sociais gerais;
- A diminuição da vitimização de *bullying*, aumento da regulação parental e o desenvolvimento da empatia;
- O aumento da atividade física e regulação parental com a promoção de desenvoltura social.

Outro foco de ações e programas seria o desempenho social classificado como indesejável, ativo e passivo, que foi observada na pesquisa com adolescentes em região de fronteira com uma diferença para ambos os sexos.

Para os meninos ações visando o aumento da prática de atividade física, uso de serviço de saúde, diminuição da iniciação sexual, aumento do uso de método para prevenção de

gravidez, redução da agressão física na família, envolvimento em brigas e autolesão. Enquanto para as meninas programas com foco na regulação parental, ressignificação da percepção de saúde e imagem corporal bem como práticas de reeducação alimentar e alimentação saudável, sentimento de solidão e vitimização de bullying, prevenção ao uso/consumo de álcool, consumo de maconha e sensibilização com relação ao uso de preservativo.

Esses indicadores demonstram influência no desenvolvimento social dos adolescentes em região de fronteira, sendo ressaltada a diferença na questão de gênero, apesar dos comportamentos de risco serem identificados como experiências desadaptativas, nessa etapa da adolescência são esperados uma maior prevalência, devido ao período de desenvolvimento e formação da identidade através da influência de grupos sociais. Sendo assim o manejo entre as demandas do ambiente e os recursos utilizados por parte dos adolescentes deveriam ser acompanhados por profissionais e familiares quando esses necessitarem de suporte.

Além da importância da identificação dos fatores de risco para o desenvolvimento de programas futuros, o repertório de habilidades sociais de adolescentes, potenciais indicadores de proteção, igualmente deveriam ser destacados para o desenho de futuros estudos e intervenções. Os participantes da pesquisa na região de fronteira demonstraram um bom repertório nos indicadores de empatia, autocontrole, desenvoltura social e habilidades sociais gerais, entretanto apresentaram alta dificuldade.

Portanto as estratégias deveriam ter como foco tanto os indicadores de risco como os fatores de proteção, identificação nos indicadores de habilidades sociais, os que apresentam maior dificuldade e maior frequência na amostra de adolescentes, caracterizando-se como um investimento importante para o desenvolvimento de programas preventivos nessas áreas do comportamento, buscando o aprimoramento dos repertório de habilidades sociais e a redução de ansiedade, medo e insegurança para um melhor desempenho social, caminhos que

deveriam ser foco de atuação para a Psicologia na educação e saúde pública com adolescentes em região de fronteira.

O estudo demonstrou a influência do contexto na relações interpessoais de adolescentes, principalmente de condições de vulnerabilidade em saúde em região de fronteira nas habilidades sociais, entretanto se faz necessário a consideração de indicadores socioeconômicos e indicadores programáticos e seu impacto nos fatores de risco e proteção que poderiam influenciar nas relações interpessoais nessa faixa etária.

Esse impacto depende de esforços além do conhecimento científico produzido por investigadores, sendo necessário o envolvimento integrado e contínuo entre gestores, profissionais, pesquisadores, adolescentes e a própria comunidade no planejamento de programas e políticas públicas. Um exemplo de programa visando a prevenção e promoção de saúde para adolescentes na escola é o Programa Saúde na Escola, sendo voltado para indicadores de saúde e com ações para o desenvolvimento de saúde geral de adolescentes brasileiros. A busca da integração das evidências de práticas em Treino de Habilidades Sociais (THS ) em conjunto com ações e programas que integram as políticas públicas voltadas aos adolescentes seria uma possibilidade para o desenvolvimento socioemocional visando a qualidade de vida e o bem estar de adolescentes.

Os investigadores e gestores teriam o compromisso no desenvolvimento de estudos voltados a prevenção e promoção da saúde, considerando os indicadores de risco da região de fronteira visando atender as necessidades dos adolescentes, pais e instituições, com intervenções sistemáticas para o bem estar dos adolescentes e compromisso ético de um impacto nos demais contextos da sociedade.

Estudos futuros em THS em região de fronteira direcionados a adolescentes em condições de vulnerabilidade em saúde deveriam considerar esses possíveis avanços e

limitações nos programas de THS, identificando *deficits* e problemas de comportamento com foco em intervenções que apresentam alta evidência científica, sendo utilizadas estratégias de instruções e atividades semanais e estratégias eletrônicas de auto gestão. Para tanto, seria importante o desenvolvimento de programas com subclasses específicas de habilidades sociais para o enfrentamento de fatores de risco associados a indicadores de proteção em saúde identificados na pesquisa, buscando assim uma avaliação da integridade dos estudos, demonstrando o compromisso com o rigor científico bem como a resolutividade de fatores de risco que impactam no contexto do relacionamento interpessoal, de saúde, educacional e demais contextos.

O desenvolvimento teórico-prático no campo das habilidades sociais em adolescentes na região de fronteira apresenta um *gap*, entretanto este estudo buscou superar esta lacuna, em que identificou procedimentos alternativos, com pequenas amostras de adolescentes, constituindo como um potencial avanço na eficácia de programas de THS direcionados a adolescentes brasileiros o que foi caracterizado como uma limitação na discussão do estudo, considerando a escassez de pesquisas analisando a relação dos indicadores de vulnerabilidade em saúde de adolescentes e habilidades sociais em região de fronteira. A nível internacional foram encontrados delineamentos de estudos com intervenção em THS com uma linha de base e rastreamento ampliado, análise de dados com nível de significância e confiabilidade nas alterações comportamentais e avaliação de seguimento, ampliando a confiança na validade interna e externa dos resultados obtidos.

A avaliação rigorosa de intervenções em THS para adolescentes ainda é detectada como um desafio, pois grande parte dos estudos publicados apresentam uma metodologia descritiva, que utilizam o próprio grupo como controle, com medidas pré e pós intervenção, com o uso de procedimentos de informações e interação social apresentando baixa qualidade de evidência científica na revisão sistemática.

Com base nos resultados disponíveis sobre as intervenções que foram incluídas na revisão sistemática desta pesquisa, identificou-se um panorama diversificado de contextos e condições de vulnerabilidade em saúde de adolescentes, sendo que os programas foram direcionados às áreas de educação e saúde. Sendo assim, as intervenções em habilidades sociais podem ser consideradas como Práticas Psicológicas Baseadas em Evidência (PPBE) sendo uma estratégia relevante para as relações interpessoais.

### Referências

- Aguiar, J. C. G. (2012). Cities on edge: Smuggling and neoliberal policies at the Iguazú triangle. *Singapore Journal of Tropical Geography*, 33(2), 171–183. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9493.2012.00463.x>
- APA. Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist*, 61 (4), 271-285.
- Ayres JRCM, França Junior I, Calazans GJ, Filho HCS. (2003). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM. (orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Editora FioCruz; p.117-139.
- Ayres JRCM. (2002). *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia*. São Paulo: Hucitec.
- Correa, R., Prado da Cruz, L., Gomez Baya, D., De Almeida, A. M., & Gaspar de Matos, M. (2020). Intervenções em competências sociais com adolescentes e o desenvolvimento de atitudes positivas em situação de vulnerabilidade: uma revisão sistemática. *Análisis y Modificación de Conducta*, 46(173–4).
- Corrêa. R. S., Almeida, A. M. (2017). *Vulnerabilidade em saúde de adolescentes em regiao*



*de fronteira. N. In Dissertação de Mestrado, apresentada à Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE. Área de Concentração: Saúde Pública em Região de Fronteira*

Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2017a). Habilidades sociais e competência social para uma vida melhor. São Carlos: UFSCAR.

Del Prette A. & Del Prette, Z. A. (2017b). Competência Social e Habilidades Sociais: manual teórico-prático. Petrópolis: Vozes.

Del Prette A. & Del Prette, Z. A. Práticas baseadas em evidências e treinamento de habilidades sociais. In: Del Prette A. & Del Prette, Z. A. (2017). Habilidades Sociais: intervenções efetivas em grupo. São Paulo: Pearson.

Del Prette, A. & Del Prette, Z. A. P. (2014). Inventário de habilidades sociais para adolescents (IHSA-Del-Prette): manual de aplicação, apuração e interpretação. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Donola, L. R., & Malbergier, A. (2013). Habilidades sociais e uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas em adolescentes. *Psicologia Argumento*, 31(75), 761–768.

García-Poole, C. S. B. & Rodrigo, M. J. (2017): Adolescent lifestyle profiles and personal and community competences, *European Journal of Developmental Psychology*.

Ismayilova, L., Terlikbayeva, A. (2018). Building Competencies to Prevent Youth Substance Use in Kazakhstan: Mixed Methods Findings From a Pilot Family- Focused Multimedia Trial. *J. Adolesc Health*, 63(3), 301–312.

Leme, V. B. L., Fernandes, L. M., Jovarini, N. V., Achkar, A. M., E., & Del Prette, Z. M. P., (2016). Social skills program for adolescents in vulnerable social contexts. *Psico-USF, Bragança Paulista*, 21 (3), 595-608.

Leme, V. B. R., Del Prette, Z. A. P., Coimbra, S. (2015). Social skills, social support and well-

being in adolescents of different family configurations. *Paidéia*, 25 (60), 9-18.

Murta, S. G. (2017). Aproximando ciência e comunidade: difusão de programas de habilidades sociais baseados em evidência. In: Del Prette A. & Del Prette, Z. A. (2017). *Habilidades Sociais: intervenções efetivas em grupo*. São Paulo: Pearson.

Pereira-Guizzo, C. de S., Del Prette, A., Del Prette, Z. A. P., & Leme, V. B. R. (2018). Social skills program for adolescents in preparing for work. *Psicologia Escolar e Educacional*, 22(3), 573–581. <https://doi.org/10.1590/2175-35392018035449>

Priotto, E. M. T. P., Ferriani, M. G. C., Silva, M. A. I. (2015). Práticas educativas na convivência familiar e de adolescentes do Brasil, Paraguai e Argentina. *Rev Enferm UFPE*, 9(11). <https://doi.org/10.5205/reuol.8008-72925-1-ED.0911201507>

Priotto, E., Führ, A., Gomes, L., & Barbosa, T. (2018). Iniciação sexual e práticas contraceptivas de adolescentes na tríplice fronteira entre Brasil, Argentina e Paraguai. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 1–9. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.16>

Priotto, E. M. T. P., & Silva, M. A. I. (2019). Consumo de álcool e drogas e participação em violência por adolescentes de uma região trinacional. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição Em Português)*, 15(3), 1–9. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2019.000403>

Terroso, L. B., Wendt, G. W., Da Silva Oliveira, M., & De Lima Argimon, I. I. (2016). Social skills and bullying in adolescents. *Temas Em Psicologia*, 24(1), 251–259.

# **ANEXOS**

---

**Anexo 1.** Parecer do Comitê de Ética da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – (Unioeste)

[..\Downloads\PB\\_PARECER\\_CONSUBSTANCIADO\\_CEP\\_1836148.pdf](#)

**Anexo 2.** Parecer do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP)

[..\Downloads\PB\\_PARECER\\_CONSUBSTANCIADO\\_CEP\\_3125311.pdf](..\Downloads\PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_3125311.pdf)

**Anexo 3.** Escolas, salas de aula e número de alunos existentes na população de interesse em Foz do Iguaçu, 2016.

COD	Colégios	Nº de Turmas/salas	Alunos
1	A. S., (E.F./E. M.)	8	249
2	A. B., (E.F./E. M.)	17	653
3	A. S. S., (E.F./E. M.)	12	417
4	B. M., (E.F./E. M.)	14	525
5	C., (E.F./E. M.)	3	68
6	C. D. A., (E.F./E. M.)	7	232
7	C. S. D., (E.F./E. M./P)	9	291
8	C. B., (E.F./E. M.)	8	269
9	C. I., (E.F./E. M.)	10	375
10	C. E. E. P. M. M. P. (E.F./E. M./P)	6	211
11	C. S., (E.F./E. M.)	7	239
12	F. W., (E.F./E. M./P)	13	511
13	G., (E.F./E. M./P)	4	120
14	G. D. S., (E.F./E. M.)	7	194
16	I. F. (E.F./E. M./P)	6	218
15	I. R., (E.F./E. M.)	7	247
17	J. S., (E.F./E. M./P)	12	429
18	J. K. O., (E.F./E. M.)	11	428
19	M. C. P., (E.F./E. M./P)	12	391
20	P. F., (E.F./E. M.)	11	394
21	P. II, (E.F./E. M.)	15	523
22	P., C(E.F./E. M.)	6	188
23	R. B., (E.F./E. M./P)	8	288
24	S. M., (E.F./E. M./P)	7	230
25	T., (E.F./E. M.)	13	474
26	T. A. N., (E.F./E. M.)	12	374
27	T. S., (E.F./E. M.)	9	285
28	T. F., (E.F./E. M.)	12	432
29	U. G., (E.F./E. M./P)	15	465
	TOTAL	281	9720

E.F. - Ensino Fundamental ; E.M. – Ensino Médio; P. – Profissionalizante

**Anexo 4.** Relação de escolas, salas de aula, turnos e lista aleatória de alunos a serem considerados na amostra. Foz do Iguaçu, 2016.

N	Colégio	Série	Turma	Turno	Número de alunos	Número acumulado	Cluster sorteado
1	A.S., (E.F./ E.M.)	1º	A	Manhã	31	31	Sim
1	A.S., (E.F./ E.M.)	1º	B	Manhã	32	63	Não
1	A.S., (E.F./ E.M.)	2º	A	Manhã	40	103	Não
1	A.S., (E.F./ E.M.)	3º	A	Manhã	32	135	Não
1	A.S., (E.F./ E.M.)	1º	A	Noite	36	171	Não
1	A.S., (E.F./ E.M.)	2º	A	Noite	34	205	Não
1	A.S., (E.F./ E.M.)	3º	A	Noite	22	227	Não
1	A.S., (E.F./ E.M.)	3º	B	Noite	22	249	Não
2	A.B., (E.F./ E.M.)	1º	A	Manhã	37	286	Sim
2	A.B., (E.F./ E.M.)	1º	B	Manhã	37	323	Não
2	A.B., (E.F./ E.M.)	1º	C	Manhã	36	359	Não
2	A.B., (E.F./ E.M.)	1º	D	Manhã	37	396	Não
2	A.B., (E.F./ E.M.)	2º	A	Manhã	27	423	Não
2	A.B., (E.F./ E.M.)	2º	B	Manhã	27	450	Não
2	A.B., (E.F./ E.M.)	2º	C	Manhã	29	479	Não
2	A.B., (E.F./ E.M.)	3º	A	Manhã	36	515	Não
2	A.B., (E.F./ E.M.)	3º	B	Manhã	36	551	Sim
2	A.B., (E.F./ E.M.)	1º	A	Noite	43	594	Não
2	A.B., (E.F./ E.M.)	1º	B	Noite	43	637	Não
2	A.B., (E.F./ E.M.)	1º	C	Noite	43	680	Não
2	A.B., (E.F./ E.M.)	2º	A	Noite	40	720	Não
2	A.B., (E.F./ E.M.)	2º	B	Noite	40	760	Sim
2	A.B., (E.F./ E.M.)	2º	C	Noite	41	801	Não
2	A.B., (E.F./ E.M.)	3º	A	Noite	50	851	Não
2	A.B., (E.F./ E.M.)	3º	B	Noite	51	902	Não
3	A. S. S., (E.F./ E.M.)	1º	A	Manhã	32	934	Não
3	A. S. S., (E.F./ E.M.)	1º	B	Manhã	32	966	Não
3	A. S. S., (E.F./ E.M.)	1º	C	Manhã	32	998	Sim
3	A. S. S., (E.F./ E.M.)	1º	D	Manhã	30	1028	Não
3	A. S. S., (E.F./ E.M.)	2º	A	Manhã	39	1067	Não
3	A. S. S., (E.F./ E.M.)	2º	B	Manhã	40	1107	Não
3	A. S. S., (E.F./ E.M.)	3º	A	Manhã	36	1143	Não
3	A. S. S., (E.F./ E.M.)	1º	A	Noite	35	1178	Não
3	A. S. S., (E.F./ E.M.)	2º	A	Noite	36	1214	Não
3	A. S. S., (E.F./ E.M.)	2º	B	Noite	36	1250	Sim
3	A. S. S., (E.F./ E.M.)	3º	A	Noite	34	1284	Não
3	A. S. S., (E.F./ E.M.)	3º	B	Noite	35	1319	Não
4	B. M., (E.F./ E.M.)	1º	A	Manhã	39	1358	Não
4	B. M., (E.F./ E.M.)	1º	B	Manhã	39	1397	Não
4	B. M., (E.F./ E.M.)	1º	C	Manhã	39	1436	Não
4	B. M., (E.F./ E.M.)	1º	D	Manhã	38	1474	Não
4	B. M., (E.F./ E.M.)	2º	A	Manhã	34	1508	Sim
4	B. M., (E.F./ E.M.)	2º	B	Manhã	35	1543	Não
4	B. M., (E.F./ E.M.)	2º	C	Manhã	34	1577	Não
4	B. M., (E.F./ E.M.)	2º	D	Manhã	34	1611	Não
4	B. M., (E.F./ E.M.)	3º	A	Manhã	35	1646	Não
4	B. M., (E.F./ E.M.)	3º	B	Manhã	35	1681	Não
4	B. M., (E.F./ E.M.)	3º	C	Manhã	36	1717	Não
4	B. M., (E.F./ E.M.)	1º	A	Noite	41	1758	Sim
4	B. M., (E.F./ E.M.)	2º	A	Noite	45	1803	Não
4	B. M., (E.F./ E.M.)	3º	A	Noite	41	1844	Não
5	C., (E.F./ E.M.)	1º	A	Noite	26	1870	Não
5	C., (E.F./ E.M.)	2º	A	Noite	20	1890	Não
5	C., (E.F./ E.M.)	3º	A	Noite	22	1912	Não
6	C. D. A., (E.F./ E.M.)	1º	A	Noite	32	1944	Não
6	C. D. A., (E.F./ E.M.)	1º	B	Noite	32	1976	Sim
6	C. D. A., (E.F./ E.M.)	1º	C	Noite	31	2007	Não

Continua

Continuação

6	C. D. A., (E.F./ E.M.)	2°	A	Noite	33	2040	Não
6	C. D. A., (E.F./ E.M.)	2°	B	Noite	33	2073	Não
6	C. D. A., (E.F./ E.M.)	3°	A	Noite	35	2108	Não
6	C. D. A., (E.F./ E.M.)	3°	B	Noite	36	2144	Não
7	C. S. D., (E.F./ E.M.)	1°	A	Manhã	32	2176	Não
7	C. S. D., (E.F./ E.M.)	1°	B	Manhã	32	2208	Não
7	C. S. D., (E.F./ E.M.)	2°	A	Manhã	23	2231	Não
7	C. S. D., (E.F./ E.M.)	2°	B	Manhã	24	2255	Não
7	C. S. D., (E.F./ E.M.)	3°	A	Manhã	29	2284	Não
7	C. S. D., (E.F./ E.M.)	1°	A	Noite	38	2322	Não
7	C. S. D., (E.F./ E.M.)	2°	A	Noite	48	2370	Não
7	C. S. D., (E.F./ E.M.)	3°	A	Noite	32	2402	Não
7	C. S. D., (E.F./ E.M.)	3°	B	Noite	33	2435	Não
8	C. B., (E.F./ E.M.)	1°	A	Manhã	33	2468	Sim
8	C. B. (E.F./ E.M.)	1°	B	Manhã	31	2499	Sim
8	C. B. (E.F./ E.M.)	1°	C	Noite	35	2534	Não
8	C. B. (E.F./ E.M.)	2°	A	Manhã	28	2562	Não
8	C. B. (E.F./ E.M.)	2°	B	Manhã	27	2589	Não
8	C. B. (E.F./ E.M.)	2°	C	Noite	35	2624	Não
8	C. B. (E.F./ E.M.)	3°	A	Noite	35	2659	Não
8	C. B. (E.F./ E.M.)	3°	B	Manhã	45	2704	Sim
9	C. I., (E.F./ E.M.)	1°	A	Manhã	37	2741	Não
9	C. I. (E.F./ E.M.)	1°	B	Manhã	38	2779	Não
9	C. I. (E.F./ E.M.)	2°	A	Manhã	37	2816	Não
9	C. I. (E.F./ E.M.)	3°	A	Manhã	38	2854	Não
9	C. I. (E.F./ E.M.)	1°	A	Noite	38	2892	Não
9	C. I. (E.F./ E.M.)	1°	B	Noite	38	2930	Não
9	C. I. (E.F./ E.M.)	2°	A	Noite	38	2968	Sim
9	C. I. (E.F./ E.M.)	2°	B	Noite	39	3007	Não
9	C. I. (E.F./ E.M.)	3°	A	Noite	36	3043	Não
9	C. I. (E.F./ E.M.)	3°	B	Noite	36	3079	Não
10	C. E. E. P. M. M. P. (E.F./ E.M./ P.)	1	TEC	Noite	49	3128	Não
10	C. E. E. P. M. M. P. (E.F./ E.M./ P.)	2	TEC	Noite	46	3174	Não
10	C. E. E. P. M. M. P. (E.F./ E.M./ P.)	3	TEC	Noite	14	3188	Sim
10	C. E. E. P. M. M. P. (E.F./ E.M./ P.)	1	TEC	Noite	47	3235	Não
10	C. E. E. P. M. M. P. (E.F./ E.M./ P.)	2	TEC	Noite	30	3265	Não
10	C. E. E. P. M. M. P. (E.F./ E.M./ P.)	2	TEC	Noite	25	3290	Não
11	C. S., (E.F./ E.M.)	1°	A	Manhã	32	3322	Não
11	C. S., (E.F./ E.M.)	1°	B	Manhã	32	3354	Não
11	C. S., (E.F./ E.M.)	2°	A	Manhã	28	3382	Não
11	C. S., (E.F./ E.M.)	3°	A	Manhã	31	3413	Não
11	C. S., (E.F./ E.M.)	1°	A	Noite	40	3453	Sim
11	C. S., (E.F./ E.M.)	2°	A	Noite	39	3492	Não
11	C. S., (E.F./ E.M.)	3°	A	Noite	37	3529	Não
13	F. W., (E.F./ E.M./ P.)	1°	A	Manhã	41	3570	Não
13	F. W. (E.F./ E.M./ P.)	1°	B	Manhã	39	3609	Não
13	F. W. (E.F./ E.M./ P.)	1°	C	Noite	47	3656	Não
13	F. W. (E.F./ E.M./ P.)	1°	D	Noite	57	3713	Sim
13	F. W. (E.F./ E.M./ P.)	2°	A	Manhã	37	3750	Não
13	F. W. (E.F./ E.M./ P.)	2°	B	Manhã	35	3785	Não
13	F. W. (E.F./ E.M./ P.)	2°	C	Noite	29	3814	Não
13	F. W. (E.F./ E.M./ P.)	2°	D	Noite	32	3846	Não
13	F. W. (E.F./ E.M./ P.)	2°	E	Noite	34	3880	Não
13	F. W. (E.F./ E.M./ P.)	3°	A	Manhã	42	3922	Sim
13	F. W. (E.F./ E.M./ P.)	3°	B	Manhã	42	3964	Não
13	F. W. (E.F./ E.M./ P.)	3°	C	Noite	39	4003	Não
13	F. W. (E.F./ E.M./ P.)	3°	D	Noite	37	4040	Não
12	G., (E.F./ E.M./ P.)	1°	A	Manhã	30	4070	Não
12	G., (E.F./ E.M./ P.)	1°	B	Manhã	21	4091	Não
12	G., (E.F./ E.M./ P.)	2°	A	Manhã	32	4123	Não

Continua



Continuação

12	G., (E.F./ E.M./ P.)	3°	A	Manhã	37	4160	Sim
13	G. S., (E.F./ E.M./ P.)	1°	A	Manhã	37	4197	Não
13	G. S., (E.F./ E.M./ P.)	1°	B	Manhã	20	4217	Não
13	G. S., (E.F./ E.M./ P.)	2°	A	Manhã	24	4241	Não
13	G. S., (E.F./ E.M./ P.)	2°	B	Noite	23	4264	Não
13	G. S., (E.F./ E.M./ P.)	2°	C	Noite	34	4298	Não
13	G. S., (E.F./ E.M./ P.)	3°	A	Manhã	26	4324	Não
13	G. S., (E.F./ E.M./ P.)	3°	B	Noite	30	4354	Não
14	I. F.T.P (E.F./ E.M./ P.)	TE 2014		Manhã	29	4383	Não
14	I. F.T.P (E.F./ E.M./ P.)	TE 2015		Manhã	34	4417	Sim
14	I. F.T.P (E.F./ E.M./ P.)	TE 2016		Manhã	44	4461	Não
14	I. F.T.P (E.F./ E.M./ P.)	TI 2014		Manhã	33	4494	Não
14	I. F.T.P (E.F./ E.M./ P.)	TI 2015		Manhã	35	4529	Não
14	I. F.T.P (E.F./ E.M./ P.)	TI 2016		Manhã	43	4572	Não
15	I. R., (E.F./ E.M.)	1°	A	Manhã	37	4609	Não
15	I. R., (E.F./ E.M.)	1°	B	Manhã	37	4646	Sim
15	I. R., (E.F./ E.M.)	1°	A	Noite	33	4679	Não
15	I. R., (E.F./ E.M.)	2	A	Noite	32	4711	Não
15	I. R., (E.F./ E.M.)	2	B	Noite	33	4744	Não
15	I. R., (E.F./ E.M.)	2	C	Noite	32	4776	Não
15	I. R., (E.F./ E.M.)	3	A	Noite	43	4819	Não
16	J. S., (E.F./ E.M./ P.)	1°	A	Manhã	33	4852	Não
16	J. S., (E.F./ E.M./ P.)	1°	B	Manhã	35	4887	Sim
16	J. S., (E.F./ E.M./ P.)	1°	C	Noite	37	4924	Não
16	J. S., (E.F./ E.M./ P.)	1°	D	Noite	33	4957	Não
16	J. S., (E.F./ E.M./ P.)	1°	E	Noite	29	4986	Não
16	J. S., (E.F./ E.M./ P.)	2°	A	Manhã	34	5020	Não
16	J. S., (E.F./ E.M./ P.)	2°	B	Manhã	36	5056	Não
16	J. S., (E.F./ E.M./ P.)	2°	C	Noite	40	5096	Não
16	J. S., (E.F./ E.M./ P.)	2°	D	Noite	40	5136	Sim
16	J. S., (E.F./ E.M./ P.)	3°	A	Noite	37	5173	Não
16	J. S., (E.F./ E.M./ P.)	3°	B	Noite	37	5210	Não
16	J. S., (E.F./ E.M./ P.)	3°	C	Noite	38	5248	Não
17	J. K. O., (E.F./ E.M.)	1°	A	Manhã	44	5292	Não
17	J. K. O., (E.F./ E.M.)	1°	B	Manhã	45	5337	Não
17	J. K. O., (E.F./ E.M.)	2°	A	Manhã	39	5376	Sim
17	J. K. O., (E.F./ E.M.)	3°	A	Manhã	41	5417	Não
17	J. K. O., (E.F./ E.M.)	1°	A	Noite	35	5452	Não
17	J. K. O., (E.F./ E.M.)	1°	B	Noite	35	5487	Não
17	J. K. O., (E.F./ E.M.)	1°	C	Noite	35	5522	Não
17	J. K. O., (E.F./ E.M.)	2°	A	Noite	43	5565	Não
17	J. K. O., (E.F./ E.M.)	2°	B	Noite	43	5608	Não
17	J. K. O., (E.F./ E.M.)	3°	A	Noite	34	5642	Sim
17	J. K. O., (E.F./ E.M.)	3°	B	Noite	34	5676	Não
18	M. C. P., (E.F./ E.M.)	1°	A	Manhã	30	5706	Não
18	M. C. P., (E.F./ E.M.)	1°	B	Manhã	31	5737	Não
18	M. C. P., (E.F./ E.M.)	2°	A	Manhã	33	5770	Não
18	M. C. P., (E.F./ E.M.)	1°	A	Noite	32	5802	Não
18	M. C. P., (E.F./ E.M.)	1°	B	Noite	33	5835	Não
18	M. C. P., (E.F./ E.M.)	1°	C	Noite	32	5867	Sim
18	M. C. P., (E.F./ E.M.)	2°	A	Noite	35	5902	Não
18	M. C. P., (E.F./ E.M.)	2°	B	Noite	35	5937	Não
18	M. C. P., (E.F./ E.M.)	2°	C	Noite	34	5971	Não
18	M. C. P., (E.F./ E.M.)	3°	A	Noite	32	6003	Não
18	M. C. P., (E.F./ E.M.)	3°	B	Noite	32	6035	Não
18	M. C. P., (E.F./ E.M.)	3°	C	Noite	32	6067	Não
19	P. F., (E.F./ E.M.)	1°	A	Manhã	39	6106	Sim
19	P. F., (E.F./ E.M.)	1°	B	Manhã	39	6145	Não
19	P. F., (E.F./ E.M.)	1°	C	Manhã	39	6184	Não
19	P. F., (E.F./ E.M.)	2°	A	Manhã	32	6216	Não

Continua

Continuação

19	P. F., (E.F./ E.M.)	2°	B	Manhã	31	6247	Não
19	P. F., (E.F./ E.M.)	3°	A	Manhã	32	6279	Não
19	P. F., (E.F./ E.M.)	1°	A	Noite	48	6327	Não
19	P. F., (E.F./ E.M.)	2°	A	Noite	34	6361	Sim
19	P. F., (E.F./ E.M.)	2°	B	Noite	34	6395	Não
19	P. F., (E.F./ E.M.)	3°	A	Noite	33	6428	Não
19	P. F., (E.F./ E.M.)	3°	B	Noite	33	6461	Não
20	D. P. II, (E.F./ E.M.)	1°	A	Manhã	33	6494	Não
20	D. P. II, (E.F./ E.M.)	1°	B	Manhã	33	6527	Não
20	D. P. II, (E.F./ E.M.)	1°	C	Manhã	34	6561	Não
20	D. P. II, (E.F./ E.M.)	2°	A	Manhã	36	6597	Sim
20	D. P. II, (E.F./ E.M.)	2°	B	Manhã	37	6634	Não
20	D. P. II, (E.F./ E.M.)	3°	A	Manhã	38	6672	Não
20	D. P. II, (E.F./ E.M.)	1°	A	Noite	35	6707	Não
20	D. P. II, (E.F./ E.M.)	1°	B	Noite	35	6742	Não
20	D. P. II, (E.F./ E.M.)	1°	C	Noite	35	6777	Não
20	D. P. II, (E.F./ E.M.)	2°	A	Noite	35	6812	Não
20	D. P. II, (E.F./ E.M.)	2°	B	Noite	35	6847	Sim
20	D. P. II, (E.F./ E.M.)	2°	C	Noite	34	6881	Não
20	D. P. II, (E.F./ E.M.)	3°	A	Noite	35	6916	Não
20	D. P. II, (E.F./ E.M.)	3°	B	Noite	34	6950	Não
20	D. P. II, (E.F./ E.M.)	3°	C	Noite	34	6984	Não
21	P., (E.F./ E.M.)	1°	A	Manhã	29	7013	Não
21	P., (E.F./ E.M.)	1°	B	Manhã	29	7042	Não
21	P., (E.F./ E.M.)	1°	C	Manhã	29	7071	Sim
21	P., (E.F./ E.M.)	2°	A	Manhã	33	7104	Não
21	P., (E.F./ E.M.)	2°	B	Manhã	33	7137	Não
21	P., (E.F./ E.M.)	3°	A	Manhã	35	7172	Não
22	R. B., (E.F./ E.M./ P.)	1°	A	Manhã	43	7215	Não
22	R. B., (E.F./ E.M./ P.)	1°	B	Manhã	38	7253	Não
22	R. B., (E.F./ E.M./ P.)	2°	A	Manhã	36	7289	Não
22	R. B., (E.F./ E.M./ P.)	2°	B	Manhã	39	7328	Sim
22	R. B., (E.F./ E.M./ P.)	2°	C	Noite	35	7363	Não
22	R. B., (E.F./ E.M./ P.)	3°	A	Manhã	34	7397	Não
22	R. B., (E.F./ E.M./ P.)	3°	B	Manhã	32	7429	Não
22	R. B., (E.F./ E.M./ P.)	3°	C	Noite	31	7460	Não
23	S. M., (E.F./ E.M./ P.)	1°	A	Manhã	36	7496	Não
23	S. M., (E.F./ E.M./ P.)	1°	B	Manhã	38	7534	Não
23	S. M., (E.F./ E.M./ P.)	1°	C	Noite	31	7565	Sim
23	S. M., (E.F./ E.M./ P.)	1°	D	Noite	33	7598	Não
23	S. M., (E.F./ E.M./ P.)	2°	A	Manhã	31	7629	Não
23	S. M., (E.F./ E.M./ P.)	2°	B	Manhã	31	7660	Não
23	S. M., (E.F./ E.M./ P.)	2°	C	Noite	30	7690	Não
24	T., (E.F./ E.M.)	1°	A	Manhã	35	7725	Não
24	T., (E.F./ E.M.)	1°	B	Manhã	35	7760	Não
24	T., (E.F./ E.M.)	1°	C	Manhã	36	7796	Não
24	T., (E.F./ E.M.)	1°	D	Manhã	37	7833	Sim
24	T., (E.F./ E.M.)	2°	A	Manhã	39	7872	Não
24	T., (E.F./ E.M.)	2°	B	Manhã	39	7911	Não
24	T., (E.F./ E.M.)	2°	C	Manhã	40	7951	Não
24	T., (E.F./ E.M.)	3°	A	Manhã	32	7983	Não
24	T., (E.F./ E.M.)	3°	B	Manhã	33	8016	Não
24	T., (E.F./ E.M.)	2°	A	Noite	38	8054	Sim
24	T., (E.F./ E.M.)	2°	B	Noite	38	8092	Não
24	T., (E.F./ E.M.)	3°	A	Noite	36	8128	Não
24	T., (E.F./ E.M.)	3°	B	Noite	36	8164	Não
25	T. A. N., (E.F./ E.M.)	1°	A	Manhã	30	8194	Não
25	T. A. N., (E.F./ E.M.)	1°	B	Manhã	30	8224	Não
25	T. A. N., (E.F./ E.M.)	1°	C	Manhã	31	8255	Não
25	T. A. N., (E.F./ E.M.)	2°	A	Manhã	28	8283	Sim

Continua

Continuação							
25	T. A. N., (E.F./ E.M.)	2°	B	Manhã	28	8311	Não
25	T. A. N., (E.F./ E.M.)	3°	A	Manhã	32	8343	Não
25	T. A. N., (E.F./ E.M.)	3°	B	Manhã	32	8375	Não
25	T. A. N., (E.F./ E.M.)	1°	A	Noite	36	8411	Não
25	T. A. N., (E.F./ E.M.)	2°	A	Noite	24	8435	Não
25	T. A. N., (E.F./ E.M.)	2°	B	Noite	25	8460	Não
25	T. A. N., (E.F./ E.M.)	3°	A	Noite	39	8499	Não
25	T. A. N., (E.F./ E.M.)	3°	B	Noite	39	8538	Sim
26	T. S., (E.F./ E.M.)	1°	A	Manhã	38	8576	Não
26	T. S., (E.F./ E.M.)	2°	A	Manhã	34	8610	Não
26	T. S., (E.F./ E.M.)	2°	B	Manhã	34	8644	Não
26	T. S., (E.F./ E.M.)	2°	C	Manhã	34	8678	Não
26	T. S., (E.F./ E.M.)	3°	A	Manhã	28	8706	Não
26	T. S., (E.F./ E.M.)	3°	B	Manhã	28	8734	Não
26	T. S., (E.F./ E.M.)	3°	C	Manhã	28	8762	Não
26	T. S., (E.F./ E.M.)	1°	A	Noite	30	8792	Sim
26	T. S., (E.F./ E.M.)	1°	B	Noite	31	8823	Não
27	T. F., (E.F./ E.M.)	1°	A	Manhã	36	8859	Não
27	T. F., (E.F./ E.M.)	1°	B	Manhã	36	8895	Não
27	T. F., (E.F./ E.M.)	1°	C	Manhã	36	8931	Não
27	T. F., (E.F./ E.M.)	2°	A	Manhã	29	8960	Não
27	T. F., (E.F./ E.M.)	2°	B	Manhã	29	8989	Não
27	T. F., (E.F./ E.M.)	3°	A	Manhã	37	9026	Sim
27	T. F., (E.F./ E.M.)	1°	A	Noite	39	9065	Não
27	T. F., (E.F./ E.M.)	1°	B	Noite	40	9105	Não
27	T. F., (E.F./ E.M.)	2°	A	Noite	39	9144	Não
27	T. F., (E.F./ E.M.)	2°	B	Noite	39	9183	Não
27	T. F., (E.F./ E.M.)	3°	A	Noite	37	9220	Não
27	T. F., (E.F./ E.M.)	3°	B	Noite	35	9255	Não
28	U. G., (E.F./ E.M./ P.)	1°	A	Manhã	32	9287	Sim
28	U. G., (E.F./ E.M./ P.)	1°	B	Manhã	33	9320	Não
28	U. G., (E.F./ E.M./ P.)	1°	C	Manhã	33	9353	Não
28	U. G., (E.F./ E.M./ P.)	2°	A	Manhã	30	9383	Não
28	U. G., (E.F./ E.M./ P.)	2°	B	Manhã	30	9413	Não
28	U. G., (E.F./ E.M./ P.)	2°	C	Manhã	30	9443	Não
28	U. G., (E.F./ E.M./ P.)	3°	A	Manhã	39	9482	Não
28	U. G., (E.F./ E.M./ P.)	3°	B	Manhã	39	9521	Sim
28	U. G., (E.F./ E.M./ P.)	1°	A	Noite	26	9547	Não
28	U. G., (E.F./ E.M./ P.)	1°	B	Noite	26	9573	Não
28	U. G., (E.F./ E.M./ P.)	1°	C	Noite	27	9600	Não
28	U. G., (E.F./ E.M./ P.)	2°	A	Noite	37	9637	Não
28	U. G., (E.F./ E.M./ P.)	2°	B	Noite	37	9674	Não
28	U. G., (E.F./ E.M./ P.)	3°	A	Noite	23	9697	Não
28	U. G., (E.F./ E.M./ P.)	3°	B	Noite	23	9720	Não

E.F. - Ensino Fundamenta ; E.M. – Ensino Médio; P. – Profissionalizante

**Anexo 5.** Relação de escolas, salas de aula, turnos e lista aleatória de alunos a serem considerados na amostra para aplicação do questionário. Foz do Iguaçu, 2016.

N	Colégio	Série	Turma	Turno	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29					
1	A.S., (E.F./E.M.)	1º	A	Manhã	3	4	5	6	7	8	10	11	12	17	19	23	25	28	29	31																		
2	A.B., (E.F./E.M.)	1º	A	Manhã	1	2	3	8	9	10	11	13	19	22	24	27	28	29	30	31	32	34	37															
2	A.B., (E.F./E.M.)	3º	B	Manhã	4	6	7	10	17	18	19	20	22	23	24	26	28	29	30	33	34	35	36															
2	A.B., (E.F./E.M.)	2º	B	Noite	3	5	6	7	9	10	17	18	19	20	22	23	24	25	29	31	32	34	38	39	40													
3	A. S. S., (E.F./E.M.)	1º	C	Manhã	1	5	7	12	13	14	18	19	20	21	25	26	27	28	29	30	32																	
3	A. S. S., (E.F./E.M.)	2º	B	Noite	1	3	4	5	6	9	10	11	13	18	19	20	24	27	30	31	32	33	34															
4	B. M., (E.F./E.M.)	2º	A	Manhã	1	4	5	6	8	9	11	17	20	21	23	24	26	27	28	29	33	34																
4	B. M., (E.F./E.M.)	1º	A	Noite	1	2	5	6	7	9	10	16	18	19	20	21	22	23	24	27	29	30	31	37	39													
6	C. D. A., (E.F./E.M.)	1º	B	Noite	3	5	6	7	11	13	15	16	17	18	20	22	24	26	28	30	31																	
8	C. B., (E.F./E.M.)	1º	A	Manhã	2	3	5	6	7	10	11	15	16	17	18	21	23	27	28	32	33																	
8	C. B., (E.F./E.M.)	1º	B	Manhã	2	5	7	9	10	11	13	15	17	18	24	25	26	29	30	31																		
8	C. B., (E.F./E.M.)	3º	B	Manhã	2	4	5	6	7	8	9	10	11	12	16	19	20	23	24	25	28	32	34	38	40	41	43											
9	C. I., (E.F./E.M.)	2º	A	Noite	1	3	5	6	7	10	11	12	14	16	18	19	21	23	26	28	34	35	36	37														
10	C. E. E. P. M. M. P. (E.F./E.M./P.)	3	TEC	Noite	1	2	3	6	8	9	13																											
11	C. S., (E.F./E.M.)	1º	A	Noite	3	4	5	6	10	11	12	13	15	18	20	21	22	25	26	27	30	33	35	37	38													
13	F. W., (E.F./E.M./P.)	1º	D	Noite	1	2	3	5	6	9	10	16	17	18	21	24	25	26	27	28	29	30	32	33	37	39	40	41	43	44	50	52	53					
13	F. W., (E.F./E.M./P.)	3º	A	Manhã	6	7	8	9	10	12	15	16	17	18	19	20	21	24	26	27	28	33	34	36	38	40												
12	G., (E.F./E.M./P.)	3º	A	Manhã	2	3	6	7	8	11	13	14	15	16	17	22	25	27	28	29	30	32	34															
14	I. F., (E.F./E.M./P.)	TE2015		Manhã	4	5	6	8	9	11	17	20	21	23	24	26	27	28	29	33	34																	
15	I. R., (E.F./E.M.)	1º	B	Manhã	4	6	12	13	15	17	18	20	21	24	27	30	31	32	33	34	34	35	37															
16	J. S., (E.F./E.M./P.)	1º	B	Manhã	1	2	3	4	5	6	7	10	12	15	24	27	28	29	30	32	33	34																
16	J. S., (E.F./E.M./P.)	2º	D	Noite	1	3	5	8	11	12	13	14	15	16	19	20	25	26	27	28	29	30	34	35	38													
17	J. K. O., (E.F./E.M.)	2º	A	Manhã	1	2	3	5	7	10	11	12	13	14	15	18	19	20	21	22	25	28	36	38														

(continua)

(continuação)

17	J. K. O. (E.F./ E.M.)	3º	A	Noite	1	4	5	6	8	9	11	17	20	21	23	24	26	27	28	29	33	34		
18	M. C. P., (E.F./ E.M.)	1º	C	Noite	3	4	7	12	13	14	15	17	18	19	20	21	22	24	26	28	29			
19	P. F., (E.F./ E.M.)	1º	A	Manhã	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	15	21	22	23	25	27	29	32	33	37
19	P. F., (E.F./ E.M.)	2º	A	Noite	2	3	4	6	8	11	12	14	16	17	19	20	23	24	27	30	31	32		
20	P. II, (E.F./ E.M.)	2º	A	Manhã	1	5	6	7	8	9	11	12	13	14	15	16	17	20	24	30	31	32	33	
20	P. II, (E.F./ E.M.)	2º	B	Noite	2	5	8	9	10	12	17	18	19	21	22	23	26	27	28	32	34	35		
21	P., (E.F./ E.M.)	1º	C	Manhã	2	3	6	8	9	11	15	17	18	21	23	25	26	28	29					
22	R. B., (E.F./ E.M./ P.)	2º	B	Manhã	5	8	9	10	11	12	13	15	16	18	20	23	24	25	26	28	31	32	33	35
23	S. M., (E.F./ E.M./ P.)	1º	C	Noite	2	3	5	6	7	8	9	14	15	16	17	18	24	25	26	29				
24	T., (E.F./ E.M.)	1º	D	Manhã	1	4	6	8	7	9	10	11	12	13	15	18	19	21	26	32	33	34	35	
24	T., (E.F./ E.M.)	2º	A	Noite	3	4	5	7	10	11	13	14	16	17	18	19	20	21	23	24	25	28	36	38
25	T. A. N., (E.F./ E.M.)	2º	A	Manhã	1	2	3	4	5	8	9	10	11	14	18	21	25	27	28					
25	T. A. N., (E.F./ E.M.)	3º	B	Noite	2	4	9	11	12	14	16	17	24	25	26	30	32	33	34	35	36	37	38	39
26	T. S., (E.F./ E.M.)	1º	A	Noite	1	2	4	6	8	9	10	12	13	15	16	17	20	27	28					
27	T. F., (E.F./ E.M.)	3º	A	Manhã	1	2	3	4	5	8	10	16	17	18	20	22	24	27	29	30	31	32	33	
28	U. G., (E.F./ E.M./ P.)	1º	A	Manhã	4	5	6	7	8	9	15	16	20	21	22	23	25	27	28	30	32			
28	U. G., (E.F./ E.M./ P.)	3º	B	Manhã	2	4	5	9	10	11	14	17	18	21	21	25	26	28	33	34	35	36	37	38

E.F. - Ensino Fundamental ; E.M. – Ensino Médio; P. – Profissionalizante

**Anexo 6.** Relação de escolas, salas de aula, turnos e lista aleatória de alunos a serem considerados na reposição da amostra. Foz do Iguaçu, 2016.

N	Colégio	Série	Turma	Turno	1	2	3	4	5	6	7
1	A. S., (E.F./E.M)	1°	A	Manhã	1	2	18	30			
2	A. B., (E.F./E.M)	1°	A	Manhã	4	12	23	25	33		
2	A. B., (E.F./E.M)	3°	B	Manhã	3	5	8	9	27		
2	A. B., (E.F./E.M)	2°	B	Noite	2	8	12	15	37		
3	A.S. S., (E.F./E.M)	1°	C	Manhã	3	6	17	31			
3	A S. S., (E.F./E.M)	2°	B	Noite	2	7	12	25	31		
4	B. M., (E.F./E.M)	2°	A	Manhã	3	7	13	25	30		
4	B. M., (E.F./E.M)	1°	A	Noite	3	8	17	26	32		
6	C. D. A., (E.F./E.M)	1°	B	Noite	2	12	14	27			
8	C. B., (E.F./E.M)	1°	A	Manhã	1	9	26	30			
8	C. B., (E.F./E.M)	1°	B	Manhã	4	8	19	20			
8	C. B., (E.F./E.M)	3°	B	Manhã	1	17	22	27	33	39	
9	C. I., (E.F./E.M)	2°	A	Noite	4	15	22	25	30		
10	C. E. E. P. M. M. P. (E.F./ E.M./ P.)	3	TEC	Noite	7	14					
11	C. S., (E.F./E.M)	1°	A	Noite	2	7	19	23	3		
13	F. W., (E.F./ E.M./ P.)	1°	D	Noite	4	8	13	14	22	31	47
13	F. W., (E.F./ E.M./ P.)	3°	A	Manhã	2	3	5	22	25	39	
12	G., (E.F./ E.M./ P.)	3°	A	Manhã	3	4	12	31	36		
14	I. F. (E.F./ E.M./ P.)	TE2015		Manhã	3	7	13	25	30		
15	I. R., (E.F./E.M)	1°	B	Manhã	2	19	28	29	36		
16	J. S., (E.F./ E.M./ P.)	1°	B	Manhã	9	17	19	21	26		
16	J. S., (E.F./ E.M./ P.)	2°	D	Noite	4	18	22	23	33		
17	J. K. O., (E.F./E.M)	2°	A	Manhã	4	17	23	27	33		
17	J. K. O., (E.F./E.M)	3°	A	Noite	3	7	13	25	30		
18	M. C. P., (E.F./ E.M./ P.)	1°	C	Noite	2	16	23	27			

(continua)

(continuação)

19	P. F., (E.F./E.M)	1º	A	Manhã	13	24	30	31	35
19	P. F., (E.F./E.M)	2º	A	Noite	1	13	28	26	38
20	P. II, (E.F./E.M)	2º	A	Manhã	4	19	21	26	28
20	P. II, (E.F./E.M)	2º	B	Noite	3	11	20	25	33
21	P., (E.F./E.M)	1º	C	Manhã	1	10	20	27	
22	R. B., (E.F./ E.M./ P.)	2º	B	Manhã	2	4	7	14	21
23	S. M., (E.F./ E.M./ P.)	1º	C	Noite	1	11	12	20	
24	T., (E.F./E.M)	1º	D	Manhã	3	5	17	20	36
24	T., (E.F./E.M)	2º	A	Noite	2	8	22	30	33
25	T. A. N., (E.F./E.M)	2º	A	Manhã	7	13	16	24	
25	T. A. N., (E.F./E.M)	3º	B	Noite	3	13	15	27	31
26	T. S., (E.F./E.M)	1º	A	Noite	3	5	23	26	
27	T. F., (E.F./E.M)	3º	A	Manhã	6	21	23	34	35
28	U. G., (E.F./ E.M./ P.)	1º	A	Manhã	1	3	15	21	
28	U. G., (E.F./ E.M./ P.)	3º	B	Manhã	1	3	15	21	24

E.F. - Ensino Fundamenta ; E.M. – Ensino Médio; P. – Profissionalizante

---

## **Anexo 7. Questionário da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), versão 2015.**

### **QUESTIONÁRIO PENSE 2015 – DO ALUNO**

B00001

DATA DA PESQUISA (variável preenchida pelo técnico do IBGE)

B00002

MUNICIPIO (variável selecionada pelo técnico do IBGE)

B00003

BAIRRO (variável selecionada pelo técnico do IBGE)

B00004

NOME DA ESCOLA (variável escolhida pelo técnico do IBGE)

B00005

ID DA ESCOLA (Ao escolher a escola onde será realizada a pesquisa, automaticamente o ID da escola será preenchido.)

B00006

IDENTIFICACAO DA TURMA (variável selecionada pelo técnico do IBGE)

B00007

O aluno precisa ser auxiliado para a marcação dos quesitos?

Sim  Não

### **B0. INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA**

Este questionário que você irá responder faz parte de uma pesquisa feita pelo IBGE em parceria com o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC), que está sendo realizada em todo o país, com o objetivo de conhecer alguns aspectos importantes da saúde dos(as) adolescentes brasileiros(as).

Você não será identificado(a), suas respostas serão sigilosas. Apenas o resultado geral da pesquisa será divulgado. Não existem respostas certas ou erradas. Responda com atenção, pois suas respostas são muito importantes para o conhecimento de aspectos da saúde dos jovens brasileiros.

01. Prezado(a) estudante, você concorda e participar dessa pesquisa?

Sim  Não

### **B1. INFORMAÇÕES GERAIS**



As proximas perguntas referem-se a voce e a sua casa.

B01001

01. Qual e o seu sexo?

- Masculino  Feminino

B01002

02. Qual e a sua cor ou raca?

- Branca  
 Preta  
 Amarela  
 Parda  
 Indigena

B01003

03. Qual e a sua idade?

- 11 anos ou menos  
 12 anos  
 13 anos  
 14 anos  
 15 anos  
 16 anos  
 17 anos  
 18 anos  
 19 anos ou mais

B01004

04. Qual e o mes do seu aniversario?

- Janeiro  
 Fevereiro  
 Marco  
 Abril  
 Maio  
 Junho  
 Julho  
 Agosto  
 Setembro  
 Outubro  
 Novembro  
 Dezembro

B01005

05. Em que ano voce nasceu?

- Antes de 1994  
 1994  
 1995  
 1996  
 1997  
 1998  
 1999  
 2000  
 2001 ou mais

B01006

06. Voce mora com sua mae?

- Sim  Nao

B01007

07. Voce mora com seu pai?

- Sim  Nao

B01008

08. Qual o nivel (grau) de ensino que sua mae estudou ou estuda?

- Minha mae nao estudou.  
 Minha mae comecou o ensino fundamental (ou 1o grau), mas nao terminou.  
 Minha mae terminou o ensino fundamental (ou 1o grau).  
 Minha mae comecou o ensino medio (ou 2o grau), mas nao terminou.  
 Minha mae terminou o ensino medio (ou 2o grau).  
 Minha mae comecou a faculdade (ensino superior), mas nao terminou.  
 Minha mae terminou a faculdade (ensino superior, inclusive pos graduacao, mestrado e doutorado em curso ou terminado)  
 Nao sei

B01009

09. Qual o nivel (grau) de ensino que seu pai estudou ou estuda?

- Meu pai nao estudou  
 Meu pai comecou o ensino fundamental (ou 1o grau), mas nao terminou  
 Meu pai terminou o ensino fundamental (ou 1o grau)  
 Meu pai comecou o ensino medio (ou 2o grau), mas nao terminou  
 Meu pai terminou o ensino medio (ou 2o grau)  
 Meu pai comecou a faculdade (ensino superior), mas nao terminou  
 Meu pai terminou a faculdade (ensino superior, inclusive pos graduacao, mestrado e doutorado em curso ou terminado)  
 Nao sei

B01010

10. Contando com voce, quantas pessoas moram na sua casa ou apartamento? \_\_\_\_\_

B01011

11. Voce tem algum trabalho, emprego ou negocio atualmente?

- Sim  Nao

B01012

12. Voce recebe dinheiro por este trabalho, emprego ou negocio?

- Sim  Nao

B01013

13. Na sua casa tem telefone fixo (convencional)?

- Sim  Nao

B01014

14. Voce tem celular?

- Sim  Nao

B01015

15. Na sua casa tem computador (de mesa, ou netbook, laptop, etc)? – Excluir tablet, smartphone e palm top.

- Sim  Nao

B01016

16. Voce tem acesso a internet em sua casa?

Sim  Nao

B01017

17. Alguem que mora na sua casa tem carro?

Sim  Nao

B01018

18. Alguem que mora na sua casa tem moto?

Sim  Nao

B01019

19. Quantos banheiros com chuveiro tem dentro da sua casa?

Nao tem banheiro com chuveiro dentro da minha casa

1 banheiro

2 banheiros

3 banheiros

4 banheiros ou mais

B01020

20. Tem empregado(a) domestico(a) recebendo dinheiro para fazer o trabalho em sua casa, cinco ou mais dias por semana?

Sim  Não

## **B2. ALIMENTAÇÃO**

As proximas perguntas referem-se a sua alimentacao. Leve em conta tudo o que voce comeu em casa, na escola, na rua, em lanchonetes, em restaurantes ou em qualquer outro lugar.

B02001

01. NOS ULTIMOS 7 DIAS, em quantos dias voce comeu feijao?

Nao comi feijao nos ultimos sete dias

1 dia nos ultimos sete dias

2 dias nos ultimos sete dias

3 dias nos ultimos sete dias

4 dias nos ultimos sete dias

5 dias nos ultimos sete dias

6 dias nos ultimos sete dias

Todos os dias nos ultimos sete dias

B02002

02. NOS ULTIMOS 7 DIAS, em quantos dias voce comeu salgados fritos? Exemplo: batata frita (sem contar a batata de pacote) ou salgados fritos como coxinha de galinha, quibe frito, pastel frito, acaraje, etc.

Nao comi salgados fritos nos ultimos sete dias

1 dia nos ultimos sete dias

2 dias nos ultimos sete dias

3 dias nos ultimos sete dias

4 dias nos ultimos sete dias

5 dias nos ultimos sete dias

6 dias nos ultimos sete dias

Todos os dias nos ultimos sete dias

B02003

03. NOS ULTIMOS 7 DIAS, em quantos dias voce comeu hamburguer, salsicha, mortadela, salame, presunto, nuggets ou linguica?

- Nao comi nenhum desses alimentos nos ultimos sete dias
- 1 dia nos ultimos sete dias
- 2 dias nos ultimos sete dias
- 3 dias nos ultimos sete dias
- 4 dias nos ultimos sete dias
- 5 dias nos ultimos sete dias
- 6 dias nos ultimos sete dias
- Todos os dias nos ultimos sete dias

B02004

04. A NOS ULTIMOS 7 DIAS, em quantos dias voce comeu pelo menos um tipo de legume ou verdura crus ou cozidos?

Exemplo: couve, tomate, alface, abobora, chuchu, brocolis, espinafre, etc. Nao inclui batata e aipim (mandioca/macaxeira).

- Nao comi legumes ou verduras nos ultimos sete dias
- 1 dia nos ultimos sete dias
- 2 dias nos ultimos sete dias
- 3 dias nos ultimos sete dias
- 4 dias nos ultimos sete dias
- 5 dias nos ultimos sete dias
- 6 dias nos ultimos sete dias
- Todos os dias nos ultimos sete dias

B02005

05. NOS ULTIMOS 7 DIAS, em quantos dias voce comeu salada crua? Exemplo: alface, tomate, cenoura, pepino, cebola, etc.

- Nao comi salada crua nos ultimos sete dias
- 1 dia nos ultimos sete dias
- 2 dias nos ultimos sete dias
- 3 dias nos ultimos sete dias
- 4 dias nos ultimos sete dias
- 5 dias nos ultimos sete dias
- 6 dias nos ultimos sete dias
- Todos os dias nos ultimos sete dias

B02006

06. NOS ULTIMOS 7 DIAS, em quantos dias voce comeu legumes ou verduras cozidos na comida, inclusive sopa? Exemplo: couve, abobora, chuchu, brocolis, espinafre, cenoura, etc. Nao inclua batata e aipim (mandioca/macaxeira).

- Nao comi legumes ou verduras cozidos nos ultimos sete dias
- 1 dia nos ultimos sete dias
- 2 dias nos ultimos sete dias
- 3 dias nos ultimos sete dias
- 4 dias nos ultimos sete dias
- 5 dias nos ultimos sete dias
- 6 dias nos ultimos sete dias
- Todos os dias nos ultimos sete dias

B02007

07. NOS ULTIMOS 7 DIAS, em quantos dias voce comeu biscoitos salgados ou bolachas salgadas?

- Nao comi biscoitos salgados ou bolachas salgadas nos ultimos sete dias
- 1 dia nos ultimos sete dias
- 2 dias nos ultimos sete dias
- 3 dias nos ultimos sete dias
- 4 dias nos ultimos sete dias
- 5 dias nos ultimos sete dias
- 6 dias nos ultimos sete dias
- Todos os dias nos ultimos sete dias

B02008

08. NOS ULTIMOS 7 DIAS, em quantos dias voce comeu biscoitos doces ou bolachas doces?

- Nao comi biscoitos doces ou bolachas doces nos ultimos sete dias
- 1 dia nos ultimos sete dias
- 2 dias nos ultimos sete dias
- 3 dias nos ultimos sete dias
- 4 dias nos ultimos sete dias
- 5 dias nos ultimos sete dias
- 6 dias nos ultimos sete dias
- Todos os dias nos ultimos sete dias

B02009

09. NOS ULTIMOS 7 DIAS, em quantos dias voce comeu salgadinho de pacote ou batata frita de pacote?

- Nao comi salgadinho de pacote ou batata frita de pacote nos ultimos sete dias
- 1 dia nos ultimos sete dias
- 2 dias nos ultimos sete dias
- 3 dias nos ultimos sete dias
- 4 dias nos ultimos sete dias
- 5 dias nos ultimos sete dias
- 6 dias nos ultimos sete dias
- Todos os dias nos ultimos sete dias

B02010

10. NOS ULTIMOS 7 DIAS, em quantos dias voce comeu guloseimas (doces, balas, chocolates, chicletes, bombons ou pirulitos)?

- Nao comi guloseimas nos ultimos 7 dias
- 1 dia nos ultimos sete dias
- 2 dias nos ultimos sete dias
- 3 dias nos ultimos sete dias
- 4 dias nos ultimos sete dias
- 5 dias nos ultimos sete dias
- 6 dias nos ultimos sete dias
- Todos os dias nos ultimos sete dias

B02011

11. NOS ULTIMOS 7 DIAS, em quantos dias voce comeu frutas frescas ou salada de frutas?

- Nao comi frutas frescas ou salada de frutas nos ultimos sete dias
- 1 dia nos ultimos sete dias
- 2 dias nos ultimos sete dias

- 3 dias nos ultimos sete dias
- 4 dias nos ultimos sete dias
- 5 dias nos ultimos sete dias
- 6 dias nos ultimos sete dias
- Todos os dias nos ultimos sete dias

**B02012**

12. NOS ULTIMOS 7 DIAS, em quantos dias voce tomou leite? (Excluir “leite” de soja e considerar, por exemplo, leite com cafe ou chocolate, vitamina, mingau)

- Nao tomei leite nos ultimos sete dias
- 1 dia nos ultimos sete dias

- 2 dias nos ultimos sete dias
- 3 dias nos ultimos sete dias
- 4 dias nos ultimos sete dias
- 5 dias nos ultimos sete dias
- 6 dias nos ultimos sete dias
- Todos os dias nos ultimos sete dias

**B02013**

13. NOS ULTIMOS 7 DIAS, em quantos dias voce tomou refrigerante?

- Nao tomei refrigerante nos ultimos sete dias
- 1 dia nos ultimos sete dias
- 2 dias nos ultimos sete dias
- 3 dias nos ultimos sete dias
- 4 dias nos ultimos sete dias
- 5 dias nos ultimos sete dias
- 6 dias nos ultimos sete dias
- Todos os dias nos ultimos sete dias

**B02014**

14. Ontem, em quais refeicoes voce comeu salada crua? Exemplos : alface, tomate, cenoura, pepino, cebola, etc.

- Nao comi salada crua ontem
- No almoco de ontem
- No jantar de ontem
- No almoco e no jantar de ontem

**B02015**

15. Ontem, em quais refeicoes voce comeu legumes ou verduras cozidos, sem contar batata e aipim (mandioca/macaxeira)?

- Nao comi legumes nem verduras cozidos ontem
- No almoco de ontem
- No jantar de ontem
- No almoco e no jantar de ontem

**B02016**

16. Ontem, quantas vezes voce comeu frutas frescas?

- Nao comi frutas frescas ontem
- Uma vez ontem
- Duas vezes ontem
- Tres vezes ou mais ontem

**B02017**

17. Voce costuma almoçar ou jantar - com sua mãe, pai ou responsável?

- Não
- Sim, todos os dias
- Sim, 5 a 6 dias por semana
- Sim, 3 a 4 dias por semana
- Sim, 1 a 2 dias por semana
- Sim, mas apenas raramente

B02018

18. Voce costuma comer quando esta assistindo a TV ou estudando?

- Não
- Sim, todos os dias
- Sim, 5 a 6 dias por semana
- Sim, 3 a 4 dias por semana
- Sim, 1 a 2 dias por semana
- Sim, mas apenas raramente

B02019

19. Voce costuma tomar o café da manhã?

- Não
- Sim, todos os dias
- Sim, 5 a 6 dias por semana
- Sim, 3 a 4 dias por semana
- Sim, 1 a 2 dias por semana
- Sim, mas apenas raramente

B02020

20. Voce costuma comer a comida (merenda/almoço) oferecida pela escola?

- A minha escola não oferece comida
- Não, não costumo comer a comida oferecida pela escola
- Sim, todos os dias
- Sim, 3 a 4 dias por semana
- Sim, 1 a 2 dias por semana
- Sim, mas apenas raramente

### **B3. ATIVIDADE FÍSICA**

As próximas questões falam sobre atividade física, que pode ser feita ao praticar esportes, brincar com os amigos ou caminhar até a escola. Alguns exemplos de atividade física são: correr, andar de bicicleta, dançar, jogar futebol, voleibol, basquete, handebol, nadar, andar de skate, etc.

B03001

01. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você foi ou voltou a pé ou de bicicleta para a escola? (Não considerar garupa ou bicicleta elétrica)

- Nenhum dia nos últimos sete dias (0 dia)
- 1 dia nos últimos sete dias
- 2 dias nos últimos sete dias
- 3 dias nos últimos sete dias
- 4 dias nos últimos sete dias
- 5 dias nos últimos sete dias
- 6 dias nos últimos sete dias
- 7 dias nos últimos sete dias

B03002

02. Quando voce vai ou volta da escola a PE ou de bicicleta, quanto tempo voce gasta? (Se voce vai e volta, some o tempo que gasta).

- Nao vou ou volto da escola a pe ou de bicicleta
- Menos de 10 minutos por dia
- 10 a 19 minutos por dia
- 20 a 29 minutos por dia
- 30 a 39 minutos por dia
- 40 a 49 minutos por dia
- 50 a 59 minutos por dia
- 60 ou mais minutos por dia

B03003

03. NOS ULTIMOS 7 DIAS, quantos dias voce teve aulas de educacao fisica na escola?

- Nenhum dia nos ultimos 7 dias
- 1 dia nos ultimos 7 dias
- 2 dias nos ultimos 7 dias
- 3 dias nos ultimos 7 dias
- 4 dias nos ultimos 7 dias
- 5 a 7 dias nos ultimos 7 dias

B03004

04. Ao longo deste ano escolar, quantos dias por semana voce participou das aulas de educacao fisica?

- Nenhum dia (0 dia)
- 1 dia
- 2 dias
- 3 dias
- 4 dias
- 5 ou mais dias

B03005

05. NOS ULTIMOS 7 DIAS, quanto tempo por dia voce fez atividade fisica ou esporte durante as aulas de educacao fisica na escola?

- Nao fiz aula de educacao fisica na escola
- Menos de 10 minutos por dia
- 10 a 19 minutos por dia
- 20 a 29 minutos por dia
- 30 a 39 minutos por dia
- 40 a 49 minutos por dia
- 50 a 59 minutos por dia
- De 1 hora a 1 hora e 19 minutos por dia
- 1 hora e 20 minutos ou mais por dia

B03006

06. NOS ULTIMOS 7 DIAS, sem contar as aulas de educacao fisica da escola, em quantos dias voce praticou alguma atividade fisica como esportes, danca, ginastica, musculacao, lutas ou outra atividade?

- Nenhum dia nos ultimos sete dias (0 dia)
- 1 dia nos ultimos sete dias
- 2 dias nos ultimos sete dias
- 3 dias nos ultimos sete dias
- 4 dias nos ultimos sete dias
- 5 dias nos ultimos sete dias
- 6 dias nos ultimos sete dias
- 7 dias nos ultimos sete dias



B03007

07. Normalmente, quanto tempo por dia duram essas atividades (como esportes, dança, ginastica, musculacao, lutas ou outra atividade) que voce faz? (SEM CONTAR as aulas de educacao fisica)

- Menos de 10 minutos por dia
- 10 a 19 minutos por dia
- 20 a 29 minutos por dia
- 30 a 39 minutos por dia
- 40 a 49 minutos por dia
- 50 a 59 minutos por dia
- 1 hora ou mais minutos por dia

B03008

08. Se voce tivesse oportunidade de fazer atividade fisica na maioria dos dias da semana, qual seria a sua atitude?

- Nao faria mesmo assim
- Faria atividade fisica em alguns dias da semana
- Faria atividade fisica na maioria dos dias da semana
- Ja faco atividade fisica em alguns dias da semana
- Ja faco atividade fisica na maioria dos dias da semana

B03009

09. Em um dia de semana comum, quantas horas por dia voce assiste a TV? (nao contar sabado, domingo e feriado)

- Nao assisto a TV
- Menos de 1 hora por dia
- Cerca de 1 hora por dia
- Cerca de 2 horas por dia
- Cerca de 3 horas por dia
- Cerca de 4 horas por dia
- Cerca de 5 horas por dia
- Cerca de 6 horas por dia
- Cerca de 7 ou mais horas por dia

B03010

10. EM UM DIA de semana comum, quanto tempo voce fica sentado (a), assistindo televisao, usando computador, jogando videogame, conversando com amigos (as) ou fazendo outras atividades sentado (a)? (nao contar sabado, domingo, feriados e o tempo sentado na escola)

- Menos de 1 hora por dia
- 1 a 2 horas por dia
- 3 a 4 horas por dia
- 5 a 6 horas por dia
- 7 a 8 horas por dia
- Mais de 8 horas por dia

B03011

11. NOS ULTIMOS 7 DIAS, em quantos dias voce fez atividade fisica por pelo menos 60 minutos (uma hora) por dia? (SOME TODO O TEMPO QUE VOCE GASTOU EM QUALQUER TIPO DE ATIVIDADE FISICA)

#### **B4. USO DE CIGARRO**

As proximas perguntas sao sobre o habito de fumar cigarros e outros produtos do tabaco

B04001

01. Alguma vez na vida, voce ja fumou cigarro, mesmo uma ou duas tragadas?

- Sim  Nao

B04002

02. Que idade voce tinha quando experimentou fumar cigarro pela primeira vez?

- Nunca experimentei cigarro  
 7 anos de idade ou menos  
 8 ou 9 anos  
 10 anos  
 11 anos  
 12 anos  
 13 anos  
 14 anos  
 15 anos  
 16 anos  
 17 anos ou mais

B04003

03. NOS ULTIMOS 30 DIAS, em quantos dias voce fumou cigarros?

- Nunca fumei  
 Nenhum dia nos ultimos 30 dias (0 dia)  
 1 ou 2 dias nos ultimos 30 dias  
 3 a 5 dias nos ultimos 30 dias  
 6 a 9 dias nos ultimos 30 dias  
 10 a 19 dias nos ultimos 30 dias  
 20 a 29 dias nos ultimos 30 dias  
 Todos os dias nos ultimos 30 dias

B04004

04. NOS ULTIMOS 12 MESES, voce tentou parar de fumar?

- Nunca fumei  
 Nao fumei nos ultimos 12 meses  
 Sim  
 Nao

B04005

05. NOS ULTIMOS 7 DIAS, em quantos dias tiveram pessoas que fumaram na sua presenca?

- Nenhum dia (0 dia)  
 1 ou 2 dias  
 3 ou 4 dias  
 5 ou 6 dias  
 Todos os 7 dias

B04006

06. Qual de seus pais ou responsaveis fuma?

- Nenhum deles  
 So meu pai ou responsavel do sexo masculino  
 So minha mae ou responsavel do sexo feminino  
 Meu pai e minha mae ou responsaveis  
 Nao sei

B04007

07. Qual seria a reacao da sua familia se ela soubesse que voce fuma cigarros?

- Iria se importar muito
- Iria se importar um pouco
- Nao iria se importar
- Nao sei se ela iria se importar

B04008

08. NOS ULTIMOS 30 DIAS quantos dias voce usou outros produtos de tabaco: cigarros de palha ou enrolados a mao, charuto, cachimbo, cigarrilha, cigarro indiano ou bali, narguile, rape, fumo de mascar, etc? (nao incluir cigarro comum)

- Nenhum dia (0 dia)
- 1 ou 2 dias
- 3 a 5 dias
- 6 a 9 dias
- 10 a 19 dias
- 20 a 29 dias
- Todos os 30 dias

## **B5. ÁLCOOL**

As proximas perguntas abordam o consumo de bebidas alcoolicas como, por exemplo: cerveja, chopp, vinho, cachaca/pinga, vodca, vodca-ice, uisque, etc. A ingestao de bebidas alcoolicas nao inclui tomar alguns goles de vinho para fins religiosos.

B05001

01. Alguma vez na vida, voce já experimentou bebida alcoolica?

- Sim  Não

B05002

02. Alguma vez na vida voce tomou uma dose de bebida alcoolica? (uma dose equivale a uma lata de cerveja ou uma taca de vinho ou uma dose de cachaca ou uisque, etc)

- Sim  Nao

B05003

03. Que idade voce tinha quando tomou a primeira dose de bebida alcoolica? (uma dose equivale a uma lata de cerveja ou uma taca de vinho ou uma dose de cachaca ou uisque,etc)

- Nunca tomei bebida alcoolica
- 7 anos ou menos anos
- 8 ou 9 anos
- 10 ou 11 anos
- 12 ou 13 anos
- 14 ou 15 anos
- 16 ou mais anos

B05004

04. NOS ULTIMOS 30 DIAS, em quantos dias voce tomou pelo menos um copo ou uma dose de bebida alcoolica? (uma dose equivale a uma lata de cerveja ou uma taca de vinho ou uma dose de cachaca ou uisque, etc)

- Nenhum dia nos ultimos 30 dias (0 dias)
- 1 ou 2 dias nos ultimos 30 dias
- 3 a 5 dias nos ultimos 30 dias
- 6 a 9 dias nos ultimos 30 dias
- 10 a 19 dias nos ultimos 30 dias
- 20 a 29 dias nos ultimos 30 dias

- Todos os dias nos ultimos 30 dias

B05005

05. NOS ULTIMOS 30 DIAS, nos dias em que voce tomou alguma bebida alcoolica, quantos copos ou doses voce tomou por dia?

- Nao tomei nenhuma bebida alcoolica nos ultimos 30 dias
- Menos de um copo ou dose nos ultimos 30 dias
- 1 copo ou 1 dose nos ultimos 30 dias
- 2 copos ou 2 doses nos ultimos 30 dias
- 3 copos ou 3 doses nos ultimos 30 dias
- 4 copos ou 4 doses nos ultimos 30 dias
- 5 copos ou mais ou 5 doses ou mais nos ultimos 30 dias

B05006

06. NOS ULTIMOS 30 DIAS, na maioria das vezes, como voce conseguiu a bebida que tomou?

- Nao tomei nenhuma bebida alcoolica nos ultimos 30 dias (0 dia)
- Comprei no mercado, loja, bar ou supermercado
- Comprei de um vendedor de rua
- Dei dinheiro a alguem que comprou para mim
- Consegui com meus amigos
- Consegui em casa
- Consegui em uma festa
- Consegui de outro modo

B05007

07. Na sua vida, quantas vezes voce bebeu tanto que ficou realmente bebado(a)?

- Nenhuma vez na vida
- 1 ou 2 vezes na vida
- 3 a 5 vezes na vida
- 6 a 9 vezes na vida
- 10 ou mais vezes na vida

B05008

08. Qual seria a reacao de sua familia, se você chegasse em casa bebado(a)?

- Iria se importar muito
- Iria se importar um pouco
- Nao iria se importar
- Nao sei se ela iria se importar

B05009

09. Na sua vida, quantas vezes voce teve problemas com sua familia ou amigos, perdeu aulas ou brigou porque tinha bebido?

- Nenhuma vez na vida
- 1 ou 2 vezes na vida
- 3 a 5 vezes na vida
- 6 a 9 vezes na vida
- 10 ou mais vezes na vida

## **B6. DROGAS ILÍCITAS**

As proximas questoes referem-se a drogas ilicitas.

B06001

01. Alguma vez na vida, voce usou alguma droga, tais como: maconha, cocaina, crack, cola, lolo, lanca perfume, ecstasy, oxy, etc?

- Sim  Nao

B06002

02. Que idade voce tinha quando usou droga tais como maconha, cocaina, crack, cola, lolo, lanca perfume, ecstasy, oxy ou outra pela primeira vez?

- Nunca usei drogas  
 7 anos ou menos  
 8 anos  
 9 anos  
 10 anos  
 11 anos  
 12 anos  
 13 anos  
 14 anos  
 15 anos  
 16 anos  
 17 anos ou mais

B06003

03. Nos ultimos 30 dias, quantas vezes você usou droga tais como maconha, cocaina, crack, cola, lolo, lanca perfume, ecstasy, oxy, etc?

- Nunca usei drogas  
 Nenhum dia nos ultimos 30 dias (0 dia)  
 1 ou 2 dias nos ultimos 30 dias  
 3 a 5 dias nos ultimos 30 dias  
 6 a 9 dias nos ultimos 30 dias  
 10 ou mais dias nos ultimos 30 dias

B06004

04. Nos ultimos 30 dias, quantas vezes você usou maconha?

- Nenhuma vez (0 vez)  
 1 ou 2 vezes  
 3 a 9 vezes  
 10 ou mais vezes

B06005

05. Nos ultimos 30 dias, quantas vezes você usou crack?

- Nenhuma vez (0 vez)  
 1 ou 2 vezes  
 3 a 9 vezes  
 10 ou mais vezes

## **B7. SITUAÇÕES EM CASA E NA ESCOLA**

As proximas questoes tratam do grau de conhecimento que seus pais ou responsáveis tem em relacao a algumas situações vivenciadas por voce na escola. Tambem tratam de sua relacao com seus colegas no ambiente escolar.

B07001

01. NOS ULTIMOS 30 DIAS, em quantos dias voce faltou as aulas ou a escola sem permissao dos seus pais ou responsaveis?

- Nenhum dia (0 dia)

- 1 ou 2 dias
- 3 a 5 dias
- 6 a 9 dias
- 10 ou mais dias

B07002

02. NOS ULTIMOS 30 DIAS, com que frequencia seus pais ou responsaveis sabiam realmente o que voce estava fazendo em seu tempo livre?

- Nunca
- Raramente
- As vezes
- Na maior parte do tempo
- Sempre

B07003

03. NOS ULTIMOS 30 DIAS, com que frequencia os seus pais ou responsáveis verificaram se os seus deveres de casa (lição de casa) foram feitos?

- Nunca
- Raramente
- As vezes
- Na maior parte do tempo
- Sempre

B07004

04. NOS ULTIMOS 30 DIAS, com que frequencia seus pais ou responsáveis entenderam seus problemas e preocupacoes?

- Nunca
- Raramente
- As vezes
- Na maior parte do tempo
- Sempre

B07005

05. NOS ULTIMOS 30 DIAS, com que frequencia seus pais ou responsáveis mexeram em suas coisas sem a sua concordancia?

- Nunca
- Raramente
- As vezes
- Na maior parte do tempo
- Sempre

B07006

06. NOS ULTIMOS 30 DIAS, com que frequencia os colegas de sua escola trataram voce bem e/ou foram prestativos contigo?

- Nenhuma vez nos ultimos 30 dias (0 vez)
- Raramente nos ultimos 30 dias
- As vezes nos ultimos 30 dias
- Na maior parte das vezes nos ultimos 30 dias
- Sempre nos ultimos 30 dias

B07007

07. NOS ULTIMOS 30 DIAS, com que frequencia algum dos seus colegas de escola te esculacharam, zoaram, mangaram, intimidaram ou cacoaram tanto que você ficou magoado, incomodado, aborrecido, ofendido ou humilhado?

- Nenhuma vez nos ultimos 30 dias (0 vez)
- Raramente nos 30 trinta dias
- As vezes nos ultimos 30 dias
- Na maior parte das vezes nos ultimos 30 dias
- Sempre nos ultimos 30 dias

B07008

08. NOS ULTIMOS 30 dias, qual o motivo/causa de seus colegas terem te esculachado, zombado, zoadado, cacoado, mangado, intimidado ou humilhado?

- A minha cor ou raca
- A minha religiao
- A aparencia do meu rosto
- A aparencia do meu corpo
- A minha orientacao sexual
- A minha regio de origem
- Outros motivos/causas

B07009

09. NOS ULTIMOS 30 DIAS, você esculachou, zombou, mangou, intimidou ou caçou algum de seus colegas da escola tanto que ele ficou magoado, aborrecido, ofendido ou humilhado?

- Sim

## **B8. SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA**

Nas proximas questoes voce respondera sobre sua saude sexual e saude reprodutiva.

B08001

01. Voce ja teve relacao sexual (transou) alguma vez?

- Sim  Nao

B08002

02. Que idade voce tinha quando teve relação sexual (transou) pela primeira vez?

- Nunca tive relacao sexual
- 9 anos ou menos
- 10 anos
- 11 anos
- 12 anos
- 13 anos
- 14 anos
- 15 anos
- 16 anos ou mais

B08003

03. Na sua vida, voce ja teve relacao sexual (transou) com quantas pessoas?

- Nunca tive relacao sexual
- 1 pessoa
- 2 pessoas
- 3 pessoas
- 4 pessoas
- 5 pessoas
- 6 ou mais pessoas

B08004

04. NOS ULTIMOS 12 MESES, voce teve relacoes sexuais (transou)?

Sim  Nao

B08005

05. Na ultima vez que voce teve relação sexual (transou), voce ou seu (sua) parceiro (a) usou algum metodo para evitar a gravidez e/ou Doencas Sexualmente Transmissiveis (DST)

- Nunca tive relacao sexual
- Sim
- Nao
- Nao sei

B08006

06. Na ultima vez que voce teve relação sexual (transou), voce ou seu (sua) parceiro(a) usou camisinha (preservativo)?

- Nunca tive relacao sexual
- Sim
- Nao
- Nao sei

B08007

07. Na ultima vez que voce teve relação sexual (transou), voce ou seu (sua) parceiro (a) usou algum outro metodo para evitar a gravidez (Nao contar camisinha)?

- Nunca tive relacao sexual
- Sim
- Nao
- Nao sei

B08008

08. Na escola, voce ja recebeu orientação sobre prevencao de gravidez?

- Sim  Nao  Nao sei

B08009

09. Na escola, voce ja recebeu orientação sobre Aids ou outras Doencas Sexualmente Transmissiveis(DST)?

B08010

10. Na escola, voce ja recebeu orientação sobre como conseguir camisinha (preservativo) gratuitamente?

## **B9. SEGURANÇA**

Nas proximas questoes, voce ira responder sobre aspectos de sua seguranca relacionados ao ambiente em que voce vive (comunidade, escola, familia), seguranca no transito e violencia.

B09001

01. NOS ULTIMOS 30 DIAS, em quantos dias voce deixou de ir a escola porque nao se sentia seguro no caminho de casa para a escola ou da escola para casa?

- Nenhum dia nos ultimos 30 dias
- 1 dia nos ultimos 30 dias
- 2 dias nos ultimos 30 dias
- 3 dias nos ultimos 30 dias
- 4 dias nos ultimos 30 dias
- 5 dias ou mais nos ultimos 30 dias

B09002



02. NOS ULTIMOS 30 DIAS, em quantos dias voce nao foi a escola porque nao se sentia seguro na escola?

- Nenhum dia nos ultimos 30 dias (0 dia)
- 1 dia nos ultimos 30 dias
- 2 dias nos ultimos 30 dias
- 3 dias nos ultimos 30 dias
- 4 dias nos ultimos 30 dias
- 5 dias ou mais nos ultimos 30 dias

B09003

03. NOS ULTIMOS 30 DIAS, quantas vezes voce foi agredido fisicamente por um adulto da sua familia?

- Nenhuma vez nos ultimos 30 dias
- 1 vez nos ultimos 30 dias
- 2 ou 3 vezes nos ultimos 30 dias
- 4 ou 5 vezes nos ultimos 30 dias
- 6 ou 7 vezes nos ultimos 30 dias
- 8 ou 9 vezes nos ultimos 30 dias
- 10 ou 11 vezes nos ultimos 30 dias
- 12 vezes ou mais nos ultimos 30 dias

B09004

04. NOS ULTIMOS 30 DIAS, voce esteve envolvido (a) em alguma briga em que alguma pessoa usou arma de fogo, como revolver ou espingarda?

- Sim  Nao

B09005

05. NOS ULTIMOS 30 DIAS, voce este envolvido (a) em alguma briga em que alguma pessoa usou alguma outra arma como faca, canivete, peixeira, pedra, pedaco de pau ou garrafa?

- Sim  Nao

B09006

06. NOS ULTIMOS 30 DIAS, quantas vezes voce usou o cinto de seguranca quando estava em um carro ou outro veiculo motorizado dirigido por outra pessoa (excluir onibus)?

- Nao andei em veiculo dirigido por outra pessoa nos ultimos 30 dias
- Nunca nos ultimos 30 dias
- Raramente nos ultimos 30 dias
- As vezes nos ultimos 30 dias
- Na maioria das vezes nos ultimos 30 dias
- Sempre nos ultimos 30 dias

B09007

07. NOS ULTIMOS 30 DIAS, quantas vezes voce usou um capacete ao andar de motocicleta?

- Nao andei de motocicleta nos ultimos 30 Dias
- Nenhuma vez nos ultimos 30 dias
- Raramente nos ultimos 30 dias
- As vezes nos ultimos 30 dias
- Na maioria das vezes nos ultimos 30 dias
- Sempre nos ultimos 30 dias

B09008

08. NOS ULTIMOS 30 DIAS, quantas vezes voce dirigiu um veiculo motorizado de transporte (carro, motocicleta, voadeira, barco, etc)?

- Nao dirigi carro ou outro veiculo nos ultimos 30 dias
- 1 vez nos ultimos 30 dias
- 2 ou 3 vezes nos ultimos 30 dias

- 4 ou 5 vezes nos ultimos 30 dias
- 6 ou mais vezes nos ultimos 30 dias

B09009

09. NOS ULTIMOS 30 DIAS, quantas vezes voce andou em carro ou outro veiculo motorizado dirigido por alguem que tinha consumido alguma bebida alcoolica?

- Nenhuma vez nos ultimos 30 dias
- 1 vez nos ultimos 30 dias
- 2 ou 3 vezes nos ultimos 30 dias
- 4 ou 5 vezes nos ultimos 30 dias
- 6 ou mais vezes nos ultimos 30 dias

B09010

10. NOS ULTIMOS 12 meses quantas vezes voce foi agredido (a) fisicamente?

- Nenhuma vez (0 vez)
- 1 vez
- 2 ou 3 vezes
- 4 ou 5 vezes
- 6 ou 7 vezes
- 8 ou 9 vezes
- 10 ou 11 vezes
- 12 ou mais vezes

B09011

11. Nos ultimos 12 meses quantas vezes você se envolveu em briga (uma luta fisica)?

- Nenhuma vez (0 vez)
- 1 vez
- 2 ou 3 vezes
- 4 ou 5 vezes
- 6 ou 7 vezes
- 8 ou 9 vezes
- 10 ou 11 vezes
- 12 ou mais vezes

B09012

12. Nos ultimos 12 meses, quantas vezes você foi seriamente ferido?

- Nenhuma vez (0 vez)
- 1 vez
- 2 ou 3 vezes
- 4 ou 5 vezes
- 6 ou 7 vezes
- 8 ou 9 vezes
- 10 ou 11 vezes
- 12 ou mais vezes

B09013

13. NOS ULTIMOS 12 meses, qual foi o ferimento/lesao mais serio que aconteceu com voce?

- Nao tive ferimento/lesao seria nos últimos 12 meses
- Tive um osso quebrado ou junta deslocada
- Tive um corte ou perfuracao
- Tive um traumatismo ou outra lesao na cabeça ou pescoco e, desmaiei ou não consegui respirar
- Tive uma queimadura grave
- Tive outra lesao ou machucado

B09014

14. NOS ULTIMOS 12 meses, qual foi a principal causa do ferimento/lesao mais serio que aconteceu com voce?

- Foi um acidente ou atropelamento por um veiculo motorizado
- Foi uma queda
- Foi algo que caiu sobre mim ou me atingiu
- Foi um ataque que sofri ou briga com alguem
- Foi um incendio ou a proximidade com algo quente
- Foi a inalacao ou algo que engoli e me fez mal
- Foi outra causa

### **B10. HIGIENE E SAÚDE BUCAL**

As questoes a seguir tratam da higiene e saude da sua boca.

B10001

01. Nos ultimos 30 dias, quantas vezes por dia voce usualmente escovou os dentes?

- Nao escovei meus dentes nos ultimos 30 dias
- Uma vez por dia
- Duas vezes por dia
- Tres vezes por dia
- Quatro ou mais vezes por dia
- Nao escovei meus dentes diariamente

B1000

02. NOS ULTIMOS SEIS MESES, voce teve dor de dente? (excluir dor de dente causada por uso de aparelho)

- Sim
- Nao
- Nao sei / nao me lembro

B10003

03. Nos ultimos 12 meses quantas vezes voce foi ao dentista?

- Nenhuma (0 vez)
- 1 vez
- 2 vezes
- 3 ou mais vezes

B10004

04. Nos ultimos 30 dias com que frequencia voce lavou as maos antes de comer?

- Nunca
- Raramente
- As vezes
- Na maioria das vezes
- Sempre

B10005

05. Nos ultimos 30 dias com que frequencia voce lavou as maos apos usar o banheiro ou o vaso sanitario?

- Nunca
- Raramente
- As vezes
- Na maioria das vezes
- Sempre

B10006

06. Nos ultimos 30 dias com que frequência voce usou sabao ou sabonete quando lavou suas maos?

- Nunca
- Raramente
- As vezes
- Na maioria das vezes
- Sempre

## **B11. IMAGEM CORPORAL**

Neste bloco, voce ira responder a questões referentes ao que voce acha de sua propria imagem.

B11001

01. Quanto ao seu corpo, voce se considera:

- Muito magro(a)
- Magro(a)
- Normal
- Gordo(a)
- Muito Gordo(a)

B11002

02. O que voce esta fazendo em relacao a seu peso?

- Nao estou fazendo nada
- Estou tentando perder peso
- Estou tentando ganhar peso
- Estou tentando manter o mesmo peso

B11003

03. NOS ULTIMOS 30 DIAS, voce vomitou ou tomou laxantes para perder peso ou evitar ganhar peso?

- Sim  Nao

B11004

04. NOS ULTIMOS 30 DIAS, voce tomou algum remedio, formula ou outro produto para perder ou manter seu peso, sem acompanhamento medico?

- Sim  Nao

B11005

05. NOS ULTIMOS 30 DIAS, voce tomou algum remedio, formula ou outro produto para ganhar peso ou massa muscular sem acompanhamento medico?

- Sim  Nao

## **B12. SAÚDE MENTAL**

As questoes a seguir se referem aos seus sentimentos.

B12001

01. Durante os ultimos 12 meses com que frequencia tem se sentido sozinho(a)?

- Nunca
- Raramente
- As vezes

- Na maioria das vezes
- Sempre

B12002

02. Durante os últimos 12 meses, com que frequência você não conseguiu dormir a noite porque algo o(a) preocupava muito?

- Nunca
- Raramente
- As vezes
- Na maioria das vezes
- Sempre

B12003

03. Quantos amigos ou amigas próximos você tem?

- 0 (nenhum)
- 1
- 2
- 3 ou mais

### **B13. USO DE SERVIÇO DE SAÚDE**

As questões a seguir tratam da procura e acesso aos serviços de saúde

B13001

01. Nos últimos 12 meses você procurou algum serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado a própria saúde?

- Sim  Não

B13002

02. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, qual serviço de saúde você procurou mais frequentemente?

- Posto de Saúde (Unidade Básica de Saúde)
- Consultório médico particular
- Consultório odontológico
- Consultório de outro profissional de saúde (fonoaudiólogo, psicólogo, etc.)
- Serviço de especialidades médicas ou Policlínica
- Pronto-socorro ou emergência
- Hospital
- Laboratório ou clínica para exames complementares
- Serviço de atendimento domiciliar
- Farmácia
- Outro

B13003

03. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você procurou por algum Posto de Saúde (Unidade Básica de Saúde)?

- Nenhuma vez
- 1 ou 2 vezes nos últimos 12 meses
- 3 a 5 vezes nos últimos 12 meses
- 6 a 9 vezes nos últimos 12 meses
- 10 ou mais vezes nos últimos 12 meses

B13004

04. Você foi atendido, na última vez que procurou algum Posto de Saúde (Unidade Básica de Saúde), nestes últimos 12 meses?

**B14. ASMA**

As questoes a seguir se referem a sua respiracao.

B14001

01. Nos ultimos 12 meses, voce teve chiado (ou piado) no peito?

Sim  Nao

B14002

02. Voce teve asma alguma vez na vida?

Sim  Nao

**B15. PESO E ALTURA**

As proximas perguntas sao referentes ao seu peso e altura

01. Qual e o seu peso?

em quilos

02. Qual e a sua altura?

em centimetros

**B16. A SUA OPINIÃO**

Expresse a sua opiniao, avaliando este questionario.

01. O que voce achou deste questionario?

Muito facil de responder

Facil de responder

Nem facil nem dificil de responder

Dificil de responder

Muito dificil de responder

**Anexo 8. Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes – IHSA-Del Prette (Del Prette & Del Prette, 2014).**

DP.304.9

## Caderno de Aplicação IHSA–Del-Prette

Almir Del Prette & Zilda A. P. Del Prette

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Local de Nascimento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Dia Mês Ano Cidade Estado País

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: M ( ) F ( ) Escolaridade: \_\_\_\_\_

Curso/Série: \_\_\_\_\_ Escola/Instituição: \_\_\_\_\_ Públ. ( ) Priv. ( )

Ocupação: \_\_\_\_\_ Data da Aplicação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Dia Mês Ano

Aplicador: \_\_\_\_\_

Autorizo uso sigiloso em pesquisa: \_\_\_\_\_

Assinatura

### Instruções

Leia com bastante atenção cada item. Ele apresenta uma situação social comum (parte sem grifo) e uma ação ou reação (parte grifada).

Nas colunas de **FREQUÊNCIA**, assinale um X naquela que corresponde à quantidade de vezes que você apresenta a reação (parte grifada) indicada no item. Para isso use a seguinte escala:

- 0 a 2 - Em cada 10 situações desse tipo me comporto dessa forma no máximo 2 vezes;
- 3 a 4 - Em cada 10 situações desse tipo me comporto dessa forma de 3 a 4 vezes;
- 5 a 6 - Em cada 10 situações desse tipo me comporto dessa forma de 5 a 6 vezes;
- 7 a 8 - Em cada 10 situações desse tipo me comporto dessa forma de 7 a 8 vezes;
- 9 a 10 - Em cada 10 situações desse tipo me comporto dessa forma de 9 a 10 vezes.

Nas colunas de **DIFICULDADE**, assinale um X naquela que corresponde à sua dificuldade para apresentar a reação (parte grifada) indicada no item. Para isso, use a seguinte escala: NENHUMA, POUCA, MÉDIA, MUITA E TOTAL.

Responda todos os itens. Se uma ou mais situação nunca lhe ocorreu, imagine como se ela estivesse ocorrendo e, então, proceda como nas demais. Não há respostas certas ou erradas.

Ao final confira se todos os itens foram respondidos.



© 2009 Casapsi Livraria e Editora Ltda  
É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para  
qualquer finalidade. Todos os direitos reservados.  
Rua Simão Álvares, 1020 - Pinheiros - São Paulo/SP - Brasil  
CEP 05417-020 - Tel.: (11) 3034-3600 - www.casadopsicologo.com.br

A presente Folha de Respostas  
é impressa em cores.  
Caso descobre de sua autenticidade,  
ligue para (11) 3034-3600.

Itens	Frequência					Dificuldade				
	0-2 vezes	3-4 vezes	5-6 vezes	7-8 vezes	9-10 vezes	Nenhuma	Pouca	Média	Muita	Total
1. Ao receber alguma tarefa para fazer, <u>peço todas as informações necessárias para realizá-la.</u>										
2. Ao entrar em um local (por exemplo, consultório médico, casa de parentes etc.), <u>cumprimento as pessoas.</u>										
3. Quando alguém me faz uma gentileza ou um favor, <u>eu agradeço.</u>										
4. Ao sair de um local, <u>eu me despeço das pessoas.</u>										
5. Consigo aceitar críticas, <u>quando elas são justas.</u>										
6. Quando surge oportunidade, faço pequenos favores (oferecer a cadeira, <u>abrir a porta para alguém etc.</u> ) <u>sem que me peçam.</u>										
7. Quando alguém faz algo de bom, <u>eu elogio.</u>										
8. Mesmo quando meu grupo está perdendo em um jogo, <u>eu consigo manter a calma.</u>										
9. Ao ser elogiado sinceramente por alguém, <u>eu agradeço.</u>										
10. Quando estou a fim de ficar com alguma pessoa, <u>eu digo isso a ele(a) na primeira oportunidade.</u>										
11. Consigo tomar a <u>iniciativa de encerrar a conversa</u> (bate-papo) com outra pessoa.										
12. Quando uma pessoa faz um pedido que acho abusivo (exagerado ou injusto), <u>eu recuso.</u>										
13. Quando quero participar de um grupo da escola ou do trabalho, <u>dou um jeito de entrar na conversa</u> ("me enturmar").										
14. Ao ser injustamente criticado, <u>consigo responder sem perder o controle.</u>										
15. Se não quero ficar com um(a) menino(a), <u>eu recuso</u> , mesmo que ele(a) seja muito insistente.										
16. Quando não gosto da roupa ou sapato que o vendedor insiste em me vender, <u>eu digo com educação que não gostei e não vou levar.</u>										
17. <u>Converso sobre sexo com os meus pais</u> numa boa.										
18. Quando alguém "apronta comigo", <u>peço-lhe, numa boa, que se explique.</u>										
19. Nos trabalhos de grupo, <u>explico as tarefas aos colegas, quando necessário.</u>										



Itens	Frequência					Dificuldade				
	0-2 vezes	3-4 vezes	5-6 vezes	7-8 vezes	9-10 vezes	Nenhuma	Pouca	Média	Muita	Total
20	Na escola ou em meu trabalho, <u>faço apresentações orais em grupo quando solicitado.</u>									
21	<u>Consigo conversar com pessoas de autoridade</u> (diretor da escola, chefe no trabalho, padre ou pastor na igreja etc.) sempre que necessário.									
22	Quando meus pais ou professores criticam o meu comportamento, <u>consigo controlar minha irritação.</u>									
23	Se acho errado fazer uma coisa, mesmo os colegas me pressionando, <u>eu fico na minha</u> (não faço).									
24	<u>Consigo guardar segredo</u> sobre o que os amigos me contam.									
25	Ao conhecer alguém que quero ter como amigo(a), <u>eu lhe faço perguntas pessoais.</u>									
26	<u>Consigo perceber os sentimentos</u> (medo, raiva, vergonha, tristeza etc.) de um(a) amigo(a) em dificuldade.									
27	<u>Demonstro meu aborrecimento</u> a meu/minha irmão(ã) quando ele(a) apronta comigo (mexe nas minhas coisas, implica etc.).									
28	Ao perceber que fui inconveniente (grosso, desagradável) e ofendi alguém, <u>eu peço desculpas.</u>									
29	Quando um amigo tem uma posição contrária à minha, <u>consigo negociar uma solução boa para nós dois.</u>									
30	<u>Reajo com calma</u> quando as coisas não saem como eu gostaria.									
31	Ao notar que um(a) colega está triste ou com algum problema, <u>eu lhe ofereço meu apoio.</u>									
32	Na relação sexual, quando meu/minha parceiro(a) discorda de usar camisinha, <u>procuro convencê-lo(a) sobre essa necessidade.</u>									
33	Quando meus pais insistem em dizer o que devo fazer, contrariando o que penso, <u>falo calmamente o que acho.</u>									
34	Quando um colega está com dificuldade em alguma tarefa da escola ou do trabalho, <u>eu ofereço minha ajuda.</u>									
35	Quando quero fazer amizades, <u>convido as pessoas para algum programa ou atividade.</u>									
36	Em relação a carinhos, seja com quem for, <u>eu digo francamente o que me desagrada.</u>									
37	Ao sentir desejo de conhecer alguém a quem não fui ainda apresentado(a), <u>eu mesmo(a) me apresento a essa pessoa.</u>									
38	<u>Consigo controlar minha raiva</u> quando meu/minha irmão(ã) me irrita de alguma maneira.									

