

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

LIDIA MORAES RIBEIRO JORDÃO

**COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE GERAL E BUCAL EM
ADOLESCENTES NO BRASIL: DISTRIBUIÇÃO TEMPORAL, DESIGUALDADES
SOCIOECONÔMICAS, PADRÕES DE AGRUPAMENTOS E FATORES
ASSOCIADOS**

GOIÂNIA
2017

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: Dissertação Tese

2. Identificação da Tese ou Dissertação

Nome completo do autor: Lidia Moraes Ribeiro Jordão

Título do trabalho: Comportamentos de risco à saúde geral e bucal em adolescentes no Brasil: distribuição temporal, desigualdades socioeconômicas, padrões de agrupamentos e fatores associados.

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.



Assinatura do (a) autor (a)

Data: 10 / 02 / 2017

LIDIA MORAES RIBEIRO JORDÃO

**COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE GERAL E BUCAL EM
ADOLESCENTES NO BRASIL: DISTRIBUIÇÃO TEMPORAL, DESIGUALDADES
SOCIOECONÔMICAS, PADRÕES DE AGRUPAMENTOS E FATORES
ASSOCIADOS**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Doutora em Odontologia, área de concentração Clínica Odontológica.

Linha de Pesquisa: Saúde Bucal Coletiva

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria do Carmo Matias Freire

GOIÂNIA
2017

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

Jordão, Lidia Moraes Ribeiro

Comportamentos de risco à saúde geral e bucal em adolescentes no Brasil: distribuição temporal, desigualdades socioeconômicas, padrões de agrupamentos e fatores associados [manuscrito] / Lidia Moraes Ribeiro Jordão. - 2017.

140 f.: il.

Orientador: Profa. Dra. Maria do Carmo Matias Freire.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Odontologia (FO), Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Goiânia, 2017.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

Inclui abreviaturas.

1. Saúde bucal. 2. Adolescente. 3. Comportamentos saudáveis. 4. Inquéritos epidemiológicos. 5. Fatores socioeconômicos. I. Freire, Maria do Carmo Matias, orient. II. Título.

CDU 616.314

Universidade Federal de Goiás
Faculdade de Odontologia
Programa de Pós-Graduação em Odontologia



Ata de Defesa de Tese número 007

Aos **vinte e três dias do mês de Janeiro de 2017**, às 08:00 horas, reuniu-se na sala 62 da Faculdade de Odontologia, a Comissão Julgadora infranomeada para proceder ao julgamento da Defesa de Tese de **Lidia Moraes Ribeiro Jordão**, intitulada: “Comportamentos de risco à saúde geral e bucal em adolescentes no Brasil: Distribuição temporal, desigualdades socioeconômicas, padrões de agrupamentos e fatores associados”, como parte de requisitos necessários à obtenção do título de **Doutora em Odontologia**, área de concentração **Clínica Odontológica**. Inicialmente, Prof^ª. Dr^ª. Maria do Carmo Matias Freire apresentou a Comissão Examinadora da qual é presidente, e concedeu a palavra à candidata, para exposição de sua tese em cinquenta minutos. A seguir, a senhora presidente concedeu a palavra aos examinadores, os quais passaram a arguir a candidata conforme os termos regimentais. Finalizada a arguição, a Comissão expressou seu Julgamento conforme abaixo:

Comissão Examinadora

Prof^ª. D^ª. Maria do Carmo Matias Freire - Presidente
Prof^ª. Dr^ª. Terezinha de Jesus Esteves Barata - Membro
Prof^ª. Dr^ª. Nádia do Lago Costa- Membro
Prof. Dr. Otaliba Libânio de Moraes Neto - Membro
Prof^ª. Dr^ª. Edna Mendonça Oliveira de Queiroz- Membro

Aprovado(a)/Reprovado(a)

Aprovada
APROVADA
Aprovada
APROVADA
Aprovada

Em face do resultado obtido, a Comissão Examinadora considerou a candidata Lidia Moraes Ribeiro Jordão

Aprovada – A candidata deverá fazer as modificações eventualmente sugeridas e apresentar a versão definitiva à Coordenadoria do Programa em no máximo trinta (30) dias após a defesa (artigo 57 da Resolução CEPEC 1136/2013 que regulamenta este Programa).

Reprovada – A candidata ()poderá ()não poderá submeter-se a outra defesa em um prazo de dias (mínimo 30, máximo 90 dias) (artigo 55, parágrafo 2º, Resolução CEPEC 1136/2013).

Alteração de título da tese? Não () Sim, para

Outras observações da Comissão Examinadora (se necessário):

Nada mais havendo a tratar eu, Gláucia Terra e Silva, secretária do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, lavrei a presente ata que segue assinada pelos membros da Comissão Examinadora, pela candidata e por mim.

Comissão Examinadora

Profa. Dra. Maria do Carmo Matias Freire - President

Profa. Dra. Terezinha de Jesus Esteves Barata
Membro

Profa. Dra. Nádia do Lago Costa - Membro

Prof. Dr. Otaliba Libânio de Moraes Neto - Membro

Profa. Dra. Edna Mendonça Oliveira de Queiroz
Membro

Candidata

Lidia Moraes Ribeiro Jordão

Secretária

Gláucia Terra e Silva

Assinatura

Freire

Barata

Nádia Costa

Otaliba de M. Neto

Edna Queiroz

Lidia Jordão

Gláucia Terra e Silva

Dedico ao meu esposo Rodrigo e à minha filha Olivia.

AGRADECIMENTOS

Registro minha profunda gratidão a Deus pela oportunidade de crescimento pessoal e acadêmico impulsionados por esse período de doutoramento. Agradeço também à minha família por me acompanharem e darem suporte nessa trajetória.

Agradeço especialmente à minha orientadora de iniciação científica, mestrado e doutorado Prof^a. Maria do Carmo Matias Freire, pela supervisão, apoio, paciência e incentivo dos últimos anos. Muito do que sou hoje se deve ao seu exemplo de docente e pesquisadora.

Aos docentes do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal de Goiás (PPGO/UFG) e seu coordenador Prof. Cláudio Leles e vice Prof^a. Rejane Ribeiro-Rotta, pela agradável convivência e incentivo aos discentes nos momentos de aula, seminários e reuniões. Agradeço especificamente à professora Edna Queiroz (Programa de Pós-graduação em Educação/UFG) pelas inigualáveis contribuições na minha formação.

Agradeço ainda à técnica administrativa que coopera com o Programa, Gláucia Terra e Silva, pela receptividade e disposição e aos funcionários da Faculdade de Odontologia (FO/UFG) que sempre me receberam com um sorriso no rosto. Destaco o apoio e amizade dos colegas Túlio Nogueira, Hianne Torres e Andréia Gonçalves no gratificante e intenso caminho da Pós-graduação.

Muito obrigada ao Prof. Aubrey Sheiham (*University College London*) (*in memoriam*) pelo auxílio na concepção do trabalho. Agradeço à colaboradora do Ministério da Saúde, Silvânia Caribé, pelo auxílio na preparação do banco de dados e na análise estatística. Registro também meu agradecimento aos professores Deborah Malta (Universidade Federal de Minas Gerais) e Marco Peres (*University of Adelaide*) pelas importantes contribuições na elaboração dos artigos, e aos professores Diego Augusto Silva (Universidade Federal de Santa Catarina) e Saeed Alzahrani (*Imam Muhammad ibn Saud Islamic University*) pelo apoio nas análises estatísticas.

Minha apreciação à casa responsável por minha formação acadêmica na graduação, no Mestrado e no Doutorado, a FO/UFG, na pessoa da sua atual diretora Prof^a. Enilza Mendonça de Paiva. Obrigada à Prof^a. Maria de Fátima Nunes pelo acompanhamento de meu Estágio em Docência nas disciplinas de Odontologia Coletiva da FO/UFG. Agradeço ainda aos professores Cláudio Leles e Maria de Fátima Nunes pela participação na banca de qualificação deste trabalho.

Agradeço também à Pró-Reitoria de Pós-graduação e à Pró-Reitoria de Pesquisa e Inovação da UFG nas pessoas do Prof. José Alexandre F. Diniz Filho e Prof^a. Maria Clorinda S. Fioravanti pelas oportunidades de aperfeiçoamento; em especial o UFG *Researcher Connect*, curso para desenvolvimento de habilidades em comunicação científica, financiado pela FAPEG e *Newton Fund* e vinculado ao *British Council*.

Registro o apoio da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) por meio de bolsa de doutorado e da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde ao disponibilizar o acesso aos dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. Sou grata ainda aos adolescentes brasileiros que concordaram em responder ao questionário da pesquisa.

E, finalmente, agradeço a você, leitor(a) desse trabalho, pelo interesse nesse tema. Boa leitura!

“Somos sempre o jovem ou o velho de alguém.”

Pierre Bordieu

“What you do to your children matters, and they might never forget.”

Toni Morrison

RESUMO

Esta tese tem como foco os comportamentos de risco à saúde geral e bucal em adolescentes brasileiros. Tais comportamentos constituem as principais causas de morbimortalidade na população mundial, com frequência se iniciam na adolescência e têm continuidade na vida adulta. As doenças bucais, como o câncer, a cárie dentária e as doenças periodontais compartilham fatores comportamentais que contribuem para as principais doenças e agravos não transmissíveis. No entanto, ainda não há evidência acerca da distribuição temporal e desigualdades socioeconômicas dos comportamentos de risco à saúde bucal em adolescentes brasileiros, bem como dos padrões de agrupamento com outros comportamentos e fatores associados. O objetivo do presente estudo foi analisar comportamentos de risco à saúde bucal em adolescentes brasileiros com base na Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) em relação à: a) distribuição temporal e desigualdades socioeconômicas, e b) padrões de agrupamentos com outros comportamentos em saúde e fatores associados. A primeira abordagem é apresentada em um artigo original acerca da evolução de comportamentos em saúde bucal em adolescentes das capitais brasileiras em relação às desigualdades da escolaridade materna. Para isso, foram utilizados os dados das edições de 2009 e 2012 da PeNSE, inquérito que investiga os fatores de risco e proteção à saúde de adolescentes escolares brasileiros. Os resultados mostraram: aumento da proporção de adolescentes com baixa frequência de escovação dentária e diminuição no consumo de guloseimas, refrigerantes e experimentação de cigarros no período. Em escolas privadas, verificou-se maior prevalência de consumo de refrigerantes e experimentação de cigarros para os adolescentes com mães de maior escolaridade; enquanto que em escolas públicas, verificou-se maior prevalência de consumo de refrigerantes para os adolescentes com mães de menor escolaridade e maior experimentação de cigarros para aqueles com mães de maior escolaridade; além de ausência de desigualdade para frequência de escovação e consumo de guloseimas nos dois tipos de escola. A segunda abordagem é apresentada em dois artigos originais que descreveram os padrões de agrupamentos entre comportamentos de risco à saúde geral e bucal em adolescentes brasileiros e identificaram fatores associados. Para essas análises, foram utilizados dados da PeNSE do ano de 2012, representativos do país, das regiões e das capitais. Destacam-se os seguintes achados: a) os comportamentos de risco à saúde geral e bucal associaram-se entre si e agruparam-se em dois padrões específicos; um *cluster* reuniu uma combinação de falta de adesão a

condutas preventivas e adoção de práticas de risco, enquanto o outro representou um estilo de vida não saudável; e b) a chance de apresentar dois ou mais comportamentos de risco foi maior para adolescentes sem supervisão familiar dos deveres de casa, de escolas públicas, do sexo masculino, de menor escolaridade materna e de menor afluência familiar. Concluiu-se que os comportamentos de risco à saúde bucal apresentaram mudanças em sua distribuição no período investigado, porém não relacionadas às desigualdades de escolaridade materna; agruparam-se com outros comportamentos em saúde e estiveram associados a fatores sociodemográficos e do contexto familiar em adolescentes brasileiros. Intervenções que busquem reduzir os comportamentos de risco em saúde em adolescentes devem priorizar os grupos mais vulneráveis identificados e, preferencialmente, empregar a abordagem dos fatores de risco comuns.

Palavras Chaves: Saúde Bucal. Adolescente. Comportamentos Saudáveis. Inquéritos Epidemiológicos. Fatores Socioeconômicos.

ABSTRACT

ORAL AND GENERAL HEALTH-COMPROMISING BEHAVIOURS AMONG ADOLESCENTS IN BRAZIL: OVER TIME DISTRIBUTION, SOCIOECONOMIC INEQUALITIES, CLUSTERING PATTERNS, AND ASSOCIATED FACTORS.

This thesis focuses on oral and general health-compromising behaviours among Brazilian adolescents. Such behaviours constitute major causes of morbimortality in the worldwide population, are often initiated during adolescence, and tend to track into adulthood. Oral diseases, like dental caries, periodontal disorders and cancer, share a number of behavioural risk factors that are common to other preventable chronic noncommunicable diseases. Nevertheless, there is no evidence about the overtime distribution, and socioeconomic inequalities, neither about clustering patterns with other health behaviours and associated factors of oral health-compromising behaviours among Brazilian adolescents. The present study aimed to analyze oral health-compromising behaviours based on the Brazilian National School-based Student Health Surveys (PeNSE) as regards to: a) overtime distribution and social inequalities, and b) clustering patterns with other health behaviours and associated factors. The first approach is presented in one original paper regarding oral health behaviours changes over time in Brazilian adolescents, in relation to maternal educational inequalities. For this, we used data from PeNSE for the years 2009 and 2012, a survey that investigates health risk and protective factors among Brazilian adolescents attending schools. The results showed that: the proportion of adolescents with low toothbrushing frequency increased, and the consumption of sweets and soft drinks, and cigarette experimentation decreased. In private schools, we found higher soft drink consumption and higher cigarette experimentation among students who reported greater maternal education, while in public schools we found higher soft drink consumption among students who reported lower maternal education, and higher cigarette experimentation among students who reported greater maternal education. There were no inequalities for toothbrushing frequency or sweets consumption in both types of school. The second approach is presented in two original papers that described the clustering patterns of oral and general health-compromising behaviours among Brazilian adolescents and identified associated factors. For these analyses, we used data from the Brazilian National School-based Student Health Survey (PeNSE) for the year 2012. The main findings are: a) oral and general health-compromising behaviours were inter-related and

clustered into two specific patterns; one cluster gathered a combination of lack of adherence to preventive behaviours and the undertaking of risky conduct, while the second reflected an unhealthy lifestyle; and b) the odds for presenting two or more oral health-compromising behaviours were greater for adolescents without parental involvement in homework, from public schools, males, whose mothers had fewer years of education, and of lower family affluence. It was concluded that the oral health-compromising behaviours underwent changes in their distribution over time; however they were not related to maternal education inequalities, have clustered with other health behaviours and were associated with sociodemographic and family factors among Brazilian adolescents. Interventions aiming at reducing health-compromising behaviours among adolescents should prioritize groups that have been identified as being at most risk and preferably employ a common risk factor approach.

Keywords: Oral Health. Adolescent. Health Behaviours. Health Surveys. Socioeconomic Factors.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
CAD	Coeficiente Angular de Desigualdade
CDGANT	Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CTA	Comitê Técnico Assessor
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
DVSANTPS	Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde
G-YRBS	<i>Global Youth Risk Behavior Surveillance System</i>
HACA	<i>Hierarchical Agglomerative Cluster Analysis</i>
HSBC	<i>Health Behaviour in School-aged Children</i>
FAS	<i>Family Affluence Scale</i>
GATS	<i>Global Adult Tobacco Survey</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
INCA	Instituto Nacional de Câncer
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MPVA	<i>Moderate-to-Vigorous Physical Activity</i>
MS	Ministério da Saúde
NAF	Nível de Afluência Familiar

NCDs	<i>Non-communicable Diseases</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	<i>Odds ratio</i> ou Razão de Chances
PDA	<i>Personal Digital Assistant</i>
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PETab	Pesquisa Especial de Tabagismo
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
RCO	Índice de Concentração Relativa
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância à Saúde
TV	Televisão
UPA	Unidade Primária de Amostragem
VIGITEL	Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
2 CONCEITOS GERAIS E REVISÃO DA LITERATURA	23
2.1 PRINCIPAIS CONCEITOS E DEFINIÇÕES.....	23
2.2 AS POLÍTICAS DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO CONTEXTO BRASILEIRO E A PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE DO ESCOLAR.....	25
2.3 COMPORTAMENTOS EM SAÚDE GERAL E BUCAL	29
2.3.1 Hábitos alimentares	29
2.3.2 Hábitos de higiene	35
2.3.3 Frequência de ida ao dentista	37
2.3.4 Uso de cigarro, álcool e outras drogas	37
2.3.5 Uso de preservativo	39
2.3.6 Prática de atividade física	40
2.3.7 Exposição a causas externas	40
2.4 MODELOS TEÓRICOS.....	42
2.4.1 Teoria da conduta problema de Jessor	42
2.4.2 Modelo da determinação social da saúde	45
2.5 AGRUPAMENTOS DE COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE GERAL E BUCAL EM ADOLESCENTES	46
3 OBJETIVOS	48
3.1 OBJETIVO GERAL.....	48
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	48
4 MATERIAL E MÉTODOS	49
4.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS DA PENSE 2009	49
4.2 ASPECTOS METODOLÓGICOS DA PENSE 2012.....	51
4.3 PREPARAÇÃO, AVALIAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DO BANCO DE DADOS	53
4.4 VARIÁVEIS ANALISADAS	54
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	55
5 RESULTADOS	58
5.1 ARTIGO 1.....	59
5.2 ARTIGO 2.....	60
5.3 ARTIGO 3.....	62

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS.....	67
ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – PeNSE 2009	81
ANEXO B - Questionário da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2009 e termo de consentimento livre e esclarecido.....	83
ANEXO C - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – PeNSE 2012.....	107
ANEXO D - Questionário da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2012 e termo de consentimento livre e esclarecido	114
ANEXO E - Instruções aos autores – Revista de Saúde Pública.....	131

1 INTRODUÇÃO

Diversos comportamentos relacionados à saúde, como uso de cigarros, alimentação não saudável, falta de atividade física e consumo excessivo de álcool, são responsáveis por grande parte das doenças, incapacidades e mortes na população (OMS, 2000; DANAEI et al, 2009). Esses comportamentos frequentemente se iniciam durante a adolescência (MCCRACKEN; JILES; BLANCK, 2007) e têm continuidade na fase adulta (MIKKILA et al, 2005, KRISTENSEN et al, 2006).

Os fatores comportamentais relacionados às doenças bucais, além de influenciar a condição sistêmica e a qualidade de vida, são modificáveis e comuns às principais doenças e agravos não transmissíveis (DANT). Dietas com altos teores de açúcar, por exemplo, são conhecidos fatores de risco para a cárie dentária e também para diabetes, obesidade e doenças cardiovasculares, enquanto o tabagismo contribui para diversos tipos de câncer, doenças periodontais e lesões na mucosa bucal (SHEIHAM; WATT, 2000).

A adolescência representa uma das fases de transição críticas da vida, caracterizada por intenso ritmo de crescimento e mudanças e descrita como o processo de preparação para a vida adulta em que experiências fundamentais do desenvolvimento ocorrem (EINSENSTEIN, 2005). Além da maturação física e sexual, essas experiências incluem o movimento em direção à independência social e econômica, desenvolvimento da identidade e a aquisição de habilidades necessárias para o desempenho de funções e relacionamentos do adulto (OMS, 2014). Os limites etários da adolescência foram definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) entre 10 e 19 anos, sendo comumente referida como a segunda década de vida; porém com a ressalva de flexibilidade para inclusão em programas, especialmente em países em desenvolvimento, uma vez que as mudanças biológicas podem se iniciar antes e se estender após essa faixa (OMS, 1986). No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) define a adolescência como a faixa etária de 12 a 18 anos de idade.

Embora a adolescência seja uma fase de grande potencial e crescimento, é também um período de considerável risco, em que os contextos sociais exercem fortes influências (OMS, 2014). Muitos adolescentes enfrentam pressões para experimentarem álcool, cigarros e outras drogas e para iniciarem precocemente a atividade sexual, ficando expostos à ocorrência de violências e lesões (intencionais ou não), gravidez não planejada e infecções sexualmente transmissíveis (IST),

incluindo a AIDS. Os padrões de comportamentos estabelecidos nessa fase, como o uso ou não de drogas, e a prática de sexo com ou sem proteção, podem ter impactos negativos ou positivos, de longa duração, na saúde e nas trajetórias de vida dos adolescentes (OMS, 2014).

Tal cenário destaca a necessidade de acompanhamento da situação de saúde desse grupo populacional, com vistas a prover informações que reflitam a complexidade e o processo de mudanças a que está exposto. Nessa perspectiva, e em atendimento às recomendações da OMS, o Sistema Único de Saúde (SUS) implementou o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), sob a responsabilidade do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016). Esse sistema se baseia, entre outras iniciativas, em dados provenientes da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), que é realizada trienalmente desde 2009, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mediante convênio com o Ministério da Saúde (MS) e com o apoio do Ministério da Educação.

Os comportamentos de risco à saúde não ocorrem de forma isolada, aleatória ou equânime em adolescentes e adultos jovens; pelo contrário, estes tendem a se agrupar e a se concentrar mais em indivíduos do sexo masculino (KRITSOTAKIS et al, 2016; NOBLE et al, 2015), que apresentam menor renda familiar, menor autoestima, com relato de menor escolaridade dos pais e de menor apoio familiar (WIEFFERINK et al, 2006; NOBLE et al, 2015). Esses achados, em maior ou menor medida, suportam a teoria da conduta problema de Jessor (1991), que sugere que um comportamento de risco específico está associado a outros comportamentos, além de sofrer influência do contexto da família e do grupo de pares na adoção de atitudes positivas ou negativas (JESSOR, 1991).

A maioria dos estudos que analisaram os agrupamentos de comportamentos de risco à saúde e fatores associados em adolescentes tem sido direcionada a comportamentos relacionados à saúde geral e/ou de risco para o desenvolvimento de DCNT (ALAMIAN; PARADIS, 2009; OTTEVAEARE et al, 2011; SILVA et al, 2012; BUSCH et al, 2013). Seguindo essa tendência, estudos dessa natureza foram realizados em alguns municípios da Região Sul do Brasil (DUMITH et al, 2012, CUREAU et al, 2014, SILVA et al, 2014) e uma análise foi realizada com base nos dados da PeNSE (AZEREDO et al, 2016); no entanto sem incluir comportamentos específicos da saúde bucal, tais como frequência de escovação e visita ao dentista. Apenas um estudo que investigou padrões de agrupamentos de comportamentos de risco à saúde em adolescentes e incluiu a frequência de escovação dentária foi encontrado até o momento (ALZHRANI et al, 2014). Esse estudo foi realizado na

Arábia Saudita com a limitação de ter sido conduzido apenas em adolescentes do sexo masculino.

Outro ponto relevante é que ainda não há evidência sobre as mudanças nos comportamentos em saúde bucal ao longo do tempo com base em mais de um estudo transversal, de representatividade nacional, em adolescentes brasileiros. A maioria das investigações transversais foi conduzida em alguns municípios brasileiros, com foco na higiene bucal (LISBOA; ABEGG, 2006; FREIRE; SHEIHAM; BINO, 2007; SANTOS et al, 2007), permanecendo a necessidade de se conhecer as características dos demais comportamentos que podem influenciar a saúde bucal e sua distribuição ao longo do tempo.

O estudo das desigualdades socioeconômicas dos fatores de risco para a saúde bucal em adolescentes ainda é incipiente, principalmente no que diz respeito ao uso conjunto de medidas de desigualdades relativas e absolutas (HOLSTEIN et al, 2015; SAFIRI et al, 2016), sendo que no Brasil nenhum estudo utilizou essa abordagem até essa data.

Tendo em vista a importância de se examinar os múltiplos comportamentos de risco à saúde geral e bucal de adolescentes de ambos os sexos, bem como sua distribuição temporal, desigualdades socioeconômicas, padrões de agrupamentos com outros comportamentos e associação com fatores sociodemográficos e familiares, questiona-se: os comportamentos de risco à saúde geral e bucal de adolescentes brasileiros mudaram no período 2009-2012? Há desigualdades socioeconômicas em sua distribuição? Esses seguem padrões de agrupamento? E ainda: esses padrões de agrupamento são influenciados por características sociodemográficas e familiares dos adolescentes?

As hipóteses da presente pesquisa são:

- 1) Há desigualdades na distribuição dos comportamentos de risco à saúde geral e bucal em adolescentes escolares brasileiros e estes passaram por mudanças entre os anos de 2009 e 2012;
- 2) Os comportamentos de risco à saúde geral e bucal se agrupam em padrões definidos em adolescentes brasileiros de ambos os sexos;
- 3) Os agrupamentos dos comportamentos de risco à saúde geral e bucal em adolescentes brasileiros variam de acordo com características sociodemográficas e do contexto familiar.

A avaliação dos comportamentos de risco à saúde bucal de adolescentes brasileiros que leve em consideração sua distribuição temporal, desigualdades socioeconômicas, padrões de agrupamento e a associação com fatores

sociodemográficos e do contexto familiar, como propõe este trabalho, pode contribuir para a identificação de necessidades de intervenção. Além disso, tem o potencial de subsidiar o delineamento pelo SUS de políticas públicas integradas para a prevenção de múltiplos comportamentos de risco à saúde, com vistas à redução da carga de doenças crônicas em adolescentes mais vulneráveis e à diminuição dos custos sociais e econômicos advindos do tratamento das mesmas para os adolescentes e para o país.

As próximas seções encontram-se organizadas na seguinte estrutura: conceitos gerais e revisão da literatura, objetivos, material e métodos, resultados (apresentados no formato de três artigos originais), e por fim, as considerações finais, que reúnem as principais conclusões do estudo e uma reflexão geral acerca do trabalho desenvolvido.

2 CONCEITOS GERAIS E REVISÃO DA LITERATURA

Esta seção apresenta inicialmente os principais conceitos utilizados na presente pesquisa e em seguida destaca o contexto das políticas de DCNT no Brasil. Posteriormente, são revisados os achados da literatura referentes aos estudos de comportamentos em saúde em adolescentes, suas inter-relações e fatores associados. Por fim, apresenta-se a teoria que subsidiou as análises do presente estudo e a evidência científica acerca dos agrupamentos de comportamentos de risco à saúde em adolescentes, com destaque para aqueles relacionados à saúde bucal.

2.1 PRINCIPAIS CONCEITOS E DEFINIÇÕES

O termo comportamento em saúde é usado nesta tese para se referir a qualquer comportamento que afete a saúde física do indivíduo (SUTTON, 2004). Há uma vasta e crescente literatura (OMS, 2009, PATTON et al, 2010) sobre os comportamentos em saúde comuns a diversas doenças e agravos.

Risco, segundo o Dicionário de Epidemiologia (PORTA, 2014), se refere à probabilidade de ocorrência de algum evento indesejável ou benéfico em uma determinada população em um intervalo de tempo específico.

Fator de risco refere-se a um fator ou determinante que está relacionado de forma causal à mudança no risco de um processo, desfecho ou condição de saúde. A natureza causal da relação é estabelecida com base em evidência científica e inferência causal. Se a relação é não causal, o fator é denominado marcador de risco (PORTA, 2014).

Os fatores de risco podem ser características socioeconômicas, comportamentos pessoais ou estilos de vida, exposições ambientais, características genéticas, dentre outras. Com frequência, os fatores de risco para a saúde humana possuem componentes individuais e sociais, que podem interagir entre si. Um determinante que pode ser modificado por intervenção é considerado um fator de risco modificável (PORTA, 2014).

Já o termo DANT se refere a um conjunto de doenças e agravos em que o processo causal não está baseado em mecanismos de transmissão de agentes etiológicos, como ocorre com as doenças transmissíveis. As DANT se caracterizam por múltiplas causas e longo tempo de evolução, ou por serem acontecimentos pontuais (acidentes, violência, acidente vascular cerebral), com evolução para óbito ou recuperação com sequelas e necessidades de reabilitação e readaptação às

novas condições de vida (BRASIL, 2007a). Dessa forma, o termo envolve três subgrupos: a) as doenças crônicas antes denominadas crônico-degenerativas, que aqui serão citadas como doenças crônicas não transmissíveis (DCNT); b) as doenças mentais; e c) os agravos à saúde relacionados com as causas externas (violência e acidentes).

As DANT estão diretamente relacionadas à forma como a sociedade está organizada e ao estilo de vida da população. Fatores comportamentais como o tabagismo, etilismo e dietas não saudáveis contribuem de forma significativa para as principais DANT e também para as doenças e agravos bucais, como a cárie dentária, doenças periodontais, câncer bucal e traumatismo dentário (SHEIHAM; WATT, 2000; MARCHIONI et al, 2007; DANAEI et al, 2009; PATTON et al, 2009).

A puberdade é definida pelas Ciências Médicas como a fase de transformações no corpo do indivíduo que era criança e está se tornando adulto. Já os campos da Psicologia, Psicanálise e a Pedagogia criaram a concepção de adolescência, relativa às mudanças na personalidade, na mente ou no comportamento do indivíduo que se torna adulto, enquanto que a Sociologia costuma trabalhar com a concepção de juventude, ao tratar do “período interstício entre as funções sociais da infância e as funções sociais do adulto” (GROPPO, 2000, p. 14).

No campo da Epidemiologia, está posta a caracterização da adolescência como um período de ganhos de autonomia, de independência, de transição de papéis sociais e novas experiências (PATTON et al, 2012). Algumas das vivências experimentadas nessa fase incluem a adoção de comportamentos que configuram fatores de risco para a saúde, tais como uso de cigarros, álcool, alimentação não saudável e sedentarismo. A precocidade da exposição a esses fatores está associada ao desenvolvimento de grande parte das DCNT, o que pode levar a maior acúmulo de exposição ao longo da vida, e por consequência, à maior risco (MALTA et al, 2014a).

Nesse sentido, destaca-se a abordagem da Epidemiologia do Curso da Vida, a qual é definida pelo estudo dos efeitos de longo prazo do risco de doenças crônicas por exposições sociais e físicas durante a gestação, infância, adolescência, vida adulta jovem e tardia (NICOLAU et al, 2007). Baseia-se na hipótese de que diversos fatores biológicos e sociais ao longo da vida influenciam de forma independente, cumulativa ou interligada a saúde e a doença na vida adulta (PORTA, 2014). O objetivo dessa abordagem é elucidar os processos biológicos,

comportamentais e psicossociais que atuam pelas gerações para influenciar o risco à doença (PORTA, 2014), inclusive na adolescência.

É importante ressaltar que o período entre a infância e a vida adulta tem se tornado de forma geral mais longo e distinto. Em muitos países, a puberdade tem iniciado mais precocemente e, ao mesmo tempo, transições sociais essenciais para a vida adulta têm sido postergadas até bem depois da maturidade biológica (OMS, 2014). Nesses casos, os indivíduos jovens passam mais anos se capacitando formalmente e ao mesmo tempo a contracepção é cada vez mais disponível. Como consequência, esses jovens tendem a assumir papéis e responsabilidades comumente da vida adulta mais tardiamente, como a formação de família e inserção no mercado de trabalho (OMS, 2014).

Na realidade brasileira, segundo a Agenda Juventude Brasil, metade dos jovens (indivíduos de 15 a 29 anos de idade) trabalham (53%) e 40% não estudam, enquanto que cerca de um quarto (22%) conciliam trabalho e estudo (BRASIL, 2013a). Entre os que trabalham, cerca da metade cumprem jornada de mais de 40 horas semanais. A faixa de idade da referida pesquisa se justifica pela extensão do período de transição que constitui a etapa juvenil, marcada, na atual conjuntura histórica, por trajetórias relativamente longas, intermitentes e muitas vezes não lineares de formação, inclusão e autonomia (BRASIL, 2013a).

Uma revisão da literatura da área da saúde e de documentos oficiais do Ministério da Saúde (HORTA; SENA, 2010) mostrou que a abordagem desse setor ainda centra-se no conceito de adolescência, na perspectiva do risco, de compreensão fragmentada do processo saúde-doença e com pouca repercussão para uma atenção integral à saúde dos jovens. Essas autoras defendem a criação de espaços que favoreçam o acesso à informação e o debate de forma dialógica com os jovens sobre os aspectos que envolvem a saúde (especialmente os de proteção), que levem em consideração o contexto de vida e recursos de acesso dos jovens, bem como sua capacidade propositiva, questionadora e reflexiva enquanto sujeitos sociais, coprodutores de políticas.

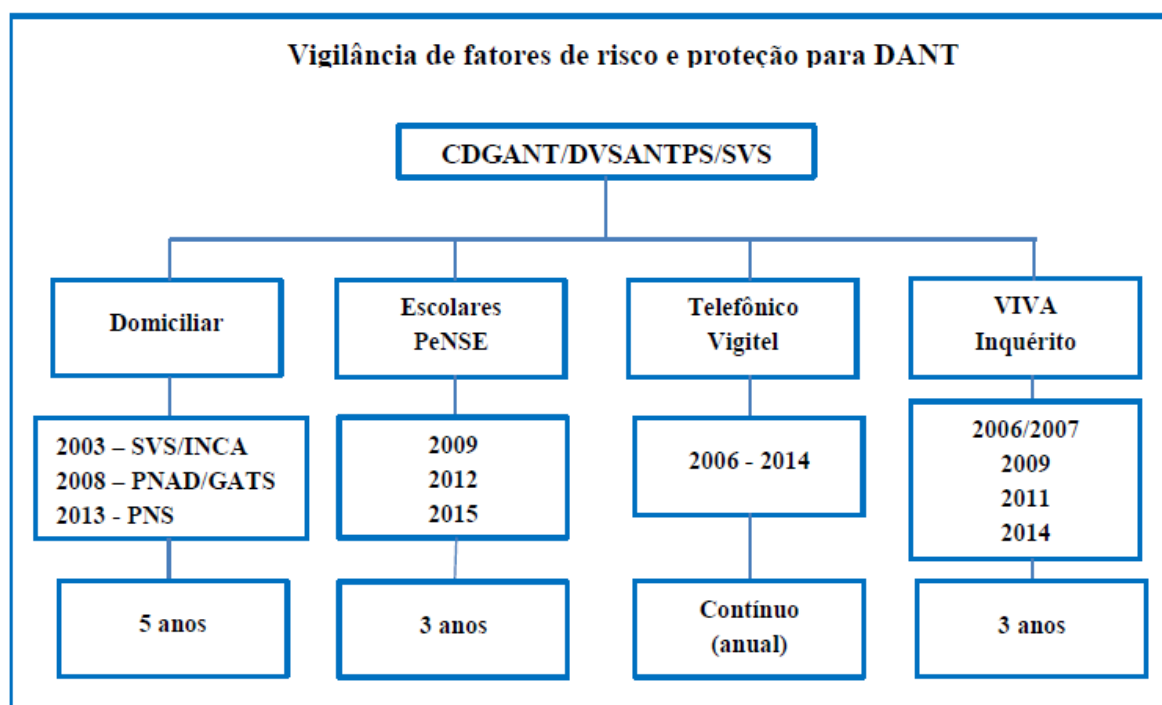
2.2 AS POLÍTICAS DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO CONTEXTO BRASILEIRO E A PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE DO ESCOLAR

O Brasil, seguindo uma tendência mundial, tem enfrentado processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional desde os anos 60, os quais geraram mudanças nos padrões de ocorrência de patologias, com aumento

importante da prevalência das DCNT (MALTA et al, 2006). Com vistas a responder a esse quadro, o SUS vem organizando ações no sentido de estruturar e operacionalizar um sistema de vigilância específico para as DCNT, com o objetivo de avaliar a distribuição, a magnitude e a tendência das doenças crônicas e seus fatores de risco, além de apoiar as políticas públicas de promoção da saúde (BRASIL, 2011a).

Ao se percorrer o histórico dessas ações do SUS, com base no Eixo I do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil (BRASIL, 2011a), tem-se que em 2003, foi realizado o primeiro inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidades referidas de agravos não transmissíveis, o qual constituiu uma primeira linha de base do país para o monitoramento dos principais fatores de risco (Figura 1).

Figura 1 - Panorama das ações de vigilância de fatores de risco e proteção para Doenças e Agravos Não Transmissíveis no Brasil: eixo I (vigilância, monitoramento e avaliação).



Fonte: Malta (2016).

Três anos depois, em 2006, foi implantado o sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL), que com mais de 50 mil entrevistas por ano, investiga a frequência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas e morbidade referida em adultos residentes em domicílios com linha fixa de telefone nas capitais brasileiras. No mesmo ano, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) foi implantado com o objetivo de coletar dados e gerar informações sobre violências e acidentes para subsidiar

políticas em saúde pública direcionadas à prevenção desses agravos, à atenção e proteção às vítimas e à promoção da saúde e da cultura de paz. O VIVA possui os componentes VIVA/SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), que é constituído pela vigilância contínua de violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas; e o VIVA Inquérito, na modalidade de inquérito acerca de violências e acidentes em serviços sentinelas de urgência e emergência de municípios selecionados (BRASIL, 2013b).

Em 2008, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) incluiu, como parte da iniciativa do *Global Adult Tobacco Survey* (GATS), informações sobre morbidade e alguns fatores de risco, além da Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab) (BRASIL, 2011b). Já em 2009, o destaque foi a realização da PeNSE, o primeiro inquérito de iniciativa nacional que investigou os fatores de risco e proteção em adolescentes. Com cerca de 63 mil alunos participantes do 9º ano das escolas públicas e privadas das capitais do Brasil e do Distrito Federal, essa pesquisa foi implementada via parceria entre o IBGE e os Ministérios da Saúde e da Educação, e passou a acontecer a cada três anos (BRASIL, 2011a).

A PeNSE foi proposta no contexto do Decreto nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2007b), que instituiu o Programa Saúde na Escola (PSE) com o objetivo de integrar as redes de Educação Básica e Atenção Básica à Saúde nos territórios de responsabilidade das equipes de Saúde da Família, estratégia prioritária do modelo de saúde vigente nacional. Dessa forma, a implantação do Sistema Nacional de Monitoramento da Saúde Escolar, o qual a PeNSE fomenta, passa a subsidiar os gestores com informações regulares e assim confere sustentabilidade ao sistema de vigilância para escolares (BRASIL, 2009).

Com a consolidação da PeNSE e a realização das edições de 2012 e 2015, aprimora-se a análise das características de saúde dos adolescentes brasileiros e produz-se parâmetros e evidências para a orientação e avaliação de políticas destinadas aos adolescentes e escolares (BRASIL, 2011a; 2013c; 2016). Dentre os diversos blocos que compõem o instrumento de coleta de dados da PeNSE (ANEXOS B e D), vale ressaltar o bloco denominado saúde bucal, que inclui questões relativas à frequência de escovação dentária diária, relato de dor de dente e frequência de ida ao dentista. A inserção de questões relevantes para a saúde bucal em inquéritos nacionais de saúde representa avanço na perspectiva da vigilância em saúde bucal e fornece informações para o estudo de tendências e desigualdades socioeconômicas entre as regiões, além de tornar possível a comparação entre países (FREIRE et al, 2015).

Em relação ao Eixo II do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT (Promoção da Saúde) (BRASIL, 2011a), ressalta-se a importância da Política Nacional de Promoção da Saúde, aprovada em 2006 e atualizada em 2014, a qual prioriza ações de alimentação saudável, atividade física, prevenção ao uso do tabaco e álcool, com transferência de recursos a estados e municípios para a implantação intersetorial e integrada das ações visando à melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2014a).

No que refere à atividade física, o Ministério da Saúde lançou, em 2011, o programa Academia da Saúde, com o objetivo de promoção da saúde por meio de atividade física. Desde 2006, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde apoia e financia programas de atividade física (BRASIL, 2011a).

Em relação ao tabagismo, a política antitabaco é um ponto de relevância que reflete no declínio da prevalência das DCNT. Destacam-se as ações regulatórias, como a proibição da propaganda de cigarros e as advertências sobre o risco de problemas nos maços do produto (BRASIL, 2011a).

No que diz respeito à alimentação, o incentivo ao aleitamento materno e à alimentação saudável tem sido uma importante iniciativa do Ministério da Saúde, aliada à divulgação de mensagens claras, como o Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2008; 2014b), e parcerias, como a do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome no programa Bolsa Família. O Brasil ainda se destaca na regulamentação da rotulagem dos alimentos e nos acordos com a indústria para a redução do teor das gorduras *trans* e de sódio em alimentos industrializados (BRASIL, 2011a).

O Eixo III do Plano, chamado Cuidado Integral, trata da expansão da Atenção Básica, com vistas ao acompanhamento longitudinal dos usuários do SUS com DCNT, da expansão da atenção farmacêutica e distribuição gratuita de medicamentos para hipertensão e diabetes e também da ampliação de exames preventivos para os cânceres da mama e do colo do útero (BRASIL, 2011a).

As ações supracitadas estão alinhadas com as metas e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável incluídos na Agenda 2030, dentre elas, reduzir em um terço a mortalidade prematura por DCNT (UNITED NATIONS, 2015).

A seguir são revisados os comportamentos em saúde que atuam como importantes fatores de risco ou proteção para essas doenças e para os agravos relacionados às causas externas e saúde mental.

2.3 COMPORTAMENTOS EM SAÚDE GERAL E BUCAL

Este tópico apresenta os comportamentos relacionados à saúde abordados no presente trabalho, bem como a inter-relação existente entre eles e a associação a fatores sociodemográficos e do contexto familiar. Os comportamentos foram organizados nos seguintes blocos temáticos: hábitos alimentares; hábitos de higiene; frequência de ida ao dentista; uso de cigarro, álcool e outras drogas; uso de preservativo; prática de atividade física e exposição a causas externas.

2.3.1 Hábitos alimentares

Alimentação adequada e saudável é um direito humano fundamental que inclui a garantia ao acesso regular e permanente a uma prática alimentar apropriada aos fatores sociais e biológicos, respaldada pela cultura, acessível geográfica e financeiramente, coerente qualitativa e quantitativamente, além de observar os princípios de equilíbrio, variedade, moderação e prazer e se apoiar em práticas de produção sustentáveis (BRASIL, 2014b).

O Guia Alimentar para a População Brasileira em sua segunda edição (BRASIL, 2014b) recomenda, entre outras medidas, fazer de alimentos *in natura* ou minimamente processados a base da alimentação; utilizar óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao preparar alimentos; limitar o consumo de alimentos processados e evitar o consumo de alimentos ultraprocessados (BRASIL, 2014b).

Os alimentos *in natura* se referem a partes de vegetais e animais (como carnes, verduras, legumes e frutas), enquanto que os minimamente processados são aqueles submetidos a processos que não envolvam agregação de substâncias ao alimento original, tais como limpeza, moagem e pasteurização (grãos, farinhas e frutas secas, por exemplo). Já os alimentos processados são aqueles fabricados pela indústria com a adição de sal ou açúcar a alimentos para torná-los duráveis e mais agradáveis (queijos, pães, conservas e carnes defumadas) e os ultraprocessados consistem em formulações industriais, que contêm aditivos e pouco ou nenhum alimento inteiro (como biscoitos, sorvetes, refrigerantes, chocolates, produtos congelados, dentre outros) (BRASIL, 2014b).

Dessa forma, o consumo de guloseimas, biscoitos doces e refrigerantes deve ser evitado, enquanto o consumo de frutas, legumes e verduras deve ser preconizado de forma a garantir uma alimentação saudável a todos os grupos etários nas três principais refeições (café da manhã, almoço e jantar). Além disso,

algumas orientações devem ser seguidas com vistas à melhor digestão dos alimentos, maior controle das quantidades ingeridas e maior interação social: comer com regularidade e atenção, em ambientes apropriados e em companhia (BRASIL, 2014b).

Segundo a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (BRASIL, 2012), o consumo médio de frutas e hortaliças entre os brasileiros ainda é metade do valor recomendado pelo Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2008) e manteve-se estável na última década, enquanto alimentos ultraprocessados, como doces e refrigerantes, têm o seu consumo aumentado a cada ano (BRASIL, 2012).

Nesse quadro, os adolescentes são apontados como o grupo etário com pior perfil de dieta, com as menores frequências de consumo de feijão, saladas e verduras em geral, apontando para um prognóstico de aumento do excesso de peso e doenças crônicas (BRASIL, 2012). Ainda de acordo com esse documento, a dieta dos brasileiros de renda mais baixa e também dos residentes na zona rural apresenta melhor qualidade, com predominância do arroz e feijão aliados a alimentos básicos como peixes e milho, enquanto a frequência de alimentos de baixa qualidade nutricional, como doces, refrigerantes, pizzas e salgados, tende a crescer com o aumento da renda das famílias (BRASIL, 2012).

2.3.1.1 *Consumo de açúcar*

O consumo de alimentos que contêm açúcar adicionado está ligado ao aumento da prevalência de doenças crônicas, como obesidade, diabetes e cárie dentária (LUDWIG; PETERSON; GORTMAKER, 2001; SHEIHAM; JAMES, 2015).

Nesse sentido, a restrição de açúcar na alimentação é recomendada pelo Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2008) com vistas à diminuição do risco não só de obesidade, diabetes e cárie, mas também de hipertensão arterial, dislipidemias e doenças cardiovasculares. Por essas razões, de acordo com o guia, os carboidratos simples ou açúcares simples, que são fontes apenas de energia e não de nutrientes, devem compor a alimentação em quantidades reduzidas (menos de 10% do valor energético total diário). Como exemplos de carboidratos simples ou açúcares livres que devem ter sua ingestão limitada, o guia traz o açúcar de mesa, refrigerantes, sucos artificiais, doces e guloseimas em geral (BRASIL, 2008).

Em sua segunda edição, o Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014b) mantém a informação de que o consumo excessivo de açúcar aumenta o risco de cárie dentária, obesidade e outras doenças crônicas, e detalha

que esse produto tem elevada quantidade de caloria por grama, devendo ser utilizado com moderação. No caso de consumo de alimentos processados, orienta a importância de consultar os rótulos para dar preferência àqueles com menores teores de sal ou açúcar. Apesar de trazer a recomendação de utilizar o açúcar em pequenas quantidades, o guia não estabelece valores quantitativos ou percentuais, como a edição anterior.

A OMS, em sua mais recente diretriz sobre o tema (OMS, 2015), recomenda fortemente reduzir a ingestão de açúcares livres a menos de 10% da ingestão calórica total diária, o que equivale a aproximadamente 50 gramas por dia tanto em adultos como em crianças, e sugere uma redução adicional de 5% como recomendação condicional.

No entanto, essa diretriz poderia ter sido mais efetiva e mais clara se houvesse incorporado como forte recomendação a redução de ingestão de açúcares livres para até menos que 5% da ingestão calórica total diária, conforme advogam estudiosos da saúde bucal coletiva com base em estudos transversais e longitudinais (SHEIHAM; JAMES, 2015).

Um recente estudo de análise histórica mostrou que a indústria do açúcar, alimentos e bebidas tem ao longo do tempo tentado criar uma controvérsia sobre o tema, por meio de financiamento de pesquisas contrárias à evidência dos danos do açúcar à saúde e de influência sobre comitês e comissões internacionais formuladores de diretrizes (KEARNS; GLANTZ; SCHMIDT, 2015).

2.3.1.1.1 Consumo de guloseimas e biscoitos doces

Está bem estabelecido que os açúcares, em especial a sacarose, são o fator causal mais importante da cárie dentária em crianças e adultos (SHEIHAM, 2001, SHEIHAM; JAMES, 2015).

Em relação à associação com outros comportamentos nocivos à saúde, um maior consumo de guloseimas tem sido relacionado a um maior consumo de refrigerantes, a um menor consumo de frutas e verduras, e ao uso de cigarros em escolares participantes da pesquisa *Health Behaviour in School-aged Children* (HSBC), em 41 países da Europa e da América do Norte (CURRIE et al, 2008).

Um maior consumo de açúcar e guloseimas foi observado em crianças e adolescentes de menor nível socioeconômico e com maiores índices de cárie em crianças e adolescentes residentes em Londres (MALIDEROU; REEVES; NOBLE, 2006), e sem diferenças por sexo em crianças do Reino Unido (BRADSHAW, 2016).

Já no Brasil, análise subsequente da PeNSE 2009 em relação a marcadores de alimentação não saudável (LEVY et al, 2010) mostrou que 92% dos escolares havia consumido guloseimas pelo menos uma vez na semana anterior à pesquisa. Um maior consumo regular de guloseimas e biscoitos doces foi observado entre as meninas, alunos de escolas públicas e entre aqueles de menor nível socioeconômico (menor escolaridade materna e menor escore de bens e serviços) (LEVY et al, 2010).

2.3.1.1.2 Consumo de refrigerantes

O consumo frequente de refrigerantes contendo açúcar implica em maior risco de desenvolvimento de cárie dentária (LIM et al, 2008). Além disso, o consumo de refrigerantes é o principal fator para o desenvolvimento da erosão dentária (TAHMASSEBI et al, 2006), caracterizada por perda de substância dentária nas superfícies palatinas dos incisivos superiores.

Além disso, o consumo de refrigerantes contendo açúcar compromete a ingestão de outras bebidas mais nutritivas (HARNACK; STANG; STORY, 1999). Uma revisão sistemática com metanálise indicou ainda que o consumo de refrigerantes tem associação positiva com maior consumo de calorias, ganho de peso e diabetes (VARTANIAN; SCHWARTZ; BROWNELL, 2007); e estudo em escolares iranianos demonstrou maior média de dentes permanentes cariados, perdidos ou obturados entre aqueles que consumiam refrigerantes diariamente (ALMASI et al, 2016).

O consumo diário de refrigerantes não dietéticos foi associado ao uso recente de cigarros e à falta de uso de cinto de segurança ao andar de carro dirigido por outra pessoa em adolescentes americanos (PARK et al, 2013).

Maiores prevalências de consumo de refrigerantes foram observadas em adolescentes holandeses do sexo masculino e de menor escolaridade e o hábito foi associado ao comportamento dos pais e à disponibilidade desses produtos na cantina escolar (WOUTERS et al, 2010). Outro estudo conduzido na Espanha verificou maior consumo de refrigerantes entre adolescentes com mães de maior escolaridade (ARANCETA et al, 2003). No Brasil, análise da PeNSE 2009 mostrou maior consumo de refrigerantes entre meninos, alunos de escolas públicas e de menor nível de escore de bens e serviços (LEVY et al, 2010).

2.3.1.2 Consumo de frutas

As frutas são importantes fontes de fibras, minerais, vitaminas e outros nutrientes (*WORLD CANCER RESEARCH FUND/AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH*, 2007). Nesse sentido, o consumo diário de diferentes tipos de alimentos que possuem as proporções adequadas de nutrientes, como as frutas, é fundamental para o crescimento e manutenção da saúde (OMS, 2003).

O papel protetor das frutas na prevenção das doenças cardiovasculares e das neoplasias está bem estabelecido (*WORLD CANCER RESEARCH FUND/AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH*, 2007). Nos Estados Unidos e no Reino Unido, recomenda-se o consumo de cinco ou mais porções de frutas e vegetais ao dia como parte de uma dieta saudável (*UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES AND UNITED STATES DEPARTMENT OF AGRICULTURE*, 2005; *PUBLIC HEALTH ENGLAND*, 2016).

O aumento do consumo de frutas pode ser uma forma indireta de reduzir o consumo de alimentos que contêm açúcar adicionado e de baixo teor nutritivo (FREIRE et al, 2012). Alimentos naturais como frutas, grãos e vegetais possuem ainda fatores protetores que atuam como agentes anticariogênicos. Além disso, alimentos fibrosos estimulam o fluxo salivar e contribuem para a saúde bucal (MOBLEY, 2003). Há ainda evidência de que deficiências nutricionais e dietas inadequadas funcionam como fontes de radicais livres que seriam responsáveis por tornar o indivíduo mais vulnerável ao desenvolvimento do câncer bucal (MARCHIONI et al, 2007).

O consumo de frutas está associado positivamente à atividade física (SANCHEZ et al, 2007) e negativamente ao tabagismo, etilismo e maior consumo de doces entre escolares europeus e americanos (VERECKEN; OJALA; JORDAN, 2004). Além disso, uma revisão da literatura mostrou associação positiva de consumo de frutas com nível socioeconômico (RASMUSSEN et al, 2006). Menor afluência familiar esteve associada ao menor consumo de frutas em adolescentes europeus e americanos (CURRIE et al, 2008). No Brasil, análise da PeNSE 2009 mostrou maior consumo de frutas entre adolescentes com maior escore de bens e serviços e entre alunos de escolas públicas (LEVY et al, 2010).

2.3.1.3 Hábito de tomar café da manhã

O consumo regular de café da manhã tem sido identificado como um

importante fator de proteção contra condição nutricional inadequada e obesidade, principalmente devido à associação com outros comportamentos saudáveis, como atividade física, entre adolescentes americanos (MERTEN et al, 2009). Alguns estudos associam o hábito de tomar café da manhã ao maior consumo de micronutrientes e a hábitos alimentares mais adequados, incluindo consumo de frutas e hortaliças e menor consumo de refrigerantes (TIMLIN et al, 2008; HAUG et al, 2009).

Por outro lado, a ausência do café da manhã tem sido associada ao uso de cigarros, falta de atividade física e preocupação com o peso corporal. Essa ausência é comum entre crianças e adolescentes, o que gera preocupação, uma vez que estudos apontam que essa refeição beneficia a função cognitiva relacionada à memória, além das notas e frequência escolares (RAMPERSAUD et al, 2005). A ausência do hábito de tomar café da manhã é mais frequente em adolescentes do sexo feminino, de idade mais elevada, e entre aqueles de menor afluência familiar e que moram somente com um dos pais entre adolescentes americanos e europeus (VEREECKEN et al, 2009).

Em estudo de representatividade nacional com adolescentes americanos, ter pelo menos um dos pais na residência pela manhã esteve associado ao hábito de tomar café da manhã, enquanto que residir em comunidades mais pobres diminuiu a chance de realizá-lo (MERTEN et al, 2009).

No Brasil, estudo nacional de base escolar (BARUFALDI et al, 2016) mostrou que quase metade dos adolescentes relatou consumir café da manhã quase sempre ou sempre, porém mais de um quinto não realizavam essa refeição. Maiores prevalências de consumo de café da manhã foram observadas em escolares do sexo masculino, entre os mais jovens, cujas mães apresentavam maior escolaridade, que estudavam em escolas privadas e residentes nas regiões Norte e Nordeste (BARUFALDI et al, 2016).

2.3.1.4 *Hábito de comer assistindo à televisão (TV)*

De acordo com estudo conduzido em oito países europeus, crianças de 10 a 12 anos de idade que não têm o hábito de realizar refeições enquanto assistem à TV possuem menor chance de estarem acima do peso (VIK et al, 2013). Ainda na Europa, o tempo em frente à TV foi associado ao maior consumo de alimentos calóricos e refrigerantes, baixo consumo de frutas e vegetais, baixo gasto de energia e distúrbios alimentares (CURRIE et al, 2008; CALADO et al, 2010; LIPSKY;

IANNOTTI, 2012), além de sobrepeso em meninas (DUPUY et al, 2011).

No Brasil, análise dos dados da PeNSE 2009 mostrou que o hábito de comer assistindo à TV ou estudando foi mais frequente entre alunos de escola pública e entre aqueles com menor escore de bens e serviços (LEVY et al, 2010).

O maior tempo em frente à TV pode contribuir para o ganho de peso por alguns mecanismos, tais como menor gasto energético e aumento do consumo de alimentos de alto teor calórico (CAMELO et al, 2012). Além disso, a exposição prolongada a propagandas e comerciais de alimentos industrializados veiculados pela TV esteve ligada ao aumento do índice de massa corporal em crianças americanas, demonstrando a forte influência do conteúdo assistido nas escolhas alimentares não saudáveis (ZIMMERMAN; BELL, 2010).

2.3.2 Hábitos de higiene

2.3.2.1 Higienização das mãos

Nos países em desenvolvimento, as infecções respiratórias e as doenças diarreicas são responsáveis por um grande número de óbitos em crianças; ambos os agravos podem ser prevenidos pela prática de higienização adequada das mãos (BRASIL, 2013c). Essa prática pode prevenir também doenças causadas por helmintos e alguns agentes relacionados às infecções oculares (BRASIL, 2013c).

A higienização adequada das mãos, seja antes das refeições ou após o uso do banheiro, esteve associada à escovação dentária regular em escolares e foi influenciada positivamente pelo maior grau de escolaridade dos pais entre escolares colombianos e chineses (LOPEZ-QUINTERO et al, 2009, PETERSEN et al, 2008). A falta dessa prática foi associada a uso de álcool, atividade física insuficiente e sobrepeso em escolares de países asiáticos (PELTZER; PENGPID, 2014).

No Brasil, de acordo com a PeNSE 2012, mais da metade do escolares relatou o hábito de higienizar as mãos, e essa prática de autocuidado esteve associada ao maior uso de serviços de saúde (OLIVEIRA et al, 2015).

2.3.2.2 Frequência de escovação dentária

Ao se limitar a frequência de consumo de açúcar, manter boa higiene bucal e usar creme dental fluoretado regularmente para escovação dentária, pode-se prevenir a cárie dentária e as doenças periodontais, ou seja, as doenças crônicas de

caráter comportamental mais comuns (MAES; MASER; HONKALA, 2004). A escovação dentária duas vezes ao dia com pasta fluoretada é a frequência recomendada universalmente (MARINHO et al, 2014). De acordo com uma revisão da literatura com metanálise, há forte evidência de que a escovação dentária menos frequente implica em maior incidência e em incremento de lesões cáries, quando comparada à frequência ideal (KUMAR; TADAKAMADLA; JOHNSON, 2016).

Estudos em adolescentes escolares ingleses mostraram que a frequência de escovação dentária tende a aumentar com o nível socioeconômico e observou-se uma relação positiva com a autoestima (MACGREGOR; BALDING, 1991; MACGREGOR; REGIS; BALDING, 1997). Além disso, a frequência de escovação dentária entre escolares ingleses foi influenciada por outros comportamentos ligados ao estilo de vida, como acordar na hora, consumir café da manhã e ter horário para dormir à noite (MACGREGOR; BALDING; REGIS, 1996).

Amostras representativas de 32 países europeus e norte-americanos mostraram variações nesta frequência de 16 a 80% para os meninos e 26 a 89% para meninas. Sexo, afluência familiar e ocupação dos pais mostraram-se significativamente associados à frequência de escovação dentária entre esses adolescentes (MAES et al, 2006). Aqueles cujos pais têm menor grau de escolaridade e nível socioeconômico mais baixo relataram menor frequência de escovação do que seus pares (LEVIN; CURRIE, 2010).

Entre adolescentes escolares de Goiânia, o sexo feminino apresentou maior frequência de escovação dentária (FREIRE; SHEIHAM; BINO, 2007). Nesse estudo, a mãe foi relatada como a principal pessoa a dar as primeiras instruções sobre a importância da limpeza dos dentes (FREIRE; SHEIHAM; BINO, 2007).

Há uma associação significativa entre escovação dentária e outros comportamentos positivos relacionados à saúde. Uma maior frequência de escovação esteve associada a menor probabilidade de fumar e a maior probabilidade de realizar atividade física entre adolescentes coreanos e brasileiros (PARK; PATTON; KIM, 2010; VETTORE et al, 2012), a maior probabilidade de tomar café da manhã em adolescentes coreanos (PARK; PATTON; KIM, 2010), e a menor consumo de álcool, bem como ao uso mais frequente do cinto de segurança entre adolescentes brasileiros, segundo dados da PeNSE 2009 (VETTORE et al, 2012).

Por outro lado, a menor frequência de escovação dentária esteve associada ao uso recente de drogas, conforme o estudo que utilizou dados da PeNSE 2009 (VETTORE et al, 2012).

Além disso, indivíduos que acumulam um maior número de comportamentos

de risco à saúde tendem a escovar os dentes com menor frequência, segundo estudo realizado no Irã (ASGARI et al, 2015). Uma revisão sistemática da literatura evidenciou que a escovação dentária tem sido positivamente relacionada a alguns fatores psicossociais, como influências sociais, autoeficácia, planejamento de ação e intenção (SCHEERMAN et al 2016).

2.3.3 Frequência de ida ao dentista

Visitar o dentista periodicamente para revisão de rotina tende a reduzir o risco de perda dentária e está associado a uma maior prevalência de dentição funcional em adultos, ou seja, a retenção de no mínimo 20 dentes naturais (OMS, 1992, CUNHA-CRUZ et al, 2004, KOLTERMANN et al, 2011, BROADBENT et al, 2016).

Indivíduos do sexo feminino, não fumantes e de melhor nível socioeconômico tendem a visitar o dentista com maior frequência (HELLQVIST et al, 2009, EKE et al, 2011). No Canadá e nos Estados Unidos, indivíduos que visitam o dentista menos de uma vez ao ano apresentam maior incidência de câncer de cabeça e pescoço do que em indivíduos que visitam o dentista regularmente pelo menos uma vez ao ano (JOHNSON et al, 2010).

No contexto brasileiro, visitar o dentista regularmente está associado a um menor número de dentes com cáries não tratadas e a um maior número de dentes restaurados (CELESTE; NADANOVSKY, 2010). No grupo etário de 15 a 19 anos do inquérito nacional de saúde bucal de 2003, quanto maior o tempo desde a última visita ao dentista, menor foi o índice de dentes permanentes restaurados, perdidos e obturados (CPOD), o que pode refletir o fato dos jovens com boa condição de saúde bucal não sentirem que precisam ir ao dentista com frequência.

Adolescentes do sexo masculino, mais jovens, com pais de menor escolaridade e de menor nível socioeconômico frequentavam menos o dentista, de acordo com uma revisão de estudos conduzidos em vários países (FÄGERSTAD; WINDAHL; ARNRUP, 2016). Entre adolescentes escolares ingleses, aqueles com maior autoestima visitavam o dentista com maior frequência (MACGREGOR; REGIS; BALDING, 1997).

2.3.4 Uso de cigarro, álcool e outras drogas

2.3.4.1 Uso de cigarro

O tabagismo está relacionado a doenças cardiovasculares, câncer de pulmão e

desordens pulmonares obstrutivas, e ainda ao carcinoma de células escamosas bucal e a lesões orais potencialmente malignas (EZZATI; LOPEZ, 2003, CDC, 2004, SOUSA et al, 2014). O uso de tabaco é também considerado um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento e progressão da doença periodontal, devido aos seus efeitos adversos ao processo inflamatório (MOKEEN et al, 2014).

De acordo com estudo realizado nos Estados Unidos, a maioria dos fumantes inicia o hábito antes dos 18 anos (LAMKIN; HOUSTON, 1998). Fumantes jovens se tornam viciados antes de chegarem à idade adulta, tornando-os menos capazes de parar de fumar e mais vulneráveis a desenvolverem problemas de saúde relacionados ao tabaco (LAMKIN; HOUSTON, 1998).

O uso de cigarros tende a aumentar com a idade dos adolescentes e sua prevalência foi maior em meninos do que em meninas entre europeus e americanos (CURRIE et al, 2004, 2008). Baixo nível socioeconômico, baixa afluência familiar e baixo grau de escolaridade dos pais estiveram associados ao hábito de fumar entre escolares europeus e americanos (VINER et al, 2006, CURRIE et al, 2008).

Já no Brasil, a partir de dados da PeNSE 2009, verificou-se maior chance de uso de cigarros em adolescentes de escolas privadas e de menor supervisão da família (MALTA et al, 2011; BARRETO et al, 2012).

2.3.4.2 Uso de álcool

O consumo de bebida alcoólica é um dos principais fatores de risco para a saúde (PATTON et al, 2009). O álcool pode influenciar o desenvolvimento cognitivo, emocional e social dos adolescentes (TAPERT et al, 2004). Além disso, o uso precoce do álcool está associado a problemas de saúde na idade adulta, aumentando significativamente o risco de se tornar consumidor em excesso ao longo da vida (STRAUCH et al, 2009; MCCAMBRIDGE; MCALANEY; ROWE, 2011).

O álcool, particularmente quando associado ao uso de cigarros, é reconhecido como um importante fator de risco para o câncer bucal (OGDEN, 2005).

O consumo excessivo de álcool na adolescência está associado a insucesso escolar, acidentes, violência e a outros comportamentos de risco, como uso de cigarros e drogas ilícitas e prática de sexo desprotegido, de acordo com uma revisão da literatura (PECHANSKY; SZOBOT; SCIVOLETTO, 2004), dados da PENSE 2009 (ANDRADE et al, 2012) e dados de escolares americanos e europeus (CURRIE et al, 2012).

No Brasil, análise da PeNSE 2009 mostrou que o consumo de álcool foi maior entre escolares do sexo feminino, de idade mais elevada e de menor supervisão familiar do seu tempo livre (MALTA et al, 2011) e foi menor entre aqueles de escolas públicas e da cor/raça parda.

2.3.4.3 *Uso de drogas ilícitas*

O uso regular de drogas ilícitas esteve relacionado a vários problemas, tais como comprometimento cognitivo, baixo desempenho escolar, agressão, delinquência, depressão e ansiedade em escolares europeus e americanos (CURRIE et al, 2012). Além disso, a drogadição química tem sido associada a uma pior condição de saúde bucal, incluindo maior prevalência de cárie, doenças periodontais e lesões potencialmente malignas entre tchecos e indianos (PILINOVÁ et al, 2003; ROOBAN et al, 2008).

No Brasil, os dados da PenSE 2009 mostraram que o consumo de drogas ilícitas é maior entre escolares do sexo masculino, de idade mais elevada, de escolas públicas e sem supervisão familiar do tempo livre, com ausência de diferença para cor/raça (MALTA et al, 2011).

2.3.5 Uso de preservativo

Uma das principais mudanças na adolescência é o início da vida sexual. Estudos mostram que a vida sexual dos adolescentes tem início cada vez mais precoce, sendo associado ao sexo desprotegido e ao maior número de parcerias ao longo da vida entre adolescentes americanos (SHAFII; STOVEL; HOLMES, 2007). O não uso do preservativo ou seu uso inadequado podem levar não só às IST, inclusive AIDS, mas também à gravidez indesejada, conforme relatado em estudo conduzido entre escolares venezuelanos (GRANERO; PONI; SÁNCHEZ, 2007).

Fatores do contexto familiar e da escola podem ser protetores para o comportamento sexual de risco (não usar preservativo). Estudo sobre a influência dos fatores relacionados à família e à escola no comportamento sexual de escolares, a partir da PeNSE 2009, revelou que viver com ambos os pais, ter um maior envolvimento familiar e monitoramento parental, e receber orientações sobre saúde sexual e reprodutiva na escola, além de estudar em escola privada, influenciam o comportamento sexual, com menor chance de realizar sexo com e sem proteção (OLIVEIRA-CAMPOS et al, 2013).

Já os dados da PeNSE 2012 mostraram que a relação sexual foi mais frequente entre meninos e que a baixa escolaridade materna e o fato de o escolar trabalhar aumentaram a chance de comportamento sexual de risco (não usar preservativo). Além disso, a chance de praticar sexo protegido e desprotegido aumentou com o número de substâncias psicoativas utilizadas. Entre os que não receberam orientação sobre prevenção de gravidez na escola, a chance de ter relação sexual aumentou, com destaque para a prática de sexo desprotegido (OLIVEIRA-CAMPOS et al, 2014).

No município de Goiânia, verificou-se maior prevalência de relação sexual em escolares do sexo masculino, maiores de 14 anos, que não moravam com nenhum dos pais, estudavam em escolas públicas, com relato de experimentação de álcool, cigarros e outras drogas e envolvimento em brigas e agressão familiar (SASAKI et al, 2015).

2.3.6 Prática de atividade física

A atividade física contribui para a saúde de diversas formas, incluindo a redução do risco de neoplasias, doenças cardiovasculares, diabetes melito tipo II e depressão (PATE et al, 1995, OMS, 2003, ROTHON et al, 2010).

As recomendações globais sobre atividade física para uma vida saudável (caracterizada por aptidão cardiorrespiratória e muscular; saúde óssea, cardiovascular e metabólica) sugerem que crianças e jovens de 5 a 17 anos façam pelo menos 60 minutos de atividade física diariamente, de intensidade moderada a vigorosa (ou seja, que acelera a frequência cardíaca e provoca respiração rápida) (OMS, 2010). A atividade física para esse grupo etário inclui brincadeiras, jogos, esportes, transporte, recreação, educação física ou exercício programado, no contexto de atividades da família, escola e comunidade (OMS, 2010).

Estudos entre escolares europeus e americanos relatam que a atividade física diminui com a idade, meninos são mais ativos que meninas e que há associação significativa entre menor afluência familiar e menor prática de atividade física (ROBERTS; TYNJALA; KOMKOV, 2004, CURRIE et al, 2008).

Os dados da PeNSE 2009 indicaram baixa prevalência de escolares ativos e com duas ou mais aulas de educação física por semana, além de elevada prevalência de comportamento sedentário (HALLAL et al, 2010). Além disso, meninas foram classificadas como inativas mais frequentemente do que meninos. Maior proporção de escolares inativos foi observada entre aqueles de menor escolaridade materna (HALLAL et al, 2010).

2.3.7 Exposição a causas externas

2.3.7.1 Uso de cinto de segurança e de capacete

Há elevadas taxas de morbimortalidade de jovens e adolescentes por acidentes de transporte terrestre no Brasil (MORAIS NETO et al, 2010). Em parte, esses acidentes tendem a ocorrer porque uma parcela significativa de adolescentes e jovens não respeita as leis de trânsito e/ou se expõe a riscos ao não usarem os equipamentos de proteção preconizados, tais como o capacete ao andar de motocicletas e o cinto de segurança em veículos motorizados (JORGE; MARTINS, 2013).

Acidentes de trânsito são causas comuns de traumatismos dentários entre crianças e jovens no Brasil e no mundo (FREIRE et al, 2014; BASTONE et al, 2000), além de outras importantes sequelas físicas, que podem gerar repercussões sociais em suas vítimas, como o abandono escolar e dificuldades nos relacionamentos (FRANÇOSO; COATES, 2008).

A redução do consumo de álcool ao dirigir pode atuar como um fator protetor de acidentes de trânsito entre adolescentes, bem como a diminuição do limite de velocidade (BENINCASA; REZENDE, 2006). De acordo com a PeNSE 2009, tanto para acidentes quanto para violências, houve o predomínio de envolvimento de escolares do sexo masculino e de cor/raça não branca (MALTA et al, 2012).

2.3.7.2 Violência física

A violência física é um problema de saúde pública em todo o mundo. Mais de um milhão de pessoas anualmente perdem suas vidas ou sofrem ferimentos não fatais em consequência de comportamento agressivo e violência (SMITH-KHURI et al, 2004, VINER et al, 2011).

A definição de violência, de acordo com a OMS, se refere ao “uso intencional de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação” (KRUG et al, 2002, p. 5).

A violência física é considerada o sinal mais comum de violência interpessoal na adolescência e é causa comum de traumatismo dentário tanto em crianças

quanto em adolescentes em todo o mundo (CURRIE et al, 2002; BASTONE et al, 2000). Estudos mostram que a luta física diminui com a idade e é mais prevalente nos relatos de meninos do que meninas entre escolares europeus e americanos (CURRIE et al, 2004, 2008). A evidência da associação entre luta física e nível de afluência familiar é ainda inconsistente. A falta de supervisão familiar e o uso de punição física severa na disciplina de crianças são fortes preditores da violência na adolescência e na vida adulta de acordo com revisão sobre o tema (KRUG et al, 2002).

No Brasil, os dados da PeNSE 2009 mostrou maior envolvimento em violência física entre meninos e esteve associada ao uso de álcool entre eles (ANDRADE et al, 2012). Em ambos os sexos, observou-se associações entre violência física e ser vítima de *bullying*, uso de drogas ilícitas e efeito potencializado do uso de álcool e drogas. Morar com o pai ou com ambos pai e mãe atuou como fator protetor para violência física em meninas (ANDRADE et al, 2012).

Na edição de 2012, as situações de violência foram mais prevalentes entre estudantes do sexo masculino e de escolas públicas. A comparação com a pesquisa de 2009 mostrou aumento da prevalência em todas as situações de violência pesquisadas (MALTA et al, 2014b).

2.4 MODELOS TEÓRICOS

Diversos modelos teóricos foram desenvolvidos para compreender a razão do envolvimento, ou não, das pessoas em determinados comportamentos e a maneira como os comportamentos podem ser modificados. Os modelos mais dominantes são: o modelo de crenças de saúde, a teoria da motivação protetora, a teoria da ação planejada, o modelo transteórico e a teoria social cognitiva (PAINTER et al, 2008).

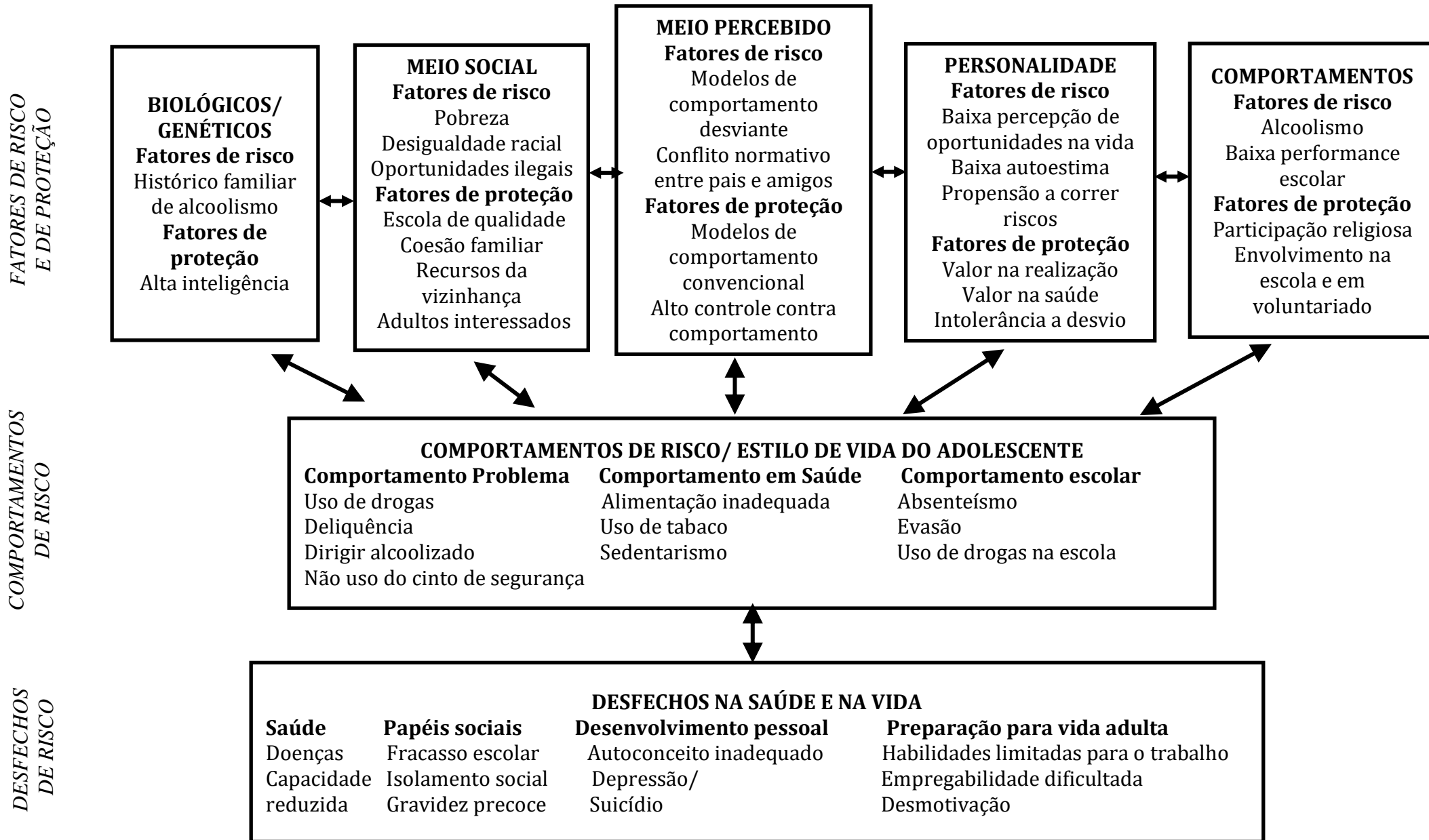
2.4.1 Teoria da conduta problema de Jessor

Uma das teorias que a partir do final da década de 70 vem sendo utilizada na compreensão dos comportamentos de risco na adolescência numa perspectiva psicossocial é a teoria da conduta problema ou *problem behavior theory* (JESSOR, 1991), a qual está direcionada para a investigação das variáveis relacionadas a problemas de comportamento na juventude.

Essa teoria sugere que um comportamento de risco está associado a outros comportamentos desviantes tais como consumo de drogas legais e ilegais, conduta

violenta, atos de delinquência e comportamentos sexuais de risco. Nessa abordagem, considera-se que a conduta problema é influenciada principalmente por três sistemas: o sistema da personalidade, o sistema do meio percebido e o sistema de comportamentos (Figura 2).

Domínios conceituais inter-relacionados de fatores de risco e fatores de proteção



Esse modelo introduz a influência do contexto de desenvolvimento biopsicossocial, em especial a família e o grupo de pares na adoção de atitudes positivas ou negativas face ao alcoolismo, sendo posteriormente expandido para estudar outros comportamentos de risco de forma multidisciplinar (DONOVAN; JESSOR; COSTA, 1991; RISE; WOLD; AARO, 1991). Essa abordagem serviu como base para as análises dos comportamentos de risco à saúde que foram avaliados nesse trabalho.

2.4.2 Modelo da determinação social da saúde

Os fatores sociais têm sido considerados importantes determinantes da saúde e o aumento das iniquidades em saúde reafirma o valor do estudo da determinação social do processo saúde-doença (MARMOT; ALLEN, 2014). As iniquidades em saúde podem ser descritas como as desigualdades em saúde redutíveis e desnecessárias, vinculadas às condições heterogêneas de vida (CNDSS, 2008).

De acordo com a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS, 2008), os determinantes sociais da saúde são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Entre os modelos que buscam esquematizar a rede de relações entre os diversos níveis de determinantes sociais e a situação de saúde, a CNDSS preconiza o de Dahlgren e Whitehead (1991) (Figura 3).

Figura 3: Modelo da determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991).



Fonte: Dahlgren e Whitehead (1991).

Esse modelo inclui os DSS dispostos em diferentes camadas, segundo seu nível de abrangência. Os indivíduos estão na base do modelo, com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos. Na camada imediatamente externa, estão os comportamentos, os quais compõem os estilos de vida individuais e constituem o foco principal do presente estudo. Tal camada está situada no limite entre os fatores individuais e os DSS, uma vez que os comportamentos, embora por vezes entendidos somente como de responsabilidade individual, podem ainda ser considerados parte dos DSS, uma vez que essas opções estão fortemente condicionadas por determinantes sociais (como informações, pressões dos pares, propaganda, possibilidade de acesso, dentre outros) (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

A camada seguinte destaca a influência das redes comunitárias e de apoio, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social, de grande importância para a saúde da sociedade como um todo.

No próximo nível, estão os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação. Isso indica que as pessoas em desvantagem social, como consequência de condições habitacionais inadequadas, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e menor acesso aos serviços, podem apresentar diferentes graus de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde.

Por fim, no último nível, estão situados os macrodeterminantes, os quais estão relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais. Enquanto os fatores individuais são importantes para identificar quais indivíduos no interior de um grupo estão submetidos a maior risco, as diferenças nos níveis de saúde entre grupos e países estão relacionadas com principalmente com o grau de equidade na distribuição de renda, dentre outros fatores (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

2.5 AGRUPAMENTOS DE COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE GERAL E BUCAL EM ADOLESCENTES

O único estudo encontrado na literatura que investigou padrões de agrupamento de comportamentos de risco à saúde na adolescência, que incluiu comportamentos específicos da saúde bucal, e utilizou uma técnica *data-driven* de análise de dados está descrito a seguir.

Alzahrani et al (2014), ao estudarem o agrupamento de comportamentos em

saúde de adolescentes sauditas do sexo masculino, utilizaram a análise de *cluster* aglomerativa hierárquica e encontraram dois agrupamentos (*clusters*) amplos e estáveis: o primeiro incluiu baixo consumo de frutas, escovação dentária menos frequente e baixa atividade física, enquanto o segundo incluiu alto consumo de doces, uso atual de cigarros e envolvimento em violência física. Ao empregar o método de comparação entre a razão observada/esperada, observou-se que a maioria dos padrões de agrupamento de comportamentos com alta razão O/E incluíram o uso atual de cigarros, indicando que este comportamento pode atuar como porta de entrada para os demais comportamentos de risco. O grau de escolaridade do pai foi associado negativamente ao agrupamento dos comportamentos de risco à saúde (ALZHRANI, 2012).

Ressalta-se que, por questões culturais, operacionais e de segurança, o referido estudo foi conduzido somente em adolescentes escolares do sexo masculino, uma vez que na Arábia Saudita as escolas são não mistas (separadas por sexo) e o acesso às escolas para meninas é restrito somente a pessoas do sexo feminino (até mesmo para visitantes), o que impossibilitou a coleta de dados pelo pesquisador do estudo (ALZHRANI, 2012).

Portanto, os agrupamentos de comportamentos de risco à saúde de adolescentes de ambos os sexos, que incluam comportamentos específicos da saúde bucal, tais como frequência de escovação dentária e de visita ao dentista, bem como os fatores associados, ainda não foram estudados até o momento.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar comportamentos de risco à saúde bucal de adolescentes brasileiros com base na Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar em relação à distribuição temporal, desigualdades socioeconômicas, padrões de agrupamentos com outros comportamentos em saúde e fatores associados.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) estudar a evolução de comportamentos em saúde bucal no período 2009-2012 e em relação às desigualdades de escolaridade materna (artigo 1);
- b) avaliar como comportamentos em saúde geral e bucal se relacionam e se agrupam (artigo 2);
- c) investigar a prevalência da presença simultânea de comportamentos em saúde bucal e geral, bem como fatores sociodemográficos e familiares associados (artigo 3).

4 MATERIAL E MÉTODOS

Os dados utilizados foram provenientes da PeNSE dos anos de 2009 e 2012 (BRASIL, 2009; 2013c). O acesso a essas bases de dados é gerenciado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e foi cedido mediante solicitação e assinatura de termo de comprometimento pela pesquisadora. Os dados são confidenciais e foram utilizados apenas para os objetivos dessa pesquisa.

A concepção da PeNSE, bem como o delineamento dos instrumentos desenvolvidos decorreram das atividades do grupo de trabalho criado pela Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CDGDANT), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), composto por pesquisadores e técnicos com experiência reconhecida na área de pesquisa em escolares e técnicos do Ministério da Saúde, Ministério da Educação e do IBGE (BRASIL, 2009). O Comitê Técnico Assessor de Vigilância em Saúde Bucal (CTA), vinculado às Secretarias de Vigilância e de Atenção à Saúde / Coordenação Nacional de Saúde, também contribuiu para a formulação das questões referentes à saúde bucal.

Em ambas as edições, houve contato com as secretarias estaduais e municipais de saúde e educação, e com a direção das escolas pesquisadas.

4.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS DA PENSE 2009

A população-alvo da pesquisa foi constituída por escolares do 9º ano do ensino fundamental de escolas públicas e privadas das capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal.

A PeNSE 2009 foi aprovada na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde (Emenda 005/2009, referente ao Registro 11.537 de 6 de julho de 2009) (ANEXO A) e a participação dos escolares foi voluntária.

A seleção da amostra foi baseada no cadastro das escolas de ensino fundamental que possuíam turmas de 9º ano, listadas pelo Censo Escolar 2007. A escolha dessa série foi devido ao mínimo de escolarização considerada necessária para responder ao questionário e também a proximidade da idade de referência preconizada pela OMS (13-15 anos) (BRASIL, 2009).

Por motivos operacionais, foram excluídas as escolas com menos de 15 alunos na série desejada e as turmas do turno noturno, porque esses alunos em

geral são mais velhos e podem ter risco diferenciado em relação aos demais alunos do 9º ano.

A amostra foi selecionada por um plano de amostragem de conglomerados em dois estágios, com estratificação das unidades primárias de amostragem (UPA). No primeiro estágio foram selecionadas escolas, e no segundo estágio, turmas de 9º ano (unidades secundárias de amostragem) das escolas pré-selecionadas. A estratificação das UPA foi segundo sua localização geográfica, cada estrato sendo composto por uma capital de estado brasileiro ou o Distrito Federal, resultando em 27 estratos geográficos.

O tamanho da amostra foi calculado dentro de cada estrato geográfico de modo a permitir estimar uma proporção (ou prevalência) de 50%, com um erro máximo de 3% e nível de confiança de 95%. As escolas em cada estrato foram agrupadas segundo sua dependência administrativa (privada ou pública), e o tamanho da amostra foi alocado proporcionalmente em cada um desses grupos (BRASIL, 2009).

Dessa forma, a amostra da PeNSE 2009 foi representativa das 26 capitais brasileiras e do Distrito Federal ($n = 60.973$; taxa de resposta = 88,7%), em 1.453 escolas. Todos os alunos presentes no dia da aplicação do questionário foram convidados a participar da pesquisa.

Pesos amostrais foram calculados para que os dados coletados pudessem representar todos os escolares matriculados no 9º ano do ensino fundamental que frequentavam regularmente as aulas no turno diurno das escolas públicas e privadas, considerando as diferentes probabilidades de serem sorteadas tanto as escolas quanto as turmas. Esses pesos foram obtidos considerando-se as ausências no dia da aplicação do questionário (perdas) e aqueles estudantes que não responderam à variável sexo.

Para a coleta de dados, foram utilizados questionários estruturados autoaplicáveis (ANEXO B), os quais foram inseridos em um microcomputador portátil – *Personal Digital Assistant* (PDA). Os temas contemplados nos questionários foram: características sociodemográficas, alimentação, imagem corporal, atividade física, tabagismo, consumo de álcool e outras drogas, saúde bucal (frequência diária de escovação dentária e relato de dor de dente), comportamento sexual, violência, acidentes, segurança, antropometria e apreciação geral do questionário. Mais

detalhes acerca da metodologia da PeNSE 2009 podem ser encontrados em publicação específica (BRASIL, 2009).

4.2 ASPECTOS METODOLÓGICOS DA PENSE 2012

A população de estudo da PeNSE 2012 também foi composta por alunos do 9º ano do ensino fundamental matriculados em escolas públicas e privadas de todo o território brasileiro. Dessa vez, a amostra foi representativa do Brasil, das cinco Regiões e das 26 capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal (BRASIL, 2013c).

Esta segunda edição da PeNSE foi aprovada na CONEP/MS sob o parecer nº. 192/2012, referente ao Registro nº 16805 em 27/03/2012 (ANEXO C). A participação dos estudantes foi voluntária e somente os que concordaram com um termo de consentimento informado participaram da pesquisa. Esse termo foi inserido na primeira página do questionário (ANEXO D).

O cálculo do tamanho da amostra na pesquisa foi estimado com base nos seguintes parâmetros: erro relativo máximo de três pontos percentuais, nível de confiança de 95% e prevalência de 50% para as diversas situações que contemplam a saúde do adolescente. O processo de amostragem foi o método probabilístico por meio de seleção por conglomerados; em dois estágios para as capitais (semelhante a PeNSE 2009): escolas (unidades primárias), turmas elegíveis nas escolas selecionadas (unidades secundárias); e em três estágios para as não capitais: grupos de municípios (unidades primárias), escolas (unidades secundárias) e turmas elegíveis nas escolas selecionadas (unidades terciárias). Todos os alunos presentes no dia da aplicação do questionário foram convidados a participar da pesquisa (BRASIL, 2013c).

Pesos amostrais foram calculados para que os dados coletados pudessem representar todos os escolares matriculados no 9º ano do ensino fundamental que frequentavam regularmente as aulas no turno diurno das escolas públicas e privadas e estes pesos foram obtidos considerando as ausências no dia da aplicação do questionário e aqueles estudantes que não responderam à variável sexo.

A PeNSE 2012 teve a participação de 109.104 escolares, e de 2.842 escolas. Mais detalhes acerca da metodologia da PeNSE 2012 podem ser encontrados em publicação específica (BRASIL, 2013c).

Para a etapa de coleta de dados, foi utilizado um questionário estruturado autoaplicável (ANEXO D) inserido em um *smartphone* (Figura 3). Este questionário contemplou diversos temas como alimentação; atividade física; uso de cigarros, álcool e drogas; saúde bucal; violências e acidentes, dentre outros. Os temas abordados, assim como em 2009, foram baseados na pesquisa internacional *Global Youth Risk Behavior Surveillance System (G-YRBSS)*, também conhecida como *Global School-Based Student Health Survey* desenvolvida pela OMS e pelo *Centers for Disease Control and Prevention* em 84 países (CDC, 2013).

Comparando-se o instrumento de coleta de dados de 2012 (ANEXO D) ao de 2009 (ANEXO B), o questionário de 2012 introduziu novos temas e questões, como: trabalho entre escolares, hábitos de higiene, saúde mental, uso de serviços de saúde e prevalência de asma. Para alguns temas já contemplados, novas perguntas foram acrescentadas ou modificadas, no sentido de facilitar a obtenção de respostas e adequá-las ao cálculo de indicadores e parâmetros internacionalmente utilizados (BRASIL, 2013c). O bloco referente à saúde bucal foi ampliado para incluir, além da frequência de escovação dentária e relato de dor de dente, nova questão sobre o número de visitas ao dentista nos doze meses anteriores à pesquisa.

A PeNSE 2012 introduziu um segundo questionário, referente ao ambiente escolar, aplicado ao responsável pela escolas, incluindo tópicos sobre a estrutura da escola, dimensão, espaços, equipamentos, práticas, políticas e situação do entorno (BRASIL, 2013c).

Figura 3: *Smartphone* utilizado para aplicação do questionário da PeNSE 2012.



Fonte: *Google images*.

4.3 PREPARAÇÃO, AVALIAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DO BANCO DE DADOS

Os bancos de dados das edições da PENSE de 2009 e 2012 foram recebidos em Excel e em seguida foram minuciosamente inspecionados a fim de avaliar a qualidade do conjunto de dados. As dimensões de qualidade que foram passíveis de serem avaliadas foram (LIMA et al, 2009):

- a) clareza metodológica: grau no qual a documentação que acompanha o sistema de informação em saúde (SIS) descreve os dados sem ambiguidades de forma sucinta, didática, completa e numa linguagem de fácil compreensão;
- b) cobertura: grau em que estão registrados no SIS os eventos do universo (escopo) para o qual foi desenvolvido;
- c) completitude: grau em que os registros de um SIS possuem valores não nulos;
- d) consistência: grau em que variáveis relacionadas possuem valores coerentes e não contraditórios;
- e) não-duplicidade: grau em que, no conjunto de registros, cada evento do universo de abrangência do SIS é representado uma única vez;
- f) validade: grau em que o dado ou informação mede o que se pretende medir.

Após a observação dessas dimensões de qualidade nos bancos de dados da PeNSE, verificou-se que eles apresentam as seis dimensões: clareza metodológica (o dicionário de dados que os acompanham são sucintos, didáticos, completos e de fácil compreensão); cobertura (contêm registros dos fatores de risco e proteção priorizados) , completitude (valores não nulos), consistência (variáveis próximas com valores coerentes), não-duplicidade (ausência de repetição de um único evento) e, por fim, validade.

O próximo passo, após a avaliação de qualidade dos dados, foi transferi-los para os *softwares* de eleição para as análises subsequentes: Stata 13.0 (*Stata Corp., College Station, Estados Unidos*) e PASW *Statistics for Windows* 18.0 (*SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos*).

Já os cálculos dos indicadores de desigualdade foram realizados no *software Health Disparities Calculator (Division of Cancer Control and Population Sciences,*

Surveillance Research Program and Applied Research Program, National Cancer Institute, Estados Unidos).

4.4 VARIÁVEIS ANALISADAS

As variáveis analisadas no presente estudo são listadas a seguir. Maiores detalhes acerca de cada uma encontram-se nos artigos.

a) Variáveis relacionadas aos comportamentos em saúde:

- Consumo de guloseimas (doces, balas, chocolates, chicletes, bombons ou pirulitos);
- Consumo de refrigerantes;
- Consumo de frutas;
- Hábito de comer enquanto assiste à televisão ou estuda;
- Hábito de tomar café da manhã;
- Frequência de higiene das mãos;
- Frequência de escovação dentária;
- Frequência de ida ao dentista;
- Experimentação de cigarros alguma vez na vida;
- Uso recente de cigarros;
- Uso recente de álcool;
- Uso recente de droga (maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança perfume, ecstasy, oxy, etc.);
- Uso de camisinha (preservativo);
- Prática de atividade física;
- Uso de cinto de segurança;
- Uso de capacete;
- Envolvimento em briga (luta física).

b) Variáveis sociodemográficas:

- Idade
- Sexo
- Tipo de escola
- Cor da pele/raça
- Escolaridade materna
- Escolaridade paterna
- Nível de afluência familiar
- Número de pessoas por domicílio

c) Variável do contexto familiar

- Supervisão familiar dos deveres de casa

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para os três artigos apresentados, que correspondem diretamente aos objetivos específicos explicitados, realizou-se:

- Análise descritiva dos dados sociodemográficos dos adolescentes. Os resultados foram então expressos em números absolutos e frequências, considerando-se os pesos amostrais;
- Categorização dos comportamentos em saúde em variáveis binárias: comportamentos de risco (código 1) e comportamentos saudáveis (código 0), a partir de recomendações em saúde pública e estudos anteriores;
- Análise descritiva das prevalências dos comportamentos de risco individuais, cujos pontos de corte são detalhados nos artigos.

Para as análises posteriores, empregaram-se diferentes técnicas estatísticas a fim de se obter respostas aos objetivos específicos:

- a) Artigo 1: duas medidas de desigualdade em saúde foram calculadas; coeficiente angular de desigualdade (CAD), como medida absoluta, e índice de concentração relativa (RCO), como medida relativa (WAGSTAFF; PACI; VAN DOORSLAER, 1991). Para o CAD, foi calculada a média do comportamento de risco de cada grupo de escolaridade materna e as categorias foram ordenadas pela escolaridade (da mais baixa para a mais alta). O CAD pode ser interpretado como a mudança absoluta no comportamento em saúde quando se vai do nível mais alto para o mais baixo da escala do indicador socioeconômico adotado. Valores negativos indicam acúmulo de risco em grupos com piores indicadores socioeconômicos ou indicam a mudança que ocorre da base para o topo da escala social empregada em termos proporcionais na prevalência do agravo em questão. Por outro lado, o RCO afere a concentração da medida de saúde ou doença em grupos sociais particulares, sendo utilizado para medir as desigualdades no caso de variáveis ordinais e constituindo um dos chamados índices de desproporcionalidade. Para seu cálculo, os grupos foram ranqueados segundo sua condição socioeconômica, com valores que variam entre -1 e +1. A interpretação do RCO é o percentual de mudança entre os grupos sociais ou de escolaridade associado com a alteração nas

prevalências dos desfechos. Valores próximos a zero indicam muito pouca desigualdade e valores negativos significam que os mais pobres ou menos escolarizados acumulam uma quantidade de eventos negativos à saúde superior à que seria esperada em relação à sua participação na população (HARPER; LYNCH, 2006).

- b) Artigo 2: análise de correlação entre os pares de comportamentos, usando o teste de *Phi* para variáveis binárias e considerando nível de significância de 5%. O índice *Phi* é um análogo binário do coeficiente de correlação de Pearson e varia de -1 a 1 (FIELD, 2013). Em seguida, ocorreu a identificação de agrupamentos dos comportamentos de risco à saúde geral e bucal, por meio da análise de *cluster* aglomerativa hierárquica, em que cada objeto ou observação está inicialmente isolado. O algoritmo aglomerativo selecionado, isto é, o método para desenvolver o agrupamento, foi o de ligação média, em que o critério de agrupamento é a distância de todos os objetos de um grupo em relação a todos de outro (HAIR et al, 2009a). Já a medida de similaridade (que representa o grau de correspondência entre objetos ao longo de todas as características usadas na análise) foi a distância euclidiana quadrada, por ser a recomendada para desfechos binários. O exame da matriz de aglomeração produzida pelo *software* permitiu a identificação de formação dos conglomerados. Em seguida, cada conglomerado foi nomeado ou rotulado para descrever a natureza dos dados agregados.
- c) Artigo 3: cálculo da razão entre a prevalência observada e esperada (método O/E), matriz de correlação para teste de colinearidade entre as variáveis independentes, regressões logísticas (univariadas e multivariadas) para testar associações entre as combinações de comportamentos e as variáveis independentes (variáveis sociodemográficas e do contexto familiar). Para identificação das variáveis associadas aos agrupamentos de comportamentos foi utilizada a *odds ratio* (OR) como medida de efeito com intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 5% ($p < 0,05$). A regressão logística é o método de eleição para variáveis dependentes de dois grupos (binárias) devido à sua robustez, facilidade de interpretação e diagnóstico (HAIR et al, 2009b). Além disso, para desfechos não frequentes, como foi o caso das combinações dos comportamentos de risco

à saúde bucal, a *odds ratio* permanece como medida de efeito preconizada para estudos observacionais.

5 RESULTADOS

Nessa seção são apresentados os três manuscritos originais com os principais resultados do estudo, os quais foram redigidos de acordo com as normas dos periódicos indicados.

ARTIGO 1- PUBLICADO NA REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA em 07/08/2015.

Título: Desigualdades socioeconômicas e mudanças nos comportamentos em saúde bucal de adolescentes brasileiros de 2009 a 2012.

ARTIGO 2- SUBMETIDO AO PERIÓDICO *COMMUNITY DENTISTRY AND ORAL EPIDEMIOLOGY*

Título: Clustering patterns of oral and general health-compromising behaviours in Brazilian adolescents: findings from a national survey.

Data de submissão: 26/09/2016.

Comentários dos revisores recebidos em: 15/12/2016.

Status: Em processo de revisão pelos autores.

ARTIGO 3- A SER SUBMETIDO À REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA

Instruções aos autores: ANEXO E.

Título: Simultaneidade de comportamentos de risco à saúde bucal e fatores associados em adolescentes brasileiros: evidência da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) 2012.

5. 1 ARTIGO 1

Rev Saúde Pública 2015;49:50

Artigos Originais

DOI:10.1590/S0034-8910.2015049005562

Maria do Carmo Matias Freire^ILidia Moraes Ribeiro Jordão^{II}Deborah Carvalho Malta^{III}Silvânia Suely Caribé de Araújo
Andrade^{III}Marco Aurelio Peres^{IV}

Desigualdades socioeconômicas e mudanças nos comportamentos em saúde bucal de adolescentes brasileiros de 2009 a 2012

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a evolução de comportamentos em saúde bucal em adolescentes em relação às desigualdades da escolaridade materna.

MÉTODOS: Foram analisados dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. A amostra foi composta por 60.973 e 61.145 escolares do nono ano das 26 capitais brasileiras e do Distrito Federal em 2009 e 2012, respectivamente. Foram analisados comportamentos em saúde bucal (frequência de escovação dentária, consumo de guloseimas, consumo de refrigerantes e experimentação de cigarros) e variáveis sociodemográficas (idade, sexo, raça/cor, tipo de escola e escolaridade materna). Compararam-se os comportamentos em saúde bucal e os fatores sociodemográficos nos dois anos (teste de Rao-Scott) e calcularam-se medidas de desigualdades socioeconômicas absolutas e relativas em saúde (coeficiente angular de desigualdade e índice de concentração relativa), utilizando-se como indicador a escolaridade materna expressa em anos de estudo (> 11 ; $9-11$; ≤ 8).

RESULTADOS: Quando comparado 2012 em relação a 2009, para todas as categorias de escolaridade materna, observou-se aumento da proporção de pessoas com baixa frequência de escovação, e diminuição do consumo de guloseimas e refrigerantes e da experimentação de cigarros. Em escolas privadas, o coeficiente angular de desigualdade e o índice de concentração relativa positivos indicaram maior consumo de refrigerantes em 2012 e maior experimentação de cigarros nos dois anos entre aqueles cujas mães tinham maior escolaridade, sem mudança significativa das desigualdades. Em escolas públicas, o coeficiente angular de desigualdade e o índice de concentração relativa negativos indicaram maior consumo de refrigerantes entre aqueles cujas mães tinham, nos dois anos estudados, menor escolaridade, sem mudança significativa. Já o índice de concentração relativa positivo indicou desigualdade em 2009 para experimentação de cigarros, com maior prevalência entre aqueles cujas mães tinham maior escolaridade. Não houve desigualdade para frequência de escovação e consumo de guloseimas.

CONCLUSÕES: As prevalências dos comportamentos em saúde bucal apresentaram mudanças no período investigado. No entanto, tais mudanças não foram relacionadas às desigualdades de escolaridade materna.

DESCRIPTORIOS: Comportamento do Adolescente. Higiene Bucal. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Inquéritos de Saúde Bucal. Fatores Socioeconômicos. Desigualdades em Saúde.

^I Departamento de Ciências Estomatológicas. Faculdade de Odontologia. Universidade Federal de Goiás. Goiânia, GO, Brasil

^{II} Programa de Pós-graduação em Odontologia. Faculdade de Odontologia. Universidade Federal de Goiás. Goiânia, GO, Brasil

^{III} Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, DF, Brasil

^{IV} Australian Research Centre for Population Oral Health. School of Dentistry. University of Adelaide. Adelaide, Australia

Correspondência:

Lidia Moraes Ribeiro Jordão
Faculdade de Odontologia
Universidade Federal de Goiás – UFG
Av. Universitária, s/n Setor Universitário
74605-220 Goiânia, GO, Brasil
E-mail: lidmr@hotmail.com

Recebido: 7/5/2014
Aprovado: 4/11/2014



5.2 ARTIGO 2

Clustering patterns of oral and general health-compromising behaviours in Brazilian adolescents: findings from a national survey

Health-compromising behaviours in adolescents

Lidia M R Jordão¹

Deborah C Malta²

Maria do Carmo M Freire¹

¹School of Dentistry, Federal University of Goiás, Goiânia-GO, Brazil, ²School of Nursing, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte-MG, Brazil.

Abstract

Objectives: To evaluate how oral and general health-compromising behaviours cluster among Brazilian adolescents.

Methods: The study comprised a total of 109,104 adolescents (52.16% female) participating in the Brazilian National School-based Student Health Survey (PeNSE). Seventeen behaviours (including diet; oral and hand hygiene; frequency of dental visits; tobacco, alcohol and drug use; sexual behaviour; physical activity, and exposure to external causes) were measured using a self-reported questionnaire. Pairwise correlations between the health-compromising behaviours were performed and clustering was assessed by the Hierarchical Agglomerative Cluster Analysis (HACA), which was used to identify stable cluster solutions of the health-compromising behaviours.

Results: All health-compromising behaviours were correlated with at least one behaviour ($p < 0.01$). HACA indicated two broad stable clusters. The first cluster included less frequent tooth brushing, no handwashing before meals, illegal drug use, current smoking, no helmet use, no seatbelt use, unprotected sex, skipping breakfast, no dental visits, physical fighting, high sugar intake and, at the final stage,

current drinking. The second cluster included eating while watching TV or studying, insufficient physical activity, and low fruit intake.

Conclusions: The health-compromising behaviours clustered into two specific patterns among Brazilian adolescents. One cluster gathered a combination of lack of adherence to preventive behaviours and the undertaking of risky conduct, while the second reflected an unhealthy lifestyle (sedentary habits, and low fruit diet). Knowledge about the clustering patterns of oral and general health behaviours in adolescents can better direct the integration of oral and general health promotion interventions.

Keywords: oral health, adolescent, health behaviours, health surveys, cluster analysis.

5.3 ARTIGO 3

Simultaneidade de comportamentos de risco à saúde bucal e fatores associados em adolescentes brasileiros: evidência da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) 2012

Comportamentos de risco à saúde bucal em adolescentes

Simultaneous presence of oral health-compromising behaviours and associated factors among Brazilian adolescents: evidence from the National School-based Student Health Survey (PeNSE) 2012

Lidia Moraes Ribeiro Jordão
Deborah Carvalho Malta
Maria do Carmo Matias Freire

Resumo

Os comportamentos de risco à saúde na adolescência tendem a ocorrer de forma simultânea. Estudos têm analisado a simultaneidade de comportamentos relacionados ao risco para o desenvolvimento de doenças crônicas, sem ênfase na saúde bucal. Este estudo transversal teve como objetivo identificar a prevalência e fatores associados à presença simultânea de comportamentos de risco à saúde bucal em adolescentes brasileiros. Foram utilizados dados de 109.104 escolares, provenientes da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) de 2012. A presença simultânea de baixa frequência de escovação dentária, uso recente de cigarros, baixa frequência de ida ao dentista, baixo consumo de frutas e alto consumo de alimentos que contêm açúcar adicionado foi avaliada pelo cálculo da razão entre a prevalência observada e a esperada (O/E). Regressão logística foi utilizada para avaliar a associação entre as combinações de comportamentos de risco à saúde bucal e as variáveis sociodemográficas e do contexto familiar. A ocorrência de dois ou mais comportamentos de risco à saúde bucal foi de 60,40%. A razão O/E foi mais elevada para combinações de menor prevalência. A chance de concentrar dois ou mais comportamentos foi maior para adolescentes sem supervisão familiar dos deveres de casa, de escolas públicas, do sexo masculino, de menor escolaridade materna e de menor afluência familiar. Os adolescentes de cor/raça preta, amarela e indígena apresentaram maior chance para uma combinação de comportamentos cada (OR>1,00; p<0,05). Concluiu-se que a prevalência de presença simultânea de comportamentos de risco à saúde bucal foi baixa e associada a fatores sociodemográficos e do contexto familiar. Intervenções

que busquem reduzir os comportamentos de risco em saúde bucal em adolescentes devem priorizar os grupos mais vulneráveis identificados.

Palavras-chave: Comportamento do Adolescente. Higiene Bucal. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Comportamento Alimentar. Inquéritos de Saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As considerações aqui elaboradas buscam retomar os objetivos da tese, bem como trazer algumas reflexões do percurso de construção desse trabalho, no sentido de responder às questões de estudo colocadas inicialmente.

As principais conclusões do presente estudo são:

- (1) As prevalências dos comportamentos em saúde bucal (frequência de escovação dentária, consumo de guloseimas, consumo de refrigerantes e experimentação de cigarros alguma vez na vida) apresentaram mudanças no período 2009-2012. Foram elas: aumento da proporção de adolescentes com baixa frequência de escovação dentária e diminuição da proporção de adolescentes no consumo de guloseimas, refrigerantes e experimentação de cigarros no período. Essas mudanças não foram relacionadas às desigualdades de escolaridade materna.
- (2) Os comportamentos de risco à saúde geral e bucal associaram-se entre si e agruparam-se em dois padrões específicos; um *cluster* reuniu uma combinação de falta de adesão a condutas preventivas e adoção de práticas de risco (baixa frequência de escovação dentária e de lavagem das mãos, uso de drogas e de cigarros, falta de uso de capacete, de cinto de segurança e de preservativo, hábito de não tomar café da manhã, baixa frequência de ida ao dentista, alto consumo de alimentos que contêm açúcar adicionado, envolvimento em luta física e uso de álcool), enquanto o outro representou um estilo de vida não saudável (baixo consumo de frutas, baixa atividade física e hábito de comer assistindo à TV ou estudando).
- (3) A prevalência da presença simultânea de comportamentos de risco à saúde bucal (baixa frequência de escovação dentária, uso recente de cigarros, baixa frequência de ida ao dentista, baixo consumo de frutas e alto consumo de alimentos que contêm açúcar adicionado) foi baixa, porém associada a fatores demográficos, socioeconômicos e do contexto familiar. Adolescentes sem supervisão familiar dos deveres de casa, de escolas públicas, do sexo masculino, de menor escolaridade materna e de menor afluência familiar exibiram maior chance de apresentar dois ou mais comportamentos estudados.

Apesar de ser comum na sociedade contemporânea a percepção de que ser jovem traz consigo uma série de benefícios, tais como vigor físico, estética favorável, aventuras e prazer, a percepção dos próprios jovens é de que vivem um momento repleto de incertezas quanto ao futuro, de intensa competição no mundo do trabalho e de altas expectativas da própria sociedade em relação aos seus percursos de vida (CARRANO; DAYRELL, 2013). A exposição constante ao que acontece (ou aparenta acontecer) na vida dos amigos e conhecidos, impulsionada pelas atualizações em ritmo frenético de linhas do tempo de redes sociais, acrescenta complexidade e alcance às tensões dessa fase.

A construção e reconstrução de limites e possibilidades desse período desafiam pais, educadores, comunidades e os próprios adolescentes, na busca por autonomia em suas escolhas. As tomadas de decisão desse grupo passam invariavelmente por decisões relacionadas aos comportamentos em saúde, repercutindo em ganhos e/ou perdas, imediatas ou em longo prazo.

Nessa perspectiva, o monitoramento da situação de saúde de adolescentes brasileiros, bem como de seus fatores de risco e proteção, é relevante não só para o diagnóstico situacional, mas também para o delineamento de ações de prevenção e promoção da saúde. Tais ações devem ser pautadas nos princípios da integralidade, equidade, participação social, autonomia e sustentabilidade, potencializadas pelo SUS, mas não limitadas a ele. Enfatiza-se a escola como locus privilegiado para essas ações, pois permite acessar os estudantes individual e coletivamente.

O presente trabalho avança no conhecimento a respeito dos comportamentos de risco à saúde bucal a que estão expostos os adolescentes escolares brasileiros da rede pública e privada, suas mudanças, ausência de desigualdades socioeconômicas nessas mudanças, bem como os padrões de agrupamento com outros comportamentos e fatores associados.

Sublinha-se a forte influência da supervisão familiar dos deveres de casa como fator de proteção à adoção de múltiplos comportamentos de risco à saúde bucal apontada nesse estudo, acrescentando evidência ao papel da família nas escolhas em saúde dos adolescentes. Sugere-se que outros aspectos da supervisão familiar sejam incluídos em análises posteriores.

Recomenda-se que a abordagem dos fatores de risco comuns seja privilegiada nas intervenções em saúde bucal para adolescentes, uma vez que ações que consideram os múltiplos comportamentos tendem a ser mais inclusivas e

custo-efetivas do que aquelas isoladas, focadas em apenas um comportamento ou agravo e a ter maior impacto em saúde pública (SHEIHAM; WATT, 2000).

Para além dos determinantes individuais da saúde bucal ou ênfase nos estilos de vida, as ações devem ser direcionadas às estruturas sociais, familiares e culturais que influenciam os riscos em saúde. Considerando os achados da presente tese, sugere-se que sejam priorizados os grupos de adolescentes do sexo masculino, sem supervisão familiar dos deveres de casa, de escolas públicas, de mães de menor escolaridade e de menor afluência familiar.

REFERÊNCIAS¹

ALAMIAN, A.; PARADIS, G. Clustering of chronic disease behavioral risk factors in Canadian children and adolescents. **Prev Med**, v. 48, p. 493-9, 2009.

ALMASI, A. et al. Effect of nutritional habits on dental caries in permanent dentition among schoolchildren aged 10-12 years: a zero-inflated generalized Poisson regression model approach. **Iran J Public Health**, v. 45, n. 3, p.353-36, 2016.

ALZHRANI, S. G. et al. Patterns of clustering of six health-compromising behaviours in Saudi adolescents. **BMC Public Health**, v. 14, n. 1, 2014. doi: 10.1186/1471-2458-14-1215.

ALZHRANI, S. G. **Clustering patterns of health-related behaviours among Saudi Arabian adolescents**. 2012. 290f. Tese (Doutorado) – Department of Epidemiology and Public Health, University College London, London, 2012.

ANDRADE, S. S. C. A. et al. Relação entre violência física, consumo de álcool e outras drogas e bullying entre adolescentes escolares brasileiros. **Cad Saude Publica**, v. 28, n. 9, p. 1725-36, 2012.

ARANCETA, J. et al. Sociodemographic and lifestyle determinants of food patterns in Spanish children and adolescents: the enKid study. **Eur J Clin Nutr**, v. 57, suppl.1, p. s40-4, 2003.

ASGARI, F. et al. Oral hygiene status in a general population of Iran, 2011: a key lifestyle marker in relation to common risk factors of non-communicable diseases. **Int J Health Policy Manag**, v. 4, n. 6, p. 343-52, 2015. doi: 10.15171/ijhpm.2015.18.

AZEREDO, C. M. et al. Patterns of health-related behaviours among adolescents: a cross-sectional study based on the National Survey of School Health Brazil 2012. **BMJ Open**, v. 6, n. 11, 2016. doi: 10.1136/bmjopen-2016-011571.

BARRETO, M. et al. Contextual factors associated with smoking among Brazilian adolescents. **J Epidemiol Community Health**, v. 66, p. 723-9, 2012. doi:10.1136/jech.2010.122549.

BARUFALDI, L. A. et al. ERICA: prevalência de comportamentos alimentares saudáveis em adolescentes brasileiros. **Rev Saude Publica**, v. 50, supl. 1, 2016. doi:10.1590/S01518-8787.2016050006678.

BASTONE, E.B.; FREER, T.J.; MCNAMARA, J.R. Epidemiology of dental trauma: a review of the literature. **Aust Dent J**, v. 45, p. 2–9, 2000.

BENINCASA, M.; REZENDE, M. M. Percepção de fatores de risco e proteção para acidentes de trânsito entre adolescentes. **Bol Psicol**, v. 56, n. 125, p. 241-56, 2006.

BRADSHAW, J. **The wellbeing of children in the UK**. 4th ed. Bristol: Policy Press, 2016.

¹ Elaboradas segundo ABNT NBR 6023:2002. Abreviaturas de periódicos segundo *Medline*.

BRASIL. Lei 8.069, de 13 de Julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília: Ministério da Justiça, 1990.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Vigilância epidemiológica de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências. In: _____ . **Vigilância em Saúde**. Brasília: CONASS, 2007a. p. 148-169 (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 6, I).

BRASIL. Decreto nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 06 dez. 2007b. Seção 1, p. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2009**. Rio de Janeiro: IBGE; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 160 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Organização Pan-Americana da Saúde. **Pesquisa especial de tabagismo - PETab: relatório final Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Secretaria Geral da Presidência da República. Secretaria Nacional de Juventude. **Agenda Juventude Brasil: Pesquisa Nacional sobre Perfil e Opinião dos Jovens Brasileiros, 2013**. Brasília: Observatório Participativo da Juventude, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA): 2009, 2010 e 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 164 p. : il.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2012**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 32 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2. ed. **Guia alimentar para a população brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014b. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/guia_alimentar_populacao_brasileira.php>.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2015**. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.

BROADBENT, J. M. et al. Oral health–related beliefs, behaviors, and outcomes through the life course. **J Dent Res**, v. 95, n. 7, p. 808-13, 2016.

BUSCH et al. Clustering of health-related behaviors, health outcomes and demographics in Dutch adolescents: a cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 13, n.1118, 2013.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CALADO, M. et al. The mass media exposure and disordered eating behaviours in Spanish secondary students. **Eur Eat Disord Rev**, v. 18, n. 5, p. 417–27, 2010.

CAMELO, L. V. et al. Lazer sedentário e consumo de alimentos entre adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009. **Cad Saude Publica**, v. 28, n. 11, p. 2155-62, 2012.

CARRANO, P.; DAYRELL, J. (Org.) **Formação de professores do ensino médio**: o jovem como sujeito do ensino médio. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Básica. Curitiba: UFPR/Setor de Educação, 2013. Etapa I, caderno II.

CELESTE, R. K.; NADANOVSKY, P. Why is there heterogeneity in the effect of dental checkups? Assessing cohort effect. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 38, n. 3, p. 191-6, 2010.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **The health consequences of smoking**: a report of the surgeon general. Washington: Department of Health and Human Services, Center for Disease Control and Prevention, 2004.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Methodology of the Youth Risk Behavior Surveillance System 2013. **MMWR**, v. 62, n. 1, p.1-18, 2013.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008.

CUREAU, F. V. et al. Clustering of risk factors for noncommunicable diseases in Brazilian adolescents: prevalence and correlates. **J Phys Act**, v. 11, n. 5, p. 942-9, 2014.

CUNHA-CRUZ, J. et al. Routine dental visits are associated with tooth retention in Brazilian adults: the Pro-Saude study. **J Public Health Dent**, v. 64, n. 4, p. 216-22, 2004.

CURRIE, C. et al. **Health Behaviour in School- aged Children**: a World Health Organization cross-national study. Research protocol for the 2001/02 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2002.

CURRIE, C. et al. **Young people's health in context**. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Report n. 4. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2004, 237 p.

CURRIE, C. et al. **Inequalities in young people's health**. HBSC international report from 2005/2006 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Health Policy for Children and Adolescents, n. 5, 2008, 206 p.

CURRIE, C. et al. **Social determinants of health and well-being among young people**. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen: WHO. Health Policy for Children and Adolescents, n. 6, 2012, 252 p.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and Strategies to promote social equity in health**. Stockholm: Institute for Future Studies, 1991.

DANAEI, G. et al. The preventable causes of death in the United States: comparative risk assessment of dietary, lifestyle, and metabolic risk factors. **PLoS Med**, v. 6, n. 4, 2009. doi: 10.1371/journal.pmed.1000058.

DONOVAN, J. E.; JESSOR, R.; COSTA, F. M. Adolescent health behavior and conventionality-unconventionality: an extension of problem-health behavior theory. **Health Psychol**, v. 10, n. 1, p. 52-61, 1991.

DUMITH, S. C. et al. Clustering of risk factors for chronic diseases among adolescents from Southern Brazil. **Prev Med**, v. 54, p. 393-6, 2012.

DUPUY, M. et al. Socio-demographic and lifestyle factors associated with overweight in a representative sample of 11-15 year olds in France: results from the WHO-Collaborative Health Behavior in School-aged Children (HBSC) cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 11, n. 442, 2011. doi: 10.1186/1471-2458-11-442.

EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolesc Saude**, v. 2, n. 2: p. 6-7, 2005.

EKE, P. et al. Dental visits among adult Hispanics: BRFSS 1999 and 2006. **J Public Health Dent**, v. 71, n. 3, p. 252-6, 2011.

EZZATI, M.; LOPEZ, A. D. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. **Lancet**, v. 362, n. 9387, p. 847-52, 2003.

FÄGERSTAD, A.; WINDAHL, J.; ARNRUP, K. Understanding avoidance and non-attendance among adolescents in dental care - an integrative review. **Community Dent Health**, v. 33, p. 1-13, 2016.

FIELD, A. Categorical data. In:_____. **Discovering statistics using IBM SPSS statistics**. 4th ed. London: SAGE, 2013. p. 720-59.

FRANÇOSO, L. A.; COATES, V. Repercussões sociais das sequelas físicas em adolescentes vítimas de acidentes de trânsito. **Adoles Saude**, v. 5, n. 1, p. 6-13, 2008.

FREIRE, M. C.M.; SHEIHAM, A.; BINO, Y. A. Hábitos de higiene bucal e fatores sociodemográficos em adolescentes. **Rev Bras Epidemiol**, v. 10, n. 4, p. 606-14, 2007. doi:10.1590/S1415-790X2007000400018.

FREIRE, M. C. M. et al. Guias alimentares para a população brasileira: implicações para a Política Nacional de Saúde Bucal. **Cad Saude Publica**, v. 28, supl., p. s20-s29, 2012.

FREIRE, M. C. M. et al. Association of traumatic dental injuries with individual-, sociodemographic- and school-related factors among schoolchildren in Midwest Brazil. **Int J Environ Res Public Health**, v. 11; 9885-6; 2014. doi:10.3390/ijerph110909885.

FREIRE, M. C. M. et al. Desigualdades socioeconômicas e mudanças nos comportamentos em saúde bucal de adolescentes brasileiros de 2009 a 2012. **Rev. Saude Publica**, v. 49, n. 50, 2015. doi: 10.1590/S0034-8910.2015049005562.

GRANERO, R.; PONI, E. S.; SÁNCHEZ, Z. Sexuality among 7th, 8th and 9th grade students in the state of Lara, Venezuela. The Global School Health Survey, 2003-2004. **P R Health Sci J**, v. 26, n. 3, p. 213-19, 2007.

GROPPO, L. A. A juventude como categoria social. In: _____. **Juventude: ensaios sobre sociologia e história das juventudes modernas**. Rio de Janeiro: Difel, 2000. p.7- 27.

HAIR, J. H. et al. Análise de agrupamentos. In:_____. **Análise multivariada de dados**. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009a. p. 427-480.

HAIR, J. H. et al. Análise discriminante múltipla e regressão logística. In:_____. **Análise multivariada de dados**. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009b. p. 221-302.

HALLAL, P. C. et al. Prática de atividade física em adolescentes brasileiros. **Cienc Saude Coletiva**, v. 15, supl. 2, p. 3035-42, 2010.

HARNACK, L.; STANG, J.; STORY, M. Soft drink consumption among US children and adolescents: nutritional consequences. **J Am Diet Assoc**, v. 99, n. 4, p. 436-41, 1999.

HARPER, S.; LYNCH, J. **Methods for measuring cancer disparities**: a review using data relevant to Healthy People 2010 cancer-related objectives. Bethesda: National Cancer Institute, 2006.

HAUG, E. et al. Overweight in school-aged children and its relationship with demographic and lifestyle factors: results from the WHO-Collaborative Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study. **Int J Public Health**, v. 54, n. 2, p. 167- 179, 2009.

HELLQVIST, L. et al. Tobacco use in relation to socioeconomic factors and dental care habits among Swedish individuals 15-70 years of age, 1983-2003. **Int J Dent Hyg**, v. 7, n. 1, p. 62-70, 2009.

HOLSTEIN, B. et al. Trends in social inequality in tooth brushing among adolescents: 1991-2014. **Caries Res**, v. 49, n. 6, p. 595-9, 2015. doi: 10.1159/000441196.

HORTA, N. C.; SENA, R. R. Abordagem ao adolescente e ao jovem nas políticas públicas de saúde no Brasil: um estudo de revisão. **Physis**, v. 20, n. 2, p. 475-95, 2010.

JESSOR, R. Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. **J Adolescent Health**, v. 12, p. 597-605, 1991.

JOHNSON, S. et al. Socio-economic status and head and neck cancer incidence in Canada: a case-control study. **Oral Oncol**, v. 46, n. 3, p. 200-3, 2010.

JORGE, M. H. P. M.; MARTINS, C. B. G. A criança, o adolescente e o trânsito: algumas reflexões importantes. **Rev Assoc Med Bras**, v. 59, n. 3, p. 199-208, 2013.

KEARNS, C. E.; GLANTZ, S. A.; SCHMIDT, L. A. Sugar industry influence on the scientific agenda of the National Institute of Dental Research's 1971 National Caries Program: a historical analysis of internal documents. **Plos Med**, v. 12, n. 3, 2015. doi:10.1371/journal.pmed.1001798.

KOLTERMANN, A. P. et al. The association between individual and contextual factors and functional dentition status among adults in Rio Grande do Sul State, Brazil: a multilevel study. **Cad Saude Publica**, v. 27, n. 1, p. 173-82, 2011.

KRISTENSEN, P. et al. Tracking and prevalence of cardiovascular disease risk factors across socio-economic classes: A longitudinal substudy of the European Youth Heart Study. **BMC Public Health**, v. 6, n. 1, p. 1-9, 2006.

KRITSOTAKIS, G. et al. Gender differences in the prevalence and clustering of multiple health risk behaviours in young adults. **J Adv Nurs**, v. 72, n. 9, p. 2098-113, 2016. doi: 10.1111/jan.12981.

KRUG, E. G. et al. **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 346p, 2002.

KUMAR, S.; TADAKAMADLA, J.; JOHNSON, N. W. Effect of toothbrushing frequency on incidence and increment of dental caries: a systematic review and meta-analysis. **J Dent Res**, v. 95, p. 1230-6, 2016.

LAMKIN, L.; HOUSTON, T. Nicotine dependency and adolescents: preventing and treating. **Prim Care**, v. 25, n. 1, p. 123-35, 1998.

LEVIN, K. A.; CURRIE, C. Adolescent toothbrushing and the home environment: sociodemographic factors, family relationships and mealtime routines and disorganisation. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 38, n. 1, p. 10-8, 2010.

LEVY, R. B. et al. Consumo e comportamento alimentar entre adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009. **Cienc Saude Coletiva**, v. 15, supl. 2, p. 3085-97, 2010. doi: 10.1590/S1413-81232010000800013.

LIM, S. et al. Cariogenicity of soft drinks, milk and fruit juice in low-income African-American children: a longitudinal study. **J Am Dent Assoc**, v.139, n. 7, p. 959-67, 2008.

LIMA, C. R. A. et al. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Cad Saude Publica**, v. 25, n. 10, p. 2095-2109, 2009.

LIPSKY, L. M.; IANNOTTI, R. J. Associations of television viewing with eating behaviors in the 2009 Health Behaviour in School-aged Children study. **Arch Pediatr Adolesc Med**, v. 166, n. 5, p. 465-72, 2012.

LISBOA, I. C.; ABEGG, C. Hábitos de higiene bucal e uso de serviços odontológicos por adolescentes e adultos do município de Canoas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Epidemiol Serv Saude**, v. 15, n. 4, p. 29-39, 2006. doi:10.5123/S1679-49742006000400004.

LOPEZ-QUINTERO, C.; FREEMAN, P.; NEUMARK, Y. Hand washing among schoolchildren in Bogotá, Colombia. **Am J Public Health**, v. 99, n. 1, p. 94-101, 2009.

LUDWIG, D. S.; PETERSON, K. E.; GORTMAKER, S. L. Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. **Lancet**, v. 357, n. 9255, p. 505-8, 2001.

MACGREGOR, I. D. M.; BALDING, J. W. Self-esteem as a predictor of toothbrushing behaviour in young adolescents. **J Clin Periodontol**, v. 18, p. 312-6, 1991.

MACGREGOR, I. D. M.; BALDING, J.; W REGIS, D. Toothbrushing schedule, motivation and 'lifestyle' behaviours in 7,770 young adolescents. **Community Dent Health**, v. 13, p. 232-7, 1996.

MACGREGOR, I. D. M.; REGIS, D.; BALDING, J. Self-concept and dental health behaviours in adolescents. **J Clin Periodontol**, v. 24, p. 335-9, 1997.

MAES, L.; MASER, M.; HONKALA, S. Oral health. In: **Young people's health in context**. Health behaviour in school-aged children(HBSC) study: international report form the 2001/2002 survey. Currie, C et al, editors. Copenhagen: WHO Regional Office of Europe, p. 130-2, 2004.

MAES, L. et al. Toothbrushing and social characteristics of families in 32 countries. **Int Dent J**, v. 56, p. 159-67, 2006.

MALIDEROU, M.; REEVES, S.; NOBLE, C. The effect of social demographic factors, snack consumption and vending machine use on oral health of children living in London. **Br Dent J**, v. 201, p. 441-4, 2006. doi:10.1038/sj.bdj.4814072.

MALTA, D. C. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol Serv Saude**, v. 15, n. 3, p. 47-65, 2006.

MALTA, D. C. et al. Família e proteção ao uso de tabaco, álcool e drogas em adolescentes, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. **Rev Bras Epidemiol**, v. 14, supl. 1, p. 166-177, 2011. doi:10.1590/S1415-790X2011000500017.

MALTA, D. C. et al. Causas externas em adolescentes: atendimentos em serviços sentinelas de urgência e emergência nas capitais brasileiras - 2009. **Cienc Saude Coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2291-304, 2012.

MALTA, D. C. et al. Tendência dos fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2009 e 2012). **Rev Bras Epidemiol**, v. 17, supl. 1, p. 77-91, 2014a.

MALTA, D. C. et al. Situações de violência vivenciadas por estudantes nas capitais brasileiras e no Distrito Federal: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escola (PeNSE 2012). **Rev Bras Epidemiol**, supl. PeNSE, p. 158-71, 2014b. doi: 10.1590/1809-4503201400050013.

MALTA, D. C. **Políticas e ações para a prevenção, cuidado e vigilância de DCNT no Brasil: a importância da avaliação e monitoramento**. In: I Seminário Internacional em DCNT: Análise epidemiológica para avaliação e monitoramento de políticas e ações para a prevenção, cuidado e vigilância no Brasil. 2006. 40 diapositivos. Disponível em: < <http://fs.unb.br/wp-content/uploads/2016/08/D%C3%A9bora-Malta-UnB-Seminario-Internacional-NCD-2016-res.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2016.

MARCHIONI, D. M. L. M. et al. Fatores dietéticos e câncer oral: estudo caso-controle na região metropolitana de São Paulo. **Cad Saude Publica**, v. 23, p. 553-64, 2007.

MARINHO, V. et al. Fluoride toothpastes for preventing dental caries in children and adolescents. **Cochrane Database Syst Rev**, n. 4, 2014.

MARMOT, M.; ALLEN, J. Social determinants of health equity. **Am J Public Health**, v. 104, suppl. 4, :s517-9, 2014.

MCCAMBRIDGE, J.; MCALANEY, J.; ROWE, R. Adult consequences of late adolescent alcohol consumption: a systematic review of cohort studies. **PLoS Med**, v. 8, n. 2, p. 1-13, 2011.

MCCRACKEN, M.; JILES, R.; BLANCK, H. M. Health behaviors of the young adult U.S. population: behavioral risk factor surveillance system, 2003. **Prev Chronic Dis**, v. 4, n. 2, 2007. Disponível em: <http://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/apr/06_0090.htm>. Acesso em 10 ago. 2016.

MERTEN, M. G. et al. Breakfast consumption in adolescence and young adulthood: parental presence, community context, and obesity. **J Am Diet Assoc**, v. 109, n. 8, p. 1384-91, 2009.

MIKKILA, V. et al. Consistent dietary patterns identified from childhood to adulthood: the cardiovascular risk in young Finns study. **Br J Nutr**, v. 93, n. 6, p. 923-31, 2005.

MOBLEY, C. C. Nutrition and dental caries. **Dent Clin N Am**, v. 47, n. 2, p. 319-36, 2003.

MOKEEN, S. A. et al. Influence of smoking on clinical parameters and gingival crevicular fluid volume in patients with chronic periodontitis. **Oral Health Dent Manag**, v. 13, n. 2, p. 469-73, 2014.

MORAIS NETO, O. L. et al. Fatores de risco para acidentes de transporte terrestre entre adolescentes no Brasil: pesquisa nacional de saúde do escolar (PeNSE). **Cienc Saude Coletiva**, v. 15, supl. 2, p. 3043-52, 2010.

NICOLAU, B. et al. Life-course epidemiology: concepts and theoretical models and its relevance to chronic oral conditions. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 35, p. 241-9, 2007.

NOBLE, N. et al. Which modifiable health risk behaviours are related? A systematic review of the clustering of Smoking, Nutrition, Alcohol and Physical activity ('SNAP') health risk factors. **Prev Med**, v. 81, p. 16-41, 2015.

OGDEN, G. R. Alcohol and oral cancer. **Alcohol**, v. 35, p.169-73, 2005.

OLIVEIRA, M. M. et al . Fatores associados à procura de serviços de saúde entre escolares brasileiros: uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2012. **Cad Saude Publica**, v. 31, n. 8, p. 1603-1614, 2015. doi: 10.1590/0102-311X00165214.

OLIVEIRA-CAMPOS, M. et al. Contextual factors associated with sexual behavior among Brazilian adolescents. **Ann Epidemiol**, v. 23, n. 10, p. 629-35, 2013.

OLIVEIRA-CAMPOS, M. et al. Comportamento sexual em adolescentes brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012). **Rev Bras Epidemiol**, supl. PeNSE, p. 116-30, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Young people's health**: a challenge for society. Report of a WHO study group on young people and health for all. Technical Report Series 731. Geneva: World Health Organization, 1986.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Recent advances in oral health**. WHO Technical Report Series. Geneva: World Health Organization, 1992.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **The World Health Report 2000**. Geneva: World Health Organization, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases**. Report of the joint WHO/FAO expert consultation on diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva: World Health Organization, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Global health risks**: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Global recommendations on physical activity for health**. Geneva: World Health Organization, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Health for the world's adolescents**: a second chance in the second decade. Geneva: World Health Organization, 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/adolescent/second-decade>>. Acesso: dezembro 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Diretriz**: ingestão de açúcares por adultos e crianças. Genebra: OMS, 2015.

OTTEVAEARE, C. et al. Clustering patterns of physical activity, sedentary and dietary behavior among European adolescents: the HELENA study. **BMC Public Health**, v. 11, n. 328, 2011. doi: 10.1186/1471-2458-11-328.

PAINTER, J. E. et al. The use of theory in health behavior research from 2000 to 2005: a systematic review. **Ann Behav Med**, v. 35, p. 358–62, 2008.

PARK, Y.; PATTON, L.; KIM, H. Clustering of oral and general health risk behaviors in Korean adolescents: a national representative sample. **J Adolesc Health**, v. 47, n. 3, p. 277-81, 2010.

PARK, S. et al. Problem behavior, victimization, and soda intake in high school students. **Am J Health Behav**, v. 37, n. 3, p. 414-21, 2013. doi:10.5993/AJHB.37.3.14.

PATE, R. R. et al. Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. **JAMA**, v. 273, n. 5, p. 402-7, 1995.

PATTON, G. C. et al. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. **Lancet**, v. 374, n. 9693, p. 881- 92, 2009.

PATTON, G. C. et al. Mapping a global agenda for adolescent health. **J Adolesc Health**, v. 47, n. 5, p. 427-432, 2010.

PATTON, G. C. et al. Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data. **Lancet**, n. 379, v. 9826, p. 1665-75. 2012. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60203-7.

PECHANESKY, F.; SZOBOT, C. M.; SCIVOLETTO, S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 26, sup.1, p. 14-7, 2004.

PELTZER, K.; PENGPID, S. Oral and hand hygiene behaviour and risk factors among in-school adolescents in four Southeast Asian countries. **Int J Environ Res Public Health**, v. 11, n. 3, p. 2780-92, 2014. doi: 10.3390/ijerph110302780.

PETERSEN, P. E. et al. Oral and general health behaviours among Chinese urban adolescents. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 36, p. 76-84, 2008.

PILLINOVÁ, A. et al. Oral health status of drug addicts in Czech Republic. **J Forensic Odontostomatol**, v. 21, n. 2, p. 36-9, 2003.

PORTA, M. (Ed.) **A dictionary of Epidemiology**. 6th ed. Oxford: Oxford University Press, 2014. 343p. (edited for the International Epidemiological Association).

PROCHASKA, J. J.; SPRING, B.; NIGG, C. R. Multiple health behavior change research: an introduction and overview. **Prev Med**, v. 46, n. 3, p.181-8, 2008.

PUBLIC HEALTH ENGLAND. Welsh Government. Food Standards Scotland. Food Standards Agency in Northern Ireland. **Eatwell Guide**. 2016. Disponível em: <www.nhs.uk>. Acesso em: 08 fev. 2017.

RAMPERSAUD, G. C. et al. Breakfast habits, nutritional status, body weight, and academic performance in children and adolescents. **J Am Diet Assoc**, v. 105, p. 743-760, 2005.

RASMUSSEN, M. et al. Determinants of fruit and vegetable consumption among children and adolescents: a review of the literature. Part I: quantitative studies. **Int J Behav Nutr Phys Act**, v. 3, n. 22, 2006. doi:10.1186/1479-5868-3-22.

RISE, J.; WOLD, B.; AARO, L. E. Determinants of dental health behaviors in Nordic schoolchildren. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 19, p. 14-9, 1991.

ROBERTS, C.; TYNJALA, J.; KOMKOV, A. Physical activity. In: CURRIE, et al, editors. **Young people's health in context**. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: international report from the 2001/2002 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, p. 90-7, 2004.

ROOBAN, T. et al. Dental and oral health status in drug abusers in Chennai, India: a cross-sectional study. **J Oral Maxillofac Pathol**, v. 12, n. 1, p. 16-21, 2008.

ROTHON, C. et al. Physical activity and depressive symptoms in adolescents: a prospective study. **BMC Medicine**, v. 8, n. 32, 2010. doi: 10.1186/1741-7015-8-32.

SAFIRI, S. et al. Socioeconomic inequality in oral health behavior in Iranian children and adolescents by the Oaxaca-blinder decomposition method: the Caspian- IV study. **Int J Equity Health**, v. 15, n. 143, 2016. doi: 10.1186/S12939-016-0423-8.

SANCHEZ, A. et al. Patterns and correlates of physical activity and nutrition behaviors in adolescents. **Am J Prev Med**, v. 32, n. 2, p. 124-30, 2007.

SANTOS, N. C. N. et al. A saúde bucal de adolescentes: aspectos de higiene, de cárie dentária e doença periodontal nas cidades de Recife, Pernambuco e Feira de Santana, Bahia. **Cienc Saude Coletiva**, v. 12, n. 5, p. 1155-66, 2007. doi:10.1590/S1413-81232007000500012.

SASAKI, R. S. A. et al. Prevalência de relação sexual e fatores associados em adolescentes escolares de Goiânia-Goiás, Brasil. **Cienc Saude Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 95-104, 2015.

SCHEERMAN, J. F. M. et al. Psychosocial correlates of oral hygiene behaviour in people aged 9 to 19 – a systematic review with meta-analysis. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 44, n. 4, p. 331-41. 2016.

SHAFII, T.; STOVEL, K.; HOLMES, K. Association between condom use at sexual debut and subsequent sexual trajectories: a longitudinal study using biomarkers. **Am J Public Health**, v. 97, n. 6, p. 1090-5, 2007.

SHEIHAM, A.; WATT, R. G. The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 28, n. 6, p. 399-406, 2000.

SHEIHAM, A. Dietary effects on dental diseases. **Public Health Nutr**, v. 4, n. 2B, p. 569-91, 2001.

SHEIHAM, A.; JAMES, W. P. T. Diet and dental caries: the pivotal role of free sugars reemphasised. **J Dent Res**, v. 94, n. 10, p. 1341-7, 2015. doi: 10.1177/0022034515590377.

SILVA, K. S. et al. Simultaneidade dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes: prevalência e fatores associados. **Rev Paul Pediatr**, v. 30, n. 3, p. 338-45, 2012.

SILVA, K. S. et al. Gender differences in the clustering patterns of risk behaviours associated with non-communicable diseases in Brazilian adolescents. **Prev Med**, v. 65, p. 77-81, 2014.

SMITH-KHURI, E. et al. A cross-national study of violence-related behaviors in adolescents. **Arch Pediatr Adolesc Med**, v. 158, p. 539-44, 2004.

SOUSA, F. B. et al. Oral cancer from a health promotion perspective: experience of a diagnosis network in Ceará. **Braz Oral Res**, v. 28, n. spe, p. 1-8, 2014.

STRAUCH, E. S. et al. Uso do álcool por adolescentes: estudo de base populacional. **Rev Saude Publica**, v. 43, n. 4, p. 647-55, 2009.

SUTTON, S. Determinants of health-related behaviours: theoretical and methodological issues. In: SUTTON, S.; BAUM, S.; JOHNSTON, M.; editors. **The SAGE handbook of health psychology**. London: SAGE Publications Ltd, p. 94-126, 2004.

TAHMASSEBI, J. F. et al. Soft drinks and dental health: a review of the current literature. **J Dent**, v. 34, p. 2-11, 2006.

TAPERT, S. F. et al. Blood oxygen level dependent response and spatial working memory in adolescents with alcohol use disorders. **Alcohol Clin Exp Res**, v. 28, n. 10, p. 1577-86, 2004.

TIMLIN, M. T. et al. Breakfast eating and weight change in a 5-year prospective analysis of adolescents: Project EAT (Eating among teens). **Pediatrics**, v. 121, n. 3, p. 638-45, 2008.

UNITED NATIONS. **Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development**. A/RES/70/1. 2015. Disponível em: <www.sustainabledevelopment.un.org>. Acesso em: 18 set. 2016.

UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES AND UNITED STATES DEPARTMENT OF AGRICULTURE. **Dietary guidelines for Americans, 2005**. 6th ed. Washington: United States Government Printing Office, 2005. Disponível em: <www.healthys.gov/dietaryguidelines>. Acesso em: 08 fev. 2017.

VARTANIAN, L. V.; SCHWARTZ, M. B.; BROWNELL, K. D. Effects of soft drink consumption on nutrition and health: a systematic review and meta-analysis. **Am J Public Health**, v. 97, n. 4, p. 667-75, 2007.

VERECKEN, C.; OJALA, K.; JORDAN, M. Eating habits. In: CURRIE, C et al, editors. **Young people's health in context**. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, p. 110-9, 2004.

VERECKEN, C. et al. Breakfast consumption and its socio-demographic and lifestyle correlates in schoolchildren in 41 countries participating in the HSBC study. **Int J Public Health**, v. 54, suppl. 2, p. 180-90, 2009.

VETTORE, M. V. et al. Condição socioeconômica, frequência de escovação dentária e comportamentos em saúde em adolescentes brasileiros: uma análise a partir da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). **Cad Saude Publica**, v. 28, supl., s101-3, 2012. doi:10.1590/S0102-311X2012001300011.

VIK, N. F. et al. Associations between eating meals, watching TV while eating meals and weight status among children, ages 10–12 years in eight European countries:

the ENERGY cross-sectional study. **Int J Behav Nutr Phys Act**, v.10, n. 58, 2013. doi: 10.1186/1479-5868-10-58.

VINER, R. M. et al. Variations in associations of health risk behaviors among ethnic minority early adolescents. **J Adolesc Health**, v. 38, n. 1, p. e15-55.e23, 2006.

VINER, R. M. et al. 50- year mortality trends in children and young people: a study of 50 low-income, middle-income, and high-income countries. **Lancet**, v. 377, n. 9772, p. 1162-74, 2011.

WAGSTAFF, A.; PACI, P.; VAN DOORSLAER, E. On the measurement of inequalities in health. **Soc Sci Med**, v. 33, n. 5, p. 545-57, 1991. doi:10.1016/0277-9536(91)90212-U.

WIEFFERINK, C. H. et al. Clustering of health-related behaviors and their determinants: possible consequences for school health interventions. **Prev Science**, v. 7, n. 2, p. 127-49. 2006. doi: 10.1007/s11121-005-0021-2.

WORLD CANCER RESEARCH FUND/AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH. **Food, nutrition, physical activity and the prevention of cancer: a global perspective**. Washington: AICR, 2007.

WOUTERS, E. J. et al. Peer influence on snacking behavior in adolescence. **Appetite**, v. 55, p.11-7, 2010. doi:10.1016/j.appet.2010.03.002.

ZIMMERMAN, F. J.; BELL, J. F. Associations of television content type and obesity in children. **Am J Public Health**, v. 100, n. 2, p. 334-40, 2010.

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – PeNSE 2009



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

PARECER DE EMENDA Nº 005/2009

Documentos Analisados: Emenda – Atualizações necessárias para a execução da Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares - PeNSE; **do Protocolo de Pesquisa Registro CONEP 11537**

CAAE: não consta

Processo nº 25000.009234/2009-90

Projeto de Pesquisa: *"Monitoramento da Saúde do Adolescente"*

Pesquisador Responsável: Dra. Sandhi Maria Barreto

Instituição: Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde

CEP de origem: CONEP

Patrocinador: não se aplica

Sumário

A CONEP, em seu Parecer de nº **577/05**, de 18/03/05, aprova a realização da pesquisa, referente ao protocolo original.

Em 22/01/08, a CONEP recebe Memorando nº 17 GAB/DASIS/SVS/MS sobre Atualização do Projeto de Pesquisa, Registro CONEP nº 11537 e solicita Documentação Necessária para troca de coordenador da pesquisa por meio do Memo 09/09. Em 31/03/09 a resposta ao Memorando 09/09 da CONEP/CNS/MS foi encaminhada para a CONEP para a análise que se segue:

Considerações:

A atualização foi considerada pela CONEP como Emenda ao Protocolo de Pesquisa original.

As alterações se referem a: mudanças dos responsáveis e do grupo técnico; inclusão de um objetivo específico; alteração da amostra de pesquisa; atualização do cronograma; atualização da empresa responsável pela coleta de dados; e atualização do instrumento de coleta de dados.

Os sujeitos de pesquisa serão adolescentes do 9º ano (8ª série), no projeto original eram da 7ª série.

A coleta dos dados continua sendo por meio de questionário auto-aplicável com o mesmo conteúdo.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE será obtido da mesma forma que no projeto inicial, onde o voluntário marca um "X" para participar do estudo, sendo considerado válido diante dos termos em que foi formulado o convite onde se garante a liberdade de decisão do aluno, conforme informado à página 20 do protocolo, item 4. Aspectos éticos: "A participação será voluntária, o estudante poderá deixar de responder qualquer pergunta ou todo o questionário. Todas as informações do aluno serão confidenciais. O questionário será identificado por um número. A escola também não será identificada. O Estatuto da Criança e Adolescente prevê autonomia do adolescente para tomar iniciativas como responder um questionário que não oferece risco a sua saúde e tem como objetivo claro subsidiar políticas de proteção à saúde para esta faixa etária".

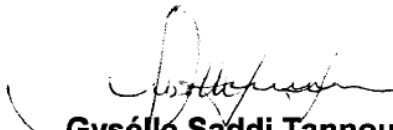
A pesquisa recebeu um novo título: *"Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares – PeNSE"*.

Cont. do Parecer de Emenda nº 005/2009.

As atualizações são consideradas como emenda ao protocolo original pois não desfiguram o protocolo original no que diz respeito às exigências éticas da pesquisa com seres humanos definidas na Resolução CNS 196/96 e suas complementares.

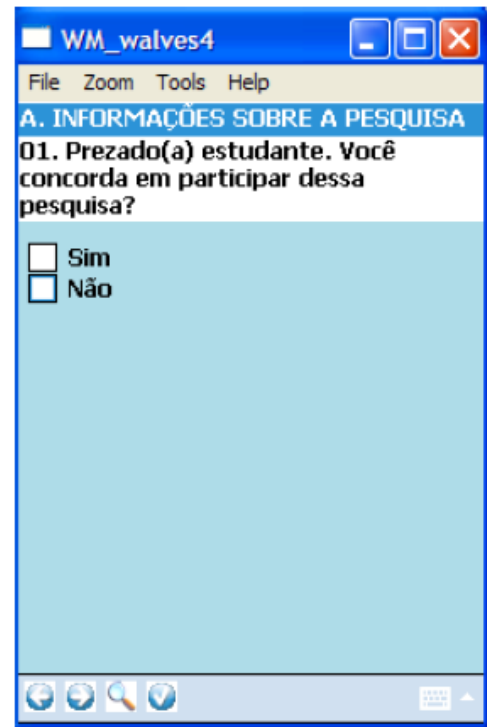
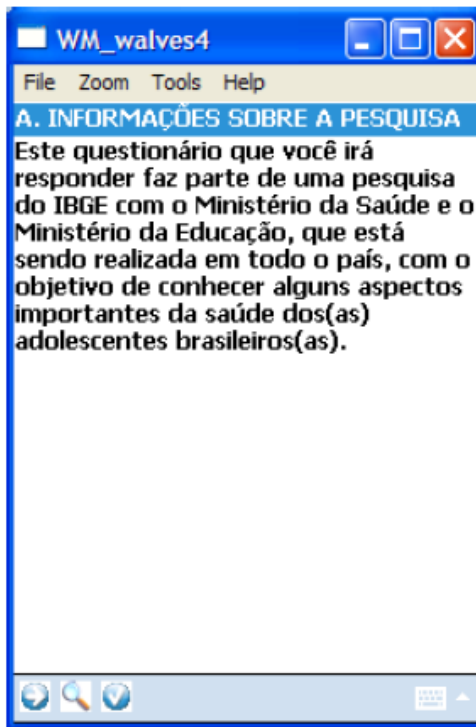
SITUAÇÃO: Emenda Aprovada.

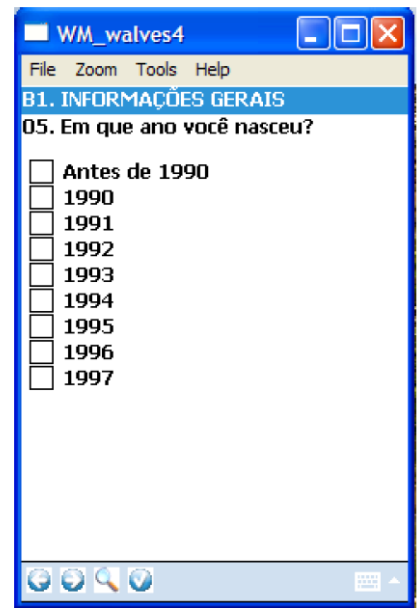
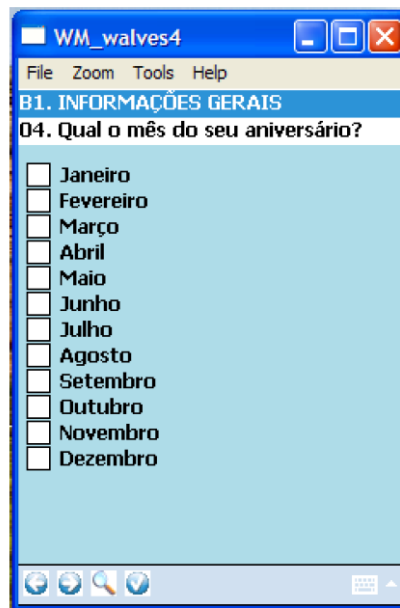
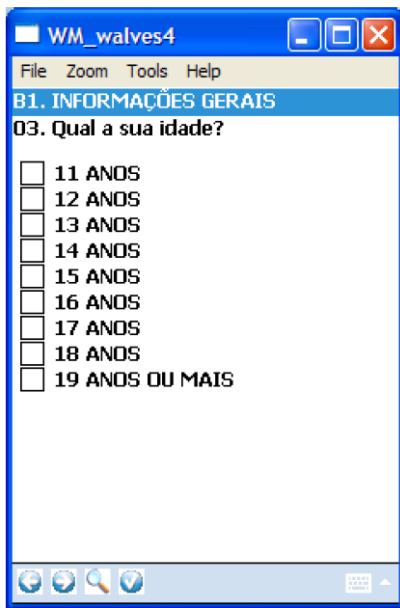
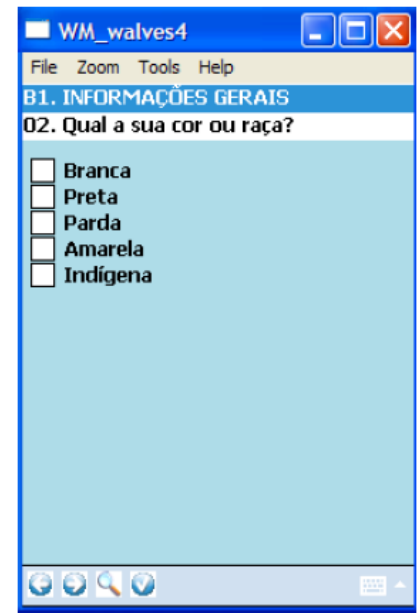
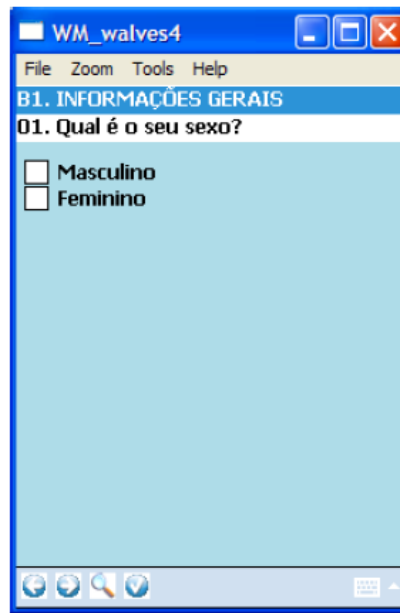
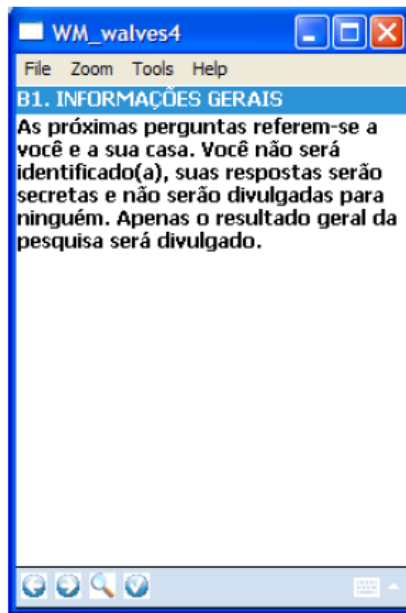
Brasília, 10 de Junho de 2009.



Gyselle Saddi Tannous
Coordenadora da CONEP/CNS/MS

ANEXO B - Questionário da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2009 e termo de consentimento livre e esclarecido





WM_walves4

File Zoom Tools Help

B1. INFORMAÇÕES GERAIS

06. Você mora com sua mãe?

Sim

Não

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B1. INFORMAÇÕES GERAIS

07. Você mora com seu pai?

Sim

Não

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B1. INFORMAÇÕES GERAIS

08. Até que nível de ensino(grau) sua mãe estuda ou estudou?

Minha mãe não estudou

Minha mãe não terminou o ensino fundamental ou 1º grau

Minha mãe terminou o ensino fundamental ou 1º grau

Minha mãe não terminou o ensino medio ou 2º grau

Minha mãe terminou o ensino médio ou 2º grau

Minha mãe não terminou a faculdade

Minha mãe terminou a faculdade

Não sei

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B1. INFORMAÇÕES GERAIS

09. Contando com você, quantas pessoas moram na sua casa ou apartamento?

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B1. INFORMAÇÕES GERAIS

10. Quantos cômodos tem sua casa?

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B1. INFORMAÇÕES GERAIS

11. Contando com você, quantas pessoas dormem no mesmo quarto ou cômodo com você?

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B1. INFORMAÇÕES GERAIS

12. Na sua casa tem televisão?

Sim

Não

This screenshot shows a window titled 'WM_walves4' with a menu bar containing 'File', 'Zoom', 'Tools', and 'Help'. Below the menu bar is a blue header with the text 'B1. INFORMAÇÕES GERAIS'. The main content area contains the question '12. Na sua casa tem televisão?' followed by two radio button options: 'Sim' and 'Não'. The window has standard Windows window controls (minimize, maximize, close) in the top right corner and a taskbar at the bottom with several icons.

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B1. INFORMAÇÕES GERAIS

13. Na sua casa tem geladeira?

Sim

Não

This screenshot shows a window titled 'WM_walves4' with a menu bar containing 'File', 'Zoom', 'Tools', and 'Help'. Below the menu bar is a blue header with the text 'B1. INFORMAÇÕES GERAIS'. The main content area contains the question '13. Na sua casa tem geladeira?' followed by two radio button options: 'Sim' and 'Não'. The window has standard Windows window controls in the top right corner and a taskbar at the bottom.

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B1. INFORMAÇÕES GERAIS

14. Na sua casa tem fogão?

Sim

Não

This screenshot shows a window titled 'WM_walves4' with a menu bar containing 'File', 'Zoom', 'Tools', and 'Help'. Below the menu bar is a blue header with the text 'B1. INFORMAÇÕES GERAIS'. The main content area contains the question '14. Na sua casa tem fogão?' followed by two radio button options: 'Sim' and 'Não'. The window has standard Windows window controls in the top right corner and a taskbar at the bottom.

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B1. INFORMAÇÕES GERAIS

15. Na sua casa tem forno de microondas?

Sim

Não

This screenshot shows a window titled 'WM_walves4' with a menu bar containing 'File', 'Zoom', 'Tools', and 'Help'. Below the menu bar is a blue header with the text 'B1. INFORMAÇÕES GERAIS'. The main content area contains the question '15. Na sua casa tem forno de microondas?' followed by two radio button options: 'Sim' and 'Não'. The window has standard Windows window controls in the top right corner and a taskbar at the bottom.

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B1. INFORMAÇÕES GERAIS

16. Na sua casa tem máquina de lavar roupa? (Não considere o tanquinho)

Sim

Não

This screenshot shows a window titled 'WM_walves4' with a menu bar containing 'File', 'Zoom', 'Tools', and 'Help'. Below the menu bar is a blue header with the text 'B1. INFORMAÇÕES GERAIS'. The main content area contains the question '16. Na sua casa tem máquina de lavar roupa? (Não considere o tanquinho)' followed by two radio button options: 'Sim' and 'Não'. The window has standard Windows window controls in the top right corner and a taskbar at the bottom.

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B1. INFORMAÇÕES GERAIS

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

Sim

Não

This screenshot shows a window titled 'WM_walves4' with a menu bar containing 'File', 'Zoom', 'Tools', and 'Help'. Below the menu bar is a blue header with the text 'B1. INFORMAÇÕES GERAIS'. The main content area contains the question '17. Na sua casa tem telefone fixo (convencional)?' followed by two radio button options: 'Sim' and 'Não'. The window has standard Windows window controls in the top right corner and a taskbar at the bottom.

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B1. INFORMAÇÕES GERAIS

18. Você tem celular?

Sim

Não

Taskbar icons: Internet Explorer, Start menu, Search, Help and Support, System tray.

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B1. INFORMAÇÕES GERAIS

19. Na sua casa tem aparelho de DVD?

Sim

Não

Taskbar icons: Internet Explorer, Start menu, Search, Help and Support, System tray.

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B1. INFORMAÇÕES GERAIS

20. Na sua casa tem computador?

Sim

Não

Taskbar icons: Internet Explorer, Start menu, Search, Help and Support, System tray.

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B1. INFORMAÇÕES GERAIS

21. Na sua casa tem algum computador ligado à Internet?

Sim

Não

Taskbar icons: Internet Explorer, Start menu, Search, Help and Support, System tray.

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B1. INFORMAÇÕES GERAIS

22. Alguém que mora na sua casa tem carro?

Sim

Não

Taskbar icons: Internet Explorer, Start menu, Search, Help and Support, System tray.

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B1. INFORMAÇÕES GERAIS

23. Alguém que mora na sua casa tem moto?

Sim

Não

Taskbar icons: Internet Explorer, Start menu, Search, Help and Support, System tray.

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B1. INFORMAÇÕES GERAIS

24. Dentro da sua casa tem banheiro?

Sim
 Não

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B1. INFORMAÇÕES GERAIS

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

1 Banheiro
 2 Banheiros
 3 Banheiros
 4 Banheiros ou mais
 5 Nenhum

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B1. INFORMAÇÕES GERAIS

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

Sim
 Não

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B2. ALIMENTAÇÃO

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

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B2. ALIMENTAÇÃO

01. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu feijão?

Não comi feijão nos últimos sete dias
 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
 Todos os dias nos últimos sete dias

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B2. ALIMENTAÇÃO

02. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu batata frita? (Incluir a batata de pacote)

Não comi batata frita nos últimos sete dias
 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
 Todos os dias nos últimos sete dias

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B2. ALIMENTAÇÃO

03. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu salgados fritos? Exemplo: coxinha de galinha, quibe frito, pastel frito, acarajé, etc.

Não comi salgados fritos nos últimos sete dias

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

Todos os dias nos últimos sete dias

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B2. ALIMENTAÇÃO

04. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu hambúrguer, salsicha, mortadela, salame, presunto, nuggets ou lingüiça?

Não comi nenhum desses alimentos nos últimos sete dias

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

Todos os dias nos últimos sete dias

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B2. ALIMENTAÇÃO

05. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu pelo menos um tipo de legume ou verdura, excluindo batata e aipim (mandioca)? Exemplo: couve, abóbora, chuchu, brócolis, espinafre, etc.

Não comi legumes ou verduras nos últimos sete dias

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

Todos os dias nos últimos sete dias

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B2. ALIMENTAÇÃO

06. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu salada crua? Exemplo: alface ou tomate ou cenoura ou pepino ou cebola etc.

Não comi salada crua nos últimos sete dias

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

Todos os dias nos últimos sete dias

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B2. ALIMENTAÇÃO

07. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu legumes ou verduras cozidos na comida ou sopa, excluindo batata e mandioca? Exemplo: couve, abóbora, chuchu, brócolis, espinafre, etc.

Não comi legumes ou verduras cozidos nos últimos sete dias

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

Todos os dias nos últimos sete dias

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B2. ALIMENTAÇÃO

08. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu biscoitos salgados ou bolachas salgadas?

Não comi biscoitos salgados ou bolachas salgadas nos últimos sete dias

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

Todos os dias nos últimos sete dias

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B2. ALIMENTAÇÃO

09. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu biscoitos doces ou bolachas doces?

Não comi biscoitos doces ou bolachas doces nos últimos sete dias

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

Todos os dias nos últimos sete dias

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B2. ALIMENTAÇÃO

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

Não comi guloseimas nos últimos sete dias

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

Todos os dias nos últimos sete dias

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B2. ALIMENTAÇÃO

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

Não comi frutas frescas ou saladas de frutas nos últimos sete dias

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

Todos os dias nos últimos sete dias

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B2. ALIMENTAÇÃO

12. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você tomou leite? (Excluir leite de soja)

Não tomei leite nos últimos sete dias

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

Todos os dias nos últimos sete dias

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B2. ALIMENTAÇÃO

13. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você tomou refrigerante?

Não tomei refrigerante nos últimos sete dias

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

Todos os dias nos últimos sete dias

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B2. ALIMENTAÇÃO

14. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, na maioria das vezes em que você tomou refrigerante, ele foi de que tipo?

Normal

Light / diet/ zero

Não tomei refrigerante nos últimos sete dias

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B2. ALIMENTAÇÃO

15. Ontem, em quais refeições você comeu salada crua? Exemplo: alface ou tomate ou cenoura ou pepino ou cebola etc.

Não comi salada crua ontem

No almoço de ontem

No jantar de ontem

No almoço e no jantar de ontem

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B2. ALIMENTAÇÃO

16. Ontem, em quais refeições você comeu legumes ou verduras cozidos, sem contar batata e aipim (mandioca/macaxeira)?

Não comi legumes nem verduras cozidos ontem

No almoço de ontem

No jantar de ontem

No almoço e no jantar de ontem

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B2. ALIMENTAÇÃO

17. Ontem, quantas vezes você comeu frutas frescas?

Não comi frutas frescas ontem

Uma vez ontem

Duas vezes ontem

Três vezes ou mais ontem

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B2. ALIMENTAÇÃO

18. Você costuma fazer alguma dessas refeições - almoço ou jantar - com sua mãe 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

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B2. ALIMENTAÇÃO

19. Você costuma comer quando está assistindo à TV ou estudando?

Não

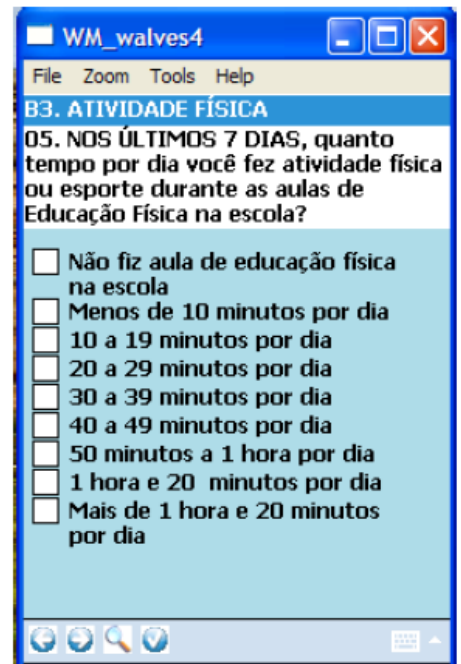
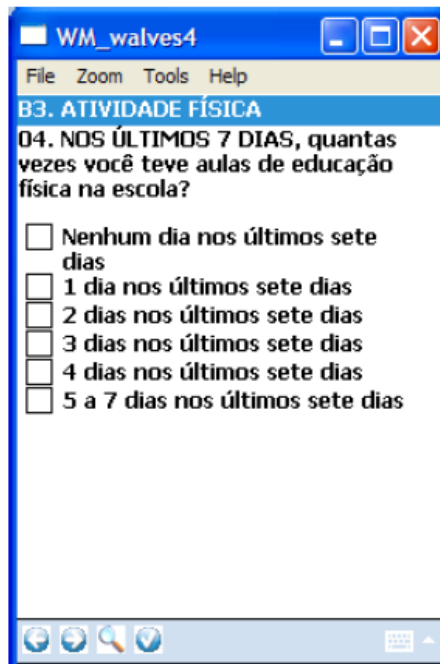
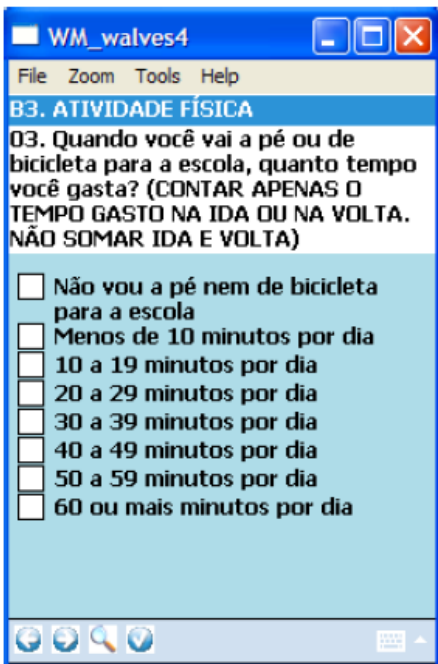
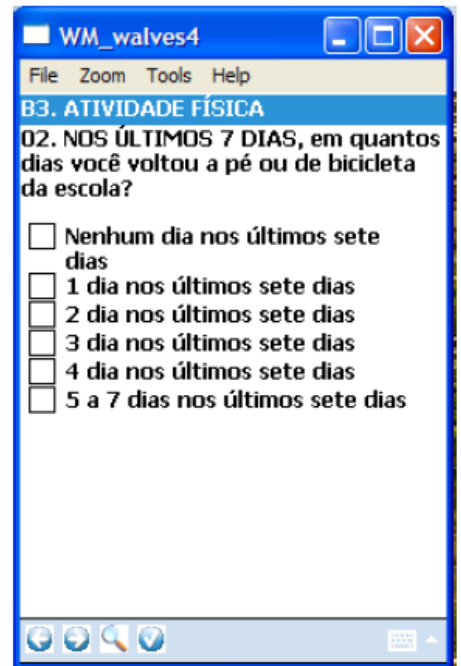
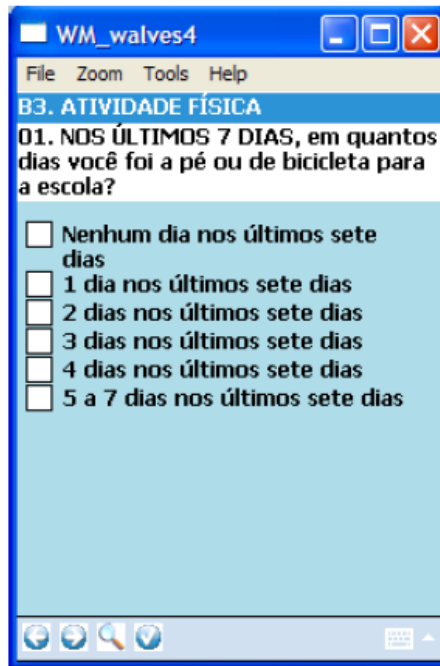
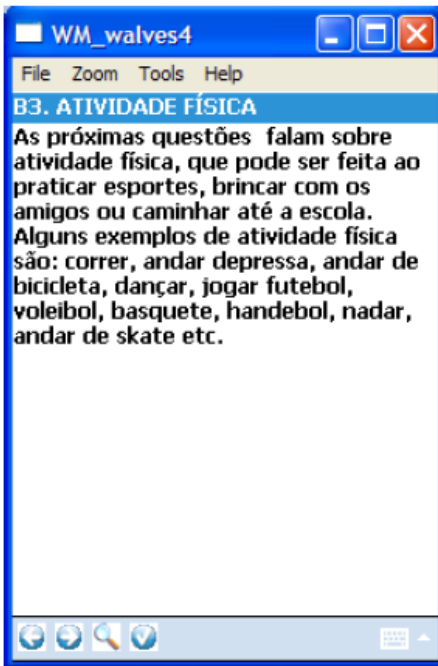
Sim, todos os dias

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



WM_walves4

File Zoom Tools Help

B3. ATIVIDADE FÍSICA

06. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, sem contar as aulas de educação física da escola, em quantos dias você praticou alguma atividade física, como esportes, dança, ginástica, musculação, lutas ou outra atividade com a orientação de professor ou instrutor?

Nenhum dia nos últimos sete dias

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 a 7 dias nos últimos sete dias

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B3. ATIVIDADE FÍSICA

07. Normalmente, quanto tempo por dia duram essas atividades que você faz com professor ou instrutor? (Não incluir as aulas de educação física)

Não faço atividade física com instrutor

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 60 minutos por dia

60 a 70 minutos por dia

70 a 80 minutos por dia

80 ou mais minutos por dia

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B3. ATIVIDADE FÍSICA

08. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, no seu tempo livre, em quantos dias você praticou atividade física ou esporte sem professor ou instrutor?

Nenhum dia nos últimos sete dias

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 a 7 dias nos últimos sete dias

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B3. ATIVIDADE FÍSICA

09. Normalmente, quanto tempo por dia duram essas atividades que você faz sem professor ou instrutor?

Não faço atividade física sem instrutor

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

1 hora por dia

1 hora e 1h30 por dia

Mais de 1h30 por dia

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B3. ATIVIDADE FÍSICA

10. Se você tivesse oportunidade de fazer atividade física na maioria dos dias da semana, qual seria a sua atitude?

Não faria mesmo assim

Faria atividade física na maioria dos dias da semana

Já faço atividade física na maioria dos dias da semana

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B3. ATIVIDADE FÍSICA

11. Num dia de semana comum, quantas horas por dia você assiste a TV?

Não 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

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B3. ATIVIDADE FÍSICA

12. Num dia de semana comum, quantas horas por dia você joga videogame?

- Não joga videogame
- 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

Navigation icons: Home, Back, Forward, Stop, Refresh, Print, Search, Help.

WM_walves4

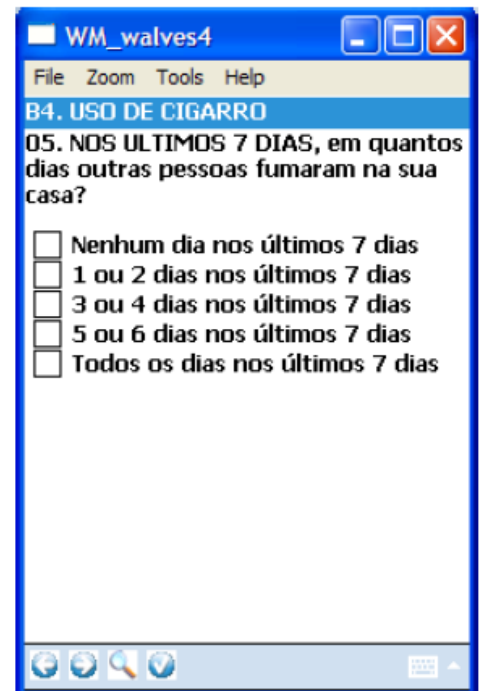
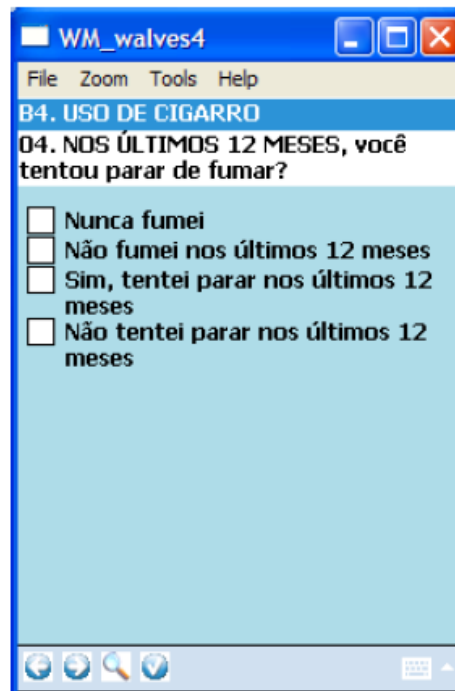
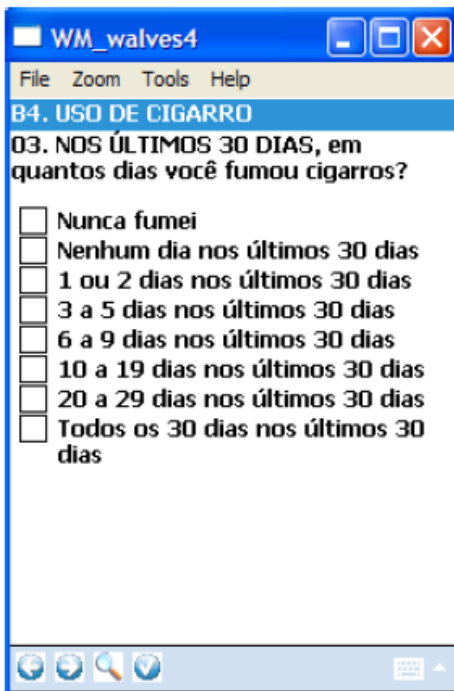
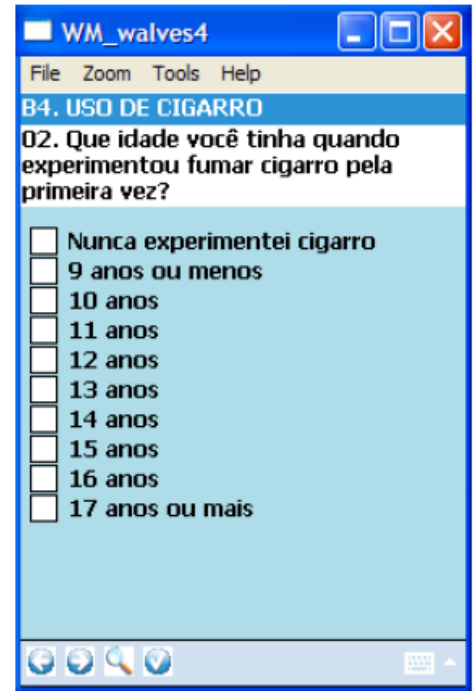
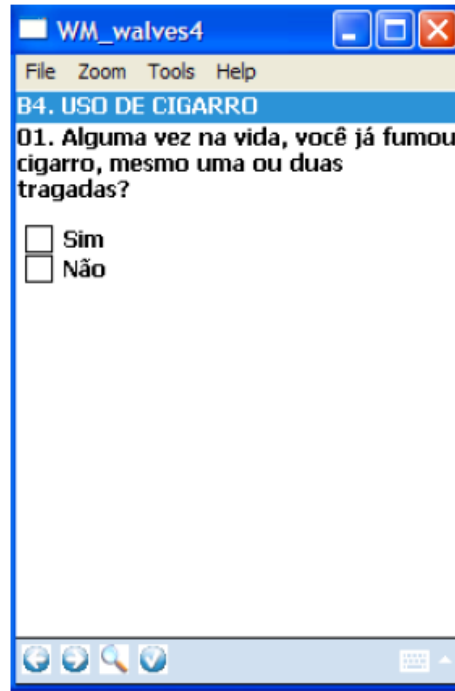
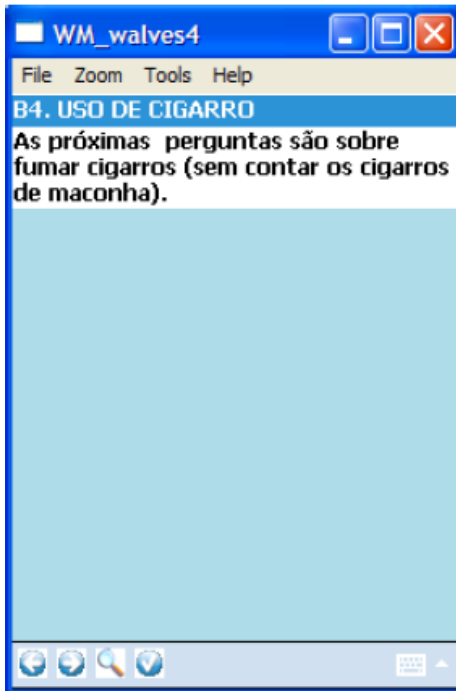
File Zoom Tools Help

B3. ATIVIDADE FÍSICA

13. Num dia de semana comum, quantas horas por dia você fica no computador?

- Não fico no computador
- 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

Navigation icons: Home, Back, Forward, Stop, Refresh, Print, Search, Help.



WM_walves4

File Zoom Tools Help

B4. USO DE CIGARRO

06. Qual de seus pais ou responsáveis fuma?

- Nenhum deles
- Meu pai e minha mãe ou responsáveis
- Só meu pai ou responsável do sexo masculino
- Só minha mãe ou responsável do sexo feminino
- Não sei

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B4. USO DE CIGARRO

07. Se quiser, você consegue comprar cigarro na escola?

- Sim, consigo
- Não, não consigo
- Não sei

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B4. USO DE CIGARRO

08. Se você fumasse cigarros, qual seria a reação de sua família se ela ficasse sabendo?

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

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B5. ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

As próximas perguntas abordam o consumo de bebidas alcoólicas como, por exemplo: cerveja, chopp, vinho, cachaça/pinga, vodca, vodca-ice, uísque etc. A ingestão de bebidas alcoólicas não inclui tomar alguns goles de vinho para fins religiosos.

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B5. ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

01. Alguma vez na vida, você já experimentou bebida alcoólica?

- Sim
- Não

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B5. ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

02. Que idade você tinha quando experimentou bebida alcoólica pela primeira vez?

- Nunca experimentei bebida alcoólica
- 9 anos ou menos
- 10 anos
- 11 anos
- 12 anos
- 13 anos
- 14 anos
- 15 anos
- 16 anos
- 17 anos ou mais

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B5. ALCOOL E OUTRAS DROGAS

03. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você tomou pelo menos um copo ou uma dose de bebida alcoólica?

Nenhum dia nos últimos 30 dias

1 ou 2 dias nos últimos 30 dias

3 a 5 dias nos últimos 30 dias

6 a 9 dias nos últimos 30 dias

10 a 19 dias nos últimos 30 dias

20 a 29 dias nos últimos 30 dias

Todos os 30 dias nos últimos 30 dias

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B5. ALCOOL E OUTRAS DROGAS

04. Nos últimos 30 dias, nos dias em que você tomou alguma bebida alcoólica, quantos copos ou doses você tomou por dia?

Não tomei nenhuma bebida alcoólica nos últimos 30 dias

Menos de um copo ou dose nos últimos 30 dias

1 copo ou 1 dose nos últimos 30 dias

2 copos ou 2 doses nos últimos 30 dias

3 copos ou 3 doses nos últimos 30 dias

4 copos ou 4 doses nos últimos 30 dias

5 copos ou mais ou 5 doses ou mais nos últimos 30 dias

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B5. ALCOOL E OUTRAS DROGAS

05. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, na maioria das vezes, como você conseguiu a bebida que tomou?

Não tomei nenhuma bebida alcoólica nos últimos 30 dias

Comprei no mercado, loja, bar ou supermercado

Comprei de um vendedor de rua

Dei dinheiro a alguém que comprou para mim

Consegui com meus amigos

Consegui em casa

Consegui em uma festa

Consegui de outro modo

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B5. ALCOOL E OUTRAS DROGAS

06. Na sua vida, quantas vezes você bebeu tanto que ficou realmente bêbado(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

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B5. ALCOOL E OUTRAS DROGAS

07. Se você chegasse em casa bêbado(a), qual seria a reação de sua família se ela ficasse sabendo?

Iria se importar muito

Iria se importar um pouco

Não iria se importar

Não sei se ela iria se importar

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B5. ALCOOL E OUTRAS DROGAS

08. Na sua vida, quantas vezes você teve problemas com sua família ou amigos, perdeu aulas, se machucou 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

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B5. ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

09. Alguma vez na vida, você já usou alguma droga, tais como: maconha, cocaína, crack, cola, lolô, lança perfume, ecstasy etc?

Sim
 Não

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B5. ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

10. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você usou drogas tais como maconha, cocaína, crack, cola, lolô, lança perfume, ecstasy etc?

Nenhuma vez nos últimos 30 dias
 1 ou 2 vezes nos últimos 30 dias
 3 a 5 vezes nos últimos 30 dias
 6 a 9 vezes nos últimos 30 dias
 10 ou mais vezes nos últimos 30 dias

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B5. ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

11. Que idade você tinha quando usou droga tais como maconha, cocaína, crack, cola, lolô, lança perfume, ecstasy ou outra pela primeira vez?

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

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B6. SITUAÇÕES EM CASA E NA ESCOLA

As próximas questões tratam do grau de conhecimento que seus pais ou responsáveis tem em relação a algumas situações vivenciadas por você na escola. Também tratam de sua relação com seus colegas no ambiente escolar.

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B6. SITUAÇÕES EM CASA E NA ESCOLA

01. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você faltou às aulas sem permissão dos seus pais ou responsáveis?

Nenhum dia nos últimos 30 dias
 1 ou 2 dias nos últimos 30 dias
 3 a 5 dias nos últimos 30 dias
 6 a 9 dias nos últimos 30 dias
 10 ou mais dias nos últimos 30 dias

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B6. SITUAÇÕES EM CASA E NA ESCOLA

02. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência seus pais ou responsáveis sabiam realmente o que você estava fazendo em seu tempo livre?

Nenhuma vez nos últimos 30 dias
 Raramente nos últimos 30 dias
 Às vezes nos últimos 30 dias
 Na maior parte das vezes nos últimos 30 dias
 Sempre nos últimos 30 dias

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B6. SITUAÇÕES EM CASA E NA ESCOLA

03. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que freqüência os colegas de sua escola trataram você bem e/ou foram prestativos com você?

Nenhuma vez nos últimos 30 dias

Raramente nos últimos 30 dias

Às vezes nos últimos 30 dias

Na maior parte das vezes nos últimos 30 dias

Sempre nos últimos 30 dias

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B6. SITUAÇÕES EM CASA E NA ESCOLA

04. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que freqüência algum dos seus colegas de sua escola te esculacharam, zoaram, mangaram, intimidaram ou caçoaram tanto que você ficou magoado / incomodado / aborrecido / ofendido / humilhado?

Nenhuma vez nos últimos trinta dias

Raramente nos últimos trinta dias

Às vezes nos últimos trinta dias

Na maior parte das vezes nos últimos trinta dias

Sempre nos últimos trinta dias

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B7. SAÚDE SEXUAL

Nas próximas questões você responderá sobre sua saúde sexual e reprodutiva.

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B7. SAÚDE SEXUAL

01. Você já teve relação sexual (transou) alguma vez?

Sim

Não

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B7. SAÚDE SEXUAL

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

Nunca tive relação sexual

9 anos ou menos

10 anos

11 anos

12 anos

13 anos

14 anos

15 anos

16 anos ou mais

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B7. SAÚDE SEXUAL

03. Na sua vida, você já teve relação sexual (transou) com quantas pessoas?

Nunca tive relação sexual na vida

1 pessoa na vida

2 pessoas na vida

3 pessoas na vida

4 pessoas na vida

5 pessoas na vida

6 ou mais pessoas na vida

Não me lembro

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B7. SAÚDE SEXUAL

04. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, você teve relações sexuais(transou)?

Sim

Não

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B7. SAÚDE SEXUAL

05. Na última vez que você teve relação sexual(transou), você ou seu(sua) parceiro(a) usou algum método para evitar a gravidez?

Nunca tive relação sexual

Sim

Não

Não sei

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B7. SAÚDE SEXUAL

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

Nunca tive relação sexual

Sim

Não

Não sei

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B7. SAÚDE SEXUAL

07. Na escola, você já recebeu orientação sobre prevenção de gravidez?

Sim

Não

Não sei

WM_walves4

File Zoom Tools Help

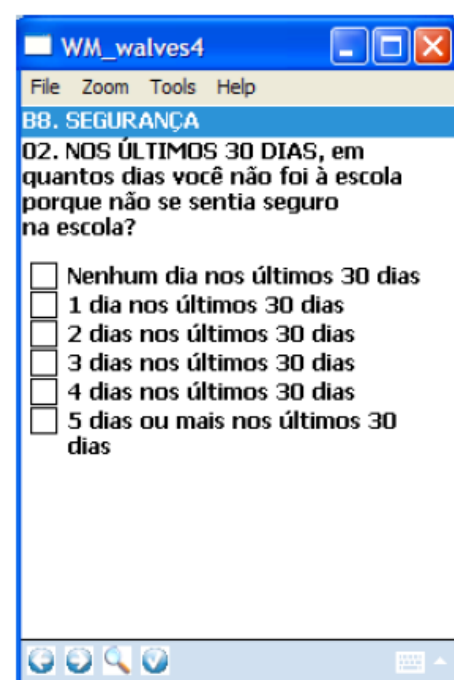
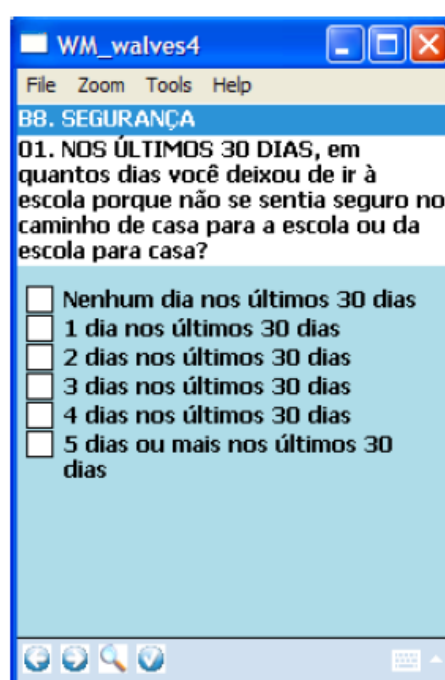
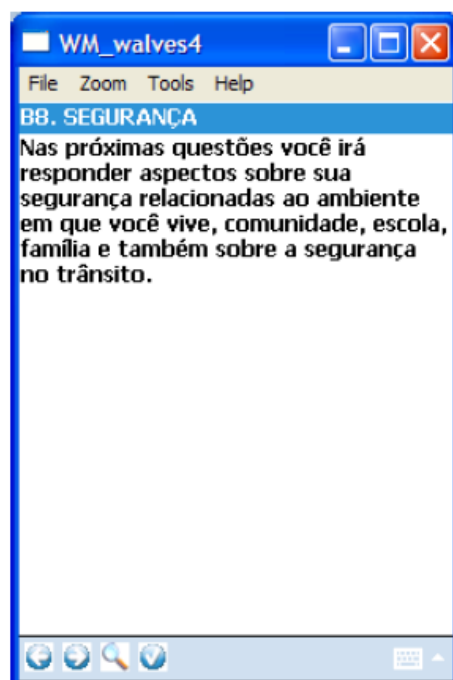
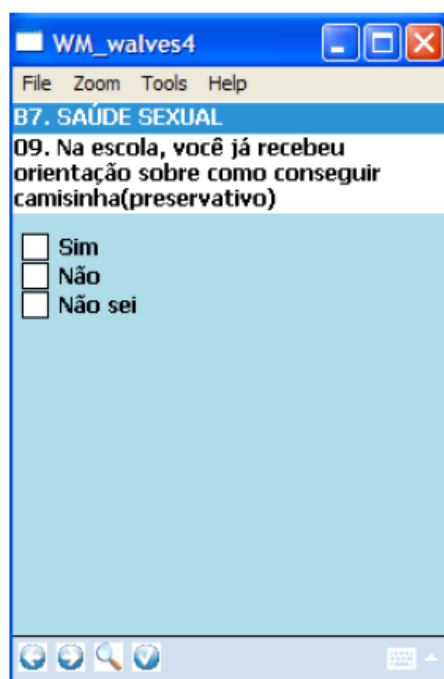
B7. SAÚDE SEXUAL

08. Na escola, você já recebeu orientação sobre Aids ou outras Doenças Sexualmente

Sim

Não

Não sei



WM_walves4

File Zoom Tools Help

B8. SEGURANÇA

03. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantas vezes você foi agredido fisicamente por um adulto da sua família?

Nenhuma vez nos últimos 30 dias

1 vez nos últimos 30 dias

2 ou 3 vezes nos últimos 30 dias

4 ou 5 vezes nos últimos 30 dias

6 ou 7 vezes nos últimos 30 dias

8 ou 9 vezes nos últimos 30 dias

10 ou 11 vezes nos últimos 30 dias

12 vezes ou mais nos últimos 30 dias

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B8. SEGURANÇA

04. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você esteve envolvido(a) em alguma briga em que alguém foi fisicamente agredido?

Sim

Não

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B8. SEGURANÇA

05. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você esteve envolvido(a) em alguma briga em que alguma pessoa usou arma de fogo como revólver ou espingarda?

Sim

Não

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B8. SEGURANÇA

06. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você esteve envolvido(a) em alguma briga em que alguma pessoa usou alguma outra arma como faca, canivete, peixeira, pedra, pedaço de pau ou garrafa?

Sim

Não

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B8. SEGURANÇA

07. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantas vezes você usou o cinto de segurança quando estava em um carro ou outro veículo motorizado dirigido por outra pessoa (excluindo ônibus)?

Não andei em veículo dirigido por outra pessoa nos últimos 30 dias

Nunca nos últimos 30 dias

Raramente nos últimos 30 dias

Às vezes nos últimos 30 dias

Na maioria das vezes nos últimos 30 dias

Sempre nos últimos 30 dias

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B8. SEGURANÇA

08. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantas vezes você usou um capacete ao andar de motocicleta?

Não andei de motocicleta nos últimos 30 dias

Nunca nos últimos 30 dias

Raramente nos últimos 30 dias

Às vezes nos últimos 30 dias

Na maioria das vezes nos últimos 30 dias

Sempre nos últimos 30 dias

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B8. SEGURANÇA

09. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantas vezes você dirigiu um veículo motorizado de transporte (carro, motocicleta, voadeira, barco) ?

Não dirigi carro ou outro veículo nos últimos 30 dias

1 vez nos últimos 30 dias

2 ou 3 vezes nos últimos 30 dias

4 ou 5 vezes nos últimos 30 dias

6 ou mais vezes nos últimos 30 dias

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B8. SEGURANÇA

10. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantas vezes você andou em carro ou outro veículo motorizado dirigido por alguém que tinha consumido alguma bebida alcoólica?

Nenhuma vez nos últimos 30 dias

1 vez nos últimos 30 dias

2 ou 3 vezes nos últimos 30 dias

4 ou 5 vezes nos últimos 30 dias

6 ou mais vezes nos últimos 30 dias

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B9. SAÚDE BUCAL

As questões a seguir tratam da higiene e saúde da sua boca.

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B9. SAÚDE BUCAL

01. Normalmente, quantas vezes por dia você escova os dentes?

Não escovo os dentes

Uma vez por dia

Duas vezes por dia

Três vezes por dia

Quatro ou mais vezes por dia

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B9. SAÚDE BUCAL

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

Sim

Não

Não sei / não me lembro

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B10. IMAGEM CORPORAL

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

Sim
 Não

WM_walves4

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B10. IMAGEM CORPORAL

04. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você tomou algum remédio, fórmula ou outro produto para perder ou manter seu peso sem acompanhamento médico?

Sim
 Não

WM_walves4

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B10. IMAGEM CORPORAL

Neste bloco, você irá responder a questões referentes ao que você acha de sua própria imagem.

WM_walves4

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B10. IMAGEM CORPORAL

01. Quanto ao seu corpo, você se considera:

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

WM_walves4

WM_walves4

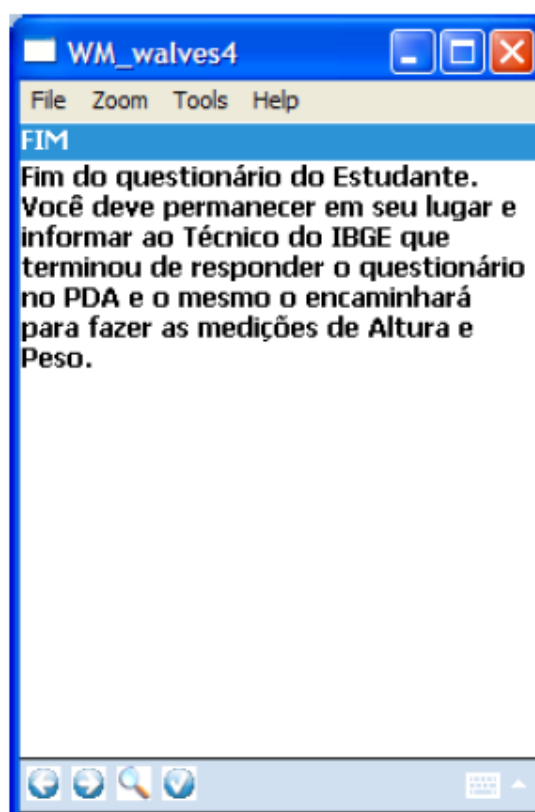
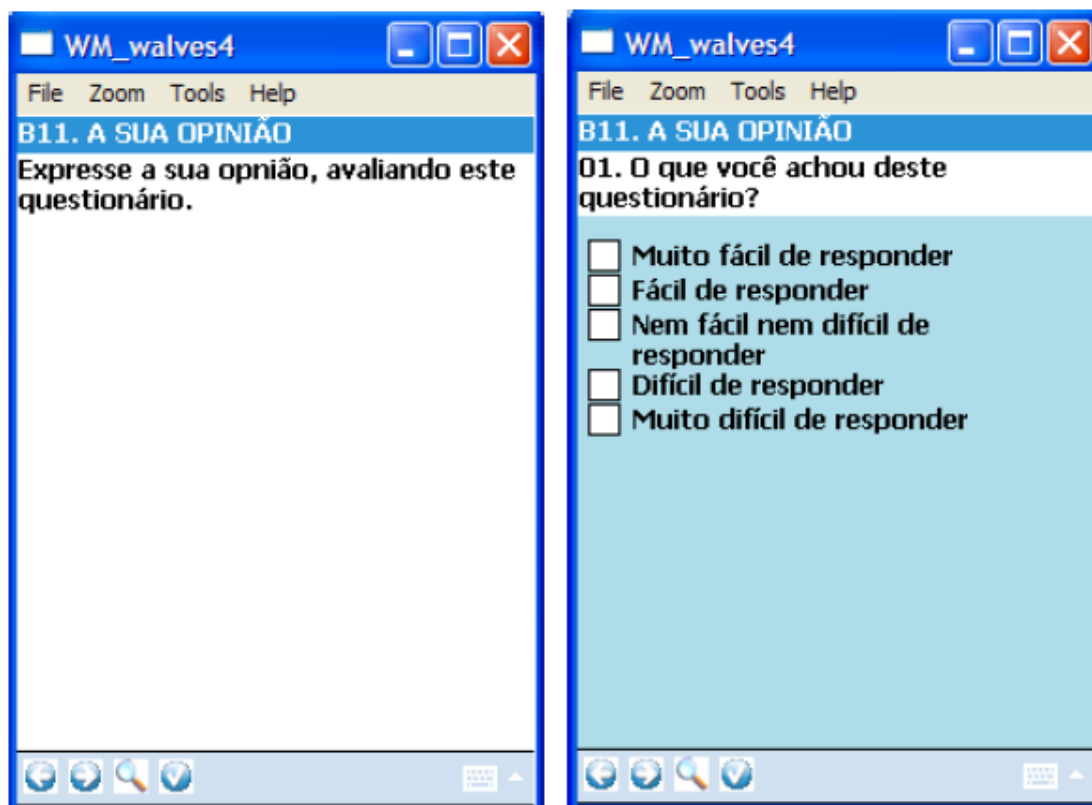
File Zoom Tools Help

B10. IMAGEM CORPORAL

02. O que você está fazendo em relação a seu peso?

Não estou fazendo nada
 Estou tentando perder peso
 Estou tentando ganhar peso
 Estou tentando manter o mesmo peso

WM_walves4



WM_walves4

File Zoom Tools Help

B1. ANTROPOMETRIA

1. Qual é o Peso do Aluno ?

quilos

Navigation icons: back, forward, search, home, help, keyboard, up arrow.

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B1. ANTROPOMETRIA

2. Qual é a Altura do Aluno ?

centímetros

Navigation icons: back, forward, search, home, help, keyboard, up arrow.

WM_walves4

File Zoom Tools Help

FIM

Fim do Questionário

Navigation icons: back, forward, search, home, help, keyboard, up arrow.

Cont. Parecer CONEP nº. 192/2012

Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE constituíram parceria para a realização da primeira Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – (PeNSE, 2009). Além da parceria com o IBGE, o Ministério da Saúde contou com o apoio do Ministério da Educação – MEC e de parceiros, como diversas instituições de ensino e pesquisa no Brasil. A pesquisa objetivou estimar a prevalência de fatores de risco e proteção para a saúde do adolescente, visando orientar políticas públicas de promoção da saúde para esse grupo etário.

Em 2009, o Sistema de Monitoramento PeNSE foi realizado por meio de questionário autoaplicável, em *Personal Digital Assistant* – PDA, coletando informação de 60.973 estudantes em 1.453 escolas públicas e privadas nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal. Após a averiguação da importância dos dados obtidos com a primeira PeNSE em 2009, a manutenção da vigilância de fatores de risco comportamentais e de proteção para a saúde do escolar foi assegurada, tanto pela direção do Ministério da Saúde, quanto pela direção do IBGE e a PeNSE deverá ser replicada a cada três anos. Definiu-se pela manutenção do instrumento, inserindo-se ajustes necessários em relação à 2009. Desta forma assegura-se a padronização permitindo a comparabilidade entre as diversas cidades ao longo do tempo, além de garantir a avaliação das políticas públicas delineadas e implementadas. A PeNSE 2009 foi submetida à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), por meio de emenda ao Projeto inicialmente submetido em 2005 (Reg. CONEP 11537), tendo recebido o Parecer de Emenda nº. 005/2009, favorável à aprovação do estudo.

O presente projeto refere-se à segunda edição da realização do Sistema de Monitoramento PeNSE 2012, que visa alimentar o sistema de vigilância dos fatores de risco e proteção à saúde de escolares no Brasil. A pesquisa é resultado da parceria entre o MS e o IBGE, tendo o apoio do MEC. A execução da pesquisa está ao encargo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, com expertise nacional reconhecida, o qual ajudará a dar sustentabilidade ao sistema de vigilância para escolares.

Objetivo geral: Alimentar o Sistema de Vigilância de fatores de risco e proteção à saúde em escolares do Brasil.

Objetivos específicos: Estimar as prevalências dos fatores de risco e proteção à saúde de escolares no país. Acompanhar as tendências destas prevalências ao longo do tempo. Gerar evidências para orientar e avaliar o impacto de intervenções para a redução da prevalência destes fatores de risco e a promoção geral da saúde neste grupo etário. Identificar questões prioritárias para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde em escolares no Brasil.

Desenho do estudo: Trata-se de uma pesquisa de base nacional, com representatividade para as capitais de estado e o distrito federal e para as cinco regiões administrativas (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste) e Brasil. Para o desenvolvimento da PeNSE foi constituído um grupo de trabalho coordenado pela Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis do Departamento de Análise de Situação em Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde com a participação de universidades, técnicos do Ministério da Saúde, Ministério da Educação e IBGE.

Método: O questionário para coleta de dados foi elaborado com base nos instrumentos utilizados no GSHS da OMS-CDC, no YRBSS do CDC, no Estudo sobre a Condição de Saúde e Nutrição dos Escolares da Cidade do Rio de Janeiro, no Inquérito de Tabagismo em Escolares – Vigescola e nos questionários usados nos seguimentos das coortes de nascimento da Universidade Federal de Pelotas e na PeNSE de 2009. Esse questionário está organizado por módulos que contemplam os seguintes assuntos: características sociodemográficas, alimentação, imagem corporal, atividade física, tabagismo, consumo de álcool e outras drogas, rede de proteção, saúde bucal, comportamento sexual, violência, acidentes, e apreciação geral do questionário. Em 2012,

Cont. Parecer CONEP nº. 192/2012

foram inseridas algumas perguntas sobre asma, procura de serviços de saúde, higiene pessoal, saúde mental, dentre outras.

O questionário foi concebido em módulos para permitir, no futuro, a inclusão de outras questões relevantes, desde que respeitada à mesma estruturação e forma de abordagem dos módulos básicos. Para aplicação deste questionário será utilizado o equipamento *Personal Digital Assistant-PDA*, sob responsabilidade do IBGE, que possui equipes capacitadas para tal.

Optou-se por solicitar o consentimento do próprio aluno em sala de aula. Primeiramente, será feito o contato com a direção da escola sobre a escolha aleatória da(s) turma(s). Os entrevistadores treinados visitarão a escola em data e horário previamente agendados, devendo estar utilizando os crachá de identificação em local visível. Eles informarão que o responsável pela pesquisa é o Ministério da Saúde e que a sua execução será realizada pelo IBGE. Além disso, explicarão, com clareza, os objetivos da pesquisa. Assim, os entrevistadores fornecerão esclarecimentos sobre a importância de se preencher o questionário individualmente, sobre a garantia do sigilo das respostas (posto que essas não serão divulgadas individualmente à direção, ao corpo docente ou aos pais) e, também, sobre a garantia do anonimato das respostas, já que o questionário inserido no PDA não identifica o aluno. Ainda no sentido de preservar o anonimato do aluno, o questionário não pede a data de seu nascimento, mas somente a idade e o dia e o mês do seu aniversário. Apenas participarão do estudo os alunos que concordarem com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) colocado na primeira página do PDA (*Personal Digital Assistant*, utilizado para aplicação do questionário).

Para não haver constrangimentos, o aluno pode ou não preencher o questionário, mas apenas será considerado como participante aquele que tiver marcado no quadro apropriado a sua concordância em participar na pesquisa.

Critérios de inclusão/exclusão: A população-alvo do Sistema de Monitoramento PeNSE 2012 será formada por escolares do 9º ano do Ensino Fundamental (antiga 8ª série) de escolas públicas ou privadas das capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal e municípios de grandes regiões.

A escolha do 9º ano (8ª série) justifica-se por representar uma faixa etária com o mínimo de escolarização necessário para responder o questionário autoaplicável e, também, em razão da proximidade da idade de referência preconizada pela OMS, que é de 13 a 15 anos. Ademais, escolares com menos de 7 anos completos de estudo podem ter dificuldade para responder as perguntas do instrumento a ser utilizado.

Riscos/Benefícios: A presente pesquisa, continuidade do sistema de vigilância em escolares, também não oferece risco direto à saúde do escolar, entretanto é possível que haja sensibilidade do aluno a alguma questão investigada. O questionário autoaplicado é inserido no PDA e inclui questões relacionadas a opiniões, sentimentos, que podem ser sensíveis para o adolescente e também comportamentos pessoais como o uso de tabaco, álcool, sexualidade e outros temas em que o adolescente pode sentir-se desconfortável, ou deixá-lo preocupado com o comportamento relacionado à pergunta e com a possibilidade de sua identificação. Vincula o risco do adolescente sentir-se desconfortável com a possibilidade de ser identificado.

Para resolver essa questão, medidas serão tomadas para proteger ao máximo a identidade do adolescente e deixá-lo confortável para responder a pesquisa. A participação será voluntária, o estudante poderá deixar de responder qualquer pergunta ou todo o questionário. Todas as informações do aluno serão confidenciais e ele não será identificado. A escola também não será identificada. Todas as bases de dados serão não identificadas quanto à turma, escola e alunos.

Local de realização

Trata-se de um projeto nacional e unicêntrico. Estima-se que o estudo utilizará dados de cerca de 75000 sujeitos de pesquisa.

Cont. Parecer CONEP nº. 192/2012

Apresentação do protocolo

Os seguintes documentos foram apresentados no CD-ROM do protocolo em tela: Folha de Rosto contendo 02 fls; Currículos dos Pesquisadores Responsáveis e Demais Pesquisadores contendo 22 fls; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) contendo 02 fls; Cronograma de Execução de Pesquisa e Instrumentos de coleta de dados da pesquisa (Projeto de pesquisa) e Orçamento Financeiro contendo 55 fls.

Os seguintes documentos foram apresentados no CD-Rom de respostas do protocolo em tela: Memorando encaminhando documento de resposta ao parecer CONEP 011/2012, registro CONEP 16905 assinado contendo 01 fls; Documento de resposta ao parecer CONEP 011/2012, registro CONEP 16905 assinado pelo pesquisador principal contendo 7 fls; Anexo I – Parecer CONEP 577/2005 contendo 01 fls; Anexo II – Parecer de emenda nº 005/2009 contendo 02 fls.

Considerações sobre a análise de respostas ao Parecer CONEP nº 011/2012 sobre o projeto em questão:

"Prezada Coordenadora, Agradeço o parecer Nº. 011/2012 e as contribuições desta importante Comissão Nacional de Ética em Pesquisa sobre a PeNSE (Registro CONEP 16805). Inicialmente farei algumas considerações e depois procurarei responder as questões levantadas pelos conselheiros.

Com a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) no Ministério da Saúde em 2003, a estratégica área da Vigilância das Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT) foi conduzida por um profícuo processo de aprimoramento de seu marco teórico-conceitual e ampliação de seu arsenal tecnológico, apoiando o aprimoramento de políticas públicas de promoção à saúde. A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) soma-se a esse arsenal, demonstrando seu potencial como importante instrumento de vigilância em saúde. As principais características desta vigilância são: a) a magnitude e a evitabilidade dos eventos sob vigilância; b) a posição estratégica que a sua população alvo ocupa; e c) a relevância da finalidade principal da PeNSE : a vigilância da saúde do escolar no Brasil.

Apesar de incluir o termo "pesquisa" em seu nome, a PeNSE é uma sistema de vigilância e monitoramento da saúde dos escolares. Sua primeira edição em 2009, e agora a segunda edição em 2012, além de denotar sustentabilidade, mostra a capacidade dos gestores de garantir um processo permanente e sistemático de vigilância da saúde do escolar no Brasil, a exemplo do que está sendo realizado em diferentes países com o protagonismo da Organização Mundial da Saúde (Health Behaviour in School-aged Children – HBSC) e do Centers for Disease Control and Prevention (Youth Risk Behavior Surveillance System – YRBSS).

Em sua concepção mais ampla, a PeNSE permite não apenas estimar a magnitude de indicadores estratégicos, mas também permitirá analisar as tendências temporais desses indicadores, assim como avaliar o impacto das intervenções e políticas de saúde que tenham esse público de escolares como alvo. Nesse sentido, a busca deve ser pela co-produção de evidências para a ação em saúde pública, em um processo "alimentador" e "alimentado" pelos resultados dessa mesma ação.

Para tanto, o processo de vigilância em saúde que a PeNSE busca garantir está relacionado a certos atributos de performance, desejáveis em qualquer sistema de vigilância que incluem a sustentabilidade, a flexibilidade, a qualidade (completude, validade, precisão e reprodutibilidade) dos dados, entre outros. Porém, para que se transforme em um instrumento efetivo de vigilância em saúde, deve-se proceder a sua repetição sistemática, financiamento contínuo, continuidade de estruturas logísticas adequadas, manutenção da mesma metodologia de coleta, critérios semelhantes de amostragem, incluindo equipes capacitadas para esse fim.

Cont. Parecer CONEP nº. 192/2012

A PeNSE é fruto de uma parceria que envolveu diversos atores e instituições ao longo dos últimos anos, resultando em um processo de construção coletiva, seja no desenho da pesquisa, nos instrumentos, na sua operacionalização e enfim na realização do campo. A PeNSE é o resultado de uma parceria que envolve a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que assumiu a realização da pesquisa, e o Ministério da Educação (MEC), além do apoio metodológico de diversas Instituições de Ensino e Pesquisa, apoio logístico das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e Educação, diretores e equipes de milhares de escolas deste país.

A PeNSE compõe o Sistema de Vigilância DANT e hoje, apresenta características de uma política de Estado, com abrangência nacional, gerando evidências para o planejamento das políticas públicas. A PeNSE constitui-se um importante instrumento de vigilância em saúde que possibilita monitorar eventos junto a população de adolescentes escolares, pela magnitude e inevitabilidade destes eventos. Os dados da pesquisa já estão sendo objeto de monitoramento das equipes das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e Educação, apoiando no planejamento das ações locais e nacionais.

A PeNSE está sendo realizada pelo IBGE que possui normatizações próprias com legislação específica, que definem questões como sigilo, não identificação das fontes, obrigatoriedade dos entrevistados na prestação das informações necessárias, dentre outras características. Apesar de possuir diretrizes próprias, o IBGE julgou a apreciação da PeNSE pelo CONEP importante e necessária, prezando pela aprovação da pesquisa junto a esta Comissão. O Ministério da Saúde, acordou com os parceiros a apreciação da PeNSE pelo CONEP, considerando sua relevância na área da saúde e o zelo atribuído a manutenção da ética em pesquisa.

Baseando-se nestas premissas, procuramos responder as questões levantadas pelo CONEP.

1. Vincula o risco do adolescente sentir-se desconfortável com a possibilidade de ser identificado. Rever o conceito de risco nos termos da Resolução CNS 196/96 de modo a não confundir risco com a proteção à identidade do sujeito que participa da pesquisa.

Resposta: A solicitação será acatada.

Análise: Solicitação atendida.

2. Com relação ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), caracterizado como o texto da página de rosto do questionário colocado na primeira página do *Personal Digital Assistant* – PDA:
 - a. Solicita-se que seja incluído o tempo estimado para preenchimento do questionário.
 - b. Solicita-se esclarecer, em linguagem acessível aos alunos o que significa *Personal Digital Assistant* – local onde estará o questionário a ser respondido pelos alunos.

Resposta aos itens 2b e 2c: Em tempo, aproveitamos para informar que em virtude da mudança de tecnologia utilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o equipamento *Personal Digital Assistant (PDA)*, será substituído pelo *Smartphone* que utiliza mesma tecnologia proveniente do celular, o que torna a aplicação do questionário mais ágil e interativa com o aluno, já que é um equipamento conhecido pela maioria deles.

Informamos também, que estará disponível um cartaz sobre o equipamento em cada turma onde a pesquisa for realizada e os pesquisadores do IBGE farão uma apresentação aos alunos, esclarecendo sobre como proceder, disponibilizando-se para atender a demandas de esclarecimento do manejo do *Smartphone*.

Cont. Parecer CONEP nº. 192/2012

Nota-se que na primeira edição da PeNSE, em 2009, foi realizado teste piloto antes da coleta, em grupos qualitativos em todas as regiões do país, e este apontou que os alunos têm facilidade no manuseio do equipamento *PDA*, demonstrando boa aceitação.

Avaliamos como positiva a mudança do *PDA* para o *Smartphone* na edição deste ano (2012), uma vez que o equipamento está mais parecido com o celular, tecnologia bastante conhecida e disseminada neste grupo etário.

O tempo de pesquisa é muito variável, em 2009 a média foi de 25 minutos, variando entre 15 a 50 minutos, nunca excedendo um tempo de aula. Esta informação será repassada aos alunos pelos pesquisadores do IBGE na abordagem inicial dos alunos. Cabe ressaltar que os pesquisadores do IBGE seguem um rigoroso protocolo de abordagem dos alunos para o início das entrevistas. Para a PeNSE, o IBGE elaborou um Manual de Instrução, contendo um texto padrão de abordagem para todos os pesquisadores. Desta forma, estaremos atendendo, portanto as solicitações do CONEP.

Análise: Solicitações atendidas.

3. Consta a informação de que os pais e responsáveis dos alunos serão apenas notificados sobre a realização da pesquisa. Entretanto, não será obtido o consentimento dos mesmos para a participação dos alunos menores de 18 anos. Solicita-se que seja obtido o consentimento dos pais e responsáveis através do TCLE.

Resposta: Entendemos a preocupação do(a) Parecerista, porém, respeitosamente, gostaríamos de solicitar reconsideração acerca desse ponto, tendo em vista as reflexões que se seguem. Considerando que: 1. O Estatuto da Criança e do Adolescente confere ao adolescente autonomia e capacidade de decisão para participar ou não de pesquisas similares a PeNSE, em que os riscos existentes são mínimos ou desprezíveis aos sujeitos; 2. A PeNSE garante a completa autonomia dos adolescentes na definição de sua participação; 3. A continuidade da PeNSE é indispensável para o funcionamento do sistema de vigilância em saúde em nosso país. Desta forma, a realização da PeNSE estaria seriamente comprometida se forem introduzidos procedimentos dependentes do contato com os pais ou responsáveis dos adolescentes; em particular, a introdução do TCLE para os pais, pois inviabilizaria sua realização, uma vez que deve ser considerado o número de sujeitos a serem entrevistados e o cronograma previamente estabelecido para a sua realização; 4. Na metodologia da PeNSE apresentada ao CONEP em 2009 a ausência do TCLE foi plenamente justificado, sendo aprovada pelo CONEP naquela ocasião a liberação da anuência dos pais, conforme Parecer do CONEP 577/2005 (Anexo I) e Parecer de emenda Nº 005/2009 (Anexo II), ambos com registro CONEP 11537. Desta forma, solicitamos que sejam mantidos os mesmos critérios adotados pelo CONEP em 2009, sendo, portanto, a PeNSE isenta do uso do consentimento dos pais e responsáveis através do TCLE.

Análise: Solicitação atendida.

4. Tendo em vista que o questionário prevê a realização de questionamentos que podem potencialmente gerar conflitos familiares, sugere-se que sejam feitas reuniões nas escolas com a finalidade convidar e informar aos pais e responsáveis a natureza da pesquisa e a divulgação do questionário de pesquisa promovido pelo Ministério da Saúde sobre saúde escolar aos estudantes do 9º ano (8ª série), cuja participação será voluntária.
5. Solicita-se ainda que seja divulgado que os pais dos estudantes terão o direito de ver o instrumento de coleta de dados da pesquisa, mas não terão acesso a quaisquer resultados. Cabe lembrar que as respostas dos estudantes não serão,

Cont. Parecer CONEP nº. 192/2012

sob nenhuma hipótese, divulgadas de maneira a permitir sua(s) identidade(s) sejam reveladas – quer aos pesquisadores, professores, estudantes ou pais e responsáveis. O sigilo das respostas é absoluto e imperativo.

Respostas aos itens 4 e 5: Consideramos relevantes as sugestões desta Comissão na organização das reuniões junto aos pais visando buscar maior conhecimento da coleta e dos instrumentos, entretanto o campo da PeNSE é muito complexo e neste ano foram acrescentadas cidades do interior, o que inviabiliza a realização de reuniões familiares nas escolas devido às alterações de logística. Desta forma, serão encaminhadas informações aos pais e/ou responsáveis sobre a realização da PeNSE, o que inclui informações sobre os temas abordados na pesquisa, os objetivos e alcances das informações.

A disponibilização do questionário da pesquisa para os pais poderia prejudicar os resultados da pesquisa, uma vez que essas informações estariam disponíveis para os adolescentes antes da entrevista, levando a vieses de informação. Por este motivo, o questionário é de domínio apenas do grupo de pesquisadores, nem mesmo diretores e professores terão acesso ao mesmo. Após a execução da pesquisa o instrumento e os resultados não identificados são disponibilizados para o público em geral.

O compromisso de manutenção do sigilo quanto à identificação das informações prestadas aos estudantes é total e absoluto e é assumido pelas três instituições responsáveis pela PeNSE. O IBGE, responsável pela realização da PeNSE, possui em seu regimento interno (aprovado por Decreto-Lei), rigorosos critérios para a manutenção do sigilo em pesquisas. Como por exemplo, o citado abaixo:

“Parágrafo único. As informações prestadas terão caráter sigiloso, serão usadas exclusivamente para fins estatísticos, e não poderão ser objeto de certidão, nem, em hipótese alguma, servirão de prova em processo administrativo, fiscal ou judicial, excetuado apenas, no que resultar de infração a dispositivos desta lei”. Lei 5.534 - Obrigatoriedade de prestação de informações estatísticas (14.11.68a)

Considerando o exposto acima, os pareceres anteriores fornecidos por esta Comissão (CONEP 577/2005 e Parecer de emenda Nº 005/2009, ambos com registro CONEP 11537), e que a submissão deste projeto para aprovação trata-se de uma atualização do projeto aprovado anteriormente, solicitamos que as considerações propostas sejam reavaliadas e esperamos que em breve possamos ter a anuência do CONEP para o início da coleta. Colocamo-nos à disposição para qualquer esclarecimento adicional, inclusive, caso se faça necessário, a participação na reunião para solucionar dúvidas que ainda possam existir.

Análise: Solicitações atendidas.

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

Brasília, 27 de março de 2012.


Gyselle Saddi Tannous
Coordenadora da CONEP/CNS/MS

**ANEXO D – Questionário da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2012 e
termo de consentimento livre e esclarecido**

QUESTIONÁRIO PENSE 2012

B00001

DATA DA PESQUISA (variável preenchida pelo técnico do IBGE)

B00002

MUNICÍPIO (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

IDENTIFICAÇÃO 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 em participar dessa pesquisa?

- Sim Não

B1. INFORMAÇÕES GERAIS

As próximas perguntas referem-se a você e a sua casa.

B01001

01. Qual é o seu sexo?

- Masculino Feminino

B01002

02. Qual é a sua cor ou raça?

- Branca
 Preta
 Amarela
 Parda
 Indígena

B01003

03. Qual é a sua idade?

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

B01004

04. Qual é o mês do seu aniversário?

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

B01005

05. Em que ano você nasceu?

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

B01006

06. Você mora com sua mãe?

- Sim Não

B01007

07. Você mora com seu pai?

- Sim Não

B01008

08. Qual o nível (grau) de ensino que sua mãe estudou ou estuda?

- Minha mãe não estudou.
 Minha mãe começou o ensino fundamental (ou 1º grau), mas não terminou.
 Minha mãe terminou o ensino fundamental (ou 1º grau).
 Minha mãe começou o ensino médio (ou 2º grau), mas não terminou.
 Minha mãe terminou o ensino médio (ou 2º grau).
 Minha mãe começou a faculdade (ensino superior), mas não terminou.
 Minha mãe terminou a faculdade (ensino superior, inclusive pós graduação, mestrado e doutorado em curso ou terminado)
 Não sei

B01009

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

- Meu pai não estudou
- Meu pai começou o ensino fundamental (ou 1º grau), mas não terminou
- Meu pai terminou o ensino fundamental (ou 1º grau)
- Meu pai começou o ensino médio (ou 2º grau), mas não terminou
- Meu pai terminou o ensino médio (ou 2º grau)
- Meu pai começou a faculdade (ensino superior), mas não terminou
- Meu pai terminou a faculdade (ensino superior, inclusive pós graduação, mestrado e doutorado em curso ou terminado)
- Não sei

B01010

10. Contando com você, quantas pessoas moram na sua casa ou apartamento? _____

B01011

11. Você tem algum trabalho, emprego ou negócio atualmente?

- Sim Não

B01012

12. Você recebe dinheiro por este trabalho, emprego ou negócio?

- Sim Não

B01013

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

- Sim Não

B01014

14. Você tem celular?

- Sim Não

B01015

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

- Sim Não

B01016

16. Você tem acesso à internet em sua casa?

- Sim Não

B01017

17. Alguém que mora na sua casa tem carro?

- Sim Não

B01018

18. Alguém que mora na sua casa tem moto?

- Sim Não

B01019

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

- Não tem banheiro com chuveiro dentro da minha casa
- 1 banheiro
- 2 banheiros
- 3 banheiros
- 4 banheiros ou mais

B01020

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

- Sim Não

B2. ALIMENTAÇÃO

As próximas perguntas referem-se a sua alimentação. Leve em conta tudo o que você 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 você comeu feijão?

- Não comi feijão nos últimos sete dias
- 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
- Todos os dias nos últimos sete dias

B02002

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

Não comi salgados fritos nos últimos sete dias

- 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
- Todos os dias nos últimos sete dias

B02003

03. NOS ULTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu hambúrguer, salsicha, mortadela, salame, presunto, nuggets ou linguiça?

Não comi nenhum desses alimentos nos últimos sete dias 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
- Todos os dias nos últimos sete dias

B02004

04. A NOS ULTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu pelo menos um tipo de legume ou verdura crus ou cozidos? Exemplo: couve, tomate, alface, abóbora, chuchu, brócolis, espinafre, etc. Não inclua batata e aipim (mandioca/macaxeira).

Não comi legumes ou verduras nos últimos sete dias

- 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
- Todos os dias nos últimos sete dias

B02005

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

Não comi salada crua nos últimos sete dias

- 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
- Todos os dias nos últimos sete dias

B02006

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

- Não comi legumes ou verduras cozidos nos últimos sete dias
- 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
- Todos os dias nos últimos sete dias

B02007

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

- Não comi biscoitos salgados ou bolachas salgadas nos últimos sete dias
- 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
- Todos os dias nos últimos sete dias

B02008

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

- Não comi biscoitos doces ou bolachas doces nos últimos sete dias
- 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
- Todos os dias nos últimos sete dias

B02009

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

- Não comi salgadinho de pacote ou batata

frita de pacote nos últimos sete dias

- 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
- Todos os dias nos últimos sete dias

B02010

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

- Não comi guloseimas nos últimos 7 dias
- 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
- Todos os dias nos últimos sete dias

B02011

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

- Não comi frutas frescas ou salada de frutas nos últimos sete dias
- 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
- Todos os dias nos últimos sete dias

B02012

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

- Não tomei leite nos últimos sete dias
- 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
- Todos os dias nos últimos sete dias

B02013

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

- Não tomei refrigerante nos últimos sete dias
- 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
- Todos os dias nos últimos sete dias

B02014

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

- Não comi salada crua ontem
- No almoço de ontem
- No jantar de ontem
- No almoço e no jantar de ontem

B02015

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

- Não comi legumes nem verduras cozidos ontem
- No almoço de ontem
- No jantar de ontem
- No almoço e no jantar de ontem

B02016

16. Ontem, quantas vezes você comeu frutas frescas?

- Não comi frutas frescas ontem
- Uma vez ontem
- Duas vezes ontem
- Três vezes ou mais ontem

B02017

17. Você 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. Você costuma comer quando está assistindo à 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. Você 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. Você 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 você vai ou volta da escola a pé ou de bicicleta, quanto tempo você gasta? (Se você vai e volta, some o tempo que gasta).

- Não vou ou volto da escola a pé 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 ÚLTIMOS 7 DIAS, quantos dias você teve aulas de educação física na escola?

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

B03004

04. Ao longo deste ano escolar, quantos dias por semana você participou das aulas de educação física?

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

B03005

05. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, quanto tempo por dia você fez atividade física ou esporte durante as aulas de educação física na escola?

- Não fiz aula de educação física 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 ÚLTIMOS 7 DIAS, sem contar as aulas de educação física da escola, em quantos dias você praticou alguma atividade física como esportes, dança, ginástica, musculação, lutas ou outra atividade?

- 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

B03007

07. Normalmente, quanto tempo por dia duram essas atividades (como esportes, dança, ginástica, musculação, lutas ou outra atividade) que você faz? (SEM CONTAR as aulas de educação física)

- 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 você tivesse oportunidade de fazer atividade física na maioria dos dias da semana, qual seria a sua atitude?

- Não faria mesmo assim

- Faria atividade física em alguns dias da semana
- Faria atividade física na maioria dos dias da semana
- Já faço atividade física em alguns dias da semana
- Já faço atividade física na maioria dos dias da semana

B03009

09. Em um dia de semana comum, quantas horas por dia você assiste a TV? (não contar sábado, domingo e feriado)

- Não 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 você fica sentado (a), assistindo televisão, usando computador, jogando videogame, conversando com amigos (as) ou fazendo outras atividades sentado (a)? (não contar sábado, 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 ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você fez atividade física por pelo menos 60 minutos (uma hora) por dia? (SOME TODO O TEMPO QUE VOCÊ GASTOU EM QUALQUER TIPO DE ATIVIDADE FÍSICA)

B4. USO DE CIGARRO

As próximas perguntas são sobre o hábito de fumar cigarros e outros produtos do tabaco

B04001

01. Alguma vez na vida, você já fumou cigarro, mesmo uma ou duas tragadas?

- Sim
- Não

B04002

02. Que idade você 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 ÚLTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você fumou cigarros?

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

B04004

04. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, você tentou parar de fumar?

- Nunca fumei
- Não fumei nos últimos 12 meses
- Sim
- Não

B04005

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

- 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 responsáveis fuma?

- Nenhum deles
- Só meu pai ou responsável do sexo masculino
- Só minha mãe ou responsável do sexo feminino
- Meu pai e minha mãe ou responsáveis
- Não sei

B04007

07. Qual seria a reação da sua família se ela soubesse que você fuma cigarros?

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

B04008

08. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS quantos dias você usou outros produtos de tabaco: cigarros de palha ou enrolados a mão, charuto, cachimbo, cigarrilha, cigarro indiano ou bali, narguilé, rapé, fumo de mascar, etc? (não 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 próximas perguntas abordam o consumo de bebidas alcoólicas como, por exemplo: cerveja, chopp, vinho, cachaça/pinga, vodca, vodca-ice, uísque, etc. A ingestão de bebidas alcoólicas não inclui tomar alguns goles de vinho para fins religiosos.

B05001

01. Alguma vez na vida, você já

experimentou bebida alcoólica?

- Sim
- Não

B05002

02. Alguma vez na vida você tomou uma dose de bebida alcoólica? (uma dose equivale a uma lata de cerveja ou uma taça de vinho ou uma dose de cachaça ou uísque, etc)

- Sim
- Não

B05003

03. Que idade você tinha quando tomou a primeira dose de bebida alcoólica? (uma dose equivale a uma lata de cerveja ou uma taça de vinho ou uma dose de cachaça ou uísque, etc)

- Nunca tomei bebida alcoólica
- 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 ÚLTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você tomou pelo menos um copo ou uma dose de bebida alcoólica? (uma dose equivale a uma lata de cerveja ou uma taça de vinho ou uma dose de cachaça ou uísque, etc)

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

B05005

05. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, nos dias em que você tomou alguma bebida alcoólica, quantos copos ou doses você tomou por dia?

- Não tomei nenhuma bebida alcoólica nos últimos 30 dias
- Menos de um copo ou dose nos últimos 30 dias
- 1 copo ou 1 dose nos últimos 30 dias
- 2 copos ou 2 doses nos últimos 30 dias

- 3 copos ou 3 doses nos últimos 30 dias
- 4 copos ou 4 doses nos últimos 30 dias
- 5 copos ou mais ou 5 doses ou mais nos últimos 30 dias

B05006

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

- Não tomei nenhuma bebida alcoólica nos últimos 30 dias (0 dia)
- Comprei no mercado, loja, bar ou supermercado
- Comprei de um vendedor de rua
- Dei dinheiro a alguém 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 você bebeu tanto que ficou realmente bêbado(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 reação de sua família, se você chegasse em casa bêbado(a)?

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

B05009

09. Na sua vida, quantas vezes você teve problemas com sua família 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 próximas questões referem-se a drogas ilícitas.

B06001

01. Alguma vez na vida, você usou alguma droga, tais como: maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança perfume, ecstasy, oxy, etc?

- Sim
- Não

B06002

02. Que idade você tinha quando usou droga tais como maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança 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 últimos 30 dias, quantas vezes você usou droga tais como maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança perfume, ecstasy, oxy, etc?

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

B06004

04. Nos últimos 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 últimos 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 próximas questões tratam do grau de conhecimento que seus pais ou responsáveis têm em relação a algumas situações vivenciadas por você na escola. Também tratam de sua relação com seus colegas no ambiente escolar.

B07001

01. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você faltou às aulas ou à escola sem permissão dos seus pais ou responsáveis?

- Nenhum dia (0 dia)
 1 ou 2 dias
 3 a 5 dias
 6 a 9 dias
 10 ou mais dias

B07002

02. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência seus pais ou responsáveis sabiam realmente o que você estava fazendo em seu tempo livre?

- Nunca
 Raramente
 Às vezes
 Na maior parte do tempo
 Sempre

B07003

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

- Nunca
 Raramente
 Às vezes
 Na maior parte do tempo
 Sempre

B07004

04. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que

frequência seus pais ou responsáveis entenderam seus problemas e preocupações?

- Nunca
 Raramente
 Às vezes
 Na maior parte do tempo
 Sempre

B07005

05. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência seus pais ou responsáveis mexeram em suas coisas sem a sua concordância?

- Nunca
 Raramente
 Às vezes
 Na maior parte do tempo
 Sempre

B07006

06. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência os colegas de sua escola trataram você bem e/ou foram prestativos contigo?

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

B07007

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

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

B07008

08. NOS ÚLTIMOS 30 dias, qual o motivo/causa de seus colegas terem te esculachado, zombado, zoado, caçoado, mangado, intimidado ou humilhado?

- A minha cor ou raça
- A minha religião
- A aparência do meu rosto
- A aparência do meu corpo
- A minha orientação sexual
- A minha região de origem
- Outros motivos/causas

B07009

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

- Sim

B8. SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Nas próximas questões você responderá sobre sua saúde sexual e saúde reprodutiva.

B08001

01. Você já teve relação sexual (transou) alguma vez?

- Sim
- Não

B08002

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

- Nunca tive relação 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, você já teve relação sexual (transou) com quantas pessoas?

- Nunca tive relação sexual
- 1 pessoa
- 2 pessoas
- 3 pessoas
- 4 pessoas

- 5 pessoas
- 6 ou mais pessoas

B08004

04. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, você teve relações sexuais (transou)?

- Sim
- Não

B08005

05. Na última vez que você teve relação sexual (transou), você ou seu (sua) parceiro (a) usou algum método para evitar a gravidez e/ou Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)

- Nunca tive relação sexual
- Sim
- Não
- Não sei

B08006

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

- Nunca tive relação sexual
- Sim
- Não
- Não sei

B08007

07. Na última vez que você teve relação sexual (transou), você ou seu (sua) parceiro (a) usou algum outro método para evitar a gravidez (Não contar camisinha)?

- Nunca tive relação sexual
- Sim
- Não
- Não sei

B08008

08. Na escola, você já recebeu orientação sobre prevenção de gravidez?

- Sim
- Não
- Não sei

B08009

09. Na escola, você já recebeu orientação

sobre Aids ou outras Doenças Sexualmente Transmissíveis(DST)?

B08010

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

B9. SEGURANÇA

Nas próximas questões, você irá responder sobre aspectos de sua segurança relacionados ao ambiente em que você vive (comunidade, escola, família), segurança no trânsito e violência.

B09001

01. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você deixou de ir à escola porque não se sentia seguro no caminho de casa para a escola ou da escola para casa?

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

B09002

02. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você não foi à escola porque não se sentia seguro na escola?

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

B09003

03. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantas vezes você foi agredido fisicamente por um adulto da sua família?

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

B09004

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

- Sim
- Não

B09005

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

- Sim
- Não

B09006

06. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantas vezes você usou o cinto de segurança quando estava em um carro ou outro veículo motorizado dirigido por outra pessoa (excluir ônibus)?

- Não andei em veículo dirigido por outra pessoa nos últimos 30 dias
- Nunca nos últimos 30 dias
- Raramente nos últimos 30 dias
- Às vezes nos últimos 30 dias
- Na maioria das vezes nos últimos 30 dias
- Sempre nos últimos 30 dias

B09007

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

- Não andei de motocicleta nos últimos 30 dias

- Nenhuma vez nos últimos 30 dias
- Raramente nos últimos 30 dias
- Às vezes nos últimos 30 dias
- Na maioria das vezes nos últimos 30 dias
- Sempre nos últimos 30 dias

B09008

08. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantas vezes você dirigiu um veículo motorizado de transporte (carro, motocicleta, voadeira, barco, etc)?

- Não dirigi carro ou outro veículo nos últimos 30 dias
- 1 vez nos últimos 30 dias
- 2 ou 3 vezes nos últimos 30 dias
- 4 ou 5 vezes nos últimos 30 dias
- 6 ou mais vezes nos últimos 30 dias

B09009

09. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantas vezes você andou em carro ou outro veículo motorizado dirigido por alguém que tinha consumido alguma bebida alcoólica?

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

B09010

10. NOS ÚLTIMOS 12 meses quantas vezes você 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 últimos 12 meses quantas vezes você se envolveu em briga (uma luta física)?

- 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 últimos 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 ÚLTIMOS 12 meses, qual foi o ferimento/lesão mais sério que aconteceu com você?

- Não tive ferimento/lesão séria nos últimos 12 meses
- Tive um osso quebrado ou junta deslocada
- Tive um corte ou perfuração
- Tive um traumatismo ou outra lesão na cabeça ou pescoço e, desmaiei ou não consegui respirar
- Tive uma queimadura grave
- Tive outra lesão ou machucado

B09014

14. NOS ÚLTIMOS 12 meses, qual foi a principal causa do ferimento/lesão mais sério que aconteceu com você? Foi um acidente ou atropelamento por um veículo motorizado

- Foi uma queda
- Foi algo que caiu sobre mim ou me atingiu
- Foi um ataque que sofri ou briga com alguém
- Foi um incêndio ou a proximidade com algo quente
- Foi a inalação ou algo que engoli e me fez mal
- Foi outra causa

B10. HIGIENE E SAÚDE BUCAL

As questões a seguir tratam da higiene e saúde da sua boca.

B10001

01. Nos últimos 30 dias, quantas vezes por dia você usualmente escovou os dentes?

- Não escovei meus dentes nos últimos 30 dias
- Uma vez por dia
- Duas vezes por dia
- Três vezes por dia
- Quatro ou mais vezes por dia
- Não escovei meus dentes diariamente

B1000

02. NOS ÚLTIMOS SEIS MESES, você teve

dor de dente? (excluir dor de dente causada por uso de aparelho)

- Sim
- Não
- Não sei / não me lembro

B10003

03. Nos últimos 12 meses quantas vezes você foi ao dentista?

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

B10004

04. Nos últimos 30 dias com que frequência você lavou as mãos antes de comer?

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

B10005

05. Nos últimos 30 dias com que frequência você lavou as mãos após usar o banheiro ou o vaso sanitário?

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

B10006

06. Nos últimos 30 dias com que frequência você usou sabão ou sabonete quando lavou suas mãos?

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

B11. IMAGEM CORPORAL

Neste bloco, você irá responder a questões referentes ao que você acha de sua própria imagem.

B11001

01. Quanto ao seu corpo, você se considera:

- Muito magro(a)
- Magro(a)

- Normal
- Gordo(a)
- Muito Gordo(a)

B11002

02. O que você está fazendo em relação a seu peso?

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

B11003

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

- Sim
- Não

B11004

04. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você tomou algum remédio, fórmula ou outro produto para perder ou manter seu peso, sem acompanhamento médico?

- Sim
- Não

B11005

05. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você tomou algum remédio, fórmula ou outro produto para ganhar peso ou massa muscular sem acompanhamento médico?

- Sim
- Não

B12. SAÚDE MENTAL

As questões a seguir se referem aos seus sentimentos.

B12001

01. Durante os últimos 12 meses com que frequência tem se sentido sozinho(a)?

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

B12002

02. Durante os últimos 12 meses, com que frequência você não conseguiu dormir à noite porque algo o(a) preocupava muito?

- Nunca

- Raramente
- Às 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 à 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 questões a seguir se referem à sua respiração.

B14001

01. Nos últimos 12 meses, você teve chiado (ou piado) no peito?

Sim Não

B14002

02. Você teve asma alguma vez na vida?

Sim Não

B15. PESO E ALTURA

As próximas perguntas são referentes ao seu peso e altura

01. Qual é o seu peso?

em quilos

02. Qual é a sua altura?

em centímetros

B16. A SUA OPINIÃO

Expresse a sua opinião, avaliando este questionário.

01. O que você achou deste questionário?

- Muito fácil de responder
- Fácil de responder
- Nem fácil nem difícil de responder
- Difícil de responder
- Muito difícil de responder

Fim do questionário do Estudante. Você deve permanecer em seu lugar e informar ao Técnico do IBGE que terminou de responder o questionário.

Agradecemos a sua participação.

Dados salvos com sucesso!

ANEXO E – Instruções aos autores – Revista de Saúde Pública

RSP Revista de
Saúde Pública

ISSN 0034-8910 *versão
impressa*
ISSN 1518-8787 *versão on-line*

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Categorias de artigos](#)
- [Dados de identificação do manuscrito](#)
- [Conflito de Interesses](#)
- [Declaração de Documentos](#)
- [Preparo do Manuscrito](#)
- [Processo Editorial](#)
- [Taxa de Publicação](#)
- [Suplementos](#)

Categorias de Artigos

São aceitos manuscritos nos idiomas: português, espanhol e inglês.

O texto de manuscrito de pesquisa original deve seguir a estrutura conhecida como IMRD: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão ([Estrutura do Texto](#)). Manuscritos baseados em pesquisa qualitativa podem ter outros formatos, admitindo-se Resultados e Discussão em uma mesma seção e Considerações Finais/Conclusões. Outras categorias de manuscritos (revisões, comentários, etc.) seguem os formatos de texto a elas apropriados.

Os estudos devem ser apresentados de forma que qualquer pesquisador interessado possa reproduzir os resultados. Para isso estimulamos o uso das seguintes **recomendações**, de acordo com a categoria do manuscrito submetido:

- **CONSORT** checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados
- **STARD** checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica
- **MOOSE** checklist e fluxograma para metanálises e revisões sistemáticas de estudos observacionais
- **PRISMA** checklist e fluxograma para revisões sistemáticas e metanálises
- **STROBE** checklist para estudos observacionais em epidemiologia
- **RATS** checklist para estudos qualitativos

Pormenores sobre os itens exigidos para apresentação do manuscrito estão descritos de acordo com a [categoria de artigos](#)

Categorias de artigos

a) Artigos Originais

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre

avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar o leitor quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Instrumentos de aferição em pesquisas populacionais

Manuscritos abordando instrumentos de aferição podem incluir aspectos relativos ao desenvolvimento, a avaliação e à adaptação transcultural para uso em estudos populacionais, excluindo-se aqueles de aplicação clínica, que não se incluem no escopo da RSP.

Aos manuscritos de instrumentos de aferição, recomenda-se que seja apresentada uma apreciação detalhada do construto a ser avaliado, incluindo seu possível gradiente de intensidade e suas eventuais subdimensões. O desenvolvimento de novo instrumento deve estar amparado em revisão de literatura, que identifique explicitamente a insuficiência de propostas prévias e justifique a necessidade de novo instrumental.

Deve ser detalhada a proposição, a seleção e a confecção dos itens, bem como o emprego de estratégias para adequá-los às definições do construto, incluindo o uso de técnicas qualitativas de pesquisa (entrevistas em profundidade, grupos focais etc.), reuniões com painéis de especialistas, entre outras. O trajeto percorrido na definição da forma de mensuração dos itens e a realização de pré-testes com seus conjuntos preliminares necessitam ser descritos no texto. A avaliação das validades de face, conteúdo, critério, construto e/ou dimensional deve ser apresentada em detalhe.

Análises de confiabilidade do instrumento também devem ser apresentadas e discutidas, incluindo-se medidas de consistência interna, confiabilidade teste-reteste e/ou concordância inter-observador. Os autores devem expor o processo de seleção do instrumento final e situá-lo em perspectiva crítica e comparativa com outros instrumentos destinados a avaliar o mesmo construto ou construtos semelhantes.

Para os manuscritos sobre **adaptação transcultural** de instrumentos de aferição, além de atender, de forma geral, às recomendações supracitadas, faz-se necessário explicitar o modelo teórico norteador do processo. Os autores devem, igualmente, justificar a escolha de determinado instrumento para adaptação a um contexto sociocultural específico, com base em minuciosa revisão de literatura. Finalmente, devem indicar explicitamente quais e como foram seguidas as etapas do modelo teórico de adaptação no trabalho submetido para publicação.

Obs: O instrumento de aferição deve ser incluído como anexo

dos artigos submetidos.

No preparo do manuscrito, além das [recomendações](#) citadas, verifique as instruções de formatação a seguir.

Formatação:

- Devem conter até 3500 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número de tabelas/figuras: até 5 no total.
- Número de referências: até 30 no total.
- Resumos no formato estruturado com até 300 palavras.

b) Comunicações breves – São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde pública, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior fôlego.

Formatação:

Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais.

- Devem conter até 1500 palavras (excluindo resumos tabelas, figuras e referências)
- Número de tabelas/figuras: uma tabela ou figura.
- Número de referências: até 5 no total.
- Resumos no formato narrativo com até 100 palavras.

c) Artigos de revisão

Revisão sistemática e meta-análise - Por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder à pergunta específica e de relevância para a saúde pública. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados. Consulte:

[MOOSE](#) checklist e fluxograma para metanálises e revisões sistemáticas de estudos observacionais

[PRISMA](#) checklist e fluxograma para revisões sistemáticas e metanálises

Revisão narrativa/crítica - A revisão narrativa ou revisão crítica apresenta caráter descritivo-discursivo, dedicando-se à apresentação compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da Saúde Pública. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva. Deve ser elaborada por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber.

Formatação:

- Devem conter até 4000 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número de tabelas/figuras: até 5 no total.
- Número de referências: sem limites.
- Resumos no formato estruturado com até 300 palavras, ou narrativo com até 150 palavras.

d) Comentários

Visam a estimular a discussão, introduzir o debate e "oxigenar" controvérsias sobre aspectos relevantes da saúde pública. O texto deve ser organizado em tópicos ou subitens destacando na Introdução o assunto e sua importância. As referências citadas devem dar sustentação aos principais aspectos abordados no artigo.

Formatação:

- Devem conter até 2000 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número de referências: até 30 no total.
- Número de tabelas/figuras: até 5 no total.
- Resumos no formato narrativo com até 150 palavras.

Publicam-se também Cartas Ao Editor com até 600 palavras e até 5 referências.

Dados de Identificação do Manuscrito**Autoria**

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em declaração para esta finalidade. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima.

Dados de identificação dos autores (cadastro)

Nome e sobrenome: O autor deve seguir o formato pelo qual já é indexado nas bases de dados.

Correspondência: Deve constar o nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.

Instituição: Podem ser incluídas até três hierarquias institucionais de afiliação (por exemplo: departamento, faculdade, universidade).

Coautores: Identificar os coautores do manuscrito pelo

nome, sobrenome e instituição, conforme a ordem de autoria.

Financiamento da pesquisa: Se a pesquisa foi subvencionada, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

Apresentação prévia: Tendo sido apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e ano da realização.

Conflito de Interesses

Quando baseado em tese ou dissertação, indicar o nome do autor, título, ano, nome do programa de pós-graduação e instituição onde foi apresentada.

A confiabilidade pública no processo de revisão por pares e a credibilidade de artigos publicados dependem em parte de como os conflitos de interesses são administrados durante a redação, revisão por pares e tomada de decisões pelos editores.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, podem influenciar a elaboração ou avaliação de manuscritos. O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira.

Quando os autores submetem um manuscrito, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros ou de outra natureza que possam ter influenciado seu trabalho. Os autores devem reconhecer no manuscrito todo o apoio financeiro para o trabalho e outras conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa. O relator deve revelar aos editores quaisquer conflitos de interesse que poderiam influir em sua opinião sobre o manuscrito, e, quando couber, deve declarar-se não qualificado para revisá-lo.

Se os autores não tiverem certos do que pode constituir um potencial conflito de interesses, devem contatar a secretaria editorial da Revista.

Declaração de Documentos

Em conformidade com as diretrizes do **International Committee of Medical Journal Editors**, são solicitados alguns documentos e declarações do (s) autor (es) para a avaliação de seu manuscrito. Observe a relação dos documentos abaixo e, nos casos em que se aplique, anexe o documento ao processo. O momento em que tais documentos serão solicitados é variável:

Documento/declaração	Quem assina	Quando an
a. Carta de Apresentação	Todos os autores	Na submiss
b. Declaração de responsabilidade	Todos os autores	Na submiss
c. Responsabilidade pelos Agradecimentos	Autor responsável	Após a apr
d. Transferência de Direitos Autorais	Todos os autores	Após a apr

a) **CARTA DE APRESENTAÇÃO**

A carta deve ser assinada por todos os autores e deve conter:

- Informações sobre os achados e conclusões mais importantes do manuscrito, esclarecendo seu significado para a saúde pública.
- Se os autores têm artigos publicados na linha de pesquisa do manuscrito, mencionar até três.
- Declaração de responsabilidade de cada autor: ter contribuído substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; ter contribuído significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e ter participado da aprovação da versão final do manuscrito. Para maiores informações sobre critérios de autoria, consulte o site da RSP.
- Declaração de potenciais conflitos de interesses dos autores.
- Atestar a exclusividade da submissão do manuscrito à RSP.
- Responder- Qual a novidade do seu estudo? Por que deve ser publicado nesta revista?

b. **DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE**

Segundo o critério de autoria do *International Committee of Medical Journal Editors*, autores devem contemplar todas as seguintes condições: (1) Contribuí substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; (2) Contribuí significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e (3) Participei da aprovação da versão final do manuscrito.

No caso de grupo grande ou multicêntrico ter desenvolvido o trabalho, o grupo deve identificar os indivíduos que aceitam a responsabilidade direta pelo manuscrito. Esses indivíduos devem contemplar totalmente os critérios para autoria definidos acima e os editores solicitarão a eles as declarações exigidas na submissão de manuscritos. O autor correspondente deve indicar claramente a forma de citação preferida para o nome do grupo e identificar seus membros. Normalmente serão listados no final do texto do artigo.

Aquisição de financiamento, coleta de dados, ou supervisão geral de grupos de pesquisa, somente, não justificam autoria.

Todas as pessoas relacionadas como autores devem assinar declaração de responsabilidade.

c. **AGRADECIMENTOS**

Devem ser mencionados os nomes de pessoas que, embora não preencham os requisitos de autoria, prestaram colaboração ao trabalho. Será preciso explicitar o motivo do agradecimento, por exemplo, consultoria científica, revisão crítica do manuscrito, coleta de dados, etc. Deve haver permissão expressa dos nomeados e o autor responsável deve anexar a Declaração de Responsabilidade pelos Agradecimentos. Também pode constar desta parte apoio logístico de instituições.

d. **TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS**

Todos os autores devem ler, assinar e enviar documento transferindo os direitos autorais. O artigo só será liberado para publicação quando esse documento estiver de posse da RSP.

Preparo do Manuscrito

Título no idioma original do manuscrito e em inglês

O título deve ser conciso e completo, contendo informações relevantes que possibilitem recuperação do artigo nas bases de dados. O limite é de 90 caracteres, incluindo espaços. Se o manuscrito for submetido em inglês, fornecer também o título em português.

Título resumido

Deve conter até 45 caracteres.

Descritores

Devem ser indicados entre 3 a 10, extraídos do vocabulário "[Descritores em Ciências da Saúde \(DeCS\)](#)", nos idiomas português, espanhol e inglês, com base no [Medical Subject Headings \(MeSH\)](#). Se não forem encontrados descritores adequados para a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos livres (ou *key words*) mesmo não existentes nos vocabulários citados.

Figuras e Tabelas

Todos os elementos gráficos ou tabulares apresentados serão identificados como figura ou tabela, e numerados sequencialmente a partir de um, e não como quadros, gráficos, etc.

Resumo

São publicados resumos em português, espanhol e inglês. Para fins de cadastro do manuscrito, deve-se apresentar dois resumos, um na língua original do manuscrito e outro em inglês (ou em português, em caso de manuscrito apresentado em inglês). As especificações quanto ao tipo de resumo estão descritas em cada uma das **categorias de artigos**. Como regra geral, o resumo deve incluir: objetivo do estudo, principais procedimentos metodológicos (população em estudo, local e ano de realização, métodos observacionais e analíticos), principais resultados e conclusões.

Estrutura do texto

Introdução – Deve ser curta, relatando o contexto e a justificativa do estudo, apoiados em referências pertinentes ao objetivo do manuscrito, que deve estar explícito no final desta parte. Não devem ser mencionados resultados ou conclusões do estudo que está sendo apresentado.

Métodos – Os procedimentos adotados devem ser descritos claramente; bem como as variáveis analisadas, com a respectiva definição quando necessária e a hipótese a ser testada. Devem ser descritas a população e a amostra, instrumentos de medida, com a apresentação, se possível, de medidas de validade; e conter informações sobre a coleta e processamento de dados. Deve ser incluída a devida referência para os métodos e técnicas empregados, inclusive os métodos estatísticos; métodos novos ou substancialmente modificados devem ser descritos, justificando as razões para seu uso e mencionando suas limitações. Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada por comitê de ética.

Resultados – Devem ser apresentados em uma sequência lógica,

iniciando-se com a descrição dos dados mais importantes. Tabelas e figuras devem ser restritas àquelas necessárias para argumentação e a descrição dos dados no texto deve ser restrita aos mais importantes. Os gráficos devem ser utilizados para destacar os resultados mais relevantes e resumir relações complexas. Dados em gráficos e tabelas não devem ser duplicados, nem repetidos no texto. Os resultados numéricos devem especificar os métodos estatísticos utilizados na análise. Material extra ou suplementar e detalhes técnicos podem ser divulgados na versão eletrônica do artigo.

Discussão – A partir dos dados obtidos e resultados alcançados, os novos e importantes aspectos observados devem ser interpretados à luz da literatura científica e das teorias existentes no campo. Argumentos e provas baseadas em comunicação de caráter pessoal ou divulgadas em documentos restritos não podem servir de apoio às argumentações do autor. Tanto as limitações do trabalho quanto suas implicações para futuras pesquisas devem ser esclarecidas. Incluir somente hipóteses e generalizações baseadas nos dados do trabalho. As conclusões devem finalizar esta parte, retomando o objetivo do trabalho.

Referências

Listagem: As referências devem ser normalizadas de acordo com o **estilo Vancouver - [Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication](#)**, ordenadas alfabeticamente e numeradas. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o PubMed e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até seis autores, citam-se todos; acima de seis, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina "et al". Referências de um mesmo autor devem ser organizadas em ordem cronológica crescente. Sempre que possível incluir o DOI do documentado citado, de acordo com os exemplos a seguir.

Exemplos:

Artigos de periódicos

Narvai PC. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. *Cienc Saude Coletiva*. 2000;5(2):381-92. DOI:10.1590/S1413-8123200000200011
Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al. Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2008;42(1):34-40. DOI:10.1590/S0034-89102008000100005

Livros

Wunsch Filho V, Koifman S. Tumores malignos relacionados com o trabalho. In: Mendes R, coordenador. *Patologia do trabalho*. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2003. v.2, p. 990-1040.

Foley KM, Gelband H, editors. *Improving palliative care for cancer*. Washington: National Academy Press; 2001[citado 2003 jul 13]
Disponível em: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10149

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas ("Citing Medicine") da National Library of Medicine, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>. Referências a documentos não indexados na literatura científica mundial, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento

(teses, relatórios de pesquisa, comunicações em eventos, dentre outros) e informações extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, se relevantes, devem figurar no rodapé das páginas do texto onde foram citadas.

Citação no texto

A referência deve ser indicada pelo seu número na listagem, na forma de expoente antes da pontuação no texto, sem uso de parênteses, colchetes ou similares. Nos casos em que a citação do nome do autor e ano for relevante, o número da referência deve ser colocado a seguir do nome do autor. Trabalhos com dois autores devem fazer referência aos dois autores ligados por 'e'. Nos outros casos apresentar apenas o primeiro autor (seguido de 'et al.' em caso de autoria múltipla).

Exemplos:

A promoção da saúde da população tem como referência o artigo de Evans e Stoddart⁹, que considera a distribuição de renda, desenvolvimento social e reação individual na determinação dos processos de saúde-doença.

Segundo Lima et al.⁹ (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Tabelas

Devem ser apresentadas no final do texto, após as referências bibliográficas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou, para sua reprodução.

Para composição de uma tabela legível, o número máximo é de 10 colunas, dependendo da quantidade do conteúdo de cada casela. Notas em tabelas devem ser indicadas por letras e em sobrescrito.

Figuras

As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.) devem ser citadas como Figuras e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e apresentadas após as tabelas. Devem conter título e legenda apresentados na parte inferior da figura. Só serão admitidas para publicação figuras suficientemente claras e com qualidade digital, preferentemente no formato vetorial. No formato JPEG, a resolução mínima deve ser de 300 dpi. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução.

Checklist para submissão

1. Nome e instituição de afiliação de cada autor, incluindo e-mail e telefone.
2. Título do manuscrito, em português e inglês, com até 90 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.
3. Título resumido com 45 caracteres.
4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc, docx e rtf).

5. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa em dois idiomas, um deles obrigatoriamente em inglês.
6. Resumos narrativos para manuscritos que não são de pesquisa em dois idiomas, um deles obrigatoriamente em inglês.
7. Carta de Apresentação, constando a responsabilidade de autoria e conflito de interesses, assinada por todos os autores.
8. Nome da agência financiadora e número (s) do (s) processo (s).
9. No caso de artigo baseado em tese/dissertação, indicar o nome da instituição/programa, grau e o ano de defesa.
10. Referências normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas alfabeticamente pelo primeiro autor e numeradas, verificando se todas estão citadas no texto.
11. Tabelas numeradas sequencialmente, com título e notas, com no máximo 10 colunas.
12. Figura no formato vetorial ou em pdf, ou tif, ou jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi; em se tratando de gráficos, devem estar sem linhas de grade e sem volume.
13. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.