

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - CAMPUS DE FOZ DO
IGUAÇU
CENTRO DE EDUCAÇÃO, LETRAS E SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA EM REGIÃO DE
FRONTEIRA - MESTRADO**

RAFAEL SOARES CORREA

Vulnerabilidade em saúde de adolescentes na região de fronteira

FOZ DO IGUAÇU

2017

RAFAEL SOARES CORRÊA

Vulnerabilidade em saúde de adolescentes na região de fronteira

Dissertação apresentada ao Programa de PósGraduação em Saúde Pública em Região de Fronteira - Mestrado, do Centro de Educação Letras e Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Saúde Pública em Região de Fronteira.

Orientadora: Prof^ª.Dra. Ana Maria de Almeida.

FOZ DO IGUAÇU

2017

FICHA CATALOGRÁFICA

Catálogo na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UNIOESTE

C824 Corrêa, Rafael Soares

Vulnerabilidade em saúde de adolescentes na região de fronteira /
Rafael Soares Corrêa. - Foz do Iguaçu, 2017. 124 p., il

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a. Ana Maria de Almeida.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde
Pública em Região de Fronteira - Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

1. Saúde pública – Tríplice Fronteira (Argentina, Brasil, Paraguai). 2.
Adolescentes – Condições sociais. 3. Adolescentes – Saúde e higiene. I. Título.

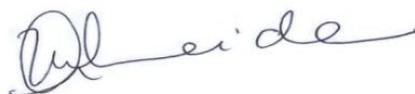
CDU 614(81:82:892)

316.346.32-053.6

CORRÊA, R.S. **Vulnerabilidade em saúde do adolescente na região de fronteira.**
112 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) -
Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientadora: Prof^aPhd. Ana Maria de
Almeida. Foz do Iguaçu, 2017. Rafael Soares Corrêa.

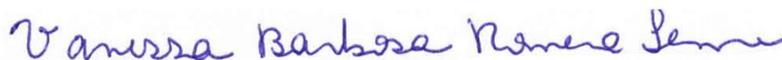
Aprovado em 03/08/2017.

BANCA EXAMINADORA



Prof^aDra. Ana Maria de Almeida
Universidade de São Paulo - USP

Prof. Dr. Reinaldo Antonio Silva-Sobrinho
Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Unioeste



Prof^aDr^aVanessa Barbosa Romera Leme
Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Às instituições e alunos participantes da pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família.

**"Procure alguém que conheça sua pior versão, mas em vez de ir embora, fique e te ajude a ser melhor."
(Desconhecido)**

RESUMO

CORRÊA, Rafael Soares. **Vulnerabilidade em saúde de adolescentes na região de fronteira**. 124.f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) - Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientador: Ana Maria de Almeida. Foz do Iguaçu, 2017.

O estudo caracteriza as condições de vulnerabilidade em saúde de adolescentes de uma região de fronteira. Corte transversal desenvolvido na cidade de Foz de Iguaçu com alunos da rede pública de educação do ensino médio e técnico. A amostra foi composta por 722 participantes de 15 a 17 anos de idade sendo 46,30% do sexo masculino e 53,70% do sexo feminino. O desenho consistiu de uma amostra probabilística de conglomerados e aleatória simples, realizada em 29 colégios e 40 salas de aula. A análise dos dados foi realizada a partir de estatística descritiva e associação de fatores como uso de álcool, cigarro, drogas ilícitas, vulnerabilidade sexual, bullying, através de análises binárias usando teste de chi-quadrado e regressão logística múltipla. Na investigação de prevalência, foram observados os seguintes percentuais para sexo masculino e feminino: uso de álcool, 52,7% e 44,4%; uso de tabaco, 10,8% e 5,45%; uso de drogas ilícitas, 7,8% e 3,9%; episódios de bullying entre adolescentes, 18,6% e 16,2%; vulnerabilidade sexual, mensurada através dos adolescentes que tiveram relação sexual antes dos 14 anos de idade e sem proteção, 15,3% e 9%. A correlação entre bullying e vulnerabilidade sexual com características sócio demográficas, consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas ocorreu com maiores chances para adolescentes que utilizaram álcool antes dos 14 anos de idade (p 0,016), que usaram maconha no último mês (p 0,006), do sexo feminino (p 0,010), que usaram cigarro antes dos 14 anos de idade (p 0,019), tiveram uso de crack no último mês (p 0,001), e que tinham amigos usuários de drogas (p 0,005). Esses fatores necessitam de maior atenção na saúde dos adolescentes na região de fronteira envolvendo intervenções estratégicas e planejadas intersetorialmente envolvendo vários atores da sociedade.

Palavras chave: Saúde, Vulnerabilidade, Adolescente, Área de fronteira.

ABSTRACT

CORRÊA, Rafael Soares. **Vulnerability in adolescent health in frontier**. 124f. Dissertation (Master in Public Health in Frontier) - Western Paraná State University. Advisor: Ana Maria de Almeida. Foz do Iguaçu, 2017.

The study characterizes the health vulnerability conditions of adolescents from a border region. Cross section developed in the city of Foz de Iguaçu with students from the public high school and technical education network. The sample consisted of 722 participants from 15 to 17 years of age, being 46.30% male and 53.70% female. The drawing consisted of a probabilistic sample of conglomerates and simple random, carried out in 29 colleges and 40 classrooms. Data analysis was performed from descriptive statistics and association of factors such as alcohol use, cigarette smoking, illicit drugs, sexual vulnerability, and bullying through binary analyzes using chi-square test and multiple logistic regression. In the prevalence investigation, the following percentages were observed for males and females: alcohol use, 52.7% and 44.4%; Tobacco use, 10.8% and 5.45%; Use of illicit drugs, 7.8% and 3.9%; Episodes of bullying among adolescents, 18.6% and 16.2%; Sexual vulnerability, measured by adolescents who had sexual intercourse before 14 years of age and without protection, 15.3% and 9%. The correlation between bullying and sexual vulnerability with socio-demographic characteristics, alcohol consumption, smoking and illicit drugs occurred with a higher probability for adolescents who used alcohol before the age of 14 years (p 0.016), who used marijuana in the last month (p 0.006) (P 0.010), who used cigarettes before age 14 (p 0.019), had crack use in the last month (p 0.001), and had friends who used drugs (p 0.005). These factors require greater attention in adolescent health in the border region involving strategic and planned intersectoral interventions involving various actors in society.

Keywords: Health, Vulnerability, Teenager, frontier.

RESUMEN

CORRÊA, Rafael Soares. **Vulnerabilidad en salud de adolescentes en la región fronteriza.** 124f. Disertación (Maestría en Salud Pública en Región de Frontera) - Universidad Estadual del Oeste de Paraná. Orientador: Ana Maria de Almeida. Foz do Iguacu, 2017.

El estudio caracteriza las condiciones de vulnerabilidad en salud de los adolescentes de una región fronteriza. Corte transversal desarrollado en la ciudad de Foz de Iguazú con alumnos de la red pública de educación de la enseñanza media y técnica. La muestra fue compuesta por 722 participantes de 15 a 17 años de edad siendo 46,30% del sexo masculino y 53,70% del sexo femenino. El diseño consistió en una muestra probabilística de conglomerados y aleatoria simple, realizada en 29 colegios y 40 aulas. El análisis de los datos fue realizado a partir de estadística descriptiva y asociación de factores como el uso de alcohol, cigarrillo, drogas ilícitas, vulnerabilidad sexual, bullying, a través de análisis binarios usando prueba de chi-cuadrado y regresión logística múltiple. En la investigación de prevalencia, se observaron los siguientes porcentajes para sexo masculino y femenino: uso de alcohol, 52,7% y 44,4%; El consumo de tabaco, el 10,8% y el 5,45%; El uso de drogas ilícitas, el 7,8% y el 3,9%; Los episodios de bullying entre adolescentes, el 18,6% y el 16,2%; Vulnerabilidad sexual, mensurada a través de los adolescentes que tuvieron relación sexual antes de los 14 años de edad y sin protección, 15,3% y 9%. La correlación entre bullying y vulnerabilidad sexual con características socio demográficas, consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas ocurrió con mayores posibilidades para adolescentes que utilizaron alcohol antes de los 14 años de edad (p 0,016), que usaron marihuana en el último mes (p 0,006) (P 0,010), que usaron cigarrillo antes de los 14 años de edad (p 0,019), tuvieron uso de crack en el último mes (p 0,001), y que tenían amigos usuarios de drogas (p 0,005). Estos factores necesitan una mayor atención en la salud de los adolescentes en la región de frontera que involucra intervenciones estratégicas y planificadas intersectorialmente involucrando a varios actores de la sociedad.

Palabras clave: Salud, Vulnerabilidad, Adolescente, Área de frontera.

LISTA DE SIGLAS

OMS	Organização Mundial da Saúde
UNICEF	United Nations Children's Fund
MS	Ministério da Saúde
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
OIT	Organização Internacional do Trabalho
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
EUA	Estados Unidos da América
IHA	Índice de Homicídios na Adolescência
SAGE	Sala de Apoio a Gestão Estratégica do Ministério da Saúde
WHO	World Health Organization
ONU	Organização das Nações Unidas
NRE	Secretaria de Estado da Educação – Núcleo Regional de Educação
IFPR	Instituto Federal do Paraná
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
TCLE	Termos de Consentimento Livre e Esclarecido
CNS	Conselho Nacional de Saúde
UPA	Unidade Primária de Análise
USA	Unidade Secundária de Análise
SPSS	Statistical Package Social Science
ERICA	Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes
LENAD	Levantamento Nacional de Álcool e Drogas
SYT	Global Youth Tobacco Survey
UNIOESTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná
PF	Polícia Federal

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Variabilidade máxima obtida os utilizar $p=0.5$	37
Quadro 1	Escolas, salas de aula, número de alunos por sala e designação dos clusters.....	39
Quadro2	Escolas, salas de aula, turnos e lista aleatória de alunos a serem considerados na amostra, para aplicação do questionário.....	41
Quadro3	Escolas, salas de aula, turnos e lista aleatória de alunos a serem considerados na reposição.....	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos estudantes de escolas públicas de Foz do Iguaçu-PR/Brasil, de acordo com o sexo, raça/cor, idade e série de estudo	47
Tabela 2	Distribuição dos estudantes de escolas públicas de Foz do Iguaçu-PR/Brasil, de acordo com uso de álcool.....	48
Tabela 3	Distribuição dos estudantes de escolas públicas de Foz do Iguaçu-PR/Brasil, de acordo com uso de cigarros.....	49
Tabela 4	Distribuição dos estudantes de escolas públicas de Foz do Iguaçu-PR/Brasil, de acordo com uso de drogas ilícitas.....	50
Tabela 5	Distribuição dos estudantes de escolas públicas de Foz do Iguaçu-PR/Brasil, segundo o sexo de acordo com a ocorrência de bullying.....	51
Tabela 6	Distribuição dos estudantes de escolas públicas de Foz do Iguaçu-PR/Brasil, segundo os motivos de bullying.....	51
Tabela 7	Distribuição de bullying de acordo com características sócio-demográficas, de consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas com estimativas brutas e ajustadas de <i>oddsratio</i> (OR) incluindo (IC95%) em jovens de escolas públicas de Foz do Iguaçu-PR/Brasil.....	52
Tabela 8	Distribuição dos estudantes de escolas públicas de Foz do Iguaçu-PR/Brasil, de acordo com a ocorrência de relações sexuais, idade da 1ª e última relação sexual, uso de preservativo, número de pessoas com quem teve relações sexuais e uso de algum método para evitar gravidez ou DST na última relação sexual.....	55
Tabela 9	Distribuição de vulnerabilidade sexual com Intervalo de confiança (IC95%) em jovens de escolas públicas de Foz do Iguaçu-PR/Brasil.....	56
Tabela 10	Distribuição de vulnerabilidade sexual de acordo com características sócio-demográficas, de consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas com estimativas brutas e ajustadas de <i>odds ratio</i> (OR) incluindo (IC95%) em jovens de escolas públicas de Foz do Iguaçu-PR/Brasil.....	57

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.1 JUSTIFICATIVA.....	18
2. OBJETIVO GERAL	20
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	21
4. MATERIAL E MÉTODO.....	34
4.1 TIPO DE ESTUDO	34
4.2 LOCAL DE ESTUDO.....	34
4.3 ASPECTOS ÉTICOS	35
4.4 POPULAÇÃO	35
4.5 AMOSTRA	36
4.5.1 DELINEAMENTO AMOSTRAL	36
4.5.2 DIMENSIONAMENTO AMOSTRAL	36
4.5.3 ESCOLAS E SALAS DE AULA CONSIDERADAS PARA AMOSTRAGEM ...	38
4.6 COLETA DE DADOS.....	45
4.6.1 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	45
4.6.2 BANCO DE DADOS.....	45
4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA E DEFINIÇÃO DOS DESFECHOS.....	46
5. RESULTADOS	47
6. DISCUSSÃO	60
7. CONCLUSÕES	66
REFERÊNCIAS	68
ANEXOS.....	85
ANEXO1	85
ANEXO 2	86
ANEXO 3	87
ANEXO 4	90
APENDICES	114
APÊNDICE A.....	114
APENDICE B	116
APENDICE C	118
APENDICE D.....	119

1. INTRODUÇÃO

A adolescência, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e adotada pelo Ministério da Saúde (MS) compreende a faixa etária entre 10 e 20 anos de idade (BRASIL, 2014). Nesse período, ocorrem mudanças corporais advindas da puberdade que são acompanhadas de crescimento na esfera cognitiva, social e afetivo-emocional e, estão sujeitas a influência das relações familiares e sociais (OLIVEIRA-MONTEIRO et al., 2016). As mudanças emocionais são muito importantes nessa etapa da vida e envolvem o desenvolvimento da autoestima e autocrítica, sendo o período em que os adolescentes começam a interagir com o mundo externo com mais autonomia, mas sem assumir as responsabilidades da idade adulta (BRASIL, 2008). Assim, viver essa etapa da vida de forma plena e com oportunidades para canalizar sua energia, sua capacidade crítica e seu desejo de mudar a realidade é um direito dos adolescentes.

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2011), no documento situação da adolescência brasileira afirma que na comparação da situação dos adolescentes com os demais segmentos etários, eles formam o grupo mais afetado pelo impacto de vulnerabilidades como a pobreza, violência, exploração sexual, baixa escolaridade, exploração do trabalho, a gravidez, as DST/Aids, o abuso de drogas e a privação da convivência familiar e comunitária. Frente a essa realidade recomenda que a sociedade brasileira envide esforços para um olhar diferenciado à adolescência, compreendendo essa etapa como uma fase única na vida e cheia de desafios e oportunidade (UNICEF, 2011). Nessa compreensão, os adolescentes podem se constituir em um grupo populacional que exige novos modos de produzir saúde considerando que eles estão em um processo de emancipação, no qual atitudes, hábitos e comportamentos se encontram em construção (BITTENCOURT et al., 2015).

Essa fase de vida considerada saudável nos aspectos físicos, exige olhares atentos dos educadores, profissionais da saúde e familiares, visto que os agravos em saúde dessa população, relacionam-se, primordialmente, a hábitos e comportamentos de risco que, em razão de conjunturas desfavoráveis, tornam os adolescentes mais vulneráveis (BRASIL, 2014).

Corroborando a World Health Organization (2008) afirma que a adolescência é marcada por mudanças biológicas e sociais, a condição de amadurecimento e estado pleno de saúde conduzem a experiências, associando a sensação de liberdade com a falta de

experiência, despertam nessa população, muitas vezes, um senso de invulnerabilidade, ocasionando uma excessiva exposição a fatores associados a vulnerabilidade em saúde e socioeconômicos como gênero, raça, escolaridade, potencializam ainda mais o prejuízo na condição de vida e nos indicadores de morbimortalidade dessa população (BRASIL, 2006).

Observa-se que os adolescentes têm dificuldades no modo de como se conduzir, e se arriscam, oscilando entre condutas de risco “calculado” – decorrente de uma ação pensada – e do risco “insensato”, em que, gratuitamente, se expõe, com grande chance de ocorrerem insucessos, podendo comprometer sua saúde de forma irreversível (DICLEMENTE, 1996).

Considerando que há limites nas análises de risco, principalmente, como o advento do HIV/Aids que foi um fato importante para a constituição do conceito de vulnerabilidade. Ayres et al. (2003) afirmam que a abordagem da vulnerabilidade contribui fundamentalmente para entender a dinâmica dos processos sociais, culturais e individuais que influenciam na vulnerabilidade de indivíduos a determinados eventos e proporciona uma compreensão mais abrangente para o processo saúde-doença (AYRES, et al., 2003).

Nos últimos anos, no Brasil e nos países da América Latina, entre os problemas mais discutidos e que desafiam a construção de políticas públicas está a questão da saúde na adolescência relacionada a distintas dimensões e serviços de atenção como saúde, educação, cidadania, assistência social, justiça, esporte e lazer (WAISELFISZ, 2004).

Dentre as prioridades nacionais as ações de promoção e prevenção da saúde do adolescente ocupam um espaço importante enquanto estratégia de cuidado integral, visando o fortalecimento de ações intersetoriais para fortalecimento da atenção básica e melhoria do panorama atual de saúde nessa população (BRASIL, 2010).

Investigações na América Latina, Narea (2016) apontam para o desenvolvimento de estudos com desenho que identificam a causalidade e a correlação de fatores associados a saúde do adolescente, projetando um cenário de avaliação e intervenções realizadas de forma criteriosa, identificando as limitações de *gaps* entre o conhecimento científico, as ações cotidianas e as políticas públicas.

Estudos identificaram condições como violência, uso de álcool, tabaco, drogas ilícitas e sexualidade estão relacionadas a adolescentes em situações de maior vulnerabilidade. Esses fatores também tiveram destaque em pesquisas que compreenderam como inerentes a essa fase de desenvolvimento (PESSALACIA, MENEZES E MASSUIA, 2010), necessitando de mecanismo de atenção integral a saúde, focando em fatores de risco social e comportamental, como evidenciam estudos de Cabral & Oliveira (2010).

A consideração social da questão da vulnerabilidade em saúde já está presente há décadas nas discussões para planejamento de ações e estratégias específicas para a região de fronteira, porém essas decisões pontuais atualmente encontram-se distante da prática da saúde pública. (GADELHA, 2007).

Considerando que a vulnerabilidade nessa etapa da vida traz consequências importantes para a vida e saúde desses adolescentes observa-se que alguns comportamentos e atitudes se iniciam nessa fase e devem ser objeto de atenção por parte de educadores e profissionais da saúde, além da família.

Entre esses comportamentos identifica-se que, os adolescentes são expostos aos primeiros contatos com o álcool e outras drogas, numa fase na qual as estruturas cerebrais responsáveis pela percepção temporal e pelo controle de impulsos estão ainda em amadurecimento (BESSA & SCIVOLETTO, 2011). Nesse sentido, a satisfação imediata proporcionada pelo uso de substâncias psicoativas é favorecida pelos comportamentos impulsivos e imediatismo, muitas vezes, característicos de jovens dessa faixa etária, sendo que o uso precoce dessas substâncias pode ser um fator limitante do desenvolvimento saudável, tanto no âmbito físico quanto psicossocial (BITTENCOURT & FRANÇA, 2015). Assim, considerando as transformações emocionais e fisiológicas características dessa fase e a necessidade que os adolescentes se veem frente as demandas da sociedade eles se colocam em situações de maior vulnerabilidade com frequência.

O uso de álcool na adolescência, geralmente está associado a outros comportamentos de risco para a saúde, incluindo o uso de tabaco e de drogas ilícitas, transtornos mentais como depressão e ansiedade, desordens alimentares além de comportamento de risco sexual (COUTINHO, et al., 2016). Entre os comportamentos associados verifica-se ainda as brigas na escola, *bullying*, danos a propriedade e outros tipos de violência. Além disso, o início precoce do uso de álcool está associado com problemas futuros relacionados ao uso abusivo de álcool (MALTA, et al., 2010).

Outro grande desafio para a saúde pública consiste em programas para prevenir ou retardar a experimentação e uso regular do cigarro, tendo em vista que o uso do tabaco durante a adolescência é, muitas vezes determinado culturalmente (BARRETO et al., 2012). Entre adolescentes, o uso de cigarros nessa fase, torna-os mais vulneráveis à adição ao tabaco. A duração e o número de cigarros requeridos para estabelecer dependência de nicotina são menores, por isto a adição ao tabaco ocorre mais rapidamente. Além disso, o tabagismo precoce está associado ao aumento da chance de uso de outras substâncias psicoativas, como álcool e drogas ilícitas em jovens (BARRETO, et al., 2014).

Associado a esses comportamentos de risco que incluem o uso de drogas psicoativas e o tabaco, os adolescentes também estão expostos a comportamento sexual de risco, levando-os a uma exposição precoce a doenças sexualmente transmitidas, bem como a gravidez precoce. Estudo de coorte nos Estados Unidos e na Escócia encontrou forte associação entre o uso precoce de substâncias psicoativas, iniciação sexual precoce e sexo desprotegido em adolescentes (WHEELER, 2010; JACKSON, et al., 2012). No Brasil, resultado da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE, 2012) mostrou que entre os adolescentes que já tinham se iniciado sexualmente, um em cada quatro não faziam uso de preservativos e estavam expostos ao risco de DST/AIDS e/ou gravidez parentalidade precoce (OLIVEIRA-CAMPOS et al., 2014). Outro destaque é o fato de que o sexo desprotegido é um dos fatores que mais contribuem para aumentar o número de anos de vida perdidos ajustados por incapacidades (DALY) em adolescentes e adultos (GORE et al., 2011).

Os resultados do Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes (ERICA) confirmam uma tendência no aumento da prevalência de iniciação sexual conforme aumenta a idade e mostraram que, entre os adolescentes com 17 anos de idade, mais da metade dos adolescentes já havia iniciado a vida sexual. O estudo aponta ainda que as prevalências de iniciação sexual de adolescentes foram estatisticamente diferentes para ambos os sexos, com maior frequência para o sexo masculino, comportamento esperado pelos autores, visto ser um evento em que as relações de gênero atuam de forma inquestionável. Cabe destacar ainda uma maior prevalência de iniciação sexual entre os estudantes de escolas públicas, o que indiretamente parece ratificar as diferenças entre os estratos socioeconômicos ressaltadas em outros estudos (BORGES, et al. 2016).

Outro destaque da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE, 2012) foi buscar, pela primeira vez, identificar importantes aspectos da imagem corporal e da realização de práticas extremas para controle do peso entre os estudantes brasileiros. Os resultados mostraram que mais de um terço dos estudantes identificaram problemas com sua imagem corporal. Além disso, cerca de um sexto dos escolares referia realizar práticas extremas para controle do peso, incluindo práticas para perda ou ganho de peso. Entre os que se consideravam gordos, uma maior frequência do uso de medidas para perda de peso foi observada entre as meninas. Os meninos adotavam mais o uso de medidas para ganho de peso (ou massa muscular) do que as meninas, independentemente de sua imagem corporal (CLARO et al., 2014).

Associado a essas questões relacionadas ao padrão de comportamento de adolescentes escolares no Brasil como um todo, há fatores que devem ser considerados e que podem ter influência em situações de fronteiras, seja regional ou internacional.

Segundo Braga (2011); Oliveira (2013) e Santos (2011) a região de fronteira além dos benefícios da riqueza cultural, econômica e de tradições ainda é vista com um viés negativo, pela valorização de práticas ilegais como tráfico de armas, drogas e pessoas, violência, precariedade de serviços de saúde, sistema altamente repressivo, existência de barreiras diplomáticas, legais e burocráticas, baixa atuação do governo e representatividade política, o que diante das dificuldades apontadas temos o dever de apontar e construir estratégias individuais e coletivas para o desenvolvimento de uma realidade que proporcione um ambiente de proteção integral ao adolescente em região de fronteira (SILVA, 2010; SOTTILI, 2011).

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) identificou, em Foz do Iguaçu, quatro níveis de exploração sexual comercial de crianças e adolescentes que podem confluir para o agravamento dos fatores relacionados acima. Os níveis de exploração definidas pela OIT incluem: (1) crianças e adolescentes que trabalham nas ruas vendendo e transportando mercadorias contrabandeadas do Paraguai; (2) crianças e adolescentes que trabalham nas ruas fazendo programas e repassando drogas; (3) crianças e adolescentes que são exploradas sexualmente em pequenas casas de prostituição, pousadas, pequenos hotéis ou bares; e (4) crianças e adolescentes de classe média explorados sexualmente em boates, grandes casas de prostituição ou hotéis de médio e grande porte (SPRANDEL, 2005).

Dessa forma, é necessária a realização de estudos que avaliem, caracterizem e busquem associações entre as condições de vulnerabilidade em saúde do adolescente na região de fronteira a fim de levantar dados para fundamentar estratégias baseadas em evidências.

1.1 JUSTIFICATIVA

A população mundial de adolescentes aproxima-se de 1 bilhão de pessoas representando 20% da população do planeta (NERY et al., 2011). De acordo com o último Censo Demográfico Brasileiro (IBGE, 2010), essa faixa etária representou 35 milhões de pessoas. No Paraná aproximadamente 2 milhões de adolescentes compõem a população do

estado e no município de Foz do Iguaçu os adolescentes representam 9,6% da população total (IBGE, 2010).

Segundo dados da Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu (2011), em relação a sua constituição histórica, o município passou por três eventos que contribuíram para sua expansão demográfica sendo eles a construção da Ponte Internacional da Amizade que liga a cidade com a Ciudad Del Este no Paraguay; A inauguração da BR277, ligando a cidade de Foz do Iguaçu a Curitiba e o litoral paranaense e a construção de hidroelétrica de Itaipu (Brasil e Paraguay). Esses eventos contribuíram também para a expansão do comércio de produtos e serviços, principalmente do Paraguay e Argentina, promovendo um crescimento econômico baseado também no comércio ilegal de armas e drogas, influenciando diretamente na dinâmica da população em geral e especificamente do ingresso no mercado de trabalho de adolescentes na região de fronteira.

O número de habitantes em Foz do Iguaçu, no período de 1970 a 2007, teve um incremento populacional, que coincidiu com a construção da hidrelétrica de Itaipu quando houve uma migração acentuada de pessoas de todas as regiões do país. Ao final da década de 1980, o município já contava com mais de 150.000 habitantes, e a estimativa populacional para o ano de 2015 foi de 263.782 pessoas (IBGE, 2010).

Os problemas socioeconômicos da cidade na atualidade estão relacionados às consequências da rápida constituição de sua população, atraída pelos dois últimos ciclos econômicos que incluíram a construção de Itaipu e o turismo de compras, formando os novos iguaçuenses com baixa renda e pequena qualificação profissional, convivendo com a outra parcela, de alta qualificação, porém menos numerosa, em setores como o de produção de energia elétrica e do turismo. Segundo dados do IBGE (2010), a incidência da pobreza em 2013 era de 43,21%, enquanto que, em 2010 o município teve um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,751.

O município de Foz do Iguaçu encontrava-se na 16ª posição no ranking dos 20 municípios com mais de 200 mil habitantes segundo o Índice de Homicídios na Adolescência (IHA) em 2012, apresentando uma pontuação de 6,61, três vezes maior que o IHA de Curitiba que foi de 2,23 e o dobro do Estado do Paraná 3,12. Considerando os óbitos, neste grupo populacional, segundo da Sala de Apoio a Gestão Estratégica do Ministério da Saúde (SAGE, 2013) 33% ocorreram por causas externas.

2. OBJETIVO GERAL

- Caracterizar as condições de vulnerabilidade em saúde de adolescentes matriculados no ensino médio e técnico de colégios da rede pública de ensino de uma região de fronteira.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Buscar associações entre bullying e vulnerabilidade sexual, de acordo com as características sócio-demográficas, consumo de álcool e drogas ilícitas entre adolescentes em uma região de fronteira.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A adolescência é definida através do critério cronológico como uma faixa etária entre 10 e 19 anos de idade, que envolve questões biológicas, psicológicas e sociais no processo de desenvolvimento (WHO, 2011). Esse critério também é assumido pelo Ministério da Saúde do Brasil; Já o intervalo de tempo estabelecido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA é compreendido entre 12 e 18 anos de idade (BRASIL, 1990).

Esse período é caracterizado por marcadores que ocorrem a partir da puberdade, adaptação a regras. A fase não se limita aos fatores apontados, mas inclui, também, os dilemas e questionamentos de caráter universal considerando as questões culturais do adolescente e de seu ambiente (BOCK, 2007; HABIGZANG, 2014).

Sendo assim, a adolescência não poderia ser definida como um momento de transição entre a infância e a fase adulta, essa compreensão negligencia as necessidades e interesses dessa população, identificando também como ambivalente e inadequada a garantia de direitos e deveres como cidadãos. Esse deve ser considerado como um período de amadurecimento e desenvolvimento de comportamentos importantes para a vida (RUZANY, 2008).

A tendência a negligência de questões da adolescência citada acima, relaciona-se com a vulnerabilidade, que Vilela e Doreto (2006) apresentam associações epidemiológicas e culturais, identificando fatores de risco na adolescência, demonstrados através de condições específicas como dificuldade ou falta de acesso a informações e serviços bem como a manutenção do próprio comportamento.

Atualmente estudos consideram o adolescente a partir das projeções de seus responsáveis ou da própria cultura na qual o adolescente está inserido, ampliando a concepção da integralidade de fatores físicos, psíquicos e sociais, considerando assim uma visão pré-concebida socialmente (OZELLA, 2002; GONTIJO & MEDEIROS, 2004).

Diferenças quanto aos termos adolescência e juventude são encontradas na literatura, em que o primeiro se relaciona a questões pessoais, identificado como um período de significativo interesse público, devido aos problemas como violência, uso de álcool e outras drogas, vivência precoce e desprotegida da sexualidade (ABRAMO, LEÓN & FREITAS, 2005). Em contrapartida, o jovem é identificado a partir de uma população específica da sociedade, que expressa uma fase de criatividade e independência (SPÓSITO, 2009).

A diferença de termos também pode ser encontrada em pesquisas sobre vulnerabilidade em adolescentes, onde a categoria adolescência tem sido objeto de estudo da psicologia, sendo identificada como uma etapa do desenvolvimento humano através de abordagens predominantemente qualitativas. Já na área da saúde, ocorre a utilização da triangulação de métodos quantitativos e qualitativos tanto na abordagem epidemiológica quanto na abordagem da singularidade dos sujeitos participantes (TAKEITI & VICENTIN, 2015). Enquanto a categoria juventude é abordada a partir das ciências sociais, principalmente na sociologia, através de determinantes sociais e seus condicionantes (ABRAMOVAY, 2002; SPÓSITO, 2009).

A World Health Organization - WHO (2011) identifica alguns fatores de vulnerabilidade que são prioridades na atenção a saúde do adolescente: depressão, suicídio, psicoses, abuso de substâncias, transtornos de ansiedade, de conduta e alimentares. Visando a adequação da atenção as questões apresentadas, se faz necessário o desenvolvimento de ações para identificação local e regionalizada das questões de risco, para melhor compreensão das condições de vulnerabilidade, subsidiando a elaboração de políticas públicas (BENETTI, 2007).

De acordo com Schneider (2016) a vulnerabilidade é entendida como uma experiência de invisibilidade social, onde o indivíduo não é reconhecido pela sociedade através da sua representação social, gerando preconceitos aos comportamentos e a própria pessoa, sendo essa uma fonte geradora de sofrimento e comportamentos desadaptativos socialmente.

Estudos sobre a condição socioeconômica e vulnerabilidade no âmbito individual, familiar e social têm mostrado influências no desenvolvimento da criança e do adolescente (GIANAROS et al., 2014). Com relação aos fatores associados a tal influência, os mais relevantes nas pesquisas internacionais são: composição da renda familiar, apoio social, nível de escolaridade e ocupação dos pais, saúde mental, estilo parental, interação entre pais e filhos, condições de habitação, qualidade dos ambientes familiares e escolares, programas de atendimento na infância e adolescência, saúde e nutrição (EVANS & WACHS, 2010; SPENCER & SWANSON, 2013).

A vulnerabilidade é entendida como uma condição do ser humano, especialmente de indivíduos ou grupos que necessitam de proteção em decorrência das circunstâncias específicas do contexto e pessoais (NEVES, 2006; MOÑOZ-SANCHEZ, 2007; NICHATA, 2008). Essa mesma condição é diferenciada através de dois termos: “vulnerável” que

representa a condição própria de todo ser humano e “vulnerado”, cujo indivíduo tem sua condição alterada pelas circunstâncias negativas.

Conforme Protas (2006) a vulnerabilidade é entendida como uma necessidade de proteção a partir da fragilidade e da suscetibilidade, em que a diminuição dessa condição está relacionada a identificação de sua origem e limitações bem como a alteração das condições pelos sujeitos e grupos.

O conceito de vulnerabilidade inicialmente foi abordado em estudos de direitos humanos, e posteriormente, trabalhos foram desenvolvidos na área da saúde abordando os “grupos de risco”, que eram compostos por pessoas em discriminação social como usuários de drogas, e pessoas portadoras do vírus HIV, que segundo o autor a abordagem remetia a moral e ao medo (GUARESCHI, 2007).

Abramovay (2002) discute a questão da vulnerabilidade social em termos de oportunidades ofertadas pela sociedade a um grupo específico, onde a questão discutida depende da mobilidade social, que está relacionada a ascensão ou a deteriorização das condições de vida, através de estruturas sociais e econômicas. Entretanto, essa condição não se reduz somente a questões econômicas, ela perpassa fatores políticos, étnicos, de gênero, etário, raça e demais dispositivos simbólicos.

Portanto, o conceito de vulnerabilidade está sustentado no conceito de risco, pois, o segundo está identificado através de marcadores individuais de saúde, relacionados a comportamentos de populações específicas prevendo-se ações de segurança e moral. Enquanto a vulnerabilidade social parte de condições de saúde de populações específicas para a esfera social, unindo-se a demais campos de saber como trabalho, justiça, educação, políticas públicas, referindo-se as condições de vida e apoio social (GUARESCHI, 2007).

Em estudos de epidemiologia o conceito de risco ocupa um papel central, por relacionar a probabilidade entre as características dos participantes, a alteração da exposição a eventos e o comprometimento da saúde (AYRES, 2006). Diferentemente dessa abordagem, o estudo da vulnerabilidade traz à discussão elementos subjetivos e abstratos, a partir de uma elaboração mais teórica, buscando a universalidade, expressando potenciais de adoecimento de grupos específicos e da população assim como o enfrentamento dos mesmos.

De acordo com o apontamento anterior, a essência do conceito de vulnerabilidade está na capacidade de enfrentamento do indivíduo e de grupos sociais, onde encontram-se algumas divisões de termos: *entitlement*, referindo-se aos direitos das pessoas; e o *empowerment*, se referindo a participação institucional e social. Na avaliação da vulnerabilidade, a identificação

desses conceitos e o reconhecimento da variabilidade dos mesmos se fazem necessária para a construção de práticas em saúde pública (AYRES, 2006).

Uma pessoa a partir da reinterpretação crítica desses fatores pode aumentar ou diminuir a condição de vulnerabilidade, a partir das oportunidades que a sociedade contemporânea privilegia para aquisição de habilidades sociais, principalmente em contextos educacionais e de saúde (PESSALACIA, 2010).

Estudos sobre vulnerabilidade de adolescentes apresentam uma produção consistente no Brasil e na América Latina, principalmente em classes mais pobres da população, considerando aspectos sociais e econômicos, sinalizando aspectos problemáticos recorrentes, sendo objeto de sistematização e análise de dados para desenvolvimento de ações que atendam a necessidade da realidade local (SPÓSITO, 2009; ALVARADO; VOMMARO, 2010; SEGRETIN, 2016).

Este trabalho utiliza o conceito de vulnerabilidade em saúde de Ayres (2006), em que a vulnerabilidade é compreendida em diferentes situações dos sujeitos em três planos analíticos, ou seja, a vulnerabilidade individual, social e programática. A vulnerabilidade individual relaciona-se a aspectos que dependem das ações do indivíduo, especificando o comportamento e atitudes que ele manifesta. A vulnerabilidade social é caracterizada pelo contexto social, político e econômico, sendo as estruturas de informações, serviços, bens culturais, entre outros. Já a vulnerabilidade programática refere-se a ações articuladas pelo poder público, iniciativa privada e sociedade civil, que auxiliam no enfrentamento das situações.

Especialmente no plano da vulnerabilidade individual, objeto do presente estudo, observa-se que as condições se sobrepõem. Segundo a UNICEF (2011), a gravidez na adolescência impacta diretamente no direito a educação dos adolescentes. Essa relação no Brasil é apresentada através de dados que demonstram que 75,7% das adolescentes que já tiveram filhos, abandonaram o estudo e 57,8% das meninas que já haviam engravidado, não trabalhavam nem estudavam (IPEA, 2010; FONTOURA, 2009). Segundo o Ministério da Saúde esse número representa 290 mil adolescentes no país (BRASIL, 2009).

A vulnerabilidade sexual também se apresenta em um cenário multifacetado, onde as questões sociais e econômicas não são os únicos fatores responsáveis pelo estabelecimento de tal condição, considera-se também o uso da violência como forma de exploração dos adultos para com os adolescentes. Estudos apontam que o sujeito envolvido na exploração sexual, na maioria das vezes é conhecido pelo adolescente, sendo o sexo feminino que apresenta maior

sofrimento com a questão de abuso, principalmente porque essa prática ocorre muitas vezes nas primeiras relações sexuais durante essa faixa etária (UNICEF, 2011).

Segundo dados da Organização das Nações Unidas (ONU), sobre o programa de combate ao HIV, vários adolescentes abandonam a escola após passarem por situações de exploração ou abuso sexual, chegando esse número a 33% das pessoas infectadas com HIV, os adolescentes que se encontram na idade entre 15 e 24 anos, 66% são meninas, e a grande maioria não sabe que está infectado. No Brasil os dados são semelhantes na população jovem, de acordo com estudo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

No Brasil 34,5% dos meninos e 19,3% das meninas tiveram relação sexual alguma vez na vida (PeNSE, 2015), enquanto na Argentina 43,5% dos meninos e 30,7% das meninas apresentaram esse comportamento (GSHS, 2012), já na República Dominicana 57% dos meninos e 36,9% das meninas relataram ter relação sexual durante a vida (GSHS, 2009). Com relação ao uso de preservativo nas relações sexuais os adolescentes na pesquisa no Brasil 61,8% das meninas e 59,5% dos meninos relataram usar preservativo na última relação sexual. Enquanto que os adolescentes argentinos 77,1% dos meninos e 74% das meninas tiveram proteção na última relação sexual (GSHS, 2012). Na Bolívia (GSHS, 2012) dos adolescentes do sexo masculino 67,6% usaram preservativo e 55,1% das adolescentes do sexo feminino tiveram proteção na última relação sexual.

Em pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) das adolescentes infectadas com o HIV, 64,8% tiveram relação sexual no último ano. Das participantes da pesquisa que tinham vida sexual ativa, 33,6% usaram preservativo nas relações sexuais anteriores. Entre os adolescentes do sexo masculino, 69,7% tinham vida sexual ativa, e 57,4% usaram preservativo em todas as relações sexuais anteriores.

Outro estudo no Brasil (BRASIL, 2009) identificou que 60,8% dos adolescentes utilizaram preservativo na primeira relação sexual, porém esses dados se modificam quando se trata de relação sexual com parceiro fixo, a relação sexual com proteção reduz para 30,7% na faixa etária de 15 a 24 anos (BRASIL, 2005).

A sexualidade na adolescência é um objeto de estudo de grande relevância, pois as primeiras relações ocorrem durante esta faixa etária (HAWES, 2010; PAIVA, 2008; RAMIRO, 2015). Estudos nacionais apontam que entre 20% e 30% dos adolescentes na faixa etária entre 13 e 15 anos de idade já tiveram relação sexual (MALTA, 2011; OLIVEIRA, 2014). Variáveis como sexo, tipo de escola e região geográfica da residência tiveram correlação com o início da atividade sexual precoce (BORGES, 2007; GONÇALVES, 2015; OLIVEIRA-CAMPOS, 2014).

Segundo Borges (2016), dentre as principais questões relacionadas a sexualidade na adolescência geradora de preocupação nos profissionais de saúde estão as DST's, HIV/ AIDS, gravidez não planejada e aborto. Estudos apontam que entre 75% e 86% dos adolescentes utilizaram algum método contraceptivo na última relação sexual (MALTA, 2011; OLIVEIRA, 2014).

Pesquisas no Brasil desenvolvidas com adolescentes de 12 a 17 anos de idade correlacionaram: início da vida sexual, uso de métodos contraceptivos na última relação sexual e a influência de características sociodemográficas (GONÇALVES, 2015; SASAKI, 2015; OLIVEIRA, 2014), identificando que mais de 20% dos participantes já haviam iniciado sua vida sexual. Essa prevalência é maior do que países como Espanha e Estados Unidos da América, porém a comparação com países da África a prevalência chega a 39% dos adolescentes (ELLEN, 2000; MADKOUR, 2010).

Segundo Peiter (2007), a porosidade dos serviços de saúde na região de fronteira acaba dificultando os registros de saúde, o planejamento e a execução de ações de prevenção e tratamento de doenças. A infecção de HIV/ AIDS e demais DST's, é um exemplo atribuído a desestruturação dos serviços aliados a grupos populacionais itinerantes na fronteira (SILVEIRA, 2003; BUENO, 2012).

Foi identificado um numero expressivo de gestações indesejadas por adolescentes na região de fronteira que não utilizam métodos contraceptivos, que vivenciam situações de violência e demais práticas de risco, onde as mesmas muitas vezes não são notificadas. O presente problema também foi identificado em pesquisas do Ministério da Saúde, considerando a região de fronteira um cenário distinto da realidade nacional (RODRIGUES-JUNIOR, 2003).

Em estudo nacional sobre a vulnerabilidade sexual na região de fronteira do Brasil, identificaram que as cidades de tríplice fronteira apresentam maiores taxas de prevalência de HIV/ AIDS no país, incluindo a região alvo deste estudo Foz do Iguaçu, Ciudad Del Este e Puerto Iguaçu (RODRIGUES-JÚNIOR E CASTILHO, 2009).

A UNICEF em relatório sobre a população adolescente aborda a questão da iniciação sexual precoce com o uso de drogas associada a violência, ociosidade, reprovação e evasão escolar. Esse tema foi inicialmente tratado como questão de segurança pública, por identificar o adolescente a partir desses comportamentos de risco social. A questão da vulnerabilidade a partir do uso de drogas está entre um dos nove pontos de prioridades da UNICEF, sendo que somente a partir de 2011 essa questão passou a ser discutida como problema de saúde. Documentos oficiais identificam atualmente a adolescência enquanto uma faixa etária de

oportunidades que necessitam de investimento em suas habilidades (UNICEF, 2007; 2011a; 2011b; 2012).

Segundo Coutinho (2016), dentre as substâncias psicotrópicas mais utilizadas no Brasil e no mundo, o álcool está em primeiro lugar. Considerando a população adolescente, essa substância gera maior preocupação quando é associada a impulsividade, uso de cigarro, drogas ilícitas, comportamentos de risco sexual, aumentando os prejuízos cognitivos e sociais para o indivíduo. Estudos internacionais identificam que o desenvolvimento de comportamentos de risco na adolescência é um fator importante para a cronicidade dos mesmos na fase adulta (MAGGS, 2005; FADER, 2005).

Em uma Revisão Sistemática sobre o uso de álcool por estudantes adolescentes foi identificada a prevalência de consumo entre 23% e 68% entre os estudos analisados (BARBOSA, 2012). Estudos conduzidos no Brasil apontaram uma prevalência de 24,2%, entre adolescentes de 14 e 17 anos (PINSKY, 2010; BLOCH, 2015). A prevalência de uso de álcool no Brasil é inferior as estimativas de estudos desenvolvidos nos EUA com adolescentes da mesma faixa etária que fizeram uso de álcool no último mês, cerca de 35% da população estudada (KANN, 2014). Dados de pesquisas conduzidas na Europa e América do Norte apresentaram que 59% dos adolescentes fizeram uso de álcool na última semana (CURRIE, 2012).

Em estudo realizado na fronteira a prevalência do uso de álcool em adolescentes foi de 56,6% (LEGNANI, 2009), resultados inferiores aos encontrados em estudos em adolescentes na Argentina, 76,8% e Paraguay, 58,2% (INDEC, 2008). Porém em estudos internacionais os dados são inferiores para o uso de álcool, sendo 44,9% em jovens americanos (MMWR, 2004).

Os dados sobre o uso de drogas na adolescência geram maior preocupação quando esses são relacionados a questões sociais como diversidade de gênero, raça/etnia, local de moradia, e condição para fazer o uso, mas quando essa relação ocorre entre a ausência de projetos de vida e ocupação, aumenta cada vez mais o número de adolescentes que se expõem a tais substâncias. Nessa direção a UNICEF convoca as autoridades brasileiras para priorizarem os temas de vulnerabilidade do adolescente em sua agenda (UNICEF, 2011a; 2011b).

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PeNSE, (BRASIL, 2009) também apresentou números significantivos com relação ao uso de drogas na adolescência, 12,7% dos alunos de 10 a 12 anos de idade já utilizaram droga, aumentando para 29,2% entre os adolescentes na faixa etária de 16 a 18 anos de idade.

Segundo Bessa (2015) o uso precoce de drogas tem sido considerado um dos principais fatores para o desenvolvimento da dependência química na fase adulta, além disso, a antecipação de prejuízos e conseqüências associadas a problemas de saúde, evasão escolar, conflitos familiares, sociais e legais (SCHENKER, 2005; SILVEIRA, 2003; VASTERS, 2011).

Um levantamento nacional sobre uso de drogas revelou que adolescentes do sexo masculino apresentaram maior prevalência no uso de substâncias como maconha, cocaína, crack e esteróides, enquanto as adolescentes do sexo feminino apresentaram maior prevalência no consumo de estimulantes, benzodiazepínicos, anorexígenos e opiáceos (BRASIL, 2009).

Portanto, os estudos indicam que as adolescentes do sexo feminino utilizam substâncias de menor prejuízo social, recebendo conseqüentemente menor atenção das políticas de prevenção e tratamento em saúde, considerando a população masculina a que faz uso de substâncias que geram maior risco em saúde, essa população acaba recebendo maior atenção dos serviços de atendimento ambulatorial e hospitalar, impactando diretamente nos dados sobre drogas na faixa etária estudada (FERREIRA, 2003; CAPLAN, 2006; JANSSENS, 2004).

Pesquisas apontaram a correlação de fatores como uso de álcool e outras drogas, violência familiar, ausência de supervisão dos pais, episódio e bullying, baixo nível socioeconômico, reprovação e evasão escolar (EYNG, 2009; SPOSITO, 2001; ABRAMOVAY, 2002). A distribuição desses fatores é mais presente em adolescentes do sexo masculino (PEGUERO, 2008; RODRIGUEZ, 2005).

O consumo de álcool por adolescentes do sexo masculino apresentou associação com comportamentos de violência física em dados na literatura (SMITH-KHURI, 2004; GOMES, 2010). Tanto o uso indevido de álcool quanto o uso de drogas ilícitas são considerados preditores de comportamentos violentos, gerando outros prejuízos para a saúde na adolescência (VIEIRA, 2008; GOMES, 2010; SWAHN, 2004). Quanto a prevalência do uso de drogas ilícitas entre os adolescentes participantes de uma pesquisa, os meninos apresentaram maior prevalência do que as meninas, não sendo identificada diferença significativa com relação ao uso de álcool (HORTA, 2007), porém em outros estudos a prevalência do sexo masculino pode ser observada com relação ao uso indevido de álcool (GOMES, 2010, PARSAI, 2009).

Estudos apontam alguns fatores de risco para o desenvolvimento do consumo de drogas por adolescentes sendo eles: uso de cigarro, consumo de bebidas alcoólicas pelos pais,

baixa escolaridade, reprovações e evasão escolar, influência de colegas e comportamento antisocial (YOUNG, 2008; PARSAL, 2009; NOAL, 2010).

Nos últimos anos a prevalência do uso de cigarros tem chegado a 33% entre adolescentes europeus, sendo esses dados relacionados a fatores como idade, sexo e localização geográfica (HBSC, 2000). Cerca de 20% dos adolescentes utilizaram cigarro no último mês, sendo o maior número de jovens da raça branca (24,9%) mesmo em meninas (26,6%) (MMWR, 2004). A prevalência do uso de cigarros em adolescentes na tríplice fronteira foi de 12,5%, dados superiores aos encontrados por pesquisa desenvolvida no litoral sul do país 8,9% (FARIAS, 2004); Porém esses dados são menores que em escolares chilenos 28,6% (OLIVEIRA, 2004) argentinos, 52,5% (INDEC, 2008) e norte americanos, 21,9% (MMWR, 2004).

Os resultados de estudos identificaram uma associação entre ser vítima de bullying e o aumento da chance de envolver-se em situação de violência física, o uso de cigarro, o consumo de álcool e outras drogas e a baixa supervisão de pais entre adolescentes também foram fatores preditores (MUULA, 2009; ALIKASIFOGLU, 2004). Alguns fatores pessoais que influenciam nessa associação são identificados como baixo controle emocional, baixa auto-estima, dificuldades de desempenho escolar, pressão de amigos, incentivo de pais e figuras de autoridade (RESNICK, 2004; YOUNGBLADE, 2007; ACEVES, 2010).

Segundo Leme, (2009), a violência escolar pode ser considerada através de duas perspectivas, violência na escola, que consiste em práticas violentas produzidas fora do ambiente escolar; E violência da escola, onde as práticas são utilizadas dentro do ambiente escolar, por atores da própria escola, ocorrendo através de práticas de violência psicológica, moral, física, discriminação em relação a opção sexual, de gênero e política bem como institucionais, por exemplo a depredação de prédios e equipamentos escolares.

Uma das práticas de violência da escola é o bullying, que se define por diversos níveis de violência intencional e recorrente, ocorre através de provocações entre os estudantes, visando a discriminação, humilhação, intimidação até agressões físicas (LEME, 2009). Essas práticas demonstram uma relação assimétrica de poder entre vítima e agressor, ocasionando angústia e dor no adolescente que se encontra envolvido como vítima nessa relação.

Considerando a sua importância no cenário escolar, pesquisas sobre o tema buscam compreender a expressão dessa forma de violência no ambiente escolar e as formas de enfrentá-la (CUNHA, 2009). Por esse motivo, torna-se importante o monitoramento através da identificação da correlação de fatores no âmbito escolar e social (LEME, 2009).

Estudos desenvolvidos no país demonstram que o tema muitas vezes acaba sendo desconsiderado a partir de sua gravidade para o adolescente (LOPES, 2005; PALÁCIOS, 2006). Pesquisas internacionais apresentam uma maior preocupação com relação as conseqüências para a vítima, que podem ser: diminuição do rendimento escolar, ansiedade, depressão, suicídio. Entre os adolescentes participantes de um estudo internacional, 14% relataram já ter sofrido episódios de bullying na escola, chegando a 29% dos participantes na Lituânia (JANKAUKIENE, 2008; BOYNTON-JARRETT, 2008).

Estudos desenvolvidos na Europa revelaram que 30% de adolescentes entre 13 e 14 anos de idade descreveram ter sofrido bullying nos últimos meses e entre adolescente de 15 e 16 anos de idade esse número foi menor, 27% dos participantes relataram ter experienciado tal prática (RODRIGUEZ, 2005).

Malta (2010) realizou um estudo onde foi identificada uma associação entre cor/ raça, sexo, localização geográfica e a frequência de episódios de bullying. Porém entre os próprios adolescentes dificilmente consegue-se diferenciar entre brincadeiras e as agressões identificada como bullying o que acaba dificultando a caracterização real deste episódio.

A fundamentação com dados de vulnerabilidade individual do adolescente aponta caminhos para futuras análises dos componentes social e programático do conceito de vulnerabilidade apresentados por Ayres (2006), exigindo um olhar para os múltiplos planos, considerando as estruturas sociais vulnerabilizantes, buscando assim uma renovação das práticas em saúde, com o envolvimento de diferentes setores da sociedade (SILVA, 2014).

Mediante esse conceito de vulnerabilidade exige do campo da saúde pública a abertura de espaços onde o adolescente receba um acolhimento de suas demandas, com o desenvolvimento de práticas construtivas, através do diálogo e da promoção da autonomia e independência no seu próprio cuidado em saúde, exercendo um maior controle sobre a mesma tornando-se sujeito da construção do processo de saúde (PESSALACIA, 2010; RUZANY, 2008).

Abordagens que incorporam o enfrentamento de questões de vulnerabilidade assumem a concepção da transdisciplinaridade, considerando as necessidades da população e do contexto específico, não se restringindo a ações de caráter emergencial em saúde, mas a execução de estratégias programadas e participativas na busca da resolução de questões relacionadas a vulnerabilidade em saúde (AYRES, 2006).

As questões de vulnerabilidade não estão distribuídas de forma linear no espaço geográfico, principalmente relacionados a desigualdades que afetam a dinâmica da vida social dos adolescentes, em particular com relação a saúde, como dados de mortalidade e

morbidade, incluindo saúde sexual, saúde reprodutiva, uso de álcool e drogas, violência e demais agravos de saúde, bem como a ausência de opções de espaços públicos para práticas comunitárias de esportes, lazer e cultura (BRASIL, 2006).

De acordo com Gadelha (2007), nos últimos anos a agenda de intervenções públicas nos países da América do Sul recebeu uma conotação negativa por meio de restrições e imposições para garantia da segurança social. Em consequência disso, a região de fronteira apresenta-se como característica a precariedade de condições sociais, estruturais e produtivas para garantir o desenvolvimento integral e sustentável da população.

A região da tríplice fronteira entre Brasil, Paraguay e Argentina destaca-se pela ampla diversidade cultural e turística, geradora de atrativos geográficos e econômicos, proporcionando uma grande circulação de pessoas que acabam visualizando rapidamente o cenário social apresentado, porém estes não participam do cotidiano marcado por questões como desemprego, contrabando e tráfico de drogas, armas e seres humanos, dificultando assim a construção coletiva de um cenário mais positivo para a população local dessa região (PRIOTTO, 2013).

De acordo com Sprandel (2005) e Albuquerque (2010) a vulnerabilidade social na tríplice fronteira apresenta um cenário de exploração de crianças e adolescentes, que ocorre desde a mão de obra barata e itinerante, exploração sexual, econômica, tráfico e uso de drogas até o uso indevido de serviços públicos como saúde, educação, assistência social, jurídica e de registro por moradores flutuantes entre os três países, o que se torna um ônus para o controle social do estado.

Considerando a área da saúde em região de fronteira, essa caracteriza-se por uma área estratégica para o planejamento e a integração de políticas públicas. Isso se deve pelo processo de atendimento, mas também pela busca da integralidade do processo saúde doença, que trata-se de considerar os condicionantes sociais de saúde proporcionando a ampliação do pensamento do processo de desenvolvimento da realidade regional (GADELHA, 2007).

Esse debate a respeito das condições de saúde na região de fronteira ocorre há alguns anos, o que necessita são atuações coordenadas a partir de estratégias elaboradas conjuntamente buscando soluções para as questões apresentadas por ambas as partes envolvidas, gerando um processo de harmonização em temas prioritários de interesse social e financeiro (GALLO, 2004).

Uma das propostas seria a realização de um diagnóstico de saúde de áreas específicas na região de fronteira para posterior iniciativa de solicitação para investimento a partir da realidade apresentada. Pois uma das dificuldades de atuação das políticas públicas nacionais é

a falta de aproximação de instrumentos e pesquisas que alcancem a realidade da fronteira, populações flutuantes que utilizam os serviços públicos, questões de arrecadação financeira e a própria diferença de documentos legais entre os países envolvidos. Esses pontos dificultam o cotidiano dos órgãos de governo estabelecidos nessas regiões para uma mudança significativa no cenário local de saúde (GADELHA, 2007).

Neto (2010) identifica as áreas de fronteira como espaços de vulnerabilidade por identificar o choque de modelos de políticas públicas e de gestão, a diversidade de determinantes sociais, a dificuldade de mobilidade social, a facilidade de doenças emergentes devido a populações flutuantes. Esses fatores dificultam ainda mais para que os sistemas de saúde locais realizem o planejamento de ações de atenção a saúde, exigindo a construção de políticas públicas com maior flexibilidade e ações específicas para essa região (VIANA et al., 2007).

Peiter (2007) identifica que não basta somente a oferta de produtos e serviços em saúde para a garantia da efetividade, pois a população flutuante acaba utilizando nos países vizinhos o que falta em resolutividade no país de origem, sendo necessário o estabelecimento de estratégias para o enfrentamento dessas dificuldades específicas do serviço de cada país.

Pela dificuldade do estabelecimento da verdadeira definição dos limites da região de fronteira, documentos nacionais de integração regional diferenciam faixa de fronteira, definição de limites da influência do Estado no território; e zona de fronteira, identificada como um espaço interativo, transitório e que considera os fluxos internacionais (BRASIL, 2005).

Nessa direção, a avaliação de indicadores e comportamentos na realidade de fronteira passa a ser uma forma de compreensão desses parâmetros, que muitas vezes são previamente definidos para elaboração de políticas específicas de modelos de atenção a saúde (BARRETO; CARMO, 2006).

Carvalho e Fontbonne (2006) propõem alguns parâmetros de epidemiologia para comparação de dados em regiões de transição demográfica. Uma categoria identificada é o acesso, que pode ser utilizada para a acessibilidade, condição de ser acessível, quanto as características de ingresso dos indivíduos no sistema de saúde (DONABEDIAN, 2003).

A capacidade dos serviços de gerarem resoluções às necessidades de saúde para uma população específica se relaciona as condições dos próprios serviços e da população que utiliza o mesmo, impactando na noção da avaliação de equidade no uso dos serviços de saúde por populações específicas (DONABEDIA, 2003; TRAVASSOS, 2004).

Em uma avaliação em serviços de saúde deve-se formular uma estratégia específica com a definição padronizada de critérios e indicadores relevantes para a população, abrangendo na resposta as questões levantadas o nível de atuação e o estabelecimento ou serviço responsável (DONABEDIAN, 2003).

As prioridades e problemas relevantes de cada país relacionados a saúde precisam privilegiar a promoção do conhecimento local e regional através de diagnósticos e estudos de saúde para busca conjunta de estratégias de implementação de redes que façam uma articulação entre órgãos do governo, sociedade e órgãos internacionais para fortalecimento de estratégias de desenvolvimento regional (QUEIROZ E GIOVANELLA, 2011; FIOCRUZ, 2016; BRASIL, 2011).

Giovanella (2007), abordou a dinâmica de fronteira a partir da percepção de atores políticos relacionados a temas e serviços de saúde, bem como as implicações nesses serviços, na constituição da política local, regional e nacional, buscando uma possibilidade de integração na região de fronteira. Esses ambientes devem oferecer recursos que supram deficiências ambientais e promova um desenvolvimento individual e coletivo adequado, de modo que o adolescente seja capaz de desenvolver suas potencialidades a partir de recursos próprios e da comunidade.

Sendo assim, é importante que a saúde do adolescente faça parte das análises e práticas de saúde na região de fronteira para orientar estratégias integradas com programas e políticas de outros países, visando a promoção da saúde, prevenção de agravos e principalmente a garantia de direitos relacionados a melhoria do atendimento e desenvolvimento dessa população específica.

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo de corte transversal desenvolvido na cidade de Foz de Iguaçu com alunos da rede pública de educação do ensino médio e técnico.

O estudo teve uma etapa descritiva que, segundo Sitta et al. (2010) têm como característica fornecer informações sobre distribuição e características do evento investigado em uma dada população. São, também, chamados de estudos seccionais e produzem diagnóstico da situação de saúde de uma população. Tem como objetivos: descrever a distribuição e magnitude dos problemas de saúde nas populações; proporcionar dados essenciais para o planejamento, execução e avaliação das ações de prevenção, controle e tratamento das doenças bem como para estabelecer prioridades; e, além disso, identificar fatores etiológicos na constituição das enfermidades.

Outra etapa do estudo foi analítica tendo em vista que neste estudo buscou as associações entre bullying e vulnerabilidade sexual, de acordo com as características sócio-demográficas, consumo de álcool e drogas ilícitas em um município de tríplice fronteira no sul do Brasil.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo ocorreu na cidade de Foz do Iguaçu, localizada no extremo oeste do Paraná, na divisa do Brasil com o Paraguai e a Argentina. A cidade é centro turístico e econômico do oeste do Paraná e é um dos mais importantes destinos turísticos brasileiros. Com cerca de 260 mil habitantes, Foz do Iguaçu é caracterizada por sua diversidade cultural. São aproximadamente 80 nacionalidades, sendo que as mais representativas são oriundas do Líbano, China, Paraguai e Argentina.

4.3 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização da pesquisa foi solicitada a autorização da Secretaria de Estado da Educação - Núcleo Regional de Educação - NRE de Foz do Iguaçu, bem como do Instituto Federal do Paraná – IFPR - Campus Foz de Iguaçu; sendo que ambas já concordaram (ANEXO 1 e ANEXO 2). Após essa concordância o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste, visando assegurar questões éticas relacionadas a integridade dos participantes de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - CNS (BRASIL, 1996) que regulamenta a pesquisa com seres humanos e Resolução nº 466/2012 Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Após análise, o projeto foi aprovado com o número CAAE 58652016.7.0000.0107 (ANEXO 3).

A coleta de dados, foi precedida pelo contato com os pais dos adolescentes para apresentação dos objetivos do estudo e as etapas da pesquisa bem como a apresentação e assinatura do Termo de Consentimento, Livre e Esclarecimento – TCLE (APÊNDICE A).

No primeiro encontro com os adolescentes foi apresentado o Termo de Assentimento, documento que esclarecia aos participantes da pesquisa como seria desenvolvido o estudo, bem como continha todas as informações necessárias obtendo as anuências dos adolescentes, sem prejuízo do consentimento dos representantes legais, conforme previsto na Resolução nº 466/2012/ CNS (APÊNDICE B).

4.4 POPULAÇÃO

Os participantes do estudo foram adolescentes de 15 a 17 anos de idade, estudantes do ensino médio e técnico de colégios da rede pública de ensino na cidade de Foz do Iguaçu – Paraná - Brasil. Foi considerado um universo de 9.720 alunos, matriculados em 281 salas de aula, no ano de 2016.

4.5 AMOSTRA

As salas de aulas (1º, 2º e 3º ano do ensino médio e técnico) provenientes das escolas avaliadas no estudo representaram conglomerados de tamanho desigual e foram consideradas unidades primárias de análise (UPA). Os alunos das escolas estaduais que cursavam o ensino médio ou técnico, elementos alvo neste estudo, foram considerados unidades secundárias de análise (USA).

4.5.1 DELINEAMENTO AMOSTRAL

Com o intuito de tornar a operacionalização do trabalho de campo economicamente viável, optou-se por selecionar uma amostra de 40 salas de aula (clusters) entre as 281 existentes. Assim, o desenho amostral consistiu de uma amostra probabilística de conglomerados em dois estágios, em que os clusters (UPA) de tamanhos desiguais foram representados pelas salas de aula selecionadas proporcionalmente ao seu tamanho e o segundo estágio constituiu uma amostra aleatória simples (AAS) dos alunos (USA) que foram selecionados nas salas de aula.

Uma cota de 25% do valor amostrado, por cluster, foi utilizada como reposição nos casos em que o aluno sorteado estivesse ausente, não tivesse interesse em participar da pesquisa ou estivesse fora dos critérios de inclusão.

4.5.2 DIMENSIONAMENTO AMOSTRAL

Como as estimativas mais relevantes dessa pesquisa são proporções (por exemplo: % de adolescentes em situação de vulnerabilidade em saúde), essa natureza de parâmetro populacional foi considerada para o cálculo do tamanho da amostra em cada um dos estratos considerados. Em decorrência da escassez de estudos acerca da vulnerabilidade e habilidades sociais optou-se por uma frequência do desfecho na população de 50% da população alvo na população.

O cálculo do tamanho amostral sempre envolve uma medida de variabilidade. Para variáveis dicotômicas, cujo parâmetro de interesse é uma proporção, tal medida é calculada

como $Var(X) = P(1 - P)$ em que $Var(X)$ denota a variância da variável dicotômica X e P é a proporção populacional; como o valor P é desconhecido a alternativa mais considerando para estimar essa variância refere o cenário em que se tem variabilidade máxima. Tal valor é atingido quando considerando o cenário em que se tem variabilidade máxima; tal valor é atingido quando $P = 0,5$ (Figura 1).

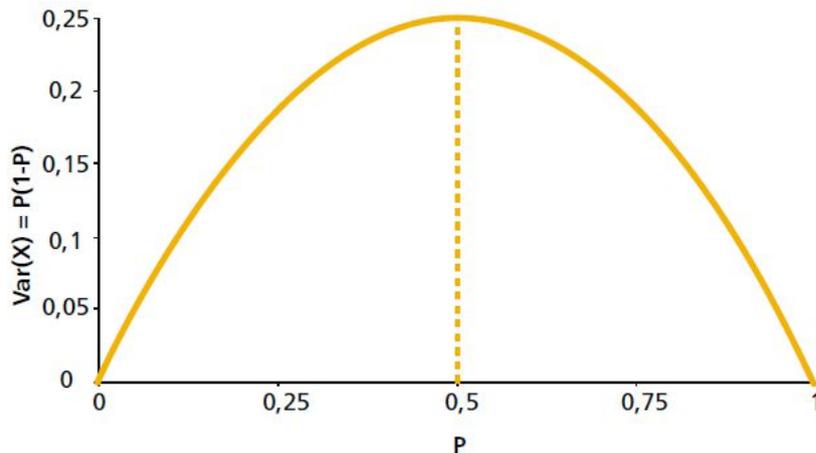


Figura 1. Variabilidade máxima obtida os utilizar $p=0.5$.

Estabelecendo-se que a diferença absoluta entre a estimativa da proporção de interesse (obtida para a amostra) e a proporção populacional não deva exceder $d=0,05$ (margem de erro) com uma probabilidade de 95% (coeficiente de confiança) e utilizando-se a alternativa conservadora para a estimação da variabilidade, o tamanho de amostra necessário pode ser calculado com a Formula a.

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

Tamanho de amostra para proporção populacional

n = tamanho da amostra

z_{α} = valor crítico da distribuição normal padrão (1,96)

p = proporção esperada do desfecho na população

q = complemento da proporção do desfecho

d = erro amostral

Quanto à necessidade de aumento do tamanho da amostra, ao se utilizar conglomerados, é indispensável a correção por um valor conhecido como *deff* (*design effect* = efeito de desenho), razão entre as imprecisões associadas à estimação usando uma AAS como referência. Utiliza-se a teoria da AAS e, posteriormente, corrige-se o valor encontrado multiplicando-o pelo valor do *deff*. Na prática, considera-se 1,4 a 2,0 (correção no

tamanho amostral entre 40% a 100%) para resguardar a precisão. Neste estudo foi utilizado o tamanho médio dos conglomerados de 35 alunos e uma estimativa de coeficiente de correlação intraclasserho=0.045, que resultaram num deff de 1.928. A ponderação na amostra pode ser vista na Formula C e resultou em um n final de 740 alunos.

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

Adaptação da amostra aleatória simples para amostra de conglomerados

n_c =amostra de conglomerados

deff= efeito do delineamento amostral

4.5.3 ESCOLAS E SALAS DE AULA CONSIDERADAS PARA AMOSTRAGEM

O local que caracterizou o campo empírico da pesquisa totalizou 29 escolas, sendo que 27 delas dispunham de turmas de primeiro a terceiro ano do ensino médio e duas de ensino técnico. Ao todo, estas escolas somavam 281 salas de aula (clusters), média de nove clusters por escola e 9.720 alunos, média de 291 alunos por escola (Apêndice C). Para dimensionar o número de conglomerados projetando uma amostra homogênea entre as escolas e salas de aula foram propostos avaliação de 40 salas de aula e uma amostragem específica para cada sala, de acordo com a representatividade destas salas de aula, ou seja, quanto maior a sala de aula, maior foi a amostra específica desta sala.

Os clusters eleitos para análise foram selecionados a partir de uma partilha proporcional ao seu respectivo tamanho. Inicialmente, foi estabelecido um intervalo amostral (população/clusters a serem avaliados 243) e, na sequência, sorteado um número inicial (22). A partir daí foram selecionados os clusters com base no número acumulado de alunos por cluster (Apêndice D).

A amostra final, de acordo com os clusters, está apresentada no Quadro 1. Nele são apresentadas as escolas e respectivas turmas que foram consideradas na amostra. A coluna n-REP apresenta o número de alunos que poderiam ser usados para reposição, caso algum dos alunos, previamente selecionados, não estivesse disponível para participar da pesquisa. O n total resultou em 743 indivíduos, ou seja, três a mais do que o mínimo calculado (740). Esta correção foi necessária para fazer a partilha da amostra mais adequada, de acordo com peso de cada conglomerado.

Quadro 1.Escolas, salas de aula, turno, número de alunos por sala e designação dos clusters considerados na amostra em Foz do Iguaçu, PR-Brasil, 2017.

N	ESCOLA	SÉRIE	TURMA	TURNOS	n-ALUNOS	n-REP
1	ALMIRO SARTORI, C E-EF M	1º	A	MATUTINO	16	4
2	ARNALDO BUSATTO, C E DR-EF M	1º	A	MATUTINO	19	5
2	ARNALDO BUSATTO, C E DR-EF M	3º	B	MATUTINO	19	5
2	ARNALDO BUSATTO, C E DR-EF M	2º	B	NOTURNO	21	5
3	AYRTON SENNA DA SILVA, C E-EF M	1º	C	MATUTINO	17	4
3	AYRTON SENNA DA SILVA, C E-EF M	2º	B	NOTURNO	19	5
4	BARTOLOMEU MITRE, C E-EF M	2º	A	MATUTINO	18	5
4	BARTOLOMEU MITRE, C E-EF M	1º	A	NOTURNO	21	5
6	CARLOS DRUMMOND DE A., C E-EF M	1º	B	NOTURNO	17	4
8	CASTELO BRANCO, C E PRES-EF M	1º	A	MATUTINO	17	4
8	CASTELO BRANCO, C E PRES-EF M	1º	B	MATUTINO	16	4
8	CASTELO BRANCO, C E PRES-EF M	3º	B	MATUTINO	23	6
9	CATARATAS DO IGUAÇU, C E-EF M	2º	A	NOTURNO	20	5
10	CENTRO EST EDUC PR. MANOEL M PENA	3	TEC	NOTURNO	7	2
11	COSTA E SILVA, C E PRES-EF M	1º	A	NOTURNO	21	5
13	FLAVIO WARKEN, C E PROF-EF M PROF	1º	D	NOTURNO	29	7
13	FLAVIO WARKEN, C E PROF-EF M PROF	3º	A	MATUTINO	22	6
12	GUILHERME, C E MONS-EF M PROF	3º	A	MATUTINO	19	5
14	INSTITUTO FEDERAL	TE2015		MATUTINO	18	5
15	IPE ROXO, C E-EF M	1º	B	MATUTINO	19	5
16	JORGE SCHIMMELPFENG, C E-EF M P	1º	B	MATUTINO	18	5
16	JORGE SCHIMMELPFENG, C E-EF M P	2º	D	NOTURNO	21	5
17	JUSCELINO K DE OLIVEIRA, C E-EF M	2º	A	MATUTINO	20	5
17	JUSCELINO K DE OLIVEIRA, C E-EF M	3º	A	NOTURNO	18	5
18	MARIANO C PAGANOTO, C E PROF-EF M	1º	C	NOTURNO	17	4
19	PAULO FREIRE, C E-EF M	1º	A	MATUTINO	20	5
19	PAULO FREIRE, C E-EF M	2º	A	NOTURNO	18	5
20	PEDRO II, C E DOM-EF M	2º	A	MATUTINO	19	5
20	PEDRO II, C E DOM-EF M	2º	B	NOTURNO	18	5
21	PIONEIROS, C E-EF M	1º	C	MATUTINO	15	4
22	RIO BRANCO, C E BAR DO-EF M N PROF	2º	B	MATUTINO	20	5
23	SOL DE MAIO, C E-EF M PROF	1º	C	NOTURNO	16	4
24	TAMANDARE, C E ALM-EF M	1º	D	MATUTINO	19	5
24	TAMANDARE, C E ALM-EF M	2º	A	NOTURNO	20	5
25	TANCREDO DE A NEVES, C E-EF M	2º	A	MATUTINO	15	4
25	TANCREDO DE A NEVES, C E-EF M	3º	B	NOTURNO	20	5
26	TARQUINIO SANTOS, C E-EF M	1º	A	NOTURNO	15	4
27	TRES FRONTEIRAS, C E-EF M	3º	A	MATUTINO	19	5
28	ULYSSES GUIMARAES, C E-EF M PROF	1º	A	MATUTINO	17	4
28	ULYSSES GUIMARAES, C E-EF M PROF	3º	B	MATUTINO	20	5
TOTAL					743	190

No caso de algum aluno sorteado não consentisse em participar da pesquisa, estivesse ausente e/ou não preenchesse os critérios de inclusão, uma reposição deveria ser acessada para cobrir o sorteado em primeiro nível. Exemplo, caso o aluno 8 do 1º ano, turma A matutino da escola Almiro Sartori não quisesse participar da pesquisa ou estivesse ausente no dia da coleta, o entrevistador de campo deveria se dirigir a (Tabela 3) e verificar quem seria a

primeira reposição, que referia o aluno 1 (que não faz parte da lista principal), ele deveria cobrir o indivíduo 8, que passava a compor a lista principal.

Ainda se tratando de reposição, foram assegurados 25% de reposições por sorteio aleatório simples. Caso estas reposições não fossem suficientes para cumprir ausências, o entrevistador de campo deveria sortear, no ato da coleta, novas reposições. Para este sorteio deveriam ser considerados os alunos que não estivessem presentes em nenhuma lista anterior (principal ou reposição), no nosso exemplo seriam os alunos 9, 13, 14, 15, 16, 20 e 21. Então, se faltasse um aluno para completar os 16 necessários, estes números deveriam ser colocados dentro de uma caixa, sem identificação visível, retirado e aberto e, o aluno sorteado, deveria compor a amostra.

A amostra aleatória simples, de alunos por cluster pode ser vista no Quadro 2 e a dinâmica da reposição está apresentada no Quadro 3.

Quadro2. Escolas, salas de aula, turnos e lista aleatória de alunos a serem considerados na amostra, para aplicação do questionário em Foz do Iguaçu, PR-Brasil, 2017.

N	ESCOLA	SÉRIE	TURMA	TURNO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29				
1	ALMIRO SARTORI, C E-EF M	1º	A	MAT	3	4	5	6	7	8	10	11	12	17	19	23	25	28	29	31																	
2	ARNALDO BUSATTO, C E DR-EF M	1º	A	MAT	1	2	3	8	9	10	11	13	19	22	24	27	28	29	30	31	32	34	37														
2	ARNALDO BUSATTO, C E DR-EF M	3º	B	MAT	4	6	7	10	17	18	19	20	22	23	24	26	28	29	30	33	34	35	36														
2	ARNALDO BUSATTO, C E DR-EF M	2º	B	NOT	3	5	6	7	9	10	17	18	19	20	22	23	24	25	29	31	32	34	38	39	40												
3	AYRTON SENNA DA SILVA, C E-EF M	1º	C	MAT	1	5	7	12	13	14	18	19	20	21	25	26	27	28	29	30	32																
3	AYRTON SENNA DA SILVA, C E-EF M	2º	B	NOT	1	3	4	5	6	9	10	11	13	18	19	20	24	27	30	31	32	33	34														
4	BARTOLOMEU MITRE, C E-EF M	2º	A	MAT	1	4	5	6	8	9	11	17	20	21	23	24	26	27	28	29	33	34															
4	BARTOLOMEU MITRE, C E-EF M	1º	A	NOT	1	2	5	6	7	9	10	16	18	19	20	21	22	23	24	27	29	30	31	37	39												
6	CARLOS D. DE ANDRADE, C E-EF M	1º	B	NOT	3	5	6	7	11	13	15	16	17	18	20	22	24	26	28	30	31																
8	CASTELO BRANCO, C E PRES-EF M	1º	A	MAT	2	3	5	6	7	10	11	15	16	17	18	21	23	27	28	32	33																
8	CASTELO BRANCO, C E PRES-EF M	1º	B	MAT	2	5	7	9	10	11	13	15	17	18	24	25	26	29	30	31																	
8	CASTELO BRANCO, C E PRES-EF M	3º	B	MAT	2	4	5	6	7	8	9	10	11	12	16	19	20	23	24	25	28	32	34	38	40	41	43										
9	CATARATAS DO IGUAÇU, C E-EF M	2º	A	NOT	1	3	5	6	7	10	11	12	14	16	18	19	21	23	26	28	34	35	36	37													
10	CENTRO EST EDUC PROFIS M. M PENA	3	TEC	NOT	1	2	3	6	8	9	13																										
11	COSTA E SILVA, C E PRES-EF M	1º	A	NOT	3	4	5	6	10	11	12	13	15	18	20	21	22	25	26	27	30	33	35	37	38												
13	FLAVIO WARKEN, C E PROF-EF M PROF	1º	D	NOT	1	2	3	5	6	9	10	16	17	18	21	24	25	26	27	28	29	30	32	33	37	39	40	41	43	44	50	52	53				
13	FLAVIO WARKEN, C E PROF-EF M PROF	3º	A	MAT	6	7	8	9	10	12	15	16	17	18	19	20	21	24	26	27	28	33	34	36	38	40											
12	GUILHERME, C E MONS-EF M PROF	3º	A	MAT	2	3	6	7	8	11	13	14	15	16	17	22	25	27	28	29	30	32	34														
14	INSTITUTO FEDERAL	TE2015		MAT	4	5	6	8	9	11	17	20	21	23	24	26	27	28	29	33	34																
15	IPE ROXO, C E-EF M	1º	B	MAT	4	6	12	13	15	17	18	20	21	24	27	30	31	32	33	34	34	35	37														
16	JORGE SCHIMMELPFENG, C E-EF M P	1º	B	MAT	1	2	3	4	5	6	7	10	12	15	24	27	28	29	30	32	33	34															
16	JORGE SCHIMMELPFENG, C E-EF M P	2º	D	NOT	1	3	5	8	11	12	13	14	15	16	19	20	25	26	27	28	29	30	34	35	38												
17	JUSCELINO K DE OLIVEIRA, C E-EF M	2º	A	MAT	1	2	3	5	7	10	11	12	13	14	15	18	19	20	21	22	25	28	36	38													

Continua

Quadro3.Escolas, salas de aula, turnos e lista aleatória de alunos a serem considerados na reposição em Foz do Iguaçu, PR-Brasil, 2017.

N	ESCOLA	SÉRIE	TURMA	TURNO	1	2	3	4	5	6	7
1	ALMIRO SARTORI, C E-EF M	1º	A	MATUTINO	1	2	18	30			
2	ARNALDO BUSATTO, C E DR-EF M	1º	A	MATUTINO	4	12	23	25	33		
2	ARNALDO BUSATTO, C E DR-EF M	3º	B	MATUTINO	3	5	8	9	27		
2	ARNALDO BUSATTO, C E DR-EF M	2º	B	NOTURNO	2	8	12	15	37		
3	AYRTON SENNA DA SILVA, C E-EF M	1º	C	MATUTINO	3	6	17	31			
3	AYRTON SENNA DA SILVA, C E-EF M	2º	B	NOTURNO	2	7	12	25	31		
4	BARTOLOMEU MITRE, C E-EF M	2º	A	MATUTINO	3	7	13	25	30		
4	BARTOLOMEU MITRE, C E-EF M	1º	A	NOTURNO	3	8	17	26	32		
6	CARLOS DRUMMOND DE ANDRADE, C E-EF M	1º	B	NOTURNO	2	12	14	27			
8	CASTELO BRANCO, C E PRES-EF M	1º	A	MATUTINO	1	9	26	30			
8	CASTELO BRANCO, C E PRES-EF M	1º	B	MATUTINO	4	8	19	20			
8	CASTELO BRANCO, C E PRES-EF M	3º	B	MATUTINO	1	17	22	27	33	39	
9	CATARATAS DO IGUAÇU, C E-EF M	2º	A	NOTURNO	4	15	22	25	30		
10	CENTRO EST EDUC PROFIS MANOEL M PENA	3	TEC	NOTURNO	7	14					
11	COSTA E SILVA, C E PRES-EF M	1º	A	NOTURNO	2	7	19	23	3		
13	FLAVIO WARKEN, C E PROF-EF M PROF	1º	D	NOTURNO	4	8	13	14	22	31	47
13	FLAVIO WARKEN, C E PROF-EF M PROF	3º	A	MATUTINO	2	3	5	22	25	39	
12	GUILHERME, C E MONS-EF M PROF	3º	A	MATUTINO	3	4	12	31	36		
14	INSTITUTO FEDERAL	TE2015		MATUTINO	3	7	13	25	30		
15	IPE ROXO, C E-EF M	1º	B	MATUTINO	2	19	28	29	36		
16	JORGE SCHIMMELPFENG, C E-EF M P	1º	B	MATUTINO	9	17	19	21	26		
16	JORGE SCHIMMELPFENG, C E-EF M P	2º	D	NOTURNO	4	18	22	23	33		
17	JUSCELINO K DE OLIVEIRA, C E-EF M	2º	A	MATUTINO	4	17	23	27	33		
17	JUSCELINO K DE OLIVEIRA, C E-EF M	3º	A	NOTURNO	3	7	13	25	30		
18	MARIANO C PAGANOTO, C E PROF-EF M	1º	C	NOTURNO	2	16	23	27			

Continua

Conclusão

19	PAULO FREIRE, C E-EF M	1º	A	MATUTINO	13	24	30	31	35		
19	PAULO FREIRE, C E-EF M	2º	A	NOTURNO	1	13	28	26	38		
20	PEDRO II, C E DOM-EF M	2º	A	MATUTINO	4	19	21	26	28		
20	PEDRO II, C E DOM-EF M	2º	B	NOTURNO	3	11	20	25	33		
21	PIONEIROS, C E-EF M	1º	C	MATUTINO	1	10	20	27			
22	RIO BRANCO, C E BAR DO-EF M N PROF	2º	B	MATUTINO	2	4	7	14	21		
23	SOL DE MAIO, C E-EF M PROF	1º	C	NOTURNO	1	11	12	20			
24	TAMANDARE, C E ALM-EF M	1º	D	MATUTINO	3	5	17	20	36		
24	TAMANDARE, C E ALM-EF M	2º	A	NOTURNO	2	8	22	30	33		
25	TANCREDO DE A NEVES, C E-EF M	2º	A	MATUTINO	7	13	16	24			
25	TANCREDO DE A NEVES, C E-EF M	3º	B	NOTURNO	3	13	15	27	31		
26	TARQUINIO SANTOS, C E-EF M	1º	A	NOTURNO	3	5	23	26			
27	TRES FRONTEIRAS, C E-EF M	3º	A	MATUTINO	6	21	23	34	35		
28	ULYSSES GUIMARAES, C E-EF M PROF	1º	A	MATUTINO	1	3	15	21			
28	ULYSSES GUIMARAES, C E-EF M PROF	3º	B	MATUTINO	1	3	15	21	24		

Para finalização do detalhamento da amostra devido ao período da coleta e as circunstâncias a partir da greve e ocupações de colégios estaduais foram necessárias substituições em 5 colégios seguindo a reposição descrita acima e houveram perdas na seleção de alunos incluindo 8 recusas e 13 ausências de alunos em 5 instituições, sendo a amostra final composta por 722 participantes.

4.6 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu nas escolas sorteadas e nos diferentes turnos, conforme descrito anteriormente.

4.6.1 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento validado que foi utilizado na Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PENSE/ 2015 IBGE (ANEXO 4) - Ministério da Saúde - Ministério da Educação. Instrumento estruturado, auto aplicável, com 105 questões, e dividido em módulos por assunto incluindo condições sociodemográficas, comportamento alimentar, atividade física, uso de cigarro, álcool, droga ilícitas, situações vivenciadas em casa e na rua, saúde sexual e reprodutiva, segurança, higiene e saúde bucal, imagem corporal, saúde mental e uso de serviço de saúde.

Para esse estudo optou-se pelo uso das variáveis uso de cigarro, álcool, drogas ilícitas, bullying, vulnerabilidade sexual.

4.6.2 BANCO DE DADOS

A qualidade da digitação foi avaliada por meio do processo de dupla digitação dos questionários. Foi aplicado o coeficiente Kappa para avaliação da concordância entre os digitadores. As discordâncias apontadas foram corrigidas, com o objetivo final de atingir 100% de concordância.

4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA E DEFINIÇÃO DOS DESFECHOS

Dois desfechos foram avaliados na presente pesquisa: ocorrência de bullying nos últimos 30 dias [sim/não, sendo sim (sofreu “às vezes”, “na maior parte do tempo” ou “sempre] e vulnerabilidade sexual [sim/não, sendo sim (relação sexual anterior aos 15 anos e sem uso de preservativo)].

O processo de análise de dados da presente pesquisa iniciou-se com uma análise descritiva resultando em tabelas de frequência para variáveis qualitativas (ordinais ou nominais); as análises contaram ainda com a inclusão do intervalo de confiança para a proporção (IC95%), calculado pelo método de reamostragem de bootstrap, que obtém sua amostra via amostragem com reposição da amostra original em 1.000 vezes.

Para estudar os fatores associados à (1) ocorrência de bullying nos últimos 30 dias e (2) vulnerabilidade sexual, foram realizadas análises binárias usando teste de chi-quadrado ou teste exato de Fischer e a regressão logística múltipla, para cada um dos desfechos. Neste último método a função exponencial do coeficiente de regressão β resulta na razão de chances ou *oddsratio* (OR) que poderá ser interpretado como uma proxy para estimativa de risco. Em todas as análises valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significantes.

Na análise múltipla foi utilizado o processo de seleção forward, apropriada para eliminar termos colineares, mas que incorre no risco de excluir fatores de confusão não significativos. Para compensar essa dificuldade, foram examinados os termos excluídos quanto ao potencial efeito de confusão de cada um individualmente ao modelo; fatores de ajuste excluídos automaticamente foram incluídos no nosso modelo final.

Todos os procedimentos foram realizados com apoio computacional dos softwares IBM SPSS 20 (Statistical Package for the Social Sciences), Excel 2010 ® (Microsoft Office).

5. RESULTADOS

A tabela 1 mostra os dados sócio demográficos dos alunos, sendo que 46,30% eram do sexo masculino e 53,70% do sexo feminino. Em relação à cor ou raça autorreferida pelos adolescentes observa-se que 43,70% afirmaram ser da cor branca, enquanto 41,30% da cor parda. Entre eles 32,90% afirmaram ter 16 anos de idade, 27,10% 15 anos e 24,10% 17 anos. O estudo restringiu-se aos alunos do Ensino Médio, e de acordo com o processo amostral foram incluídos 42,60% de estudantes do 1º ano, 35,70% do 2º e 20,20% do 3º ano.

Tabela 1. Distribuição dos estudantes de escolas públicas de Foz do Iguaçu-PR/Brasil, 2017 de acordo com o sexo, raça/cor, idade e série de estudo. (N= 722).

Variáveis		N	%	IC 95%	
				Inf	Sup
Sexo	Masculino	334	46,3	42,6	49,9
	Feminino	388	53,7	50,1	57,4
	Sem informação	3	0,4	0,1	1,1
Cor ou raça	Branca	317	43,7	40,1	47,3
	Preta	57	7,9	6,1	10,0
	Amarela	37	5,1	3,7	6,9
	Parda	300	41,3	37,8	44,9
	Indígena	5	0,7	0,3	1,5
	Sem informação	10	1,4	0,7	2,4
Idade	14 anos	18	2,5	1,5	3,8
	15 anos	197	27,1	24,0	30,5
	16 anos	239	32,9	29,6	36,4
	17 anos	175	24,1	21,1	27,3
	18 anos	65	9,0	7,0	11,2
	19 anos ou mais	27	3,7	2,5	5,3
	Sem informação	5	0,7	0,3	1,5
Ano/série	1º ano Ensino Médio	309	42,6	39,0	46,2
	2º ano Ensino Médio	259	35,7	32,3	39,2
	3º ano Ensino Médio	147	20,2	17,4	23,3
	Sem informação	11	1,5	0,8	2,6

Fonte: banco de dados do pesquisador

Em relação ao uso de álcool observa-se que 69,20% dos estudantes do sexo masculino e 74,20% do sexo feminino afirmaram não ter ingerido bebida alcoólica. Entre eles, cerca de 25% dos estudantes tinham menos de 14 anos de idade quando tomaram a primeira dose de bebida alcoólica. Entre os alunos que experimentaram álcool nos 30 dias antes da coleta de dados, nota-se que 52,70% e 65,20% dos estudantes de sexo masculino e feminino, respectivamente, afirmaram tê-lo feito, enquanto 65,60% e 44,40% relataram evento de embriaguez alguma vez na vida e quase a totalidade deles afirmaram ter amigos que usam bebidas alcoólicas (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos estudantes de escolas públicas de Foz do Iguaçu-PR/Brasil, 2017 de acordo com uso de álcool. (N= 722).

Variáveis	Masculino				Feminino			
	N	%	IC95%		N	%	IC95%	
			Inf	Sup			Inf	Sup
Alguma vez tomou uma dose de bebida alcoólica*								
Sim	231	69,20	64,10	73,90	288	74,20	69,70	78,4
Não	93	30,80	23,20	32,80	80	25,80	16,80	24,90
Total	324				368			
Álcool antes dos 14 anos								
Não	252	75,40	70,60	79,80	298	76,80	72,40	80,80
Sim	82	24,60	20,20	29,40	90	23,20	19,20	27,60
Total	334				388			
Álcool nos últimos 30 dias**								
Não	121	47,30	41,20	53,40	169	34,80	30,20	39,60
Sim	135	52,70	46,60	58,80	135	65,20	67,60	76,40
Total	256				304			
Evento de embriaguez***								
Não	85	25,40	21,00	30,30	108	55,60	50,00	61,10
Sim	219	65,60	60,40	70,50	249	44,40	38,90	50,00
Total	304				357			
Alguma vez teve problema com familiares e amigos por ter bebido								
Não	219	65,6	60,40	70,50	249	64,20	59,30	68,80
Sim	33	9,9	7,0	13,40	58	14,9	11,70	18,80
Total	252				307			
Amigos que consomem bebidas alcoólicas****								
Não	15	4,50	2,70	7,10	10	2,60	1,40	4,60
Sim	318	95,50	92,90	97,30	373	97,40	95,40	98,60
Total	333				383			

Fonte: banco de dados do pesquisador

* 30 alunos não responderam **165 alunos não responderam *** 64 alunos não responderam **** 6 alunos não responderam

Destaca-se na tabela 3 que o uso precoce do tabaco foi pouco frequente entre os alunos estudados sendo que 17,70% e 14,40% dos estudantes do sexo masculino e feminino, respectivamente, experimentaram o cigarro em idade anterior aos 14 anos. Em relação ao uso de cigarros nos últimos 30 dias, esse hábito foi predominante entre os estudantes do sexo masculino (10,80%), enquanto entre as do sexo feminino foi de 5,40%. Quando perguntados sobre o tabagismo entre os pais as estudantes do sexo feminino responderam afirmativamente em 40,70% e os do sexo masculino 30,80%.

Tabela 3. Distribuição dos estudantes de escolas públicas de Foz do Iguaçu-PR/Brasil, 2017 de acordo com uso de cigarros. (N= 722)

Variáveis	Masculino				Feminino			
	N	%	IC95%		N	%	IC95%	
			Inf	Sup			Inf	Sup
Uso de cigarro antes dos 14 anos*								
Não	275	82,30	78,0	86,10	332	85,60	81,80	88,80
Sim	59	17,70	13,90	22,00	56	14,40	11,20	18,20
Total	334				388			
Uso de cigarro nos últimos 30 dias								
Não	298	89,20	85,60	92,20	367	94,60	92,00	96,50
Sim	36	10,80	7,80	14,40	21	5,40	3,50	8,00
Total	334				388			
Uso de cigarro dos pais								
Não	231	69,20	64,10	73,90	230	59,30	54,30	64,10
Sim	103	30,80	26,10	35,90	158	40,70	35,90	45,70
Total	334				388			

Fonte: banco de dados do pesquisador

O uso de drogas ilícitas, em idade anterior aos 14 anos foi pouco frequente, tanto entre os estudantes do sexo masculino como entre as do sexo feminino, sendo mais frequente entre as últimas (3,30% e 5,40% respectivamente). Quando se considerou o uso de maconha nos últimos 30 dias, esse uso continuou sendo baixo, mas, entre os estudantes do sexo masculino foi mais frequente (7,80% e 3,90% respectivamente), enquanto que o uso do crack foi mais frequente entre as alunas (1,80% e 2,30% respectivamente). A maioria dos alunos referiram

ter amigos usuários de drogas ilícitas, com um percentual de 67,60% para adolescentes do sexo masculino e 67,10% do sexo feminino respectivamente (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição dos estudantes de escolas públicas de Foz do Iguaçu-PR/Brasil, 2017 de acordo com uso de drogas ilícitas. (N= 722)

Variáveis	Masculino				Feminino			
	N	%	IC95%		N	%	IC95%	
			Inf	Sup			Inf	Sup
Drogas ilícitas antes dos 14 anos								
Não	323	96,70	94,40	98,20	367	94,60	92,00	96,50
Sim	11	3,30	1,80%	5,60%	21	5,40	3,50	8,00
Total	334				388			
Maconha nos últimos 30 dias								
Não	308	92,20	89,00	94,70	373	96,10	93,90	97,70
Sim	26	7,80	5,30	11,00	15	3,90	2,30	6,10
Total	334				388			
Crack nos últimos 30 dias								
Não	328	98,20	96,30	99,20	379	97,70	95,80	98,80
Sim	6	1,80	0,80	3,70	9	2,30	1,20	4,20
Total	334				388			
Amigo usuário de drogas								
Não	100	32,40	27,30	37,70	118	32,90	28,20	37,90
Sim	209	67,60	62,30	72,70	241	67,10	62,10	71,80
Total	309				359			

Fonte: banco de dados do pesquisador

Entre os adolescentes observa-se que 18,60% e 16,20% dos estudantes dos sexos masculino e feminino, respectivamente, afirmaram terem sido vítimas de bullying por parte de colegas. (Tabela 5)

Tabela 5. Distribuição dos estudantes de escolas públicas de Foz do Iguaçu-PR/Brasil, 2017 segundo o sexo de acordo com a ocorrência de bullying (N=722)

Variáveis	Masculino				Feminino			
	N	%	IC95%		N	%	IC95%	
			Inf	Sup			Inf	Sup
Bullying								
Não	272	81,40	77,00	85,30	325	83,80	79,80	87,20
Sim	62	18,60	14,70	23,00	63	16,20	12,80	20,20
Total	334				388			

Fonte: banco de dados do pesquisador

Entre os motivos que levaram os estudantes a se considerarem vítimas de bullying destacam-se a cor, religião, aparência do corpo e rosto, além da orientação sexual e procedência (Tabela 6).

Tabela 6. Distribuição dos estudantes de escolas públicas de Foz do Iguaçu-PR/Brasil, 2017 segundo os motivos de bullying. (N=722)

	N	%	Intervalo de Confiança 95%	
			Inferior	Superior
A minha cor ou raça	21	6,2	3,8	8,8
A minha religião	23	6,7	4,4	9,4
A aparência do meu rosto	30	8,8	5,9	12,0
A aparência do meu corpo	45	13,2	9,7	17,0
A minha orientação sexual	9	2,6	1,2	4,4
A minha região de origem	10	2,9	1,5	5,0

Fonte: banco de dados do pesquisador

A correlação entre bullying, características sócio demográficas, consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas ocorreu com maiores chances para adolescentes do sexo feminino (p 0,560), que utilizaram álcool antes dos 14 anos de idade (p 0,016) e aquelas que usaram maconha 30 dias antes da coleta de dados (p 0,005) (Tabela 7).

Tabela 7. Distribuição de bullying de acordo com características sócio-demográficas, de consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas com estimativas brutas e ajustadas de *oddsratio* (OR) incluindo (IC95%) em jovens de escolas públicas de Foz do Iguaçu-PR/Brasil, 2017.

Variáveis	Bullying	%	OR ¹ (IC95%)	p-valor ²	OR ³ (IC95%)	p-valor ³
Sexo						
Masculino	62	18,6	1,00		1,00	
Feminino	63	16,2	0,85 (0,57-1,25)	0,410	0,89 (0,54-1,85)	0,560
Total	125	17,3				
Raça						
Não Branco	71	17,5	1,00			
Branco	54	17,0	0,96 (0,65-1,42)	0,873		
Total	125	17,3				
Nível de estudo da mãe						
Não estudou	5	17,2	-			
Ensino fundamental ou 1º grau incompleto	36	17,8	-			
Ensino fundamental ou 1º grau completo	8	17,8	-			
Ensino médio ou 2º grau incompleto	10	17,2	-			
Ensino médio ou 2º grau completo	22	13,7	-	0,760		
Ensino superior incompleto	8	20,0	-			
Ensino superior completo	17	16,2	-			
Não sei	18	24,0	-			
Total	124	17,3	-			
Álcool antes dos 14 anos						
Não	59	17,0	1,00		1,00	
Sim	41	23,7	1,51 (0,96-2,37)	0,068	1,91 (1,13-3,24)	0,016
Total	100	19,2				
Álcool nos últimos 30 dias						
Não	53	18,3	1,00			
Sim	49	18,1	0,98 (0,64-1,51)	0,952		
Total	102	18,2				

(Continua)

(Continuação) **Tabela 7.** Distribuição de bullying de acordo com características sócio-demográficas, de consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas com estimativas brutas e ajustadas de *oddsratio* (OR) incluindo (IC95%) em jovens de escolas públicas de Foz do Iguaçu-PR/Brasil.

Evento de embriaguez						
Não	49	17,1	1,00			
Sim	37	19,2	1,15 (0,71-1,84)	0,550		
Total	86	17,9				
Amigos que consomem bebidas alcoólicas						
Não	2	8,0	1			
Sim	120	17,3	2,41 (0,56-10,3)	0,220		
Total	122	17,0				
Uso de cigarro antes dos 14 anos						
Não	98	16,1	1,00			
Sim	27	23,5	1,59 (0,98-2,58)	0,060		
Total	125	17,3				
Uso de cigarro nos últimos 30 dias						
Não	112	16,8	1,00			
Sim	13	22,8	1,46 (0,76-2,8)	0,273		
Total	125	17,3				
Uso de cigarro dos pais						
Não	81	17,6	1,00			
Sim	44	16,8	0,94 (0,63-1,40)	0,838		
Total	125	17,3				
Drogas ilícitas antes dos 14 anos						
Não	114	16,5	1,00			
Sim	11	34,4	2,65 (1,24-5,65)	0,001		
Total	125	17,3				
Maconha nos últimos 30 dias						
Não	111	16,3	1,00		1,00	
Sim	14	34,1	2,66 (1,35-5,24)	0,006	4,49 (1,56-12,94)	0,005
Total	125	17,3	-			

(Continua)

(Conclusão) **Tabela 7.** Distribuição de bullying de acordo com características sócio-demográficas, de consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas com estimativas brutas e ajustadas de *oddsratio* (OR) incluindo (IC95%) em jovens de escolas públicas de Foz do Iguaçu-PR/Brasil.

Crack nos últimos 30 dias				
Não	122	17,2	1,00	
Sim	3	20,0	1,2 (0,33-4,31)	0,779
Total	125	17,3	-	
Amigo usuário de drogas				
Não	35	16,0	1,00	
Sim	77	17,1	1,08 (0,70-1,67)	0,402
Total	112	16,7	-	

Fonte: banco de dados do pesquisador

1Oddsratio não ajustado;

2p-valor da estatística de qui-quadrado ou teste exato de Fischer;

3Oddsratio ajustado do modelo Backward condicional;

4 p-valor da estatística de Wald do modelo Backward condicional.

Na tabela 8 destaca-se que 44,8% dos estudantes pesquisados relataram já terem tido relações sexuais, 21,60% deles teve sua primeira relação sexual antes dos 14 anos de idade, apenas 31,10% afirmaram usar preservativos nesta ocasião. Vale ressaltar que mesmo com idade precoce cerca de 10,00% tiveram mais de cinco parceiros sexuais e 15,50% afirmaram o não uso de preservativos na última relação sexual.

Tabela 8. Distribuição dos estudantes de escolas públicas de Foz do Iguaçu-PR/Brasil, de acordo com a ocorrência de relações sexuais, idade da 1ª e última relação sexual, uso de preservativo, número de pessoas com quem teve relações sexuais e uso de algum método para evitar gravidez ou DST na última relação sexual. (N=722)

Variáveis	Frequência	Porcentagem	Intervalo de Confiança	
			Inferior	Superior
Já teve relação sexual alguma vez				
Sim	324	44.8	41.3	48.6
Não	362	50.1	46.4	54.8
S/I	36	5.1	3.5	6.6
Total	722	100		
Idade da 1ª relação sexual				
9 anos ou menos	9	1.2	0.6	2.1
10 anos	8	1.1	0.4	1.9
11 anos	8	1.1	0.4	1.9
12 anos	24	3.3	2.1	4.7
13 anos	25	3.5	2.2	4.8
14 anos	91	12.6	10.2	15.2
15 anos	103	14.2	11.5	16.9
16 anos	50	6.9	5.1	8.9
17 anos	20	2.8	1.5	3.9
18 anos ou mais	5	0.7	0.1	1.4
S/I	379	52.5	48.8	56.1
Total	722	100		
Usou preservativo na 1ª relação sexual				
Sim	225	31.1	27.5	34.6
Não	121	16.7	14.2	19.5
S/I	376	52.1	48.5	55.7
Total	722	100		
Com quantas pessoas teve relação sexual				
1 pessoa	125	17.3	14.7	20.1
2 pessoas	75	10.4	8.2	12.7
3 pessoas	46	6.4	4.6	8.2
4 pessoas	25	3.5	2.2	4.8
5 pessoas	17	2.4	1.4	3.5
6 pessoas ou mais	53	7.3	5.5	9.4
S/I	381	52.8	48.9	56.4
Total	722	100		

(Continua)

(Conclusão) **Tabela 8.** Distribuição dos estudantes de escolas públicas de Foz do Iguaçu-PR/Brasil, de acordo com a ocorrência de relações sexuais, idade da 1ª e última relação sexual, uso de preservativo, número de pessoas com quem teve relações sexuais e uso de algum método para evitar gravidez ou DST na última relação sexual. (N=722)

Usou algum método para evita gravidez ou DST, na última relação sexual				
Sim	218	30.2	26.4	33.7
Não	94	13.0	10.7	15.5
Não sei	27	3.7	2.5	5.1
S/I	383	53.1	49.3	56.6
Total	722	100		
Usou preservativo na última relação sexual				
Sim	216	29.9	26.3	33.1
Não	112	15.5	12.9	18.4
Não sei	12	1.7	0.8	2.8
S/I	382	52.9	49.2	56.6
Total	722	100		

Fonte: banco de dados do pesquisador

Para a análise da vulnerabilidade sexual, neste estudo, utilizamos como indicadores a ocorrência de relações sexuais antes dos 15 anos e sem o uso de preservativo. Observa-se que, entre os estudantes com vulnerabilidade sexual, 15,30% eram do sexo masculino e 9,00% do sexo feminino (Tabela 9).

Tabela 9. Distribuição de vulnerabilidade sexual com Intervalo de confiança (IC95%) em jovens de escolas públicas de Foz do Iguaçu-PR/Brasil.(N=722)

	Masculino				Feminino			
	N	%	IC95%		N	%	IC95%	
			Inf	Sup			Inf	Sup
Vulnerabilidade Sexual								
Não	283	84,70	80,60	88,30	353	91,00	87,80	93,50
Sim	51	15,30	11,70	19,40	35	9,00	6,50	12,20
Total	334				388			

Fonte: banco de dados do pesquisador

Correlacionando os fatores vulnerabilidade sexual, características sócio demográficas, consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas ocorreram maiores chances para as adolescentes do sexo feminino (p 0,020), que fizeram uso de crack no último mês (p 0,009) e tinham amigos usuários de drogas (p 0,009) (Tabela 10).

Tabela 10. Distribuição de vulnerabilidade sexual (VS) de acordo com características sócio-demográficas, de consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas com estimativas brutas e ajustadas de *odds ratio* (OR) incluindo (IC95%) em jovens de escolas públicas de Foz do Iguaçu-PR/Brasil.

Variáveis	VS	%	OR ¹ (IC95%)	p-valor ²	OR ³ (IC95%)	p-valor ³
Sexo						
Masculino	51	15,3	1,00		1,00	
Feminino	35	9,0	0,55 (0,34-0,87)	0,010	0,56 (0,34-0,91)	0,020
Total	86	11,9	-			
Raça						
Não Branco	46	11,3	1,00			
Branco	40	12,6	0,88 (0,56-1,39)	0,590		
Total	86	11,9	-			
Nível de estudo da mãe						
Não estudou	9	31,0	-			
Ensino fundamental ou 1º grau incompleto	27	13,4	-			
Ensino fundamental ou 1º grau completo	2	4,4	-			
Ensino médio ou 2º grau incompleto	3	10,7	-			
Ensino médio ou 2º grau completo	21	13,0	-	0,161		
Ensino superior incompleto	3	7,5	-			
Ensino superior completo	9	8,6	-			
Não sei	10	13,3	-			
Total	84	11,7	-			
Álcool antes dos 14 anos						
Não	36	10,4	1,00			
Sim	27	15,6	1,59 (0,93-2,73)	0,085		
Total	63	12,1	-			
Álcool nos últimos 30 dias						
Não	31	10,7	1,00			
Sim	41	15,1	1,48 (0,90-2,4)	0,116		
Total	72	12,8	-			

(Continua)

(Continuação) **Tabela 10.** Distribuição de vulnerabilidade sexual de acordo com características sócio-demográficas, de consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas com estimativas brutas e ajustadas de *odds ratio* (OR) incluindo (IC95%) em jovens de escolas públicas de Foz do Iguaçu-PR/Brasil.

Evento de embriaguez						
Não	31	10,8	1,00			
Sim	26	13,5	1,28 (0,73-2,24)	0,370		
Total	57	11,9	-			
Amigos que consomem bebidas alcoólicas						
Não	2	8,0	1,00			
Sim	83	12,0	1,56 (0,36-6,76)	0,540		
Total	85	11,9	-			
Uso de cigarro antes dos 14 anos						
Não	69	11,3	1,00			
Sim	17	14,8	1,35 (0,76-2,4)	0,287		
Total	86	11,9	-			
Uso de cigarro nos últimos 30 dias						
Não	73	11,0	1,00			
Sim	13	22,8	2,40 (1,20-4,66)	0,008		
Total	86	11,9	-			
Uso de cigarro dos pais						
Não	49	10,6	1,00			
Sim	37	14,1	1,40 (0,80-2,10)	0,163		
Total	86	11,9	-			
Drogas ilícitas antes dos 14 anos						
Não	78	11,3	1,00			
Sim	8	25,0	2,60 (1,13-6,02)	0,019		
Total	86	100,0	-			
Maconha nos últimos 30 dias						
Não	81	11,9	1,00			
Sim	5	12,2	1,03 (0,39-2,70)	0,951		
Total	86	11,9	-			
Crack nos últimos 30 dias						
Não	80	11,3	1,00		1,00	
Sim	6	40,0	5,20 (1,81-15,0)	0,001	5,90 (1,56-22,3)	0,009
Total	86	11,9	-			

(Continua)

(Conclusão) **Tabela 10.** Distribuição de vulnerabilidade sexual de acordo com características sócio-demográficas, de consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas com estimativas brutas e ajustadas de *odds ratio* (OR) incluindo (IC95%) em jovens de escolas públicas de Foz do Iguaçu-PR/Brasil.

Amigo usuário de drogas							
Não	15	6,8	1,00			1,00	
Sim	64	14,2	2,20 (1,25-4,0)	0,006		2,29 (1,26-4,17)	0,009
Total	79	11,8	-				

Fonte: banco de dados do pesquisador

VS – Vulnerabilidade sexual

1 Odds ratio não ajustado;

2 p-valor da estatística de qui-quadrado ou teste exato de Fischer;

3 Odds ratio ajustado do modelo Backward condicional;

4 p-valor da estatística de Wald do modelo Backward condicional.

6. DISCUSSÃO

Destaca-se a importância de realizar estudos de avaliação, caracterização e que investiguem as associações entre as condições de vulnerabilidade em saúde do adolescente em região de fronteira com objetivo de fundamentar estratégias e políticas públicas baseadas em evidência.

A prevalência de consumo de bebidas alcoólicas, nos últimos 30 dias, encontrada entre os estudantes do sexo masculino e feminino, respectivamente, foi de 52,70% e 65,20% superior àquela encontrada na Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), realizadas em 2009, (27,30%) e 2012 (26,10%) (MALTA et al. 2014; IBGE, 2012). Vale ressaltar, entretanto que a amostra da PeNSE foi restrita aos alunos da nona série, sendo que 90% deles tinha idade entre 13 e 15 anos, idade essa inferior aos estudantes do presente estudo.

Considerando o total dos estudantes, a prevalência foi de 58,95%, resultado superior ao encontrado no estudo ERICA, no VI levantamento com estudantes do ensino fundamental e médio de 27 capitais brasileiras, realizado em 2010, bem como com o I Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) realizado em 2005-2006, quando encontraram que 24,20% de uso de álcool em uma subamostra de adolescentes brasileiros, com idade entre 14 e 17 anos (PINSKY et al., 2010).

Quando comparado com estudo internacional observa-se que, a prevalência, também, foi superior à encontrada em estudo realizado nos EUA em 2013 – Youth Risk Behavior Survey, em que cerca de 35% de adolescentes referiram o uso de álcool nos últimos 30 dias (KANN, 2014).

Quando se considera os episódios de embriagues os estudantes do município estudado alcançou 65,60%, prevalência muito superior de pesquisa nacional em que cerca de 37% dos adolescentes, nessa mesma faixa etária, já tinham vivenciado episódios de embriaguez (PeNSE, 2015). Em estudos internacionais 29% dos adolescentes da Guyana (WHO, 2010) e 27% dos adolescentes na Argentina (PIEROBON et al., 2013) experienciaram tal episódio na vida.

Os resultados encontrados mostram que o uso de álcool entre os estudantes do ensino médio tem uma prevalência preocupante além de mostrar que a exposição foi precoce e a ocorrência de episódios de embriaguez entre eles mostrou-se frequente, destarte a proibição da compra das substâncias em estabelecimentos comerciais, por menores de 18 anos de idade. Outro aspecto a destacar é o contato com amigos, cuja prevalência do uso de álcool mostrou

ser considerável. Esse é um aspecto importantíssimo que os adolescentes, muitas vezes, no intuito de serem incluídos em grupos de convívio social tendem a adotar comportamentos dos colegas. A influência de amigos no uso de substâncias também foi observado em pesquisas anteriores (YOUNG, 2008; PARSAI, 2009; NOAL, 2010).

Considerando que o estudo foi desenvolvido em um município de tríplice fronteira, onde há uma aceleração da circulação nos fluxos materiais e humanos (produtos/mercadorias, serviços/pessoas), e nessas regiões com a intensificação nos processos de integração regional entre países tem gerado mudanças nos sistemas de saúde, pode-se inferir que haja, também, um maior acesso a bebidas alcoólicas que passam pelas fronteiras com mais facilidade e pode chegar aos adolescentes, às vezes, sem nenhum processo regulatório (CERRONI, et al., 2015).

Destaca-se, ainda, que o uso de álcool por jovens é considerado fenômeno complexo e articulado em vários contextos. Acresce-se que em muitos países, incluindo o Brasil, o uso do álcool é socialmente aceitável e estimulado, o que dificulta ações de prevenção ao uso e medidas regulatórias. Malta et al. (2014) afirmam:

“a importância de políticas de regulação da propaganda de bebida alcoólica, incluindo a cerveja, além de medidas como restrição de pontos de venda, fechamento dos estabelecimentos que vendem bebidas alcoólicas em determinados horários do período noturno, treinamento de vendedores e gerentes, advertências nas embalagens e taxaço do álcool, a fim de reduzir a exposição desse produto aos jovens e, conseqüentemente, seu consumo (...) Participam da cadeia explicativa do uso do álcool diversos fatores no contexto do ambiente escolar, da família, sociodemográficos, além de outros fatores não explorados, como a relação com amigos e outros adolescentes. Políticas públicas de promoção da saúde e prevenção do álcool devem ser articuladas, com o envolvimento de diversos setores, do poder público, de educadores, da família e da sociedade em geral. Torna-se urgente envolver a sociedade no debate sobre o consumo de álcool entre adolescentes, visando aperfeiçoar as políticas públicas existentes, desde a regulação da oferta até a venda” (p. 60).

Dessa forma, a situação do uso de álcool, entre adolescentes, deve estar na pauta de discussões em escolas, famílias e na área da saúde, visto que o álcool foi identificado como a substância mais utilizada no Brasil e no mundo, causando preocupação, pois esta substância

aumenta as chances do desenvolvimento de outros comportamentos de riscos identificados neste trabalho (COUTINHO, 2016).

Os resultados encontrados no presente estudo com relação ao uso de cigarro, foram inferiores aos encontrados na PENSE 2012, cuja prevalência foi de 22% e 22% entre estudantes do sexo masculino e feminino, respectivamente, com o agravante de que este estudo foi desenvolvido com os alunos de 13 a 15 anos. O mesmo se observa quando comparado aos resultados do ERICA, cujos alunos eram da mesma faixa etária, visto que entre alunos de 15 a 17 anos os autores encontraram que, nessa faixa etária, 28% dos alunos e 26% das alunas já tinham experimentado tabaco.

Em pesquisa nacional (IBGE, 2015), 53% convivem com pessoas que fazem uso de cigarros e aproximadamente 24% deles têm pais fumantes, percentual inferior ao encontrado na presente pesquisa, cujos adolescentes afirmaram que 30,80% e 40,70% dos pais dos estudantes do sexo masculino e sexo feminino, respectivamente, faziam uso de cigarro.

Esse é um comportamento considerado importante para o uso precoce do tabaco, destacando-se que a exposição domiciliar ao cigarro pode ser um facilitador para o consumo visto que o mesmo pode ser apreendido, e facilitado, por interações estabelecidas entre os jovens e seus contextos próximos de socialização, como a família, a escola e os amigos (CHEN et al., 2013).

Importante destacar, ainda, que em um estudo que identificou a suscetibilidade ao tabaco entre escolares que nunca fumaram, participantes da *Global Youth Tobacco Survey* (SYT) em 168 países, encontrou que 12,50% desses escolares era suscetível a fumar (VEERANKI et al., 2014). Nesse sentido, cabe ressaltar que nessa idade os adolescentes tendem a se lançar mais a desafios, convivem com pais e colegas que fazem uso do cigarro e na região da triplice fronteira o tabaco é um grande problema. A Associação Brasileira de Combate à Falsificação estima que para cada cigarro apreendido, dez atravessam as fronteiras clandestinamente, o Paraguai não exporta para o Brasil nem um bastonete de cigarro legalmente porque é uma questão tributária e não concorreria com o preço do cigarro brasileiro (FERRARI, 2011).

Além disso, em um estudo feito pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), foram encontrados resíduos de plástico, fragmentos de metais, algodão e restos de insetos em cinco marcas de cigarros paraguaios que, frequentemente, estão entre as mercadorias contrabandeadas e apreendidas pela Polícia Federal (PF) na fronteira. Sabe-se que a presença dessas substâncias, em grande quantidade, pode ocasionar problemas ao

fumante. Esses elementos não têm grande potencial de ocasionarem doenças por si só, mas, se eles são encontrados na composição do cigarro, esse fato indica que o produto foi processado em condições inadequadas de higiene, o que pode indicar a possível presença de outras substâncias não detectadas em exames macroscópicos (FERRARI, 2011).

Assim, esse é um grande desafio para a saúde pública que deve planejar estratégias educativas para prevenir ou pelo menos retardar a experimentação e uso regular do cigarro, visto que quanto mais cedo ocorrer a experimentação, maior a chance de adição ao tabaco. A duração e o número de cigarros requeridos para estabelecer dependência de nicotina são menores para adolescentes do que para adultos, por isto a adição ao tabaco é estabelecida mais rapidamente (PROKHOROV et al., 2006).

O uso de drogas ilícitas, anterior aos 14 anos, entre os estudantes do ensino médio estudados teve uma prevalência de 3,30% e 5,40%, entre os alunos do sexo masculino e feminino, respectivamente. Prevalência foi encontrada entre escolares do 9º ano, em Goiânia, que referiram experimentação com um percentual maior de consumo entre os escolares do sexo masculino 10,70% e 8,80% do sexo feminino nas escolas públicas (FARIAS FILHO, 2014).

O VI Levantamento Nacional sobre Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino aponta para o fato de que a exposição dos estudantes às drogas, em geral, acontece muito cedo. Os autores observaram que essa exposição ocorreu em idades inferiores a 10 anos, uma vez que a maioria dos alunos pesquisados tinha idade entre 13 e 15 anos de idade. Nesse levantamento a prevalência de uso de droga alcançou 10,40%, muito superior ao presente estudo, mas comparável ao estudo de Goiânia (CARLINI, 2010).

O aumento da experimentação de drogas entre jovens tem se tornado um sério problema em muitos países. A UNICEF (2011) considera que o uso de drogas é um dos nove pontos de maior vulnerabilidade dos adolescentes, nos últimos anos. Esse comportamento é tratado, pela agência, como risco individual e coletivo nas áreas da saúde e segurança além de considerá-lo como um indicador para doença física e psíquica, situações de violência, degradação de relações familiares, bem como sexo desprotegido.

Outro aspecto de destaque no presente estudo é a ocorrência de bullying que teve uma prevalência de 18,60% e 16,20% entre os estudantes do sexo masculino e feminino, respectivamente. O estudo Bullying escolar no Brasil encontrou, em 2009, que os alunos do sexo masculino eram vítimas desse fenômeno em maior frequência que as do sexo feminino,

totalizando 12,50% e 7,60%, respectivamente (CEATS, 2010). Outro estudo com escolares do sexto ano (de 11 a 14 anos) matriculados no turno diurno das escolas da rede municipal de ensino da cidade de Caxias do Sul, RS, no ano de 2011, encontrou prevalência de 10,20 (RECHA et al., 2013). Quando se observa os dados extraídos da PeNSE, 2012, a prevalência de *bullying* encontrada foi de 7,20%, considerando a amostra total, entretanto os escolares do sexo masculino, mais jovens e de cor preta tiveram maior chance de sofrer *bullying* na escola (MALTA et al. 2014). Apesar da prevalência dos estudos citados ser inferior ao encontrado no presente estudo, os estudantes dos três estudos citados tinham idade e escolaridade inferior, fato que pode interferir nesse comportamento.

A prevalência do presente estudo foi inferior ao realizado nos Estados Unidos com escolares de 158 escolas, revelando que 20,10% dos estudantes tinham sido vítimas de *bullying* na escola nos 12 meses que antecederam à pesquisa, ocorrendo com maior frequência entre as meninas (22%) do que entre os meninos (18,20%) (CDC, 2012). Considerando países Europeus e outros desenvolvidos, a World Health Organization (WHO, 2008) identificou o *bullying*, em uma média de 14% dos adolescentes de 13 anos, apesar de ter havido variações entre países.

Entre os estudantes estudados observou-se que esse comportamento esteve relacionado à aparência corporal, raça/cor, religião e essa também foi uma característica de uma revisão sistemática que aponta aspectos étnico-raciais como um marcador de risco para determinadas condições de saúde (KABAD et al. 2012). A raça também foi um marcador para *bullying*, nos Estados Unidos, em que os alunos afro-americanos tiveram chance 46% maior de ter uma experiência de vitimização na escola em relação aos alunos brancos (CDC, 2012).

Tem sido discutido a associação entre comportamento de risco e *bullying* levando a graves prejuízos à saúde dos adolescentes, além de ocasionar transtornos familiares e enfraquecimento das redes sociais.

Assim Malta (2014) afirma que o *bullying*:

“pode afetar a saúde física e mental dos adolescentes, o que requer a atenção das escolas, pais e da comunidade. São ainda necessárias pesquisas adicionais para entender melhor as diferenças e os contextos que produzem estes comportamentos. Entretanto, a atuação dos profissionais de saúde e educação no sentido de identificar estas violências e preveni-las é algo que se coloca na agenda atual” (pag 144).

Considerando os comportamentos sexuais, no presente estudo foram incluídos com vulnerabilidade sexual aqueles estudantes que iniciaram relações sexuais antes dos 15 anos de

idade e o fizeram sem o uso de preservativo e 15,30% dos do sexo masculino e 9% do sexo feminino foram considerados vulneráveis. Países das Américas Latina e América Central apresentaram dados semelhantes com relação ao início precoce de relações sexuais na adolescência, aproximadamente 50% das jovens do sexo feminino iniciaram a vida sexual antes dos 15 anos de idade (CDC, 2005). Essa porcentagem apresenta-se maior entre adolescentes residentes de zonas rurais e com níveis educacionais mais baixos. Aproximadamente 90% dos adolescentes latinoamericanos referiram ter conhecimento de métodos contraceptivos sexuais, porém entre 48% e 53% dos adolescentes que tinham vida sexual ativa relataram nunca ter usado algum método anticoncepcivo e dentre os que haviam utilizado algum método 40% fizeram de forma irregular (OPAS, 2010).

A análise de regressão para os dois modelos testados encontrou-se a correlação entre os fatores bullying, características sócio demográficas, consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas ocorreu com maiores chances para adolescentes do sexo feminino ($p = 0,560$), que utilizaram álcool antes dos 14 anos de idade ($p = 0,016$) e aquelas que usaram maconha 30 dias antes da coleta de dados ($p = 0,005$). Já a correlação dos fatores vulnerabilidade sexual, características sócio demográficas, consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas ocorreram maiores chances para as adolescentes do sexo feminino ($p = 0,020$), que fizeram uso de crack no último mês ($p = 0,009$) e tinham amigos usuários de drogas ($p = 0,009$).

Observa-se uma questão de gênero muito importante, dados que eram identificados como comportamento de risco para o sexo masculino nesse estudo foram identificados correlações significativas para tais comportamentos no sexo feminino. Em estudos realizados na América Latina dentre as associações de comportamentos de risco identificados entre os adolescentes caracteriza um número elevado de paressexuais, o consumo de drogas ou álcool e resistência em buscar atenção médica para as infecções de transmissão sexual (BARKER et al., 2007). Sendo assim, cabe ressaltar a necessidade de avanços na questão de equidade de gênero na melhoria da atenção a saúde sexual e reprodutiva bem como outros comportamentos de risco na adolescência (ONUSIDA, 2006). A consideração de questões culturais e sociais muitas vezes limitam o acesso a informações, serviços e programas de atenção a saúde, aumentando a desigualdade e a passividade na tomada de decisão dos adolescentes, diminuindo assim a autonomia e independência nessa faixa etária.

7. CONCLUSÕES

Diante dos resultados da presente pesquisa observa-se que dentre os fatores que merecem destaque na análise da caracterização da vulnerabilidade em saúde do adolescente em região de fronteira tem-se a prevalência de consumo de álcool no último mês, 52,7% do sexo masculino e 44,4% do sexo feminino, bem como o comportamento de bullying, teve uma prevalência de 18,6% em meninos e 16,2% meninas. Esses foram os dados que apresentaram maior diferença comparados aos dados nacionais e internacionais.

Tal apontamento de prioridades em saúde do adolescente não isenta da monitoração e a prevenção dos demais fatores estudados, principalmente a vulnerabilidade sexual, onde 15,3% dos adolescentes do sexo masculino e 9% das adolescentes do sexo feminino tiveram relação sexual antes dos 15 anos de idade e sem proteção, ficando suscetível a DST's, HIV/SID e gravidez precoce e suas consequências para o desenvolvimento.

Outra questão importante é o comportamento de uso de tabaco e drogas ilícitas, sendo que 10,8% dos meninos e 5,45% das meninas relataram fumar enquanto 7,8% e 3,9% do sexo masculino e feminino, respectivamente relataram fazer uso de drogas ilícitas. Esses fatores, por mais que no estudo desenvolvido pelos autores foram encontrados dados inferiores aos dados nacionais, são questões que geram vários prejuízos ao desenvolvimento dos adolescentes.

As associações testadas pelos modelos de regressão encontraram semelhanças significativas para futuras discussões de questões de gênero, em que ambos apontaram maiores chances para o sexo feminino ($p 0,010$) para vulnerabilidade sexual e ($p 0,560$) para bullying associado a questões sociodemográficas, consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas. Essa questão apresenta uma mudança quanto a atenção aos fatores associados enquanto política pública, sendo que essa foi direcionada até o momento para adolescentes do sexo masculino, demonstrando a importância da atenção de programas que atendam as necessidades para ambos os sexos.

Os demais fatores encontrados nos modelos testados também merecem destaque, porém, estudos anteriores já demonstram uma maior consistência de ações e programas para os adolescentes que usaram álcool antes dos 14 anos de idade ($p 0,016$), que usaram maconha no último mês ($p 0,006$) em relação ao bullying entre adolescentes que usaram cigarro antes dos 14 anos de idade ($p 0,019$), fizeram uso de crack no último mês ($p 0,001$), e que tinham amigos usuários de drogas ($p 0,005$) associado a vulnerabilidade sexual.

Tais fatores necessitam de maior atenção para elaboração de intervenções estratégicas e planejadas intersetorialmente envolvendo vários atores da sociedade como pais, professores, empresários, políticos e o próprio adolescente, buscando a criação de estratégias individuais e coletivas para o enfrentamento da problemática apresentada.

A identificação dos fatores de vulnerabilidade auxilia na posterior prevenção destes aspectos, mas principalmente na identificação e promoção de fatores positivos tanto do adolescente como dos serviços da rede de atenção a saúde, considerando a ampliação dos envolvidos na determinação do processo saúde doença assim como na elaboração de políticas públicas.

Sendo assim, tanto o adolescente como o conceito de vulnerabilidade apontam desafios para o enfrentamento de questões relacionadas a atenção a saúde, buscando formas mais dinâmicas e relacionais para construção de ações, projetos e programas que atendam a necessidade dos adolescentes e a realidade apresentada.

Como foi apontado por estudos anteriores a região de fronteira é um espaço que apresenta uma dinâmica diferente das demais regiões do país exigindo esforços ainda maiores para a discussão e implementação de políticas públicas. O que podemos destacar na região estudada é a atuação da Itaipu Binacional enquanto promotora de discussões e ações em saúde envolvendo os três países e demais cidades da região através de ações do GT Saúde Itaipu que articula com os demais serviços como a rede Proteger bem como programas de pesquisa e extensão da Universidade Estadual do Oeste do Paraná Unioeste e Universidade Federal da Integração Latino-Americana - Unila.

REFERÊNCIAS

ABRAMO, H. W. O uso das noções de adolescência e juventude no contexto brasileiro. In FREITAS, M. V. de (Orgs.). **Juventude e adolescência no Brasil: referências conceituais**. São Paulo: Ação educativa, 2005. (e-book). Disponível em: . Acesso em: 22 abr. 2010.

ABRAMOVAY, M.; CASTRO, M. G.; PINHEIRO, L. C. et al. **Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas**. Brasília: UNESCO, 2002.

ABRAMOVAY, M.; RUA, M.G. **Violências nas escolas**. Brasília: UNESCO, 2002.

ACEVES, M. J. et al. Seek Help from Teachers or Fight Back? Student Perceptions of Teachers' Actions during Conflicts and Responses to Peer Victimization. **Journal of Youth and Adolescence**, v. 39, n.6, p. 658–669, 2010. Disponível em <http://doi.org/10.1007/s10964-009-9441-9>

ALBUQUERQUE, J.L.C. **A dinâmica das fronteiras: os brasiguaios na fronteira entre Brasil e o Praguay**. São Paulo: Annablume, 2010.

ALIKASIFOGLU, M. et al. Violent behavior among Turkish high school students and correlates of physical fighting. **European Journal of Public Health**, 2004. Volume 14, Issue 2, pages 173-7, 2004.

ALVARADO, S.V.; VOMMARO, P.A. **Jóvenes, cultura y política en América Latina: algunos trayectos de sus relaciones, experiencias y lecturas**. Rosario: Homo Sapiens, 2010.

ALVES, A.S.; LOPES, M.H.B.M. Conhecimento, atitude e prática do uso de pílula e preservativo entre adolescentes universitários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n 1, p. 11-17, 2008.

AYRES, J.R.C.M. et al. Vulnerability, Human Rights, and Comprehensive Health Care Needs of Young People Living With HIV/AIDS. **American Journal of Public Health**, v. 96, n. (6), p.1001-1006, 2006.

AYRES, J.R.C.M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 139 p.

BARBOSA FILHO, V.C.; CAMPOS, W.; LOPES, A.S. Prevalence of alcohol and tobacco use among Brazilian adolescents: a systematic review. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 901-917, 2012. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000500018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 Nov. 2016.

BARKER, G.; RICARDO, C.; NASCIMENTO, N. **Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health**: evidence from programme interventions. Ginebra: OMS, 2007.

BARRETO, S.M. et al. Experimentação e uso atual de cigarro e outros produtos do tabaco entre escolares nas capitais brasileiras (PeNSE 2012). **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 17, supl. 1, p. 62-76, 2014.

BARRETO, S.M. et al. Contextual factors associated with smoking among Brazilian adolescents. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 66, p. 723-729, 2012.

BARRETO, M.L.; CARMO, E.H. Mudanças em padrões de morbimortalidade: conceitos e métodos. In: MONTEIRO, C. A. (Org). **Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2006.

BENETTI, S. P. C. et al. Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 6, p. 1273-1282, 2007.

BESSA, M.A.; BOARATI, M.A.; SCIVOLETTO, S. Crianças e Adolescentes. In: DIEHL, A.E.; CORDEIRO, D.C.; LARANJEIRA, R. **Dependência Química**: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BITTENCOURT, A.L.P.; FRANÇA, L.G.F.; GOLDIM, J.R. Adolescência vulnerável: fatores biopsicossociais relacionados ao uso de drogas. **Revista Bioética**, Brasília, v. 23, n. 2, p. 311-319, 2015.

BLOCH, K. V. et al. The Study of Cardiovascular Risk in Adolescents - ERICA: rationale, design and sample characteristics of a national survey examining cardiovascular risk factor profile in Brazilian adolescents. **BMC Public Health**, v. 15, p. 94, 2015.

BOCK, A.M.B. A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE)**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 63-76, 2007.

BORGES, A.L.V. et al. ERICA: início da vida sexual e contracepção em adolescentes brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.50, supl 1, 15s, 2016.

BOYNTON-JARRETT, R. et al. Cumulative violence exposure and self-rated health: longitudinal study of adolescents in the United States. **Pediatrics**, v. 122, n. 5, p.961-970, 2008.

BRAGA, L. M. **Atividade turística e políticas públicas de enfrentamento à exploração sexual comercial de crianças e adolescentes no município de Corumbá**, fronteira Brasil-Bolívia. 121 f. Dissertação (Mestrado em Estudos Fronteiriços). Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – Câmpus do Pantanal, 2011.

BRASIL. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. **Sistema de informação em saúde do Mercosul**. Reunião de Ministros — Acordos. Disponível em: <http://200.214.130.44/mercosulsaude/portugues/reuniao/acordos/index.htm> Acessado em 14 de janeiro de 2011.

_____. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Relatório brasileiro sobre drogas**. Brasília: Senad, 2009. 364 p. ISBN 978-85-60662-29-6

_____. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Ministério da Saúde; Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf.

_____. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **A saúde no Mercosul**. Resumo executivo dos trabalhos da reunião de Ministros da Saúde do Mercosul e do Subgrupo de Trabalho N° 11 Saúde. Ponto de vista dos

Coordenadores Nacionais do Brasil. Oficina A Saúde no Mercosul, estágio atual, desafio de integração e perspectivas. XI Congresso Mundial de Saúde Pública e VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (ABRASCO). Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Proposta de reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira**. Brasília: Ministério da Integração Nacional, 2005. Disponível em: <http://www.integracao.gov.br/publicacoes/index.asp>. Acessado em 13 de março de 2016.

_____. **Estatuto da criança e do adolescente**: Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Diário Oficial da União, Brasília, 1990.

CABRAL, F.B.; OLIVEIRA, D.L.L.C. Vulnerabilidade de puérperas na visão de Equipes de Saúde da Família: ênfase em aspectos geracionais e adolescência. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 368-375, 2010.

CAPLAN, A.L. Ethical issues surrounding forced, mandated, or coerced treatment. **JSubst Abuse Treat.**, v. 31, n. 2, p. 117-120, 2006.

CARLINI, E.A. **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras - 2010**. São Paulo: UNIFESP, 2010. 503 p.

CARVALHO, E.F.; FONTBONNE, A. Transição epidemiológica comparada: Modernidade, precariedade e vulnerabilidade. In: CARVALHO, E.F. (Org.). **Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**. 1 ed. Recife: Universitária, 2006.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Youth Risk Behavior Surveillance (YRBSS)**. Morbidity and Mortality Weekly Report. Atlanta: CDC, 2012.

CENTRO DE EMPREENDEDORISMO SOCIAL E ADMINISTRAÇÃO EM TERCEIRO SETOR. **Bullying Escolar no Brasil**. São Paulo: CEATS, 2010.

CERRONI, M.P.; CARMO, E.H. Magnitude of notifiable diseases and evaluation of epidemiological surveillance indicators in Brazilian border cities, 2007-2009. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.24, n. 4, p. 617-628, 2015.

CHEN, C.Y. et al. The effects of social structure and social capital on changes in smoking status from 8th to 9th grade: Results of the Child and Adolescent Behaviors in Long-term Evolution (CABLE) study. **Prev. Med.** v. 62C, p.148-54, 2013.

CLARO, R.M.; SANTOS, M.A.S.; OLIVEIRA-CAMPOS, M. Imagem corporal e atitudes extremas em relação ao peso em escolares brasileiros (PeNSE 2012). **Rev. bras.epidemiol.**, São Paulo, v. 17, supp. 1, p. 146-157, 2014.

COSTA, M.C.O.; BIGRAS, M. Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p. 1101-1109, 2007.

COUTINHO, E.S.F. et al. ERICA: padrões de consumo de bebidas alcoólicas em adolescentes brasileiros. **Rev. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 50, supl 1, :8s, 2016.

CUNHA, J.L.; PACHECO, C.R.C. Violência, cidadania e disciplinamento: controvérsias na escola. **Rev. Diálogo Educ.**, Curitiba, v. 9, n. 28, p. 557-569, 2009.

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, 2012.

DICLEMENTE, R. J.; PONTON, L. E.; HANSEN, W. B. New Directions for Adolescent Risk Prevention Research and Health Promotion Research and Interventions. In: _____. **Handbook of Adolescent Health Risk Behavior**. Issues in Clinical Child Psychology. New York: Plenum Press, 1996. p. 413-420.

DONABEDIAN, A. An introduction to quality assurance in health care. **Journal of the American Medical Association**, New York, v. 290, n. 1, p. 119-120, 2003.

ELLEN, J.M.; LANE, M.A.; MCCRIGHT, J. Are adolescents being screened for sexually transmitted diseases? A study of low income African American adolescents in San Francisco. **Sex Transm Infect.**, San Francisco, v. 76, n. 2, p. 94-97, 2000. DOI:10.1136/sti.76.2.94.

EYNG, A.M.; GISI, M.L.; ENS, R.T. Violências nas escolas e representações sociais: um diálogo necessário no cotidiano escolar. **Rev. Diálogo Educ.**, Curitiba, v. 9, n. 28, p. 467-480, 2009.

FADER, V.B. Epidemiology. In: GALANTER, M. et al. **Recent developments in alcoholism**. v. 17. New York: Kluwer Academic, 2005.

FARIA FILHO, E.A. Perfil do consumo de álcool e drogas ilícitas entre adolescentes escolares de uma capital brasileira. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 78-84, 2014.

FARIAS, J.R.; LOPES, A.S. Comportamentos de Risco Relacionados à Saúde em Escolares. **Rev. Bras. Ciência e Movimento**, Brasília, v. 12, n. 1, p. 7-12, 2004.

FARRELL, A.D. et al. Environmental influences on fighting versus nonviolent behavior in peer situations: a qualitative study with urban African American adolescents. **American Journal of Community Psychology**, v. 46, Issue 1-2, p. 19-35, 2010.

FERRARI, I. **Cigarros paraguaios têm pedaços de insetos e alto número de bactérias**. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ – UNIOESTE. Edição do dia 18/06/2011, 15h48min. Foz do Iguaçu, PR.

FERREIRA FILHO, O. F. et al. Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 751-759, 2003.

FIGUEIREDO, V.C. et al. ERICA: smoking prevalence in Brazilian adolescents. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, suppl 1, 12s, 2016.

FONTOURA, N.; PINHEIRO, L. Síndrome de Juno: gravidez, juventude e políticas públicas, In: CASTRO, A. **Juventude e Políticas Sociais no Brasil**. Brasília: IPEA, 2009.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Pesquisa Saúde nas Fronteiras**: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do Mercosul. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/saudefronteiras/> Acessado em 2 de fevereiro de 2016.

GADELHA, C.A.G.; COSTA, L. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, suppl.2, p.S214-S226. ISSN 1678-4464, 2007.

GALLO, E.; COSTA, L.; MORAES, A. A integração dos sistemas de saúde que atendem a população fronteiriça dos países do MERCOSUL – SIS-MERCOSUL. In: GALLO, E.; COSTA, L. **SIS-MERCOSUL: uma agenda para integração**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2004. p. 41-53.

GIANAROS, P.J. & HACKMAN, D.A. Contributions of neuroscience to the study of socioeconomic health disparities. **Psychosoma Med.**, v. 75, n.7, p. 610–615, 2013.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v. 23, suppl.2, p.S251-S266, 2007. ISSN 1678-4464. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001400014>.

GOMES, B.M.R.; ALVES, J.G.B.; NASCIMENTO, L.C. Consumo de álcool entre estudantes de escolas públicas da Região Metropolitana do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cad Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, p. 706-712, 2010.

GONÇALVES, H., et al. Início da vida sexual entre adolescentes (10 a 14 anos) e comportamentos em saúde. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 25-41, 2015. DOI:10.1590/1980-5497201500010003.

GONTIJO, D.T.; MEDEIROS, M. Gravidez/maternidade e adolescentes em situação de risco social e pessoal: algumas considerações. **Rev. Eletron. Enferm.**, Goiás, v. 6, n. 3, p. 394-399, 2004.

GUARESCHI, N.M.F. I. et al. **Intervenção na condição de vulnerabilidade social**: um estudo sobre a produção de sentidos com adolescentes do programa do trabalho educativo. Rio de Janeiro: UERJ, v. 7, n. 1, p. 20-30, 2007.

GORE, F.M. et al. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. **Lancet**, v. 377, n. 9783, p. 2093-20102, 2011.

GRUNBAUM, J. A. et al. Youth Risk Behavior Surveillance – United States, 2003. **MMWR**, Washington, v. 53, n. 2, p. 1-96, 2004.

HABIGZANG, L.F.; DINIZ, E.; KOLLER, S.H. **Trabalhando com adolescentes: teoria e intervenção psicológica**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

HAWES, Z.C.; WELLINGS, K.; STEPHENSON, J. First heterosexual intercourse in the United Kingdom: a review of the literature. **J Sex Res.**, v. 47, n. 2, p. 137-152, 2010. DOI:10.1080/00224490903509399.

HORTA, R. L., et al. Tabaco, álcool e outras drogas entre adolescentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: uma perspectiva de gênero. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 775-783, 2007. .

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde do escolar(2015)**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 132 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (2012)**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Crianças e adolescentes: indicadores sociais**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicais2010/default_tab.shtm. Acesso em: 23 Jun. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2009)**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/default.shtm>. Acesso em: 25 abr. 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS (2008). **Encuesta Nacional sobre Prevalências de Consumo de Substancias Psicoativas**. Disponível em www.indec.gor.ar. Acesso em: 20 fev. 2016.

ÍNDICE DE HOMICÍDIOS NA ADOLESCÊNCIA: IHA2012. Rio de Janeiro: Observatório de Favelas, 2014.

IPEA. Comunicados do IPEA nº 65. **PNAD 2009**– Primeiras análises: Investigando a chefia feminina de família. Brasília: IPEA, 2010.

JACKSON, C.; SWEETING, H.; HAW, S. Clustering of substance use and sexual risk behaviour in adolescence: analysis of two cohort studies. **BMJ Open**, v. 2, Issue 1, p.661, 2012.

JANKAUSKIENE, R. et al. Associations between school bullying and psychosocial factors. **Social Behavior and Personality**, v. 36, n. 2, p. 145-162, 2008.

JANSSENS, M., et al. Pressure and coercion in the care for the addicted: ethical perspectives. **J Med Ethics**, 2004. v. 30, n. 5, p. 453-458, 2004. doi: 10.1136/jme.2002.002212

KABAD, J.F.; BASTOS, J.L.; SANTOS, R.V. Raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos sobre populações brasileiras: revisão sistemática na base PubMed. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 895-918, 2012.

KANN, L. et al. **Youth risk behavior surveillance– United States, 2013**. *MMWR Morb Wkly Rep*. v. 63, n. 4, p.1-168, 2014.

LEGNANI, E. et al. Comportamentos de risco à saúde em escolares da tríplice fronteira. **Rev. Bras. de Atividade Física & Saúde**. Florianópolis, v. 14, n. 2-4, p. 141-154, 2009.

LEME, M.I.S. A gestão da violência escolar. **Ver. Diálogo Educ.**, Curitiba, v. 9, n. 28, p. 541-555, 2009

LOPES NETO, A.A. Bullying: comportamento agressivo entre estudantes. **J Pediatría. Rio de Janeiro**, v. 81, supl. 5, p. 164-172, 2005 [acessado 2009 jun 01]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n5s0/v81n5Sa06.pdf>. Acesso em: 20 Dez 2016.

MADKOUR, A.S. et al. Early adolescent sexual initiation and physical/psychological symptoms: a comparative analysis of five nations. **J Youth Adolesc.**, v.39, n. 10, p. 1211-1225, 2010. DOI:10.1007/s10964-010-9521-x

MAGGS, J.L.; SCHULENBERG, J.E. Initiation and course of alcohol consumption among adolescents and young adults. In: GALANTER, M. et al. **Recent developments in alcoholism**. New York: Kluwer Academic, v. 17, p. 29-41, 2005.

MALTA, D.C. et al. *Bullying* e fatores associados em adolescentes brasileiros: análise da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012). **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 15, suppl. PeNSE, p. 92-105, 2014.

_____. Exposição ao álcool entre escolares e fatores associados. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v.48, n. 1, p.52-62, 2014.

_____. Saúde sexual dos adolescentes segundo a Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. **Rev Bras Epidemiol.** São Paulo, v. 14 Supl 1, p.147-56, 2011. DOI:S1415-790X2011000500015.

_____. Bullying nas escolas brasileiras: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, suppl.2, p.3065-3076, 2010.

_____. Prevalência de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), Brasil, 2009. **Cienc Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, Supl 2, p. 3009-3019, 2010. .

MOFFITT, T. E. et al. A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. **PNAS**, Chicago, v. 108, n. 7, p.2693–2698, 2011.

MUÑOZ-SÁNCHEZ, A.I.; BERTOLOZZI, M.R. Pode o conceito de Vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Cienc. saúde coletiva**. Riode Janeiro. v.12, n. 2, p. 319-324, 2007.

MUULA, A. S. et al. Bullying victimization and physical fighting among Venezuelan adolescents in Barinas: results from the Global School-Based Health Survey 2003. **Ital J Pediatr**, v. 35, n. 1, p. 38, 2009.

NAREA, M. Research on child and adolescent development and public policy in Latin America. In: D. D. Preiss (Ed.), *Child and adolescent development in Latin America*. **New Directions for Child and Adolescent Development**, n. 152, p. 99–104, 2016.

NERY, I.S. et. al. Reincidência da gravidez em adolescentes de Teresina, Piauí, Brasil. **Rev. bras. de enferm.** Brasília, v. 64, n. 1, p. 31-37, 2011.

NEVES, M.P.C. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. **Rev. Bras. Bioética**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 157-72, 2006.

NICHIATA, L.Y. I. et al. The use of the vulnerability concept in the nursing area. **Rev Lat Am Enferm.** São Paulo, v. 16, n. 5, p. 923-928, 2008.

NOAL, R. B. et al. Experimental use of alcohol in early adolescence: the 11-year follow-up of the 1993 Pelotas (Brazil) birth cohort study. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 10, p. 1937-1944, 2010.

OLIVARES, S. et al. Nutritional status, food consumption and physical activity among Chilean school children: a descriptive study. **European Journal of Clinical Nutrition**, v. 58: p. 1278-1285, 2004.

OLIVEIRA, G. F. **Nas bocas da cidade de Corumbá-MS: o comércio de drogas na fronteira Brasil/Bolívia.** 126 f. Dissertação (Mestrado em Estudos Fronteiriços). Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – Câmpus do Pantanal, 2013.

OLIVEIRA-CAMPOS, M. et al. Comportamento sexual em adolescentes brasileiros. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012). **Rev. Bras. Epidemiol.** São Paulo, v. 17, Supl 1, p. 116-130, 2014. DOI:10.1590/1809-4503201400050010.

OLIVEIRA-MONTEIRO, N.R.; RAMOS, R.Y.A.N. Condições psicológicas e comportamentos sexuais de adolescentes. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 34, n. 87, p. 350-363, 2016.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Plan y Estrategia Regional de Salud Adolescente.** Washington: OPS, 2010.

OZELLA, S. Adolescência: uma perspectiva crítica. In CONTINI, L. J.; KOLER, S.H.; BARRO, M.N. (org.) **Adolescência e psicologia: concepções, práticas e reflexes críticas.** Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2002.

PAIVA, V. et al. Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, Supl 1, p. 45-53, 2008. DOI:10.1590/S0034-89102008000800007.

PALÁCIOS, M.; REGO, S. Mais uma epidemia invisível? **Rev Bras Educ Med**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 3-5, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v30n1/v30n1a01.pdf> World Health Organization. Acessado em: 01 jun 2009.

PARSAI, M. et al. The protective and risk effects of parents and peers on substance use, attitudes and behaviors of Mexican and Mexican American female and male adolescents. **Youth Soc**, v. 40, n. 3, p. 353-376, 2009.

PEGUERO, A.A. Bullying victimization and extracurricular activity. **Journal of School Violence**, v. 7, n. 3, p.71-85, 2008.

PEITER, P. C. Condições de vida, situação de la saúde y disponibilidade de serviços de saúde en la frontera de Brasil: un enfoque geográfico. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, supl.2, p. 237-250, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar –PeNSE - 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

PESSALACIA, J.D.R.; MENEZES, E.S.; MASSUIA, D. A vulnerabilidade do adolescente numa perspectiva das políticas de saúde pública. **Revista Bio Ethikos**, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 423-430, 2010.

PIEROBONA, M. et al. Alcohol consumption and violence among Argentine adolescents. **J Pediatr**. Rio de Janeiro, v. 89, n. 1, p. 100–107, 2013.

PINSKY, I. et al. Patterns of alcohol use among Brazilian adolescents. **Rev Bras Psiquiatr**. Rio de Janeiro. v. 32, n. 3, p. 242-249, 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU. **Dados socioeconômicos de Foz do Iguaçu**. Secretaria Municipal de Administração – Departamento de Informações Institucionais, 2011.

PRIOTTO, E.M.T.P. **Violência envolvendo adolescentes estudantes na tríplice fronteira: Brasil-Paraguay-Argentina**. Tese de Doutorado. USP: Ribeirão Preto, 2013.

PROKHOROV, A.V. et al. Youth tobacco use: a global perspective for child health care clinicians. **Pediatrics**, v. 118, n.3, p.890-903, 2006.

PROTAS, J.; CIDADE, C.; FERNANDES, M.S. **Vulnerabilidade e consentimento informado em pesquisa**. Porto Alegre: UFRGS, 2006.

QUEIROZ, L.G.; GIOVANELLA, L. Agenda regional da saúde no Mercosul: arquitetura e temas. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 30, n. 2, 2011.

RAMIRO, R. et al. Gendered trends in early and very early sex and condom use in 20 European countries from 2002 to 2010. **Eur J Public Health**, v. 25, Suppl 2, p. 65-68, 2015. DOI:10.1093/eurpub/ckv030.

RECHA, R.R. et al. Prevalence and characteristics of victims and perpetrators of bullying. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 89, n. 2, p. 164–170, 2013.

RESNICK, M.D.; IRELAND, M.; BOROWSKY, I. Youth violence perpetration: what protects? What predicts? Findings from the National Longitudinal Study of adolescent health. **J Adolesc Health**, v. 35, n. 424, p. 1-10, 2004.

RODRIGUES-JÚNIOR, A, L.; CASTILHO, E. A. A AIDS nas regiões de fronteiras no Brasil de 1990 a 2003. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 25, n. 1, p. 31-38, 2009.

RODRÍGUEZ, M. C. M. et al. **Los adolescentes españoles y su salud**: resumen del estudio Health Behaviour in School Aged Children (HBSC-2002). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005. Disponível em: http://www.hbsc.org/countries/downloads_countries/Spain/adolesResumen2005.pdf. Acesso em: 16 nov 2009.

ROY, A.L. & RAVER, C.C. Are all risks equal? Early experiences of poverty-related risk and children functioning. **Journal of Family Psychology**, v.28, n. 3, p. 391–400, 2014.

RUZANY, M. H. Atenção à saúde do adolescente: mudanças de paradigma. In: BRASIL. **Saúde do adolescente: competências e habilidades**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

SALA DE APOIO DA GESTÃO ESTRATÉGICA. **Mortalidade específicas de adolescentes entre 10 e 19 anos** - Foz do Iguaçu, 2015. Disponível em <http://sage.saude.gov.br/#>. Acesso em: 10 Jun 2016.

SASAKI, R.S. A., et al. Prevalência de relação sexual e fatores associados em adolescentes escolares de Goiânia, Goiás, Brasil. **Cienc Saude Coletiva. Rio de Janeiro**, v.20, n. 1, p. 95-104, 2015. DOI:10.1590/1413-81232014201.06332014.

SCHENKER, M.; MINAYO, M.C.S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2005;10(3):707–17.

SCHNEIDER, D. R. et al. A clínica na comunidade: uma experiência de intervenção intersectorial para adolescentes em situação de vulnerabilidade psicossocial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.8, n.18, p.68-80, 2016.

SEGRETIN, M. S. et al. Childhood poverty and cognitive development in Latin America in the 21st century. In D. D. Preiss (Ed.). *Child and adolescent development in Latin America. New Directions for Child and Adolescent Development*, v. 152, p. 9–29, 2016.

SILVA, M.A. I., et al. Vulnerabilidade na saúde do adolescente: questões contemporâneas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 619-627, 2014.

SILVA, L.P.B. Formação e povoamento da fronteira Brasil-Bolívia. **Revista Eletrônica Boletim do tempo**, [s.l.], n. 20, 2010. ISSN 1981-3384. Disponível em: <http://www.retis.igeo.ufrj.br/index.php/producao/artigos/formacao-e-povoamento-dafronteira-brasil-bolivia/#ixzz24gAbGD5e>. Acesso em: 26 ago 2012.

SILVEIRA, C. et al. Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. **Jornal brasileiro de psiquiatria**, Rio de Janeiro: ECN, v.52, 2003.

SITTA, E. I. et al. A contribuição de estudos transversais na área da linguagem com enfoque em afasia. **Rev. CEFAC**, Bauru, v. 12, n. 6, p. 1059-1066, 2010.

SMITH-KHURI, E. et al. A cross-national study of violence-related behaviors in adolescents. **Arch Pediatr Adolesc Med**, v. 158, p. 539-544, 2004.

SOTTILI, D.M.; ISQUIERDO, S.W.G. **A evolução das estruturas territoriais político-administrativas dos países que formam a fronteira com o Brasil no Pantanal Sul-Matogrossense**. 83 f. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Mato Grosso do Sul Campus do Pantanal, 2011.

SPENCER, M.B. & SWANSON, D.P. Opportunities and challenges to the development of healthy children and youth living in diverse communities. **Development and Psychopathology**, v. 25, p. 1551–1566, 2013.

SÓSITO, M. P. (cord.). **O estado da arte sobre juventude na pós-graduação brasileira: educação, ciências sociais e serviço social (1999-2006)**. Belo Horizonte: **Argumentum**, 2009.

SPOSITO, M. Um breve balanço da pesquisa sobre violência escolar no Brasil. **Educ Pesq**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 87-103, 2001.

SPRANDEL, M.A. **Situação das crianças e dos adolescentes na tríplice fronteira entre Argentina, Brasil e Paraguai: desafios e recomendações**. Curitiba: UNICEF/TACRO/ITAIPU Binacional, 2005.

SWAHN, M.H.; DONOVAN, J.E. Correlates and predictors of violent behavior among adolescent drinkers. **J Adolesc Health**, v. 34, p. 480-492, 2004.

TAKEITI, B.A.; VICENTIN, M.C.G. A produção de conhecimento sobre juventude(s), vulnerabilidades e violência: uma análise da pós-graduação brasileira nas áreas de Psicologia e Saúde (1998-2008). **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, n.3, p.945-963, 2015.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. 190-198, 2004.

UNICEF. **Situação da adolescência brasileira 2012**. Brasília: UNICEF, 2012.

_____. **Situação da adolescência brasileira 2011**. Brasília: UNICEF, 2011a.

_____. **O direito de ser adolescente**. Brasília: UNICEF, 2011b.

_____. **O direito de ser adolescente: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades**. Brasília: UNICEF, 2011. 182pp.

_____. **Situação Mundial da Infância 2011: Caderno Brasil**. Brasília, 2011.

_____. **Adolescentes e jovens no Brasil: participação social e política**. Brasília: UNICEF, 2007.

VASTERS, G.P.; PILLON, S.C. O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono no tratamento especializado. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 317-324, 2011.

VEERANKI, S.P. et al. Worldwide never-smoking youth susceptibility to smoking. **J Adolesc Health**, v. 54, n. 2, p. 144-150, 2014.

VIANA, A.L. et al. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, supl.2, p.117-131, 2007.

VIEIRA, P. C. et al. Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares em município do Sul do Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 2487-2498, 2008.

VILELA, W. V.; DORETO, D. T. **Sobre a experiência sexual dos jovens**. **Cad Saude Publica**, v. 22, n. 11, p. 2467-2472, 2006.

WASELFISZ, J.J. et al. **Relatório de desenvolvimento juvenil 2003**. Brasília: UNESCO, 2004.

WHEELER, S. B. Effects of self-esteem and academic performance on adolescent decision making: an examination of early sexual intercourse and illegal substance use. **J Adolesc Health**, v. 47, n. 6, p. 582-590, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries**. Geneva: WHO, 2011. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preventing_early_pregnancy/en/index.html. Acesso em: 22 Out 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global School-based Student Health Survey. Guyana 2010 Fact Sheet**. Geneva: WHO, 2010. Disponível em http://www.who.int/chp/gshs/Guyana_2010_GSHS_FS.pdf. Acesso em: 6 Fev 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Inequalities in Young People's Health**. Health Behaviour in School-Aged Children. International Report from the 2005/2006 Survey. Copenhagen: WHO, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Inequalities in young people's health**. Health Behavior in School-Aged Children. International Report from 2005-2006. Health Police for Children and Adolescents, n. 5. Geneva: WHO, 2008.

YOUNG, R.; SWEETING, H.; WEST, P. A longitudinal study of alcohol use and antisocial behaviour in young people. **Alcohol**, v. 43, p. 204-214, 2008.

YOUNGBLADE, L.M., et al. Risk and promotive factors in families, schools, and communities: a contextual model of positive youth development in adolescence. **Pediatrics**, v. 119, Suppl 1, p. 47-53, 2007.

ANEXOS

ANEXO1



**SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
NÚCLEO REGIONAL DE EDUCAÇÃO FOZ DO IGUAÇU – PARANÁ**

Foz do Iguaçu, 22 de junho de 2016.

AUTORIZAÇÃO:

Autorizamos o Sr. Rafael Soares Corrêa desenvolver, em colégios estaduais de Foz do Iguaçu, o Projeto de Pesquisa sobre Vulnerabilidade em saúde na região de Fronteira e Promoção de Habilidades Sociais em Adolescentes apresentado ao Programa de Pós Graduação – Stricto Sensu – Nível de Mestrado – Saúde Pública em Região de Fronteira da Universidade do Oeste do Paraná – UNIOESTE, sob orientação da prof. Phd. Ana Maria de Almeida.

Entretanto, caberá à Direção, Equipe Pedagógica e professores a definição da melhor forma de atendimento.

Ivone A. Perez Müller.
Chefe do NRE de Foz do Iguaçu.



Rua Quilombo São Carlos, 429 – Centro – CEP 85851-130 – Fone: (41) 3530-4000 – Foz do Iguaçu - PR

ANEXO 2



AUTORIZAÇÃO

Autorizo a realização no IFPR Campus Foz do Iguaçu da pesquisa e intervenção intitulada "VULNERABILIDADE EM SAÚDE NA REGIÃO DE FRONTEIRA E PROMOÇÃO DE HABILIDADES SOCIAIS EM ADOLESCENTES" sob responsabilidade do Psicólogo Rafael Soares Correa e orientada pela Profª Phd. Ana Maria de Almeida, condicionada à aprovação da mesma por um Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos e acompanhada pela equipe multidisciplinar do Campus.

Foz do Iguaçu, 26 de junho de 2016

Roseli Bernardete Dahlem
Direção Geral

Roseli Bernardete Dahlem
Diretora Geral
INSTITUTO FEDERAL DO PARANÁ
Campus Foz do Iguaçu
SIAPE Nº-1792286

Solicitar que contate o Psicólogo Educacional, Gustavo Lehal, do Campus Foz do Iguaçu para acompanhar essa pesquisa junto ao Campus

ANEXO 3

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
OESTE DO PARANÁ/
UNIOESTE - CENTRO DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VULNERABILIDADE EM SAÚDE NA REGIÃO DE FRONTEIRA E PROMOÇÃO DE HABILIDADES SOCIAIS EM ADOLESCENTES

Pesquisador: Rafael Soares Corrêa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58652016.7.0000.0107

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.836.148

Apresentação do Projeto:

É um Estudo descritivo de corte transversal que será desenvolvido na cidade de Foz de Iguaçu. Os participantes do estudo serão adolescentes de 15 a 17 anos de idade do ensino médio e técnico de colégios da rede pública de ensino na cidade de Foz do Iguaçu – Paraná - Brasil. Está sendo considerado uma amostra de 743 alunos, matriculados em 40 salas de aula de 29 colégios no ano de 2016.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a relação entre a vulnerabilidade em saúde na região de fronteira e a promoção das habilidades sociais em adolescentes matriculados no ensino médio e técnico de colégios da rede pública de ensino de uma região de tríplice fronteira.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O presente estudo apresenta riscos mínimos para os participantes, considerando que eles podem se sentir constrangidos em responder questões relacionadas à vulnerabilidade social e em saúde.

Benefícios:

Este estudo apresenta benefícios para o desenvolvimento de habilidades sociais diante de

Endereço: UNIVERSITARIA

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3272

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
OESTE DO PARANÁ/
UNIOESTE - CENTRO DE



Continuação do Parecer: 1.836.148

condições de vulnerabilidade em adolescentes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Por se tratar de menores de idade, será solicitado autorização dos pais e/ou responsáveis.

Pesquisa de cunho científico,

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos anexados

Recomendações:

Projeto pode ser aprovado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_770605.pdf	21/09/2016 16:20:47		Aceito
Outros	manualdereinamentodecoletadedados.docx	21/09/2016 16:20:22	Rafael Soares Corrêa	Aceito
Outros	pense2015questionarioaluno.pdf	21/09/2016 16:19:27	Rafael Soares Corrêa	Aceito
Outros	ihsadelprete.docx	21/09/2016 16:17:49	Rafael Soares Corrêa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaraaopesquisador.pdf	21/09/2016 16:17:08	Rafael Soares Corrêa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaraaooautorizazao.pdf	21/09/2016 16:14:40	Rafael Soares Corrêa	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto1.pdf	05/08/2016 13:38:20	Ana Maria de Almeida	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	recursofinanceiro.doc	05/08/2016 13:38:09	Ana Maria de Almeida	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.doc	05/08/2016 13:36:44	Ana Maria de Almeida	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	05/08/2016 11:51:59	Ana Maria de Almeida	Aceito

Endereço: UNIVERSITARIA

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3272

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
OESTE DO PARANÁ/
UNIOESTE - CENTRO DE



Continuação do Parecer: 1.836.148

Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizacaoPesquisaNREFozIguacu.pdf	05/08/2016 11:51:41	Ana Maria de Almeida	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizacaoPesquisaFPRFozdoIguacu.pdf	05/08/2016 11:48:50	Ana Maria de Almeida	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetovulnerabilidade.pdf	05/08/2016 11:46:12	Ana Maria de Almeida	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CASCADEL, 25 de Novembro de 2016

Assinado por:

Fausto José da Fonseca Zamboni
(Coordenador)

Endereço: UNIVERSITARIA

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCADEL

Telefone: (45)3220-3272

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

ANEXO 4**QUESTIONÁRIO PENSE 2015 – DO ALUNO**

B00001

DATA DA PESQUISA (variavel preenchida pelo tecnico do IBGE)

B00002

MUNICIPIO (variavel selecionada pelo tecnico do IBGE)

B00003

BAIRRO (variavel selecionada pelo tecnico do IBGE)

B00004

NOME DA ESCOLA (variavel escolhida pelo tecnico do IBGE)

B00005

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

B00006

IDENTIFICACAO DA TURMA (variavel selecionada pelo tecnico do IBGE)

B00007

O aluno precisa ser auxiliado para a marcacao dos quesitos?

 Sim Não**B0. INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA**

Este questionario que voce ira responder faz parte de uma pesquisa feita pelo IBGE em parceria com o Ministerio da Saude (MS) e o Ministerio da Educacao (MEC), que esta sendo realizada em todo o pais, com o objetivo de conhecer alguns aspectos importantes da saúde dos(as) adolescentes brasileiros(as).

Voce nao sera identificado(a), suas respostas serao sigilosas. Apenas o resultado geral da pesquisa sera divulgado. Nao existem respostas certas ou erradas. Responda com atencao, pois suas respostas sao muito importantes para o conhecimento de aspectos da saude dos jovens brasileiros.

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

 Sim Nao

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
 12 anos
 13 anos
 14 anos
 15 anos
 16 anos
 17 anos
 18 anos
 19 anos ou mais

B01004

04. Qual é o mês do seu aniversário?

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

B01005

05. Em que ano você nasceu?

- Antes de 1994
 1994
 1995
 1996
 1997
 1998

- 1999
- 2000
- 2001 ou mais

B01006

06. Voce mora com sua mae?

- Sim Nao

B01007

07. Voce mora com seu pai?

- Sim Nao

B01008

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

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

B01009

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

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

B01010

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

B01011

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

- Sim Nao

B01012

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

- Sim Nao

B01013

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

- Sim Nao

B01014

14. Voce tem celular?

Sim Nao

B01015

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

Sim Nao

B01016

16. Voce tem acesso a internet em sua casa?

Sim Nao

B01017

17. Alguem que mora na sua casa tem carro?

Sim Nao

B01018

18. Alguem que mora na sua casa tem moto?

Sim Nao

B01019

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

Nao tem banheiro com chuveiro dentro da minha casa

1 banheiro

2 banheiros

3 banheiros

4 banheiros ou mais

B01020

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

Sim Não

B2. ALIMENTAÇÃO

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

B02001

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

Nao comi feijao nos ultimos sete dias

1 dia nos ultimos sete dias

2 dias nos ultimos sete dias

3 dias nos ultimos sete dias

4 dias nos ultimos sete dias

5 dias nos ultimos sete dias

6 dias nos ultimos sete dias

Todos os dias nos ultimos sete dias

B02002

02. NOS ULTIMOS 7 DIAS, em quantos dias voce comeu salgados fritos? Exemplo: batata

frita (sem contar a batata de pacote) ou salgados fritos como coxinha de galinha, quibe frito, pastel frito, acaraje, etc.

- 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 ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu hambúrguer, salsicha, mortadela, salame, presunto, nuggets ou linguica?

- 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 ÚLTIMOS 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 inclui batata eaipim (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 ÚLTIMOS 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 ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu legumes ou verduras cozidos na

comida, inclusive sopa? Exemplo: couve, abobora, chuchu, brocolis, espinafre, cenoura, etc. Nao inclua batata e aipim (mandioca/macaxeira).

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

B02007

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

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

B02008

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

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

B02009

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

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

B02010

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

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

B02011

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

- Nao comi frutas frescas ou salada de frutas nos ultimos sete dias
- 1 dia nos ultimos sete dias
- 2 dias nos ultimos sete dias
- 3 dias nos ultimos sete dias
- 4 dias nos ultimos sete dias
- 5 dias nos ultimos sete dias
- 6 dias nos ultimos sete dias
- Todos os dias nos ultimos sete dias

B02012

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

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

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

B02013

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

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

B02014

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

- Nao comi salada crua ontem

- No almoco de ontem
- No jantar de ontem
- No almoco e no jantar de ontem

B02015

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

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

B02016

16. Ontem, quantas vezes voce comeu frutas frescas?

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

B02017

17. Voce costuma almoçar ou jantar - com sua mae, pai ou responsavel?

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

B02018

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

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

B02019

19. Voce costuma tomar o cafe da manha?

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

B02020

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

- A minha escola nao oferece comida
- Nao, nao 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 proximas questoes falam sobre atividade fisica, que pode ser feita ao praticar esportes, brincar com os amigos ou caminhar ate a escola. Alguns exemplos de atividade fisica sao: correr, andar de bicicleta, dançar, jogar futebol, voleibol, basquete, handebol, nadar, andar de skate, etc.

B03001

01. NOS ULTIMOS 7 DIAS, em quantos dias voce foi ou voltou a pe ou de bicicleta para a escola? (Nao considerar garupa ou bicicleta eletrica)

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

B03002

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

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

B03003

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

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

B03004

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

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

B03005

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

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

B03006

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

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

B03007

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

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

B03008

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

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

B03009

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

- Nao assisto a TV

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

B03010

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

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

B03011

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

B4. USO DE CIGARRO

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

B04001

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

- Sim Nao

B04002

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

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

B04003

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

- Nunca fumei

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

B04004

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

- Nunca fumei
- Nao fumei nos ultimos 12 meses
- Sim
- Nao

B04005

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

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

B04006

06. Qual de seus pais ou responsaveis fuma?

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

B04007

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

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

B04008

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

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

B5. ÁLCOOL

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

B05001

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

 Sim Não

B05002

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

 Sim Nao

B05003

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

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

B05004

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

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

B05005

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

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

B05006

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

- 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 bebado(a)?

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

B05008

08. Qual seria a reação de sua família, se você chegasse em casa bebado(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, lolo, lança perfume, ecstasy, oxy, etc?

- Sim Não

B06002

02. Que idade você tinha quando usou droga tais como maconha, cocaína, crack, cola, lolo, 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, lolo, 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 as aulas ou a 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
- As vezes
- Na maior parte do tempo
- Sempre

B07003

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

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

B07004

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

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

B07005

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

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

B07006

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

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

B07007

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

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

B07008

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

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

B07009

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

- Sim

B8. SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

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

B08001

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

- Sim Nao

B08002

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

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

B08003

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

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

B08004

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

- Sim Nao

B08005

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

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

B08006

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

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

B08007

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

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

B08008

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

- Sim Nao Nao sei

B08009

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

B08010

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

B9. SEGURANÇA

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

B09001

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

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

B09002

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

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

B09003

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

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

B09004

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

- Sim Nao

B09005

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

- Sim Nao

B09006

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

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

B09007

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

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

B09008

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

- 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 pescoco 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
- As vezes
- Na maioria das vezes
- Sempre

B10005

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

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

B10006

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

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

B11. IMAGEM CORPORAL

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

B11001

01. Quanto ao seu corpo, voce se considera:

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

B11002

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

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

B11003

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

- Sim Nao

B11004

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

- Sim Nao

B11005

05. NOS ULTIMOS 30 DIAS, voce tomou algum remedio, formula ou outro produto

para ganhar peso ou massa muscular sem acompanhamento medico?

- Sim Nao

B12. SAÚDE MENTAL

As questoes a seguir se referem aos seus sentimentos.

B12001

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

- Nunca
 Raramente
 As vezes
 Na maioria das vezes
 Sempre

B12002

02. Durante os ultimos 12 meses, com que frequencia voce nao conseguiu dormir a noite porque algo o(a) preocupava muito?

- Nunca
 Raramente
 As vezes
 Na maioria das vezes
 Sempre

B12003

03. Quantos amigos ou amigas proximos você tem?

- 0 (nenhum)
 1
 2
 3 ou mais

B13. USO DE SERVIÇO DE SAÚDE

As questoes a seguir tratam da procura e acesso aos servicos de saude

B13001

01. Nos ultimos 12 meses voce procurou algum servico ou profissional de saude para atendimento relacionado a propria saude?

- Sim Nao

B13002

02. NOS ULTIMOS 12 MESES, qual serviço de saude voce procurou mais frequentemente?

- Posto de Saude (Unidade Basica de Saude)
 Consultorio medico particular
 Consultorio odontologico
 Consultorio de outro profissional de saúde (fonoaudiologo, psicologo, etc.)
 Servico de especialidades medicas ou Policlínica
 Pronto-socorro ou emergencia
 Hospital
 Laboratorio ou clinica 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 a 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

APENDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O/ A seu/ sua filho(a) esta convidado para participar do Projeto Vulnerabilidade em saúde na região de fronteira e promoção de habilidades sociais em adolescentes que tem como objetivos identificar as condições de vulnerabilidade em adolescentes, identificar e realizar encontros para promoção de Habilidades Sociais em adolescentes na região de fronteira.

A realização do projeto terá como órgão executor o Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Pública em Região de Fronteira – Nível Mestrado, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, Campus Foz do Iguaçu, realizado pelo pesquisador responsável Rafael Soares Corrêa sob supervisão da Prof. Dra. Ana Maria de Almeida.

As atividades serão realizadas com alunos do ensino médio da rede pública de ensino do município de Foz do Iguaçu – Paraná - Brasil, sendo realizadas em 2 etapas: Etapa de diagnóstico através dos seguintes instrumentos Questionário de Pesquisa Nacional de Saúde od Escolar – PENSE/ (IBGE, 2015) e Inventário de Habilidades Sociais em Adolescentes – ISHA (DEL PRETTE, 2009).

As informações obtidas através das atividades realizadas serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre a participação de seu/sua filho(a). Os dados não serão divulgados de forma a divulgar a identificação de seu/sua filho(a).

A participação de seu/sua filho(a) será voluntária e gratuita. A pesquisa oferece riscos mínimo ao participante e o benefício relacionado à participação será aumentar o conhecimento a respeito dos temas abordados contribuindo para a construção de um desenvolvimento pessoal e social.

O/ A Sr.(a) receberá uma via deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador, podendo tirar suas duvidas sobre o projeto e sobre a participação de seu/sua filho(a) em qualquer momento da pesquisa. Av. Tarquínio Joslin dos Santos, 1300, Pólo Universitário, Foz do Iguaçu/ Paraná – CEP 85870-650. Fone (45) 35768185.

Prof. Dra. Ana Maria de Almeida

Professor Senior e Associado da Universidade de São Paulo Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Departamento de Enfermagem Materno -Infantil e Saúde Pública Enfermagem
Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Rafael Soares Corrêa

Pesquisador Responsável

Declaro estar ciente do teor deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e estou de acordo em autorizar meu/minha filho(a) a participar do Projeto Vulnerabilidade em saúde na região de fronteira e promoção de habilidades sociais em adolescentes.

Participante da pesquisa (responsável)

Foz do Iguaçu, 15/08/2016.

APENDICE B**TERMO DE ASSENTIMENTO**

Você está sendo convidado para participar do Projeto Vulnerabilidade em saúde na região de fronteira e promoção de habilidades sociais em adolescentes que tem como objetivos identificar as condições de vulnerabilidade em adolescentes, identificar e realizar encontros para promoção de Habilidades Sociais em adolescentes na região de fronteira.

A realização do projeto terá como órgão executor o Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Pública em Região de Fronteira – Nível Mestrado, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, Campus Foz do Iguaçu, sendo realizado pelo pesquisador Rafael Soares Corrêa sob supervisão da Prof. PhD. Ana Maria de Almeida.

As atividades serão realizadas com alunos do ensino médio da rede pública de ensino do município de Foz do Iguaçu – Paraná - Brasil, sendo realizadas em 2 etapas: Etapa de diagnóstico através dos seguintes instrumentos Questionário de Pesquisa Nacional de Saúde od Escolar – PENSE/ (IBGE, 2015) e Inventário de Habilidades Sociais em Adolescentes – ISHA (DEL PRETTE, 2009) e Etapa de intervenção através de 04 (quatro) encontros com os temas: feedback, empatia, leitura de contexto e solução de problemas

As informações obtidas através das atividades realizadas serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a divulgar sua identificação.

A sua participação será voluntária e gratuita. A pesquisa oferece riscos mínimos ao participante e o benefício relacionado a sua participação será aumentar o conhecimento a respeito dos temas abordados contribuindo para a construção de um desenvolvimento pessoal e social.

Você receberá uma via deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador, podendo tirar suas duvidas sobre o projeto e sua participação em qualquer momento da pesquisa. Av. Tarquínio Joslin dos Santos, 1300, Pólo Universitário, Foz do Iguaçu/ Paraná – CEP 85870-650. Fone (45) 35768185.

Prof. Dra. Ana Maria de Almeida

Professor Senior e Associado da Universidade de São Paul Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Departamento de Enfermagem Materno -Infantil e Saúde Pública Enfermagem
Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Rafael Soares Corrêa

Pesquisador Responsável

Declaro estar ciente do teor deste Termo de Assentimento e estou de acordo em participar do Projeto Vulnerabilidade em saúde na região de fronteira e promoção de habilidades sociais em adolescentes.

Participante da pesquisa

Foz do Iguaçu, 22\08\2016.

APENDICE C

Escolas, salas de aula e número de alunos existentes na população de interesse em Foz do Iguaçu - PR-Brasil.

COD	ESCOLAS PÚBLICAS	TURMA/SALA	ALUNOS
1	ALMIRO SARTORI, C E-EF M	8	249
2	ARNALDO BUSATTO, C E DR-EF M	17	653
3	AYRTON SENNA DA SILVA, C E-EF M	12	417
4	BARTOLOMEU MITRE, C E-EF M	14	525
5	CARIMA, C E-EF M	3	68
6	CARLOS DRUMMOND DE ANDRADE, C E-EF M	7	232
7	CARMELITA S DIAS, C E PROFA-EF M	9	291
8	CASTELO BRANCO, C E PRES-EF M	8	269
9	CATARATAS DO IGUAÇU, C E-EF M	10	375
10	CENTRO EST EDUC PROFIS MANOEL M PENA	6	211
11	COSTA E SILVA, C E PRES-EF M	7	239
12	FLAVIO WARKEN, C E PROF-EF M PROF	13	511
13	GUILHERME, C E MONS-EF M PROF	4	120
14	GUSTAVO D DA SILVA, C E-EF M	7	194
16	INSTITUTO FEDERAL	6	218
15	IPE ROXO, C E-EF M	7	247
17	JORGE SCHIMMELPFENG, C E-EF M P	12	429
18	JUSCELINO K DE OLIVEIRA, C E-EF M	11	428
19	MARIANO C PAGANOTO, C E PROF-EF M	12	391
20	PAULO FREIRE, C E-EF M	11	394
21	PEDRO II, C E DOM-EF M	15	523
22	PIONEIROS, C E-EF M	6	188
23	RIO BRANCO, C E BAR DO-EF M N PROF	8	288
24	SOL DE MAIO, C E-EF M PROF	7	230
25	TAMANDARE, C E ALM-EF M	13	474
26	TANCREDO DE A NEVES, C E-EF M	12	374
27	TARQUINIO SANTOS, C E-EF M	9	285
28	TRES FRONTEIRAS, C E-EF M	12	432
29	ULYSSES GUIMARAES, C E-EF M PROF	15	465
	TOTAL	281	9720

APENDICE D

Escolas, salas de aula, número de alunos por sala e designação dos clusters considerados na amostra em Foz do Iguaçu, - PR-Brasil.

N	ESCOLA	SÉRIE	TURMA	TURNO	NÚMERO DE ALUNOS	NUMERO ACUMULADO	CLUSTER SORTEADO
1	ALMIRO SARTORI, C E-EF M	1º	A	MATUTINO	31	31	SIM
1	ALMIRO SARTORI, C E-EF M	1º	B	MATUTINO	32	63	NÃO
1	ALMIRO SARTORI, C E-EF M	2º	A	MATUTINO	40	103	NÃO
1	ALMIRO SARTORI, C E-EF M	3º	A	MATUTINO	32	135	NÃO
1	ALMIRO SARTORI, C E-EF M	1º	A	NOTURNO	36	171	NÃO
1	ALMIRO SARTORI, C E-EF M	2º	A	NOTURNO	34	205	NÃO
1	ALMIRO SARTORI, C E-EF M	3º	A	NOTURNO	22	227	NÃO
1	ALMIRO SARTORI, C E-EF M	3º	B	NOTURNO	22	249	NÃO
2	ARNALDO BUSATTO, C E DR-EF M	1º	A	MATUTINO	37	286	SIM
2	ARNALDO BUSATTO, C E DR-EF M	1º	B	MATUTINO	37	323	NÃO
2	ARNALDO BUSATTO, C E DR-EF M	1º	C	MATUTINO	36	359	NÃO
2	ARNALDO BUSATTO, C E DR-EF M	1º	D	MATUTINO	37	396	NÃO
2	ARNALDO BUSATTO, C E DR-EF M	2º	A	MATUTINO	27	423	NÃO
2	ARNALDO BUSATTO, C E DR-EF M	2º	B	MATUTINO	27	450	NÃO
2	ARNALDO BUSATTO, C E DR-EF M	2º	C	MATUTINO	29	479	NÃO
2	ARNALDO BUSATTO, C E DR-EF M	3º	A	MATUTINO	36	515	NÃO
2	ARNALDO BUSATTO, C E DR-EF M	3º	B	MATUTINO	36	551	SIM
2	ARNALDO BUSATTO, C E DR-EF M	1º	A	NOTURNO	43	594	NÃO
2	ARNALDO BUSATTO, C E DR-EF M	1º	B	NOTURNO	43	637	NÃO
2	ARNALDO BUSATTO, C E DR-EF M	1º	C	NOTURNO	43	680	NÃO
2	ARNALDO BUSATTO, C E DR-EF M	2º	A	NOTURNO	40	720	NÃO
2	ARNALDO BUSATTO, C E DR-EF M	2º	B	NOTURNO	40	760	SIM
2	ARNALDO BUSATTO, C E DR-EF M	2º	C	NOTURNO	41	801	NÃO
2	ARNALDO BUSATTO, C E DR-EF M	3º	A	NOTURNO	50	851	NÃO
2	ARNALDO BUSATTO, C E DR-EF M	3º	B	NOTURNO	51	902	NÃO
3	AYRTON SENNA DA SILVA, C E-EF M	1º	A	MATUTINO	32	934	NÃO
3	AYRTON SENNA DA SILVA, C E-EF M	1º	B	MATUTINO	32	966	NÃO
3	AYRTON SENNA DA SILVA, C E-EF M	1º	C	MATUTINO	32	998	SIM
3	AYRTON SENNA DA SILVA, C E-EF M	1º	D	MATUTINO	30	1028	NÃO
3	AYRTON SENNA DA SILVA, C E-EF M	2º	A	MATUTINO	39	1067	NÃO
3	AYRTON SENNA DA SILVA, C E-EF M	2º	B	MATUTINO	40	1107	NÃO
3	AYRTON SENNA DA SILVA, C E-EF M	3º	A	MATUTINO	36	1143	NÃO
3	AYRTON SENNA DA SILVA, C E-EF M	1º	A	NOTURNO	35	1178	NÃO
3	AYRTON SENNA DA SILVA, C E-EF M	2º	A	NOTURNO	36	1214	NÃO
3	AYRTON SENNA DA SILVA, C E-EF M	2º	B	NOTURNO	36	1250	SIM
3	AYRTON SENNA DA SILVA, C E-EF M	3º	A	NOTURNO	34	1284	NÃO
3	AYRTON SENNA DA SILVA, C E-EF M	3º	B	NOTURNO	35	1319	NÃO
4	BARTOLOMEU MITRE, C E-EF M	1º	A	MATUTINO	39	1358	NÃO
4	BARTOLOMEU MITRE, C E-EF M	1º	B	MATUTINO	39	1397	NÃO
4	BARTOLOMEU MITRE, C E-EF M	1º	C	MATUTINO	39	1436	NÃO
4	BARTOLOMEU MITRE, C E-EF M	1º	D	MATUTINO	38	1474	NÃO
4	BARTOLOMEU MITRE, C E-EF M	2º	A	MATUTINO	34	1508	SIM
4	BARTOLOMEU MITRE, C E-EF M	2º	B	MATUTINO	35	1543	NÃO
4	BARTOLOMEU MITRE, C E-EF M	2º	C	MATUTINO	34	1577	NÃO
4	BARTOLOMEU MITRE, C E-EF M	2º	D	MATUTINO	34	1611	NÃO

4	BARTOLOMEU MITRE, C E-EF M	3º	A	MATUTINO	35	1646	NÃO
4	BARTOLOMEU MITRE, C E-EF M	3º	B	MATUTINO	35	1681	NÃO
4	BARTOLOMEU MITRE, C E-EF M	3º	C	MATUTINO	36	1717	NÃO
4	BARTOLOMEU MITRE, C E-EF M	1º	A	NOTURNO	41	1758	SIM
4	BARTOLOMEU MITRE, C E-EF M	2º	A	NOTURNO	45	1803	NÃO
4	BARTOLOMEU MITRE, C E-EF M	3º	A	NOTURNO	41	1844	NÃO
5	CARIMA, C E-EF M	1º	A	NOTURNO	26	1870	NÃO
5	CARIMA, C E-EF M	2º	A	NOTURNO	20	1890	NÃO
5	CARIMA, C E-EF M	3º	A	NOTURNO	22	1912	NÃO
6	CARLOS DRUMMOND DE ANDRADE, C E-EF M	1º	A	NOTURNO	32	1944	NÃO
6	CARLOS DRUMMOND DE ANDRADE, C E-EF M	1º	B	NOTURNO	32	1976	SIM
6	CARLOS DRUMMOND DE ANDRADE, C E-EF M	1º	C	NOTURNO	31	2007	NÃO
6	CARLOS DRUMMOND DE ANDRADE, C E-EF M	2º	A	NOTURNO	33	2040	NÃO
6	CARLOS DRUMMOND DE ANDRADE, C E-EF M	2º	B	NOTURNO	33	2073	NÃO
6	CARLOS DRUMMOND DE ANDRADE, C E-EF M	3º	A	NOTURNO	35	2108	NÃO
6	CARLOS DRUMMOND DE ANDRADE, C E-EF M	3º	B	NOTURNO	36	2144	NÃO
7	CARMELITA S DIAS, C E PROFA-EF M	1º	A	MATUTINO	32	2176	NÃO
7	CARMELITA S DIAS, C E PROFA-EF M	1º	B	MATUTINO	32	2208	NÃO
7	CARMELITA S DIAS, C E PROFA-EF M	2º	A	MATUTINO	23	2231	NÃO
7	CARMELITA S DIAS, C E PROFA-EF M	2º	B	MATUTINO	24	2255	NÃO
7	CARMELITA S DIAS, C E PROFA-EF M	3º	A	MATUTINO	29	2284	NÃO
7	CARMELITA S DIAS, C E PROFA-EF M	1º	A	NOTURNO	38	2322	NÃO
7	CARMELITA S DIAS, C E PROFA-EF M	2º	A	NOTURNO	48	2370	NÃO
7	CARMELITA S DIAS, C E PROFA-EF M	3º	A	NOTURNO	32	2402	NÃO
7	CARMELITA S DIAS, C E PROFA-EF M	3º	B	NOTURNO	33	2435	NÃO
8	CASTELO BRANCO, C E PRES-EF M	1º	A	MATUTINO	33	2468	SIM
8	CASTELO BRANCO, C E PRES-EF M	1º	B	MATUTINO	31	2499	SIM
8	CASTELO BRANCO, C E PRES-EF M	1º	C	NOTURNO	35	2534	NÃO
8	CASTELO BRANCO, C E PRES-EF M	2º	A	MATUTINO	28	2562	NÃO
8	CASTELO BRANCO, C E PRES-EF M	2º	B	MATUTINO	27	2589	NÃO
8	CASTELO BRANCO, C E PRES-EF M	2º	C	NOTURNO	35	2624	NÃO
8	CASTELO BRANCO, C E PRES-EF M	3º	A	MAUTINO	35	2659	NÃO
8	CASTELO BRANCO, C E PRES-EF M	3º	B	MATUTINO	45	2704	SIM
9	CATARATAS DO IGUACU, C E-EF M	1º	A	MATUTINO	37	2741	NÃO
9	CATARATAS DO IGUACU, C E-EF M	1º	B	MATUTINO	38	2779	NÃO
9	CATARATAS DO IGUACU, C E-EF M	2º	A	MATUTINO	37	2816	NÃO
9	CATARATAS DO IGUACU, C E-EF M	3º	A	MATUTINO	38	2854	NÃO
9	CATARATAS DO IGUACU, C E-EF M	1º	A	NOTURNO	38	2892	NÃO
9	CATARATAS DO IGUACU, C E-EF M	1º	B	NOTURNO	38	2930	NÃO
9	CATARATAS DO IGUACU, C E-EF M	2º	A	NOTURNO	38	2968	SIM
9	CATARATAS DO IGUACU, C E-EF M	2º	B	NOTURNO	39	3007	NÃO
9	CATARATAS DO IGUACU, C E-EF M	3º	A	NOTURNO	36	3043	NÃO
9	CATARATAS DO IGUACU, C E-EF M	3º	B	NOTURNO	36	3079	NÃO
10	CENTRO EST EDUC PROFIS MANOEL M PENA	1	TEC	NOTURNO	49	3128	NÃO
10	CENTRO EST EDUC PROFIS MANOEL M PENA	2	TEC	NOTURNO	46	3174	NÃO
10	CENTRO EST EDUC PROFIS MANOEL M PENA	3	TEC	NOTURNO	14	3188	SIM
10	CENTRO EST EDUC PROFIS MANOEL M PENA	1	RH	NOTURNO	47	3235	NÃO
10	CENTRO EST EDUC PROFIS MANOEL M PENA	2	RH	NOTURNO	30	3265	NÃO
10	CENTRO EST EDUC PROFIS MANOEL M PENA	2	COM	NOTURNO	25	3290	NÃO
11	COSTA E SILVA, C E PRES-EF M	1º	A	MATUTINO	32	3322	NÃO
11	COSTA E SILVA, C E PRES-EF M	1º	B	MATUTINO	32	3354	NÃO
11	COSTA E SILVA, C E PRES-EF M	2º	A	MATUTINO	28	3382	NÃO
11	COSTA E SILVA, C E PRES-EF M	3º	A	MATUTINO	31	3413	NÃO
11	COSTA E SILVA, C E PRES-EF M	1º	A	NOTURNO	40	3453	SIM

11	COSTA E SILVA, C E PRES-EF M	2º	A	NOTURNO	39	3492	NÃO
11	COSTA E SILVA, C E PRES-EF M	3º	A	NOTURNO	37	3529	NÃO
13	FLAVIO WARKEN, C E PROF-EF M PROF	1º	A	MATUTINO	41	3570	NÃO
13	FLAVIO WARKEN, C E PROF-EF M PROF	1º	B	MATUTINO	39	3609	NÃO
13	FLAVIO WARKEN, C E PROF-EF M PROF	1º	C	NOTURNO	47	3656	NÃO
13	FLAVIO WARKEN, C E PROF-EF M PROF	1º	D	NOTURNO	57	3713	SIM
13	FLAVIO WARKEN, C E PROF-EF M PROF	2º	A	MATUTINO	37	3750	NÃO
13	FLAVIO WARKEN, C E PROF-EF M PROF	2º	B	MATUTINO	35	3785	NÃO
13	FLAVIO WARKEN, C E PROF-EF M PROF	2º	C	NOTURNO	29	3814	NÃO
13	FLAVIO WARKEN, C E PROF-EF M PROF	2º	D	NOTURNO	32	3846	NÃO
13	FLAVIO WARKEN, C E PROF-EF M PROF	2º	E	NOTURNO	34	3880	NÃO
13	FLAVIO WARKEN, C E PROF-EF M PROF	3º	A	MATUTINO	42	3922	SIM
13	FLAVIO WARKEN, C E PROF-EF M PROF	3º	B	MATUTINO	42	3964	NÃO
13	FLAVIO WARKEN, C E PROF-EF M PROF	3º	C	NOTURNO	39	4003	NÃO
13	FLAVIO WARKEN, C E PROF-EF M PROF	3º	D	NOTURNO	37	4040	NÃO
12	GUILHERME, C E MONS-EF M PROF	1º	A	MATUTINO	30	4070	NÃO
12	GUILHERME, C E MONS-EF M PROF	1º	B	MATUTINO	21	4091	NÃO
12	GUILHERME, C E MONS-EF M PROF	2º	A	MATUTINO	32	4123	NÃO
12	GUILHERME, C E MONS-EF M PROF	3º	A	MATUTINO	37	4160	SIM
13	GUSTAVO D DA SILVA, C E-EF M	1º	A	MATUTINO	37	4197	NÃO
13	GUSTAVO D DA SILVA, C E-EF M	1º	B	MATUTINO	20	4217	NÃO
13	GUSTAVO D DA SILVA, C E-EF M	2º	A	MATUTINO	24	4241	NÃO
13	GUSTAVO D DA SILVA, C E-EF M	2º	B	NOTURNO	23	4264	NÃO
13	GUSTAVO D DA SILVA, C E-EF M	2º	C	NOTURNO	34	4298	NÃO
13	GUSTAVO D DA SILVA, C E-EF M	3º	A	MATUTINO	26	4324	NÃO
13	GUSTAVO D DA SILVA, C E-EF M	3º	B	NOTURNO	30	4354	NÃO
14	INSTITUTO FEDERAL	TE 2014		MATUTINO	29	4383	NÃO
14	INSTITUTO FEDERAL	TE 2015		MATUTINO	34	4417	SIM
14	INSTITUTO FEDERAL	TE 2016		MATUTINO	44	4461	NÃO
14	INSTITUTO FEDERAL	TI 2014		MATUTINO	33	4494	NÃO
14	INSTITUTO FEDERAL	TI 2015		MATUTINO	35	4529	NÃO
14	INSTITUTO FEDERAL	TI 2016		MATUTINO	43	4572	NÃO
15	IPE ROXO, C E-EF M	1º	A	MATUTINO	37	4609	NÃO
15	IPE ROXO, C E-EF M	1º	B	MATUTINO	37	4646	SIM
15	IPE ROXO, C E-EF M	1º	A	NOTURNO	33	4679	NÃO
15	IPE ROXO, C E-EF M	2	A	NOTURNO	32	4711	NÃO
15	IPE ROXO, C E-EF M	2	B	NOTURNO	33	4744	NÃO
15	IPE ROXO, C E-EF M	2	C	NOTURNO	32	4776	NÃO
15	IPE ROXO, C E-EF M	3	A	NOTURNO	43	4819	NÃO
16	JORGE SCHIMMELPFENG, C E-EF M P	1º	A	MATUTINO	33	4852	NÃO
16	JORGE SCHIMMELPFENG, C E-EF M P	1º	B	MATUTINO	35	4887	SIM
16	JORGE SCHIMMELPFENG, C E-EF M P	1º	C	NOTURNO	37	4924	NÃO
16	JORGE SCHIMMELPFENG, C E-EF M P	1º	D	NOTURNO	33	4957	NÃO
16	JORGE SCHIMMELPFENG, C E-EF M P	1º	E	NOTURNO	29	4986	NÃO
16	JORGE SCHIMMELPFENG, C E-EF M P	2º	A	MATUTINO	34	5020	NÃO
16	JORGE SCHIMMELPFENG, C E-EF M P	2º	B	MATUTINO	36	5056	NÃO
16	JORGE SCHIMMELPFENG, C E-EF M P	2º	C	NOTURNO	40	5096	NÃO
16	JORGE SCHIMMELPFENG, C E-EF M P	2º	D	NOTURNO	40	5136	SIM
16	JORGE SCHIMMELPFENG, C E-EF M P	3º	A	NOTURNO	37	5173	NÃO
16	JORGE SCHIMMELPFENG, C E-EF M P	3º	B	NOTURNO	37	5210	NÃO
16	JORGE SCHIMMELPFENG, C E-EF M P	3º	C	NOTURNO	38	5248	NÃO
17	JUSCELINO K DE OLIVEIRA, C E-EF M	1º	A	MATUTINO	44	5292	NÃO
17	JUSCELINO K DE OLIVEIRA, C E-EF M	1º	B	MATUTINO	45	5337	NÃO
17	JUSCELINO K DE OLIVEIRA, C E-EF M	2º	A	MATUTINO	39	5376	SIM

17	JUSCELINO K DE OLIVEIRA, C E-EF M	3º	A	MATUTINO	41	5417	NÃO
17	JUSCELINO K DE OLIVEIRA, C E-EF M	1º	A	NOTURNO	35	5452	NÃO
17	JUSCELINO K DE OLIVEIRA, C E-EF M	1º	B	NOTURNO	35	5487	NÃO
17	JUSCELINO K DE OLIVEIRA, C E-EF M	1º	C	NOTURNO	35	5522	NÃO
17	JUSCELINO K DE OLIVEIRA, C E-EF M	2º	A	NOTURNO	43	5565	NÃO
17	JUSCELINO K DE OLIVEIRA, C E-EF M	2º	B	NOTURNO	43	5608	NÃO
17	JUSCELINO K DE OLIVEIRA, C E-EF M	3º	A	NOTURNO	34	5642	SIM
17	JUSCELINO K DE OLIVEIRA, C E-EF M	3º	B	NOTURNO	34	5676	NÃO
18	MARIANO C PAGANOTO, C E PROF-EF M	1º	A	MATUTINO	30	5706	NÃO
18	MARIANO C PAGANOTO, C E PROF-EF M	1º	B	MATUTINO	31	5737	NÃO
18	MARIANO C PAGANOTO, C E PROF-EF M	2º	A	MATUTINO	33	5770	NÃO
18	MARIANO C PAGANOTO, C E PROF-EF M	1º	A	NOTURNO	32	5802	NÃO
18	MARIANO C PAGANOTO, C E PROF-EF M	1º	B	NOTURNO	33	5835	NÃO
18	MARIANO C PAGANOTO, C E PROF-EF M	1º	C	NOTURNO	32	5867	SIM
18	MARIANO C PAGANOTO, C E PROF-EF M	2º	A	NOTURNO	35	5902	NÃO
18	MARIANO C PAGANOTO, C E PROF-EF M	2º	B	NOTURNO	35	5937	NÃO
18	MARIANO C PAGANOTO, C E PROF-EF M	2º	C	NOTURNO	34	5971	NÃO
18	MARIANO C PAGANOTO, C E PROF-EF M	3º	A	NOTURNO	32	6003	NÃO
18	MARIANO C PAGANOTO, C E PROF-EF M	3º	B	NOTURNO	32	6035	NÃO
18	MARIANO C PAGANOTO, C E PROF-EF M	3º	C	NOTURNO	32	6067	NÃO
19	PAULO FREIRE, C E-EF M	1º	A	MATUTINO	39	6106	SIM
19	PAULO FREIRE, C E-EF M	1º	B	MATUTINO	39	6145	NÃO
19	PAULO FREIRE, C E-EF M	1º	C	MATUTINO	39	6184	NÃO
19	PAULO FREIRE, C E-EF M	2º	A	MATUTINO	32	6216	NÃO
19	PAULO FREIRE, C E-EF M	2º	B	MATUTINO	31	6247	NÃO
19	PAULO FREIRE, C E-EF M	3º	A	MATUTINO	32	6279	NÃO
19	PAULO FREIRE, C E-EF M	1º	A	NOTURNO	48	6327	NÃO
19	PAULO FREIRE, C E-EF M	2º	A	NOTURNO	34	6361	SIM
19	PAULO FREIRE, C E-EF M	2º	B	NOTURNO	34	6395	NÃO
19	PAULO FREIRE, C E-EF M	3º	A	NOTURNO	33	6428	NÃO
19	PAULO FREIRE, C E-EF M	3º	B	NOTURNO	33	6461	NÃO
20	PEDRO II, C E DOM-EF M	1º	A	MATUTINO	33	6494	NÃO
20	PEDRO II, C E DOM-EF M	1º	B	MATUTINO	33	6527	NÃO
20	PEDRO II, C E DOM-EF M	1º	C	MATUTINO	34	6561	NÃO
20	PEDRO II, C E DOM-EF M	2º	A	MATUTINO	36	6597	SIM
20	PEDRO II, C E DOM-EF M	2º	B	MATUTINO	37	6634	NÃO
20	PEDRO II, C E DOM-EF M	3º	A	MATUTINO	38	6672	NÃO
20	PEDRO II, C E DOM-EF M	1º	A	NOTURNO	35	6707	NÃO
20	PEDRO II, C E DOM-EF M	1º	B	NOTURNO	35	6742	NÃO
20	PEDRO II, C E DOM-EF M	1º	C	NOTURNO	35	6777	NÃO
20	PEDRO II, C E DOM-EF M	2º	A	NOTURNO	35	6812	NÃO
20	PEDRO II, C E DOM-EF M	2º	B	NOTURNO	35	6847	SIM
20	PEDRO II, C E DOM-EF M	2º	C	NOTURNO	34	6881	NÃO
20	PEDRO II, C E DOM-EF M	3º	A	NOTURNO	35	6916	NÃO
20	PEDRO II, C E DOM-EF M	3º	B	NOTURNO	34	6950	NÃO
20	PEDRO II, C E DOM-EF M	3º	C	NOTURNO	34	6984	NÃO
21	PIONEIROS, C E-EF M	1º	A	MATUTINO	29	7013	NÃO
21	PIONEIROS, C E-EF M	1º	B	MATUTINO	29	7042	NÃO
21	PIONEIROS, C E-EF M	1º	C	MATUTINO	29	7071	SIM
21	PIONEIROS, C E-EF M	2º	A	MATUTINO	33	7104	NÃO
21	PIONEIROS, C E-EF M	2º	B	MATUTINO	33	7137	NÃO
21	PIONEIROS, C E-EF M	3º	A	MATUTINO	35	7172	NÃO
22	RIO BRANCO, C E BAR DO-EF M N PROF	1º	A	MATUTINO	43	7215	NÃO
22	RIO BRANCO, C E BAR DO-EF M N PROF	1º	B	MATUTINO	38	7253	NÃO

22	RIO BRANCO, C E BAR DO-EF M N PROF	2º	A	MATUTINO	36	7289	NÃO
22	RIO BRANCO, C E BAR DO-EF M N PROF	2º	B	MATUTINO	39	7328	SIM
22	RIO BRANCO, C E BAR DO-EF M N PROF	2º	C	NOTURNO	35	7363	NÃO
22	RIO BRANCO, C E BAR DO-EF M N PROF	3º	A	MATUTINO	34	7397	NÃO
22	RIO BRANCO, C E BAR DO-EF M N PROF	3º	B	MATUTINO	32	7429	NÃO
22	RIO BRANCO, C E BAR DO-EF M N PROF	3º	C	NOTURNO	31	7460	NÃO
23	SOL DE MAIO, C E-EF M PROF	1º	A	MATUTINO	36	7496	NÃO
23	SOL DE MAIO, C E-EF M PROF	1º	B	MATUTINO	38	7534	NÃO
23	SOL DE MAIO, C E-EF M PROF	1º	C	NOTURNO	31	7565	SIM
23	SOL DE MAIO, C E-EF M PROF	1º	D	NOTURNO	33	7598	NÃO
23	SOL DE MAIO, C E-EF M PROF	2º	A	MATUTINO	31	7629	NÃO
23	SOL DE MAIO, C E-EF M PROF	2º	B	MATUTINO	31	7660	NÃO
23	SOL DE MAIO, C E-EF M PROF	2º	C	NOTURNO	30	7690	NÃO
24	TAMANDARE, C E ALM-EF M	1º	A	MATUTINO	35	7725	NÃO
24	TAMANDARE, C E ALM-EF M	1º	B	MATUTINO	35	7760	NÃO
24	TAMANDARE, C E ALM-EF M	1º	C	MATUTINO	36	7796	NÃO
24	TAMANDARE, C E ALM-EF M	1º	D	MATUTINO	37	7833	SIM
24	TAMANDARE, C E ALM-EF M	2º	A	MATUTINO	39	7872	NÃO
24	TAMANDARE, C E ALM-EF M	2º	B	MATUTINO	39	7911	NÃO
24	TAMANDARE, C E ALM-EF M	2º	C	MATUTINO	40	7951	NÃO
24	TAMANDARE, C E ALM-EF M	3º	A	MATUTINO	32	7983	NÃO
24	TAMANDARE, C E ALM-EF M	3º	B	MATUTINO	33	8016	NÃO
24	TAMANDARE, C E ALM-EF M	2º	A	NOTURNO	38	8054	SIM
24	TAMANDARE, C E ALM-EF M	2º	B	NOTURNO	38	8092	NÃO
24	TAMANDARE, C E ALM-EF M	3º	A	NOTURNO	36	8128	NÃO
24	TAMANDARE, C E ALM-EF M	3º	B	NOTURNO	36	8164	NÃO
25	TANCREDO DE A NEVES, C E-EF M	1º	A	MATUTINO	30	8194	NÃO
25	TANCREDO DE A NEVES, C E-EF M	1º	B	MATUTINO	30	8224	NÃO
25	TANCREDO DE A NEVES, C E-EF M	1º	C	MATUTINO	31	8255	NÃO
25	TANCREDO DE A NEVES, C E-EF M	2º	A	MATUTINO	28	8283	SIM
25	TANCREDO DE A NEVES, C E-EF M	2º	B	MATUTINO	28	8311	NÃO
25	TANCREDO DE A NEVES, C E-EF M	3º	A	MATUTINO	32	8343	NÃO
25	TANCREDO DE A NEVES, C E-EF M	3º	B	MATUTINO	32	8375	NÃO
25	TANCREDO DE A NEVES, C E-EF M	1º	A	NOTURNO	36	8411	NÃO
25	TANCREDO DE A NEVES, C E-EF M	2º	A	NOTURNO	24	8435	NÃO
25	TANCREDO DE A NEVES, C E-EF M	2º	B	NOTURNO	25	8460	NÃO
25	TANCREDO DE A NEVES, C E-EF M	3º	A	NOTURNO	39	8499	NÃO
25	TANCREDO DE A NEVES, C E-EF M	3º	B	NOTURNO	39	8538	SIM
26	TARQUINIO SANTOS, C E-EF M	1º	A	MATUTINO	38	8576	NÃO
26	TARQUINIO SANTOS, C E-EF M	2º	A	MATUTINO	34	8610	NÃO
26	TARQUINIO SANTOS, C E-EF M	2º	B	MATUTINO	34	8644	NÃO
26	TARQUINIO SANTOS, C E-EF M	2º	C	MATUTINO	34	8678	NÃO
26	TARQUINIO SANTOS, C E-EF M	3º	A	MATUTINO	28	8706	NÃO
26	TARQUINIO SANTOS, C E-EF M	3º	B	MATUTINO	28	8734	NÃO
26	TARQUINIO SANTOS, C E-EF M	3º	C	MATUTINO	28	8762	NÃO
26	TARQUINIO SANTOS, C E-EF M	1º	A	NOTURNO	30	8792	SIM
26	TARQUINIO SANTOS, C E-EF M	1º	B	NOTURNO	31	8823	NÃO
27	TRES FRONTEIRAS, C E-EF M	1º	A	MATUTINO	36	8859	NÃO
27	TRES FRONTEIRAS, C E-EF M	1º	B	MATUTINO	36	8895	NÃO
27	TRES FRONTEIRAS, C E-EF M	1º	C	MATUTINO	36	8931	NÃO
27	TRES FRONTEIRAS, C E-EF M	2º	A	MATUTINO	29	8960	NÃO
27	TRES FRONTEIRAS, C E-EF M	2º	B	MATUTINO	29	8989	NÃO
27	TRES FRONTEIRAS, C E-EF M	3º	A	MATUTINO	37	9026	SIM
27	TRES FRONTEIRAS, C E-EF M	1º	A	NOTURNO	39	9065	NÃO

27	TRES FRONTEIRAS, C E-EF M	1º	B	NOTURNO	40	9105	NÃO
27	TRES FRONTEIRAS, C E-EF M	2º	A	NOTURNO	39	9144	NÃO
27	TRES FRONTEIRAS, C E-EF M	2º	B	NOTURNO	39	9183	NÃO
27	TRES FRONTEIRAS, C E-EF M	3º	A	NOTURNO	37	9220	NÃO
27	TRES FRONTEIRAS, C E-EF M	3º	B	NOTURNO	35	9255	NÃO
28	ULYSSES GUIMARAES, C E-EF M PROF	1º	A	MATUTINO	32	9287	SIM
28	ULYSSES GUIMARAES, C E-EF M PROF	1º	B	MATUTINO	33	9320	NÃO
28	ULYSSES GUIMARAES, C E-EF M PROF	1º	C	MATUTINO	33	9353	NÃO
28	ULYSSES GUIMARAES, C E-EF M PROF	2º	A	MATUTINO	30	9383	NÃO
28	ULYSSES GUIMARAES, C E-EF M PROF	2º	B	MATUTINO	30	9413	NÃO
28	ULYSSES GUIMARAES, C E-EF M PROF	2º	C	MATUTINO	30	9443	NÃO
28	ULYSSES GUIMARAES, C E-EF M PROF	3º	A	MATUTINO	39	9482	NÃO
28	ULYSSES GUIMARAES, C E-EF M PROF	3º	B	MATUTINO	39	9521	SIM
28	ULYSSES GUIMARAES, C E-EF M PROF	1º	A	NOTURNO	26	9547	NÃO
28	ULYSSES GUIMARAES, C E-EF M PROF	1º	B	NOTURNO	26	9573	NÃO
28	ULYSSES GUIMARAES, C E-EF M PROF	1º	C	NOTURNO	27	9600	NÃO
28	ULYSSES GUIMARAES, C E-EF M PROF	2º	A	NOTURNO	37	9637	NÃO
28	ULYSSES GUIMARAES, C E-EF M PROF	2º	B	NOTURNO	37	9674	NÃO
28	ULYSSES GUIMARAES, C E-EF M PROF	3º	A	NOTURNO	23	9697	NÃO
28	ULYSSES GUIMARAES, C E-EF M PROF	3º	B	NOTURNO	23	9720	NÃO