



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO

LARISSA RODRIGUES MATTOS

DETERMINANTES SOCIAIS DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS POR
ADOLESCENTES ESCOLARES DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

RIO DE JANEIRO

2024

Larissa Rodrigues Mattos

DETERMINANTES SOCIAIS DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS POR
ADOLESCENTES ESCOLARES DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da
Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade
Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos
para obtenção do Título de Doutora em
Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Saúde Coletiva
Orientadora: Profa. Dra. Ângela Maria Mendes
Abreu

RIO DE JANEIRO

2024

FICHA CATALOGRÁFICA

Larissa Rodrigues Mattos

DETERMINANTES SOCIAIS DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS POR
ADOLESCENTES ESCOLARES DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em:

Banca Examinadora

Presidente: Prof^ª Dr.^a. Ângela Maria Mendes Abreu – EEAN/ UFRJ

1^a examinadora: Prof^ª Dr.^a. Tereza Maria Mendes Diniz de Andrade - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

2^a examinadora: Prof^ª Dr.^a. Egléubia Andrade de Oliveira – IESC/ UFRJ

3^a examinador: Prof. Dr. Rafael Tavares Jomar – COAS/ INCA

4^a examinadora: Prof^ª. Dra. Regina Célia Gollner Zeitoune - EEAN/ UFRJ

Suplentes: Maria Helena do Nascimento Souza – EEAN/ UFRJ

Gunnar Glauco De Cunto Carelli Taets – Instituto de Enfermagem/ UFRJ Macaé

À minha amada filha Ana Luísa,

Esta tese de doutorado começou a nascer junto com você e sei que muitas vezes minha ausência foi duramente sentida, mas cada página escrita foi alimentada com o desejo de construir um futuro melhor para nós e de poder ser um exemplo de determinação, perseverança e luta para conquistar os nossos objetivos.

Terminar o doutorado é a realização de um sonho. Portanto, que este trabalho seja um lembrete de que, não importa o quão desafiador o caminho possa parecer, o amor e o apoio mútuos podem nos levar a muito longe. E além disso, que você sempre saiba que é o meu maior sonho, minha maior conquista e minha fonte de amor infinito.

Com todo o meu amor,

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho é resultado de muito esforço e do apoio generoso de várias pessoas importantes em minha vida.

Quero expressar minha mais profunda gratidão a minha mãe Clarice e ao meu pai Gilmar, cujas influência e orientação moldaram não apenas quem sou hoje, mas também os valores e princípios que orientaram toda minha jornada acadêmica. Desde cedo, vocês me ensinaram a valorizar o poder do estudo e do trabalho como instrumentos de transformação da nossa realidade. O que aprendi com vocês sobre perseverança, determinação e resiliência foi refletida em cada desafio enfrentado ao longo desta jornada acadêmica. Além disso, agradeço-lhes por terem me alimentado quando criança, com o verdadeiro significado do amor, respeito ao próximo e a vontade de tornar o mundo um lugar melhor, que estruturam todo o meu ser.

Agradeço infinitamente ao meu marido, Thiago, por seu apoio inabalável, tanto psicológico quanto financeiro, ao longo desta jornada e por ter tornado esse caminho mais leve, com todo suporte e estrutura dados. Você foi o meu braço direito e esquerdo. Seu apoio e parceria diária foram essenciais para que eu pudesse equilibrar os desafios da vida acadêmica com as responsabilidades familiares. Nos momentos em que precisei estar ausente pelas demandas acadêmicas encontrei conforto na certeza de que você estava lá, cuidando e amando nossa filha com a mesma intensidade que eu. Como crescemos juntos! Obrigada por trazer tanto equilíbrio e amor para a minha vida!

Agradeço a minha filha Ana Luísa, que mais do que ninguém sentiu os desafios de ter uma mãe doutoranda desde o início da gestação. Filha, você me transformou, me virou do avesso, me ensinou a importância do hoje, tornando os meus dias muito mais felizes. Você cresceu junto com essa tese e, sem dúvidas, me tornou uma pesquisadora muito mais competente e me deu força para prosseguir.

Por último, agradeço a minha orientadora, Prof. Dra. Ângela Abreu, que abriu as portas ao meu sonho de cursar o Mestrado e o Doutorado, por sua orientação, ensinamentos, inspiração e apoio ao longo deste processo. Você não foi só uma orientadora, mas uma companheira e amiga nesta longa e desafiadora jornada.

A todos vocês, minha mais profunda gratidão por fazerem parte desta jornada e por compartilharem comigo o fardo e a alegria deste empreendimento acadêmico.

Aprendo com abelhas do que com aeroplanos.
É um olhar para baixo que eu nasci tendo.
É um olhar para o ser menor, para o
insignificante que eu me criei tendo.
O ser que na sociedade é chutado como uma
barata – cresce de importância para o meu olho.
Ainda não aprendi por que herdei esse olhar
para baixo.
Sempre imagino que venha de ancestralidades
machucadas.
Fui criado no mato e aprendi a gostar das
coisinhas do chão –
Antes que das coisas celestiais.
Pessoas pertencidas de abandono me comovem:
tanto quanto as soberbas coisas ínfimas.

MANOEL DE BARROS

Retrato do Artista Quando Coisa, Ed. Record, 1998.

RESUMO

MATTOS, Larissa Rodrigues Mattos. Determinantes sociais do consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares do município do Rio de Janeiro. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2024.

INTRODUÇÃO: O consumo de substâncias psicoativas durante a adolescência é um importante problema de saúde pública em todo mundo, devido as suas graves consequências, assim como pela imensa vulnerabilidade desta fase para iniciar esse comportamento. Por isso, não pode ser encarado de forma reducionista ou simplista, pois é um fenômeno social multifacetado, que envolve a complexidade do ser humano e suas relações. **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Caracterizar os determinantes sociais da saúde dos adolescentes escolares do município do Rio de Janeiro; Comparar as desigualdades entre os determinantes sociais de escolas públicas e privadas; Conhecer os determinantes sociais do consumo atual do álcool, tabaco e drogas ilícitas por adolescentes escolares. **OBJETIVO GERAL:** Analisar o uso de substâncias psicoativas por adolescentes escolares do município do Rio de Janeiro, na perspectiva dos Determinantes Sociais da Saúde segundo o modelo de Solar e Irwin (OMS, 2011). **Método:** Tratou-se de um estudo transversal que fez uso dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) 2019 referentes ao município do Rio de Janeiro, realizado com adolescentes escolares de 13 a 17 anos de idade, cujo **n** amostral foi 3.158. Os dados foram submetidos à análise descritiva e cálculo da prevalência. A comparação entre as diferenças dos grupos estudados foi mensurada por meio do teste do qui-quadrado de Pearson, com nível de significância de 5%. As variáveis de exposição do estudo foram organizadas de acordo com o referencial teórico adotado, o modelo de Solar e Irwin (OMS, 2011), organizadas para operacionalização e análise dos dados da pesquisa, comparadas segundo a dependência administrativa da escola. As variáveis de desfecho do presente estudo foram: o consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas. Utilizou-se análise de regressão logística múltipla, calculando-se as OR ajustadas, com seus respectivos IC95%. **RESULTADOS:** Os determinantes sociais estudados apresentam diferenças significativas em relação ao tipo de escola, além de todas as substâncias estudadas terem apresentado maior prevalência nas escolas públicas. Destacou-se maior chance de consumo de álcool e tabaco por adolescentes do sexo feminino e pelos não

brancos, em ambas as escolas. Outro resultado importante e que foi unanimidade nas substâncias estudadas, diz respeito a maior chance em casos de comportamento de risco, como o consumo de outras substâncias, atividade sexual e falta às aulas sem permissão dos pais, além de maior chance de consumo entre os adolescentes mais velhos. **CONCLUSÃO:** Os dados encontrados reforçam a importância do tipo de escola como um marcador de desigualdades sociais no município do Rio de Janeiro, assim como elevadas prevalências de consumo de substâncias pelos adolescentes escolares e a importância das políticas públicas destacarem seus olhares sobre as questões de gênero e raça no consumo das mesmas. Reforça-se a multidimensionalidade da problemática, cuja prevenção abrange diversos setores da sociedade. Esse olhar poderá contribuir para ampliar o olhar dos profissionais de saúde, especialmente ligados à atenção básica, assim como gestores e pesquisadores sobre a necessidade de abordar o fenômeno de forma abrangente.

Palavras-chave: Determinantes sociais da saúde; Transtornos relacionados ao uso de substâncias; Adolescente; Serviços de Saúde Escolar.

ABSTRACT

MATTOS, Larissa Rodrigues Mattos. Social determinants of the consumption of psychoactive substances by school adolescents in the city of Rio de Janeiro. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2024.

INTRODUCTION: The consumption of psychoactive substances during adolescence is an important public health problem worldwide, due to its serious consequences, as well as the immense vulnerability of this phase to initiate this behavior, which is why it cannot be viewed in a reductionist or simplistic way, as it is a multifaceted social phenomenon, which involves the complexity of human beings and their relationships. **SPECIFIC OBJECTIVES:** Characterize the social determinants of health among school adolescents in the city of Rio de Janeiro; Compare inequalities between social determinants of public and private schools; Know the social determinants of the current consumption of alcohol, tobacco and illicit drugs by school adolescents. **GENERAL OBJECTIVE:** To analyze the use of psychoactive substances by school adolescents in the city of Rio de Janeiro, from the perspective of Social Determinants of Health according to the Solar and Irwin model (WHO, 2011). **Method:** This was a cross-sectional study that used data from the National School Health Survey (PeNSE) 2019 for the city of Rio de Janeiro, carried out with school adolescents aged 13 to 17 years old, whose sample size was 3,158. The data were subjected to descriptive analysis and prevalence calculation, the comparison between the differences between the studied groups was measured by using Pearson's chi-square test, with a significant level of 5%. The study's exposure variables were organized according to the adopted theoretical framework, the Solar and Irwin model (WHO, 2011), organized for operationalization and analysis of research data, according to the administrative dependency of the school. The outcome variables of the present study were: consumption of alcohol, tobacco and illicit drugs. Multiple logistic regression analysis was used, calculating the adjusted ORs, with their respective 95% CI. **RESULTS:** The social determinants studied present significant differences in relation to the type of school, in addition to all the substances studied having a higher prevalence in public schools. A greater chance of alcohol and tobacco consumption was highlighted by female adolescents and non-whites, in both schools, another important result, which was unanimous in the substances studied, concerns the greater chance in cases of risk behavior, such as consumption of other substances, sexual activity and missing classes without parental permission, in addition to a greater chance

of consumption among older adolescents. **CONCLUSION:** The data found reinforces the importance of the type of school as a marker of social inequalities in the city of Rio de Janeiro, as well as the high prevalence of substance use by school adolescents and the importance of public policies highlighting gender issues and race in their consumption. The multidimensionality of the problem is reinforced, and that its prevention covers different sectors of society. This view may contribute to broadening the perspective of health professionals, especially those linked to primary care, as well as managers and researchers on the need to address the phenomenon in a comprehensive manner.

Key words: Social Determinants of Health; Substance-Related Disorders; Adolescent; School Health Services.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|------------|--|----|
| Figura 1 – | Modelo de Dahlgren e Whitehead (2007) | 35 |
| Figura 2 – | Modelo de Solar e Irwin (OMS, 2011) | 36 |
| Quadro 1 – | Distribuição dos tamanhos das amostras, esperados e coletados, de escolas, turmas e alunos, com indicação dos questionários válidos, no Brasil, Estado do Rio de Janeiro e Município do Rio de Janeiro | 52 |
| Quadro 2 – | Modelo teórico-operacional | 55 |
| Quadro 3 – | Descrição da construção da variável de desfecho | 59 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|-------------|---|----|
| Tabela 1 – | Caracterização da amostra segundo a dependência administrativa da escola -PeNSE (2019) (n=3.158) | 62 |
| Tabela 2 – | Prevalência de adolescentes que estudam em escolas que relatam a implantação das políticas públicas de saúde na escola e das características referentes ao capital social e a relação com a dependência administrativa – PeNSE, 2019 (n=3.158) | 63 |
| Tabela 3 – | Prevalência das características referentes aos determinantes sociais intermediários e sua relação com a dependência administrativa da escola em adolescentes escolares do município do Rio de Janeiro, RJ (n=3.158)... | 65 |
| Tabela 4 – | Caracterização do perfil do uso de álcool por adolescentes escolares no município do Rio de Janeiro, RJ – PeNSE, 2019 (n=3.158) | 67 |
| Tabela 5 – | Descrição da relação entre a prevalência dos determinantes sociais da saúde segundo o modelo de Solar e Irwin (2011) e o consumo de álcool por adolescentes escolares do município do Rio de Janeiro, RJ – PeNSE, 2019 (n=3.158) | 69 |
| Tabela 6 – | Análise multivariada da relação entre os determinantes sociais segundo o modelo de Solar e Irwin (2011) e o consumo de álcool por adolescentes escolares pela dependência administrativa da escola no município do Rio de Janeiro, RJ, PeNSE 2019. (n=3.158)..... | 73 |
| Tabela 7 – | Caracterização do uso de tabaco por adolescentes escolares no município do Rio de Janeiro, RJ – PeNSE 2019 (n=3.158) | 77 |
| Tabela 8 – | Descrição da prevalência do consumo de cigarro de acordo com o ano escolar no município do Rio de Janeiro, RJ – PeNSE 2019 (n=3.158) | 78 |
| Tabela 9 – | Descrição da relação entre a prevalência dos determinantes sociais da saúde segundo o modelo de Solar e Irwin (2011) e o consumo de tabaco por adolescentes escolares do município do Rio de Janeiro, RJ – PeNSE 2019 (n=3.158) | 79 |
| Tabela 10 – | Análise multivariada da relação entre os determinantes sociais segundo o modelo de Solar e Irwin (OMS, 2011) e o consumo de tabaco por | |

| | | |
|-------------|---|----|
| | adolescentes escolares pela dependência administrativa da escola no município do Rio de Janeiro, RJ, PeNSE 2019. (n=3.158) | 82 |
| Tabela 11 – | Caracterização do perfil do uso de drogas ilícitas por adolescentes escolares no município do Rio de Janeiro, RJ – PeNSE 2019 (n=3.158)..... | 85 |
| Tabela 12 – | Descrição da prevalência do consumo de drogas ilícitas de acordo com o ano escolar no município do Rio de Janeiro, RJ – PeNSE 2019 (n=3.158).. | 85 |
| Tabela 13 – | Descrição da relação entre a prevalência dos determinantes sociais da saúde segundo o modelo de Solar e Irwin (2011) e o consumo de drogas ilícitas por adolescentes escolares do município do Rio de Janeiro, RJ – PeNSE 2019 (n=3.158) | 86 |
| Tabela 14 – | Análise multivariada da relação entre os determinantes sociais segundo o modelo de Solar e Irwin (2011) e o consumo de droga ilícitas em adolescentes escolares pela dependência administrativa da escola no município do Rio de Janeiro, RJ, PeNSE 2019. (n=3.158) | 89 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|--|
| CNDSS | Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| CONEP | Comissão Nacional de Ética em Pesquisa |
| CSDH | Commission on Social Determinants of Health |
| DSS | Determinantes sociais da saúde |
| ECA | Estatuto da Criança e do Adolescente |
| FIOCRUZ | Fundação Oswaldo Cruz |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| LENAD | Levantamento Nacional de Álcool e Drogas |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| RAPS | Rede de Atenção Psicossocial |
| PeNSE | Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar |
| PSE | Programa Saúde na Escola |
| SENAD | Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UNESCO | Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura |
| UNODC | Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime |
| WHO | World Health Organization |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 18 |
| 1.1 | PROBLEMÁTICA | 18 |
| 1.2 | OBJETIVOS | 22 |
| 1.3 | JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA | 22 |
| 1.4 | TESE DEFENDIDA | 28 |
| 2 | REFERENCIAL TEÓRICO | 30 |
| 2.1 | A TRAJETÓRIA DO CONCEITO DE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE ATÉ O ATUAL MARCO TEÓRICO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE | 30 |
| 3 | FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 39 |
| 3.1 | A ADOLESCÊNCIA, AS POLÍTICAS PÚBLICAS E OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE | 39 |
| 3.2 | OS DETERMINANTES SOCIAIS DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA ADOLESCÊNCIA | 45 |
| 4 | METODOLOGIA | 51 |
| 4.1 | TIPO DE ESTUDO | 51 |
| 4.2 | POPULAÇÃO DO ESTUDO E AMOSTRA | 52 |
| 4.3 | CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO | 54 |
| 4.4 | PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS | 54 |
| 4.5 | DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS DE EXPOSIÇÃO E DESFECHO | 55 |
| 4.6 | ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS | 59 |
| 4.7 | ASPECTOS ÉTICOS | 60 |
| 5 | RESULTADOS | 62 |
| 5.1 | ANÁLISE DESCRITIVA DA DISTRIBUIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DOS DETERMINANTES SOCIAIS DE ACORDO COM A DEPENDÊNCIA ADMINISTRATIVA DA ESCOLA (CARIÁVEL PROXY DE CLASSE SOCIAL) | 62 |
| 5.2 | ANÁLISE DA PREVALÊNCIA E RELAÇÃO DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS COM OS DETERMINANTES SOCIAIS | 67 |
| 6 | DISCUSSÃO..... | 94 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 6.1 | ANÁLISE DESCRITIVA DA DISTRIBUIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DOS DETERMINANTES SOCIAIS DE ACORDO COM A DEPENDÊNCIA ADMINISTRATIVA DA ESCOLA (VARIÁVEL PROXY DE CLASSE SOCIAL) | 94 |
| 6.2 | ANÁLISE DA PREVALÊNCIA E RELAÇÃO DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS COM OS DETERMINANTES SOCIAIS | 102 |
| 7 | CONCLUSÃO | 132 |
| | REFERÊNCIAS | 140 |
| | ANEXOS | 169 |

CAPÍTULO 1

1 INTRODUÇÃO

1.1 PROBLEMÁTICA

A presente tese trouxe como objeto de estudo o uso de substâncias psicoativas por escolares do município do Rio de Janeiro na perspectiva dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) segundo o modelo de Solar e Irwin (OMS, 2011).

Em 2021, aproximadamente 296 milhões de pessoas fizeram uso de alguma substância psicoativa, uma elevação de 23% quando comparado à última década. E, apesar do número exorbitante de 39,5 milhões que sofreram por transtornos relacionados ao uso de substâncias em 2021, apenas 20% conseguiram receber tratamento. Além disso, cabe o recorte da pandemia de Covid-19 que agravou ainda mais essa lacuna de tratamento, já que dos 46 países que alimentam regularmente os dados da United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), em 40% deles houve registro de declínio do número de pessoas em tratamento (UNODC, 2023).

O último Relatório Mundial sobre Drogas sucede um momento importante no qual foi lançado dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas e traz a problemática das drogas relacionadas a esses objetivos. Destaca a vinculação entre exclusão social, estigma e uso de drogas, com consequências como marginalização, desemprego, falta de moradia, encarceramento, violência, entre outros. Estes fatores impactarão no objetivo da redução das desigualdades sociais e que por sua vez também poderá trazer aumento do risco para o consumo de drogas (UNODC, 2023).

No Brasil, o III Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) (BASTOS *et al*, 2017) realizado com brasileiros entre 12 e 65 anos, apontou que 3,2% destes usaram substâncias ilícitas nos 12 meses anteriores à pesquisa, o que equivale a 4,9 milhões de pessoas. Dentre a população jovem, os dados são ainda mais preocupantes, pois 7,4% das pessoas entre 18 e 24 anos consumiram drogas ilegais no ano anterior à entrevista. Sobre o uso de pelo menos uma vez na vida, a substância ilícita mais consumida por brasileiros é a maconha (7,7%), seguida pela cocaína em pó (3,1%), e o uso de crack, que corresponde a 0,9% da população. Sobre as drogas lícitas, aproximadamente um terço (33,5%) dos indivíduos declarou ter fumado cigarro industrializado e mais da metade da população brasileira declarou ter consumido bebida alcoólica alguma vez na vida. Vale destacar a relevância do álcool e sua relação com os acidentes. 14% dos homens brasileiros dirigiram após consumir bebida alcoólica nos 12 meses

anteriores à entrevista, e 0,7% esteve envolvido em acidentes de trânsito sob o efeito de álcool (BASTOS *et al*, 2017).

A humanidade faz uso de álcool e outras drogas desde tempos remotos, porém o tipo de substância, a faixa etária e o contexto sociocultural são determinantes no prejuízo que esse uso pode trazer ao sujeito (BRASIL, 2015). Dessa forma, além da importante prevalência do consumo de substâncias psicoativas, destacam-se as relevantes taxas de iniciação precoce do uso na população, visto que, quando este inicia-se na infância e/ou na adolescência, aumenta-se o risco do desenvolvimento de dependência ou uso nocivo posteriormente na vida, além de estar associado a problemas diversos de saúde física e mental (UNESCO, 2017; UNODC, 2015; MOKDAD, 2016).

Apesar disso, infelizmente, o consumo das substâncias psicoativas normalmente inicia-se no período da adolescência. O álcool, o tabaco e a cannabis são as substâncias mais usadas por crianças e jovens. Segundo a ONU, pesquisas realizadas em escolas de vários países mostram que uma em cada quatro crianças na faixa etária entre 13 e 15 anos usou álcool durante os últimos 12 meses; uma em cada dez meninas e um em cada cinco meninos usavam tabaco (UNODC, 2017).

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), mostram uma prevalência importante relacionada ao uso das substâncias psicoativas no Brasil. Os dados mostram que a experimentação de tabaco em 2009, 2012 e 2015, foi de 24,2%, 19,6% e 18,4%, respectivamente. No caso do álcool, a experimentação ao longo dos anos da pesquisa retrocedeu de 71,4% (2009) para 55,5% (2015). E a experimentação de drogas ilícitas foi de 8,7% em 2009, para 7,3% em 2012 e chegou a 9% em 2015 (IBGE, 2009, 2013, 2016).

O uso de drogas por adolescentes e adultos jovens corresponde a uma importante carga de doença e anos de vida saudável perdidos, o que destaca o problema dentro da agenda global de saúde para os jovens (MOKDAD, 2016). A adolescência é uma fase-chave do desenvolvimento humano. As rápidas mudanças que ocorrem refletem em todos os aspectos da vida, de modo que tornam a adolescência um importante momento para estabelecer as bases da boa saúde na idade adulta; portanto, uma época importante para ação da saúde pública (WHO, 2014).

As consequências negativas relacionadas ao consumo de substâncias na adolescência refletem-se em um desempenho educacional fraco, abandono escolar e não conclusão do ensino secundário e pós-secundário (UNESCO, 2017; SOARES; FARIAS; MONTEIRO, 2019).

Desse modo, exalta-se a vulnerabilidade do adolescente em relação ao consumo de substâncias psicoativas, pois sabe-se que a adolescência é uma fase de exposição a novos comportamentos e que, por vezes, o desejo de assumir papéis de adultos e ter mais independência criam um momento potencialmente oportuno para o envolvimento em situações de risco, entre elas, a experimentação de drogas diversas (UNODC, 2015).

Entretanto, os adolescentes incluem-se em um grupo frequentemente negligenciado nas estatísticas de saúde, que costumam ser agregados a crianças menores ou a jovens adultos. E pouca atenção é dada às desigualdades relacionadas ao status socioeconômico e gênero entre adolescentes (JO INCHLEY *et al*, 2016). Outra problemática importante refere-se ao fato de que o sistema de saúde não está preparado para lidar com os problemas relacionados às drogas. Profissionais da atenção básica, locus preconizado para este cuidado, demonstram preconceitos diversos para lidarem com essa clientela e também relatam despreparo para lidar com a situação (SUBRINHO *et al*, 2018; SANTOS *et al*, 2012; PEREIRA; AZEVEDO, 2019).

Apesar de existirem estratégias governamentais para a prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas, através do Programa Saúde na Escola (BRASIL, 2011) percebe-se que há dificuldade de integração entre a saúde e a educação para o alcance do objetivo de atuar na prevenção. Há uma falta de entendimento das demandas da escola por parte dos profissionais de saúde, que seguem em intervenções focadas no modelo biomédico, segmentando o cuidado ao adolescente, sem conseguirem resolutividade (PENSO *et al*, 2013).

É preciso conseguir ir além dos efeitos das drogas e buscar vínculos afetivos e da rede social do adolescente. O uso de drogas não pode ser encarado de forma reducionista ou simplista, pois é um fenômeno social complexo, que envolve a complexidade do ser humano e suas relações (CALASSA; PENSO, 2016). Focar apenas na substância, sem entender suas implicações sociais e econômicas, provoca uma alteração da realidade e corre o risco de cair no erro da não solução das questões envolvidas, na busca de um imediatismo, sem refletir e focar nas diversas formas de prevenção (FARIA FILHO *et al*, 2015).

A adoção desses comportamentos, é uma situação complexa, multifatorial e influenciada pelo contexto social, uma vez que o meio influencia os padrões de comportamento (MOURA; TORRES; CADELE, 2018). O contexto social, pode atuar como proteção ou risco, de modo a favorecer comportamentos saudáveis, ou, por outro lado, comportamentos de risco, para drogas lícitas ou ilícitas (FARIA FILHO *et al*, 2015).

Além disso, o conhecimento dos adolescentes sobre as drogas muitas vezes é bastante limitado, reduzido e simplista, e não demonstra real conhecimento sobre sua complexidade, implicações sociais e econômicas. Baseiam-se predominantemente nas experiências vividas e nas informações oriundas dos contextos familiar, escolar, comunitário e da mídia, carecendo assim, de informações mais embasadas (FARIA FILHO *et al*, 2015).

O caráter multifacetado da drogadição requer olhares e ações diferenciadas. Determinantes sociais como miséria, violência nas suas mais diversas formas, influência parental e de pares, falta de recursos e investimentos do Estado, a ausência de políticas educacionais e culturais para manter as crianças na escola, e o fortalecimento de laços familiares e sociais, impactam na exposição dos adolescentes ao uso de drogas (VENTURA, 2014; MOTA *et al*, 2018; JORGE *et al*, 2018; HORTA *et al*, 2018; GONÇALVES *et al*, 2016; OLIVEIRA *et al*, 2019).

Nesse sentido, insere-se a perspectiva dos determinantes sociais da saúde, os quais dizem respeito ao conjunto de condições nas quais as pessoas nascem, vivem, crescem, trabalham e envelhecem. Abarcam os aspectos sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais da saúde, que geram a estratificação da sociedade (OMS, 2011).

Segundo Solar e Irwin, o atual referencial teórico adotado pela Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde (CSDH), os determinantes sociais, são decorrentes dos mecanismos sociais, políticos e econômicos que originam posições socioeconômicas, nas quais os indivíduos e/ou populações são segregados em conformidade com a renda, ocupação, educação, raça/etnia, gênero etc. Em consequência, a posição socioeconômica irá refletir a hierarquia social dos sujeitos e refletir em diferenças quanto à exposição e vulnerabilidade às condições que afetam a saúde (OMS, 2011).

Assim, o presente estudo trouxe a seguinte pergunta de investigação: os determinantes sociais relacionam-se ao uso de substâncias psicoativas por adolescentes escolares?

Diante disso, foi formulada a seguinte hipótese principal do estudo: Os determinantes sociais influenciam no uso de substâncias psicoativas por adolescentes escolares.

1.2 OBJETIVOS

- **Geral:** Analisar o uso de substâncias psicoativas por adolescentes escolares do município do Rio de Janeiro, na perspectiva dos determinantes sociais segundo o modelo de Solar e Irwin (OMS, 2011).

- **Específicos:**
 - Caracterizar os determinantes sociais dos adolescentes escolares do município do Rio de Janeiro;
 - Comparar as desigualdades entre os determinantes sociais de escolas públicas e privadas;
 - Conhecer os determinantes sociais do consumo atual do álcool, tabaco e drogas ilícitas por adolescentes escolares.

1.3 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

O estudo tem como justificativa a problemática exposta e sua complexidade, relacionada a diversos aspectos individuais e sociais, assim como a pouca disponibilidade de estudos científicos que abordem uma análise abrangente do uso de substâncias psicoativas por adolescentes escolares na perspectiva do atual referencial teórico adotado pela OMS sobre determinantes sociais da saúde (JO INCHLEY *et al*, 2016; PATTON *et al*, 2016). A Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS) traz, em um dos seus itens, a importância de atuar sobre os determinantes e condicionantes da saúde. A criação do SUS foi decorrente de anos de luta pelo direito à saúde e o entendimento desta como algo amplo e diretamente relacionado às questões sociais (MENICUCCI, 2014).

A escolha pelo município do Rio de Janeiro justifica-se pelos dados alarmantes da cidade sobre a criminalidade (DATARIO, 2020). Especial atenção à entrada de adolescentes para o tráfico, causada pela pobreza, exclusão social e falta de perspectiva de futuro, contribui para a vulnerabilidade desse grupo populacional às várias situações de saúde, inclusive a problemática relacionada ao uso de álcool e outras drogas, situação esta, que exige abordagem intersetorial, que traz desafios para escolas, famílias e comunidades a fim de buscar outras possibilidades para estes jovens.

Segundo um estudo que avaliou as condições de vida proporcionadas pelo ambiente construído pelos 15 maiores aglomerados urbanos brasileiros, nas escalas da habitação e da sua vizinhança próxima, bem como equipamentos e serviços urbanos, verificou-se que o Rio de Janeiro encontra-se numa posição muito desfavorável (RIBEIRO, 2016).

O município viveu uma grande crise política e social, no período de impacto na redução do desempenho do sistema de saúde, interrupção dos investimentos para a consolidação da atenção primária e retomando ênfase na atenção hospitalar. O destaque do município frente ao país acentuou a fragilidade do direito constitucional à saúde. Tudo isso impactou nas condições de vida de uma população que convive com todas as mazelas sociais e ambientais das grandes metrópoles (O'DWYER, 2019).

As intervenções direcionadas ao uso de drogas, nos níveis macro, intermediário e individual devem considerar os determinantes sociais e envolver uma atuação intersetorial coordenada (VENTURA, 2014). A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a relevância da realização de estudos sobre o uso de substâncias psicoativas por adolescentes, para que possam ser norteadas políticas de saúde pública, e destaca a necessidade de maiores estudos sobre prevalência de fatores de risco em países de baixa e média renda (UNODC, 2015, 2023; PAIVA *et al*, 2018).

No Brasil, considerando o cenário epidemiológico de expansão do consumo de algumas substâncias, especialmente álcool, cocaína (pasta-base, crack, merla) e inalantes, e também a lacuna assistencial nas políticas de saúde para a questão da prevenção e tratamento dos transtornos associados ao consumo do álcool e de outras drogas, o Ministério da Saúde publicou a portaria nº1.190, de 4 de junho de 2009, que instituiu o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009).

A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tem como objetivos: promover cuidados em saúde, especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas); prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas; reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas; desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil (BRASIL,

2011).

Esta portaria estabeleceu como diretrizes, entre outras, a garantia do cuidado em rede, no território, e a atenção de base comunitária, o cuidado integral em uma rede diversificada de ações e serviços de saúde mental, de base comunitária e territorial (BRASIL, 2009). Sabe-se que existe uma complexa interação entre a predisposição individual ao uso de drogas, assim como questões ligadas à estrutura social. Por isso, analisar a multiplicidade do ser adolescente quanto à vulnerabilidade em suas dimensões é importante (SILVA, 2014; RAUPP; MILNITSKY-SAPIRO, 2005).

O uso e o abuso de drogas psicoativas possui estreita relação com vários determinantes sociais e deve ser enfrentado por meio de ações e políticas que considerem sua complexidade e as graves consequências que atingem usuários, famílias e sociedade (VENTURA, 2014). É preciso olhar além dos problemas individuais dos adolescentes e enxergar seus relacionamentos e o contexto em que vivem, como uma forma de transformar sua vulnerabilidade em benefícios (RAJÃO *et al*, 2019).

Problemas de saúde não são elucidados apenas por questões genéticas, pois envolvem as circunstâncias em que as pessoas vivem, seu acesso à saúde, escolas, moradia e possibilidade de lazer. A saúde individual e populacional é influenciada por determinantes sociais. Estudá-los é oportunizar condições para promoção de saúde e redução das desigualdades (JO INCHLEY *et al*, 2016).

Focar na adolescência, além de crucial para cumprir as metas da OMS, consiste em atuar na prevenção ao uso de substâncias psicoativas, no sentido de evitar ou adiar o início do uso de drogas, ou se já começaram, evitar o desenvolvimento dos problemas relacionados ao consumo (UNODC, 2015; 2023).

A adolescência é uma situação peculiar do desenvolvimento, devendo ser contemplada pelas políticas sociais. A área da saúde precisa estar atenta e resguardar os direitos de sigilo, privacidade, acolhimento e atenção, independentemente de consentimento familiar e/ou de responsáveis, entre outras garantias éticas, a fim de prover atenção adequada às suas singularidades. Há que se construir, com os adolescentes, ambientes de apoio e condições para escolhas e decisões voluntárias. Isso implica que familiares, responsáveis, profissionais de saúde e de setores correlatos assumam condutas de abertura ao diálogo, de transmissão de informações e construção compartilhada de conhecimentos, de acolhida às dúvidas e suporte à emancipação gradual e responsável (BRASIL, 2013).

Esses direitos são reafirmados no Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, (BRASIL, 1990), orientado pelo paradigma da proteção integral, que considera a criança e o adolescente como sujeitos de direitos e como pessoas em condição peculiar de desenvolvimento, cujas prioridades compreendem: a primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias; precedência de atendimento nos serviços públicos; preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas; destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude (BRASIL, 2013).

Ressalta-se também, a Lei Nº 13.106, de 17 de março de 2015, que altera o ECA, para tornar crime vender, fornecer, servir, ministrar ou entregar bebida alcoólica à crianças ou a adolescente, ou sem justa causa, outros produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica.

Intervenções efetivas durante a adolescência poupam investimentos em saúde pública e promovem a diminuição dos impactos adversos, a longo prazo, da violência e do abuso na infância ou da subnutrição, e impedem que esses fatores prejudiquem a saúde futura (OMS, 2014).

As interações entre os fatores de risco e proteção permitem compreender que a prevenção centrada nos sujeitos e suas mudanças de comportamento podem conseguir alguns avanços, mas que dificilmente se sustentam no tempo quando se encontram com as normas sociais e culturais que o influenciam. O estudo dessa cadeia de mediações, entre fatores de risco e proteção, permite também identificar onde e como devem ser feitas as intervenções, caracterizando os pontos mais sensíveis onde tais intervenções podem provocar maior impacto (BRASIL, 2015 b).

É preciso abordar a causalidade de forma mais complexa, analisar a distribuição do fenômeno da experimentação e do consumo de substâncias psicoativas e sua produção, vinculando-o à estrutura social sob a perspectiva do contexto social, econômico e político, considerando a população e as instituições sociais como totalidades, cujas características transcendem as dos indivíduos que as compõem, surgindo as características analíticas: reprodução social, classe social, produção econômica, cultura, etnia, gênero, etc. (NUNES, 2013).

Pensar na construção de políticas públicas que sejam efetivas na prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas por adolescentes, é deixar de tratar o adolescente como mero “problema social” e considerar sua realidade sócio-econômica-cultural, para que

essas políticas sejam capazes de reduzir a situação de extrema exclusão social a que estão sujeitos milhões de jovens na sociedade e dificultar o contato com pessoas, situações ou substâncias que coloquem em risco sua integridade (RAUPP; MILNITSKY-SAPIRO, 2005).

Segundo Harrison e Dean (2011), deve-se usar dados sobre os DSS nos sistemas de monitoramento de saúde. A Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde recomenda que esses dados sejam coletados e analisados para caracterizar melhor a forma como interagem. Cabe destacar que, no Brasil, a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde traz dentro do eixo “Doenças Crônicas não-transmissíveis” a análise do impacto de determinantes sociais, como gênero, raça e orientação sexual na saúde mental (BRASIL, 2018).

Para melhor delineamento da temática, realizou-se uma revisão integrativa, que permitiu a busca, avaliação crítica e síntese das evidências investigadas, de modo a conhecer sua atual condição de conhecimento, assim como identificar lacunas que poderão direcionar a construção da presente pesquisa. (MENDES *et al*, 2008).

A busca foi feita nas bases de dados *Public Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (PubMed) e *Latin American and Caribbean Health Sciences Literature* (LILACS), que ocorreu no mês de julho de 2020, por meio do portal Capes e da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Os descritores controlados foram selecionados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do *Medical Subject Headings* (MeSH), utilizando-se: (*Health Social Determinant OR Health Social Determinants OR Structural Determinants of Health OR Health Structural Determinant OR Health Structural Determinants OR Social determinants of health OR Risk factors OR Socioeconomic factors OR Cultural characteristics Population group OR Health Vulnerability OR Poverty*) AND (*School Health Services OR Student OR Student health services*) AND (*Adolescent Behavior OR Adolescent Health OR Adolescent*) AND (*Substance related disorder*).

Estabeleceram-se como critérios de inclusão estudos primários que abordem os determinantes sociais associados ao uso de substâncias psicoativas por adolescentes no contexto escolar, em formato de artigo científico com texto completo disponível e de acesso gratuito, publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol, com abordagem quantitativa, publicados nos anos 2021, 2020 e 2019, em vista do grande número de publicações sobre o tema, já que o

objeto do presente estudo é abrangente, porém, ainda pouco explorado de maneira sistematizada (PATTON *et al*, 2016).

Foram excluídos os artigos que não abordassem especificamente a faixa etária da adolescência, adotada aqui como de acordo com a OMS (10 a 19 anos) (BRASIL, 2017); que não se tratassem de adolescentes inseridos no contexto escolar; que não abordassem de alguma forma fatores relacionados ao uso de drogas na adolescência; com abordagem qualitativa; de revisão narrativa de literatura/revisão tradicional, sistemática ou integrativa; monografias; dissertações; tese; livros; relatórios e capítulos. Estudos que abordavam apenas o uso de drogas prescritas (medicamentos) como benzodiazepínicos, antidepressivos, antipsicóticos e anfetaminas e/ou estudos sobre drogas injetáveis, formas específicas e particulares de uso de drogas, também foram excluídos da análise.

A seleção dos estudos aconteceu, inicialmente através da construção dos filtros de pesquisa: 510 artigos foram encontrados, após o recorte temporal para os anos 2021, 2020 e 2019, totalizando 223 artigos. Após a leitura flutuante dos títulos e resumos, com base nos critérios de inclusão e exclusão, restaram 47 artigos, que foram considerados elegíveis para leitura na íntegra, dos quais 37 foram incluídos na amostra final da presente revisão.

A análise dos artigos na perspectiva do modelo dos Determinantes Sociais de Solar e Irwin (OMS, 2011) mostrou a carência de estudos explorando a relação do contexto socioeconômico e político na prevalência do uso de substância psicoativas por adolescentes escolares, assim como estudos que apontassem a influência do acesso ao sistema de saúde nesse uso. Bem como a respeito das condições materiais, nenhum dos estudos encontrados explorou esse aspecto, apesar da potencial importância desse aspecto.

Houve destaque nos estudos que abordavam a influência dos fatores psicossociais no uso de substâncias psicoativas, com papel de destaque para a influência do contexto familiar. Ratifica-se a complexidade do uso de substâncias psicoativas por adolescentes escolares e o quanto alguns resultados ainda são contraditórios e insuficientes para o estudo das questões das desigualdades sociais e o uso de substâncias psicoativas, especialmente relacionados às questões da renda.

Pretende-se que os dados obtidos na pesquisa, ao serem repassados aos gestores, possam dar subsídios para planejamento e organização da rede de serviços de saúde para os adolescentes, objetivando melhorar a prevenção e o tratamento dos problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas deste grupo tão negligenciado, assim como a compreensão

dos mesmos, resgatando o compromisso social da política de saúde e a inserção dos profissionais no cuidado deste grupo populacional, verificando suas necessidades e demandas.

Analisar mais profundamente os contextos sociais relacionados ao uso de drogas durante a adolescência é uma preocupação para as áreas da Educação e da Saúde, especialmente da Enfermagem, pois existe um campo bastante vasto de atuação no contexto da Atenção Primária em saúde por meio da Estratégia de Saúde da Família, em que o profissional enfermeiro tem o dever social de subsidiar e apoiar os profissionais das instituições de ensino de suas áreas de abrangência (FARIA FILHO *et al*, 2015).

A pesquisa poderá promover o interesse de outros pesquisadores para a realização de novos estudos, na temática abordada, na área da enfermagem e da saúde coletiva, por ser um tema complexo e ainda pouco abordado nos estudos científicos. Estudos que trazem as perspectivas dos determinantes sociais no contexto da experimentação e consumo das substâncias psicoativas poderão embasar um novo olhar sobre esse grave problema para as políticas públicas de saúde e possibilitar novas formas de enfrentamento do problema.

Desse modo, a presente investigação poderá proporcionar aos diversos setores da sociedade, como profissionais de saúde, educadores, gestores e familiares, a formulação de estratégias baseadas na promoção de saúde para o atendimento das demandas da adolescência, podendo minimizar a sua vulnerabilidade. Estas medidas poderão proporcionar maior estímulo para a criação de políticas que favoreçam a superação dessas desigualdades.

1.4 TESE DEFENDIDA

A tese do estudo a ser defendida é mostrar que os determinantes sociais impactam diretamente no consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares no município do Rio de Janeiro.

CAPÍTULO 2

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A TRAJETÓRIA DO CONCEITO DE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE ATÉ O ATUAL MARCO TEÓRICO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

Atualmente, pode-se dizer que exista uma congruência mundial sobre a relevância dos determinantes sociais nos debates sobre a saúde, porém, essa nem sempre foi a conjuntura encontrada. Esse entendimento foi construído ao longo da história através de muitos conflitos e desavenças entre as diversas correntes de pensamento, que colocavam as disputas entre a abordagem biomédica e o enfoque no social em questão (BUSS; PELEGRINI FILHO, 2007).

O olhar sobre a relação entre a saúde e as questões sociais é antiga no campo da Saúde Pública, e já passou por várias pautas ao longo dos últimos séculos, desde ideias trazidas por cientistas como Virchow, Chadwick e Villermé (BUSS; PELEGRINI FILHO, 2007), até o momento mais atual, cuja temática vivida com a pandemia da COVID-19 traz novas discussões à respeito das repercussões das desigualdades sociais nos desfechos de morbidade e mortalidade relacionadas à infecção pelo COVID-19 (FIGUEIREDO, 2020).

Sciliar (2007), em uma análise sobre a história do conceito de saúde, expõe que ao longo dos anos, havia diversas formas dos governos encararem a saúde, porém, sem que houvesse um conceito universalmente aceito sobre a mesma, pois para tanto seria necessário um consenso entre as nações, que apenas poderia ser alcançado por um órgão internacionalmente reconhecido. Entretanto, mesmo com a criação desse órgão internacional após o término da 1ª Guerra Mundial, a Liga das Nações, esse objetivo não foi obtido.

A ampliação do conceito de saúde e institucionalização desse paradigma, apenas foi alcançado em 1948 com a criação da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização das Nações Unidas (ONU) no pós Segunda Guerra Mundial, como resultado de toda crise mundial vivida, urgindo por novas formas de olhar a saúde. Nessa ocasião, a OMS apresenta a significação de saúde como uma circunstância de perfeito bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença. Porém, ainda nesse momento, havia muita rejeição à abordagem da saúde de forma ampla, com críticas sobre o quanto esse conceito seria inatingível (SCILIAR, 2007).

Nas décadas seguintes, cabe destacar, no contexto latino-americano, em torno dos anos 1960 até metade dos anos 1980, o movimento da “Medicina Social Latino-Americana” que trouxe um amplo debate teórico no sentido de um pensamento social em saúde, o qual abarcava

a valorização do “social” de modo a aplicá-lo no entendimento das desigualdades (NUNES, 2013).

Em 1974, no Canadá, através do relatório Lalonde, com o título “Uma Nova Perspectiva da Saúde de Canadenses”, apresentou-se como o primeiro relatório advindo de um governo ocidental a admitir que é necessário olhar além do aspecto biomédico, a assistência de saúde. Propôs que a saúde fosse dividida em quatro elementos: biologia, ambiente, estilo de vida e organização da assistência sanitária. E enfatizou a responsabilidade individual em mudar comportamentos para conseqüentemente melhorar a saúde, além de propor que as intervenções de saúde deveriam dar ênfase às populações com maior risco (LALONDE, 1974).

Em seguida, outro importante marco internacional para a discussão da temática se deu através da Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela OMS em 1978, que deu origem à Declaração de Alma-Ata, na qual, além da apresentação do conceito de saúde como um completo bem-estar físico, mental e social, propôs-se também, a saúde como um direito fundamental dos seres humanos. E que a absurda desigualdade existente no estado de saúde das pessoas, de acordo com o grau de desenvolvimento econômico do país, resultava em um objeto de preocupação que deveria ser comum a todos os países (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

Ao longo dos anos subsequentes, em resposta à essa problematização trazida pela Conferência de Alma-Ata e à pressão mundial por uma nova saúde pública, houve a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, no ano de 1986, que trouxe e consolidou o conceito de promoção de saúde, o qual coloca a mesma como um recurso para a vida, um conceito positivo, com ênfase nos recursos pessoais e sociais, muito além das capacidades físicas. E que para o alcance da mesma, é preciso a participação de outros setores da comunidade, além do setor saúde (WHO, 1986).

A Carta de Ottawa (1986) evidenciou a ideia de que a saúde é o principal meio para propiciar a prosperidade social, econômica e pessoal, e que o contexto político, econômico, social, cultural, ambiental, comportamental e biológico repercutem diretamente na saúde das pessoas, de modo a favorecê-la ou prejudicá-la. E assim, coloca alguns pré-requisitos para a saúde: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

À partir daí, ao longo das últimas décadas, muito se avançou em relação aos estudos sobre as influências do contexto social na saúde, e existem numerosas formas de abordar os determinantes sociais da saúde, todas elas, com menor ou maior grau de detalhe, dizem respeito

às condições de vida e de trabalho dos indivíduos ou de grupos populacionais que relacionam-se com suas situações de saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Nesse sentido, ao longo das últimas décadas, a Organização Mundial de Saúde foi responsável pelo direcionamento das discussões sobre os determinantes sociais da saúde e adotou abordagens de diversos autores que propuseram modelos para o tratamento da temática (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Em 1991, Dahlgren e Whitehead, através de um artigo sobre políticas e estratégias para promover a equidade em saúde na Europa, da Organização Mundial de Saúde, propuseram um modelo sobre os principais determinantes sociais da saúde (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991). Este modelo ganhou destaque e tem grande relevância até os dias atuais, pois apresenta uma simplicidade ao mostrar os determinantes dispostos em camadas, o que facilita a visualização e o entendimento das inter-relações entre os diversos determinantes sociais da saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; BAMBRA *et al*, 2020).

Conforme pode ser visto na figura 1, os indivíduos encontram-se na base do modelo, com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos, os quais nitidamente desempenham relação nas suas situações de saúde. Na camada imediatamente externa, manifesta-se o comportamento e os estilos de vida individuais, a qual encontra-se posicionada na fronteira entre as condições individuais e os determinantes sociais da saúde, já que se por um lado são compreendidos unicamente como responsabilidade individual, na verdade também são condicionados por diversos determinantes sociais (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991).

Em seguida, na próxima camada do modelo, mostra-se a influência das redes comunitárias e de apoio, a qual, em sua maior ou menor riqueza, expressa o nível de coesão social. No próximo nível retratam-se os fatores relativos às circunstâncias de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991).

Por último, o nível no qual estão localizados os macrodeterminantes relativos às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade e que detém grande influência sobre as demais camadas (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991).

Diversos estudos sobre as relações entre os determinantes sociais e os desfechos de saúde foram produzidos, as evidências se tornaram mais robustas, e em 2005, aconteceu a criação da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde (CSDH), a qual representou a estruturação de uma rede mundial, com o intuito de criar políticas que oferecessem subsídios

no enfrentamento das causas sociais das iniquidades em saúde e que podem ser evitáveis (CSDH, 2008).

Essa comissão foi criada pela OMS em março de 2005 para reunir evidências a respeito do que poderia ser feito para o alcance de uma equidade em saúde em todo mundo. Inicialmente, a mesma trouxe um planejamento de três anos para organizar evidências sobre possíveis estratégias a fim de minimizar as desigualdades em saúde dentro dos países e entre eles também. Para isso, construíram-se parcerias com países envolvidos nesse propósito (CSDH, 2008).

Nesse sentido, o Brasil destaca-se, pois no ano seguinte, em março de 2006, por meio de Decreto Presidencial, criou sua própria Comissão e adotou o modelo de Dahlgren e Whitehead (1991), como base para direcionamento e organização de suas ações (CNDSS, 2008).

A Comissão da OMS constatou que as iniquidades em saúde estão relacionadas a uma estrutura multifacetada, em instância local, nacional e global, que está imbricada. Dessa forma, a situação global influencia as relações entre os países como cada nação estabelece suas próprias normas e políticas. Isso repercute na estruturação das nações e também no nível local, criando hierarquia e a posição social (CSDH, 2008).

Esta ideia é fundamental e estruturante na compreensão dos estudos na temática das desigualdades em saúde, pois a hierarquia social ocupada por uma pessoa afetará as condições em que ela viverá, na forma como ela cresce, aprende, trabalha, vive e envelhece. Desse modo, para alcançar a equidade em saúde, é preciso ir além das causas imediatas das doenças, e também na origem dessas causas dentro dessa sociedade interconectada em nível local, nacional e mundial (CSDH, 2008).

Nessa perspectiva, o conceito de equidade em saúde precisa ser elucidado, pois é básico para os estudos sobre os determinantes sociais da saúde. Segundo Whitehead (1992) ele não significa que todos devam ter o mesmo estado de saúde, por exemplo, ou consumir a mesma quantidade de recursos de serviços de saúde, independentemente da necessidade. O mesmo traz uma dimensão moral e ética, pois refere-se à diferenças que são injustas, desnecessárias e poderiam ser evitadas. Além disso, existe uma confusão entre os significados de equidade no nível e na qualidade da saúde de grupos diferenciados da população e equidade na oferta e distribuição dos serviços de saúde.

Os sujeitos se diferenciam em saúde, bem como em outras características e não existe o objetivo de alcançar um nível idêntico de saúde para toda população, assim como em todos os outros atributos. Porém, as diversidades evitáveis nas quais os indivíduos não têm escolha sobre

a condição que pode dar origem às doenças, tem o aspecto da injustiça a ser considerada e entram como uma iniquidade em saúde, aspecto reforçado quando os problemas têm uma tendência a se intensificarem dentro de grupos vulneráveis a certas questões de saúde, de modo que acabam dentro de um ciclo de injustiças, por meio de circunstâncias fora de seu controle, que os fazem tolerar um fardo árduo de problemas de saúde que também acabam por reduzir suas opções de emprego e renda (WHITEHEAD, 1992).

Em relação à equidade nos cuidados de saúde consiste na ideia de uma distribuição equitativa dos recursos, de modo que os serviços de saúde consigam tornar o nível de saúde o mesmo, independentemente da região ou grupo social, ou ao menos, reduzir a lacuna existente, o que não é uma meta alcançável, porque a assistência à saúde é apenas um dos muitos fatores contribuintes para as desigualdades em saúde nos países (WHITEHEAD, 1992). A meta final da equidade na atenção à saúde seria combinar os serviços de perto com o nível de necessidade, o que pode muito bem resultar em grandes diferenças no acesso e no uso dos serviços entre os diferentes grupos socioeconômicos, favorecendo os grupos mais desfavorecidos e com maior necessidade (DAHLGREN; WHITEHEAD, 2007).

Três características específicas, unidas, transformam simples variações ou diferenças na saúde em uma desigualdade social nesta área, pois elas são sistemáticas, socialmente produzidas (e, portanto, modificáveis) e injustas. Nesse tocante, o padrão sistemático das diversidades em saúde, refere-se à distribuição não aleatória na população, que mostra um padrão consistente, como por exemplo, o aumento da mortalidade e da morbidade com o declínio na posição social. Em seguida, o processo social como gerador das diferenças em saúde, já que nenhuma lei da natureza estipula que crianças carentes tenham maior chance de morte e, por último, o componente injusto dessas diferenças sociais (DAHLGREN; WHITEHEAD, 2007).

Figura 1 – Modelo de Dahlgren e Whitehead (2007)



Fonte: Dahlgren; Whitehead (2007)

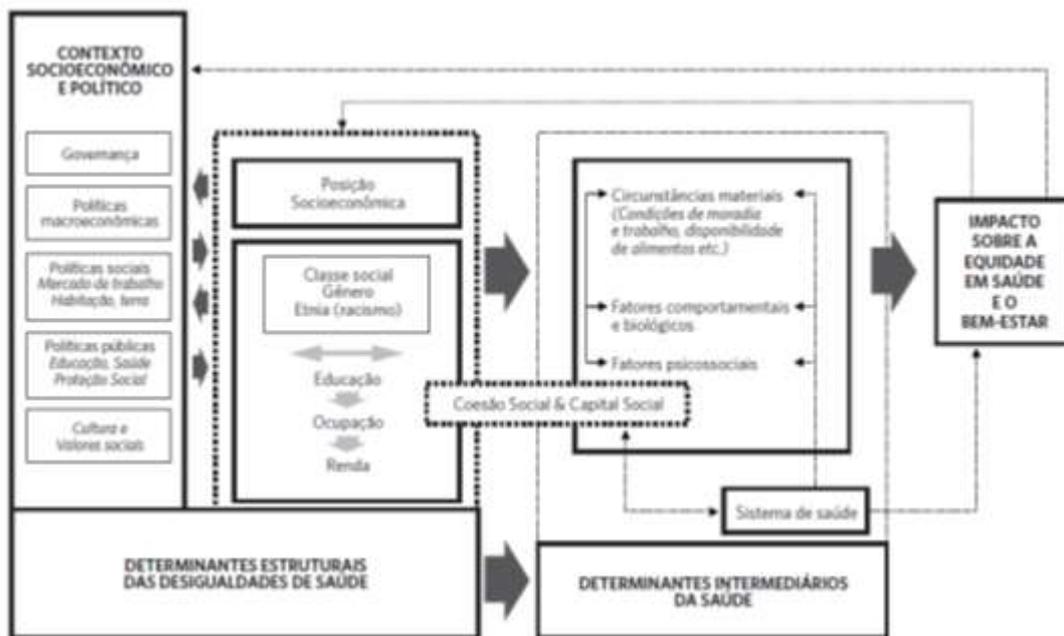
Nesse tocante, muitos modelos foram construídos na tentativa de melhor descrever as relações entre as questões sociais e a saúde, com maior ou menor destaque dados à certos atributos, porém, em geral, preocupam-se em saber como a saúde das populações beneficia-se de intervenções limitadas, focadas no nível individual ou comunitário, ou de medidas amplas de redistribuição dos recursos sociais, políticos e econômicos, que influenciam significativamente o status de saúde da população (FIOCRUZ, 2012).

Cabe destaque para o conceito de “determinantes estruturais”, os quais são os determinantes sociais das desigualdades em saúde e referem-se à inter-relação entre o contexto socioeconômico-político (mecanismos estruturais geradores da estratificação social) e a posição socioeconômica do indivíduo (SOLAR; IRWIN, 2007). Segundo Garbois, Sodr e e Dalbello-Araujo (2017) o modelo proposto por Dahlgren e Whitehead, adotado por muitos anos pela OMS como referencial teórico, traz as causas estruturais das desigualdades em saúde de forma muito periférica e sem a devida importância, sob o cunho de “determinantes distais”, ou macrodeterminantes econômicos e sociais.

Assim, em 2010, a OMS instaura um novo marco conceitual sobre os DSS, construído a partir do modelo proposto por Solar e Irwin (2010) e que foi adotado no ano seguinte, na Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde de 2011, no Rio de Janeiro

(OMS, 2011). Nesse modelo, as causas estruturais adquirem uma posição diferenciada em relação ao modelo anteriormente adotado, numa localização que traz a ideia de fundamento, mostrando a primazia causal dada neste modelo teórico a esses fatores. Outrossim, o recurso gráfico adotado através do uso de setas, dá destaque a entender as ligações entre os determinantes sociais e os intermediários da saúde (SOLAR; IRWIN, 2010).

Figura 2 – Modelo de Solar e Irwin (OMS, 2011)



Fonte: Solar e Irwin (OMS, 2011)

O modelo apresentado por Solar e Irwin (2007) baseou-se no marco teórico de Diderichsen, Evans e Whitehead, em relação aos conceitos de contexto político, social e econômico, onde aspectos estruturais, culturais e funcionais de um sistema social influenciam os parâmetros de estratificação social e as oportunidades em saúde.

Como falado anteriormente, esse modelo para estudo dos determinantes sociais da saúde diferencia-se dos outros por conta da importância atribuída ao contexto socioeconômico e político, o qual refere-se a todos os fatores que não podem ser mensurados em nível individual, onde “Contexto” engloba questões estruturais, culturais e funcionais da sociedade e que impactam nos indivíduos e influenciam na estratificação social e, em seguida, nas oportunidades de saúde das pessoas. É onde geralmente iniciam-se as causas cujos mecanismos sociais e políticos geram as hierarquias sociais (SOLAR; IRWIN, 2007).

Os determinantes estruturais atuam através dos determinantes intermediários, por meio de mecanismos sociais, políticos e econômicos, que geram grupos de condições socioeconômicas, as quais estabelecem vulnerabilidades e exposições diferenciadas, e dividem a população hierarquicamente de acordo com a renda, a raça/etnia, a ocupação, o gênero, a educação, entre outros (SOLAR; IRWIN, 2007).

Os determinantes intermediários dizem respeito ao grupamento das condições materiais (acesso e disponibilidade a alimentos e água, situação de moradia, atributos da vizinhança, circunstâncias de trabalho, qualidade do ar), aos fatores comportamentais (estilos de vida e comportamento), biológicos (fatores genéticos) e psicossociais (estressores psicossociais, circunstâncias estressantes, carência de apoio social) (SOLAR; IRWIN, 2007).

Nesse marco conceitual, o sistema de saúde é concebido como um determinante intermediário, no sentido de ter que contrapor os efeitos das iniquidades, de modo a atender adequadamente cada grupo social, reconhecendo as barreiras no acesso e promovendo ações intersetoriais. A coesão social e o capital social atravessam as dimensões estrutural e intermediária (OMS, 2010).

Assim, o próprio sistema de saúde é concebido como um campo de mediação dos determinantes sociais, no sentido de ter que levar em conta e contrapor os efeitos produtores de iniquidades. Neste modelo, o papel do sistema de saúde no tocante à eliminação das iniquidades, compreende atender apropriadamente às necessidades de cuidados em saúde dos diferentes grupos sociais e promover ações intersetoriais que melhorem a saúde das comunidades socialmente mais desfavorecidas (OMS, 2011).

Para concluir, é importante refletir os modelos de determinantes sociais que descrevem a saúde como o resultado de processos causais originados na estrutura social e, em consequência, admitem que as desigualdades em saúde são socialmente produzidas, tornando mais precárias as condições de saúde de grupos mais vulneráveis por estarem expostos a fatores que fragilizam a saúde. Por isso, é importante dar destaque ao círculo vicioso da desvantagem social e piores resultados em saúde, de modo a incluir variáveis relacionadas à posição social dos indivíduos, assim como seu contexto social e político (FIOCRUZ, 2012).

CAPÍTULO 3

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 A ADOLESCÊNCIA, AS POLÍTICAS PÚBLICAS E OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

A adolescência é uma fase singular do desenvolvimento humano, desafiadora pelas suas especificidades, relacionadas às intensas transformações no âmbito biológico, psicológico, social e comportamental. Toda multiplicidade de transformações coloca essa fase num ponto de destaque quando fala-se em promoção de saúde e prevenção de agravos futuros, na vida adulta. Porém, ao longo da história da saúde pública mundial, pode-se verificar que não houve a devida atenção a esse grupo, já que é um período da vida considerado saudável (PATTON *et al*, 2016).

O ponto de vista construído durante muitos anos de enxergar os adolescentes como “crianças grandes” ou adultos “imaturos”, colocou-os fora de uma agenda internacional de destaque na abordagem de toda multiplicidade inerente à fase vivida. Inclusive, no sentido de não enxergar os riscos envolvidos que repercutiam numa carga de doenças e mortalidade na própria fase da adolescência (WHO, 2017).

Assim sendo, houve pouco progresso em conquistas na saúde dessa população, mantendo-os numa posição especialmente desvantajosa relacionadas a uma série de agravos. Nos últimos 50 anos, a saúde do adolescente obteve significativo declínio quando comparadas aos avanços conquistados na saúde da criança (PATTON; COFFEY; CAPPÀ *et al*, 2012).

Entretanto, assim como na primeira infância, a adolescência destaca-se como um período extremamente sensível (quando os indivíduos criam estruturas de funcionamento que podem ser pouco proveitosas numa perspectiva futura. Na puberdade, ocorrem muitas mudanças no funcionamento neurológico, onde uma maior diferenciação entre a maturação do sistema límbico (a rebote do processo de imaturidade do córtex pré-frontal), cria um desequilíbrio que favorece a adoção de comportamentos considerados de risco ((PATTON; COFFEY; CAPPÀ *et al*, 2012)

No contexto brasileiro, a adolescência é definida sob várias perspectivas, e existem divergências quanto ao período de abrangência dessa fase. Contudo, é importante ressaltar que essa divisão por faixa etária é fundamental para a organização e consolidação de políticas públicas diversas, visto que as especificidades inerentes a cada fase, trará contextos que poderão

gerar semelhanças ou diferenças. O Ministério da Saúde, adota a abordagem da Organização Mundial de Saúde, que situa essa fase no período de 10 a 19 anos. Já o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) adota a faixa etária dos 12 aos 18 anos de idade completos (BRASIL, 2018).

A atenção à saúde do adolescente tem como marco legal internacional a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 10 de dezembro de 1948 e a Assembleia Geral das Nações Unidas, de 1989, que reconheceu a Convenção sobre os Direitos da Criança, trazendo para o plano legal a valoração da criança e do adolescente como ser humano sujeito de direitos, e a consideração da sua condição excepcional de pessoa em desenvolvimento, além do reconhecimento de sua prioridade absoluta nas políticas públicas (BRASIL, 2007). E como marcos legais nacionais, apresentam-se a Constituição Federal de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990) que ratificam esses conceitos.

Ressalta-se o papel do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990) fundamentado na Doutrina da Proteção Integral, que reconhece todas as crianças e adolescentes de 12 a 18 anos de idade como sujeitos de direitos nas diversas condições sociais e individuais. Porém, é importante destacar que esta garantia de direitos não é realidade em muitos países no mundo, o que reflete especialmente na inacessibilidade dos adolescentes aos serviços de saúde (PATTON *et al*, 2016).

As leis têm fundamental relevância dentro da saúde do adolescente e, apesar de quase todos os países no mundo terem assinado e ratificado a Convenção da ONU sobre os Direitos da Criança, ainda permanecem radicais diferenças no arcabouço jurídico relacionado à saúde do adolescente nos diversos países do mundo, tornando os direitos dessa população limitados, inclusive no que diz respeito às barreiras de acesso, relacionadas a questões religiosas, por exemplo (PATTON *et al*, 2016).

No Brasil, em 2010, foram publicadas as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, as quais decorrem do processo de construção da Política Nacional de Atenção à Saúde Integral de Adolescentes e Jovens, que teve início em 2004 por meio de uma Oficina Técnica que discutiu e definiu quais seriam seus objetivos, diretrizes e estratégias (BRASIL, 2010).

A Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens tem como objetivo geral a sensibilização e mobilização de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde para integrar ações, programas e políticas do SUS e nas outras políticas de Governo, estratégias

interfederativas e intersetoriais, que convirjam para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens. E como temas estruturantes: participação juvenil, equidade de gêneros, direitos sexuais e reprodutivos, projeto de vida, cultura de paz, ética e cidadania, igualdade racial e étnica. Essas diretrizes preconizam que os adolescentes tenham seus direitos garantidos, independentemente de sexo, raça, cor, origem ou qualquer outra condição (BRASIL, 2010).

Sob essa perspectiva, ressalta-se que os adolescentes são, sim, uma população inicialmente saudável. No entanto, requerem abordagens diferenciadas para promoção da saúde, considerando que seus estilos de vida podem torná-los vulneráveis. Essa vulnerabilidade decorre de fatores históricos que os colocam em posição de exclusão de direitos e oportunidades, que geram desigualdades em saúde. Assim, parte-se do princípio da necessidade de uma atenção integral, baseada na intersetorialidade. Cada adolescente possui dimensões biológicas, psicológicas e socioculturais inseparáveis. É fundamental que todos os setores da sociedade se envolvam para alcançar essa integralidade (BRASIL, 2010).

Sabe-se que os agravos e toda carga de doença relacionada aos adolescentes sofrem total reflexo dos determinantes sociais da saúde, de modo que estes reflitam totalmente nos riscos envolvidos. É importante destacar que a adolescência não poder ser percebida apenas como um período de transição entre a infância e a fase adulta, e com isso não notá-la como uma fase ímpar e extremamente fértil no que tange às estratégias de saúde pública, para rever hábitos e comportamentos, que terão uma repercussão por toda a vida (PATTON *et al*, 2016).

Em qualquer país do mundo existem desigualdades gritantes na saúde dos adolescentes nas diversas regiões de um território e dentro de diferentes grupos dos mesmos, com destaque para grupos que demandam maiores necessidades de saúde: minorias étnicas, população LGBT (lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros), pessoas com deficiência, desabrigados ou em situação de conflito com a lei. Entretanto, os sistemas de informação são deficientes em relação a um diagnóstico da situação dessa população, tornando-os invisíveis e não atendidos (PATTON *et al*, 2016).

Os fatores estruturais, como a riqueza de uma nação, a desigualdade de renda e o acesso à educação, destacam-se como os mais fortes determinantes da saúde do adolescente em todo mundo. Em conjunto, o apoio decorrente de uma base familiar forte, assim como escolas seguras e um convívio social com colegas, que propiciem um ambiente favorável ao desenvolvimento de todo potencial do adolescente, bem como de sua saúde (VINER *et al*, 2012).

Na transição inerente ao processo de desenvolvimento do adolescente, cuja influência da família torna-se menos predominante, outros fatores de risco e proteção tornam-se mais fortes, como por exemplo, a influência da comunidade onde o indivíduo convive, seus pares, a escola, e também os fatores internos, ligados a valores, projetos de vida, autoestima e saúde mental, por exemplo (BRASIL, 2017).

A família é parte da rede de proteção do adolescente que poderá trazer mais proteção ou risco, de acordo com a qualidade das relações com os adultos cuidadores, seu estilo de comunicação e parentalidade, o que somará forças com a influência da comunidade e da escola, em relação ao grupo de amigos, desempenho escolar, segurança no bairro em que vivem, oportunidades de acesso à cultura e lazer. Adolescentes que passam pouco tempo em contato com familiares, além da pouca qualidade desse tempo, por conseguinte, ficam mais expostos à interferência do ambiente externo (BRASIL, 2017).

A demanda pelo convívio em grupos aumenta no sentido da busca para construção de identidades nesse período, que é extremamente delicado em relação às pressões sociais relacionadas às definições de suas identidades (de gênero, orientação sexual, gostos e habilidades). O fato de serem acolhidos em um grupo, apresenta-se como um fator de proteção; por outro lado, a exclusão desse mesmo grupo pode ocasionar fatores de risco à saúde. Além disso, a qualidade das escolhas desse grupo também pode atuar como mais um fator de vulnerabilidade para o adolescente (BRASIL, 2017).

Outro ponto de extrema relevância e que traz uma situação de especial vulnerabilidade diz respeito aos adolescentes trabalhadores. Eles encontram-se em situação de desvantagem nas condições de trabalho e representam uma estratégia de sobrevivência econômica para as famílias mais pobres. Isso tem grande repercussão e custo social para os adolescentes. Por exemplo, a evasão escolar poderia garantir-lhes uma melhor qualificação profissional futura. No entanto, quando isso não acontece, gera uma sobrecarga de funções que trará desgaste físico e mental. Esses danos normalmente só aparecerão na vida adulta, o que contribui para mascarar as estatísticas relacionadas aos danos decorrentes do trabalho nessa idade (BRASIL, 2017).

Desse modo, pensar numa melhor saúde do adolescente exige uma melhora nas condições de vida diárias dessa população, suas famílias e seus pares, assim como nas escolas. É importante destacar que as intervenções mais efetivas dizem respeito às mudanças na estrutura da sociedade, oportunizando acesso à educação e renda (VINER *et al*, 2012).

Outra consideração importante são as barreiras no acesso aos serviços de saúde, relacionadas muitas vezes à falta de experiência dos adolescentes e à falta de conhecimento acerca de sua saúde, violações no direito da confidencialidade, estigma e estruturas legislativas restritivas. Isso acontece num contexto em que um terço da população adolescente no mundo cresce em países onde predominam as doenças crônicas não transmissíveis e sofrem com a carga de doenças relacionadas aos transtornos mentais, uso de substâncias psicoativas e doenças físicas crônicas, situação negligenciada e que exige que seja dada prioridade de ações, visando o atendimento das necessidades de saúde (PATTON *et al*, 2016).

Um estudo que teve como objetivo compreender o contexto de vulnerabilidade vivenciado por adolescentes na perspectiva dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família, trouxe a perspectiva de que os adolescentes se distanciam e não estão vinculados aos serviços de saúde por considerarem que não precisam de ajuda ou atendimento (GASPARETTO *et al*, 2020). Entretanto, aponta-se que a problemática é muito mais ampla que isso, é urgente a necessidade de que os profissionais tenham atitudes, conhecimentos e habilidades para lidar com essa população, dentro de suas particularidades e vulnerabilidades. Porém, toda história de negligência e baixos investimentos em programas de saúde pública para capacitação de recursos humanos para lidar com essa população, gerou lacunas na compreensão das necessidades de saúde dos adolescentes (PATTON *et al*, 2016).

O relatório da OMS intitulado “Ação Global para Aceleração da Saúde dos Adolescentes” ressalta a importância de focar na saúde do adolescente, de modo a trazer benefícios triplicados, já que poderiam afetar os adolescentes de agora, suas vidas adultas e também a próxima geração. Aponta também que mais de 3.000 adolescentes morrem diariamente por causas completamente evitáveis, e destaca que vários fatores de risco para doenças na vida adulta iniciam-se ou estruturam-se no período da adolescência (WHO, 2017)

Porém, pouco tem se estudado de forma sistemática no sentido de explorar os efeitos dos determinantes sociais na adolescência (PATTON *et al*, 2012). Existem consistentes evidências do quanto a saúde dos adolescentes é afetada por fatores no nível individual, familiar, escolar, comunitário e nacional. Comportamentos presentes na adolescência costumam se manter na vida adulta, e por isso são preditores da situação de uma população. Portanto, são tão importantes de serem avaliados e trabalhados em prol de condições mais geradoras de saúde (VINER *et al*, 2012).

Investir na escola e em projetos a ela vinculados apresentam-se como uma relevante estratégia para o apoio e cuidado de adolescentes, pois além de seu papel crucial na formação, relacionado à aquisição de conhecimento e qualificação profissional, destaca-se sua contribuição na formação de cidadãos e atuam de forma a protegê-los de riscos diversos (GASPARETTO *et al*, 2020).

A escola é um locus estratégico para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde onde há a condição de abordar conhecimentos gerais essenciais à saúde, assim como trabalhar estilos de vida que minimizem riscos à saúde (PATTON *et al*, 2016).

No Brasil, desde 2007 foi implantado o Programa Saúde na Escola (PSE), do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, que surgiu como resultado de esforços do governo federal em construir políticas intersetoriais para a melhoria da qualidade de vida da população brasileira, voltados para a saúde e educação de crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública (BRASIL, 2011). A escola é um espaço privilegiado para práticas de promoção de saúde e de prevenção de agravos à saúde e de doenças, de modo que a articulação entre ações para uma atenção integral, entre saúde e educação, fortaleça o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens brasileiros (BRASIL, 2011; UNESCO, 2017).

Todavia, sabe-se que o PSE ainda está longe de conseguir apropriar o conceito de intersetorialidade que está no âmago da sua estrutura. O setor da saúde ainda está à frente das estratégias desenvolvidas, com pouca liderança do setor de educação, além das atividades se restringirem ao modelo biomédico, muitas vezes limitando-se a palestras. Tudo isso acaba por enfraquecer a potência de promoção de saúde do programa (SOUSA; ESPERIDIÃO; MEDINA, 2017).

Deste modo, persistem lacunas na estruturação das políticas públicas e ações intersetoriais voltadas a este público e suas famílias, além do despreparo dos profissionais da saúde para uma assistência integral à saúde do adolescente, o que aponta a necessidade de rever processos formativos e/ou de qualificação como forma de instrumentalizá-los para assistir as populações vulneráveis atendidas (GASPARETTO *et al*, 2020).

De modo geral, com base no contexto das repercussões dos determinantes sociais na saúde dos adolescentes, sabe-se que a resposta a ser dada no sentido de melhorias nessa área devem integrar intervenções no nível individual, escolar e familiar com um foco nas oportunidades oferecidas no sentido de melhoria das condições da vida diária, no que se refere

às condições em que as nascem, crescem, vivem e trabalham, abrangendo risco e fatores de proteção, além de lidar com a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos (VINER *et al*, 2012; GASPARETTO *et al*, 2020).

Reduzir as iniquidades e a pobreza, aumentar oportunidades e atuar sobre determinantes e condicionantes, constitui um objetivo prioritário para a saúde de adolescentes; porém, sabe-se que são necessárias políticas públicas mais efetivas, especialmente no Brasil, onde a invisibilidade das mortes violentas da população jovem, pobre e negra mostra como ainda há muito o que se avançar no combate às desigualdades sociais as quais a população está sujeita (REIS; MALTA; FURTADO, 2018).

3.2 OS DETERMINANTES SOCIAIS DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA ADOLESCÊNCIA

O modelo de estudo dos determinantes sociais de Solar e Irwin destaca os contextos socioeconômico e político, os quais se referem a todos os fatores que não podem ser mensurados em nível individual. O termo “contexto” engloba questões estruturais, culturais e funcionais da sociedade, que impactam nos indivíduos e influenciam a estratificação social. Esses contextos também estão relacionados às oportunidades de saúde das pessoas. Geralmente, é nesse contexto que se iniciam as causas cujos mecanismos sociais e políticos geram as hierarquias sociais (OMS, 2011).

Nos estudos realizados por Vilalbí *et al* (2020), Martins *et al* (2019) e Brooks-Russell *et al* (2019) encontrou-se relação entre dimensão do contexto socioeconômico e político com o uso de substâncias psicoativas por adolescentes escolares, um deles observou relação entre a maior densidade de venda de álcool e o consumo de álcool (MARTINS *et al*, 2019) e o binge drinking (VILALBÍ *et al*, 2020), e sobre o uso de maconha (BROOKS-RUSSELL *et al*, 2019).

Estudo que avaliou as repercussões da implementação da venda comercial de maconha recreativa, mostrou que não houve mudanças na prevalência do uso, porém, especificamente sobre o uso em propriedades escolares houve redução, assim como houve uma redução na percepção de danos associados a esse uso (BROOKS-RUSSELL *et al*, 2019). Também foi encontrada relação entre bairros com maior influência turística e o binge drinking (VILALBÍ *et al*, 2020).

Sobre a posição socioeconômica, os determinantes estruturais da sociedade atuam através de mecanismos sociais, políticos e econômicos que geram grupos de condições socioeconômicas que estabelecem vulnerabilidades e exposições diferenciadas, e dividem a população hierarquicamente, de acordo com a renda, a raça/etnia, a ocupação, o gênero, a educação, entre outros (OMS, 2011).

Nesse aspecto, encontrou-se como relacionado ao consumo de álcool (MARTIN *et al*, 2019) residir em áreas mais carentes, nível socioeconômico mais baixo do município (MARTINS *et al*, 2019) e escolas que possuíam apoio vocacional (THOR; KARLSON; LANDBERG, 2019). O uso de drogas ilícitas foi relacionado com o menor nível socioeconômico (GERRA *et al*, 2020); por outro lado, um estudo relacionou o uso de maconha com melhor nível socioeconômico (MAHANOVIC *et al*, 2020). Tratando-se de substâncias psicoativas em geral, verificou-se uma relação com a desvantagem socioeconômica da vizinhança (CABRON *et al*, 2020) e escolas públicas (BOING *et al*, 2019).

Na dinâmica de muitas sociedades, o gênero configura-se como um elemento base para as iniquidades em saúde. Modelos de masculinidade constituídos podem trazer repercussões danosas para a saúde dos homens; por outro lado, apesar de não ter tido destaque dentre os estudos encontrados, as mulheres acabam por carregar o principal fardo da forma como as hierarquias sociais são construídas, pois sofrem discriminação sistemática no acesso ao poder, prestígios e recursos (OMS, 2011).

A maior parte dos comportamentos relacionados ao uso de substâncias psicoativas foi relacionado ao sexo masculino (SIKORSKI *et al*, 2019; BUJA *et al*, 2019; MAHMOOD *et al*, 2019; RODZLAN *et al*, 2021). Um estudo apontou que esse uso foi relacionado com maior participação no grupo de amigos (SANTIAGO *et al*, 2020). Outro estudo encontrou relação entre o uso de drogas por estudantes do sexo masculino que não se conformam com o gênero em resposta à maior prevalência de vitimizações de violência que eles vivenciaram (LOWRY; JOHNS; ROBIN, 2020). Em contrapartida, no sexo feminino encontrou-se relação do uso de substâncias psicoativas para diminuição da ansiedade (SANTIAGO *et al*, 2020) e a vitimização por cyberbullying (KIM; EVANS; HAGQUIST, 2019).

Com relação à etnia, observou-se que o consumo de álcool foi maior entre brancos e nativos (TERRY-MCEL RATH; PATRICK, 2020), indígenas do sexo masculino (SIKORSKI; LEATHERDALE; COOKE, 2019) e grupo étnico Bumiputeras (RODZLAN HASANI *et al*, 2021). Apesar disso, sabe-se que as diferenças raciais ou étnicas são a base das divisões sociais

e de práticas discriminatórias em diversos contextos. Em sociedades marcadas pela exclusão racial, as pessoas pertencentes a um grupo racial / étnico marginalizado sofrem impacto em todos os aspectos de seu status, oportunidades e trajetória ao longo do curso de vida (OMS, 2011).

No que concerne à escolaridade, o consumo de álcool foi relacionado à áreas com proporções menores de pais com nível educacional alto (KIM; EVANS; HAGQUIST, 2019), na mesma direção, os problemas relacionados ao álcool foram relacionados ao nível socioeconômico escolar, medido pelo nível de escolaridade dos pais (THOR; KARLSOSON; LANDBERG, 2019). O consumo de drogas ilícitas foi relacionado à menor escolaridade dos pais (GERRA *et al*, 2020). A educação é um forte indicador de posição socioeconômica, emprego e rendimentos futuros, pois reflete recursos materiais, intelectuais e outros recursos da família de origem (OMS, 2011).

A respeito da ocupação, o emprego materno foi relacionado ao consumo de álcool, tabaco e maconha (BUJA *et al*, 2019) . Quanto à renda, a maior quantia foi associada ao consumo de álcool (HOLLIGAN *et al*, 2020; BUJA *et al*, 2019) e tabaco (BUJA *et al*, 2019). Por outro lado, o grau de insatisfação econômica foi relacionado ao uso de álcool, tabaco e maconha (BUJA *et al*, 2019). A ocupação (parental) relaciona-se com a renda e, assim, diretamente com os recursos, o que pode facilitar o acesso aos cuidados de saúde, melhor acesso à educação e residências mais saudáveis (OMS, 2011), que em contrapartida pode facilitar o acesso às substâncias psicoativas.

Verificou-se que adolescentes não urbanos, coesão social da vizinhança, viver em cidades pequenas e áreas rurais remotas (MARTIN *et al*, 2019), comunidades com eventos LGBTQ mais frequentes, foi fator de proteção para o uso de substâncias psicoativas entre adolescentes de minorias sexuais (WATSON *et al*, 2020), maiores recursos comunitários como fator de proteção para uso de substâncias, especialmente para meninas (EISENBERG *et al*, 2020).

A coesão social e o capital social abordam a relação entre a saúde individual e a sociedade, abrangendo características da organização social, como redes, normas, confiança, que facilitam a cooperação entre os indivíduos, e que refletem na saúde por meio do apoio social que essas relações podem fornecer. A coesão social e o capital social atravessam as dimensões estrutural e intermediária (OMS, 2011).

Os determinantes intermediários dizem respeito ao grupamento das condições materiais (acesso e disponibilidade a alimentos e água, situação de moradia, atributos da vizinhança, circunstâncias de trabalho, qualidade do ar), aos fatores comportamentais (estilos de vida e comportamento), biológicos (fatores genéticos) e psicossociais (estressores psicossociais, circunstâncias estressantes, carência de apoio social). A respeito das condições materiais, nenhum dos estudos explorou esse aspecto, apesar da potencial importância desse aspecto, pois esses padrões são provavelmente significativos para o estado de saúde de grupos marginalizados; e também para a inferior posição socioeconômica (OMS, 2011).

No tocante aos fatores comportamentais e biológicos, vários estudos encontraram associação com o uso de substâncias psicoativas (CONEGUNDES *et al*, 2020; HOLLIGAN *et al*, 2020; SERRANO *et al*, 2019; BUTLER *et al*, 2019; PENGPID; PELTZER, 2019; CRUZ *et al*, 2020; KHAN *et al*, 2020, BUJA *et al*, 2019; SANTIAGO *et al*, 2020; MAHMOOD *et al*, 2020), comportamentos como uso de outras substâncias, consumo de refrigerantes, vida sexual ativa, envolvimento com jogos e atividades esportivas. Além disso, em fases mais tardias da adolescência, constatou-se relação com o uso de álcool (PENGPID; PELTZER, 2019; SANTIAGO *et al*, 2020; MAHMOOD *et al*, 2019).

No que diz respeito aos fatores psicossociais, na maioria dos artigos (CONEGUNDE *et al*, 2020; ZURQUETO *et al*, 2019; SERRANO *et al*, 2019; MARTIN *et al*, 2019; KIM; EVANS; HAGQUIST, 2019; TEIXIDÓ-COMPAÑO *et al*, 2019; PENGPID; PELTZER, 2019; CRUZ *et al*, 2020; KHAN *et al*, 2020; BELZUNEGUI-ERASO *et al*, 2020; MONTES *et al*, 2019; MEHANOVIC *et al*, 2020; HEALY *et al*, 2020; OBADEJI *et al*, 2020; PETRUZELKA *et al*, 2020; LOWRY; JOHNS; ROBIN, 2020; SANTIAGO *et al*, 2020; BESERRA *et al*, 2019; HOGARTH; MARTIN; SEEDAT, 2019; KIM *et al*, 2019; LYNGDOH *et al*, 2019; MAHMOOD *et al*, 2019; HASANI *et al*, 2021) achou-se relação desta dimensão com o uso de substâncias psicoativas.

No caso da saúde mental, seis estudos descobriram relação com o uso de substâncias psicoativas para lidar com o afeto negativo mediando a relação entre os três tipos de abuso na infância (emocional, físico, sexual) (HOGARTH; MARTIN; SEEDAT, 2019). Também foi identificada uma relação com a ausência de comportamento pró-social (SERRANO *et al*, 2019), sofrimento psicológico (PENGPID; PELTZER, 2019), sentimentos de tristeza e ideação suicida (CRUZ *et al*, 2020), solidão e ansiedade (KHAN *et al*, 2020), e depressão (HASANI *et al*, 2021).

As desigualdades sociais na saúde também têm sido associadas às diferenças sociais no estilo de vida ou comportamentos, sendo que os mesmos são mais acessíveis às pesquisas, embora não relacionados aos fatores sociais. Destacam-se aspectos sociais que repercutem em diferenças na prevalência de questões de saúde mental ligadas à incerteza sobre a situação financeira, o mercado de trabalho e as relações sociais, assim como a chance de sofrer algum tipo de violência (OMS, 2011).

Aspectos da violência se destacaram como relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Em seis estudos foram apontados a vitimização do cyberbullying em mulheres (KIM *et al*, 2019), prática de *bullying* (CONEGUNDES *et al*, 2020), vítima de bullying (KHAN *et al*, 2020), agressão verbal (CONEGUNDES *et al*, 2020), comportamento agressivo (LYNGDOH *et al*, 2019), agressão física (CONEGUNDES *et al*, 2020), luta física/corporal, com lesões graves (PENGPID; PELTZER, 2019), além de intimidação anteriormente (HASANI *et al*, 2021). Outro estudo não mostrou relação da violência sofrida ou praticada com o uso de drogas (BESERRA *et al*, 2019).

Um tema adicional de extrema relevância é a relação entre a influência familiar no uso de substâncias psicoativas (catorze artigos), dentre eles o fácil acesso a elas (TEIXIDÓ-COMPAÑO *et al*, 2019; MAHMOOD *et al*, 2019), o comportamento de uso por alguns dos familiares (CONEGUNDES *et al*, 2020; ZURQUETTO *et al*, 2019; MARTIN *et al*, 2019; KHAN *et al*, 2020; BELZUNEGUI-ERASO *et al*, 2020; MEHANOVIC *et al*, 2020; OBADEJI *et al*, 2020; PETRUZELKA *et al*, 2020; MAHMOOD *et al*, 2019), menos tempo com os pais (KIM; EVANS; HAGQUIST, 2019), falta de apoio dos pais (KHAN *et al*, 2020), vínculo parental carente (HASANI *et al*, 2021), monitoramento deficiente dos pais (KHAN *et al*, 2020), viver com apenas um dos pais (TEIXIDÓ-COMPAÑO *et al*, 2019) ou sem os pais (OBADEJI *et al*, 2020), e perceber os pais como negligentes (ZURQUETTO *et al*, 2020).

Sobre a relação com os pares, a relação com o uso de substâncias psicoativas foi encontrada em seis artigos: amigos que fazem uso de alguma substância psicoativa (BELZUNEGUI-ERASO *et al*, 2020; MEHANOVIC *et al*, 2020; SANTIAGO *et al*, 2020), problemas de relacionamento com pares (HASANI *et al*, 2021; KHAN *et al*, 2020) e mais tempo com colegas (KIM; EVANS; HAGQUIST, 2019).

CAPÍTULO 4

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Tratou-se de um estudo seccional, utilizando-se dos dados derivados de um inquérito epidemiológico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (2019). Segundo Medronho (2009), esse tipo de estudo tem como característica a observação de indivíduos em uma única oportunidade, com o intuito de conhecer como determinadas características distribuem-se em uma população.

A PeNSE é uma pesquisa realizada com escolares adolescentes, desde 2009, a partir de convênio celebrado entre o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE e o Ministério da Saúde, com o apoio do Ministério da Educação. Fornece informações para o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco de Doenças Crônicas não Transmissíveis, do Ministério da Saúde, com dados atualizados sobre a distribuição desses fatores no público-alvo. Contempla questões sobre aspectos socioeconômicos; contexto familiar; hábitos alimentares; prática de atividade física; experimentação e consumo de cigarro, álcool e outras drogas; saúde sexual e reprodutiva; violência, segurança e acidentes; utilização de serviços de saúde, dentre outros (IBGE, 2021).

Iniciou-se em 2009 uma colaboração entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação. Em sua primeira edição, sua população-alvo constituiu-se de escolares do 9º ano do ensino fundamental de escolas públicas e privadas dos Municípios das Capitais. Em 2012, apesar de mantida a população-alvo, a PeNSE passou a englobar dados para o conjunto do País e as Grandes Regiões, e a investigar algumas características do ambiente escolar e do entorno (IBGE, 2012).

Essa pesquisa verifica informações para explorar e dimensionar os fatores de proteção e de risco para doenças crônicas não transmissíveis dos adolescentes escolares brasileiros, com o objetivo de detectar demandas prioritárias para o desenvolvimento de políticas públicas direcionadas para a promoção da saúde em escolares. Inclusive, essa vigilância trata-se de uma recomendação da OMS (IBGE, 2021).

Já na edição de 2015, novidades foram introduzidas na pesquisa, com destaque para a disponibilização de informações oriundas de dois planos amostrais distintos: escolares frequentando o 9º ano do Ensino Fundamental e escolares de 13 a 17 anos de idade

frequentando as etapas do 6º ao 9º ano do Ensino Fundamental e da 1ª a 3ª série do Ensino Médio (IBGE, 2016).

Assim, a primeira amostra tradicional da PeNSE não só permite a comparação temporal entre os municípios das capitais nas três edições da pesquisa, como também possibilita a desagregação das informações por Unidades da Federação, fornecendo, assim, dados de saúde mais próximos da realidade local desses estudantes (IBGE, 2016).

Ao longo de todas as suas edições, seguindo um processo de melhoria contínua, novidades foram implementadas, vários ajustes foram elaborados, bem como adequações no instrumento de coleta para melhor englobar indicadores e permitir maior entendimento pelos escolares ao respondê-lo (IBGE, 2021).

E em sua última edição, a PeNSE 2019 trouxe como maior diferencial em relação as suas versões anteriores, a amostra ampliada para representar dados de escolares de 13 a 17 anos de idade, em curso do 7º ano do ensino fundamental ao 3º ano do Ensino Médio (turnos matutino, vespertino e noturno), das redes pública e privada, possibilitando sua desagregação. Nesse tocante, com a edição de 2019, a PeNSE completa 10 anos de acompanhamento da saúde dos adolescentes escolares brasileiros (IBGE, 2021).

4.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO E AMOSTRA

A população de referência deste estudo tratou-se dos escolares de 13 a 17 anos de idade do município do Rio de Janeiro, capital do estado do Rio de Janeiro. Para tal, foi realizada a filtragem dos microdados disponibilizados pelo IBGE, selecionando-se os casos da PeNSE que se referiam ao município de interesse deste estudo.

Quadro 1 - Distribuição dos tamanhos das amostras, esperados e coletados de escolas, turmas e alunos, com indicação dos questionários válidos no Brasil, Estado do Rio de Janeiro e Município do Rio de Janeiro.

| Unidades da Federação | Esperados | | | | Coletados | | | Questionários válidos |
|---|-----------|--------|---------|---------|-----------|--------------|------------|-----------------------|
| | Escolas | Turmas | Alunos | Escolas | Turmas | Alunos | | |
| | | | | | | Matriculados | Frequentes | |
| Brasil | 4361 | 6803 | 187.957 | 4.242 | 6.612 | 189.857 | 183.264 | 159.245 |
| Rio de Janeiro | 179 | 263 | 7.383 | 174 | 258 | 7.913 | 7.603 | 6.515 |
| Município do Rio de Janeiro (capital do estado) □ n= 3.158 | | | | | | | | |

O Rio de Janeiro é um município de grande porte, com uma área de 1.200.255 km² e 6.320.446 pessoas, destas, 31,4% encontram-se desempregadas. É dividida em 10 Áreas de Planejamento (AP) de Saúde, 32 Regiões Administrativas com 159 bairros. Configura-se como uma cidade extremamente paradoxal no que diz respeito ao processo de ocupação e à distribuição geográfica da população, o que traz para a cidade uma organização socioeconômica espacial marcada por contrastes (DATARIO, 2020).

A PeNSE foi realizada através de uma amostragem por conglomerados, que nada mais é do que uma amostra aleatória simples na qual cada unidade refere-se a um conglomerado de elementos, que compreende um conjunto natural da população. Eles são diversos internamente em relação ao atributo pesquisado, entretanto, de comportamento semelhante entre os conglomerados. A ideia é que cada conglomerado se comporte como uma população em miniatura (MEDRONHO, 2009).

A PeNSE 2019 foi planejada de modo que pudesse estimar parâmetros populacionais para os estudantes de 13 a 17 anos de idade, frequentes em escolas públicas e privadas, nos seguintes níveis geográficos: Brasil, Grandes Regiões, Unidades da Federação, Municípios das Capitais e Distrito Federal. Assim, foi organizado um cadastro de seleção baseado nos dados disponibilizados pelo Censo Escolar de 2017, produzido pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep) (IBGE, 2021).

Deste modo, seguiu-se com a estratificação geográfica, que levou em conta se a escola localizava-se na capital de cada um dos 26 Estados brasileiros e do Distrito Federal, e também se localizavam-se em cidades fora das capitais. Com isso, obtiveram-se dois estratos geográficos para cada Estado e um para o Distrito Federal, totalizando 53 estratos geográficos. Posteriormente, realizou-se a organização pela dependência administrativa da escola para cada um dos estratos geográficos. Dessa forma, totalizaram-se ao final 106 estratos (IBGE, 2021).

Para o alcance da população-alvo, a PeNSE selecionou as etapas de ensino que englobam o 7º ano do Ensino Fundamental até a 3ª série do Ensino Médio, incluindo-se também os cursos técnicos com Ensino Médio integrado e os cursos Normal/Magistério. Além disso, as escolas que apresentassem menos de 20 alunos matriculados foram excluídas do cadastro de seleção; deste modo, dois registros foram construídos para a estruturação da amostra, um deles formado pelo conjunto de turmas das séries de interesse das escolas cadastradas e o outro referiu-se à listagem dos alunos matriculados nestas turmas (IBGE, 2021).

O cálculo do tamanho da amostra foi feito para conseguir estimativas de proporções (ou prevalências) de algumas características de interesse, em cada um dos estratos geográficos, com um erro máximo aproximado de 4%, em valor absoluto, ao nível de confiança de 95% (IBGE, 2021).

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Critérios de inclusão: para este estudo, foram selecionados os casos referentes ao município do Rio de Janeiro, capital do Estado, através dos microdados da PeNSE disponibilizados pelo IBGE. A PeNSE 2019 incluiu estudantes regularmente matriculados entre o 7º ao 9º ano do Ensino Fundamental e da 1ª a 3ª série do Ensino Médio (incluindo cursos técnicos com ensino médio integrado e os cursos normal/magistério), nos turnos matutino, vespertino e noturno, em escolas públicas e privadas.

Critérios de exclusão: A PeNSE excluiu do cadastro de seleção as escolas com menos de 20 alunos matriculados; além disso, também foram excluídas as escolas que não tiveram a coleta de dados viabilizada, devido a escola estar desativada, impedida por algum motivo ou sem turmas elegíveis. Além disso, foram excluídas após a coleta de dados, escolas em que houve perda de informações e/ou turmas que não atendiam aos requisitos de aproveitamento. As turmas com classificação especial, tais como: classe hospitalar, unidade de atendimento socioeducativo, unidade prisional, atividade complementar e atendimento educacional especializado, foram retiradas do cadastro de turmas. Em suma, destaca-se que houve restrição do preenchimento do questionário eletrônico pelos alunos menores de 13 anos sobre os seguintes temas: uso de cigarro, bebidas alcoólicas, outras drogas, saúde sexual e reprodutiva, e violência sexual.

4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta dos dados foi realizada entre 09/04/2019 e 30/09/2019 e ocorreu durante o turno escolar, que contou com o auxílio de smartphones, por meio de um questionário autoaplicável dividido em módulos contendo diferentes temas (IBGE, 2021).

A pesquisa contempla informações sobre as características básicas da população estudada, incluindo aspectos socioeconômicos, como escolaridade dos pais, inserção no

mercado de trabalho e posse de bens e serviços; contextos social e familiar; fatores de risco comportamentais relacionados aos hábitos alimentares, sedentarismo, tabagismo, consumo de álcool e outras drogas; saúde sexual e reprodutiva; exposição a acidentes e violências; hábitos de higiene; saúde bucal; saúde mental; e percepção da imagem corporal, entre outros tópicos (IBGE, 2021).

Dados sobre características do ambiente escolar e do entorno também foram contempladas, assim como informações relacionadas à infraestrutura disponível para alimentação e atividade física; acessibilidade; saneamento básico; existência de regras e normas de conduta adotadas pelas escolas; políticas de assistência à saúde; e nível de segurança do entorno, entre outros aspectos (IBGE, 2021).

Neste estudo, foram excluídos alguns destes blocos temáticos por não se tratarem de áreas de interesse diretamente relacionadas ao objeto de estudo, bem como para viabilizar a realização das análises, já que a PeNSE contemplou muitas variáveis. Assim, no questionário do aluno foram excluídos por completo os blocos referentes aos hábitos alimentares, higiene e saúde bucal. E no questionário da escola, foram excluídos os blocos referentes às informações gerais, atividade física, alimentação e saneamento básico e higiene.

4.5 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS DE EXPOSIÇÃO E DESFECHO

a) Variáveis de exposição

As variáveis de exposição do estudo foram organizadas de acordo com o referencial teórico adotado, o modelo de Solar e Irwin (OMS, 2011) e organizadas para operacionalização e análise dos dados da pesquisa.

Quadro 2 – Modelo teórico-operacional

| CATEGORIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS | |
|--|-------------------------|
| VARIÁVEL | CATEGORIZADA EM: |
| DETERMINANTES ESTRUTURAIS | |
| CONTEXTO SOCIOECONÔMICO E POLÍTICO | |
| Políticas de Saúde | |
| A escola tem algum grupo ou comitê responsável por orientar ou coordenar ações e/ou atividades relacionadas à saúde? | 0- Não 1- Sim |

| | |
|---|---|
| A escola participa do Programa de Saúde na Escola (PSE)? | 0- Não 1- Sim |
| A escola realizou ações conjuntas com a Unidade Básica de Saúde ou a Equipe de Saúde da Família ou a Equipe de Atenção Básica? | 0- Não 1- Sim |
| POSIÇÃO SOCIOECONÔMICA | |
| SEXO | 0- Feminino 1- Masculino |
| ETNIA | 1- Brancos 2- Não brancos |
| ESCOLARIDADE | |
| Escolaridade Materna | 1- Nenhuma até o Ensino Fundamental Incompleto 2- Ao menos o Ensino Fundamental Completo |
| OCUPAÇÃO | |
| Expectativa futura de trabalhar após o ensino médio | 0- Somente estudar 1- Trabalhar apenas, trabalhar e estudar, ou não sabe |
| RENDA | |
| Dependência administrativa da escola | 1- Pública 2- Privada |
| CAPITAL SOCIAL | |
| Com que frequência você presenciou ou ouviu falar que ocorreram assaltos e roubos a pessoas, residências e comércios na localidade (bairro) onde a escola está situada? | 0- Nenhuma vez ou poucas vezes 1- Algumas vezes ou muitas vezes |
| Com que frequência você presenciou (viu) ou ouviu falar que ocorreram tiros ou tiroteios na localidade (bairro) onde a escola está situada? | 0- Nenhuma vez ou poucas vezes 1- Algumas vezes ou muitas vezes |
| Com que frequência você presenciou (viu) ou ouviu falar que havia alguém vendendo drogas na localidade (bairro) onde a escola está situada? | 0- Nenhuma vez ou poucas vezes 1- Algumas vezes ou muitas vezes |
| Com que frequência você presenciou (viu) ou ouviu falar que alguém tinha sido agredido fisicamente ou espancado na localidade (bairro) onde a escola está situada? | 0- Nenhuma vez ou poucas vezes 1- Algumas vezes ou muitas vezes |
| Com que frequência você presenciou (viu) ou ouviu falar que alguém foi assassinado na localidade (bairro) onde a escola está situada? | 0- Nenhuma vez ou poucas vezes 1- Algumas vezes ou muitas vezes |
| Com que frequência você presenciou (viu) ou ouviu falar que alguém sofreu algum tipo de violência? | 0- Nenhuma vez ou poucas vezes |

| | |
|---|---|
| sexual na localidade (bairro) onde a escola está situada? | 1- Algumas vezes ou muitas vezes |
| A escola teve que suspender ou interromper suas aulas por motivo de segurança em termos de violência? | 0- Não 1- Sim |
| DETERMINANTES INTERMEDIÁRIOS | |
| CIRCUNSTÂNCIAS MATERIAIS | |
| Posse de celular | 0- Não 1- Sim |
| Posse de notebook | 0- Não 1- Sim |
| Acesso à Internet | 0- Não 1- Sim |
| FATORES COMPORTAMENTAIS E BIOLÓGICOS | |
| Idade | 2- 13 a 15 anos 3- 16 ou 17 anos 4- 18 anos ou mais |
| Consumo de álcool | 0- Não 1- Sim |
| Consumo de tabaco | 0- Não 1- Sim |
| Consumo de substâncias ilícitas | 0- Não 1- Sim |
| Atividade sexual | 0- Não 1- Sim |
| Falta sem permissão | 1- Nenhuma vez 2- Pelo menos uma vez |
| Direção alcoolizada | 1- Nenhuma vez 2- Pelo menos uma vez |
| Tempo total | 0- Inativo 1- Ativo |
| FATORES PSICOSSOCIAIS | |
| Saúde Mental | |
| Tem amigos próximos | 0- Nenhum amigo 1- Pelo menos um |
| Auto-avaliação de saúde mental | 1- Positiva 2- Negativa |
| Imagem Corporal | |
| Satisfação corporal | 0- Muito satisfeito, satisfeito ou indiferente 1- Muito insatisfeito ou insatisfeito |
| Considera o corpo | 0 - Muito magro, magro ou normal 1- Muito gordo ou gordo |
| Atitude em relação ao próprio peso | 0- Não estou fazendo nada ou tentando manter |

| | |
|---|---|
| | 1- Tentando perder ou ganhar peso |
| Vomitou ou tomou laxante | 0- Não 1- Sim |
| Tomou medicação para perder peso | 0- Não 1- Sim |
| Tomou medicação para ganhar peso | 0- Não 1- Sim |
| Contexto familiar | |
| Mora com os pais | 0- Nenhum deles 1- Ao menos um 2- Ambos |
| Responsáveis sabem sobre tempo livre | 0- Nunca raramente ou às vezes 1- Na maioria das vezes ou sempre |
| Pais entendem sobre problemas | 0- Nunca raramente ou às vezes 1- Na maioria das vezes ou sempre |
| Responsáveis bebem | 0- Nenhum deles ou não sei 1- Pelo menos um |
| Responsáveis fumam | 0- Nenhum deles ou não sei 1- Pelo menos um |
| Relacionamento com os pares | |
| São bem tratados pelos colegas | |
| Sofreu bullying | 0- Não 1- Sim |
| Sofreu cyberbullying | 0- Não 1- Sim |
| Praticou bullying | 0- Não 1- Sim |
| Amigos fumam | 0- Não 1- Sim |
| Amigos bebem | 0- Não 1- Sim |
| Amigos consomem drogas ilícitas | 0- Não 1- Sim |
| Violência | |
| Insegurança no trajeto escola-casa | 1- Nenhuma vez 2- Pelo menos uma vez |
| Insegurança na escola | 1- Nenhuma vez 2- Pelo menos uma vez |
| Briga (com) luta física | 0- Não 1- Sim |
| Briga (com) arma de fogo | 0- Não 1- Sim |
| Briga (com) arma branca | 0- Não 1- Sim |
| Sofreu algum tipo de acidente ou agressão | 0- Não 1- Sim |
| Sofreu agressão sexual | 0- Não 1- Sim |

| Acesso aos serviços de saúde | |
|-------------------------------------|------------------|
| Foi atendido quando procurou a UBS | 0- Não 1- Sim |

b) Variáveis de desfecho

As variáveis de desfecho referem-se à experimentação e ao consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas. Assim, foram investigados os desfechos simultâneos:

Quadro 3 – Descrição da construção da variável de desfecho

| Desfecho | Pergunta usada para avaliação |
|---|---|
| • Álcool | |
| Prevalência do consumo de álcool | “Nos últimos 30 dias, em quantos dias você tomou pelo menos um copo ou uma dose de bebida alcoólica (uma dose equivale a uma lata de cerveja ou uma taça de vinho ou uma dose de cachaça ou uísque, etc)” Categorizada como: não (nenhum dia nos últimos 30 dias); ou sim (1 ou mais dias no últimos 30 dias). |
| • Tabaco | |
| Prevalência do consumo de tabaco | “Nos últimos 30 dias, em quantos dias você fumou cigarros?” Categorizada como: não (nenhum dia nos últimos 30 dias); ou sim (1 ou mais dias nos últimos 30 dias). |
| • Drogas ilícitas | |
| Prevalência do consumo de drogas ilícitas | “Nos últimos 30 dias, quantos dias você usou droga como maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança-perfume, ecstasy, oxy, etc? Categorizada como: não (nenhum dia nos últimos 30 dias); ou sim (1 ou mais dias nos últimos 30 dias). |

Fonte: Autora (2024)

4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

A escolha por caracterizar a amostra do estudo de acordo com a dependência administrativa da escola deu-se pelo fato dessa variável conseguir descrever as iniquidades relacionadas à classe social no município do Rio de Janeiro, ao ponto de que a maior parte das características aqui estudadas, mostrou diferenças importantes quanto a sua prevalência (IBGE 2009; 2013; 2016).

Inicialmente, os dados foram submetidos à análise descritiva e ao cálculo da prevalência do uso de substâncias (tabaco, álcool e outras drogas), segundo as variáveis de exposição. A associação entre as variáveis respostas e as variáveis explicativas foi mensurada por meio do

teste do qui-quadrado de Pearson, com nível de significância de 5%. Além disso, foram inclusas também as variáveis adotadas neste estudo como referentes aos determinantes estruturais de classe social: sexo, raça, escolaridade materna e perspectiva futura de fazer algo além de apenas estudar. As variáveis independentes que apresentarem associação com os desfechos examinados (tabaco, álcool e outras drogas) em nível $p < 0,05$, foram selecionadas para a análise de regressão logística múltipla, calculando-se as OR ajustadas, com seus respectivos IC 95%.

O modelo de regressão logística (RL) é um modelo linear generalizado, sendo um tipo de análise de regressão muito utilizado para realizar previsões ou explicar a ocorrência de um evento específico quando a variável dependente (variável resposta) é de natureza binária. Quanto às variáveis independentes, estas podem ser tanto quantitativas quanto qualitativas. Por se tratar de um modelo linear generalizado, a RL apresenta três componentes: uma componente aleatória, que consiste em uma combinação das variáveis independentes (preditoras); uma componente sistemática, que relaciona as variáveis independentes com os parâmetros do modelo, correspondendo à variável resposta que se quer modelar; e uma função de ligação, neste caso, a função logit, que conecta os valores esperados das observações às variáveis independentes (KRZANOWSKI, 1998). As análises foram realizadas respeitando-se a complexidade da amostra.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

A PeNSE 2019 foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta e aprova pesquisas em saúde envolvendo seres humanos, por meio do Parecer CONEP n. 3.249.268, de 08.04.2019 (IBGE, 2021).

CAPÍTULO 5

5 RESULTADOS

A apresentação dos resultados do presente estudo divide-se em duas sessões. A primeira traz a caracterização dos determinantes sociais da amostra estudada de acordo com a dependência administrativa da escola. A segunda refere-se à análise da prevalência e relação do consumo de substâncias psicoativas com os determinantes sociais, subdividida em 3 subitens: álcool, tabaco e drogas ilícitas.

5.1 ANÁLISE DESCRITIVA DA DISTRIBUIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DOS DETERMINANTES SOCIAIS DE ACORDO A DEPENDÊNCIA ADMINISTRATIVA DA ESCOLA (VARIÁVEL PROXY DE CLASSE SOCIAL)

Na Tabela 1, descreve-se a caracterização da amostra estudada. Nas escolas públicas, a maioria era do sexo masculino (53,3%), pardos (39,6%), tinha entre 13 e 15 anos (66,7%); 30,1% declararam não saberem a escolaridade da mãe e a maior parte dos alunos encontrava-se no 7º ano do Ensino Fundamental (25,5%). Nas escolas privadas, a maior parte da amostra era do sexo feminino (53,2%), composta por brancos (55,1%), entre 13 e 15 anos (61,7%), cuja escolaridade materna referia-se ao ensino superior completo (43,75).

Tabela 1 - Caracterização da amostra segundo a dependência administrativa da escola- PeNSE (2019) (n= 3.158)

| Características estudadas | | Dependência administrativa | | | | | |
|---------------------------|-----------------------|----------------------------|-----|-------------|---------|-----|-------------|
| | | Pública | | | Privada | | |
| | | % | n | n ponderado | % | n | n ponderado |
| Sexo | Feminino | 46,7 | 745 | 143727 | 53,2 | 825 | 79256 |
| | Masculino | 53,3 | 856 | 164248 | 46,8 | 731 | 69673 |
| Raça | Branca | 31,9 | 525 | 97885 | 55,1 | 850 | 81198 |
| | Preta | 22,0 | 343 | 67499 | 10,6 | 161 | 15617 |
| | Amarela | 2,9 | 49 | 8875 | 2,8 | 43 | 4146 |
| | Parda | 39,6 | 620 | 121542 | 28,8 | 444 | 42385 |
| | Indígena | 3,7 | 58 | 11215 | 2,8 | 43 | 4072 |
| Idade | 13 a 15 anos | 66,7 | 891 | 175334 | 61,7 | 812 | 76805 |
| | 16 ou 17 anos | 24,8 | 346 | 65187 | 34,4 | 428 | 42805 |
| | 18 anos ou mais | 8,4 | 119 | 22153 | 4,0 | 52 | 4939 |
| Escolaridade Materna | Minha mãe não estudou | 3,4 | 51 | 10509 | 0,5 | 7 | 762 |

| | | | | | | |
|---|------|-----|-------|------|-----|-------|
| Não terminou o Ensino Fundamental (1º grau) | 17,1 | 267 | 52591 | 4,9 | 69 | 7338 |
| Terminou o Ensino Fundamental (1º grau) | 6,9 | 105 | 21185 | 2,7 | 37 | 4011 |
| Não terminou o Ensino Médio (2º grau) | 7,7 | 123 | 23519 | 5,2 | 83 | 7764 |
| Terminou o Ensino Médio (2º grau) | 19,5 | 323 | 59853 | 20,9 | 324 | 30975 |
| Não terminou o Ensino Superior (faculdade) | 4,4 | 71 | 13385 | 9,5 | 148 | 14036 |
| Terminou o Ensino Superior (faculdade) | 10,9 | 180 | 33588 | 43,7 | 685 | 64941 |
| Não sei | 30,1 | 476 | 92449 | 12,6 | 197 | 18659 |

Fonte: IBGE (2021)

Na Tabela 2, a comparação entre as características referentes à implantação das políticas públicas de saúde na escola mostrou que em todas as variáveis estudadas, a prevalência foi maior nas escolas públicas ($p < 0,001$), das quais 73,6% apresentavam grupo ou comitê para ações de saúde, 79,4% participavam do Programa Saúde na Escola e 60,1% realizavam ações em conjunto com a Estratégia Saúde da Família. Nos dados referentes ao capital social, em todas as variáveis estudadas houve maior prevalência de eventos relacionados à violência nas escolas públicas, com exceção da escola ter suspenso ou interrompido suas aulas por motivo de segurança em termos de violência, que não mostrou diferenças de prevalência entre as escolas públicas ou privadas ($p = 0,95$). Enquanto nas escolas privadas destaca-se que nenhuma delas participava do PSE.

Tabela 2 – Prevalência de adolescentes que estudam em escolas que relatam a implantação das políticas públicas de saúde na escola e das características referentes ao capital social e a relação com a dependência administrativa – PeNSE 2019 ($n = 3.158$)

| Características estudadas | Dependência administrativa | | p-valor | Total (%) |
|---|----------------------------|-------------|---------|-----------|
| | Pública (%) | Privada (%) | | |
| Políticas públicas de saúde | | | | |
| Tem grupo ou comitê para ações de saúde | 73,6 | 33,4 | <0,001 | 39,5 |
| Participa do pse | 79,4 | 0 | - | 20,6 |
| Realiza ações com a abs e esf ou eabs | 60,1 | 33 | <0,001 | 51,2 |
| Capital social | | | | |
| Recusa na venda de cigarro por conta da idade | | | | |
| Não tentei | 78,4 | 90,1 | <0,001 | 82,2 |
| Sim, alguém se recusou | 6,8 | 1,5 | | 5,1 |
| Não, minha idade não me impediu | 14,8 | 8,4 | | 12,7 |
| Ocorrência de assaltos e roubos a pessoas, residências e comércios na localidade (bairro) onde a escola está situada | | | | |
| Nenhuma ou poucas vezes | 29,6 | 46,1 | <0,001 | 35 |
| Algumas ou muitas vezes | 70,4 | 53,9 | | 65 |
| Ocorrência de tiros ou tiroteios na localidade (bairro) onde a escola está situada | | | | |
| Nenhuma ou poucas vezes | 52,9 | 67,1 | <0,001 | 57,6 |
| Algumas ou muitas vezes | 47,1 | 32,9 | | 42,4 |
| Presenciou (viu) ou ouviu falar que havia alguém vendendo drogas na localidade (bairro) onde a escola está situada | | | | |
| Nenhuma ou poucas vezes | 66,7 | 79 | <0,001 | 70,7 |
| Algumas ou muitas vezes | 33,3 | 21 | | 29,3 |
| Presenciou (viu) ou ouviu falar que alguém tinha sido agredido fisicamente ou espancado na localidade (bairro) onde a escola está situada | | | | |
| Nenhuma ou poucas vezes | 83,7 | 94 | <0,001 | 87 |
| Algumas ou muitas vezes | 16,3 | 6 | | 13 |
| Presenciou (viu) ou ouviu falar que alguém foi assassinado na localidade (bairro) onde a escola está situada | | | | |
| Nenhuma ou poucas vezes | 86,9 | 90,2 | 0,008 | 87,9 |
| Algumas ou muitas vezes | 13,1 | 9,8 | | 12,1 |
| Presenciou (viu) ou ouviu falar que alguém sofreu algum tipo de violência sexual na localidade (bairro) onde a escola está situada | | | | |
| Nenhuma ou poucas vezes | 89,3 | 100,0 | <0,001 | 92,8 |
| Algumas ou muitas vezes | 10,7 | 0 | | 7,2 |
| A escola suspendeu ou interrompeu suas aulas por motivo de segurança em termos de violência | | | | |
| Não | 83,2 | 83,1 | 0,95 | 83,2 |
| Sim | 16,8 | 16,9 | | 16,8 |
| Nº. de vezes que a escola teve que suspender ou interromper as aulas por motivo de segurança em termos de violência | | | | |
| 1 vez | 11,4 | 43,4 | <0,001 | 20,4 |
| 2 a 4 vezes | 68,3 | 37,7 | | 59,7 |
| 5 ou mais vezes | 20,3 | 18,9 | | 19,9 |

Fonte: IBGE (2021)

Acerca da prevalência das características referentes aos determinantes sociais intermediários e sua relação com a dependência administrativa da escola (Tabela 3), a posse de celular, notebook e internet foi maior entre os alunos de escolas privadas: 96,4%, 90,7% e

99,1%, respectivamente ($<0,001$). Sobre os fatores comportamentais, a prevalência foi maior nas escolas públicas ($p<0,001$) em relação às privadas; atividade sexual (45,3%); consumo de tabaco (6,9%) e substâncias ilícitas (6,5%); e falta (escolar) sem permissão do responsável (32%). Em relação à satisfação corporal, nas escolas públicas a prevalência de estudantes que se declararam como muito satisfeitos ou satisfeitos foi maior (66%) ($p=0,045$); por outro lado, também apresentou-se maior prevalência de alunos que declararam ter vomitado ou tomado laxante (9,2% - $p<0,001$) e uso de medicação para perder (9,3% - $p<0,001$) ou ganhar peso (8,4% - $p=0,002$) sem prescrição médica.

No tocante do contexto familiar, houve diferenças entre as escolas, no caso das privadas, que apresentaram maior prevalência de adolescentes que moram com ambos os pais (63,5% - $p=0,000$), de pais que sabem na maioria das vezes ou sempre sobre o tempo livre do escolar (72,9% - $p<0,001$). As variáveis sobre o relacionamento com os pais não mostraram diferenças de acordo com a dependência administrativa da escola. No que se refere às variáveis sobre violência, todas estudadas apresentaram prevalência maior de ocorrência nas escolas públicas, com exceção da variável “sofreu acidente ou agressão”, na qual a prevalência na escola privada foi maior (26,5% - $p<0,001$).

Tabela 3- Prevalência das características referentes aos determinantes sociais intermediários e sua relação com a dependência administrativa da escola em adolescentes escolares do município do Rio de Janeiro, RJ (n=3.158)

| Determinantes Intermediários | Dependência Administrativa | | p-valor | |
|--|----------------------------|---------|----------|-------|
| | Pública | Privada | | |
| Circunstâncias materiais | | | | |
| Posse de celular | 83,8 | 96,4 | $<0,001$ | |
| Posse de notebook | 57,3 | 90,7 | $<0,001$ | |
| Posse de Internet | 93,3 | 99,1 | $<0,001$ | |
| Tem empregado doméstico | 6,1 | 23,9 | $<0,001$ | |
| Fatores comportamentais | | | | |
| Atividade sexual | 45,3 | 29,9 | $<0,001$ | |
| Prevalência de álcool | 29,4 | 26,3 | 0,067 | |
| Prevalência do consumo de tabaco | 6,9 | 3,5 | $<0,001$ | |
| Prevalência do consumo de substância ilícita | 6,5 | 3,3 | $<0,001$ | |
| Falta sem permissão do responsável | 32 | 15,2 | $<0,001$ | |
| Andou em carro ou outro veículo motorizado dirigido por alguém que tinha consumido alguma bebida alcoólica | 28,8 | 26,9 | 0,277 | |
| Ativos em relação ao tempo total de atividade física | 20,1 | 17,7 | 0,09 | |
| Saúde Mental e auto imagem corporal | | | | |
| Nenhum amigo próximo | 4,5 | 1,6 | 0 | |
| Auto-avaliação de saúde mental | Positivo | 84,5 | 84,4 | 0,987 |

| | | | | |
|---|------------------------------------|------|------|--------|
| Satisfação corporal | Negativo | 15,5 | 15,6 | |
| | Muito satisfeito ou satisfeito | 66 | 53,1 | <0,001 |
| | Indiferente | 10,1 | 13,2 | |
| | Muito insatisfeito ou insatisfeito | 23,9 | 33,7 | |
| Auto imagem corporal | Muito magro ou magro | 30,7 | 27,1 | 0,045 |
| | Normal | 46,7 | 46,9 | |
| | Muito gordo ou gordo | 22,6 | 25,9 | |
| Atitude em relação ao peso | Não estou fazendo nada | 46,7 | 38,9 | 0,011 |
| | Estou tentando perder peso | 26,3 | 34,2 | |
| | Estou tentando ganhar peso | 15,8 | 12,7 | |
| | Estou tentando manter o mesmo peso | 11,3 | 14,2 | |
| Vomitou ou tomou laxante | | 9,2 | 4,6 | <0,001 |
| Tomou medicação para perder peso | | 9,3 | 4,2 | <0,001 |
| Tomou medicação para ganhar peso ou massa muscular | | 8,4 | 5,4 | 0,002 |
| Contexto familiar e relacionamento com pares | | | | |
| Mora com os pais | Nenhum deles | 6,8 | 2,9 | 0 |
| | Apenas um | 50,6 | 33,6 | |
| | Ambos | 42,7 | 63,5 | |
| Responsável sabe sobre o tempo livre | Nunca ou raramente | 26,5 | 13,3 | <0,001 |
| | Às vezes | 15,7 | 13,8 | |
| | Na maioria das vezes ou sempre | 57,8 | 72,9 | |
| Responsável entende os problemas e preocupações | Nunca ou raramente | 37,7 | 34 | 0,076 |
| | Às vezes | 20,6 | 20,9 | |
| | Na maioria das vezes ou sempre | 41,7 | 45 | |
| Sofreu bullying | Nenhuma vez | 60,4 | 58,9 | 0,419 |
| | 1 vez | 15,5 | 15,3 | |
| | 2 ou mais vezes | 24,1 | 25,8 | |
| Cyberbullying | Sim | 14,6 | 12,3 | 0,074 |
| Praticou bullying | Sim | 18,7 | 18 | 0,596 |
| Insegurança no trajeto de casa para a escola ou da escola para casa | Pelo menos uma vez | 23,6 | 12,4 | <0,001 |
| Insegurança na escola | Pelo menos uma vez | 16,9 | 9,3 | <0,001 |
| Envolvimento em briga com luta física | Sim | 17,1 | 11,5 | <0,001 |
| Envolvimento em briga com arma de fogo | Sim | 6,2 | 1,3 | <0,001 |
| Envolvimento em briga com arma branca | Sim | 7,8 | 3,3 | <0,001 |
| Sofreu algum acidente ou agressão | Sim | 19,4 | 26,5 | <0,001 |
| Sofreu agressão sexual | Sim | 6,9 | 5,3 | 0,093 |
| Acesso aos serviços de saúde | Sim | 87,4 | 83,5 | 0,078 |

Fonte: IBGE (2021)

5.2 ANÁLISE DA PREVALÊNCIA E RELAÇÃO DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS COM OS DETERMINANTES SOCIAIS

5.2.1 ÁLCOOL

Sobre a caracterização do perfil do uso de álcool pelos adolescentes (Tabela 4), a experimentação de álcool foi de 68,20% (IC 95% 66,2-70,1), e 9,90% (IC 95% 8,5-11,6) deste grupo experimentou o álcool aos 9 anos de idade ou menos; 35,4% (IC 31,9-39) relataram que nos últimos 30 dias, quando consumiram bebidas alcoólicas, ingeriram ao menos 5 doses. A respeito da forma como conseguiram a bebida da qual fizeram uso, a maioria relatou que comprou na loja, mercado, bar, botequim ou padaria (36,8% IC 95% 33,3-40,5), e em uma festa (30,4% IC 95% 27-33,9).

A maioria dos alunos (66,7% IC95% 64,7-68,7) relatou que alguns dos responsáveis fazem uso de bebidas alcoólicas; 52,1% (IC 95% 50-54,2) relataram que os amigos bebem, 30,4% (IC 95% 28,6-32,2) relataram ao menos um episódio de embriaguez na vida e 12,7% (IC 95% 11,5-14,1) informaram terem tido problemas relacionados ao uso de álcool. A maior prevalência de consumo de álcool foi encontrada no Curso Técnico Integrado, na 2ª série (71,4% IC 95% 32,6-92,8) (Tabela 1).

Tabela 4 - Caracterização do perfil do uso de álcool por adolescentes escolares no município do Rio de Janeiro, RJ- PeNSE 2019 (n= 3.158)

| Características estudadas | % | IC | |
|--|------|--------|--------|
| | | Mínimo | Máximo |
| Experimentação de álcool | 68,2 | 66,2 | 70,1 |
| Idade da experimentação de álcool | | | |
| 9 anos ou menos | 9,9 | 8,5 | 11,6 |
| 10 anos | 5,8 | 4,6 | 7,2 |
| 11 anos | 6,9 | 5,7 | 8,3 |
| 12 anos | 14,1 | 12,4 | 16,1 |
| 13 anos | 19,5 | 17,5 | 21,6 |
| 14 anos | 21,7 | 19,6 | 23,8 |
| 15 anos | 14,0 | 12,3 | 15,8 |
| 16 anos | 5,70 | 4,6 | 7,0 |
| 17 anos | 1,4 | 0,9 | 2,1 |
| 18 anos ou mais | 1,0 | 0,6 | 1,7 |
| Número de copos de bebida alcóolica | | | |
| 1 copo ou 1 dose | 26,7 | 23,4 | 30,3 |

| | | | |
|---|------|------|------|
| 2 copos ou 2 doses | 14,3 | 11,9 | 17,0 |
| 3 copos ou 3 doses | 14,2 | 11,8 | 17,1 |
| 4 copos ou 4 doses | 9,4 | 7,5 | 11,8 |
| 5 copos ou mais ou 5 doses ou mais | 35,4 | 31,9 | 39,0 |
| Como conseguiu a bebida que fez uso | | | |
| Comprei na loja, mercado, bar, botequim ou padaria | 36,8 | 33,3 | 40,5 |
| Comprei de um vendedor de rua (camelô ou ambulante) | 2,5 | 1,6 | 4,0 |
| Dei dinheiro a alguém que comprou para mim | 2,3 | 1,5 | 3,6 |
| Consegui com meus amigos | 15,5 | 13,0 | 18,5 |
| Peguei escondido em casa | 0,9 | 0,5 | 1,7 |
| Consegui com alguém em minha família | 6,6 | 5,0 | 8,6 |
| Em uma festa | 30,4 | 27,0 | 33,9 |
| Consegui de outro modo | 5,0 | 3,6 | 6,9 |
| Algum dos responsáveis bebe | 66,7 | 64,7 | 68,7 |
| Amigos bebem | 52,1 | 50,0 | 54,2 |
| Episódio de embriaguez na vida | 30,4 | 28,6 | 32,2 |
| Problemas relacionados ao uso de álcool | 12,7 | 11,5 | 14,1 |
| Prevalência do consumo de álcool | 28,4 | 26,6 | 30,2 |
| Prevalência do consumo de álcool por ano escolar | | | |
| 7º ano / 6ª série | 11,5 | 8,7 | 14,9 |
| 8º ano / 7ª série | 22,0 | 18,3 | 26,3 |
| 9º ano / 8ª série | 24,4 | 20,7 | 28,6 |
| 1ª Série | 39,4 | 35,0 | 43,9 |
| 2ª Série | 43,3 | 38,0 | 48,7 |
| 3ª Série | 50,3 | 44,1 | 56,4 |
| Curso Técnico Integrado 1ª Série | 31,3 | 13,6 | 56,7 |
| Curso Técnico Integrado 2ª Série | 71,4 | 32,6 | 92,8 |
| Curso Técnico Integrado 3ª Série | 58,6 | 44,3 | 71,5 |

Fonte: IBGE (2021)

Na Tabela 5, sobre a implantação das políticas de saúde na escola, os adolescentes que estudavam em escolas que participavam do Programa Saúde na Escola tiveram menos chance de consumir álcool (OR 0,34), bem como em escolas que realizavam ações em parceria com a UBS (OR 0,65). Em relação às variáveis sobre posição socioeconômica, apresentaram maior chance de consumir álcool os não brancos (OR 1,35), e com perspectiva futura após o Ensino Médio de fazer algo além de apenas continuar estudando ou não saber (OR 1,48), o sexo masculino mostrou-se como fator de proteção (0,78).

No que concerne ao capital social, a ocorrência mais frequente de tiros ou tiroteios na localidade da escola, bem como esta necessitar suspender as aulas, atuaram como fatores de risco para maior consumo de álcool (OR 1,75) e (OR 1,33), respectivamente.

No tocante aos fatores biológicos e comportamentais, alunos com 18 anos ou mais tiveram maior chance de consumirem álcool (OR 3,4). Todos os comportamentos de risco estudados atuaram como maior risco de consumo de álcool (Tabela 2).

Sobre a autoavaliação de saúde mental, a resposta negativa atuou com maior chance de consumo de álcool (OR 2,39). Também mostraram maiores chances de consumo de álcool a insatisfação corporal (OR 2,04), a autoimagem corporal de muito gordo ou gordo (OR 1,46), e estar tentando perder ou ganhar peso (OR 1,25) (Tabela 2).

No que se refere ao contexto familiar e de relacionamento com os pares, apresentaram menor probabilidade de consumirem álcool os alunos que tinham responsáveis que sabiam sobre seu tempo livre e entendiam sobre seus problemas e preocupações, na maioria das vezes ou sempre (OR 0,61) e (OR 0,60), respectivamente. Por outro lado, o fato dos pais ingerirem bebidas alcoólicas mostrou-se como fator de risco (OR 2,08). A prática de bullying (OR 2,10), os amigos fumarem (OR 5,9), os amigos beberem (OR 15,15) e consumirem substâncias ilícitas (OR 6,76) foram fatores de risco para o consumo de álcool. Sobre a ocorrência de violência, todas as variáveis estudadas, associaram-se com maior probabilidade de consumo de álcool (Tabela 2).

Tabela 5 - Descrição da relação entre a prevalência dos determinantes sociais da saúde segundo o modelo de Solar e Irwin (2011) e o consumo de álcool por adolescentes escolares do município do Rio de Janeiro, RJ – PeNSE 2019 (n=3.158)

| Características estudadas | | % | p-valor | Consumo de álcool | | |
|---|-----------|------|---------|-------------------|------|--------|
| | | | | OR bruta | Inf | IC Sup |
| Determinantes estruturais | | | | | | |
| Contexto socioeconômico e político | | | | | | |
| Políticas de saúde na escola | | | | | | |
| Participa do PSE | Não | 49,1 | <0,001 | | 1 | |
| | Sim | 23,3 | | 0,34 | 0,26 | 0,44 |
| Realiza ações com a ubse e eabs | Não | 29,2 | <0,001 | | 1 | |
| | Sim | 23,8 | | 0,65 | 0,54 | 0,77 |
| Posição socioeconômica | | | | | | |
| Sexo | Feminino | 30,9 | 0,006 | | 1 | |
| | Masculino | 26,0 | | 0,78 | 0,65 | 0,9 |

| | | | | | | |
|--|---|-------------|------------------|-----------|-----------|-------|
| Perspectiva de educação após o Ensino Médio | Somente estudar | 21,9 | 0,003 | | 1 | |
| | Trabalhar e estudar, apenas trabalhar ou não sabe | 29,4 | | 1,48 | 1,14 | 1,94 |
| Raça | Brancos | 24,7 | 0,001 | | | 1 |
| | Não brancos | 30,7 | | 1,35 | 1,33 | 1,37 |
| Escolaridade materna | Ens Fund Inc | 30,7 | 0,92 | | | 1 |
| | Ao menos o Ens Fund | 30,5 | | 0,98 | 0,76 | 1,28 |
| Capital social | | | | | | |
| Ocorrência de tiros ou tiroteios na localidade da escola | Nenhuma ou poucas vezes | 23,4 | <0,001 | | | 1 |
| | Algumas ou muitas vezes | 32,1 | | 1,75 | 1,47 | 2,09 |
| Venda de drogas na localidade da escola | Nenhuma ou poucas vezes | 25,8 | 0,29 | | | 1 |
| | Algumas ou muitas vezes | 29,4 | | 1,11 | 0,91 | 1,35 |
| A escola suspendeu ou interrompeu suas aulas por violência | Não | 26,4 | 0,014 | | | 1 |
| | Sim | 28,7 | | 1,33 | 1,04 | 1,70 |
| Determinantes intermediários | | | | | | |
| Fatores biológicos e comportamentais | | | | | | |
| Idade | 13 a 15 anos | 26,5 | <0,001 | | | 1 |
| | 16 ou 17 anos | 44,4 | | 2,21 | 2,17 | 2,24 |
| | 18 anos ou mais | 55,2 | | 3,41 | 3,33 | 3,50 |
| Atividade sexual | Não | 19,7 | <0,001 | | | |
| | Sim | 53,9 | | 4,76 | 3,91 | 5,80 |
| Falta sem permissão do responsável | Nenhuma vez | 23,2 | <0,001 | | | |
| | Pelo menos uma vez | 42,9 | | 2,48 | 2,04 | 3,02 |
| Transportou-se sob direção alcoolizada | Nenhuma vez | 23,3 | <0,001 | | | |
| | Pelo menos uma vez | 40,9 | | 2,28 | 1,88 | 2,76 |
| | Não | 25,1 | <0,001 | | | |
| Consumo de tabaco | Sim | 83,5 | | 15,1 6 | 9,75 | 23,59 |
| | Não | 24,9 | <0,001 | | | |
| Consumo de substâncias ilícitas | Sim | 87,9 | | 21,8 8 | 13,1 9 | 36,32 |
| | Não | 24,9 | <0,001 | | | |
| Tempo total de atividade física | Inativo | 28,2 | <0,001 | | | |
| | Ativo | 29,4 | | 1,06 | 1,04 | 1,08 |
| Fatores psicossociais | | | | | | |
| Saúde Mental e Imagem Corporal | | | | | | |
| Número de amigos próximos | Nenhum | 27,4 | 0,834 | | | 1 |
| | Pelo menos um | 28,5 | | 1,05 | 0,65 | 1,70 |
| Autoavaliação em saúde mental | Positiva | 25,3 | <0,001 | | | |
| | Negativa | 44,8 | | 2,39 | 2,35 | 2,43 |
| Satisfação corporal | Muito satisfeito, satisfeito ou indiferente | 24,0 | <0,001 | | | 1 |
| | Muito insatisfeito ou insatisfeito | 39,2 | | 2,04 | 1,68 | 2,47 |
| | Muito magro, magro ou normal | 26,1 | <0,001 | | | 1 |

| | | | | | | |
|---|---|------|------------------|-----------|-----------|-------|
| | Muito gordo ou gordo | 34,1 | | 1,46 | 1,19 | 1,79 |
| Atitude em relação ao peso | Não estou fazendo nada ou tentando manter | 26,1 | 0,013 | | 1 | |
| | Tentando perder ou ganhar peso | 30,7 | | 1,25 | 1,04 | 1,50 |
| | | 26,8 | 0,000 | | 1 | |
| Vomitou ou tomou laxante | Sim | 43,8 | | 2,12 | 1,54 | 2,91 |
| Tomou medicação para perder peso | Não | 27,4 | 0,035 | | 1 | |
| | Sim | 34,9 | | 1,41 | 1,02 | 1,96 |
| Tomou medicação para ganhar peso ou massa muscular | Não | 27,0 | <0,001 | | 1 | |
| | Sim | 40,2 | | 1,81 | 1,32 | 2,49 |
| Contexto familiar e relacionamento com pares | | | | | | |
| Mora com os pais | Com nenhum deles | 32,7 | | | 1 | |
| | Com apenas um | 32,8 | 1,00 | 0,98 | 1,03 | 0,56 |
| | Com ambos | 24 | 0,65 | 0,63 | 0,66 | 0,00 |
| Responsável sabe sobre tempo livre | Nunca, raramente ou às vezes | 34,8 | <0,001 | | 1 | |
| | Na maioria das vezes ou sempre | 24,7 | | 0,61 | 0,51 | 0,73 |
| Responsável entende sobre problemas e preocupações | Nunca, raramente ou às vezes | 32,7 | <0,001 | | 1 | |
| | Na maioria das vezes ou sempre | 22,7 | | 0,60 | 0,50 | 0,72 |
| Responsável bebe ingere bebidas | Nenhum deles ou não sei | 23,3 | <0,001 | | 1 | |
| | Pelo menos um ou ambos | 38,8 | | 2,08 | 1,69 | 2,56 |
| Sofreu bullying | Nenhuma vez | 28,0 | 0,629 | | 1 | |
| | Pelo menos uma vez | 28,9 | | 1,04 | 0,87 | 1,25 |
| Praticou bullying | Não | 25,5 | <0,001 | | 1 | |
| | Sim | 41,8 | | 2,10 | 1,7 | 2,59 |
| Amigos fumam | Não | 21,7 | <0,001 | | 1 | |
| | Sim | 62,3 | | 5,97 | 4,85 | 7,35 |
| Amigos bebem | Não | 8,00 | <0,001 | | 1 | |
| | Sim | 56,9 | | 15,1 5 | 11,7 4 | 19,56 |
| Amigos consomem substâncias ilícitas | Não | 24,2 | <0,001 | | 1 | |
| | Sim | 68,3 | | 6,76 | 5,33 | 8,56 |
| Violência | | | | | | |
| Insegurança no trajeto casa para a escola | Nenhuma vez | 25,2 | <0,001 | | 1 | |
| | Pelo menos uma vez | 40,5 | | 2,01 | 1,61 | 2,50 |
| Insegurança na escola | Nenhuma vez | 26,4 | <0,001 | | 1 | |
| | Pelo menos uma vez | 38,3 | | 1,73 | 1,34 | 2,226 |
| Envolvimento em briga com luta física | Não | 26,4 | <0,001 | | 1 | |
| | Sim | 37,5 | | 1,66 | 1,31 | 2,11 |
| Sofreu algum acidente ou agressão | Não | 24,6 | <0,001 | | 1 | |
| | Sim | 39,8 | | 2,02 | 1,65 | 2,48 |

Fonte: IBGE (2021)

Na análise multivariada, todos os determinantes sociais foram associados ao consumo de álcool ($p < 0,005$), exceto nas escolas públicas, à perspectiva futura após o Ensino Médio e à atitude em relação ao peso corporal. Nas escolas privadas, apenas a ocorrência de tiros e tiroteios na escola, ter 18 anos ou mais e a insegurança no trajeto casa- escola e dentro da escola, não mantiveram sua associação com o desfecho (Tabela 6).

Tabela 6 - Análise multivariada da relação entre os determinantes sociais segundo o modelo de Solar e Irwin (2011) e o consumo de álcool por adolescentes escolares pela dependência administrativa da escola no município do Rio de Janeiro, RJ, pense 2019. (n=3.158)

| Determinantes sociais | Consumo de álcool | | | | | | | |
|--|-------------------|----------|----------|------|---------|---------------|----------|------|
| | Pública | | | | Privada | | | |
| | p-valor | OR | IC | | p-valor | OR | IC | |
| | | Inferior | Superior | | | Inferior | Superior | |
| • Determinantes estruturais | | | | | | | | |
| Políticas Públicas de Saúde na Escola | | | | | | | | |
| Participa do PSE - Sim Vs Não (Ref.) | <0,001 | 0,59 | 0,57 | 0,62 | | | | |
| Realiza ações com a UBS - Sim Vs Não (Ref.) | <0,001 | 0,86 | 0,83 | 0,89 | | Não se aplica | | |
| Posição socioeconômica | | | | | | | | |
| Sexo - Masculino Vs Feminino(Ref.) | <0,001 | 0,52 | 0,50 | 0,53 | <0,001 | 0,90 | 0,86 | 0,94 |
| Escolaridade materna - Ao menos o Ens. Fund. Completo Vs Ens. Fund. Inc. (Ref.) | <0,001 | 1,57 | 1,52 | 1,62 | <0,001 | 0,80 | 0,75 | 0,86 |
| Perspectiva de trabalhar e estudar, apenas trabalhar ou não sabe Vs Somente estudar (Ref.) após o Ensino Médio | 0,458 | 0,98 | 0,94 | 1,03 | <0,001 | 1,22 | 1,16 | 1,28 |
| Raça - Não Brancos Vs Brancos (Ref.) | <0,001 | 1,33 | 1,29 | 1,37 | <0,001 | 1,13 | 1,09 | 1,18 |
| Dependência administrativa - Privada Vs Pública (Ref.) | | | | | | | | |
| • Capital Social | | | | | | | | |
| Ocorrência de tiros ou tiroteios na localidade da escola - Algumas ou muitas vezes Vs Nenhuma ou poucas vezes (Ref.) | <0,001 | 1,42 | 1,37 | 1,48 | 0,770 | 0,99 | 0,94 | 1,04 |
| Venda de drogas na localidade da escola - Algumas ou muitas vezes Vs Nenhuma ou poucas vezes (Ref.) | <0,001 | 1,48 | 1,43 | 1,54 | <0,001 | 0,60 | 0,57 | 0,63 |

| | | | | | | | | |
|---|--------|------|------|------|--------------|------|------|------|
| A escola suspendeu ou interrompeu suas aulas por violência - Sim Vs Não (Ref.) | <0,001 | 1,34 | 1,29 | 1,40 | 0,028 | 0,94 | 0,89 | 0,99 |
| • Determinantes intermediários | | | | | | | | |
| Fatores comportamentais e biológicos | | | | | | | | |
| Idade - 13 a 15 anos (Ref.) | <0,001 | | | | <0,001 | | | |
| 16 ou 17 anos | <0,001 | 1,14 | 1,10 | 1,18 | <0,001 | 1,60 | 1,53 | 1,67 |
| 18 anos ou mais | <0,001 | 1,87 | 1,78 | 1,98 | ,146 | 0,93 | 0,84 | 1,03 |
| Atividade sexual - Sim Vs Não (Ref.) | <0,001 | 1,79 | 1,74 | 1,85 | <0,001 | 2,26 | 2,17 | 2,35 |
| Falta sem permissão do responsável - Sim Vs Não (Ref.) | <0,001 | 1,27 | 1,23 | 1,31 | <0,001 | 1,16 | 1,11 | 1,22 |
| Transportou-se sob direção alcoolizada - Sim Vs Não (Ref.) | <0,001 | 1,16 | 1,13 | 1,20 | <0,001 | 1,51 | 1,45 | 1,57 |
| Consumo de substâncias ilícitas - Sim Vs Não (Ref.) | <0,001 | 5,95 | 5,55 | 6,37 | <0,001 | 2,55 | 2,24 | 2,91 |
| Tempo total de atividade física - Ativos Vs Não ativos (Ref.) | <0,001 | 0,92 | 0,89 | 0,96 | <0,001 | 1,61 | 1,53 | 1,69 |
| Consumo de tabagismo - Sim Vs Não (Ref.) | <0,001 | 2,00 | 1,88 | 2,12 | <0,001 | 8,43 | 7,17 | 9,92 |
| Fatores psicossociais | | | | | | | | |
| Saúde Mental e Auto imagem corporal | | | | | | | | |
| Tem amigos próximos - Ao menos um Vs Nenhum (Ref.) | <0,001 | 1,77 | 1,63 | 1,92 | <0,001 | 2,99 | 2,61 | 3,42 |
| Autoavaliação de saúde mental - Negativa Vs Positiva (Ref.) | <0,001 | 1,13 | 1,09 | 1,17 | <0,001 | 1,34 | 1,27 | 1,40 |
| Satisfação corporal - Muito insatisfeito ou insatisfeito Vs Muito satisfeito, satisfeito ou indiferente (Ref.) | <0,001 | 1,73 | 1,67 | 1,80 | 0,339 | 0,98 | 0,94 | 1,02 |
| Autoimagem corporal - Muito gordo ou gordo Vs Muito magro, magro ou normal | <0,001 | 1,68 | 1,62 | 1,75 | <0,001 | 0,90 | 0,86 | 0,94 |
| Atitude em relação ao peso - Tentando perder ou ganhar peso Vs Não estou fazendo nada ou tentando manter (Ref.) | 0,127 | 0,98 | 0,95 | 1,01 | <0,001 | 1,17 | 1,13 | 1,22 |

| | | | | | | | | |
|--|--------|-------|-------|-------|--------|-------|-------|-------|
| Vomitou ou tomou laxante - Sim Vs Não (Ref.) | <0,001 | 1,15 | 1,09 | 1,21 | <0,001 | 1,58 | 1,45 | 1,73 |
| Tomou medicação para perder peso - Sim Vs Não (Ref.) | <0,001 | 0,46 | 0,43 | 0,48 | 0,099 | 1,08 | 0,99 | 1,19 |
| Tomou medicação para ganhar peso - Sim Vs Não (Ref.) | <0,001 | 1,71 | 1,61 | 1,81 | <0,001 | 0,65 | 0,60 | 0,70 |
| Contexto familiar e relacionamento com pares | | | | | | | | |
| Mora com os pais - Com nenhum deles (Ref.) | <0,001 | | | | <0,001 | | | |
| Com apenas um | <0,001 | 1,65 | 1,55 | 1,75 | <0,001 | 1,23 | 1,10 | 1,36 |
| Com ambos | <0,001 | 1,53 | 1,44 | 1,63 | <0,001 | 0,66 | 0,60 | 0,73 |
| Responsável sabe sobre tempo livre - Na maioria das vezes ou sempre Vs Nunca, raramente ou às vezes (Ref.) | <0,001 | 0,84 | 0,82 | 0,87 | <0,001 | 1,93 | 1,85 | 2,02 |
| Responsável entende o adolescente - Na maioria das vezes ou sempre Vs Nunca, raramente ou às vezes (Ref.) | <0,001 | 1,08 | 1,05 | 1,11 | 0,010 | 0,95 | 0,91 | 0,99 |
| Responsável bebe - Sim Vs Não (Ref.) | <0,001 | 1,33 | 1,29 | 1,37 | <0,001 | 1,68 | 1,61 | 1,76 |
| Sofreu bullying - Pelo menos uma vez Vs Nenhuma vez (Ref.) | <0,001 | 1,10 | 1,07 | 1,13 | <0,001 | 0,93 | 0,90 | 0,97 |
| Praticou bullying - Sim Vs Não (Ref.) | <0,001 | 1,60 | 1,54 | 1,66 | <0,001 | 1,37 | 1,31 | 1,44 |
| Amigos fumam - Sim Vs Não (Ref.) | <0,001 | 1,37 | 1,33 | 1,41 | <0,001 | 1,74 | 1,66 | 1,83 |
| Amigos bebem - Sim Vs Não (Ref.) | <0,001 | 12,33 | 11,90 | 12,78 | <0,001 | 11,47 | 10,96 | 12,00 |
| Amigos consomem drogas ilícitas - Sim Vs Não (Ref.) | <0,001 | 1,12 | 1,08 | 1,16 | <0,001 | 2,11 | 2,00 | 2,23 |
| Violência | | | | | | | | |
| Insegurança no trajeto de casa para a escola - Pelo menos uma vez Vs Nenhuma vez (Ref.) | <0,001 | 0,93 | 0,90 | 0,96 | 0,094 | 1,05 | 0,99 | 1,11 |
| Insegurança na escola - Pelo menos uma vez Vs Nenhuma vez (Ref.) | <0,001 | 1,34 | 1,28 | 1,40 | 0,934 | 1,00 | 0,94 | 1,07 |
| Sofreu algum acidente ou agressão - Sim Vs Não (Ref.) | 0,024 | 1,04 | 1,01 | 1,08 | <0,001 | 1,60 | 1,54 | 1,67 |

| | | | | | | | | |
|--|------------------|------|------|------|------------------|------|------|------|
| Envolvimento em briga com luta física - Sim Vs Não (Ref.) | <0,001 | 0,89 | 0,85 | 0,93 | <0,001 | 1,13 | 1,06 | 1,20 |
|--|------------------|------|------|------|------------------|------|------|------|

Fonte: IBGE (2021)

5.2.2 TABACO

Com relação à caracterização do uso de tabaco por adolescentes escolares, 25,2% (IC 95% 23,4-27,1) da amostra estudada informou ter experimentado tabaco alguma vez na vida, dos quais 7,6% (IC 95% 5,5-10,3) o fizeram com 9 anos ou menos. Em relação ao acesso aos cigarros, a resposta mais informada foi através da compra em loja, bar, botequim, padaria ou banca de jornal (43,6% IC 95% 35,5-52,1), 71,6% (IC 95% 66,4%-76-2%) dos alunos que tentaram comprar cigarros relataram que a idade não se configurou em impedimento e 33,3% (IC 95% 28,5-38,4) dos alunos relataram terem comprado cigarro no varejo (Tabela 7).

No tocante à experimentação de tipos específicos do tabaco, a prevalência de experimentação de narguilé foi de 17% (IC 95% 15,5-18-7), 19,9% (IC 95% 18,2-21,6) no caso do cigarro eletrônico, e 9,3% (IC 95% 8,1-10,7) de outros produtos originados do tabaco.

No que diz respeito ao consumo atual, a prevalência do consumo de cigarro foi de 5,8% (IC95% 4,9-6,8), de narguilé 7,9% (IC 95% 5,9-10,5), cigarro eletrônico 9,9% (IC 95% 7,8-12,5) e de cigarro de cravo 2,2% (IC 95% 1,3-3,7) - (Tabela 1).

Tabela 7 – Caracterização do uso de tabaco por adolescentes escolares no município do Rio de Janeiro, RJ – PeNSE 2019 (n= 3.158)

| Características estudadas | % | IC | |
|--|------|------|------|
| | | Mín | Máx |
| Experimentação de cigarro | 25,2 | 23,4 | 27,1 |
| Idade da experimentação do cigarro | | | |
| 9 anos ou menos | 7,6 | 5,5 | 10,3 |
| 10 anos | 5,8 | 3,9 | 8,4 |
| 11 anos | 5,9 | 4,1 | 8,4 |
| 12 anos | 12,7 | 9,9 | 16,2 |
| 13 anos | 15,8 | 12,8 | 19,3 |
| 14 anos | 18,5 | 15,4 | 22,0 |
| 15 anos | 17,1 | 14,1 | 20,5 |
| 16 anos | 10,7 | 8,4 | 13,5 |
| 17 anos | 4,1 | 2,8 | 6,1 |
| 18 anos ou mais | 1,8 | 1,0 | 3,4 |
| Acesso aos cigarros | | | |
| Comprei numa loja, bar, botequim, padaria ou banca de jornal | 43,6 | 35,5 | 52,1 |
| Comprei de um vendedor de rua (camelô ou ambulante) | 9,1 | 5,3 | 15,2 |
| Dei dinheiro para alguém comprar para mim | 3,7 | 1,6 | 8,1 |
| Pedi a alguém | 16,5 | 11,4 | 23,3 |

| | | | |
|--|------|------|-------|
| Peguei escondido em casa | 7,3 | 4,1 | 12,7 |
| Uma pessoa mais velha que eu me deu | 7,6 | 4,3 | 13,2 |
| Consegui de outro modo | 12,1 | 7,2 | 19,7 |
| Idade como impedimento para a compra de cigarro | | | |
| Sim, alguém se recusou | 28,4 | 23,8 | 33,6 |
| Não, minha idade não me impediu | 71,6 | 66,4 | 76,2 |
| Compra de cigarro no varejo | 33,3 | 28,5 | 38,4 |
| Experimentação de narguilé | 17,0 | 15,5 | 18,7 |
| Experimentação de cigarro eletrônico | 19,9 | 18,2 | 21,6 |
| Experimentação de outros produtos do tabaco | 9,3 | 8,1 | 10,7 |
| Consumo atual de cigarro | 5,8 | 4,9 | 6,80 |
| Consumo atual de narguile | 7,9 | 5,9 | 10,5 |
| Consumo atual de cigarro eletrônico | 9,9 | 7,8 | 12,50 |
| Consumo atual de cigarro de cravo | 2,2 | 1,3 | 3,7 |
| Consumo atual de cigarro de palha | 9,2 | 7,1 | 12,0 |
| Consumo de outros produtos do tabaco | 10,4 | 8,2 | 13,0 |
| Responsável fuma | 26,4 | 24,5 | 28,4 |
| Fumam na presença | 27,8 | 25,9 | 29,8 |
| Amigos fumam | 29,5 | 27,6 | 31,5 |

Fonte: IBGE (2021)

Na Tabela 8, pode-se verificar que o consumo atual de cigarro aparece a partir do 7º ano do Ensino Fundamental com prevalência de 2,7% (IC 95% 2,3-6,2).

Tabela 8- Descrição da prevalência do consumo de cigarro de acordo com o ano escolar no município do Rio de Janeiro, RJ – PeNSE 2019 (n= 3.158)

| Ano Escolar | Consumo de tabaco | IC (Mínimo-Máximo) |
|------------------------------|-------------------|-----------------------|
| 6º ano do Ensino Fundamental | 0,0 | - |
| 7º ano do Ensino Fundamental | 2,7 | (1,6-4,7) |
| 8º ano do Ensino Fundamental | 3,8 | (2,3-6,2) |
| 9º ano do Ensino Fundamental | 6,1 | (4,2-8,8) |
| 1º ano do Ensino Médio | 7,5 | (5,4-10,2) |
| 2º ano do Ensino Médio | 9,6 | (6,7-13,6) |
| 3º ano do Ensino Médio | 9,3 | (6,4-13,2) |

Fonte: IBGE (2021)

Em relação aos determinantes sociais relacionados ao consumo atual de tabaco, verificou-se que alunos que estudam em escola que participam do Programa Saúde na Escola tem menos chance de adotar esse comportamento (OR 0,52). Quanto aos determinantes referentes à posição socioeconômica, alunos de escola privada tiveram menos chance de

consumirem cigarros (OR 0,49) e o aluno pretender fazer algo além de apenas estudar ao terminar o ensino médio ou não saber o que fará mostrou-se como fator de risco (OR 2,1)

Sobre o capital social, os alunos que estudam em escolas que informaram maior ocorrência de tiros ou tiroteios na localidade apresentaram maiores chances de consumirem cigarro (OR 1,46). No que tange à idade, os alunos mais velhos apresentaram maior probabilidade de fumarem em relação aos mais novos (OR 2,16 e OR 4,32). Todos os comportamentos estudados foram associados ao desfecho, com exceção da falta sem permissão dos pais (Tabela 9).

Com relação à saúde mental, ter pelo menos um amigo próximo mostrou-se como fator de proteção para o consumo de tabaco (OR 0,37) e a saúde mental negativa como fator de risco (OR 2,61). No que trata-se da autoimagem corporal, os alunos que declararam insatisfação tiveram maior chance de consumir cigarro (OR 1,8), assim como os que declararam ter vomitado ou tomado laxante (OR 3,68), ter tomado medicação para perder peso (OR 2,49) e para ganhar peso ou massa muscular (OR 2,67) sem prescrição médica (Tabela 9).

Sobre o contexto familiar, relacionamento com os pares e violência, todas as variáveis estudadas foram associadas ao desfecho, exceto ter sofrido bullying (Tabela 9).

Tabela 9 - Descrição da relação entre a prevalência dos determinantes sociais da saúde segundo o modelo de Solar e Irwin (2011) e o consumo de tabaco por adolescentes escolares do município do Rio de Janeiro, RJ – PeNSE 2019 (n=3.158)

| Determinantes sociais | | Sim(%) | Consumo de tabaco | | |
|---|---|--------|-------------------|------------------|--|
| | | | OR bruta (IC) | p-valor | |
| Determinantes estruturais | | | | | |
| Contexto socioeconômico e político | | | | | |
| Participa do pse | Não | 10,7 | 1 | 0,003 | |
| | Sim | 5,9 | 0,52 0,34 0,80 | | |
| Realiza ações com a ubse e eabs | Não | 6,0 | 1 | 0,651 | |
| | Sim | 5,6 | 0,92 0,65 1,29 | | |
| Posição socioeconômica | | | | | |
| Dependência administrativa da escola | Pública | 6,9 | 1 | <0,001 | |
| | Privada | 3,5 | 0,49 0,35 0,7 | | |
| Sexo | Feminino | 5,9 | 1 | 0,895 | |
| | Masculino | 5,8 | 0,98 0,7 1,37 | | |
| | Somente estudar | 3,1 | 1 | | |
| Futuro pretendido após o Ensino Médio | Trabalhar e estudar, apenas trabalhar ou não sabe | 6,20 | 2,1 1,08 4,09 | | |
| Raça | Branco | 5,1 | 1 | 0,242 | |
| | Não brancos | 6,3 | 1,23 0,87 1,75 | | |
| Escolaridade materna | Ensino Fundamental Inc | 6,6 | 1 | 0,439 | |

| | | | | | | |
|--|---|------|-------|-------|-------|------------------|
| | Pelo menos o Ensino Fundamental | 5,5 | 0,82 | 0,5 | 1,35 | |
| Capital Social | | | | | | |
| Ocorrência de tiros ou tiroteios na localidade da escola | Nenhuma ou poucas vezes | 4,9 | | 1 | | 0,026 |
| | Algumas ou muitas vezes | 7,0 | 1,46 | 1,04 | 2,06 | |
| Venda de drogas na localidade da escola | Nenhuma ou poucas vezes | 5,4 | | 1 | | 0,179 |
| | Algumas ou muitas vezes | 6,8 | 1,28 | 0,89 | 1,84 | |
| A escola suspendeu ou interrompeu suas aulas por violência | Não | 5,7 | | 1 | | 0,752 |
| | Sim | 6,2 | 1,08 | 0,66 | 1,77 | |
| Determinantes intermediários | | | | | | |
| Fatores comportamentais e biológicos | | | | | | |
| Idade | 13 a 15 anos | 4,6 | | 1 | | <0,001 |
| | 16 ou 17 anos | 9,5 | 2,16 | 1,48 | 3,16 | |
| | 18 anos ou mais | 17,3 | 4,32 | 2,62 | 7,1 | |
| Atividade sexual | Não | 1,2 | | 1 | | <0,001 |
| | Sim | 15,2 | 15,2 | 8,81 | 26,1 | |
| Falta sem permissão do responsável | Nenhuma vez | 3,3 | | 1 | | 0,067 |
| | Pelo menos uma vez | 12,8 | 1,41 | 0,97 | 2,05 | |
| Andou em carro ou outro veículo motorizado dirigido por alguém que tinha consumido alguma bebida alcoólica | Nenhuma vez | 3,9 | | 1 | | <0,001 |
| | Pelo menos uma vez | 10,4 | 2,86 | 2,01 | 4,06 | |
| Tempo total de atividade física | Inativo | 5,8 | | 1 | | 0,084 |
| | Ativo | 6,0 | 1,03 | 0,68 | 1,57 | |
| Consumo de álcool | Não | 1,3 | | 1 | | <0,001 |
| | Sim | 16,9 | 15,16 | 9,75 | 23,59 | |
| Consumo de drogas ilícitas | Não | 3,0 | | 1 | | <0,001 |
| | Sim | 54,3 | 38,96 | 25,58 | 59,34 | |
| Fatores psicossociais | | | | | | |
| Saúde mental e imagem corporal | | | | | | |
| Número de amigos próximos | Nenhum | 13,5 | | 1 | | 0,001 |
| | Pelo menos um | 5,5 | 0,37 | 0,2 | 0,7 | |
| Autoavaliação de saúde mental | Positiva | 4,8 | | 1 | | <0,001 |
| | Negativa | 8,6 | 2,61 | 1,78 | 3,83 | |
| Satisfação corporal | Muito satisfeito, satisfeito ou indiferente | 4,70 | | 1 | | 0,001 |
| | Muito insatisfeito ou insatisfeito | 8,10 | 1,8 | 1,26 | 2,59 | |
| Autoimagem corporal | Muito magro, magro ou normal | 5,3 | | 1 | | 0,225 |
| | Muito gordo ou gordo | 6,6 | 1,27 | 0,86 | 1,89 | |
| Atitude em relação ao peso | Não estou fazendo nada ou tentando manter | 5,2 | | 1 | | 0,208 |

| | | | | | | |
|---|--------------------------------|------|------|--------|------|--------|
| | Tentando perder ou ganhar peso | 6,4 | 1,25 | 0,88 | 1,78 | |
| Vomitou ou tomou laxante | Não | 4,9 | | 1 | | <0,001 |
| | Sim | 15,8 | 3,68 | <0,001 | 5,74 | |
| Tomou medicação para perder peso | Não | 5,20 | | 1 | | <0,001 |
| | Sim | 12,0 | 2,49 | <0,001 | 4,05 | |
| Tomou medicação para ganhar peso ou massa muscular | Não | 5,1 | | 1 | | <0,001 |
| | Sim | 12,7 | 2,67 | 1,67 | 4,27 | |
| Contexto familiar e relacionamento com pares | | | | | | |
| Mora com os pais | Nenhum dos pais | 8,8 | | 1 | | |
| | Apenas um | 8,0 | ,898 | ,857 | ,940 | <0,001 |
| | Ambos | 3,5 | ,379 | ,361 | ,399 | <0,001 |
| Responsável sabe sobre tempo livre | Nunca, raramente ou às vezes | 8,0 | | 1 | | <0,001 |
| | Na maioria das vezes ou sempre | 3,0 | 0,35 | 0,23 | 0,53 | |
| Responsável entende sobre problemas e preocupações | Nunca, raramente ou às vezes | 8,0 | | 1 | | <0,001 |
| | Na maioria das vezes ou sempre | 3,0 | 0,35 | 0,23 | 0,53 | |
| Algum dos responsáveis fuma | Nenhum deles ou não sei | 5,0 | | 1 | | <0,001 |
| | Pelo menos um | 12,0 | 2,59 | 1,83 | 3,68 | |
| Fumaram em sua presença | Nenhum dia | 4,7 | | 1 | | <0,001 |
| | Pelo menos um | 12,4 | 2,86 | 2,02 | 4,05 | |
| Sofreu bullying | Nenhuma vez | 5,3 | | 1 | | 0,292 |
| | Pelo menos uma vez | 6,3 | 1,2 | 0,85 | 1,7 | |
| Praticou bullying | Não | 4,6 | | 1 | | <0,001 |
| | Sim | 11,1 | 2,57 | 1,78 | 3,71 | |
| Amigos fumam | Não | 1,3 | | 1 | | <0,001 |
| | Sim | 20,2 | 18,5 | 11,6 | 29,4 | |
| Amigos bebem | Não | 1,7 | | 1 | | <0,001 |
| | Sim | 11,7 | 7,75 | 4,65 | 12,9 | |
| Amigos consomem substâncias ilícitas | Não | 2,6 | | 1 | | <0,001 |
| | Sim | 22,6 | 11,1 | 7,6 | 16,1 | |
| Violência | | | | | | |
| Insegurança no trajeto de casa para a escola ou da escola para casa | Nenhuma vez | 4,9 | | 1 | | 0,003 |
| | Pelo menos uma vez | 8,5 | 1,79 | 1,22 | 2,62 | |
| Insegurança na escola | Nenhuma vez | 4,9 | | 1 | | <0,001 |
| | Pelo menos uma vez | 10,0 | 2,16 | 1,44 | 3,25 | |
| Envolvimento em briga com luta física | Não | 4,8 | | 1 | | <0,001 |
| | Sim | 10,4 | 2,31 | 1,56 | 3,43 | |
| Sofreu algum acidente ou agressão | Não | 4,2 | | 1 | | <0,001 |
| | Sim | 11,1 | 2,85 | 1,99 | 4,08 | |
| Sofreu agressão sexual | Não | 5,6 | | 1 | | <0,001 |
| | Sim | 22,8 | 4,97 | 3,12 | 7,91 | |

Fonte: IBGE (2021)

No modelo multivariado nas escolas públicas todas as variáveis estudadas mantiveram sua associação com o desfecho, com exceção da escola ter tido que suspender as aulas por violência ($p=0,943$) e o tempo total de atividade física ($p= 0,084$). Nas escolas privadas, dos determinantes sociais estudados, apenas a escolaridade materna ($p=0,129$), ter se transportado sob direção alcoolizada ($p=0,348$) e os amigos consumirem drogas ilícitas ($p=0,052$) (Tabela 10).

Tabela 10 - Análise multivariada da relação entre os determinantes sociais segundo o modelo de Solar e Irwin (OMS, 2011) e o consumo de tabaco por adolescentes escolares pela dependência administrativa da escola no Município do Rio de Janeiro, RJ, PeNSE 2019. (n=3.158)

| Determinantes Sociais | Consumo de tabaco | | | | | | | |
|--|-------------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-------------|-------------|-------------|
| | Pública | | | | Privada | | | |
| | p-valor | OR ajustada | IC Inferior | IC Superior | p-valor | OR ajustada | IC Inferior | IC Superior |
| Determinantes estruturais | | | | | | | | |
| Políticas Públicas de Saúde na Escola | | | | | | | | |
| Participa do PSE - Sim Vs Não (Ref.) | <0,001 | 1,97 | 1,84 | 2,10 | | | | |
| Realiza ações com a UBS - Sim Vs Não (Ref.) | <0,001 | 1,31 | 1,23 | 1,40 | | | | |
| Posição socioeconômica | | | | | | | | |
| Sexo - Masculino Vs Feminino(Ref.) | <0,001 | 0,89 | 0,84 | 0,94 | 0,004 | 0,85 | 0,76 | 0,95 |
| Perspectiva de trabalhar e estudar, apenas trabalhar ou não sabe Vs Somente estudar (Ref.) após o Ensino Médio | <0,001 | 3,24 | 2,92 | 3,60 | <0,001 | 2,73 | 2,33 | 3,20 |
| Raça - Não Brancos Vs Brancos (Ref.) | <0,001 | 2,07 | 1,95 | 2,20 | <0,001 | 1,26 | 1,14 | 1,38 |
| Escolaridade materna - Ao menos o Ens. Fund. Completo Vs Ens. Fund. Inc. (Ref.) | 0,026 | 0,94 | 0,89 | 0,99 | ,129 | 1,14 | 0,96 | 1,34 |
| Capital Social | | | | | | | | |
| Ocorrência de tiros ou tiroteios na localidade da escola - Algumas ou muitas vezes Vs Nenhuma ou poucas vezes (Ref.) | <0,001 | 0,38 | 0,36 | 0,41 | <0,001 | 0,55 | 0,48 | 0,63 |
| Venda de drogas na localidade da escola - | <0,001 | 1,34 | 1,24 | 1,43 | <0,001 | 0,71 | 0,62 | 0,83 |

| | | | | | | | | | |
|---|------------------|------|------|-------|------------------|-------|-------|-------|--|
| Algumas ou muitas vezes Vs Nenhuma ou poucas vezes (Ref.) | | | | | | | | | |
| A escola suspendeu ou interrompeu suas aulas por violência - Sim Vs Não (Ref.) | 0,943 | 1,00 | 0,92 | 1,08 | 0,001 | 1,32 | 1,13 | 1,55 | |
| Determinantes intermediários | | | | | | | | | |
| Fatores comportamentais e biológicos | | | | | | | | | |
| Idade - 13 a 15 anos (Ref.) | <0,001 | | | | <0,001 | | | | |
| 16 ou 17 anos | <0,001 | 1,76 | 1,64 | 1,89 | 0,026 | 1,14 | 1,02 | 1,29 | |
| 18 anos ou mais | <0,001 | 5,21 | 4,74 | 5,72 | <0,001 | 0,25 | 0,20 | 0,32 | |
| Atividade sexual - Sim Vs Não (Ref.) | <0,001 | 9,77 | 8,93 | 10,69 | <0,001 | 3,57 | 3,18 | 4,00 | |
| Falta sem permissão do responsável - Sim Vs Não (Ref.) | <0,001 | 1,16 | 1,10 | 1,22 | <0,001 | 2,27 | 2,06 | 2,49 | |
| Transportou-se sob direção alcoolizada - Sim Vs Não (Ref.) | <0,001 | 1,81 | 1,71 | 1,91 | 0,348 | 1,05 | 0,95 | 1,15 | |
| Consumo de álcool - Sim Vs Não (Ref.) | <0,001 | 2,23 | 2,10 | 2,38 | <0,001 | 8,51 | 7,20 | 10,05 | |
| Consumo de substâncias ilícitas - Sim Vs Não (Ref.) | <0,001 | 5,39 | 5,07 | 5,73 | <0,001 | 17,67 | 15,74 | 19,85 | |
| Tempo total de atividade física - Ativos Vs Não ativos (Ref.) | 0,084 | 0,94 | 0,88 | 1,01 | <0,001 | 0,31 | 0,27 | 0,36 | |
| Fatores psicossociais | | | | | | | | | |
| Saúde mental e imagem corporal | | | | | | | | | |
| Tem amigos próximos - Ao menos um Vs Nenhum (Ref.) | <0,001 | 0,15 | 0,14 | 0,17 | <0,001 | 0,43 | 0,34 | 0,53 | |
| Autoavaliação de saúde mental - Negativa Vs Positiva (Ref.) | <0,001 | 0,82 | 0,77 | 0,88 | <0,001 | 1,87 | 1,68 | 2,09 | |
| Satisfação corporal - Muito insatisfeito ou insatisfeito Vs Muito satisfeito, satisfeito ou indiferente (Ref.) | <0,001 | 1,31 | 1,23 | 1,40 | <0,001 | 0,51 | 0,45 | 0,57 | |
| Auto imagem corporal - Muito gordo ou gordo Vs Muito magro, magro ou normal | <0,001 | 0,44 | 0,41 | 0,47 | <0,001 | 3,87 | 3,40 | 4,41 | |
| Atitude em relação ao peso - Tentando perder ou ganhar peso Vs Não estou fazendo nada ou tentando manter (Ref.) | <0,001 | 2,64 | 2,50 | 2,79 | <0,001 | 1,19 | 1,08 | 1,32 | |
| Vomitou ou tomou laxante - Sim Vs Não (Ref.) | <0,001 | 1,87 | 1,74 | 2,01 | <0,001 | 2,20 | 1,87 | 2,57 | |
| Tomou medicação para perder peso - Sim Vs Não (Ref.) | <0,001 | 1,29 | 1,19 | 1,41 | <0,001 | 0,22 | 0,18 | 0,27 | |

| | | | | | | | | |
|--|--------|------|------|-------|--------|-------|-------|-------|
| Tomou medicação para ganhar peso - Sim Vs Não (Ref.) | <0,001 | 0,80 | 0,74 | 0,87 | <0,001 | 3,50 | 2,94 | 4,16 |
| Contexto familiar e relacionamento com pares | | | | | | | | |
| Mora com os pais - Com nenhum deles (Ref.) | <0,001 | | | | <0,001 | | | |
| Com apenas um | <0,001 | 1,77 | 1,62 | 1,95 | <0,001 | 13,58 | 8,45 | 21,84 |
| Com ambos | <0,001 | 0,77 | 0,70 | 0,85 | <0,001 | 21,70 | 13,46 | 34,98 |
| Responsável sabe sobre tempo livre - Na maioria das vezes ou sempre Vs Nunca, raramente ou às vezes (Ref.) | <0,001 | 1,13 | 1,07 | 1,20 | <0,001 | 0,17 | 0,16 | 0,19 |
| Responsável entende o adolescente - Na maioria das vezes ou sempre Vs Nunca, raramente ou às vezes (Ref.) | <0,001 | 0,53 | 0,50 | 0,56 | 0,005 | 1,17 | 1,05 | 1,31 |
| Sofreu bullying - Pelo menos uma vez Vs Nenhuma vez (Ref.) | <0,001 | 1,17 | 1,11 | 1,23 | <0,001 | 2,16 | 1,96 | 2,37 |
| Praticou bullying - Sim Vs Não (Ref.) | <0,001 | 2,11 | 1,99 | 2,25 | <0,001 | 1,69 | 1,52 | 1,87 |
| Amigos fumam - Sim Vs Não (Ref.) | <0,001 | 9,56 | 8,90 | 10,27 | <0,001 | 4,28 | 3,83 | 4,80 |
| Amigos bebem - Sim Vs Não (Ref.) | <0,001 | 1,48 | 1,36 | 1,60 | <0,001 | 4,02 | 3,19 | 5,07 |
| Amigos consomem drogas ilícitas - Sim Vs Não (Ref.) | <0,001 | 2,02 | 1,91 | 2,14 | ,552 | 0,97 | 0,87 | 1,08 |
| Responsável bebe - Sim Vs Não (Ref.) | <0,001 | 1,42 | 1,33 | 1,52 | <0,001 | 2,37 | 2,08 | 2,71 |
| Violência | | | | | | | | |
| Insegurança no trajeto de casa para a escola - Pelo menos uma vez Vs Nenhuma vez (Ref.) | <0,001 | 0,49 | 0,45 | 0,52 | <0,001 | 2,98 | 2,67 | 3,33 |
| Insegurança na escola - Pelo menos uma vez Vs Nenhuma vez (Ref.) | <0,001 | 0,50 | 0,46 | 0,55 | 0,003 | 1,23 | 1,07 | 1,40 |
| Envolvimento em briga com luta física - Sim Vs Não (Ref.) | <0,001 | 0,73 | 0,68 | 0,78 | <0,001 | 2,30 | 2,03 | 2,62 |
| Sofreu algum acidente ou agressão - Sim Vs Não (Ref.) | <0,001 | 0,89 | 0,84 | 0,95 | <0,001 | 0,83 | 0,75 | 0,91 |

Fonte: IBGE (2021)

5.2.3 DROGAS ILÍCITAS

A tabela 11 apresenta a prevalência da experimentação de drogas ilícitas na população estudada, de 17,1% (IC 95% 15,6-18,8), destes 3,9% (IC 95% 2,4-6,4) realizaram essa experimentação com 9 anos ou menos, 21,2% (IC 95% 19,5-23,1) relataram possuírem amigos

que consomem drogas ilícitas. A prevalência de consumo atual de drogas ilícitas foi de 5,5% (IC 95%5,6-6,5).

Tabela 11- Caracterização do perfil do uso de drogas ilícitas por adolescentes escolares no município do Rio de Janeiro, RJ- PeNSE 2019 (n= 3.158)

| Características estudadas | Total | IC | |
|--|-------|------|------|
| | % | Mín | Máx |
| Experimentação de substâncias ilícitas | | | |
| Sim | 17,1 | 15,6 | 18,8 |
| Idade da experimentação | | | |
| 9 anos ou menos | 3,9 | 2,4 | 6,4 |
| 10 anos | 1,8 | ,9 | 3,9 |
| 11 anos | 2,1 | ,9 | 5,0 |
| 12 anos | 8,2 | 5,6 | 11,7 |
| 13 anos | 12,6 | 9,3 | 16,8 |
| 14 anos | 21,1 | 17,2 | 25,7 |
| 15 anos | 23,4 | 19,3 | 28,1 |
| 16 anos | 15,5 | 12,1 | 19,6 |
| 17 anos | 8,7 | 6,3 | 12,0 |
| 18 anos ou mais | 2,6 | 1,4 | 5,0 |
| Amigos consomem substâncias ilícitas | 21,2 | 19,5 | 23,1 |
| Prevalência de consumo de substâncias ilícitas | 5,5 | 4,6 | 6,5 |
| Prevalência de maconha dentre os que consomem | 37,1 | 32,1 | 42,4 |
| Prevalência de crack dentre os que consomem | 4,7 | 3,0 | 7,5 |

Quanto à prevalência de consumo por ano escolar, verificou-se que a mesma é maior nos alunos dos níveis maiores, com destaque o Ensino Médio em suas três séries 6,90%, 9,4% e 10,1%, respectivamente (Tabela 12).

Tabela 12- Descrição da prevalência do consumo de drogas ilícitas de acordo com o ano escolar no município do Rio de Janeiro, RJ – PeNSE 2019 (n= 3.158)

| Ano Escolar | Consumo de Drogas Ilícitas |
|------------------------------|----------------------------|
| | % |
| 6º ano do Ensino Fundamental | 0,0 |
| 7º ano do Ensino Fundamental | 2,4 |
| 8º ano do Ensino Fundamental | 3,6 |
| 9º ano do Ensino Fundamental | 5,2 |
| 1º ano do Ensino Médio | 6,9 |
| 2º ano do Ensino Médio | 9,4 |
| 3º ano do Ensino Médio | 10,1 |

Acerca da associação entre os determinantes sociais estudados e o desfecho, apenas a dependência administrativa foi associada a este último. Estudar em escola privada mostrou-se como fator de proteção (OR 0,49); por outro lado, estudar em escolas que apresentam ocorrências mais frequentes de tiros ou tiroteios aumentou as chances do adolescente consumir drogas ilícitas (OR 1,6) (Tabela 13).

Todos os fatores biológicos e comportamentais foram associados ao desfecho estudado, com exceção do tempo total de atividade física ($p=0,572$) (Tabela 13).

Sobre a saúde mental e a imagem corporal, ter ao menos um amigo próximo diminuiu as chances de consumo de drogas ilícitas (OR 0,44); por outro lado, a saúde mental negativa aumentou o risco deste comportamento (OR 2,1), bem como a insatisfação corporal (OR 1,62), ter vomitado ou tomado laxante (OR 2,87), ter tomado medicação para perder (OR 3,15) ou ganhar peso (OR 3,03) (Tabela 13).

No caso do contexto familiar, de relacionamento com os pares e da violência, todas as variáveis estudadas mostraram-se associadas ao desfecho estudado, com exceção da variável *ter sofrido bullying* ($p=0,834$) (Tabela 13).

Tabela 13- Descrição da relação entre a prevalência dos determinantes sociais da saúde segundo o modelo de Solar e Irwin (2011) e o consumo de drogas ilícitas por adolescentes escolares do município do Rio de Janeiro, RJ, PeNSE 2019. (n=3.158)

| Determinantes sociais | | Consumo de drogas ilícitas % | OR | IC | | P-valor |
|--|--------------------------------|---------------------------------|------|------|------|---------|
| | | | | Mín | Máx | |
| Determinantes estruturais | | | | | | |
| Contexto socioeconômico e político | | | | | | |
| Políticas de saúde na escola | | | | | | |
| Participa do pse | Não | 8,7 | | 1 | | 0,082 |
| | Sim | 6,0 | 0,66 | 0,41 | 1,05 | |
| Realiza ações com a ubs e esf ou eabs | Não | 6,1 | | 1 | | 0,201 |
| | Sim | 4,9 | 0,79 | 0,55 | 1,13 | |
| Classe social ou posição socioeconômica | | | | | | |
| Dependência administrativa da escola | Pública | 6,5 | | 1 | | <0,001 |
| | Privada | 3,3 | 0,49 | 0,34 | 0,72 | |
| Sexo | Feminino | 5,2 | | 1 | | 0,545 |
| | Masculino | 5, | 1,12 | 0,78 | 1,60 | |
| Futuro pretendido após o Ensino Médio | Somente estudar | 4,9 | | 1 | | 0,606 |
| | Trabalhar e estudar, apenas | 5,60 | 1,16 | 0,67 | 2,01 | |

| | | | | | | |
|--|---------------------------------|------------|-------|------|-------|------------------|
| | trabalhar ou não sabe | | | | | |
| Raça | Branços | 5,7 | | 1 | | 0,663 |
| | Não brancos | 5,3 | 0,92 | 0,64 | 1,33 | |
| Escolaridade materna | Ensino Fundamental Inc | 5,3 | | 1 | | 0,9 |
| | Pelo menos o Ensino Fundamental | 5,50 | 1,04 | 0,60 | 1,78 | |
| Capital social | | | | | | |
| Ocorrência de tiros ou tiroteios na localidade da escola | Nenhuma ou poucas vezes | 4,4 | | 1 | | 0,009 |
| | Algumas ou muitas vezes | 6,9 | 1,60 | 1,12 | 2,28 | |
| Venda de drogas na localidade da escola | Nenhuma ou poucas vezes | 5,1 | | 1 | | 0,197 |
| | Algumas ou muitas vezes | 6,5 | 1,28 | 0,87 | 1,89 | |
| A escola suspendeu ou interrompeu suas aulas por violência | Não | 5,5 | | 1 | | 0,847 |
| | Sim | 5,3 | 0,94 | 0,55 | 1,62 | |
| Determinantes Intermediários | | | | | | |
| Fatores biológicos e comportamentais | | | | | | |
| Idade | 13 a 15 anos | 4,3 | | 1 | | |
| | 16 ou 17 anos | 10,2 | 2,54 | 2,47 | 2,61 | <0,001 |
| | 18 anos ou mais | 12,0 | 3,05 | 2,92 | 3,17 | <0,001 |
| Atividade sexual | Não | 1,2 | | 1 | | <0,001 |
| | Sim | 14,2 | 14,00 | 8,23 | 23,81 | |
| Falta sem permissão do responsável | Nenhuma vez | 3,3 | | 1 | | <0,001 |
| | Pelo menos uma vez | 11,8 | 3,95 | 2,75 | 5,65 | |
| Andou em carro ou outro veículo motorizado dirigido por alguém que tinha consumido alguma bebida alcoólica | Nenhuma vez | 4,0 | | 1 | | <0,001 |
| | Pelo menos uma vez | 9,10 | 2,41 | 1,67 | 3,48 | |
| Tempo total de atividade física | Inativo | 5,5 | | 1 | | 0,572 |
| | Ativo | 5,4 | 0,99 | 0,96 | 1,02 | |
| Consumo de álcool | Não | 0,9 | | 1 | | <0,001 |
| | Sim | 16,9 | 21,88 | | 36,32 | |
| Consumo de tabaco | Não | 2,7 | | 1 | | <0,001 |
| | Sim | 51,6 | 38,96 | | 59,34 | |
| Fatores psicossociais | | | | | | |
| Saúde Mental e Imagem Corporal | | | | | | |
| Número de amigos próximos | Nenhum | 11,2 | | 1 | | 0,014 |
| | Pelo menos um | 5,20 | 0,44 | 0,23 | 0,86 | |
| Autoavaliação de saúde mental | Positiva | 4,8 | | 1 | | <0,001 |
| | Negativa | 9,6 | 2,10 | 1,39 | 3,18 | |

| | | | | | | |
|---|---|------|-------|-------|-------|------------------|
| Satisfação corporal | Muito satisfeito, satisfeito ou indiferente | 4,60 | | 1 | | 0,013 |
| | Muito insatisfeito ou insatisfeito | 7,20 | 1,62 | 1,11 | 2,37 | |
| Autoimagem corporal | Muito magro, magro ou normal | 5,20 | | 1 | | 0,483 |
| | Muito gordo ou gordo | 6,00 | 1,16 | 0,76 | 1,78 | |
| Atitude em relação ao peso | Não estou fazendo nada ou tentando manter | 5,10 | | 1 | | 0,432 |
| | Tentando perder ou ganhar peso | 5,8 | 1,16 | 0,80 | 1,67 | |
| Vomitou ou tomou laxante | Não | 4,8 | | 1 | | <0,001 |
| | Sim | 12,7 | 2,87 | 1,78 | 4,65 | |
| Tomou medicação para perder peso | Não | 4,8 | | 1 | | <0,001 |
| | Sim | 13,6 | 3,15 | 1,96 | 5,04 | |
| Tomou medicação para ganhar peso ou massa muscular | Não | 4,8 | | 1 | | <0,001 |
| | Sim | 13,3 | 3,03 | 1,89 | 4,85 | |
| Contexto familiar e relacionamento com pares | | | | | | |
| Mora com os pais | Com nenhum deles | 6,2 | | 1 | | <0,001 |
| | Com apenas um | 7,1 | 1,15 | 1,09 | 1,22 | |
| | Com ambos | 4,0 | 0,62 | 0,590 | ,66 | |
| Responsável sabe sobre tempo livre | Nunca, raramente ou às vezes | 8,9 | | 1 | | <0,001 |
| | Na maioria das vezes ou sempre | 3,5 | 0,37 | 0,26 | 0,54 | |
| Responsável entende sobre problemas e preocupações | Nunca, raramente ou às vezes | 7,3 | | 1 | | <0,001 |
| | Na maioria das vezes ou sempre | 3,2 | 0,42 | 0,28 | 0,64 | |
| Algum dos responsáveis fuma | Nenhum deles ou não sei | 5,3 | | 1 | | 0,001 |
| | Pelo menos um | 9,6 | 1,89 | 1,30 | 2,75 | |
| Fumaram em sua presença | Nenhum dia | 5,3 | | 1 | | 0,001 |
| | Pelo menos um | 9,5 | 1,87 | 1,29 | 2,72 | |
| Responsável bebe ingere bebidas | Nenhum deles ou não sei | 4,7 | | 1 | | 0,023 |
| | Pelo menos um ou ambos | 7,3 | 1,59 | 1,06 | 2,38 | |
| Sofreu bullying | Nenhuma vez | 5,6 | | 1 | | 0,834 |
| | Pelo menos uma vez | 5,4 | 0,96 | 0,66 | 1,39 | |
| Praticou bullying | Não | 4,4 | | 1 | | <0,001 |
| | Sim | 10,4 | 2,54 | 1,73 | 3,72 | |
| Amigos fumam | Não | 1,7 | | 1 | | <0,001 |
| | Sim | 18,0 | 12,45 | 8,05 | 19,25 | |
| Amigos bebem | Não | 1,5 | | 1 | | <0,001 |
| | Sim | 11, | 8,12 | 4,77 | 13,83 | |

| | | | | | | | |
|--|-----------------------------------|--------------|--|-------|-----------------------|-------|------------------|
| Amigos consomem substâncias ilícitas | Não Sim | 1,10 26,3 | | 31,97 | 1 19,36 | 52,80 | <0,001 |
| Violência | | | | | | | |
| Insegurança no trajeto casa para a escola ou da escola para casa | Nenhuma vez Pelo menos uma vez | 4,7 7,8 | | 1,74 | 1 1,17 | 2,59 | 0,006 |
| Insegurança na escola | Nenhuma vez Pelo menos uma vez | 4,7 9,4 | | 2,12 | 1 1,39 | 3,24 | <0,001 |
| Envolvimento em briga com luta física | Não Sim | 4,6 9,5 | | 2,20 | 1 <0,001 | 3,35 | <0,001 |
| Sofreu algum acidente ou agressão | Não Sim | 4,0 10,1 | | 2,72 | 1 1,87 | 3,98 | <0,001 |

Fonte: IBGE (2021)

Na análise multivariada, todas as variáveis estudadas apresentaram associação com o desfecho, exceto no caso das escolas públicas: sexo ($p=0,220$), morar com os pais ($p=0,711$ e $0,166$) e o responsável entender o adolescente ($p=0,831$); e nas privadas, venda de drogas na localidade da escola ($p= 0,582$), atitude em relação ao peso corporal ($p= 0,328$) e ter praticado bullying ($p= 0,074$) (Tabela 14).

Tabela 14- Análise multivariada da relação entre os determinantes sociais segundo o modelo de Solar e Irwin (2011) e o consumo de drogas ilícitas em adolescentes escolares pela dependência administrativa da escola no município do Rio de Janeiro, RJ, PeNSE 2019. (n=3.158)

| Determinantes sociais | Consumo de drogas ilícitas | | | | | | | |
|---|----------------------------|-------------|-------------|-------------|------------------|-------------|-------------|-------------|
| | Pública | | | | Privada | | | |
| | p-valor | OR ajustada | IC Inferior | IC Superior | p-valor | OR ajustada | IC Inferior | IC Superior |
| Determinantes estruturais | | | | | | | | |
| Contextos Socioeconômico e Político | | | | | | | | |
| Políticas Públicas de Saúde na Escola | | | | | | | | |
| Participa do PSE - Sim Vs Não (Ref.) | <0,001 | 1,83 | 1,71 | 1,95 | | | | |
| Realiza ações com a UBS - Sim Vs Não (Ref.) | <0,001 | 0,75 | 0,70 | 0,80 | | | | |
| Posição Socioeconômica | | | | | | | | |
| Escolaridade materna - Ao menos o Ens. Fund. Completo Vs Ens. Fund. Inc. (Ref.) | <0,001 | 1,86 | 1,74 | 1,99 | <0,001 | 0,51 | 0,43 | 0,60 |

| | | | | | | | | |
|--|--------|------|------|------|--------------|-------|-------|-------|
| Perspectiva de trabalhar e estudar, apenas trabalhar ou não sabe Vs Somente estudar (Ref.) após o Ensino Médio | <0,001 | 0,56 | 0,51 | 0,61 | <0,001 | 1,81 | 1,57 | 2,10 |
| Sexo - Masculino Vs Feminino(Ref.) | 0,220 | 0,96 | 0,91 | 1,02 | <0,001 | 0,47 | 0,42 | 0,53 |
| Raça - Não Brancos Vs Brancos (Ref.) | <0,001 | 0,56 | 0,53 | 0,59 | <0,001 | 2,23 | 2,02 | 2,46 |
| Capital Social | | | | | | | | |
| Ocorrência de tiros ou tiroteios na localidade da escola - Algumas ou muitas vezes Vs Nenhuma ou poucas vezes (Ref.) | <0,001 | 0,80 | 0,75 | 0,86 | <0,001 | 0,73 | 0,63 | 0,83 |
| Venda de drogas na localidade da escola - Algumas ou muitas vezes Vs Nenhuma ou poucas vezes (Ref.) | <0,001 | 1,47 | 1,37 | 1,57 | 0,582 | 0,96 | 0,84 | 1,11 |
| A escola suspendeu ou interrompeu suas aulas por violência - Sim Vs Não (Ref.) | 0,037 | 1,09 | 1,01 | 1,17 | <0,001 | 0,37 | 0,32 | 0,44 |
| Determinantes intermediários | | | | | | | | |
| Fatores biológicos e comportamentais | | | | | | | | |
| Idade - 13 a 15 anos (Ref.) | <0,001 | | | | <0,001 | | | |
| 16 ou 17 anos | <0,001 | 1,66 | 1,55 | 1,76 | <0,001 | 0,63 | 0,56 | 0,70 |
| 18 anos ou mais | <0,001 | 0,67 | 0,61 | 0,74 | 0,001 | 0,73 | 0,60 | 0,88 |
| Atividade sexual - Sim Vs Não (Ref.) | <0,001 | 3,99 | 3,71 | 4,30 | <0,001 | 1,82 | 1,63 | 2,03 |
| Falta sem permissão do responsável - Sim Vs Não (Ref.) | <0,001 | 1,21 | 1,15 | 1,28 | <0,001 | 1,37 | 1,24 | 1,52 |
| Transportou-se sob direção alcoolizada - Sim Vs Não (Ref.) | <0,001 | 1,75 | 1,65 | 1,85 | <0,001 | 0,83 | 0,75 | 0,92 |
| Tempo total de atividade física - Ativos Vs Não ativos (Ref.) | <0,001 | 0,52 | 0,48 | 0,56 | <0,001 | 1,36 | 1,21 | 1,53 |
| Consumo de tabagismo - Sim Vs Não (Ref.) | <0,001 | 5,38 | 5,06 | 5,73 | <0,001 | 13,62 | 12,14 | 15,29 |
| Consumo de álcool- Sim Vs Não (Ref.) | <0,001 | 7,27 | 6,76 | 7,81 | <0,001 | 5,97 | 5,08 | 7,02 |
| Fatores psicossociais | | | | | | | | |

| Saúde Mental e auto imagem corporal | | | | | | | | |
|---|------------------|------|------|------|------------------|------|------|------|
| Tem amigos próximos - Ao menos um Vs Nenhum (Ref.) | <0,001 | 0,33 | 0,29 | 0,37 | <0,001 | 3,07 | 2,30 | 4,11 |
| Autoavaliação de saúde mental - Negativa Vs Positiva (Ref.) | 0,008 | 1,10 | 1,03 | 1,18 | <0,001 | 0,80 | 0,71 | 0,90 |
| Satisfação corporal - Muito insatisfeito ou insatisfeito Vs Muito satisfeito, satisfeito ou indiferente (Ref.) | <0,001 | 0,60 | 0,56 | 0,64 | <0,001 | 4,24 | 3,79 | 4,75 |
| Autoimagem corporal - Muito gordo ou gordo Vs Muito magro, magro ou normal | <0,001 | 0,64 | 0,59 | 0,69 | <0,001 | 0,33 | 0,29 | 0,38 |
| Atitude em relação ao peso - Tentando perder ou ganhar peso Vs Não estou fazendo nada ou tentando manter (Ref.) | <0,001 | 1,18 | 1,12 | 1,25 | 0,328 | 1,05 | 0,95 | 1,15 |
| Vomitou ou tomou laxante - Sim Vs Não (Ref.) | <0,001 | 0,59 | 0,55 | 0,64 | 0,002 | 1,31 | 1,11 | 1,55 |
| Tomou medicação para perder peso - Sim Vs Não (Ref.) | <0,001 | 1,81 | 1,65 | 1,98 | <0,001 | 4,53 | 3,79 | 5,41 |
| Tomou medicação para ganhar peso - Sim Vs Não (Ref.) | <0,001 | 1,27 | 1,16 | 1,38 | <0,001 | 2,09 | 1,78 | 2,45 |
| Contexto familiar e relacionamento com pares | | | | | | | | |
| Mora com os pais - Com nenhum deles (Ref.) | | | | | <0,001 | | | |
| Com apenas um | 0,711 | 1,02 | 0,92 | 1,13 | <0,001 | 2,80 | 2,04 | 3,85 |
| Com ambos | 0,166 | 0,93 | 0,84 | 1,03 | 0,002 | 1,65 | 1,20 | 2,26 |
| Responsável sabe sobre tempo livre - Na maioria das vezes ou sempre Vs Nunca, raramente ou às vezes (Ref.) | <0,001 | 0,42 | 0,40 | 0,44 | <0,001 | 3,14 | 2,81 | 3,51 |
| Responsável entende o adolescente - Na maioria das vezes ou sempre Vs Nunca, | 0,831 | 1,01 | 0,95 | 1,07 | <0,001 | 0,33 | 0,29 | 0,37 |

| | | | | | | | | |
|--|------------------|-------|-------|-------|------------------|--------|-------|-------|
| raramente ou às vezes (Ref.) | | | | | | | | |
| Sofreu bullying - Pelo menos uma vez Vs Nenhuma vez (Ref.) | 0,037 | 0,94 | 0,89 | 1,00 | 0,001 | 0,85 | 0,77 | 0,93 |
| Praticou bullying - Sim Vs Não (Ref.) | <0,001 | 1,13 | 1,07 | 1,21 | 0,074 | 1,10 | 0,99 | 1,22 |
| Amigos fumam - Sim Vs Não (Ref.) | <0,001 | 0,69 | 0,65 | 0,74 | <0,001 | 1,74 | 1,53 | 1,98 |
| Amigos bebem - Sim Vs Não (Ref.) | <0,001 | 0,56 | 0,52 | 0,61 | <0,001 | 0,23 | 0,19 | 0,28 |
| Amigos consomem ilícitas - Sim Vs Não (Ref.) | <0,001 | 12,83 | 11,96 | 13,76 | <0,001 | 19,212 | 16,86 | 21,89 |
| Violência | | | | | | | | |
| Insegurança no trajeto casa para a escola - Pelo menos uma vez Vs Nenhuma vez (Ref.) | <0,001 | 1,32 | 1,24 | 1,41 | <0,001 | 2,53 | 2,27 | 2,82 |
| Insegurança na escola - Pelo menos uma vez Vs Nenhuma vez (Ref.) | 0,117 | 1,06 | 0,98 | 1,15 | <0,001 | 1,55 | 1,36 | 1,77 |
| Sofreu algum acidente ou agressão - Sim Vs Não (Ref.) | 0,048 | 1,06 | 1,00 | 1,12 | <0,001 | 0,76 | 0,69 | 0,84 |
| Envolvimento em briga com luta física - Sim Vs Não (Ref.) | <0,001 | 0,86 | 0,80 | 0,92 | <0,001 | 0,66 | 0,58 | 0,74 |

Fonte: IBGE (2021)

CAPÍTULO 6

6 DISCUSSÃO

6.1 ANÁLISE DESCRITIVA DA DISTRIBUIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DOS DETERMINANTES SOCIAIS DE ACORDO COM A DEPENDÊNCIA ADMINISTRATIVA DA ESCOLA (VARIÁVEL PROXY DE CLASSE SOCIAL)

A escolha por caracterizar a amostra do estudo de acordo com a dependência administrativa da escola deu-se pelo fato dessa variável conseguir descrever as iniquidades relacionadas à classe social no município do Rio de Janeiro, ao ponto de que a maior parte das características aqui estudadas mostrou diferenças importantes quanto à sua prevalência (IBGE 2009, 2013 e 2016).

O modelo conceitual trazido por Solar e Irwin, ao reforçar o conceito de posição socioeconômica, estabelece que os determinantes estruturais da sociedade atuam através de mecanismos sociais, políticos e econômicos que geram grupos que ditam vulnerabilidades e exposições diferenciadas e dividem a população hierarquicamente, de acordo com a renda, a raça/etnia, a ocupação, o gênero, a educação, entre outros (OMS, 2011).

A maior prevalência baixa escolaridade materna, pretos e pardos encontrada nas escolas públicas neste estudo, refletem a realidade brasileira e servem de base para dar início à discussão da temática das desigualdades sociais nessa clientela com mais profundidade. Sabe-se que a população negra apresenta as piores condições de vida, em relação à população branca, e que a estrutura racista da sociedade brasileira manteve essa estrutura de desvalorização dessa população ao longo do seu processo histórico de desenvolvimento (IBGE, 2019).

Negros são maioria nos índices de pobreza, violência e homicídios, possuem menor escolaridade e maior evasão escolar, e por consequência, têm os piores salários, ocupam menos cargos gerenciais, sofrem mais com o desemprego e a informalidade. O racismo é um desafio a ser enfrentado, que se torna estrutural e coletivo, e não apenas uma questão de discriminação individual e preconceito (IBGE, 2019).

Através dos dados dos dois últimos censos realizados no Brasil, utilizou-se a informação de cor/raça, com o intuito de calcular a densidade racial nos municípios brasileiros, e percebeu-se que essa variável mostrava-se como proxies da deterioração e privação das condições de vida. As cidades com predominância de pardos e negros, apresentaram estrutura etária mais jovem, piores índices de desenvolvimento humano,

maior vulnerabilidade social, concentração de renda, mortalidade infantil e prematura (< 65 anos), e menor esperança de vida de seus moradores (OLIVEIRA; LUIZ *et al*, 2019).

Isso se reflete na forma como as próprias crianças e adolescentes se identificam socialmente. Existe uma propensão ao autobranqueamento e uma atribuição de características socialmente favoráveis aos brancos. Por outro lado, ocorre a atribuição de características desfavoráveis aos negros, símbolo de preferência racial da sociedade. Esse processo de identificação social e exclusão racial é dinamizado já em fases mais precoces da vida e se reflete, inclusive, na saúde mental desses adolescentes (CANDIDO *et al*, 2022).

O impacto das desigualdades sociais na adolescência reflete-se principalmente no desempenho acadêmico. É comum encontrar diferenças importantes entre as escolas públicas e privadas (FLORES-MENDONZA *et al*, 2014) e que relacionam-se a algumas condições existentes fora da escola, especialmente a escolaridade dos pais (ARDILA *et al*, 2005), o nível socioeconômico e a escolaridade materna (FLORES-MENDONZA *et al*, 2017).

Adolescentes pertencentes a grupos historicamente relegados à inferioridade podem estar em desvantagem psicológica, influenciados pela percepção do contexto da sua identidade social como conflitante com o sucesso acadêmico (EASTERBROOK *et al*, 2022). Estudantes de regiões periféricas apresentaram menor desempenho em escalas de inteligência (KROEFF *et al*, 2020). Ainda que o impacto da classe social dos estudantes brasileiros da Educação Básica nos seus desempenhos educacionais seja fundamental, coexistem com os impactos das variáveis de escolarização, de trajetória individual e de caráter pedagógico (CAPRARA, 2020).

A respeito do contexto socioeconômico e político, estes referem-se às origens dos mecanismos sociais e políticos que englobam questões estruturais, culturais e funcionais da sociedade e que impactam nos indivíduos e influenciam na estratificação social (OMS, 2011). É importante problematizar os resultados encontrados em relação ao alcance das políticas públicas de Saúde e de Educação, especialmente no que se refere ao Programa Saúde na Escola e o quanto este programa foi aplicado quase que exclusivamente nas escolas públicas, e que mesmo sendo o grupo prioritário para intervenções, seria interessante também que este programa ou algum outro semelhante tivesse alcance dentro das escolas privadas, já que as mesmas não estão imunes à problemática relacionada à saúde do adolescente.

Por outro lado, estudar em escolas que possuem mais características favoráveis à promoção da saúde é mais frequente se a escola for privada e estiver localizada em capital de estado, e, também, se o aluno tiver mãe ou pai com escolaridade superior, o que mostram as

desigualdades e a necessidade real de alocação de recursos para promover mais equidade (HORTA *et al*, 2017).

Outro aspecto importante refere-se ao fato das diferenças entre adesão ao programa e implementação dos programas. Sabe-se que as ações do Programa Saúde na Escola são muitas vezes fragmentadas, pontuais e limitadas (PEREIRA; SANCHEZ, 2020; PEREIRA *et al*, 2021), o que repercute em baixo impacto na melhoria das condições de saúde, e que para transformação dessa realidade seria essencial o envolvimento dos diversos fatores que fazem parte da implementação do programa no planejamento das ações, desde profissionais da Saúde e da Educação até os próprios escolares, pais, comunidade e gestores (PEREIRA *et al*, 2021).

Nos dados referentes ao capital social, em todas as variáveis estudadas houve maior prevalência de eventos relacionados à violência nas escolas públicas, com exceção da escola ter suspenso ou interrompido suas aulas por motivo de segurança relacionado à violência. É importante destacar, de forma geral, a alta prevalência de eventos relacionados à violência urbana relatada por alunos de escolas públicas e privadas. Sabe-se que o município do Rio de Janeiro enfrenta em sua rotina desafios enormes relacionados à esses aspectos, bem como problemas com crianças e adolescentes vítimas de bala perdida em abordagens policiais, mas especialmente moradores de áreas com maior vulnerabilidade social (SANTOS; SILVA, 2020)

Segundo o modelo de Solar e Irwin (OMS, 2011), a coesão e o capital social abordam a relação entre a saúde individual e a sociedade, abrangendo características da organização social como redes, normas, confiança social, que facilitam a cooperação entre os indivíduos e que refletem na saúde por meio do apoio social que essas relações podem fornecer. Sabe-se que o capital social é um relevante recurso para que haja melhoria nas circunstâncias de vida na fase da adolescência, especialmente quando fala-se da população mais vulnerável, pois é preciso enxergar que os problemas na adolescência não são de cunho apenas individual, mas sim, consequências do contexto em que vivem (RAJÃO *et al*, 2019).

Nesse sentido, uma importante vulnerabilidade social a qual os adolescentes entrevistados neste estudo estão sujeitos, refere-se aos dados sobre o descumprimento da lei que proíbe a venda de cigarros para menores de idade. São os resultados encontrados os quais 14,8% dos alunos das escolas públicas e 8,4% dos estudantes das escolas privadas não tiveram sua idade como impedimento para a compra de cigarros. Dados referentes ao Brasil, da edição da PeNSE de 2015, verificou que 45% dos adolescentes que tentaram comprar cigarros, não tiveram impedimento para tal (SZKLO; CAVALCANTE, 2018).

Os dados encontrados no presente estudo apresentam extrema relevância para a elaboração das políticas públicas de controle do tabagismo no país entre a população adolescente e mostra o quanto os adolescentes com menor nível socioeconômico estão mais expostos a esse descumprimento da legislação, o que reforça ainda mais o aspecto de menor capital social dos estudantes das escolas públicas do município do Rio de Janeiro.

Estudo realizado em Nova Lima (Minas Gerais), município que à época de sua realização apresentava o melhor IDH do estado, também observou desigualdades entre os escolares com prejuízo para frequentadores de escolas públicas; já a escola privada associou-se à maior coesão social na mesma e maior confiança na escola/vizinhança. Sabe-se que na maior parte das vezes a escola pública não é escolha, que a renda familiar é determinante, e a menor renda também foi relacionada à menor coesão social na escola. (RAJAO *et al*, 2019)

Os efeitos de episódios de tiroteios nas escolas e arredores no município do Rio de Janeiro produzem efeitos diversos que vão muito além do fechamento das escolas e das consequentes perdas de dias letivos. Refletem sobre um clima escolar tenso e um ambiente pouco propício ao aprendizado, pois interfere na qualidade das aulas e na concentração de docentes e discentes, o que serve como mais um perpetuador do ciclo de desigualdades sociais, já que os eventos relacionados à violência são mais comuns nas escolas públicas (SANTOS; SILVA, 2020), apesar de não serem exclusividade delas, no caso do município tratado neste estudo.

Um estudo que avaliou a qualidade de vida dos usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF) no contexto da violência urbana na região metropolitana do Rio de Janeiro, em 2020, encontrou menor média no domínio ambiente relacionado às piores percepções de qualidade de vida com condições de saúde associadas à violência no território, o que se reflete em danos à saúde e à qualidade de vida dos sujeitos (SIQUEIRA *et al*, 2021).

A repercussão negativa na qualidade de vida e na saúde relacionadas à violência, deveria ser pauta prioritária nas discussões políticas, em prol de uma busca por transformar as condições sociais que a geram e que colocam o município estudado muito distante do alcance dos objetivos do desenvolvimento sustentável estabelecido na Agenda 2030. Cabe citar também o retrocesso político dos últimos anos de governo federal relacionados à flexibilização do Estatuto do desarmamento a contragosto do que os dados científicos mostram sobre sua repercussão no aumento da violência (SIQUEIRA *et al*, 2021).

Esse desempenho dificilmente se tornará melhor, caso o país não promova mudanças reais ao funcionamento do seu sistema de educação, ao controle da violência e ao tornar mais forte as políticas de distribuição de renda, além da necessidade de rever a persistente perspectiva de guerra às drogas, liberação de posse de armas e rejeição das políticas de cunho social dos últimos anos (COSTA; FONSECA, 2020).

Sobre a prevalência das características referentes aos determinantes sociais intermediários e sua relação com a dependência administrativa da escola (Tabela 3), esses dados, permitem um retrato anterior ao início da pandemia do novo Coronavírus, e mostram o quanto os estudantes cariocas de escolas públicas, assim como do resto do Brasil e do mundo, foram impactados pelo fechamento das escolas e ensino remoto, e o quanto este último foi excludente (BARBOSA *et al*, 2022).

O ensino remoto durante a pandemia, sem dúvidas, repercutiu na aprendizagem e reforçou as desigualdades educacionais já existentes entre escolas públicas e privadas, bem como dos estudantes de diferentes classes sociais, por conta das diferenças de acesso, de recursos tecnológicos e materiais educacionais para acompanhamento das aulas, além das condições desiguais de ensino-aprendizagem para a realização de estudos no ambiente domiciliar, como por exemplo, falta de alimentação saudável que prejudica o funcionamento cognitivo das crianças, trabalho infantil, violência, entre outros (BARBOSA *et al*, 2022).

Após mais de dois anos de pandemia, estudo inédito, realizado pelo Ipec para o UNICEF, revela que 2 milhões de meninas e meninos de 11 a 19 anos que ainda não haviam terminado a educação básica deixaram a escola no Brasil. Eles representam 11% do total da amostra pesquisada (UNICEF, 2022).

O abandono escolar configura-se como uma das marcas mais prejudiciais da realidade educacional brasileira, que foram agravadas pelas alterações ocasionadas pela pandemia na sociedade brasileira, relacionadas às inúmeras dificuldades encontradas pelas escolas (públicas e privadas) para a continuidade de seu funcionamento nos diversos momentos da pandemia; as dificuldades das famílias em conseguir tempo para acompanhar as atividades remotas; o acesso precário a equipamentos e a conexão à internet mostraram como essa problemática tem na questão racial o primeiro eixo divisor nas condições de acesso às estratégias educacionais na pandemia (FUNDAÇÃO CARLOS CHAGAS, 2021).

Outro assunto importante que também sofre reflexo das desigualdades sociais, refere-se à adoção de comportamentos de risco, mesmo que não de forma exclusiva e unicausal

(MOURA *et al*, 2018). Neste estudo, todos os comportamentos de risco estudados apresentaram maior prevalência entre os alunos de escolas públicas, com exceção do consumo de álcool, da atividade física e de terem andado de carro sob a direção de alguém alcoolizado, que apresentaram prevalências semelhantes entre os alunos dos dois tipos de escolas.

Estudo também realizado no município do Rio de Janeiro, porém em uma de suas regiões administrativas, encontrou dados semelhantes, ou seja, uma prevalência maior de iniciação sexual entre os alunos de famílias com menor nível socioeconômico, o que mostra a necessidade de abordagem da temática que vá além da saúde reprodutiva e envolva diversos setores da sociedade (COSTA *et al*, 2022).

A respeito dos fatores psicossociais, neste estudo houve maior prevalência de alunos que relataram não ter nenhum amigo próximo nas escolas públicas. Esse dado demonstra mais uma situação de grande vulnerabilidade à qual esses alunos estão sujeitos, pois essa fase por si só já os coloca numa situação de desamparo afetivo, e quando esse desamparo soma-se ao desamparo no contexto dos laços sociais construídos, é preciso refletir sobre a lógica de exclusão existente no cenário das escolas públicas cariocas e que é um importante indicador da saúde mental desses jovens (COUTINHO *et al*, 2020).

Nesse sentido, é importante citar que fatores estruturais são de fundamental importância também para a saúde mental de jovens, para pensar em prevenir e promover saúde mental, assunto de extremamente relevância na atualidade, devido às consequências da pandemia; deve-se incluir intervenções de toda a sociedade voltadas para a melhoria das condições de vida, com um olhar especial sobre os alunos das escolas públicas (MARCHIONATTI; CAYE; KIELING, 2022). Torna-se necessário, inclusive, que seja feito o recorte de raça e cor na assistência de saúde mental a esses adolescentes, pois o racismo configura-se como um importante carga nesse processo de exclusão, constrangimentos e discriminações aos quais estão sujeitos (CANDIDO *et al*, 2022). Outro dado importante diz respeito à importância atribuída pelos adolescentes quanto à imagem corporal. Nas escolas públicas encontrou-se maior prevalência de jovens mais satisfeitos com sua aparência, mas ao mesmo tempo mais alunos relataram ter vomitado ou tomado laxante e usado medicação para perda ou ganho de peso. Sabe-se que a adolescência é uma fase importante em relação à construção da identidade do adolescente e cujo ideal estético da sociedade contemporânea na qual hoje se vive, cria um objetivo de alcançar um padrão estético impossível e que repercute num processo de adoecimento desses jovens, que se percebem imersos em cobranças que perpassam os padrões

sociais, midiáticos e a própria autocobrança, e acabam sentindo-se constantemente insatisfeitos, especialmente, fisicamente (OLIVEIRA; MACHADO, 2021).

Na transição inerente ao processo de desenvolvimento do adolescente, cuja influência da família torna-se menos predominante, outros fatores de risco e proteção tornam-se mais fortes, como por exemplo, a influência da comunidade onde o indivíduo convive, seus pares, a escola, e também os fatores internos ligados a valores, projetos de vida, autoestima e saúde mental, por exemplo (BRASIL, 2017).

No tocante ao contexto familiar, houve diferenças entre as escolas. No caso das privadas, apresentou maior prevalência de adolescentes que moram com ambos os pais e de pais que sabem, na maioria das vezes ou sempre, sobre o tempo livre do escolar. Já as variáveis sobre o relacionamento com os pares não mostraram diferenças de acordo com a dependência administrativa da escola.

A família é parte da rede de proteção do adolescente que poderá trazer mais proteção ou risco, de acordo com a qualidade das relações com os adultos cuidadores; seu estilo de comunicação e parentalidade, o que somará forças com a influência da comunidade e da escola em relação ao grupo de amigos; desempenho escolar; segurança no bairro em que vivem; oportunidades de acesso à cultura e lazer. Adolescentes que passam pouco tempo em contato com familiares, além da pouca qualidade desse tempo, por conseguinte ficam mais expostos à interferência do ambiente externo e mais vulneráveis aos riscos inerentes à idade (BRASIL, 2017).

No que se refere às variáveis sobre violência, todas estudadas apresentaram prevalência maior de ocorrência nas escolas públicas, com exceção da variável *sofreu acidente ou agressão* em que a prevalência na escola privada foi maior. Dados da PeNSE 2015, referentes ao Brasil, indicaram maior prevalência de violência armada entre os meninos e de violência física intrafamiliar e sexual entre as meninas, principalmente entre os adolescentes mais velhos, alunos de escolas públicas, filhos de mães com baixa escolaridade que moravam sem os pais e que fizeram uso de álcool ou substâncias ilícitas (TERRIBELE; MUNHOZ, 2021).

Sabe-se que milhões de crianças são vítimas ou testemunhas de violência anualmente, o que muitas vezes contribui para um aumento do risco de perpetrar violência. SCHÖBE, (2022). Sob esse contexto, cabe relacionar os dados encontrados neste estudo e os dados de investigação da Polícia Civil do Estado, do ano de 2015. Sobre letalidade violenta, encontrou-se a importância das atividades ilegais de traficantes de drogas e milicianos nas mortes; porém,

também a da violência interpessoal nos espaços domésticos e de convivência e vizinhança. Destacou-se a enorme semelhança entre o perfil dos autores e das vítimas de letalidade violenta no contexto do município do Rio de Janeiro: homens, jovens e adultos jovens entre 19 e 39 anos, negros e pardos, com baixa escolaridade e elevados níveis de desemprego e ocupação informal (MINAYO; MARIZ, 2021).

Nesse sentido, problematizar a influência da pobreza urbana no contexto da violência entre adolescentes precisa levar em conta a interseccionalidade do fenômeno, para melhor compreender as expressões de violências entre os adolescentes em termos de perpetuação das discriminações articuladas de raça/cor, classe e gênero e seus impactos em termos dos agravos à saúde nesse segmento social (OLIVEIRA; LUIZ; COUTO, 2022).

Estudo realizado em Fortaleza, município com grande problemática dentro do cenário nacional em relação aos índices de violência, que abordou 874 alunos de escolas públicas municipais, entre 10 e 11 anos, destaca outro aspecto importante no entendimento do fenômeno da violência. Verificou que as violências interpessoais foram relacionadas às práticas parentais, sinalizando que o contexto escolar formata-se como espaço de reprodução da violência internalizada no convívio familiar (NOBRE *et al*, 2018).

O Brasil, quando comparado a outros 157 países com sistemas de proteção social institucionalizados, em relação ao desempenho na educação e, na saúde, em relação ao Índice de Capital Humano (ICH) proposto pelo Banco Mundial em 2018, apresenta uma situação vergonhosa quanto ao baixo desempenho da educação brasileira e do descontrole da violência sobre os jovens (COSTA; FONSECA, 2020).

Todos os dados encontrados reforçam o tipo de escola como importante marcador de desigualdades sociais no município do Rio de Janeiro que assim como na realidade brasileira, a escola se conforma como um produto social desigualmente distribuído, com seu acesso influenciado por diversas categorias socioeconômicas que só contribuem por reforçar os padrões de desigualdades sociais e comprometem o desenvolvimento econômico e social do país (MARTINS; ZAMORA, 2021).

Os achados deste estudo demonstram que apesar das Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens ter como temas estruturantes a participação juvenil, equidade de gêneros, direitos sexuais e reprodutivos, projeto de vida, cultura de paz, ética e cidadania, igualdade racial e étnica, e que os adolescentes tenham seus direitos garantidos, independente de sexo, raça, cor, origem ou qualquer outra condição

(BRASIL, 2010), a realidade dos adolescentes cariocas ainda é notadamente marcada pela exclusão.

Entretanto, o trabalho com adolescentes é sempre desafiador, pois é prioritário que os profissionais sejam sensíveis e abertos ao aprendizado de demandas particulares, potencialidades e fragilidade dessa faixa etária, e que ao pensarem na forma de abordá-los, desenvolvam atividades que façam sentido a eles. Além disso, faz-se necessário trabalhar a educação pautada na perspectiva da promoção da saúde e que rompa com práticas de educação bancária, meramente conteudista, no sentido de práticas que promovam espaço de reflexão e participação ativa dos adolescentes, e com isso, estimulem seu real desenvolvimento, autocuidado e autonomia (MASSON *et al*, 2020).

6.2 ANÁLISE DA PREVALÊNCIA E RELAÇÃO DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS COM OS DETERMINANTES SOCIAIS

6.2.1 Álcool

Os resultados deste estudo evidenciam as alarmantes prevalências relacionadas especialmente ao consumo do álcool por essa população (28,40%), que se equipara com a prevalência estadual (29,5%) e nacional (28,1%). Além disso, observa-se a iniciação cada vez mais precoce, inclusive durante a infância, com 9,9% dos adolescentes estudados experimentando álcool com nove anos ou menos. Isso reflete a cultura de aceitação do álcool em nossa sociedade, tanto em grandes centros urbanos quanto, no caso deste estudo, em áreas rurais (SANTOS *et al*, 2022). Em 2016, cerca de 38% da população das Américas, entre 15 e 19 anos, havia consumido álcool (OPAS, 2022).

Ao comparar-se os dados da PeNSE dos anos de 2015 e 2019, referentes aos indicadores com relação ao consumo de álcool por adolescentes no Brasil, verificou-se: o aumento das prevalências; a experimentação de bebidas alcoólicas antes de 13 anos, que variou de 30,6% (em 2015) para 34,6% (em 2019); o uso de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias (29,3% em 2015 para 28,1% em 2019); de sofrer embriaguez na vida (27,2% em 2015 para 47,0% em 2019) e ter problemas com amigos devido ao consumo de bebidas alcólicas (9,3% em 2015 para 15,7% em 2019) (MALTA *et al.*, 2022 a).

No contexto internacional, dados da pesquisa “Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) referentes a 2017/2018 realizada com mais de 220.000 jovens em 45 países

e regiões da Europa e Canadá, encontraram que apesar dos declínios contínuos no uso de álcool, mais de um em cada três jovens de 15 anos havia bebido álcool e quase três em cada cinco já haviam experimentado álcool na vida. Quase um em sete (15%) tinha bebido nos últimos 30 dias (WHO, 2020).

Em outro contexto, estudo realizado em oito países da África Subsaariana, encontrou taxa de prevalência de álcool de 11,3% (IC95% = 10,8 – 11,8) ao longo da vida, entre 2012 e 2017 (KUGBEY, 2023). Em outro estudo, também no continente africano, dados referentes à África do Sul encontraram relação entre a exposição a anúncios de álcool e consumo do mesmo. Isso ressalta a necessidade de intervenção urgente no âmbito das políticas públicas no que se refere à exposição às mídias para os adolescentes, associação entre o consumo de álcool, a exposição a anúncios de álcool e as características demográficas que necessitam da atenção urgente dos decisores políticos e intervencionistas. (OSUAFOR; OKOLI; CHIBUZOR, 2023).

Nesse sentido, no Brasil destaca-se o desafio especialmente relacionado ao poder econômico da indústria do álcool e sua repercussão nas dificuldades em relação à regulação da mídia, maior tributação, fiscalização e controle sobre os pontos de venda (MONTEIRO, 2020). Além da presença do álcool em rituais religiosos, celebrações sociais, como meio de relaxamento e prazer pessoal, parte da vida cotidiana, relaciona-se a sua ampla repercussão negativa nas diversas sociedades em todo o mundo (OPAS, 2022).

A disponibilidade e acessibilidade do álcool relacionadas às normas sociais que facilitam a experimentação do mesmo refletem nas taxas preocupantes de iniciação do seu uso neste estudo (68,20%) e que espalham-se por toda a sociedade brasileira, que atingiu 63,3% entre os adolescentes escolares brasileiros de 13 a 17 anos (IBGE, 2021).

Assim, as altas prevalências do consumo de álcool entre adolescentes, nas escolas públicas e privadas no município estudado, mostra o quanto o fato desta substância ser lícita e muitas vezes símbolo de socialização, faz com que essa temática nesta fase da vida vá além da discussão de classe social e, sim, de uma reconstrução de políticas públicas que visem rever conceitos sobre a banalização do uso de álcool na sociedade brasileira, especialmente no que tange às propagandas, conforme aconteceu com o tabaco (OMS, 2022).

Além disso, a principal forma relatada para obtenção da bebida utilizada, entre os adolescentes cariocas, foi a compra em loja, mercado, botequim ou padaria, seguida pela compra em festas. Segundo a edição da PeNSE realizada em 2019, os estados do Rio de Janeiro

e de São Paulo foram as unidades da federação onde esse modo de se obter a bebida foi maior (IBGE, 2021).

É preciso problematizar o fato de que as maiores metrópoles brasileiras encontram-se nestes estados, o que permite fazer uma analogia com o impacto das desigualdades nos grandes centros, onde o acesso à vantagens de renda, emprego ou educação, parece ser um fator decisivo para distanciar ou aproximar alguém de uma situação adversa; por isso, nas capitais, regiões mais desenvolvidas, a desvantagem relativa de saúde acaba por ser maior, embora nelas ele tenha o bônus territorial de onde se vive melhor, entre os que têm maior acesso a emprego, renda ou educação. Supõe-se, dessa forma, que a ausência de recursos privilegiados faz mais falta, pois seria onde se teriam mais benefícios com a utilização deles (SANTOS, 2018).

Ainda em relação às desigualdades entre o contexto urbano e rural, um estudo que estimou as probabilidades de não ter boa saúde nesses locais em todos os estados brasileiros, constatou que a localização espacial e classe social acentuam as discrepâncias de saúde. Essas diferenças são mais pronunciadas nas regiões mais desenvolvidas e nas capitais de todos os estados (SANTOS, 2018).

Assim, essa facilidade de acesso ao álcool pode ser reflexo dessa escassez a outras formas de lazer pelas populações mais vulnerabilizadas, que, por outro lado, também acontece em áreas rurais (SANTOS *et al*, 2022). Portanto, reforça-se a necessidade de problematizar a legislação brasileira, que assim como em diversos outros países, preconizam que a idade mínima para o consumo de álcool seja de 18 anos. No entanto, isso não impede que adolescentes bebam, seja pelo papel cultural ocupado pelo álcool, relacionado ao lazer e descontração, seja por quão pouco rigorosa é a aplicação da legislação proibitiva na prática (OPAS, 2020).

Outra problemática importante refere-se ao consumo abusivo, avaliado como consumir 5 ou mais doses de bebida alcóolica em uma única ocasião, relatado por 35,40%, bem como o relato de embriaguez na vida por 30,40% dos que bebem, prevalência mais baixa quando comparada à nacional, que foi de 47%. Resultados, estes, que configuram-se como um dos principais fatores de risco para doenças, traumatismos, incapacidade e morte em todo o mundo, responsável por cerca de 3 milhões de mortes a cada ano e 5,1% da carga global de doenças, em países de baixa, média e alta renda (OMS, 2018).

Cabe citar que mesmo que as prevalências de consumo tenham sido altas por toda população de adolescentes escolares do município do Rio de Janeiro, nas escolas públicas (29,4%) e privadas (26,3%), e que não tenha havido diferença significativa entre ambas ($p=$

0,067), é sabido que entre as com baixo status socioeconômico acontecerão maiores taxas de morte e de hospitalização relacionadas a este consumo do que às populações mais ricas, e como consequência, acabam por sofrer danos adicionais, composta pela conjugação de outros riscos para a saúde que incluem uma dieta não saudável, tabagismo, sedentarismo e menos acesso à educação em saúde e cuidados de saúde (MARMOTA; BELL, 2019).

Neste estudo, na dimensão estrutural dos determinantes sociais no que tange às políticas públicas de saúde, abordou-se o aluno estudar em escola que participa do Programa Saúde na Escola e que realiza ações em parceria com a Unidade Básica de Saúde, ambos configuraram-se como protetores para o consumo de álcool. É importante salientar que essa informação refere-se apenas às escolas públicas, já que as privadas não participam desse programa.

Salienta-se a relevância de um município como o Rio de Janeiro, marcado por desigualdades sociais e violências, por ser um município com uma parcela importante do seu território composto por áreas de favelas (IBGE, 2010). Toda essa relação tem reflexo na saúde dos adolescentes. Por isso, é importante considerar o quanto a participação das escolas nesse contexto, no Programa Saúde na Escola e na realização das ações preconizadas, na perspectiva da educação e promoção da saúde, pode ampliar a discussão sobre o consumo de álcool por essa população. Os adolescentes não costumam ser tão vulneráveis a este uso pelos motivos já citados.

Participar do PSE significa dizer que existe alguma aproximação com a Unidade Básica de Saúde responsável pelo território e isso configura-se em enorme potência para planejamento de ações de saúde no âmbito da prevenção dos principais agravos à saúde do adolescente deste território. Expandir os cuidados primários às populações urbanas, especialmente as mais pobres, é uma prioridade para os países de baixo e médio rendimento, já que a utilização da Estratégia Saúde da Família mostrou-se associada a um menor risco de morte, especialmente entre grupos raciais/étnicos e socioeconomicamente mais carentes. Ou seja, o quanto a utilização da ESF em populações urbanas pode contribuir para a redução das desigualdades de saúde nas populações pobres em todo o mundo (HONE *et al*, 2020).

Entretanto, estudo realizado numa comunidade escolar no município estudado, que teve como objetivo descrever as práticas de promoção de saúde desenvolvidas, encontrou uma centralidade dessas ações em aspectos normativos, reproduzindo clichês médico-sanitários. (LUCAS *et al*, 2021). O exercício das ações escolares precisam desconstruir noções de saúde

e doença, prevenção e risco, para possibilitar novas perspectivas para dimensão dos comportamentos humanos (FERREIRA; TRAMONTANO; KLEIN, 2019).

Outro estudo que teve como objetivo investigar sob a ótica de adolescentes quais determinantes sociais influenciam a sua saúde e a da comunidade onde vivem, com dez adolescentes do ensino fundamental de uma escola pública de periferia, verificou que eles identificaram os determinantes sociais e refletiram como eles influenciam suas vidas e da coletividade, demonstrando a potência do senso crítico para transformação de suas realidades (MARIM; PARTELLI, 2019).

Entretanto, a dificuldade para abordar todo esse potencial dos adolescentes a fim de poder discutir e avançar na complexidade da problemática do consumo de álcool nessa idade, acaba por sofrer impacto de fatores como a formação dos profissionais de saúde. Um estudo realizado com estudantes de enfermagem de uma universidade pública no município do Rio de Janeiro encontrou o álcool como a droga mais usada nos últimos três meses e os estudantes acreditam que têm informações básicas sobre drogas. No entanto, apresentam visão preconceituosa e atitudes negativas em relação aos usuários. Esses fatos reforçam a necessidade de rever a formação desses profissionais que vão atuar futuramente na prevenção do uso do álcool e outras drogas (MAGALHÃES *et al.*, 2018), uma vez que estes profissionais terão papel crucial no processo de trabalho na ESF e no PSE.

Outro ponto de grande relevância é o papel dos professores nessa articulação. Precisam estar dispostos a escutar, trazer debates em aula, trocar experiências e relatar situações vividas que permitam a aquisição de conhecimento não somente por meios cognitivos, mas também afetivos, enquanto lidam com valores, crenças e comportamentos de si próprio e do outro (FERREIRA; TRAMONTANO; KLEIN, 2019).

Sobre a posição socioeconômica em ambas as dimensões administrativas da escola, adolescentes do sexo feminino e os alunos que se declararam como “não brancos” apresentaram maior chance de consumir álcool. Dados da PeNSE (2019) referentes aos adolescentes do Brasil foram ao encontro com os dados referentes ao município do Rio de Janeiro, onde todos os indicadores referentes às bebidas alcólicas foram mais prevalentes entre meninas, exceto beber em *binge* e episódios de embriaguez, que não tiveram diferenças entre os sexos, e foram mais elevadas entre os estudantes mais velhos (MALTA *et al.*, 2022a). No estudo com os países europeus e Canadá, no caso da embriaguez, foi maior entre os meninos do que entre as meninas em todas as faixas etárias (WHO, 2020).

Ainda no contexto europeu e canadense através do HBSC (Comportamento de Saúde em Crianças em Idade Escolar), as tendências do álcool nos últimos 30 anos (1985/6–2017/8) entre jovens de 15 anos verificou que o consumo habitual de álcool continua sendo mais prevalente entre meninos do que entre meninas da mesma idade, entretanto, existe perspectiva de estreitamento da diferença de gênero em muitos países e regiões (CHARRIER *et al*, 2022).

No caso das capitais brasileiras, análise da tendência temporal da prevalência do uso abusivo de bebidas alcoólicas em adultos, no período entre 2006 e 2019, com adultos (≥ 18 anos), encontrou aumento significativo ($p = 0,03$) do consumo abusivo de bebidas alcoólicas para o total da população adulta, de 15,6% para 18,8%. Entre os homens, a tendência foi de estabilidade ($p = 0,96$), e entre as mulheres, ocorreu aumento de 7,7% para 13,3%. Nesse sentido, encontrou-se que mulheres adultas estão bebendo mais intensamente ao comparar-se com anos anteriores (MALTA *et al*, 2021).

No contexto do município estudado, uma pesquisa realizada que analisou o perfil de consumo de substâncias psicoativas nos últimos três meses e sua associação com as variáveis sociodemográficas, da população atendida pela Estratégia Saúde da Família, encontrou que as maiores prevalências nos últimos três meses foram detectadas na subamostra masculina, 75,8% nos casos do consumo de bebidas alcoólicas (ABREU *et al*, 2016).

Sobre o papel cada vez mais relevante do consumo de álcool entre a população feminina de adolescentes, em especial neste estudo, destaca-se a realidade da sobrecarga de mulheres jovens e negras, que apresentam condições de saúde decorrentes de moradia precária e sem saneamento; baixa escolaridade; renda inexistente ou insuficiente; , o que geram a manutenção dos ciclos intergeracionais de pobreza (COSTA; MAGALHÃES, 2020).

Sobre raça e etnia, dados dos censos anteriores realizados no Brasil observaram que a variável cor/raça é uma *proxy* da deterioração e privação das condições de vida (OLIVEIRA; LUIZ, 2019). As circunstâncias socioeconômicas possibilitam alteração na capacidade de lidar ou amortecer o ônus dos problemas relacionados às doenças crônicas, os sujeitos que se encontram sob pior situação socioeconômica sofrem um fardo maior, acumulando riscos que culminam com o agravamento do quadro (SANTOS, 2020).

Ainda, estudo que avaliou disparidades raciais/étnicas e socioeconômicas na prevalência de multimorbidade e uso de serviços de saúde relacionados, encontrou maior

prevalência das mesmas e de internações e mortalidade associadas a indivíduos de raça/etnia negra e outros grupos socioeconômicos carentes no Rio de Janeiro (HONE *et al*, 2021).

Em contraste a este estudo, um estudo realizado em países desenvolvidos, revelou uma relação entre a maior renda familiar e um maior consumo de álcool. Adolescentes de famílias de maior poder aquisitivo foram mais propensos a consumir álcool ao longo da vida em quase metade dos países/regiões para meninos e um quinto para meninas. Da mesma forma, adolescentes de alta renda relataram níveis mais elevados de consumo atual de álcool em quase metade dos países/regiões (WHO, 2020).

A escolaridade materna trouxe resultados em direções contrárias nos tipos de escola. Nas escolas públicas, os alunos que tinham mães com maior escolaridade mostraram maior consumo de álcool, enquanto nas escolas privadas, o resultado foi inverso. A perspectiva da rede de apoio, de melhores condições de trabalho no caso das escolas privadas e, no caso das escolas públicas, talvez as mães com menor escolaridade estejam mais presentes na rotina de seus filhos. A escolaridade configurou-se como importante fator protetor para o consumo de álcool conforme demonstrado em um estudo realizado com a população adscrita de uma estratégia saúde da família no município do Rio de Janeiro (ABREU *et al*, 2016).

As relações entre classe social e renda mostram o quanto refletem nas condições materiais e de saúde. Além disso, há uma relação inversa entre o nível de educação e a saúde (SANTOS, 2020). O Rio de Janeiro é a cidade brasileira com o maior contingente de pessoas vivendo em aglomerados habitacionais subnormais. Essa denominação técnica é utilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para designar localidades com moradias informais construídas com materiais frágeis, invasões e mínimo de 51 domicílios. Esses locais geralmente são dispostos de forma densa e desordenada (IBGE, 2010).

Segundo Malta e Costa (2021) a vulnerabilidade socioambiental no Rio de Janeiro é agravada por situações de risco e degradação ambiental, aspectos que são prejudicados pelo adensamento populacional em áreas de favelas, onde os grupos mais desfavorecidos vivem em processo de exclusão ambiental e urbana (MALTA; COSTA, 2021).

Sobre a violência urbana, nas escolas públicas, a maior ocorrência de tiros ou tiroteios na escola, ter presenciado venda de drogas na localidade da escola e ter suspenso ou interrompido as aulas por motivo de violência foi associado a maior chance de consumo de álcool. Por outro lado, nas escolas privadas, ao contrário, ter presenciado venda de drogas na

localidade da escola e ter suspenso ou interrompido as aulas por motivo de violência foram associados a menor risco de consumo de álcool.

No presente estudo, os mais velhos, ter atividade sexual, transportar-se sob a direção de alguém que consumiu álcool, consumo de substâncias ilícitas e tabaco, foram associados ao maior risco de consumo do álcool em ambas as escolas, dados que vão ao encontro com a literatura, onde os comportamentos de risco costumam conjugar-se (WHO, 2020; KUGBEY, 2023; MALTA *et al*, 2022b; CHARRIER *et al*, 2020). A proporção de adolescentes que já consumiram álcool variou de 2% dos meninos e meninas de 11 anos no Cazaquistão a 85% dos meninos e meninas de 15 anos na Grécia (WHO, 2020).

Em Fortaleza, um estudo que avaliou a vulnerabilidade às ISTs em adolescentes de uma escola pública localizada em um bairro com baixo Índice de Desenvolvimento Humano, encontrou que as condições sociais, ambientais e econômicas desfavoráveis, o sexo masculino, as idades entre 11 e 14 anos, menos anos de estudo e de cor não branca, estavam relacionadas à maior vulnerabilidade dos adolescentes às infecções sexualmente transmissíveis (IST's), (COSTA *et al*, 2019).

Sobre os fatores psicossociais em ambas as dependências administrativas das escolas, aumentam a chance de consumo de álcool: ter pelo menos um amigo próximo; autoavaliação negativa de saúde mental; ter tomado algum tipo de medicação para ganhar ou perder peso.

Dados da mesma pesquisa do presente estudo referentes ao contexto do Brasil todo, demonstraram indicadores negativos relacionados à saúde mental, tais como falta de amigos próximos, tristeza e preocupação. Os adolescentes também relataram que se sentiram irritados, nervosos ou mal-humorados e que a vida não valia a pena ser vivida. As maiores prevalências desses indicadores ocorreram entre escolares de 16 e 17 anos de idade, do sexo feminino e nos estudantes de escolas públicas. Um aumento do sofrimento mental entre os adolescentes evidenciado pelos resultados deste estudo revela relações com desigualdades estruturais de gênero e classe social (ANTUNES; MACHADO; MALTA, 2022).

Segundo dados do inquérito do HBSC sobre adolescentes da Europa e do Canadá, um terço dos adolescentes (33%) sentiu-se nervoso ou irritado mais de uma vez por semana nos últimos seis meses; um em cada quatro relatou dificuldades para dormir (29%) e/ou sensação de desânimo (25%); um em cada cinco (20%) relatou ter dores de cabeça mais de uma vez por semana. A incidência de depressão, dores de cabeça e tonturas entre jovens de 13 a 15 anos foi duas vezes maior entre as meninas na maioria dos países e regiões. (COSMA *et al.*, 2023).

Dados nacionais, da PeNSE 2015 indicaram que 15,5% dos estudantes brasileiros relataram solidão nos últimos 12 meses, e esse sentimento foi relacionado mais frequentemente em adolescentes: do gênero feminino; com maior escolaridade materna, insônia; vítima de bullying raramente ou algumas vezes. E por outro lado ter amigos, fazer refeições com os pais ou responsáveis 5 dias ou mais por semana e ter pais compreensivos apresentaram menor razão de prevalência de solidão (ANTUNES; MACHADO; MALTA, 2022).

Segundo Silva *et al.* (2021) as relações sociais autopercebidas estão relacionadas a comportamentos de risco à saúde, à saúde mental e ao desempenho acadêmico em adolescentes. Adolescentes que fumavam tabaco, apresentaram maior consumo de álcool e gordura, maior tempo de tela, atraso na maturação, com maiores sentimentos de estresse e tristeza e baixo desempenho acadêmico, tinham maior probabilidade de estarem insatisfeitos com suas relações sociais.

Estudo realizado no contexto sul-africano encontrou piora das condições de saúde mental e do consumo de álcool entre 2008 e 2014. Além disso, constatou-se que o consumo de álcool exacerbou o impacto negativo desse declínio econômico, especialmente em ambientes urbanos em comparação com regiões rurais. (MOSTERT, 2023).

De acordo com um estudo de Kugbey (2023), a adolescência tardia (15–18 anos), sexo masculino, ansiedade, bullying, brigas, evasão escolar, ter amigos próximos, tabagismo atual e uso de tabaco são fatores de risco significativos para o uso de álcool e aponta para a necessidade de políticas de saúde pública abrangentes, além das intervenções psicocomportamentais.

Sobre o contexto familiar e de relacionamento com os pares, foi relacionada a maior chance de consumir álcool nas escolas públicas e privadas: responsável que consome bebidas alcoólicas; ter praticado bullying; amigos beberem, fumarem e consumirem substâncias ilícitas. Um estudo sobre os saberes dos adolescentes sobre saúde estão entrelaçados no cuidado de si, na importância do convívio familiar, nos jovens reconhecerem a família como centro do cuidado e base para ter boa saúde, fortalecendo as relações de afeto e acolhimento (PEREIRA *et al.*, 2021).

Os episódios de embriaguez e de ter amigos que ingerem bebida alcoólica foram mais prevalentes entre escolares de escolas públicas, enquanto o consumo de bebidas alcoólicas pelos pais e ter tido problemas com suas famílias ou amigos devido ao consumo de bebidas alcoólicas foram mais elevados em estudantes de escolas privadas (MALTA *et al.*, 2022).

Estudo realizado no Leste Europeu encontrou que jovens de famílias com maior renda, especialmente em contextos de desigualdades, estão expostos a maior risco de consumir álcool sob influência de seus pais e também como forma de socialização com os pares, e que autoimagem insegura e ameaça à perda do poder do status socioeconômico seriam os fatores explicativos ao consumo (TORCHYAN; HOUKES; BOSMA, 2023).

Esse mesmo estudo encontrou que adolescentes de famílias abastadas podem estar em maior risco de consumo de álcool. E destaca que atenção especial deve ser dada a países com grandes desigualdades de renda, onde a promoção de atitudes restritivas dos pais e melhor monitoramento dos pais podem ser cruciais na prevenção do uso frequente de álcool e seu consumo excessivo entre adolescentes de maior renda (TORCHYAN; HOUKES; BOSMA, 2023).

Dados provenientes do estudo Health Behavior in School-Aged Children (HBSC) de 2018, da Região da Valônia, na Bélgica, mostraram que em ambos os sexos o consumo de álcool foi positivamente associado à idade e inversamente associado à satisfação escolar e apoio familiar; por outro lado, nenhuma associação foi observada com estrutura familiar, apoio dos pais e satisfação com a vida nos modelos multivariados (PEDRONI *et al*, 2021).

Nos dados referentes aos adolescentes brasileiros no ano de 2019, os episódios de embriaguez e ter amigos que ingerem bebida alcoólica foram mais prevalentes entre escolares de escolas públicas, enquanto o consumo de bebidas alcoólicas pelos pais e ter tido problemas com suas famílias ou amigos devido ao consumo de bebidas alcoólicas foram mais elevados em estudantes de escolas privadas (MALTA *et al*, 2022).

Em resumo, em relação aos objetivos do desenvolvimento sustentável, o consumo de álcool está associado à violência, e ao aumento das desigualdades sociais, prejudica o crescimento econômico, interfere no consumo sustentável e impacta negativamente o ambiente. A aceitação social do álcool e a linguagem vaga que falha em esclarecer seus malefícios apontam uma lacuna na compreensão da extensão dos danos causados pelo álcool e das consequências para o desenvolvimento sustentável (SPERKOVA; ANDERSON; LLOPIS, 2022).

Há a necessidade urgente de considerar o contexto social das pessoas envolvidas no planejamento das práticas de intervenção em saúde, a ponto de considerar as dificuldades materiais, subjetivas e culturais de inclusão dos indivíduos, no sentido de ampliar a abordagem dos problemas, a fim de trazer pautas sobre gênero, raça, classe social, cidadania e acesso aos

serviços públicos de qualidade. Significa também trabalhar com metas difíceis de serem mensuradas, como desconstruir preconceitos, desfazer medos e tabus, colocar-se no lugar do outro e respeitar as diferenças (FERREIRA; TRAMONTANO; KLEIN, 2019).

6.2.2 Tabaco

Sobre a caracterização do uso de tabaco por adolescentes escolares, 25,2% da amostra estudada informou ter experimentado tabaco alguma vez na vida, 23,7% nas escolas públicas e 15,7% nas escolas privadas, dos quais 7,6% o fizeram com 9 anos ou menos, ainda na infância. No contexto nacional, a prevalência foi menor que no presente estudo (22,6%) (IBGE, 2021).

Além disso, em relação ao acesso, 71,6% dos alunos que tentaram comprar cigarros relataram que a idade não se configurou em impedimento e 33,30% relataram ter feito a compra de cigarro no varejo. A facilidade quanto ao acesso ao cigarro pelos adolescentes chama a atenção, pois 71,6% dos alunos que tentaram comprar cigarro relataram que a idade não se configurou em impedimento, e 33,30% relataram terem feito a compra de cigarro no varejo. Segundo Szklo e Bertoni (2023), o descumprimento de leis voltadas à prevenção da iniciação e ao estímulo da cessação do uso do cigarro entre os adolescentes brasileiros é um enorme obstáculo para a redução da proporção de fumantes no Brasil. Ações de educação e fiscalização, além daquelas legislativas, precisam ser fortalecidas, haja vista a estagnação, para não dizer a piora, nos indicadores de acesso ao cigarro por menores de idade apresentados neste estudo (SZKLO; BERTONI, 2023).

No que se trata do consumo atual, a prevalência do consumo de cigarro foi de 5,8% entre os cariocas, com maior prevalência destes comportamentos nas escolas públicas (6,9%) ($p < 0,001$) e menor quando comparado com a média nacional, que foi de 6,8% (IBGE, 2021). Cabe destacar o contexto do município estudado, um território no qual é relevante a problemática do tráfico que por si só já mostra sua vulnerabilidade para o agravamento do impacto do uso das substâncias psicoativas na vida desses adolescentes quando existe alguma outra propensão ao uso de drogas (SILVA *et al.*, 2022).

Segundo os dados do “Health Behaviour in School-aged Children” (HBSC), a prevalência do tabagismo variou muito entre os países/regiões estudados, variando de 0,5% na Irlanda (meninas de 11 anos) a 59% na Lituânia (meninos de 15 anos), para tabagismo ao longo da vida, e de 0,2% na Holanda e Suécia (meninas de 11 anos) para 38% na Bulgária (meninas

de 15 anos), para fumantes atuais. O Azerbaijão e o Cazaquistão foram notáveis por terem baixos níveis de tabagismo ao longo da vida (menos de 10%) e atualmente (menos de 7%) aos 15 anos. Por outro lado, altos níveis foram observados nos estados bálticos (Estônia, Letônia e Lituânia) e na Itália para tabagismo ao longo da vida, e na Bulgária, Lituânia e Itália para tabagismo atual. Em todas as três faixas etárias a Lituânia teve os níveis mais altos de tabagismo na adolescência, e a Bulgária de fumar nos últimos 30 dias (WHO, 2020).

No que tange à experimentação de tipos específicos do tabaco, a prevalência de experimentação de narguilé foi de 17% e no caso do cigarro eletrônico foi 19,9%; entre os que experimentaram, o consumo atual desses tipos de produtos do tabaco foi de 7,9% e 9,9%, respectivamente (IBGE, 2021). No caso dos dados nacionais, 26,9% já haviam experimentado o narguilé e 16,8% experimentado o cigarro eletrônico (IBGE, 2021).

Sobre o cigarro eletrônico, um estudo que teve como objetivo estimar a prevalência de uso de dispositivos eletrônicos para fumar (DEF) e explorar o fluxo lógico esperado do potencial impacto dos DEF na iniciação de cigarro convencional, através dos dados do Vigitel de 2019, encontrou-se a prevalência de 6,7% para o uso na vida e 2,32% para o consumo atual, totalizando 2,4 milhões de indivíduos que já usaram e 835 mil que usam atualmente, com um aspecto muito relevante, e essa prevalência entre jovens de 18 a 24 anos foi quase 10 vezes maior que a prevalência nas faixas etárias superiores. Cerca de 80% têm entre 18 e 34 anos e isso destaca a periculosidade desse comportamento para iniciação do tabagismo (BERTONI; SZKLO, 2021).

Em 2009, devido à pouca informação sólida o suficiente para mensurar o impacto dos cigarros eletrônicos na saúde, o Brasil adotou uma regulamentação que proibiu a venda e importação dos mesmos; entretanto, a malgrado disso, em 2013 um estudo encontrou que 4,6% dos fumantes adultos da amostra relataram terem usado cigarro eletrônico ao menos uma vez nos últimos 6 meses, e dentro dos que conheciam o cigarro eletrônico 44% acreditavam que eram menos perigosos do que cigarros convencionais (CAVALCANTE *et al*, 2017). Sabe-se, inclusive, que o uso de cigarros eletrônicos para parar de fumar cigarros convencionais está associado a chances significativamente menores de parar de fumar (GLANTZ, 2023).

Uma revisão de literatura publicada em 2023, reuniu a literatura atual sobre a nicotina e os produtos do tabaco utilizados pelos jovens, a epidemiologia, os efeitos na saúde, a prevenção e o tratamento da dependência da nicotina e as políticas e regulamentações atuais, e teve como principais pontos de destaque que os cigarros eletrônicos e os produtos orais de nicotina são

populares entre os jovens, atraindo os adolescentes através da exposição ao marketing enganoso e aos sabores de fruta, doces e sobremesas (HEINLY; WALLEY, 2023).

Outra publicação também de 2023, do Comitê sobre Uso e Prevenção de Substâncias da Academia Americana de Pediatria, constituiu-se numa declaração voltada para as políticas públicas e para utilização clínica a fim de proteger crianças das consequências do tabaco. Tal declaração destaca como os cigarros eletrônicos resultam em exposição à nicotina em forma de aerossol, o que pode levar ao transtorno por uso de substâncias com contato frequente (HAGEMAN *et al*, 2023).

O uso de cigarros eletrônicos e produtos orais de nicotina pode levar à dependência da nicotina e está associado a problemas respiratórios, cardiovasculares e de saúde bucal, embora os efeitos à saúde a longo prazo não sejam totalmente conhecidos. Destaca a importância da regulamentação dos produtos de tabaco e nicotina pela FDA é fundamental para reverter esta epidemia de saúde pública do uso de nicotina e tabaco entre os jovens (HEINLY; WALLEY, 2023).

Considerando os dados encontrados sobre o uso do cigarro eletrônico neste estudo, torna-se crucial discutir o papel desses dispositivos como um possível facilitador para o início de consumo e o perigo de comprometer os avanços alcançados pelas políticas públicas recentes no controle do tabagismo. Observa-se que esse uso atrai os mais jovens e foi uma forma da indústria do tabaco “burlar” a cultura de rejeição do tabagismo por essa população.

Leis que proíbem o uso de todos os produtos de tabaco e nicotina devem ser promulgadas em todos os locais onde as crianças vivem, aprendem, brincam, trabalham e visitam. Toda publicidade e promoção de produtos de tabaco e nicotina em formas acessíveis a crianças e adolescentes deveria ser proibida. A publicidade e a colocação de produtos de tabaco e nicotina nos pontos de venda que possam ser vistos por crianças e adolescentes devem ser proibidas. Recomenda-se também a proibição de todos os ingredientes aromatizantes, incluindo o mentol (HAGEMAN *et al*, 2023).

No caso da prevalência do consumo de tabaco, participar do PSE e realizar ações com a UBS aumentou o risco de consumo de cigarro. É importante destacar que no município do Rio de Janeiro existe uma maior conexão das atividades do Programa Saúde na Escola com a Unidade Básica de Saúde e escolas locais, especialmente em áreas com maior vulnerabilidade social. Isso explicaria o resultado sob o viés de existir uma prevalência maior de consumo de tabaco na população mais vulnerável.

Um estudo realizado na Indonésia, cujo objetivo foi explorar a relação entre a exposição a mensagens antitabagismo e o comportamento de fumar dos jovens indonésios, concluiu-se que as mensagens antitabagismo aumentaram as chances dos entrevistados se tornarem fumantes atuais. Isso suscita reflexões sobre como essa comunicação acontecerá com os jovens (MEGATSARI *et al*, 2019). Em outra perspectiva, um estudo realizado na Malásia avaliou a eficácia do Programa de Educação para Prevenção do Tabagismo entre adolescentes não fumantes e verificou-se que a intervenção realizada foi eficaz na prevenção do início do tabagismo entre adolescentes malaios (NURUMAL *et al*, 2019).

Nesse mesmo sentido, em Goiás, uma pesquisa foi realizada com o objetivo de conhecer a opinião de escolares adolescentes fumantes sobre aconselhamento e tratamento para cessação do tabagismo. Além disso, investigou-se se uma opinião negativa estava associada à falta de motivação para parar de fumar. Os adolescentes apresentaram uma opinião positiva sobre a oferta de aconselhamento e tratamento para cessação do tabagismo em serviços de saúde, sendo que a opinião negativa foi associada à falta de motivação para parar de fumar (RIOS; FREIRE, 2020).

Em Sant`Ana do Livramento, Rio Grande do Sul, foi realizado um estudo com o objetivo de investigar se uma escola possuía ações de prevenção do tabagismo e compreender o papel da escola na implementação de programas de controle. Os resultados indicaram que a escola tem o papel de esclarecer, comentar, orientar e discutir o tema, sempre alertando sobre os malefícios do consumo de tabaco e destacando a importância da prevenção.) Os dados demonstram também que a escola realiza um trabalho informativo acerca da temática quando surge algum problema relacionado; porém, realiza poucos trabalhos preventivos e educativos (PORTO *et al*, 2018).

Quanto aos determinantes sociais referentes à classe social neste estudo, além das diferenças encontradas no consumo de tabaco pelos adolescentes que foi mais prevalente nas escolas públicas, vale ressaltar que a perspectiva de fazer algo além de apenas estudar aumentou a chance de consumo de tabaco em ambas as dependências administrativas da escola. Além disso, há maior chance de fumar entre as meninas e adolescentes não brancos.

Nesse contexto, uma revisão bibliográfica sobre a temática do tabagismo feminino destacou três tendências - pauperização, feminização e juvenilização - que reforçam o contexto de desigualdades sociais e de gênero nos agravos à saúde, que no caso do tabagismo feminino a dimensão de gênero pode ser vista como uma “patologia de protesto”, expressando

insatisfações e contradições sociais vivenciadas historicamente pelas mulheres (BORGES; BARBOSA, 2009).

Um estudo sobre fatores motivacionais associados ao início do tabagismo, na percepção de adolescentes fumantes e não fumantes comparando-os quanto ao gênero, realizado em uma escola estadual de Ribeirão Preto-SP, constatou que a maioria das meninas, tanto as fumantes quanto as não fumantes, acredita que o alívio de emoções negativas é o que leva as pessoas a fumar. Por outro lado, os meninos não fumantes apontaram a influência do modelo de um fumante, enquanto os meninos fumantes destacaram os aspectos relacionados à adolescência, como autoafirmação e integração social (OLIVEIRA; GORAYEB, 2012).

O significado do tabagismo construído ao longo da história tem conexão com as maneiras como as relações de gênero estão organizadas na sociedade atual e, conseqüentemente, com as questões de saúde, ressaltando a necessidade de abordagem da saúde feminina de forma mais integrada relacionada ao recorte de classe social e raça/etnia (BORGES; BARBOSA, 2009).

Outro estudo com abordagem qualitativa sobre os significados simbólicos do fumar feminino, realizado no município do Rio de Janeiro, com mulheres inseridas em um programa de tratamento do tabagismo de um hospital público, evidenciou o cigarro nas trajetórias sociais e de gênero. O cigarro desempenha um papel fundamental no apoio e no enfrentamento dos desafios vivenciados, sendo considerado como um companheiro presente para lidar com as situações de ansiedade e solidão. Além disso, é fonte de prazer e relaxamento, bem como uma estratégia de sobrevivência diante da sobrecarga de trabalho, tanto reprodutiva quanto produtiva. Inclusive, dados da Pesquisa Nacional de Saúde com adultos encontraram associação da depressão com comportamentos de risco, como o consumo de tabaco e álcool (BARROS *et al.*, 2021).

Uma pesquisa realizada com o objetivo de identificar fatores associados à tentativa de parar e cessação bem-sucedida do tabagismo em uma amostra populacional de fumantes brasileiros nas cidades do Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre, encontrou que fumantes de status socioeconômico mais alto tinham mais propensão a parar de fumar com sucesso (CASADO *et al.*, 2019). Além disso, sabe-se que a tributação é um instrumento fundamental no controle do consumo de cigarros. No caso específico das mulheres, preços mais elevados e a promoção de maior igualdade com os homens também são importantes na prevenção do uso do tabaco (PAES, 2016).

Ao entender as questões de gênero envolvidas no fumar feminino, faz-se necessário pesquisar novas estratégias de prevenção e de abordagem terapêutica direcionadas às mulheres, levando-se em conta o grande contingente de mulheres jovens que estão em risco de começar a fumar, além das que já estão fumando (BORGES; BARBOSA, 2009).

Estudo realizado na Dinamarca que explorou as diferenças de gênero frente às intervenções de prevenção ao tabagismo, encontrou que as meninas foram mais positivas em relação ao tempo escolar sem fumo, tanto no que diz respeito às regras para os professores fumarem como para os alunos fumarem e também foram mais positivas em relação ao currículo antifumo, ou seja, de forma geral, as meninas reagiram melhor aos componentes da intervenção preventiva do tabagismo (LUND *et al*, 2021).

No contexto europeu, a prevalência de tabagismo foi semelhante em meninos e meninas: em todas as idades, 15% dos meninos e 13% das meninas relataram terem fumado cigarros e 7% dos meninos e meninas fumaram nos últimos 30 dias. Em países/regiões com diferenças significativas entre os gêneros, a prevalência do tabagismo foi ligeiramente maior entre os meninos do que entre as meninas de 11 e 13 anos. Foi maior entre as meninas na Bulgária, Itália e Reino Unido (País de Gales). A maior diferença de gênero entre os jovens de 15 anos foi encontrada na República da Moldávia para a vida inteira (19 pontos percentuais =19%) e na Armênia para o tabagismo atual (14 pontos percentuais =14%) (WHO, 2020).

Por outro lado, sobre o sentido atribuído ao tabagismo e a masculinidade, um estudo realizado com homens adolescentes heterossexuais tabagistas do Ensino Básico e Médio de Guadalajara, Jalisco, México, encontrou como resultado que o fumar reafirma a masculinidade entre pares homens através de espaços de socialização para serem aceitos no grupo e “serem homens” (HERNÁNDEZ; IZQUIERDO, 2020).

Sob outra perspectiva, um estudo que identificou fatores associados ao tabagismo em adultos jovens brasileiros de 18 a 24 anos, considerando a influência conjunta de fatores individuais e contextual avaliado por meio do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) através dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, encontrou aumento da prevalência de consumo de tabaco entre os jovens à medida que se aumenta o IDHM do estado ($p < 0,001$), indicando que residir em UF com melhores condições socioeconômicas, segundo o IDHM, está associado a maior probabilidade de o jovem fumar se comparados com aqueles que residem nos demais estados (MORAIS *et al*, 2022).

Em 2021, a prevalência de consumo de tabaco era mais de 1 em cada 9 (11,5%) dos adultos norte-americanos com 18 anos ou mais e foi associado a moradores de áreas rurais, nível de escolaridade mais baixa, divorciados/separados/viúvos, com baixos rendimentos, que se identificavam como lésbicas/gays/bissexuais, sem plano de saúde, sofrimento psicológico grave e com alguma deficiência (CORNELIUS *et al*, 2023).

Segundo Silva *et al.* (2022) o relacionamento entre tabagismo e raça configura-se com um dos tópicos mais inexplorados e menos discutidos no âmbito do controle do tabaco no Brasil, e se propôs a realizar uma análise qualitativa retrospectiva sobre os dados disponíveis acerca da relação entre raça/etnicidade e tabagismo no Brasil. Como resultados, a população afro-descendente tem maior risco de se tornar tabagista e de desenvolver doenças tabaco-relacionadas, seja pelo racismo estrutural ou por questões genéticas. Destaca-se como essa população se tornou “invisível” para pesquisadores e formuladores de políticas de controle do tabaco (SILVA *et al*, 2022).

Uma comparação realizada entre os resultados de três pesquisas realizadas pelo IBGE, entre 2008, 2013 e 2019 - The Global Tobacco Adult Survey, do ano de 2008, e a Pesquisa Nacional de Saúde do Brasil, dos anos de 2013 e 2019, observou que o tabagismo foi maior entre a população com baixo nível de escolaridade, status de renda mais baixo e raça/cor da pele preta e parda (MALTA *et al*, 2023).

Nos Estados Unidos, recomendações da Força-Tarefa de Equidade Racial da Pesquisa sobre Nicotina e Tabaco destacam a importância da pauta do racismo nas discussões acadêmicas sobre as consequências danosas e desiguais na sociedade norte-americana (PIPER, *et al.*, 2022). No contexto brasileiro, Ribeiro e Nascimento (2020) trouxeram uma reflexão sobre os acontecimentos contemporâneos no campo das políticas públicas brasileiras para o cuidado às pessoas que usam álcool e outras drogas no Brasil. Também destacam o racismo, a violência e a segregação como uma realidade de cuidado oferecido.

Uma revisão de literatura com ênfase na psicologia social explorou os conceitos de raça e racismo, relacionando-os ao perfil de saúde de indivíduos ou grupos submetidos à discriminação, ou preconceito racial. Destacou o papel do racismo como um elemento criador e mantenedor de estressores no âmbito das relações sociais e trouxe limitações fundamentais na vida dos indivíduos, o que impacta na experiência de estresse (FARO; PEREIRA, 2011).

No presente estudo, em relação à saúde mental, ter pelo menos um amigo próximo protegeu contra o consumo de tabaco em ambas as dependências administrativas das escolas.

Por outro lado, a autoavaliação negativa teve resultados opostos: foi proteção nas escolas públicas e aumentou a chance de consumo nas privadas, assim como a tentativa de perder peso.

Além disso, ao encontro da literatura publicada sobre o assunto, os adolescentes mais velhos neste estudo apresentaram maior chance de consumir tabaco, com exceção dos maiores de 18 anos nas escolas privadas (KUGBEY, 2023; REYES *et al.*, 2020). Outrossim, o consumo de álcool, substâncias ilícitas, atividade sexual e falta escolar sem permissão dos responsáveis foram associados a maior chance de consumo de cigarro.

Nesse sentido, Costa *et al.* (2019) apontam maior frequência de iniciação sexual em idades precoces entre meninos, entre os estudantes de famílias com menor nível socioeconômico, entre os que vivenciam violências nos relacionamentos afetivo-sexuais e entre os que assumem comportamentos de risco à saúde. Ressaltam o acúmulo de situações de risco, que implica em impedimento ao pleno desenvolvimento de adolescentes e jovens. Nesse sentido, é importante dar destaque à prevalência da simultaneidade de comportamentos de risco, ressaltando a relação álcool e tabaco apontada pelos dados nacionais da PeNSE (2015) (ROCHA; VELASQUEZ-MELENDZ, 2019).

Dados do Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes (ERICA), referente ao município do Recife, indicam que o consumo de bebida alcoólica foi de 18,7%, enquanto o tabagismo foi de 3,8%. Esses fatores configuraram-se como os principais domínios responsáveis por um estilo de vida não saudável (BEZERRA *et al.* 2021), coincidindo com os resultados do presente estudo, sobre a relação entre os comportamentos de risco diversos.

Uma análise dos principais problemas e desafios para a implementação de políticas públicas voltadas para a adolescência brasileira, a partir de uma revisão narrativa dos resultados das três edições da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), revela que o tabagismo permanece estável com relação ao cigarro, mas houve um aumento de 18% no uso de outros produtos do tabaco. Além disso, a supervisão familiar mostrou-se protetora contra o uso de tabaco, álcool e drogas. Por outro lado, todos os indicadores de violência apresentaram aumento (REIS; MALTA; FURTADO, 2018).

Um estudo realizado no Rio Grande do Sul, em Lajeado e Sapiranga, analisou a relação entre as condições de promoção de saúde nas escolas e o consumo de álcool e outras drogas e encontrou, na análise bruta, que apenas o uso de tabaco esteve associado às escolas menos promotoras quando comparado as com melhores condições; porém, essa associação perdeu significância estatística na análise ajustada interpretando que o ambiente escolar relacionado ao

uso de drogas, especialmente tabaco e álcool, manifesta-se, principalmente, pelas condições individuais e familiares dos adolescentes (PAZ *et al*, 2018).

Outro resultado importante do presente estudo refere-se ao contexto do relacionamento com os pares. Houve maior chance de consumo de cigarro relacionado a ter sofrido ou praticado *bullying*, além dos amigos fazerem uso de álcool e substâncias ilícitas, com exceção dessas últimas no caso das escolas privadas. No caso do contexto familiar, os responsáveis beberem foi associado a maior chance de consumo de tabaco pelos adolescentes. Os resultados relacionados ao contexto da violência no ambiente do entorno escolar e ter sofrido algum tipo de violência não foram conclusivos neste estudo.

Ressalta-se a necessidade de aumentar as ações direcionadas aos jovens e à família, pois ambos interferem significativamente na iniciação ao fumo (SOUZA; MATTOS, 2012). Para o desenvolvimento de programas eficazes de prevenção do tabagismo e melhor capacitação dos profissionais é necessário conhecer a motivação desses jovens em face do tabaco, suas crenças, as influências que se associam à dependência nicotínica e à análise do gênero. Considerando que a influência social desempenha um papel significativo na adolescência, concluiu-se que é essencial envolver os jovens em campanhas de combate ao tabagismo. Essas campanhas devem proporcionar espaços nos quais os adolescentes possam servir como modelos adequados uns para os outros e estimular a avaliação dos riscos associados ao cigarro, incentivando-os a atuar como multiplicadores) (OLIVEIRA; GORAYEB, 2012).

As percepções de um adolescente sobre as atitudes e o comportamento de fumar de seus familiares e amigos (JESUS *et al*, 2020; REYES *et al*, 2020) podem influenciar seu próprio comportamento em relação ao tabagismo. Existem duas fontes amplas dessa influência social: a observação direta do comportamento e a assimilação de atitudes. Em estudo realizado na Irlanda do norte com adolescentes, foram identificadas três variáveis na predição da suscetibilidade ao início do tabagismo: a rebeldia do grupo de características pessoais e, no grupo de aprendizagem observacional, ser amigo de fumante e a frequência de estar no mesmo quarto ou carro com alguém fumando.

Um estudo realizado com estudantes entre 10 e 79 anos de escolas públicas de um município do interior do estado de Goiás, encontrou que a disfuncionalidade familiar foi associada ao maior consumo de tabaco (VARGAS *et al*, 2017). Tais fatores devem ser considerados nas práticas de promoção da saúde e prevenção de agravos no âmbito dos programas de controle do tabagismo e de saúde do escolar, com o objetivo de ampliar medidas

de controle no ambiente escolar, assim como implementar políticas públicas que contemplem a interligação entre famílias, comunidade e setor de saúde.

Sobre o contexto familiar, é importante destacar que é provável que o fortalecimento da legislação antitabaco no Brasil esteve associado a uma redução no tabagismo passivo em casa, o que, portanto, pode reduzir a carga de morbimortalidade e de custos para a sociedade, relacionados ao tabagismo (SKZLO *et al*, 2022).

Na temática da violência, dados de PeNSE de 2015 sobre agressão familiar associaram esta a diversos fatores. Entre eles estão ser do sexo feminino, pertencer à raça preta, amarela ou parda, ter mães sem nível superior de escolaridade, ser adolescente que trabalha, enfrentar falta de compreensão por parte dos pais e sofrer intromissão na privacidade. Além disso, foram identificados relatos de faltas às aulas, envolvimento com tabagismo, consumo de álcool, experiência com drogas, início precoce de relações sexuais, solidão, insônia e situações de bullying (MALTA *et al*, 2019).

Sobre o ambiente na escola, segundo dados também da PeNSE sobre os adolescentes brasileiros, o uso de tabaco mostrou estar associado à existência de violência no entorno da escola, sendo mais frequente entre alunos cujas escolas relataram que alunos e professores fumavam no ambiente escolar (BOING; BOING; SUBRAMANIAN, 2019).

A promoção da saúde e a prevenção de riscos se apresentam como uma das possibilidades de incorporar a temática nas discussões com adolescentes sobre o consumo do tabaco. Apesar da vulnerabilidade dos adolescentes a diversos riscos, o ambiente escolar desempenha um papel essencial no tratamento dessas questões, oferecendo várias possibilidades de intervenção com essa população. A prevenção é a melhor maneira de lidar com o fenômeno das drogas. Quando estamos alertas e conscientes sobre os riscos associados ao uso de substâncias, temos uma base sólida para tomar decisões mais saudáveis no futuro (LOPES *et al*, 2012).

Cabe ressaltar que apesar do controle do tabaco no Brasil ter se iniciado a partir de estratégias do setor saúde e seu reconhecimento ser pautado, principalmente, pelo combate à morbimortalidade relacionada ao tabagismo, são fundamentais a manutenção da priorização do tema na agenda do setor saúde e a expansão de medidas legislativas, econômicas, regulatórias e educativas. A continuidade e a consolidação da política de controle do tabaco são dependentes de um marco institucional amplo que norteie a atuação do Estado na proteção social, cujas

diretrizes do SUS estabelecem que as necessidades sanitárias se sobreponham aos interesses econômicos (PORTES *et al*, 2018).

6.2.3 DROGAS ILÍCITAS

A experimentação de drogas ilícitas pela população estudada foi de 17,1%, maior que a média brasileira que foi de 13% e o consumo atual de 5,5%, próxima à média do Brasil, que foi de 5,4% (IBGE, 2021). Uma revisão narrativa dos resultados das três edições da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), encontrou aumento na experimentação das substâncias ilícitas pelos adolescentes brasileiros (REIS *et al*, 2018).

Destes, é importante destacar que 3,9% realizaram essa experimentação com 9 anos ou menos. Neste estudo, dos que consumiram drogas ilícitas, a maior prevalência relatada foi de consumo de maconha (37,10%) e 4,7% relataram terem consumido crack. A prevalência nacional encontrada pela PeNSE 2019 foi de 5,3% para o consumo de maconha e 0,6% para o de crack (IBGE, 2021).

No contexto também da América Latina, um estudo realizado na Província de Concepción do Chile, quase metade dos estudantes entre 15 e 17 declarou consumir maconha; além disso, percebem poucos danos sobre o seu uso (HENRIQUEZ; HAMILTON, 2019).

Dados internacionais do Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) indicaram que 13% de adolescentes de 15 anos já haviam usado maconha na vida. Entretanto, a prevalência do uso na vida de cannabis variou substancialmente entre os países/regiões, com variação de 0,6% no Azerbaijão a 24% na Bulgária para meninas, e 3% no Azerbaijão a 27% na Suíça para meninos. No caso do consumo atual, esses dados variaram de 0,3% no Azerbaijão a 16% na Bulgária para meninas, e de 1% no Azerbaijão a 19% na Bulgária, para meninos. O Azerbaijão e o Cazaquistão destacaram-se por apresentar níveis gerais mais baixos de uso de cannabis na vida (< 4%) e atual (< 2%) entre meninos e meninas. Por outro lado, a Bulgária se destacou pelos níveis mais altos de uso de cannabis ao longo da vida (24%) e atual (18%) (WHO, 2020).

Ao comparar-se a prevalência de consumo atual de drogas ilícitas nas escolas públicas e privadas, houve diferenças, com maior prevalência nas escolas públicas de 6,50% contra 3,30% nas privadas.

É necessário destacar e retomar o cenário do estudo no município do Rio de Janeiro, considerando suas características peculiares em relação à complexidade da dinâmica social urbana. Isso inclui questões como violência urbana, tráfico de drogas e desigualdades sociais, especialmente marcadas pelas divisões entre “favela” e “cidade”. O fácil acesso às drogas ilícitas nos cenários de venda de drogas expostos na localidade de moradia dos adolescentes pode aumentar a vulnerabilidade e a entrada no tráfico. Por outro lado, a falta de dinheiro dificulta a aquisição dessas substâncias. Esse contexto também contribui para a banalização do uso (BARBOSA *et al.*, 2022) e o quanto isso interfere na interpretação dos dados, que foram divididos em informações sobre os alunos de escolas públicas e privadas, apresentando resultados opostos em relação às variáveis estudadas.

Um estudo que identificou e analisou aspectos relacionados à vulnerabilidade de um grupo de adolescentes do ensino público para o uso abusivo e prejudicial de substâncias psicoativas, realizou uma pesquisa social de abordagem qualitativa onde foram realizados grupos focais, os quais foram efetivos para identificar os significados como as consequências da má distribuição de renda, que trazem consequências como precariedade e insegurança para inserção no trabalho. Da mesma forma, há fragilidade de relações sociais permeadas e subsidiadas pelo uso nocivo de substâncias psicotrópicas (PIRES; SOUZA; MEDEIROS, 2020). Estas substâncias alteram o comportamento e a cognição comprometendo o desempenho ocupacional. .

Um estudo qualitativo exploratório realizado em uma instituição para o cuidado de adolescentes do sexo feminino que faziam uso abusivo de drogas, localizada no interior de Minas Gerais, apontou que o uso de drogas compromete o desempenho ocupacional de adolescentes em todas as ocupações, com ênfase na execução de atividades típicas dessa faixa etária, como educação, lazer e atividades cotidianas (MENEZES; PEREIRA, 2019).

Assim, não há como discutir os dados deste estudo sobre o consumo de drogas ilícitas sem abordar o assunto relativo ao tráfico de drogas e sobre o envolvimento desses adolescentes nestes cenários. Tais situações são prejudiciais ao seu desenvolvimento e acarretam repercussões sociais materializadas a partir do estigma que recebem. Além disso, a dependência financeira está presente, seja para atividades de lazer, consumo próprio ou auxílio às famílias. Do ponto de vista psicológico, a manutenção do *status* social e a relação de dependência das drogas também são fatores relevantes (PESSOA; COIMBRA, 2020).

É necessário que haja uma reflexão sobre o uso das drogas numa perspectiva histórica e cultural, como uma maneira de ser e estar no mundo, além da tradicional relação causa e efeito. O uso das drogas frequentemente afeta os adolescentes (DAMEDA; BONAMIGO, 2018). Isso ocorre porque questões relacionadas à desigualdade social aumentam a vulnerabilidade desses jovens para o início do consumo de drogas. Esse uso, por sua vez, pode torná-los ainda mais vulneráveis, inclusive levando-os a entrar no tráfico, a fim de arcar com as despesas decorrentes do consumo (PESSOA; COIMBRA, 2020).

Entretanto, enquanto esses adolescentes são apenas usuários e reféns das consequências de contextos adversos, condições de pobreza e desestrutura, os mesmos são invisíveis para o Estado. Porém, ao entrarem para o tráfico de drogas, pela necessidade muitas vezes de ajudar a família, em um contexto de exploração do trabalho infantil, sem garantia dos direitos e pela ausência da proteção social, se tornam visíveis para o Estado e passam a cumprir medidas socioeducativas (ALBERTO *et al*, 2020; CHECA *et al*, 2018).

Outra perspectiva, refere-se à relação entre as violências e as drogas ilícitas, a situação brasileira que destaca-se pelas políticas de combate às drogas, estimulam a repressão e a violação de direitos sobre a liberdade de consumo, e acabam por criar uma ideia de periculosidade, tornando a proibição da droga uma forma de fomento ao próprio tráfico, agregando valor à mercadoria ilegal e ampliando o comércio, o que gera violências, sentimento de insegurança da população, falta de controle de qualidade do produto e efeitos decorrentes (DAMEDA; BONAMIGO, 2018).

Jovens envolvidos com o tráfico de drogas, como consequência do sistema político excludente e a guerra do tráfico de drogas no Brasil, têm sido destaque nas pesquisas dentro da psicologia devido ao significativo número de mortes relacionadas a esse fenômeno (MARTINS; ROSA; GUERRA, 2022). Além disso, segundo Dameda e Bonamido (2018), o uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas, o comércio proibido e outras ilegalidades relacionadas, especialmente no caso dos adolescentes envolvidos com o tráfico, contribuem para a construção da rede de vínculos diversa.

Outro perfil de população, diferente daquele das escolas estudadas, refere-se aos adolescentes em situação de acolhimento institucional do mesmo município do presente estudo. Uma pesquisa que analisou a exposição à violência e às experiências difíceis prévias encontrou uma grande incidência de experiências difíceis e abusos, bem como eventos violentos, exclusão social e assédio sexual (RAMOS *et al*, 2020).

Adolescentes entre 13 e 18 anos, custodiados na Unidade de Atendimento Inicial da Fundação CASA, foram caracterizados como uma amostra de adolescentes em conflito com a lei em relação ao consumo de substâncias e possíveis problemas associados. Os resultados revelaram que uma grande parte deles havia feito uso de maconha (84%) e álcool (54%). Além disso, mais da metade dos adolescentes pôde ser classificada como tendo uso abusivo ou provável dependência. Por outro lado, encontrou-se que um pouco menos da metade (48%) poderia ser considerada abstinência ou como tendo um padrão de uso experimental. De forma geral, muitos deles apresentaram problemas em diversas áreas da vida, o que sugere que esses problemas podem atuar como instigadores e contribuir para manutenção de comportamentos relacionados ao uso de substâncias e ao envolvimento de atividades criminosas (KOMATSU; BONO; BAZON, 2021).

Foram associados maiores riscos de consumo de drogas ilícitas em ambas as dependências administrativas a diversos fatores, incluindo: ter vida sexual ativa, faltar sem permissão dos responsáveis, consumir tabaco e álcool, tomar medicação para ganhar ou perder peso, ter amigos que consomem substâncias ilícitas e sentir insegurança no trajeto de casa para a escola. Por outro lado, como fatores de proteção em ambas as dependências, destacam-se: a ocorrência mais frequente de tiros ou tiroteios na localidade da escola e a percepção da autoimagem corporal como gordo ou muito gordo. Entretanto, nas outras variáveis, os dados foram controversos e opostos em relação à dependência administrativa da escola.

Inicialmente, é importante sinalizar destacar a complexidade e os desafios dos resultados encontrados, que, em muitos aspectos, são controversos, mas estão alinhados com a literatura publicada. A temática estudada é bastante ampla e abrangente, especialmente quando vista sob a perspectiva dos determinantes sociais da saúde. Essa abordagem revela diversas dimensões interligadas, como as estruturais, culturais, políticas, econômicas, familiares, individuais, entre outras. Portanto, não é viável adotar reflexões simplistas e reducionistas. Em vez disso, é fundamental discutir as perspectivas de como o fenômeno ocorre na população estudada e trazer um debate sobre as relações encontradas.

Sobre uma fase mais tardia da adolescência, um estudo realizado em São Luís, no Maranhão, com adolescentes pertencentes à coorte de nascimento 1997/1998 ou incluídos utilizando-se o banco do SINASC (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos), com idade entre 18 e 19 anos, mostrou que eles eram em grande maioria da classe econômica C (50,1%): 19,1% usaram ou estavam usando drogas ilícitas; 53,7% tinham qualidade de sono ruim; 40,8%

referiram dor de cabeça frequente; 34,3% declararam tempo de tela por dia maior que cinco horas e 4,1% apresentaram alto risco para suicídio. Os indicadores exaltaram elevadas taxas de consumo de drogas ilícitas, bem como elevadas prevalências de transtornos psiquiátricos e da qualidade ruim do sono (SIMÕES *et al*, 2020).

No contexto do continente africano, em oito países da África Subsaariana, o Inquérito Global de Saúde Escolar (2012–2017), realizado com adolescentes, encontrou uma prevalência de 2% para uso de maconha ao longo da vida, entre os anos de 2012 e 2017. Além disso, esse uso esteve relacionado a diversos fatores, como ansiedade, evasão escolar, tabagismo atual, uso de tabaco e tentativa de suicídio. Por outro lado, o conhecimento dos pais sobre a atividade, bem como a supervisão e o respeito à privacidade, foram considerados fatores de proteção (KUGBEY, 2023).

Um resultado interessante deste estudo está relacionado ao consumo de drogas ilícitas por alunos e sua conexão com a participação da escola no Programa Saúde na Escola (PSE). Verificou-se que escolas localizadas em territórios mais vulneráveis, com maior exposição à violência, pobreza e falta de acesso a serviços, apresentaram um aumento na chance de consumo. No entanto, quando a escola realizou ações em parceria com a Unidade Básica de Saúde (UBS), isso se mostrou protetor contra o consumo de substâncias.

No município do Rio de Janeiro, em uma escola de aplicação de uma universidade estadual, a maioria dos estudantes manifestou sentimentos positivos quanto à participação nas dinâmicas realizadas na escola e identificaram os diferentes tipos de drogas (perturbadoras, estimulantes e depressoras do sistema nervoso central), além de terem reconhecido efeitos do uso de álcool e cigarro no organismo. Este estudo mostrou o quanto os alunos foram receptivos às discussões sobre a temática e que, apesar da idade, têm informações sobre os tipos e efeitos das substâncias (LOPES *et al*, 2012).

Um estudo multicêntrico de corte transversal foi realizado em várias cidades, incluindo Belize, Brasil, Chile, Colômbia, República Dominicana, Jamaica, México, São Cristóvão e Nevis, e Trinidad e Tobago. O estudo envolveu escolares entre 15 e 17 anos e encontrou uma prevalência de uso de maconha de 15,8% nos últimos 30 dias. Além disso, constatou-se que os amigos mais próximos usam maconha (60%). Curiosamente, metade dos entrevistados (55%) afirmou que não usariam maconha, mesmo se ela estivesse legalmente disponível. A pesquisa também identificou que a percepção elevada de benefícios, a percepção de baixo risco e o uso de

maconha por parte de amigos estavam associados ao uso individual (CONCEIÇÃO *et al.*, 2019).

Entretanto, reconhecemos os desafios enfrentados pelos profissionais da Saúde e da Educação ao abordarem a temática do uso de drogas ilícitas. Existe uma construção desse fenômeno numa perspectiva histórico-social que se reflete na persistência de crenças e mitos sobre as drogas. Essas crenças estão estruturadas no moralismo e no medo, o que prejudica todo o potencial de abordagem desse assunto pelos adolescentes. É importante considerar as raízes do problema das mazelas sociais (BOARINI, 2018).

Segundo Conceição e Ventura (2019), pensar em prevenção focada exclusivamente nos efeitos prejudiciais das drogas não é eficaz. É necessária uma abordagem mais realista e com foco na promoção da saúde, que tem mais chance de obter resultados positivos (CONCEIÇÃO; VENTURA, 2019).

A prevalência encontrada no presente estudo e a associação entre os comportamentos de risco são bem conhecidas. Uma revisão sistemática com o objetivo de avaliar os efeitos das intervenções direcionadas aos múltiplos comportamentos de uso de substâncias por adolescentes encontrou evidências de qualidade baixa a moderada. Essas intervenções, tanto universais quanto direcionadas no nível escolar, não demonstraram um efeito benéfico significativo na prevenção do uso de substâncias e comportamentos de risco em adolescentes. A revisão aponta para a necessidade de ensaios de maior qualidade e relatórios de estudo que permitam obter evidências mais robustas (TINNER *et al.*, 2022).

Um estudo realizado em Lima do Norte, Peru, constatou que o consumo de maconha foi maior nas escolas públicas e entre usuários de tabaco (MORALES; TUSE-MEDINA; CARCAUSTO, 2019). Além disso, outra pesquisa, realizada com adolescentes de 12 anos de escolas públicas e privadas da área urbana de Diamantina, encontrou associação entre o consumo de álcool e o uso de maconha, mas não com os indicadores socioeconômicos (PAIVA *et al.*, 2018).

Em relação à violência, um estudo realizado em quatro capitais (Porto Alegre, Fortaleza, Vitória, Belém) e em seis cidades brasileiras (Serra, Vila Velha, Cariacica, Viana, Hidrolândia, Rio Grande), revelou que adolescentes que já experimentaram álcool ou drogas ilícitas apresentaram maior ocorrência de situações de violência, tanto no contexto familiar (de natureza física ou psicológica) quanto na comunidade (MOREIRA; PALUDO, 2022).

No caso específico do município de São Paulo, um estudo realizado em uma comunidade de baixa renda com adolescentes de 12 a 17 anos, que vivem com familiares com transtornos por uso de substâncias, identificou que os mesmos estão em risco para o desenvolvimento de problemas emocionais e comportamentais. Esses dados reforçam a necessidade de políticas públicas que incluam programas de proteção para adolescentes que vivem em famílias afetadas pelo uso de substâncias (VILELA *et al.*, 2020).

No contexto do nordeste brasileiro, em Salvador, Bahia, uma pesquisa teve o intuito de verificar a associação entre o coeficiente de homicídio doloso e fatores sociais. Observou-se que nos bairros com proporção de homens negros de 15 a 49 anos acima de 60%, o coeficiente de homicídio aumentou em 89% (para proporções entre 60% e 80%) e 87% (para proporções acima de 80%) comparado com bairros onde a proporção era menor que 60%. Além disso, em relação ao tráfico de drogas, houve aumento médio de 40% estatisticamente significativa nesse coeficiente nos bairros com 5 ou mais casos, em comparação com bairros com menos de 5 (PORTELLA *et al.*, 2019).

Na rede pública de Pernambuco, um estudo realizado em 2006 identificou que adolescentes que usavam drogas ilícitas apresentaram uma chance 2,12 vezes maior de sofrer violência física. Em 2011, este valor aumentou para 2,41. O risco de os adolescentes que consumiram bebida alcoólica ou usaram drogas ilícitas sofrerem violência física aumentou ao longo de cinco anos (QUEIROZ *et al.*, 2021).

No mesmo estado, em Recife, um estudo analisou a violência escolar sofrida e praticada e a sua associação com o uso de álcool e outras drogas entre adolescentes de 12 a 18 anos. Evidenciou uma alta prevalência de violência envolvendo adolescentes no contexto escolar, tanto na condição de vítima quanto na de agressor. Porém, a violência sofrida ou praticada não mostrou associação significativa ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, apesar da alta prevalência desse comportamento entre os adolescentes (BESERRA *et al.*, 2019).

Segundo Dameda e Bonamigo (2018), o consumo de drogas ilícitas possui consequências diversas na vida dos adolescentes e não ocorre devido a um único motivo. Ele surge como resultado do território onde esse sujeito está inserido, suas relações, vínculos afetivos e pelas condições necessárias para sua sobrevivência. Inclusive, um estudo sobre experiências vivenciadas por adolescentes em situação de acolhimento institucional revelou que a maioria deles tinha em suas trajetórias o uso de drogas e enfrentava elevadas magnitudes de

violência íntima entre os pais ou responsáveis em momentos anteriores ao acolhimento, sobretudo nas formas físicas e graves (RAMOS *et al.*, 2020).

Sob a perspectiva do pensamento sistêmico, um estudo realizado em Recife investigou a relação entre o consumo de substâncias e a dinâmica familiar. Os resultados indicaram que o consumo das mesmas estava relacionado a aspectos da desorganização no sistema familiar, especialmente à fragilidade nas ligações afetivas. Notavelmente, quando o adolescente não sente pertencimento ao núcleo familiar, isso está associado ao consumo de drogas ilícitas (SILVA *et al.*, 2021).

Resultados semelhantes foram encontrados em João Pessoa, Paraíba. O uso de drogas ilícitas por adolescentes relacionou-se de forma mais destacada às variáveis do contexto familiar e, de forma mais discreta, à atividade realizada no tempo livre (SILVA *et al.*, 2019). Em Cuiabá, Mato Grosso, o uso de drogas diversas foi associado a relacionamento insatisfatório entre os pais e estilo parental não autoritativo (FREITAS; SOUZA, 2020).

Segundo Guimarães *et al.* (2019), a família pode ser uma prevenção ao uso de drogas. Ela serve como referência para os adolescentes através do respaldo dado pelos seus conselhos para condução de suas atitudes e comportamentos. Por outro lado, caso algum dos membros da família use alguma droga, ocorre uma ruptura, e os adolescentes aprendem sobre os aspectos negativos causados pelo uso da droga, chegando a se afastar dela.

Outras relações também influenciam as vivências dos adolescentes, que são compartilhadas com diversos fatores sociais que repercutem em suas subjetividades. (GUIMARÃES *et al.*, 2019). O uso de drogas permeia a convivência em grupo e momentos prazerosos da vida desses adolescentes, que muitas vezes carecem de outras experiências semelhantes (DAMEDA; BONAMIGO, 2018).

Com base na observação, o adolescente reproduz comportamentos sociais e discursos da comunidade em que está inserido, considerados corretos. Assim, é necessário levar isso em consideração ao pensar-se em comportamentos de risco, como o uso de drogas. Para desenvolver intervenções nesse sentido, é fundamental considerar o espaço social de origem, de modo a envolver família e comunidade, com destaque para o do papel das escolas, onde o jovem permanece maior tempo (ALMEIDA; LANA, 2020).

Em áreas mais ricas, um estudo que explorou os motivos para usar ou abster-se do uso de drogas, encontrou que o motivo mais importante para o uso de substâncias parece ser o desejo de se sentir parte do meio social e ter alto status dentro do grupo de amigos. Por outro

lado, as motivações para não usar relacionavam-se a ambições acadêmicas, atividades que exigem sobriedade e influência dos pais (KVILLEMO *et al*, 2021).

CAPÍTULO 7

7 CONCLUSÃO

A tese teve como objetivo geral analisar o uso de substâncias psicoativas por adolescentes escolares do município do Rio de Janeiro, na perspectiva dos Determinantes Sociais da Saúde segundo o modelo de Solar e Irwin (OMS, 2011). Para isso, realizou-se a caracterização dos determinantes sociais do município do Rio de Janeiro e a comparação destes pela dependência administrativa das escolas (públicas e privadas). Os resultados mostraram a importância do tipo de escola como um marcador de desigualdades sociais nesse território. Assim como na realidade brasileira, o acesso à educação configura-se como um produto social desigualmente distribuído, influenciado por diversas categorias socioeconômicas. Essas desigualdades sociais reforçam os padrões e comprometem o desenvolvimento econômico e social do país.

Os resultados também evidenciaram que, apesar das Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens abordarem temas estruturantes, como a participação juvenil, equidade de gênero, direitos sexuais e reprodutivos, projeto de vida, cultura de paz, ética e cidadania, igualdade racial e étnica, bem como garantir os direitos dos adolescentes, independentemente de sexo, raça, cor, origem ou qualquer outra condição (BRASIL, 2010), a realidade dos adolescentes no Rio de Janeiro ainda é notavelmente marcada pela exclusão. Inegavelmente, essas pautas precisam estar cada vez mais fortalecidas na perspectiva dos determinantes sociais da saúde.

O município do Rio de Janeiro apresenta elevada prevalência de consumo de substâncias entre os adolescentes escolares, com destaque para a situação do álcool. O álcool é amplamente aceito pela sociedade brasileira e pouco problematizado por ser uma droga lícita, o que contribuiu para suas consequências desastrosas à saúde pública. Além disso, o uso de cigarros eletrônicos representa um perigo, pois parece ter chegado como um instrumento da indústria para burlar o sucesso das políticas públicas para o controle do tabagismo no país. Essas políticas conseguiram sucesso na diminuição da prevalência do tabaco, especialmente devido à mudança na aceitação social desse hábito. Os cigarros eletrônicos surgem nesse ínterim / contexto.

Todas as drogas estudadas apresentaram maior prevalência nas escolas públicas, o que evidencia como essas drogas estão marcadas pelas características referentes às desigualdades do município estudado. Isso ressalta a importância da discussão sobre classe social nessa temática.

Na análise bruta, o consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas confirmou a hipótese de que situações de violência urbana, violência interpessoal, insatisfação com a imagem corporal, saúde mental negativa, pretensão futura de fazer algo além de apenas estudar estavam relacionadas ao consumo dessas substâncias. No entanto, na análise ajustada, muitas dessas variáveis perderam a significância e passaram a funcionar de formas opostas de acordo com a dependência administrativa da escola. Essa complexidade reflete o fenômeno do consumo das substâncias psicoativas.

Os determinantes estruturais incluem o contexto socioeconômico e político, abrangendo todos os fatores que não podem ser mensurados em nível individual. Esses determinantes englobam questões estruturais, culturais e funcionais da sociedade, que impactam nos indivíduos e influenciam na estratificação social e, conseqüentemente, nas oportunidades de saúde das pessoas. É nesse contexto que geralmente se originam as causas cujos mecanismos sociais e políticos geram as hierarquias sociais.

Neste estudo, foi mensurado que o aluno estudar em escolas que participam e realizam ações em parceria com a Unidade Básica de Saúde, estratégias preconizadas pelas políticas públicas de saúde, com priorização das escolas públicas resultou em diferentes impactos em relação ao tipo de escola. No caso do álcool, essa participação foi um fator de proteção. Já no caso do tabaco, participar do Programa Saúde na Escola (PSE) e realizar ações com a UBS aumentou o risco de consumo de cigarro. Por último, no caso das drogas ilícitas, participar do PSE aumentou a chance de consumo, enquanto realizar ações diminuiu essa chance. Vale ressaltar que as áreas sob maior vulnerabilidade social são priorizadas para as ações do Programa Saúde na Escola, o que pode explicar resultados opostos no sentido de aumento de chance de consumo.

No tocante à posição socioeconômica, os determinantes estruturais da sociedade atuam através de mecanismos sociais, políticos e econômicos que geram grupos de condições socioeconômicas. Essas condições estabelecem vulnerabilidades e exposições distintas e dividem a população hierarquicamente com base em fatores como renda, raça/etnia, ocupação, gênero, educação, entre outros. Neste estudo, chamou atenção a maior chance de consumo de álcool e tabaco por adolescentes do sexo feminino e pelos não brancos, independentemente das dependências administrativas da escola. Isso ressalta a importância das políticas públicas considerarem as questões de gênero e raça no contexto do consumo das substâncias psicoativas.

Outro resultado importante, que foi unanimidade nas substâncias estudadas nas escolas públicas e privadas, refere-se à maior chance em casos de comportamento de risco, como consumo de outras substâncias, atividade sexual e falta às aulas sem permissão dos pais, além de maior chance de consumo entre os adolescentes mais velhos. Os dados relacionados à influência familiar foram pouco conclusivos numa análise geral, assim como os relacionados à violência urbana e interpessoal.

Os resultados mostrados fornecem mais conhecimento sobre os fatores associados ao uso de substâncias psicoativas por adolescentes escolares. Ao analisar os determinantes sociais da saúde relacionados a esse uso no município estudado, reforça-se a multidimensionalidade da problemática, cuja prevenção abrange diversos setores da sociedade. Essa abordagem poderá contribuir para sensibilizar os profissionais de saúde, especialmente ligados à atenção básica, assim como gestores e pesquisadores, sobre a necessidade de abordar o fenômeno de forma abrangente.

Os resultados deste estudo permitiram um diagnóstico situacional dos determinantes sociais do município do Rio de Janeiro, destacando as marcadas diferenças nas características destes determinantes entre os adolescentes de escolas públicas e privadas. Além disso, evidenciou-se a importante prevalência do consumo de substâncias psicoativas pelos escolares em ambas as escolas. No entanto, esses fatores associados variam conforme o tipo de escola.

Essas disparidades precisam ser consideradas sob uma perspectiva social, econômica e cultural. Sabe-se que escolas públicas e privadas normalmente experimentam diversos determinantes sociais em virtude de suas naturezas distintas, estruturas de financiamento e públicos-alvo. O perfil socioeconômico dos alunos em escolas públicas e privadas pode variar significativamente, refletindo as disparidades existentes na sociedade.

As escolas públicas, por dependerem principalmente de financiamento público, sofrem com a falta de financiamento adequado. Isso repercute em uma infraestrutura muitas vezes inadequada, escassez de recursos e menor qualidade do ensino, das instalações, dos materiais didáticos e equipamentos. Além disso, elas atendem a uma população mais diversificada, que inclui alunos com baixa renda. Rotineiramente, precisam lidar com questões sociais complexas, como falta de acesso a serviços de saúde adequados, moradia precária e nutrição inadequada.

O entendimento das diferenças entre as escolas públicas e privadas, conforme encontrado neste estudo, é fundamental para respaldar o desenvolvimento de políticas intersetoriais, com destaque para a educação e a saúde. Além disso, esses esforços visam reduzir

as iniquidades socioeconômicas na educação e garantir oportunidades educacionais justas para todos os adolescentes.

Quanto ao consumo das substâncias psicoativas e as diferenças encontradas nas diferentes dependências administrativas, essas diferenças podem estar relacionadas ao acesso a recursos e oportunidades, que podem influenciar suas experiências de vida e impactar as escolhas relacionadas ao consumo de substâncias. O nível socioeconômico da família pode afetar o acesso a serviços de saúde mental, atividades extracurriculares enriquecedoras e outras condições que impactam o bem-estar.

As pressões acadêmicas e sociais variam entre escolas públicas e privadas. Estudantes de escolas privadas enfrentam expectativas acadêmicas mais altas, enquanto estudantes de escolas públicas lidam com diferentes desafios sociais. Essas pressões podem influenciar as estratégias de enfrentamento, incluindo o possível recurso ao consumo de substâncias psicoativas.

As características dos ambientes escolares e a cultura institucional podem variar. Ambientes que promovem um forte senso de comunidade e apoio podem ajudar a mitigar alguns fatores de risco associados ao consumo de substâncias. Diferenças na qualidade da educação, apoio emocional e recursos podem contribuir para essas desigualdades. O acesso diferenciado a informações e programas educativos pode impactar a conscientização sobre os riscos associados ao consumo de substâncias, e também o estigma social envolvido com a temática, o que pode prejudicar o acesso ao tratamento. Além disso, a influência dos grupos de pares pode ser diferente em escolas públicas e privadas. A pressão dos colegas e a busca por aceitação social podem manifestar-se de maneiras distintas em diferentes contextos educacionais, afetando os comportamentos relacionados ao consumo de substâncias.

Ao analisar as desigualdades entre estudantes de escolas públicas e privadas em relação ao consumo de substâncias psicoativas, é essencial abordar não apenas os comportamentos individuais, mas também os fatores estruturais e contextuais que contribuem para essas diferenças. A compreensão desses aspectos é crucial para desenvolver estratégias de prevenção e intervenção mais eficazes e equitativas.

RECOMENDAÇÕES DO ESTUDO

A presente Tese de Doutorado tem como recomendações:

- 1) **Intervenções Educativas:** Recomenda-se a implementação de programas educativos abrangentes nas escolas do município do Rio de Janeiro, com foco na conscientização sobre os riscos associados ao consumo de substâncias psicoativas. É essencial colocar em prática as propostas do Programa Saúde na Escola, com ênfase no conceito crucial da promoção da saúde, para que essas propostas possam ser efetivas na prática;
- 2) **Apoio Psicossocial, Grupos de Apoio e Intervenções Coletivas integrados com a rotina escolar em articulação com a Atenção Básica e a Rede de Atenção Psicossocial:** Recomenda-se o suporte individual aos alunos, assim como a criação de grupos de apoio e intervenções coletivas que proporcionem um espaço seguro para os estudantes compartilharem experiências, desenvolverem habilidades sociais e receberem apoio mútuo, promovendo o fortalecimento emocional. O apoio psicossocial deveria ser integrado com a rotina escolar, através de sessões regulares de aconselhamento, atividades socioemocionais nas aulas e a promoção de um ambiente escolar que valorize a saúde mental e emocional. Estabelecer parcerias com os dispositivos da rede de atenção psicossocial do território, ampliaria a rede de suporte e facilitaria o encaminhamento para profissionais especializados quando necessário, garantindo uma abordagem abrangente e colaborativa. O apoio psicossocial deve ser implementado como parte de uma estratégia de identificação precoce, programas de triagem podem ser desenvolvidos para detectar sinais de angústia emocional ou problemas psicológicos entre os estudantes, possibilitando intervenções precoces.
- 3) **Educação permanente voltada para profissionais de educação e saúde:** Recomenda-se a implementação de programas de educação permanente voltados para profissionais de educação e saúde. Esses profissionais enfrentam desafios sociais complexos que acabam por limitar o escopo de suas atuações. A grande quantidade de demandas a serem resolvidas, aliada à formação deficiente, principalmente na temática da promoção da saúde mental e abordagem dos problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas, contribui para essa limitação. É importante destacar a **capacitação de professores** para que possam identificar precocemente sinais de consumo de substâncias psicoativas entre os estudantes.

- 4) **Envolvimento dos pais e responsáveis, bem como da comunidade no planejamento de intervenções:** Recomenda-se a construção de parcerias com a família e com a comunidade local para criar um ambiente mais saudável fora das escolas, o que poderia incluir a articulação com ONGs, líderes comunitários e órgãos governamentais para promover atividades recreativas, esportivas e culturais que envolvam os estudantes, familiares e a comunidade em geral.
- 5) **Políticas Públicas:** Recomenda-se que sejam mais abrangentes e eficazes para abordar os determinantes sociais do consumo de substâncias psicoativas, que envolva o desenvolvimento de regulamentações mais rigorosas, campanhas de conscientização em nível municipal e a alocação de recursos adequados para prevenção e tratamento, bem como aumentar o monitoramento e a avaliação para acompanhar a eficácia das intervenções propostas. Essa análise contínua permitirá ajustes conforme necessário e garantirá que os recursos sejam direcionados de maneira eficiente, e que considerem a relevância do impacto das desigualdades sociais, especialmente ao abordar o consumo de substâncias psicoativas entre escolares. É fundamental incluir estratégias específicas para as minorias étnicas, grupos marginalizados e comunidades de baixa renda. Isso pode ser alcançado por meio da promoção da inclusão, do entendimento das dinâmicas culturais e do desenvolvimento de ações que abordem as desigualdades estruturais presentes.
- 6) **Pesquisas futuras com abordagem qualitativa para compreensão mais aprofundada dos contextos sociais:** Recomenda-se a inclusão de uma abordagem qualitativa em pesquisas sobre o consumo de substâncias psicoativas por escolares, por ser crucial para enriquecer a compreensão do fenômeno. Entrevistas, grupos focais e observações participantes podem fornecer valiosos insights sobre as experiências pessoais, dinâmicas familiares e pressões sociais que não são capturadas apenas pelas abordagens estatísticas e epidemiológicas. A importância de explorar os fatores subjetivos por meio de métodos qualitativos é evidente. Enquanto o estudo estatístico pode revelar associações, as abordagens qualitativas permitem compreender as motivações individuais, percepções e experiências que moldam as escolhas dos estudantes em relação ao consumo de substâncias psicoativas.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A principal limitação deste estudo refere-se ao fato de que a PeNSE não é representativa de todos os adolescentes do município do Rio de Janeiro, apenas dos adolescentes frequentes nas escolas, o que é um aspecto importante a ser considerado já que o objeto do estudo - o consumo de substâncias psicoativas - está diretamente relacionado com a evasão escolar. Esses adolescentes dificilmente são abordados em pesquisas, apenas quando encontram-se inseridos em algum serviço de reabilitação, ou mesmo submetidos à medida socioeducativa, o que subestima a relevância da problemática na população adolescente estudada por não conseguir mensurar os casos de situação sob maior vulnerabilidade.

Além disso, outros aspectos metodológicos da PeNSE podem contribuir para subestimar a prevalência do consumo de substâncias psicoativas, bem como de outros problemas potencialmente relacionados a esse consumo. O viés de memória e informação é um desses aspectos. As informações são baseadas no relato dos estudantes no questionário autoaplicável. Embora tenha havido garantia de sigilo com os dados, o aspecto moral relacionado ao consumo de substâncias pode ter levado à supressão dessa informação.

As pesquisas epidemiológicas e estatísticas sobre determinantes sociais do consumo de substâncias psicoativas por escolares são valiosas. No entanto, estudos epidemiológicos muitas vezes identificam associações entre variáveis, mas estabelecer causalidade é desafiador, pois a relação entre determinantes sociais e consumo de substâncias pode ser complexa e influenciada por múltiplos fatores, tornando difícil inferir uma relação de causa e efeito.

Determinantes sociais, como desigualdade econômica, discriminação e acesso à oportunidades, são complexos e multifacetados. A mensuração precisa desses fatores pode ser difícil, e as análises estatísticas frequentemente simplificam demais a complexidade desses fenômenos. As análises estatísticas nem sempre capturam a complexidade dos determinantes sociais. Fatores contextuais específicos, como dinâmicas familiares, pressões sociais e eventos traumáticos, podem ser subestimados em análises estatísticas, prejudicando a compreensão completa do fenômeno.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ABREU, A. M. M. *et al.* Perfil do consumo de substâncias psicoativas e sua relação com as características sociodemográficas: uma contribuição para intervenção breve na atenção primária à saúde, Rio de Janeiro, Brasil. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 4, p. e1450015, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016001450015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/dzpNLQTdTyjdXfRYMhFWthf/abstract/?lang=pt#> Acesso em: mar. 2023.
- ALBERTO, M. F. P. *et al.* Trabalho infantil e ato infracional: análise histórico-cultural do desenvolvimento infantojuvenil. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 21, n.1, p. 127-142, 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v21n1/v21n1a10.pdf>. Acesso em: 26 out. 2023.
- ALMEIDA, C. S.; LANA, F. C. F. Relação entre espaço sociocultural e o consumo de substâncias psicoativas por adolescentes. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 41, p.e20190335, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190335>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/YmsKXhBxW9MtkrjgG5y7rgQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 nov. 2023.
- ANTUNES, J. T.; MACHADO, Í. E.; MALTA, D. C. Loneliness and associated factors among Brazilian adolescents: results of national adolescent school-based health survey 2015. **J Pediatra**, Rio Janeiro, v. 98, n. 1, p. 92-98, Jan./Feb. 2022. DOI: 10.1016/j.jped.2021.04.004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34043947/>. Acesso em: 25 nov. 2023.
- ARDILA, A. *et al.* The influence of the parents' educational level on the development of executive functions. **Development Neuropsychology**, Reino Unido, v. 28, n. 1, p. 539-560, 2005. DOI: https://doi.org/10.1207/s15326942dn2801_5. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15326942dn2801_5. Acesso em: 14 abr. 2023.
- BAMBRA, C. *et al.* The COVID-19 pandemic and health inequalities. **J Epidemiol Community Health**, Inglaterra, v. 74, p. 964-968, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214401>. Disponível em: <https://jech.bmj.com/content/74/11/964.info>. Acesso em: 20 nov. 2023.
- BARBOSA, A. L.; ANJOS, A. B. L.; AZONI, C. A. S. Impactos na aprendizagem de estudantes da educação básica durante o isolamento físico social pela pandemia do COVID-19. **CoDAS**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. e20200373, 2022. DOI: <http://doi.org/10.1590/2317-1782/20212020373>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/codas/a/dx3cPQjhMH4kWm4yB3yrtgp/?lang=pt#>. Acesso em: 14 abr. 2023.
- BARBOSA, R. B. *et al.* Direito da favela e política de exceção em territórios favelados. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 73, n. 2, p. 21-36, 2022. DOI: <https://doi.org/10.36482/1809-5267.ARBP2021v73i2p.21-36>. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/abp/article/view/53138/29041>. Acesso em: 15 abr. 2023.

BARROS, M. B. A. *et al.* Associação entre comportamentos de saúde e depressão: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019. **Rev. Bras. Epidemiol**, São Paulo, v. 24, n. supl.2, p. e210010, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210010.supl.2>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/yrkB9XVY43xdXVMRRb786bd/?lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2023.

BASTOS, F. I. P. M. *et al.* (Org.). **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas na população brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017. 528 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>. Acesso em: 15 abr. 2023.

BELZUNEGUI-ERASO, A. *et al.* Substance Use among Spanish Adolescents: The Information Paradox. **Int J Environ Res Public Health**, Suíça, v. 17, n. 2, p. 627, Jan. 2020. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17020627>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31963717/>. Acesso em: 20 abr. 2023.

BERNARDO, J. F. *et al.* Mapeamento de pesquisadores precursores da área de prevenção de drogas em contextos educacionais no Brasil. **Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 172-188, abr./jun. 2018. DOI: 10.29397/reciis.v12i2.1515. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1515>. Acesso em: 15 nov. 2023.

BESERRA, M. A. *et al.* Prevalence of school violence and use of alcohol and other drugs in adolescents. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, p. e3110, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2124.3110>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2124.3110>. Acesso em: 28 dez. 2023.

BEZERRA, M. K. A. *et al.* Estilo de vida de adolescentes estudantes de escolas públicas e privadas em Recife: ERICA. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 221-232, jan. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.34622018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9p4r969whRrhSzvGGBmY3Rc/?lang=pt>. Acesso em: 28 dez. 2023.

BOARINI, Maria Lúcia. Drogas na Adolescência: desafios à saúde e à educação. **Psicol. pesq.**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 57-67, jul. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.24879/2018001200200175>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-1247201800020000. Acesso em: 28 dez. 2023.

BOING, A. C.; BOING, A. F.; SUBRAMANIAN, S. V. Association of violence in schools' vicinity and smoking in schools' premises with tobacco use among Brazilian adolescents. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 12, p. e00057919, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00057919>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/SVVBctXnZFLC5NYcfHRSf4m/?lang=en#>. Acesso em: 28 dez. 2023.

BOING, A. F.; SUBRAMANIAN, S. V.; BOING, A. C. How important is school environment in explaining individual variance of health behaviors? **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 53, p. 102, 2019. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053001568>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rsp/2019.v53/102/>. Acesso em: 29 dez. 2023.

BORGES, M. T. T.; BARBOSA, R. H. S. As marcas de gênero no fumar feminino: uma aproximação sociológica do tabagismo em mulheres. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1129–1139, ago. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/WNrL6kNSsbZ4mbx5mxn8hhd/?lang=pt>. Acesso em: 29 dez. 2023.

BOUSOÑO SERRANO M. *et al.* Predictive factors of alcohol consumption in adolescents: data from 1-year follow-up prospective study. **Adicciones**, Espanha, v. 31, n. 1, p. 52–63, jan. 2019. DOI: 10.20882/adicciones.998. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30059577/>. Acesso em: 28 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 jun. 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html. Acesso em: 20 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a **Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 20 abr. 2023.

BRASIL. Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 20 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 60 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0400_M.pdf. Acesso em: 20 dez. 2029.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no sus: tecendo redes para garantir direitos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 60 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf. Acesso em: 20 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 132 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf. Acesso em: 14 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas : Guia AD**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 100 p. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_estrategico_cuidado_pessoas_necessidades.pdf. Acesso em: 20 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégias. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 234 p. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica.pdf. Acesso em: 15 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 44 p. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescentes_jovens.pdf. Acesso em: 20 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde – APPMS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 26 p. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf. Acesso em: 20 jan. 2019.

BROOKS-RUSSELL, A. *et al.* Adolescent Marijuana Use, Marijuana-Related Perceptions, and Use of Other Substances Before and After Initiation of Retail Marijuana Sales in Colorado (2013-2015). **Prev Sci.**, Estados Unidos, v. 20, n. 2, p. 185-193, Feb. 2019. DOI: 10.1007/s11121-018-0933-2. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30043198/>. Acesso em: 28 dez. 2023.

BUJA, A. *et al.* Pathways connecting socioeconomic variables, substance abuse and gambling behaviour: a cross-sectional study on a sample of Italian high-school students. **BMJ Open**, Reino Unido, v. 9, n. 11, p. e031737, nov. 2019. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-031737. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31719086/>. Acesso em: 10 out. 2023.

BUSS, P. M. PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2023.

BUTLER, A. *et al.* Psychological correlates and binge drinking behaviours among Canadian youth: a cross-sectional analysis of the mental health pilot data from the COMPASS study. **BMJ Open**, Reino Unido, v. 9, n. 6, p. e028558, Jun. 2019. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028558>. Disponível em:

<https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/9/6/e028558.full.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2023.

CALASSA, G. D. B.; PENSO, M. A. Articulando a visão sistêmica com os conceitos da política atual para álcool e outras drogas. **Nova Perspectiva Sistêmica**, Rio de Janeiro, v. 25, n.54, p.45-57, abr. 2016.

CAMBRON, C. *et al.* Neighborhood Structural Factors and Proximal Risk for Youth Substance Use. **Prev Sci**, Estados Unidos, v. 21, n. 4, p. 508–518, mai. 2020. DOI: 10.1007/s11121-019-01072-8. Disponível em:

<https://link.springer.com/article/10.1007/s11121-019-01072-8>. Acesso em: 15 ago. 2023.

CANDIDO, B. P. *et al.* O quesito raça/cor no processo de cuidado em centro de atenção psicossocial infantojuvenil. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 56, e20210363, 2022. DOI:<https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2021-0363>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/tZNb9qvhcpxFWys4vHH33D/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 mar 2023.

CAPRARA, B. M. Condição de Classe e Desempenho Educacional no Brasil. **Educ. Real**, Porto Alegre, v. 45, n. 4, p. e93008, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2175-623693008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/edreal/a/c4qm9jSDfC4CVZXqHBG8Fbg/?lang=pt>. Acesso em: 4 dez. 2022.

CASADO, L. *et al.* Factors associated with quit attempts and smoking cessation in Brazil: findings from the International Tobacco Control Brazil Survey. **Public Health**, Holanda, v. 174, p. 127-133, set. 2019. DOI: 10.1016/j.puhe.2019.06.004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31362178/>. Acesso em: 10 dez. 2022.

CAVALCANTE, T. M. *et al.* Conhecimento e uso de cigarros eletrônicos e percepção de risco no Brasil: resultados de um país com requisitos regulatórios rígidos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. suppl3, p. e00074416, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00074416>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VK7PxrCCSnWK5BNHLsPhhNf/?lang=pt>. Acesso em: 05 dez. 2022.

CHARRIER, L. *et al.* Forecasting Frequent Alcohol Use among Adolescents in HBSC Countries: A Bayesian Framework for Making Predictions. **Int J Environ Res Public Health**, [s. l.], v. 19, n. 5, p. 2737, fev. 2022. DOI: 10.3390/ijerph19052737. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35270429/>. Acesso em: 05 dez. 2022.

CHECA, M. E. P. *et al.* Desobediência, Alargamento da Punição e Segurança Pública: Jovens Usuários de Drogas em Conflito com a Lei. **Psicol., Ciênc. Prof.**, Brasília, v. 38, n. spe2, p. 252–264, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703000212842>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/N5Wk3VsKfhRRfwS8tQp473q/?lang=pt#>. Acesso em: 27 dez. 2019.

CLERCQ, B. *et al.* Social capital and adolescent smoking in schools and communities: a cross-classified multilevel analysis. **Soc Sci Med.**, Inglaterra, v. 119, p. 81-87, out. 2014. DOI: 10.1016/j.socscimed.2014.08.018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25150654>. Acesso em: 27 dez. 2019.

CNDSS. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS)**. Brasília: CNDSS, abr. 2008. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf. Acesso em: 10 abr. 2021.

CONCEIÇÃO, M. I. G.; VENTURA, C. A. Perception of risks and benefits associated with the use of cannabis among students in Brasilia, Brazil. **Texto contexto - enferm**, Florianópolis, v. 28, n. spe, p. e146, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-CICAD-14-6>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/LzWyn97R69HGWq8bnZM4krb/?lang=en>. Acesso em: 27 dez. 2019.

CONCEIÇÃO, M. I. G. *et al.* Perception of harm and benefits of cannabis use among adolescents from latin america and caribe. **Texto contexto – enferm**, Florianópolis, v. 28, n. spe, p. e1224, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-CICAD-12-24>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/YRfPmpJw43QbV8LhXtwzFnq/?lang=en#>. Acesso em: 27 dez. 2019.

CONEGUNDES, L. S. O. *et al.* Binge drinking and frequent or heavy drinking among adolescents: prevalence and associated factors. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 96, n. 2, p. 193–201, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2018.08.005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jped/a/3tg4H4mrgkNdwGJSvS8GHBG/?lang=en#>. Acesso em: 27 dez. 2019.

CORNELIUS, M. E. *et al.* Tobacco Product Use Among Adults - United States, 2021. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep**. [s. l.], v. 72, n. 18, p. 475-483, mai. 2023. DOI: 10.15585/mmwr.mm7218a1. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37141154/>. Acesso em: 20 nov. 2023.

COSTA, D. M.; MAGALHÃES, R. Realismo crítico e desigualdades sociais: considerações a partir de uma pesquisa avaliativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1779–1788, mai. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33352019>. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1101021>. Acesso em: 10 jan. 2022.

COSTA, M. I. F. *et al.* Social determinants of health and vulnerabilities to sexually transmitted infections in adolescents. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, n. 6, p. 1595–1601, nov./dez. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0726>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/nrp4vt6xycW5B95dFMwwHVJ/?lang=en#>. Acesso em: 10 abr. 2023.

COSTA, N. R.; FONSECA, E. M. O Índice de Capital Humano: um desafio para o Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3611-3614, set. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.32832018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7fVv7Gy6kd5W7YCXMLyWbcJ/?lang=pt#>. Acesso em: 10 mar. 2023.

COSTA, S. F. *et al.* Vulnerabilidades sociais e iniciação sexual entre 10 e 14 anos em estudantes do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 2763–2776, jul. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022277.20892021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/w4CHxXfMcNmhgMZy9G7SFLP/?lang=pt>. Acesso em: 23 abr. 2023.

COUTINHO, L. G. *et al.* Desamparo e laços sociais na escola: uma oficina com adolescentes da rede pública. **Cad. Psicanál. (CPRJ)**, Rio de Janeiro, v. 42 n. 43, p. 117-136, jul./dez. 2020. Disponível em: https://www.cprj.com.br/ojs_cprj/index.php/cprj/article/view/230/176. Acesso em: 14 abr. 2023.

CRUZ, J. F. *et al.* Association between cigarette use and adolescents' behavior. **Rev. Saude Publica**, São Paulo, v. 54, p. 31, 2020. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001534>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/P9c4Py6NPhy73zbM5jdWXYQ/?lang=en#>. Acesso em: 10 abr. 2023.

CSDH. Commission on social determinants of health. **Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health**. Geneva: World Health Organization, 2008. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563703>. Acesso em: 25 de mar. 2020.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe**. WHO, 2007. Disponível em: https://ideas.repec.org/p/hhs/ifswps/2007_014.html. Acesso em: 20 abr. 2021.

DAMEDA, C.; BONAMIGO, I. S. Adolescentes, infração e drogas: cartografando tessituras de redes sociotécnicas. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 3, p. 5-20, set. 2018. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672018000300002&lng=pt&nrm=iso. acessos em 28 dez. 2023.

DATA.RIO. Instituto Pereira Passos. **Informações sobre a cidade**. Rio de Janeiro, RJ, 2020. Disponível em: <https://www.data.rio/>. Acesso em: 14 abr. 2023.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários**. Alma-Ata, Brasília: URSS, 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 14 abr. 2023.

DEGENHARDT, L.; HALL, W. Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. **Lancet** [Internet], Chicago, v. 379, n. 9810, p. 55-70, jan. 2012. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61138-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61138-0). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)61138-0/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)61138-0/abstract). Acesso em: 27 dez. 2019.

EASTERBROOK, M. J. *et al.* 'People like me don't do well at school': The roles of identity compatibility and school context in explaining the socioeconomic attainment gap. **Br J Educ Psychol**. England, v. 92, n. 3, p. 1178-1195, set. 2022. DOI: 10.1111/bjep.12494. Disponível em: <https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/bjep.12494>. Acesso em: 10 abr. 2023.

EISENBERG, M. E. *et al.* Supportive Community Resources Are Associated with Lower Risk of Substance Use among Lesbian, Gay, Bisexual, and Questioning Adolescents in Minnesota. **J Youth Adolesc**, [s. l.], v. 49, n. 4, p. 836–848, abr. 2020. DOI: 10.1007/s10964-

019-01100-4. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7036329/>. Acesso em: 10 abr. 2023.

FARIA FILHO, E. A. *et al.* Perceptions of adolescent students about drugs. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 4, p. 457-463, jun. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680320i>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672015000300517&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 19 dez. 2019.

FARO, A.; PEREIRA, M. E. Raça, racismo e saúde: a desigualdade social da distribuição do estresse. **Estud. Psicol.**, Natal, v. 16, n. 3, p. 271-278, dez. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2011000300009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/tNVbv6Bxm9qrXSZdf4SMWxt/?lang=pt>. Acesso em: 15 dez. 2019.

FERREIRA, J.; TRAMONTANO, L.; KLEIN, A. P. Dilemas atuais da sociedade brasileira sob as lentes da antropologia: relato de experiência de uma disciplina do curso de graduação em saúde coletiva da UFRJ. **Saude soc.**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 25-37, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019190123>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/t599khPSXBfTndYBFzqjRG/?lang=pt>. Acesso em: 10 mar. 2023.

FCC. FUNDAÇÃO CARLOS CHAGAS. **Abandono escolar e a pandemia no Brasil: efeitos nas desigualdades escolares**. São Paulo, 2021. Disponível em: <https://www.fcc.org.br/fcc/educacao-pesquisa/abandono-escolar-e-a-pandemia-no-brasil-efeitos-nas-desigualdades-escolares/>. Acesso em: 08 jan. 2023.

FIGUEIREDO, A. M. *et al.* Social determinants of health and COVID-19 infection in Brazil: an analysis of the pandemic. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, n. Suppl 2, p. e20200673, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0673>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/H9BxWMp6bK9QNLkpPBqJhBw/?lang=en#>. Acesso em: 10 mar. 2023.

FLORES-MENDOZA, C. E. *et al.* Mothers-offspring resemblance in intelligence and its relationship to socioeconomic status. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 27, n. 66, p. 98-106, jan./apr. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-43272766201712>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/paideia/a/7wHJpJMHTy3RP4tgnFH9PDg/?lang=en>. Acesso em: 14 abr. 2023.

FLORES-MENDOZA, Carmen *et al.* Propriedades psicométricas do Raven Geral no contexto de Minas Gerais. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 2, p. 1-16, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672014000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 mar. 2023.

FREITAS, L. M. F.; SOUZA, D. P. O. Prevalência do uso de drogas e relações familiares entre adolescentes escolares de Cuiabá, Mato Grosso: estudo transversal, 2015. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 29, n. 1, p. e2019118, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/XMkXGW5V5ZDF5xnNhX6tMqQ/?lang=pt#>. Acesso em: 05 mar. 2023.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **PROADESS—Avaliação de Desempenho o Sistema de Saúde Brasileiro: Indicadores para Monitoramento (Relatório)**. Rio de Janeiro: ICICT, 2012. <https://www.proadess.icict.fiocruz.br>. Acesso em: 10 jan. 2023.

GALVÃO, S. S. *et al.* Saberes de adolescentes sobre saúde: implicações para o agir educativo. **Enferm Foco**, Brasília, v. 12, n. 1, p. 118-124, 2021. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2021/07/saberes-adolescentes-sobre-saude.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2023

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112 p. 63-76, jan./mar. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711206>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ymxpLJDTkd5vPh5QL9YGJzq/?lang=pt>. Acesso em: 10 abr. 2023.

GASPARETTO, A. S. *et al.* Contexts of vulnerabilities experienced by adolescents: challenges to public policies. **Rev. Bras Enferm.**, Brasília, v. 73, n. Suppl 4, p. e20190224, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0224>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/fZZnWX4ntMxSTwGBWfDnZJg/?lang=en#>. Acesso em: 14 abr. 2023.

GERRA, G. *et al.* Socioeconomic Status, Parental Education, School Connectedness and Individual Socio-Cultural Resources in Vulnerability for Drug Use among Students. **Int J Environ Res Public Health**, Suíça, v. 17, n. 4, p. 1306, fev. 2020. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17041306>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32085546/>. Acesso em: 20 abr. 2023.

GLANTZ, S. A. E-cigarettes used by adolescents to Try to quit smoking are associated with less quitting: A Cross-Sectional analysis of the National youth tobacco survey. **J Adolesc Health**, [s. l.], v. 72, p. 359-364, 2023. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2022.10.011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36476393/>. Acesso em: 20 dez. 2023.

GONÇALVES, H. *et al.* Experiências adversas na infância e consumo de álcool, fumo e drogas ilícitas entre adolescentes de uma coorte brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 10, out. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00085815>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001005009 Acesso em: 26 dez. 2019.

GUIMARÃES, A. N. *et al.* Adolescentes no convívio com usuários de drogas: vivências à luz do modelo bioecológico. **Rev Fun Care Online**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 40-46, jan./mar. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.40-46>. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6447>. Acesso em: 20 dez. 2019.

HAGEMAN, J.R.; ALCOCER ALKUREISHI, L.; MONTALTO, G. J. Protection of Children and Adolescents from Tobacco and Nicotine. **Pediatr Ann**, Estados Unidos, v. 52, n. 8, p. e277-e278, ago. 2023. DOI: 10.3928/19382359-20230711-01. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37561823/>. Acesso em: 05 dez. 2023.

HARRISON, K. M.; DEAN, H. D. Use of data systems to address social determinants of health: a need to do more. **Public health reports**, Washington, v. 126, n. 3 Suppl, p. 1-5,

2011. DOI: <https://doi.org/10.1177/00333549111260S301>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/00333549111260S301>. Acesso em: 15 dez. 2019.

HASANI, W. S. R. *et al.* Polysubstance use among adolescents in Malaysia: Findings from the National Health and Morbidity Survey 2017. **PLoS One**, Estados Unidos, v. 16, n. 1, p. e0245593, jan. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245593>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33476329/>. Acesso em: jul. 2020.

HEALY, S. *et al.* Belief patterns and drug use in a sample of Brazilian youth: an exploratory latent class analysis. **Rev Bras Psiquiatr**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 278–285, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2019-0706>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31994638/>. Acesso em: 20 abr. 2022.

HEINLY, A.; WALLEY, S. The nicotine and tobacco epidemic among adolescents: new products are addicting our youth. **Curr Opin Pediatr**, Estados Unidos, v. 35, n. 4, p. 513–521, ago. 2023. DOI: 10.1097/MOP.0000000000001271. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37335268/>. Acesso em: 23 dez. 2023.

HENRIQUEZ, P. C.; HAMILTON, H. Perception of harm and benefits of adolescents about the use of marijuana, province of conception, Chile. **Texto contexto - Enferm**, Florianópolis, v. 28, n. spe, p. e169, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-CICAD-16-9>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/NLsPnfQfWgpcYqDrzDKDMyh/?lang=en#>. Acesso em: 20 dez. 2023.

HOGARTH, L.; MARTIN, L.; SEEDAT, S. Relationship between childhood abuse and substance misuse problems is mediated by substance use coping motives, in school attending South African adolescents. **Drug Alcohol Depend**, Irlanda, v. 194, p. 69–74, jan. 2019. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2018.10.009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30412899/>. Acesso em: 20 dez. 2023.

HOLLIGAN, S. D. *et al.* Micro-level factors associated with alcohol use and binge drinking among youth in the COMPASS study (2012/13 to 2017/18). **Heal Promot chronic Dis Prev Can**, Canadá, v. 40, 3, p. 63–69, mar. 2020. DOI: <https://doi.org/10.24095%2Fhpcdp.40.3.01>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7093064/>. Acesso em: 20 dez. 2023.

HONE, T. *et al.* Primary healthcare expansion and mortality in Brazil's urban poor: A cohort analysis of 1.2 million adults. **PLoS Med**, Califórnia, v. 17, n. 10, p. e1003357, out. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003357>. <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1003357>. Acesso em: 25 abr. 2023.

HONE T. *et al.* Racial and socioeconomic disparities in multimorbidity and associated healthcare utilisation and outcomes in Brazil: a cross-sectional analysis of three million individuals. **BMC Public Health**, Inglaterra, v. 21, n. 1, p. 1287, jul. 2021. DOI: 10.1186/s12889-021-11328-0. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34210313/>. Acesso em: 14 abr. 2023.

HORTA, C. L. *et al.* Bullying e uso de substâncias psicoativas na adolescência: uma revisão sistemática. **Ciênc. saúde colet**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 123-140, jan. 2018. DOI:

<https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.20932015>. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000100123 Acesso em: 26 dez. 2019.

HORTA, R. L. *et al.* Health promotion in school environment in Brazil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 0, p. 1-12, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006709>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rsp/a/9wNcrJR3jRgGfKGGrxQGGSP/?lang=en>. Acesso em: 14 abr. 2023.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **PeNSE - Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2019**. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2021. 162 p. Disponível em:
<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9134-pesquisa-nacional-de-saude-do-escolar.html>. Acesso em: 14 abr. 2023.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. 138p. Disponível em:
<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv43063.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2019

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2012**. Rio de Janeiro, 2013. 256p. Disponível em:
<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv64436.pdf> Acesso em: 15 ago. 2019.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015**. Rio de Janeiro, 2016. 131p. Disponível em:
<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2019.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010: aglomerados subnormais – informações territoriais**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em:
http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/552/cd_2010_agrn_if.pdf/. Acesso em: 10 dez. 2015.

JESUS, M. C. P. *et al.* Fatores associados à experimentação do tabaco entre escolares adolescentes. **Rev. enferm. UFPE on line**, Pernambuco, v. 14, e244043, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.244043>.
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/244043/35157>. Acesso em: 20 abr. 2023.

JO, INCHLEY *et al.* **Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being**. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2016. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/303438/HSBC-No.7-Growing-up-unequal-Full-Report.pdf. Acesso em: 09 jan. 2020

JORGE, K. O. *et al.* Influência do grupo de pares e uso de drogas ilícitas entre adolescentes brasileiros: um estudo transversal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. e00144316. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00144316>. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2018000305006&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22 dez. 2019.

KHAN, M. M. A. *et al.* Psychosocial and socio-environmental factors associated with adolescents' tobacco and other substance use in Bangladesh. **PLoS One**, Estados Unidos, v. 15, n. 11, p. e0242872, nov. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242872>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33232381/>. Acesso em: 23 dez. 2023.

KIM, S. *et al.* Sex Differences in the Association Between Cyberbullying Victimization and Mental Health, Substance Use, and Suicidal Ideation in Adolescents. **Can J Psychiatry**, Estados Unidos, v. 64, n. 2, p. 126–135, fev. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1177/0706743718777397>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29783849/>. Acesso em: 23 dez. 2023.

KIM, Y.; EVANS, B. E.; HAGQUIST, C. Towards explaining time trends in adolescents' alcohol use: a multilevel analysis of Swedish data from 1988 to 2011. **Eur J Public Health**, Inglaterra, v. 29, n. 4, p. 729–735, ago, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz023>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30859200/>. Acesso em: 04 dez. 2022.

KOMATSU, A. V.; BONO, E. L.; BAZON, M. R. Padrões de Uso de Drogas e Problemas Associados em Adolescentes Judicializados. **Psico-USF**, Campinas, v. 26, n. 2, p. 229–240, abr./jun. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-82712021260203>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psuf/a/4gfN4Y8YftYy3mytXtfcR4D/?lang=pt>. Acesso em: 04 dez. 2022.

KROEFF, C. R. *et al.* Intelligence and Socioeconomic Context on Childhood: Comparisons by Place of Residence and School Type. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 30, p. e3028, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-4327e3028>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/paideia/a/jZKG9Ykqj367kkvrSsFs33r/?lang=en#>. Acesso em: 4 dez. 2022

KRZANOWSKI, W. J. **An Introduction to Statistical Modelling**. Estados Unidos: Wiley, Jun. 2010. 272 p. Disponível em: <https://www.wiley.com/en-us/An+Introduction+to+Statistical+Modelling-p-9780470711019> . Acesso em: 20 dez. 2019.

KUGBEY, N. Prevalence and correlates of substance use among school-going adolescents (11-18years) in eight Sub-Saharan Africa countries. **Subst Abuse Treat Prev Policy**, Inglaterra, v. 18, n. 1, p. 44, jul. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13011-023-00542-1>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37420290/>. Acesso em: 23 dez. 2023.

KVILLEMO, P. *et al.* How to prevent alcohol and illicit drug use among students in affluent areas: a qualitative study on motivation and attitudes towards prevention. **Subst Abuse Treat Prev Policy**, Inglaterra, v. 16, n. 1, p. 83, nov. 2021. DOI: [10.1186/s13011-021-00420-8](https://doi.org/10.1186/s13011-021-00420-8). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34743737/>. Acesso em: 20 abr. 2023.

LALONDE M. **A new perspective on the health of Canadians: A working document**. Ottawa: Government of Canada, 1974. 77 p. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/A_new_perspective_on_the_health_of_canadians__a_working_document/59. Acesso em: 20 abr. 2023.

LOPES, G. T. *et al.* Dinâmicas de criatividade e sensibilidade na abordagem de álcool e fumo com adolescentes. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 33–38, jan./mar. 2012.

Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/3972>. Acesso em: 17 fev. 2024.

LOWRY, R.; JOHNS, M. M.; ROBIN, L. E. Violence Victimization, Substance Use Disparities, and Gender-Nonconforming Youth. **Am J Prev Med**, Holanda, v. 58, n. 5, p. e159–169, mai. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.12.021>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32147370/>. Acesso em: 10 abr. 2023.

LUCAS, E. A. J. C. F. *et al.* Os significados das práticas de promoção da saúde na infância: estudo do cotidiano escolar pelo desenho. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 4193-4204, set. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.21882020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/WfYbK6BPWmQb5jrRDyTrGqS/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 23 abr. 2023.

LUND, L. *et al.* Gender differences in attitudes towards a school-based smoking prevention intervention. **Scand J Public Health**, Suécia, v. 49, n. 5, p. 511-518, jul. 2021. DOI: [10.1177/1403494820953325](https://doi.org/10.1177/1403494820953325). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32883175/>. Acesso em: 23 abr. 2023.

LYNGDOH, M. *et al.* Sleep pattern, aggressive behavior and substance use among school students of Manipur: A cross-sectional study. **Indian J Public Health**, Índia, v. 63, n. 3, p. 239–242, jul./set. 2019. DOI: https://doi.org/10.4103/ijph.ijph_334_18. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31552855/>. Acesso em: 10 dez. 2022.

MAGALHÃES, L. S. P. *et al.* O Fenômeno das drogas na perspectiva dos estudantes de enfermagem: perfil do consumo, atitudes e crenças. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. e20170205, 2018. DOI: [10.1590/2177-9465-EAN-2017-0205](https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0205). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/5TbxG83BHYRhJ8SRfmtP9Lb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 dez. 2019.

MAHMOOD, N. *et al.* Substance use among high school students in Erbil City, Iraq: prevalence and potential contributing factors. **East Mediterr Heal J**, Egito, v. 25, n. 11, p. 806–812, nov. 2019. DOI: <https://doi.org/10.26719/emhj.19.022>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31782517/>. Acesso em: 23 dez. 2023.

MALTA, D. C. *et al.* Consumo e exposição a bebidas alcoólicas entre adolescentes brasileiros: Evidências das Pesquisas Nacionais de Saúde do Escolar de 2015 e 2019. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 26, 2022a. DOI: [10.35699/2316-9389.2022.38495](https://doi.org/10.35699/2316-9389.2022.38495). Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/reme/article/view/38495>. Acesso em: 26 out. 2023.

MALTA, D. C. *et al.* Convergence in alcohol abuse in Brazilian capitals between genders, 2006 to 2019: what population surveys show. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 24, n. suppl 1, p. e210022, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210022.supl.1>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/XgjCGz4F4g7TQfYb6pQCptj/?lang=en#>. Acesso em: 14 abr. 2023.

MALTA, D. C. *et al.* Fatores associados aos episódios de agressão familiar entre adolescentes, resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1287-1298, abr. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.15552017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/59kKbnCcKWY98B5KxxNhjbB/?lang=pt>. Acesso em: 20 dez. 2019.

MALTA, D. C. *et al.* Fatores de risco e proteção para acidentes de transporte terrestre entre adolescentes brasileiros, pense 2015/2019. **REME Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 26, p. e1461, abr. 2022b. DOI: 10.35699/2316-9389.2022.38675. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v26/1415-2762-reme-26-e-1461.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2023.

MALTA, D. C. *et al.* Tabagismo no Brasil: Percepções dos Resultados de Pesquisas Domiciliares. **REME-Rev. Min Enferm**, Belo Horizonte, v. 27, p. e-1518, 2023. DOI: 10.35699/2316-9389.2023.40164. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/reme/article/view/40164>. Acesso em: 23 dez. 2023.

MALTA, F. S.; COSTA, E. M. Socio-Environmental Vulnerability Index: An Application to Rio de Janeiro-Brazil. **Int J Public Health**, Suíça, v. 66, p. 584308, mar. 2021. DOI: 10.3389/ijph.2021.584308. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34744556/>. Acesso em: 23 dez. 2023.

MARCHIONATTI, L. E.; CAYE, A.; KIELING, C. The mental health of children and young people living in big cities in a revolving postpandemic world. **Curr Opin Psychiatry**, v. 35, n. 3, p. 200-206, mai. 2022. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000769. Disponível em: https://journals.lww.com/co-psychiatry/Abstract/2022/05000/The_mental_health_of_children_and_young_people.11.aspx. Acesso em: 14 abr. 2023.

MARIM, T. D.; PARTELLI, A. N. M. Determinantes sociais em saúde na ótica de adolescentes: foto voz. **Rev enferm UFPE on line**, v. 13, p. e239114, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.239114>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/239114/32744>. Acesso em: 14 abr. 2023.

MARMOTA, M.; BELL, R. Social determinants and non-communicable diseases: time for integrated action. **BMJ**, Inglaterra, 364, p. 1251, jan. 2019. DOI: 10.1136/bmj.1251. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30692093/>. Acesso em: 28 nov. 2021.

MARTIN, G. *et al.* The neighbourhood social environment and alcohol use among urban and rural Scottish adolescents. **Int J Public Health.**, Suíça, v. 64, n. 1, p. 95–105, Jan. 2019. <https://doi.org/10.1007%2Fs00038-018-1181-8>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6353998/>. Acesso em: 28 nov. 2021.

MARTINS, A. L. B.; ZAMORA, M. H. R. N. Branquitude e Educação: Um Estudo com Professoras de Escolas Públicas. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 396-415, 2021. DOI: 10.12957/epp.2021.61048. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/61048/38476>. Acesso em: 20 jan. 2022.

MARTINS, A. S.; ROSA, M. D.; GUERRA, A. M. C. Encontro com a guerra no Brasil: entre psicanálise, Clausewitz e Foucault. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 33, e180197, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-6564e180197>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psusp/a/qMRHyZhzFnFgfnJQJ5S4CbL/?lang=pt>. Acesso em: 10 abr. 2023.

MARTINS, J. G. *et al.* Binge drinking, alcohol outlet density and associated factors: a multilevel analysis among adolescents in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. e00052119, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00052119>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/7kDPJwrmfJN4tcXB6pvJmJz/>. Acesso em: 15 abr. 2022.

MASSON, L. N. *et al.* A educação em saúde crítica como ferramenta para o empoderamento de adolescentes escolares frente às suas vulnerabilidades em saúde. **REME-Rev. Min Enferm**, Belo Horizonte, v. 24, n. 1, p. e-1294, 2020. DOI: 10.5935/1415-2762.20200023. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/reme/article/view/49955>. Acesso em: 20 jan. 2023.

MAXIMO, T. A. C. O. *et al.* Processos de identidade social e exclusão racial na infância da solidão. **Psicol. rev.**, Belo Horizonte, v. 18, n. 3, p. 507-526, dez. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.5752/P.1678-9563.2012v18n3p507>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682012000300011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 dez. 2022.

MEDRONHO, R. *et al.* **Epidemiologia**. 2.ed. São Paulo: 2009. 274 p.

MEGATSARI, H. *et al.* The influence of anti-smoking messages to Indonesian youth smoking behavior: the Indonesian 2019 Global Youth Tobacco Survey (GYTS). **BMC Public Health**, Inglaterra, v. 23, n. 1, p. 907, mai. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15830-5>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37202738/>. Acesso em: 23 dez. 2023.

MEHANOVIĆ, E. *et al.* Correlates of cannabis and other illicit drugs use among secondary school adolescents in Nigeria. **Drug Alcohol Depend.**, Irlanda, v. 206, p. 107457, jan, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.04.028>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31786400/>. Acesso em: 20 dez. 2022.

MENDES, K. D.S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4), p. 758–764, dez. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 15 dez. 2019.

MENEZES, A. L. C.; PEREIRA, A. R. Desempenho ocupacional de adolescentes usuárias de drogas. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos (SP), v. 27, n. 4, p. 754–764, out./dez. 2019. DOI: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1885>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadbto/a/7F3spYMxnn8F5HSs4RtybXd/?lang=en#>. Acesso: 10 abr. 2022.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 77-92, jan./mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00077.pdf>. Acesso: 13 jan. 2019.

MINAYO, M. C. S.; MARIZ, R. S. A. Perfil dos autores de letalidade violenta no município do Rio de Janeiro, Brasil (2015). **Ciênc saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. suppl 3, p. 5023-5032, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.05752020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tLwKj5gdKJzmGN65x5y6wtK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 out. 2021.

MOKDAD, A. H. *et al.* Global burden of diseases, injuries, and risk factors for Young people's health during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **Lancet**, Inglaterra, v. 387, n. 10036, p. 2383-2401, jun. 2016. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)00648-6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27174305>. Acesso em: 22 nov. 2019.

MONTEIRO, M. G. A iniciativa SAFER da Organização Mundial da Saúde e os desafios no Brasil para a redução do consumo nocivo de bebidas alcoólicas. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 29, n. 1, p. e2020000, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100011>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/4pzpNPJ9ZkG9GRMCgP9mBSJ/?lang=pt>. Acesso em: 20 abr. 2023.

MONTES, K. S. *et al.* Alcohol, tobacco, and marijuana expectancies as predictors of substance use initiation in adolescence: A longitudinal examination. **Psychol Addict Behav**, Estados Unidos, v. 33, n. 1, p. 26–34, fev. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1037/adb0000422>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30407027/>. Acesso em: 20 abr. 2022.

MORAIS, É. A. H. *et al.* Fatores individuais e contextuais associados ao tabagismo em adultos jovens brasileiros. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 2349–2362, jun. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.20622021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Q4nfTrNXQnMJNXrbHqgZ5pj/#> Acesso em: 15 nov. 2023.

MORALES, J.; TUSE-MEDINA, R.; CARCAUSTO, W. Consumo de álcool y drogas ilícitas en adolescentes preuniversitarios. **Rev Cubana Med Gen Integr** [on line], Cuba, v. 35, n. 3, p. e878, set. 2019. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252019000300003&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 20 out. 2020.

MOREIRA, L. R.; PALUDO, S. S. A Violência Mora ao Lado? Violência Familiar e Comunitária entre Adolescentes. **Psic: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 38, p. e38314, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e38314.pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/7DrSLV4qzsbphg4mm6XdtYF/?lang=pt>. Acesso em: 20 abr. 2023.

MOSTER, C. M. Macroeconomics and health: Understanding the impact of a declining economy on health outcomes of children and young adults in South Africa. **SSM - Popul Health**, Inglaterra, v. 22, p. 101404, jun. 2023. DOI:

<https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2023.101404>. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37155486/>. Acesso em: 10 out. 2023.

MOTA, R. S. *et al.* Prevalence and factors associated with experience of intrafamilial violence by teenagers in school. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 71, n. 3, p. 1022-1029, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0546>. Disponível em:
http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n3/pt_0034-7167-reben-71-03-1022.pdf

MOURÁ, L. R. *et al.* Fatores associados aos comportamentos de risco à saúde entre adolescentes brasileiros: uma revisão integrativa. **Rev esc enferm USP**, São Paulo, v. 52, p. e03304, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017020403304>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/JvyjzY4B4b7f9P5TLyLpPFK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 abr. 2023.

NOBRE, C. S. *et al.* Fatores associados à violência interpessoal entre crianças de escolas públicas de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, dez. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182312.29222016>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/yJLDCdBGYj7LWbshWmwjtZG/?lang=pt>. Acesso em: 14 abr. 2023.

NUNES, E. D. O pensamento social em saúde na América Latina: revisitando Juan César Garcia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1752-1762, set. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00020613>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csp/a/DMSWyr3YKXLrZ5YPVjdRVtp/?lang=pt>. Acesso em: 23 dez. 2023.

NURUMAL, M. S. *et al.* Effectiveness of School-Based Smoking Prevention Education Program (SPEP) Among Nonsmoking Adolescents: A Quasi-Experimental Study. **J Sch Nurs.**, Estados Unidos, v. 37, n. 5, p. 333-342, out. 2021. DOI: [10.1177/1059840519871641](https://doi.org/10.1177/1059840519871641). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31455149/>. Acesso em: 20 dez. 2023.

OBADEJI, A. *et al.* Substance Use among Adolescent High School Students in Nigeria and Its Relationship with Psychosocial Factors. **J Res Health Sci.**, Irã, v. 20, n. 2, p. e00480, jun. 2020.

O'DWYER, G. *et al.* A crise financeira e a saúde: o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4555-4568, dez. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.23212019>. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001204555. Acesso em: 13 jan. 2019.

OLIVEIRA, B. L. C. A.; LUIZ, R. R. Densidade racial e a situação socioeconômica, demográfica e de saúde nas cidades brasileiras em 2000 e 2010. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 22, p. e190036, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190036>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/GFNwwnXFj7gRKbHHjLSL6fN/?lang=pt#>. Acesso em: 3 dez. 2022

OLIVEIRA, C. M.; GORAYEB, R. Diferenças de gênero e fatores motivacionais para início do tabagismo em adolescentes. **Saúde Transform. Soc.**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 49-54, jan. 2012. Disponível em

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-70852012000100008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 out. 2023.

OLIVEIRA, E.; LUIZ, O. C.; COUTO, M. T. Adolescents, poverty areas, violence, and public health: an intersectional perspective. **Rev Bras Enferm**, Rio de Janeiro, v. 75, n. suppl 2, p. e20190685, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0685>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/bKrWQ7stN9nwpFFvVQQSFqN/?lang=en#>. Acesso em: 14 abr. 2023.

OLIVEIRA, L. M. F. T. *et al.* Influência do tabagismo parental no consumo de álcool e drogas ilícitas entre adolescentes. **Einstein**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. eAO4377, 2019. DOI: http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2019ao4377. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-45082019000100203&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 14 abr. 2023.

OLIVEIRA, M. R.; MACHADO, J. S. A. O insustentável peso da autoimagem: (re)apresentações na sociedade do espetáculo. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 2663-2672, jul. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.08782021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JJ44yNWrlNvgVKknD3RPQkk/?lang=pt>. Acesso em: 14 dez. 2022

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Appendix: Draft action plan (2022–2030) to effectively implement the global strategy to reduce the harmful use of alcohol as a public health priority. In: Organização Mundial da Saúde. **Political declaration of the third high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of noncommunicable diseases**. Genebra: OMS; 2022. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB150/B150_7Add1-en.pdf. Acesso em: 20 abr. 2023.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Global sobre Álcool e Saúde 2018**. Genebra, Suíça: OMS, 2018. Disponível em: <https://cisa.org.br/pesquisa/dados-oficiais/artigo/item/71-relatorio-global-sobre-alcool-e-saude-2018>. Acesso em: 20 dez. 2020.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão**. Rio de Janeiro: OMS, 2011. Disponível em: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/10/Documento-Tecnico-da-Conferencia-vers%C3%A3o-final.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2023.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais: relatório final**. Organização Mundial da Saúde. Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Genebra, Suíça: OMS, 2010. 259 p. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-24495> Acesso em: 10 abr. 2021.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Álcool e adolescência**. OPAS, 2022. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56201/OPASNMHMH220013_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 14 abr. 2023.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **O álcool e os objetivos do desenvolvimento sustentável**. OPAS, 2022. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56420>. Acesso em: 04 jul. 2023.

OSUAFOR, G. N.; OKOLI, C. E.; CHIBUZOR, G. Exposure to alcohol advertising and alcohol consumption among children and early teenagers in South Africa. **BMC Res Notes**, v. 16, n. 1, p. 144, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13104-023-06364-5>. Disponível em: <https://bmresnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-023-06364-5>. Acesso em: 15 dez. 2023.

PAES, N. L. Fatores econômicos e diferenças de gênero na prevalência do tabagismo em adultos. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 53–61, 2016. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.00162015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/gxBYd3nF4HFDQxKGMQJg7qq/?lang=pt#>. Acesso em: 20 dez. 2019.

PAIVA, H. N. *et al.* Associação do uso de drogas lícitas e ilícitas, sexo e condição socioeconômica entre adolescentes de 12 anos de idade. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 153–159, abr./jun. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201800020048>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/Rp8ST3tCg6V48krQkwXCqsM/?lang=pt>. Acesso em: 14 abr. 2023.

PATTON, G. C. *et al.* Health of the world's adolescents: A synthesis of internationally comparable data. **Lancet**, Inglaterra, v. 379, n. 9826, p. 1665–1675, abr. 2012. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)60203-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)60203-7). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22538181/>. Acesso em: 20 dez. 2019.

PATTON, G. C. *et al.* Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. **Lancet**, Inglaterra, v. 387, n. 10036, p. 2423–2478, Jun. 2016. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00579-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00579-1). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27174304>. Acesso em: 14 abr. 2023.

PAZ, F. M. *et al.* School health promotion and use of drugs among students in Southern Brazil. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v. 52, p. 58, 2018. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000311>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/145985/139783>. Acesso em: 20 dez. 2019.

PEDRONI, C. *et al.* Alcohol consumption in early adolescence: Associations with sociodemographic and psychosocial factors according to gender. **PLoS One**. Estados Unidos, v. 16, n. 1, p. e0245597, jan. 2021. DOI: 10.1371/journal.pone.0245597. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7810307/>. Acesso em: 10 jan. 2022.

PENGPID, S.; PELTZER, K. Alcohol Use and Misuse Among School-Going Adolescents in Thailand: Results of a National Survey in 2015. **Int J Environ Res Public Health**, Suíça, v. 16, n. 11, p. 1898, mai. 2019. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph16111898>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31146363/>. Acesso em: 24 dez. 2020.

PENSO, M. A. *et al.* **Saude soc.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 542–553, abr./jun. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000200023>. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000200023 Acesso em: 19 dez. 2019.

PEREIRA, A. A. *et al.* Saberes de adolescentes sobre saúde: implicações para o agir educativo. **Enferm Foco**, Brasília, v. 12, n. 1, p. 118-124, 2021. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.3995>. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3995>. Acesso em: 10 abr. 2023.

PEREIRA, A. P. D.; SANCHEZ, Z. M. Características dos Programas escolares de Prevenção ao Uso de Drogas no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 3131-3142, ago. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020258.28632018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5J65NN3VVx6FLWgV9SrD6GL/?lang=pt>. Acesso em: 1 mar. 2022

PEREIRA, B. A. A. X.; AZEVEDO, R. C. S. Desafio na vida real: capacitação sobre uso de drogas e adolescência na atenção básica; **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 53, p. 54, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001125>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102019000100700&script=sci_arttext&tlng=pt. Acessado em: 28 dez. 2019.

PEREIRA, M. D. *et al.* Ações intersetoriais entre a saúde e a educação: apontamentos para o programa saúde na escola. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. e310224, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310224>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/jYjDHR69St4MY5q7GsdX9YG/?lang=pt>. Acesso em: 14 abr. 2023.

PÉREZ HERNÁNDEZ, E. A.; IZQUIERDO, G. M. Configuración de la masculinidad en varones adolescentes fumadores de tabaco. **Hacia promoc. Salud**, [s. l.], v. 25, n. 2, p. 154-167, p. jul. 01, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1121891> Acesso em: 12 nov. 2023.

PESSOA, A. S. G.; COIMBRA, R. M. Fatores de Risco no Contexto de Adolescentes Envolvidos no Tráfico de Drogas. **Estud. pesqui. psicol.** [online], Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 119-141, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/epp.2020.50793>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/50793>. Acesso em: 20 abr. 2022.

PETRUZELKA, B. *et al.* Interaction of Socioeconomic Status with Risky Internet Use, Gambling and Substance Use in Adolescents from a Structurally Disadvantaged Region in Central Europe. **Int J Environ Res Public Health**, Suíça, v. 17, n. 13, p. 4803, jul. 2020. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17134803>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32635320/>. Acesso em: 20 jul. 2020.

PIPER, M. E. *et al.* Addressing Racism: Recommendations from The Society for Research on Nicotine and Tobacco's Racial Equity Task Force. **Addiction**, Inglaterra, v. 117, n. 10, p. 2567-2570, out. 2022. DOI: 10.1111/add.15964. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35751445/>. Acesso em: dezembro de 2023

PIRES, L. M.; SOUZA, M. M.; MEDEIROS, M. Aspects of protection and social vulnerability of teenagers in public all-day schools. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, supl. 1, p. e20190211, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0211>. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000800172&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 28 dez. 2023.

PORTELLA, D. D. A. *et al.* Homicídios dolosos, tráfico de drogas e indicadores sociais em Salvador, Bahia, Brasil. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 631–639, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.32412016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/MFmGbmLFGjydkDHm74Vvgr/?lang=pt>. Acesso em: 20 abr. 2023.

PORTES, L. H. *et al.* A Política de Controle do Tabaco no Brasil: um balanço de 30 anos. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1837–1848, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05202018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/thdGV8XDySBSbKsHxSsfCLf/?lang=pt>. Acesso em: 15 dez. 2019.

PORTO, D. R. M. *et al.* Prevenção do tabagismo e o papel das escolas: um estudo de caso / Smoking prevention and the role of schools: a case study. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v. 4, n. 7, p. 4103–4127, nov. 2018. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv4n7-470>. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/470>. Acesso em: 15 dez. 2019.

QUEIROZ, D. R. *et al.* Consumo de álcool e drogas ilícitas e envolvimento de adolescentes em violência física em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 4, p. e00050820, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00050820>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Y3JSZ5YbMtbxjFFcNXZ5JJf/?lang=pt#>. Acesso em: 23 abr. 2023.

RAJÃO, S. D. M. *et al.* O capital social entre adolescentes escolares de um município brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 4061-4070, nov. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.14052017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7cFsxzN7qX9zMYd74VMXGLm/?lang=pt>. Acesso em: 4 dez. 2022

RAMOS, K. Á. A. *et al.* Sheltered adolescents' background of exposure to violence and distressful experiences. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, n. 4, p. e20180714, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0714>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/jBLf4kn9xjYTpYXnJvPMC9j/?lang=en#>. Acesso em: 4 dez. 2022.

RAUPP, L.; MILNITSKY-SAPIRO, C. Reflexões sobre concepções e práticas contemporâneas das políticas públicas para adolescentes: o caso da drogadição. **Saude soc.**, São Paulo, v. 14, n. 2, ago. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902005000200007>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902005000200007 Acesso em: 26 dez. 2019.

REIS, A. A. C.; MALTA, D. C.; FURTADO, L. A. C. Desafios para as políticas públicas voltadas à adolescência e juventude a partir da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar

(PeNSE). *Ciênc. saúde colet.*, v. 23, n. 9, p. 2879–2890, set. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.14432018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HmyLYzVpxpR8HyzxRScJzPR/?lang=pt>. Acesso em: 14 abr. 2023.

REYES, S. P. M. *et al.* Prevalence and potential factors associated with tobacco consumption in schooled adolescents. **Aquichan**, v. 20, n. 1, p. e2013, 2020. <https://doi.org/10.5294/aqui.2020.20.1.3>. Disponível em: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/11927>. Acesso em: 20 dez. 2023.

RIBEIRO, C. T.; NASCIMENTO, Z. A. Racismo, Violência e a Questão das Drogas No Brasil: Faces da Segregação. **Rev. Subj.**, Fortaleza, v. 20, n. spe2, p. 1-12, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.5020/23590777.rs.v20iesp2.e8975>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692020000500006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 dez. 2023.

RIBEIRO, M. G. Desigualdades urbanas e desigualdades sociais nas metrópoles brasileiras. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 18, n. 42, p. 198-230, mai./ago. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/15174522-018004207>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-45222016000200198&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22 dez. 2019.

RIOS, L. E.; FREIRE, M. C. M. Opinion of adolescent school smokers about smoking cessation counseling and treatment in health services: a cross-sectional study, Goiás, Brazil, 2018. **Epidemiol Serv Saude**, Distrito Federal, v. 29, n. 4, p. e2019604, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000400001>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32756831/>. Acesso em: 20 dez. 2023.

ROCHA, F. L.; VELASQUEZ-MELENDZ, G. Simultaneity and aggregation of risk factors for noncommunicable diseases among brazilian adolescents. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. e20180320, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0320> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/DLwMnZkWpj6PpHV3tPcN4FM/?lang=en#> Acesso em: 10 dez. 2023.

RODZLAN HASANI, W. S. *et al.* Polysubstance use among adolescents in Malaysia: Findings from the National Health and Morbidity Survey 2017. **PLoS One**, Estados Unidos, v. 16, n. 1, p. e0245593, jan. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245593>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33476329/>. Acesso em: 20 dez. 2019.

SANTIAGO, I. *et al.* Consumption of Alcohol and Drugs in the School Population of Sao Tome and Principe. **Acta Med Port.**, Portugal, v. 33, n. 4, p. 237–245, abr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.20344/amp.11876>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32238237/>. Acesso em: 15 dez. 2022.

SANTOS, A. A. G. *et al.* Sentidos atribuídos por profissionais à promoção da saúde do adolescente. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1275-1284, mai. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000500021>. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000500021 Acesso em: 26 dez. 2019.

SANTOS, E. O. *et al.* Determinantes sociais do uso de álcool na infância e adolescência em territórios rurais. **Saude soc.**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. e20088ipt, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022200881pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/7zGyQbNvS6nWmgsywKKyJ6b/?lang=pt#>. Acesso em: 23 abr. 2023.

SANTOS, J. A. F. Classe Social, território e desigualdade de saúde no Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 556–572, abr./jun. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170889>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/MgMGPP9P3ywMp4wTfv6fkSr/?lang=pt#>. Acesso em: 20 dez. 2019.

SANTOS, J. A. F. Desigualdades e Interações de Classe Social na Saúde no Brasil. **Dados rev. ciênc. sociais**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 1, p. e20180104, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/001152582020203>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dados/a/gmjWLch3KXGPWbNzspntXhy/?lang=pt#>. Acesso em: 15 dez. 2022.

SANTOS, L. C.; SILVA, C. A. F. da. Consequências da violência armada carioca para as aulas de educação física. **Movimento**, Rio Grande do Sul, v. 26, p. e26036, Jan./Dez. 2020. DOI: 10.22456/1982-8918.94407. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/Movimento/article/view/94407>. Acesso em: 14 abr. 2023.

SCHOBE, D. J. Examining the protective effects of social capital and social support on the perpetration of violence among a national sample of adolescents **Injury Prevention**, v. 28, n. 6, p. 533-538, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/injuryprev-2022-SAVIR.118>. Acesso em: 14 abr. 2023.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1 p. 29-41, abr. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/WNtwLvWQRFbscbzCywV9wGq/?lang=pt>. Acesso em: 20 dez. 2019.

SERRANO, M. B. *et al.* Predictive factors of alcohol consumption in adolescents: data from 1-year follow-up prospective study. **Adicciones**. Espanha, v. 31, n. 1, p. 52–63, jan. 2019. <https://doi.org/10.20882/adicciones.998>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30059577/>. Acesso em: 7 jul. 2020.

SIKORSKI, C.; LEATHERDALE, S.; COOKE, M. Tobacco, alcohol and marijuana use among Indigenous youth attending off-reserve schools in Canada: cross-sectional results from the Canadian Student Tobacco, Alcohol and Drugs Survey. **Heal Promot chronic Dis Prev Can**. Canadá, v. 39, n. 6–7, p. 207–215, jun. 2019. DOI: <https://doi.org/10.24095/hpcdp.39.6/7.01>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31210046/>. Acesso em: 10 abr. 2022.

SILVA, A. L. O. *et al.* As Cores do Tabagismo: Relação entre Raça e Consumo de Tabaco no Brasil. **Rev. Bras. Cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 1, p. e-151552, 2022. DOI:

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n1.1552>. Disponível em:
<https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1552>. Acesso em: 23 out. 2023.

SILVA, D. M. R. *et al.* Association between family dynamics and use of alcohol, tobacco, and other drugs by adolescents. **Rev. Bras. Enferm**, Rio de Janeiro, v. 74, n. 3, p. e20200829, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0829>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/reben/a/8gBfMWZTYpKP3JF8HNdRTrp/?lang=en#>. Acesso em: 14 abr. 2023.

SILVA, D. R. P. *et al.* Self-perceived social relationships are related to health risk behaviors and mental health in adolescents. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 5273-5280, out. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.15912019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KK7gNttjBNkgNZjn8btZgNv/?lang=en16>. Acesso em: 23 nov. 2021.

SILVA, M. A. I. *et al.* Vulnerabilidade na saúde do adolescente: questões contemporâneas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 619-627, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.22312012>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/9bFqbrkRMXTCrrwXGHYvfMp/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27 dez. 2019.

SILVA, M. C. G. *et al.* Necropolítica e vidas não passíveis de luto: a (re)produção midiática do inimigo. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 27, p. e49027, 2022. DOI: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v27i0.49027>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/pe/a/WzWMwnw7mzLNL3VtxZWMBMn/?lang=pt#>. Acesso em: 4 dez. 2022.

SILVA, M. J. C. *et al.* Uso de drogas em adolescentes participantes do projeto segundo tempo em João Pessoa-PB: importância do esporte e da família. **R. bras. Ci. e Mov**, [s. l.], v. 27, n. 3, p. 130-138, 2019. Disponível: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/09/1016123/uso-de-drogas-em-adolescentes-participantes-do-projeto-segundo_x8Rq4IS.pdf. Acesso em: 20 abr. 2021.

SIMÕES, V. M. F. *et al.* Saúde dos adolescentes da coorte de nascimentos de São Luís, Maranhão, Brasil, 1997/1998. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 7, p. e00164519, 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00164519>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csp/a/GZr9h3bDKmytNtHgJP3NjMz/?lang=pt>. Acesso em: 25 mai. 2022.

SIQUEIRA, J. M. *et al.* Violência armada e qualidade de vida: um estudo seccional na Estratégia Saúde da Família. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 29, p. 29:e58212, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2021.58212>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerej/article/view/58212/40397>. Acesso em: 14 abr. 2023.

SOARES, F. R. R. *et al.* Consumo de álcool e drogas e absenteísmo escolar em estudantes do ensino médio público. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, n. 6, nov./dez. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0828>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v72n6/pt_0034-7167-reben-72-06-1692.pdf. Acesso em: 23 dez. 2019.

SOLAR, O.; IRWIN, A. **A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on the Social Determinants of Health.** 2007. Disponível em: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/SDH_conceptual_framework_for_action.pdf. Acesso em: 20 dez. 2020.

SOLAR, O.; IRWIN, A. **A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice).** 2010. Disponível em: DOI: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/SDH_conceptual_framework_for_action.pdf. Acesso em: 20 ago. 2020.

SOUSA, M. C.; ESPERIDIÃO, M. A.; MEDINA, M. G. A intersectorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1781-1790, jun. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.24262016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nGRj8mdvzwZHvy6G76MrjFJ/?lang=pt>. Acesso em: 6 set. 2021

SOUZA, T. A.; MATTOS, F. F. Representação social de adultos sobre o tabagismo e suas implicações para a saúde: estudo realizado em comunidade rural - MG. **Arq. Odontol.**, Belo Horizonte, v. 48, n. 3, p. 159-165, jul./set. 2012. DOI: 10.7308/aodontol/2012.48.3.06. Disponível em: http://revodontobvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-09392012000300006. Acesso em: 20 dez. 2019.

SPERKOVA, K.; ANDERSON, P.; LLOPIS, E. J. Alcohol policy measures are an ignored catalyst for achievement of the sustainable development goals. **PLOS ONE**, Estados Unidos, v. 17, n. 5, p. e0267010, mai. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0267010>. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0267010>. Acesso em: 20 abr. 2023.

SUBRINHO, L. Q. *et al.* Cuidado ao consumidor de drogas: percepção de enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Saude soc.**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. Jul./Sep. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018180079>. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sausoc/2018.v27n3/834-844/pt/>. Acesso em: 22 dez. 2019.

SZKLO, A. S.; BERTONI, N. Lei, para que te quero? Dados comparativos da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) sobre acesso a cigarros por adolescentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. e00145722, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT145722>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/fGwprxmgBxYLtmNDsN3nHNt/?lang=pt#>. Acesso em: 15 dez. 2023.

SZKLO, A. S.; CAVALCANTE, T. M. Descumprimento da lei que proíbe a venda de cigarros para menores de idade no Brasil: uma verdade inconveniente. **J Bras Pneumol.**, Brasília, v. 44, n. 5, p. 398-404, 2018. DOI: <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37562017000000359>. Disponível em:

https://cdn.publisher.gn1.link/jornaldepneumologia.com.br/pdf/2018_44_5_15_portugues.pdf. Acesso em: 14 abr. 2023.

SZKLO, A. S. *et al.* Tobacco denormalization at home”: the contribution of the smoking ban in enclosed workplaces in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 38, n. suppl 1, p. e00107421, 2022. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00107421>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/mG5LvmwBQFmQK7JvydVnCLj/?lang=en>. Acesso em: 21 jul. 2023.

TEIXIDÓ-COMPAÑÓ, E. *et al.* Individual and contextual factors related to binge drinking among adolescents in Spain: a multilevel approach. **Adicciones**, Espanha, v. 31, n. 1, p. 41–51, jan. 2019. DOI: <https://doi.org/10.20882/adicciones.975>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29353297/>. Acesso em: 15 mar. 2023.

TERRIBELE, F. B. P.; MUNHOZ, T. N. Violência contra escolares no Brasil: Pesquisa Nacional da Saúde do Escolar (PeNSE, 2015). **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 241-254, jan. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.32272018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9hvvz8xtthsDZsrXHDvR5Xyfyj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 abr. 2023.

TERRY-MCEL RATH, Y. M.; PATRICK, M. E. U.S. adolescent alcohol use by race/ethnicity: Consumption and perceived need to reduce/stop use. **J Ethn Subst Abuse**, Inglaterra, v. 19, n. 1, p. 3–27, jan./mar. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1080/15332640.2018.1433094>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29452060/>. Acesso em: 14 abr. 2023.

THOR, S.; KARLSSON, P.; LANDBERG, J. Social Inequalities in Harmful Drinking and Alcohol-Related Problems Among Swedish Adolescents. **Alcohol Alcohol**, [s. l.], v. 54, n. 5, p. 532–539, jan. 2019. <https://doi.org/10.1093%2Falcalc%2Fagz044>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7011164/>. Acesso em: 20 dez. 202.

TINNER, L. *et al.* Individual-, family- and school-based interventions to prevent multiple risk behaviours relating to alcohol, tobacco and drug use in young people aged 8–25 years: a systematic review and meta-analysis. **BMC Public Health**, Inglaterra, v. 22, n. 1, p. 1111, jun. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13072-5>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35658920/>. Acesso em: 23 abr. 2023.

TORCHYAN, A. A.; HOUKES, I.; BOSMA, H. Income Inequality and Socioeconomic Disparities in Alcohol Use Among Eastern European Adolescents: A Multilevel Analysis. **J Adolesc Health**, Estados Unidos, v. 73, n. 2, p. 347-351, ago. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2023.03.001>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37125987/>. Acesso em: 20 dez. 2023.

UNESCO. **Education sector responses to the use of alcohol, tobacco and drugs**. WHO, 2017. 67 p. DOI: <https://doi.org/10.54675/LQGS8202>. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000247509>. Acesso em: 28 dez. 2023.

UNICEF. **FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. Educação brasileira em 2022 – a voz de adolescentes**. UNICEF, 2022. Disponível em:

https://www.unicef.org/brazil/media/20186/file/educacao-em-2022_a-voz-de-adolescentes.pdf. Acesso em: 14 abr. 2023.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **International Standards on Drug Use Prevention**. Vienna: United Nations, 2018.

https://www.unodc.org/documents/prevention/UNODC-WHO_2018_prevention_standards_E.pdf. Acesso em: 01 fev. 2024.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World Drug Report 2017**. United Nations publication, 2017. Disponível em:

https://www.unodc.org/wdr2017/field/Booklet_1_EXSUM.pdf. Acesso em: 01 fev. 2024.

UNODC. UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **The World Drug Report 2023**. United Nations. Disponível em: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html>. Acesso em: 01 fev. 2024.

VARGAS, L. S. *et al.* Determinantes para o consumo de tabaco por estudantes. **Rev Saude Publica**. São Paulo, v. 51, p. 36, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006283>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rsp/2017.v51/36/pt/>. Acesso em: 23 dez. 2019.

VENTURA, C. A. A. Determinantes sociais de saúde e o uso de drogas psicoativas. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**. Editorial., Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 110, set./dez. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v10i3p110>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1806-69762014000300001&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 10 dez. 2020.

VILELA, T. DOS R. *et al.* Domestic violence and risk of internalizing and externalizing problems in adolescents living with relatives displaying substance use disorders. **J Bras. Psiquiatr**, Brasil, v. 69, n. 2, p. 93–102, abr./jun. 2020. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000268>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/KRDQG97QBhZhGZg58Kgss6H/?lang=en>. Acesso em: 20 dez. 2020.

VILLALBÍ, J. R. *et al.* [Prevalence of binge drinking among high school students and urban contextual factors.]. **Rev Esp Salud Publica**, Espanha, 94: e202011150, nov. 2020.

Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33177487/>. Acesso em: 20 dez. 2022.

VINER, R. M. *et al.* Adolescence and the social determinants of health. **Lancet**, Inglaterra, v. 379, n. 9826, p. 1641–1652, abr. 2012. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)60149-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)60149-4). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22538179/>. Acesso em: 20 dez. 2019.

WATSON, R. J. *et al.* Associations Between Community-Level LGBTQ-Supportive Factors and Substance Use Among Sexual Minority Adole. **LGBT Health**, Estados Unidos, v. 7, n. 2, p. 82–89, fev./mar. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1089/lgbt.2019.0205>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31985327/>. Acesso em: 15 abr. 2022.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. **Int J Health Serv**. Estados Unidos, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992. DOI: <https://doi.org/10.2190/9861-lhq6-2vte-yrrn>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1644507/>. Acesso em: 20 dez. 2019.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation.** Who, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241512343>. Acesso em: 10 abr. 2020.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health for the World's Adolescents. A second chance in the second decade.** World Health Organization, 2014. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-FWC-MCA-14.05>. Acesso em: 23 dez. 2019.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 1. Key findings.** World Health Organization. Regional Office for Europe, 2020. 58 p. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332091>. Acesso em: 20 abr. 2023.

ZUQUETTO, C. R. *et al.* Contributions of parenting styles and parental drunkenness to adolescent drinking. **Braz. J. Psychiatry**, São Paulo, v. 41, n. 6, p. 511–517, nov./dez. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0041>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/hZnLNrYTGNgLZdnpMg4z9Yd/?lang=en>. Acesso em: 23 abr. 2023.

ANEXOS

Anexo A – Questionário do Aluno (PeNSE 2019)

| Descrição da Variável | Categorias | |
|---|------------|--------------------------|
| | Código | Descrição |
| Você concorda em participar dessa pesquisa? | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| Qual é o seu sexo? | 1 | Homem |
| | 2 | Mulher |
| | 9 | Sem resposta |
| Qual é a sua idade? | 1 | Menos de 13 anos |
| | 2 | 13 a 15 anos |
| | 3 | 16 ou 17 anos |
| | 4 | 18 anos ou mais |
| | 9 | Sem resposta |
| Qual é o mês do seu aniversário? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Janeiro |
| | 2 | Fevereiro |
| | 3 | Março |
| | 4 | Abril |
| | 5 | Maio |
| | 6 | Junho |
| | 7 | Julho |
| | 8 | Agosto |
| | 9 | Setembro |
| | 10 | Outubro |
| | 11 | Novembro |
| | 12 | Dezembro |
| | 99 | Sem resposta |
| Em que ano você nasceu? | -2 | Abandono de questionário |
| | 20 | Antes de 2001 |
| | 20 | 2001 |
| | 20 | 2002 |
| | 20 | 2003 |
| | 20 | 2004 |
| | 20 | 2005 |
| | 20 | 2006 |
| | 20 | 2007 |
| | 20 | 2008 ou mais |
| | 99 | Sem resposta |
| Qual é a sua cor ou raça? | -2 | Abandono de questionário |

| | | |
|--|--------------|---------------------------------|
| | 1 | Branca |
| | 2 | Preta |
| | 3 | Amarela |
| | 4 | Parda |
| | 5 | Indígena |
| | 9 | Sem resposta |
| Em que ano escolar você está? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | 6º ano do Ensino Fundamental |
| | 2 | 7º ano do Ensino Fundamental |
| | 3 | 8º ano do Ensino Fundamental |
| | 4 | 9º ano do Ensino Fundamental |
| | 5 | 1º ano do Ensino Médio |
| | 6 | 2º ano do Ensino Médio |
| | 7 | 3º ano do Ensino Médio |
| 9 | Sem resposta | |
| Quando terminar o Ensino Fundamental, você pretende? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Somente continuar estudando |
| | 2 | Somente trabalhar |
| | 3 | Continuar estudando e trabalhar |
| | 4 | Seguir outro plano |
| | 5 | Não sei |
| | 9 | Sem resposta |
| Quando terminar o Ensino Médio, você pretende? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Somente continuar estudando |
| | 2 | Somente trabalhar |
| | 3 | Continuar estudando e trabalhar |
| | 4 | Seguir outro plano |
| | 5 | Não sei |
| | 9 | Sem resposta |
| Você mora com sua mãe? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| Você mora com seu pai? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| CONTANDO COM VOCÊ, quantas pessoas moram na sua casa ou apartamento? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | 1 pessoa (moro sozinho) |
| | 2 | 2 pessoas |
| | 3 | 3 pessoas |
| | 4 | 4 pessoas |

| | | |
|---|----|---|
| | 5 | 5 pessoas |
| | 6 | 6 pessoas |
| | 7 | 7 pessoas |
| | 8 | 8 pessoas |
| | 9 | 9 pessoas |
| | 10 | 10 pessoas ou mais |
| | 99 | Sem resposta |
| Você tem celular? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| Na sua casa tem computador ou notebook? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| Você tem acesso à internet em sua casa? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| Alguém que mora na sua casa tem carro? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| Alguém que mora na sua casa tem motocicleta/moto? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| Quantos banheiros completos, com vaso sanitário e chuveiro, têm dentro da sua casa? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Não tem banheiro com vaso sanitário e chuveiro dentro da minha casa |
| | 2 | 1 banheiro |
| | 3 | 2 banheiros |
| | 4 | 3 banheiros |
| | 5 | 4 banheiros ou mais |
| | 9 | Sem resposta |
| Tem empregado(a) doméstico(a) recebendo dinheiro para fazer o trabalho em sua casa, três ou mais dias por semana? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| Qual nível de ensino (grau) sua MÃE estudou ou estuda? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Minha mãe não estudou |
| | 2 | Não terminou o Ensino Fundamental (1º grau) |
| | 3 | Terminou o Ensino Fundamental (1º grau) |
| | 4 | Não terminou o Ensino Médio (2º grau) |

| | | |
|--|---------------------------------|--|
| | 5 | Terminou o Ensino Médio (2º grau) |
| | 6 | Não terminou o Ensino Superior (faculdade) |
| | 7 | Terminou o Ensino Superior (faculdade) |
| | 8 | Não sei |
| | 9 | Sem resposta |
| | | |
| Você costuma tomar o café da manhã? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Sim, todos os dias |
| | 2 | Sim, 5 a 6 dias por semana |
| | 3 | Sim, 3 a 4 dias por semana |
| | 4 | Sim, 1 a 2 dias por semana |
| | 5 | Raramente |
| | 6 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| Você costuma almoçar ou jantar com sua mãe, pai ou responsável? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Sim, todos os dias |
| | 2 | Sim, 5 a 6 dias por semana |
| | 3 | Sim, 3 a 4 dias por semana |
| | 4 | Sim, 1 a 2 dias por semana |
| | 5 | Raramente |
| | 6 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| Nas suas refeições, com que frequência você costuma comer fazendo alguma outra coisa (assistindo à TV, mexendo no computador ou no celular)? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Todos os dias da semana |
| | 2 | 5 a 6 dias por semana |
| | 3 | 3 a 4 dias por semana |
| | 4 | 1 a 2 dias por semana |
| | 5 | Não costumo comer fazendo alguma outra coisa |
| | 9 | Sem resposta |
| | ONTEM, você tomou refrigerante? | -2 |
| 1 | | Sim |
| 2 | | Não |
| 9 | | Sem resposta |
| ONTEM, você tomou suco de fruta em caixinha ou lata? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| ONTEM, você tomou refresco em pó? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| ONTEM, você tomou bebida achocolatada? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |

| | | |
|---|----|------------------------------------|
| | 9 | Sem resposta |
| ONTEM, você tomou iogurte com sabor? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| ONTEM, você comeu salgadinho de pacote (chips) ou biscoito/bolacha salgado? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| ONTEM, você comeu biscoito ou bolacha doce, biscoito recheado ou bolinho de pacote? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| ONTEM, você comeu chocolate, sorvete, gelatina, flan ou outra sobremesa industrializada? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| ONTEM, você comeu salsicha, linguiça, mortadela ou presunto? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| ONTEM, você comeu pão de forma, pão de cachorro- quente ou pão de hambúrguer? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| ONTEM, você comeu margarina? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| ONTEM, você comeu maionese, ketchup ou outros molhos industrializados? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| ONTEM, você comeu macarrão instantâneo (miojo), sopa de pacote, lasanha congelada ou outro prato pronto comprado congelado? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu feijão? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Não comi feijão nos últimos 7 dias |
| | 2 | 1 dia |
| | 3 | 2 dias |
| | 4 | 3 dias |
| | 5 | 4 dias |

| | | |
|--|---------------|--|
| | 6 | 5 dias |
| | 7 | 6 dias |
| | 8 | Todos os dias |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu pelo menos um tipo de legume ou verdura que não seja batata ou aipim (mandioca/macaxeira)? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Não comi nenhum tipo de legume ou verdura nos últimos 7 dias |
| | 2 | 1 dia |
| | 3 | 2 dias |
| | 4 | 3 dias |
| | 5 | 4 dias |
| | 6 | 5 dias |
| | 7 | 6 dias |
| | 8 | Todos os dias |
| 9 | Sem resposta | |
| NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu guloseimas doces, como balas, confeitos, chocolates, chicletes, bombons, pirulitos e outros? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Não comi guloseimas nos últimos 7 dias |
| | 2 | 1 dia |
| | 3 | 2 dias |
| | 4 | 3 dias |
| | 5 | 4 dias |
| | 6 | 5 dias |
| | 7 | 6 dias |
| | 8 | Todos os dias |
| 9 | Sem resposta | |
| NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu frutas frescas ou salada de frutas? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Não comi frutas frescas ou salada de frutas nos últimos 7 dias |
| | 2 | 1 dia |
| | 3 | 2 dias |
| | 4 | 3 dias |
| | 5 | 4 dias |
| | 6 | 5 dias |
| | 7 | 6 dias |
| | 8 | Todos os dias |
| 9 | Sem resposta | |
| NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você tomou refrigerante? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Não tomei refrigerante nos últimos 7 dias |
| | 2 | 1 dia |
| | 3 | 2 dias |
| | 4 | 3 dias |
| | 5 | 4 dias |
| | 6 | 5 dias |
| | 7 | 6 dias |
| 8 | Todos os dias | |

| | | |
|--|--------------|--|
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos deles você comeu em lanchonetes, barracas de cachorro quente, pizzaria, fast food etc? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Não comi em lanchonetes, barracas de cachorro quente, pizzaria, fast food nos últimos 7 dias |
| | 2 | 1 dia |
| | 3 | 2 dias |
| | 4 | 3 dias |
| | 5 | 4 dias |
| | 6 | 5 dias |
| | 7 | 6 dias |
| | 8 | Todos os dias |
| | 9 | Sem resposta |
| Sua escola oferece comida/merenda aos alunos da sua turma? (Não considerar comida comprada na cantina) | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 3 | Não sei |
| | 9 | Sem resposta |
| Você costuma comer a comida/merenda oferecida pela escola? (Não considerar comida comprada na cantina) | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Sim, todos os dias |
| | 2 | Sim, 3 a 4 dias por semana |
| | 3 | Sim, 1 a 2 dias por semana |
| | 4 | Raramente |
| | 5 | Não |
| 9 | Sem resposta | |
| Você costuma comprar alimentos ou bebidas na cantina dentro da escola? (Não considerar a compra de água) | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Sim, todos os dias |
| | 2 | Sim, 3 a 4 dias por semana |
| | 3 | Sim, 1 a 2 dias por semana |
| | 4 | Raramente |
| | 5 | Não costumo comprar alimentos ou bebidas na cantina |
| | 6 | Não tem cantina na escola |
| | 9 | Sem resposta |
| Você costuma comprar alimentos ou bebidas de vendedores de rua (camelô ou ambulante) na porta ou ao redor da escola? (Não considerar a compra de água) | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Sim, todos os dias |
| | 2 | Sim, 3 a 4 dias por semana |
| | 3 | Sim, 1 a 2 dias por semana |
| | 4 | Raramente |
| | 5 | Não costumo comprar alimentos ou bebidas de vendedores de rua |
| | 6 | Não tem vendedores de rua na porta ou ao redor da escola |
| | 9 | Sem resposta |

| | | |
|---|----|-------------------------------|
| NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você FOI a pé ou de bicicleta para a escola? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Nenhum dia nos últimos 7 dias |
| | 2 | 1 dia |
| | 3 | 2 dias |
| | 4 | 3 dias |
| | 5 | 4 dias |
| | 6 | 5 dias |
| | 7 | 5 dias mais sábado |
| | 8 | 5 dias mais sábado e domingo |
| | 9 | Sem resposta |
| Quando você VAI para a escola a pé ou de bicicleta, quanto tempo você gasta? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Menos de 10 minutos por dia |
| | 2 | 10 a 19 minutos por dia |
| | 3 | 20 a 29 minutos por dia |
| | 4 | 30 a 39 minutos por dia |
| | 5 | 40 a 49 minutos por dia |
| | 6 | 50 a 59 minutos por dia |
| | 7 | 1 hora ou mais por dia |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você VOLTOU a pé ou de bicicleta da escola? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Nenhum dia nos últimos 7 dias |
| | 2 | 1 dia |
| | 3 | 2 dias |
| | 4 | 3 dias |
| | 5 | 4 dias |
| | 6 | 5 dias |
| | 7 | 5 dias mais sábado |
| | 8 | 5 dias mais sábado e domingo |
| | 9 | Sem resposta |
| Quando você VOLTA da escola a pé ou de bicicleta, quanto tempo você gasta? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Menos de 10 minutos por dia |
| | 2 | 10 a 19 minutos por dia |
| | 3 | 20 a 29 minutos por dia |
| | 4 | 30 a 39 minutos por dia |
| | 5 | 40 a 49 minutos por dia |
| | 6 | 50 a 59 minutos por dia |
| | 7 | 1 hora ou mais por dia |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, quantos dias você TEVE aulas de educação física na escola? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Nenhum dia nos últimos 7 dias |
| | 2 | 1 dia |
| | 3 | 2 dias |

| | | |
|---|--------------|---|
| | 4 | 3 dias |
| | 5 | 4 dias |
| | 6 | 5 dias |
| | 7 | 5 dias mais sábado |
| | 8 | 5 dias mais sábado e domingo |
| | 9 | Sem resposta |
| Quanto tempo por dia você FEZ atividade física ou praticou esporte durante as aulas de educação física na escola? Não considere o tempo gasto em atividades teóricas em sala de aula. | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Não fiz atividade física na aula de educação física na escola nos últimos 7 dias. |
| | 2 | Menos de 10 minutos por dia |
| | 3 | 10 a 19 minutos por dia |
| | 4 | 20 a 29 minutos por dia |
| | 5 | 30 a 39 minutos por dia |
| | 6 | 40 a 49 minutos por dia |
| | 7 | 50 a 59 minutos por dia |
| | 8 | 1 hora a 1 hora e 19 minutos por dia |
| | 9 | 1 hora e 20 minutos ou mais por dia |
| | 99 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, sem contar as aulas de educação física da escola, em quantos dias você praticou alguma atividade física? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Nenhum dia nos últimos 7 dias |
| | 2 | 1 dia |
| | 3 | 2 dias |
| | 4 | 3 dias |
| | 5 | 4 dias |
| | 6 | 5 dias |
| | 7 | 5 dias mais sábado |
| | 8 | 5 dias mais sábado e domingo |
| 9 | Sem resposta | |
| Quanto tempo por dia duraram essas atividades que você fez? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Menos de 10 minutos por dia |
| | 2 | 10 a 19 minutos por dia |
| | 3 | 20 a 29 minutos por dia |
| | 4 | 30 a 39 minutos por dia |
| | 5 | 40 a 49 minutos por dia |
| | 6 | 50 a 59 minutos por dia |
| | 7 | 1 hora a 1 hora e 19 minutos por dia |
| | 8 | 1 hora e 20 minutos ou mais por dia |
| | 9 | Sem resposta |
| Quantas horas por dia você assiste a televisão (TV)? (NÃO contar sábado, domingo e feriado) | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Não assisto a televisão (TV) |
| | 2 | Até 1 hora por dia |
| | 3 | Mais de 1 hora até 2 horas por dia |

| | | |
|---|--------------|-------------------------------------|
| | 4 | Mais de 2 horas até 3 horas por dia |
| | 5 | Mais de 3 horas até 4 horas por dia |
| | 6 | Mais de 4 horas até 5 horas por dia |
| | 7 | Mais de 5 horas até 6 horas por dia |
| | 8 | Mais de 6 horas até 7 horas por dia |
| | 9 | Mais de 7 horas até 8 horas por dia |
| | 10 | Mais de 8 horas por dia |
| | 99 | Sem resposta |
| Quantas horas por dia você costuma ficar sentado(a), assistindo televisão, jogando videogame, usando computador, celular, tablet ou fazendo outras atividades sentado(a)? (NÃO contar sábado, domingo, feriados ou o tempo sentado na escola) | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Até 1 hora por dia |
| | 2 | Mais de 1 hora até 2 horas por dia |
| | 3 | Mais de 2 horas até 3 horas por dia |
| | 4 | Mais de 3 horas até 4 horas por dia |
| | 5 | Mais de 4 horas até 5 horas por dia |
| | 6 | Mais de 5 horas até 6 horas por dia |
| | 7 | Mais de 6 horas até 7 horas por dia |
| | 8 | Mais de 7 horas até 8 horas por dia |
| | 9 | Mais de 8 horas por dia |
| 99 | Sem resposta | |
| Alguma vez na vida, você já fumou cigarro, mesmo uma ou duas tragadas? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| Que idade você tinha quando fumou cigarro pela primeira vez? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 9 | 9 anos ou menos |
| | 10 | 10 anos |
| | 11 | 11 anos |
| | 12 | 12 anos |
| | 13 | 13 anos |
| | 14 | 14 anos |
| | 15 | 15 anos |
| | 16 | 16 anos |
| | 17 | 17 anos |
| | 18 | 18 anos ou mais |
| 99 | Sem resposta | |
| NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você fumou cigarros? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Nenhum dia nos últimos 30 dias |
| | 2 | 1 ou 2 dias |
| | 3 | 3 a 5 dias |
| | 4 | 6 a 9 dias |

| | | |
|--|--------------|--|
| | 5 | 10 a 19 dias |
| | 6 | 20 a 29 dias |
| | 7 | Todos os dias |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, na maioria das vezes, como você conseguiu seus próprios cigarros? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Comprei numa loja, bar, botequim, padaria ou banca de jornal |
| | 2 | Comprei de um vendedor de rua (camelô ou ambulante) |
| | 3 | Dei dinheiro para alguém comprar para mim |
| | 4 | Pedi a alguém |
| | 5 | Peguei escondido em casa |
| | 6 | Uma pessoa mais velha me deu |
| | 7 | Conseguí de outro modo |
| 9 | Sem resposta | |
| NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, alguém se recusou a lhe vender cigarros por causa de sua idade? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Não tentei comprar cigarros nos últimos 30 dias |
| | 2 | Sim, alguém se recusou a me vender cigarros por causa de minha idade |
| | 3 | Não, minha idade não me impediu de comprar cigarros |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você comprou cigarro por unidade (avulso, a varejo, retalho ou cigarro solto)? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| Alguma vez na vida você já experimentou narguilé (cachimbo de água)? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| Alguma vez na vida você já experimentou cigarro eletrônico (e-cigarrete)? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| Alguma vez na vida você já experimentou outros produtos do tabaco, SEM CONTAR narguilé e cigarro eletrônico? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, qual(is) desses outros | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |

| | | |
|---|--------------|--|
| produtos do tabaco você usou? - Não usei nenhum desses outros produtos de tabaco nos últimos 30 dias | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, qual(is) desses outros produtos do tabaco você usou? - Narguilé (cachimbo de água) | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, qual(is) desses outros produtos do tabaco você usou? - Cigarro eletrônico (e-cigarette) | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, qual(is) desses outros produtos do tabaco você usou? - Cigarros de cravo (cigarros de Bali) | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, qual(is) desses outros produtos do tabaco você usou? - Cigarros enrolados à mão (palha ou papel) | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, qual(is) desses outros produtos do tabaco você usou? - Outros | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| Sua mãe, pai ou responsável fuma? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Nenhum deles |
| | 2 | Só meu pai ou responsável do sexo masculino |
| | 3 | Só minha mãe ou responsável do sexo feminino |
| | 4 | Os dois (ambos) |
| | 5 | Não sei |
| 9 | Sem resposta | |
| NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias pessoas fumaram em sua presença na sua casa? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Nenhum dia nos últimos 7 dias |
| | 2 | 1 ou 2 dias |
| | 3 | 3 ou 4 dias |
| | 4 | 5 ou 6 dias |
| | 5 | Todos os dias |
| | 9 | Sem resposta |

| | | |
|--|----|--------------------------------|
| NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, algum dos seus amigos fumou na sua presença? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| | | |
| Alguma vez na vida você tomou um copo ou uma dose de bebida alcoólica? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| Que idade você tinha quando tomou o primeiro copo ou dose de bebida alcoólica? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 9 | 9 anos ou menos |
| | 10 | 10 anos |
| | 11 | 11 anos |
| | 12 | 12 anos |
| | 13 | 13 anos |
| | 14 | 14 anos |
| | 15 | 15 anos |
| | 16 | 16 anos |
| | 17 | 17 anos |
| | 18 | 18 anos ou mais |
| | 99 | Sem resposta |
| Na sua vida, quantas vezes você bebeu tanto que ficou realmente bêbado(a)? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Nenhuma vez na vida |
| | 2 | 1 ou 2 vezes |
| | 3 | 3 a 5 vezes |
| | 4 | 6 a 9 vezes |
| | 5 | 10 ou mais vezes |
| | 9 | Sem resposta |
| Na sua vida, quantas vezes você teve problemas com sua família ou amigos, perdeu aulas ou brigou por que tinha bebido? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Nenhuma vez na vida |
| | 2 | 1 ou 2 vezes |
| | 3 | 3 a 5 vezes |
| | 4 | 6 a 9 vezes |
| | 5 | 10 ou mais vezes |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você tomou pelo menos um copo ou uma dose de bebida alcoólica? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Nenhum dia nos últimos 30 dias |
| | 2 | 1 ou 2 dias |

| | | |
|---|--------------|---|
| | 3 | 3 a 5 dias |
| | 4 | 6 a 9 dias |
| | 5 | 10 a 19 dias |
| | 6 | 20 a 29 dias |
| | 7 | Todos os dias |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, nos dias em que você tomou alguma bebida alcoólica, quantos copos ou doses você tomou por dia? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | 1 copo ou 1 dose |
| | 2 | 2 copos ou 2 doses |
| | 3 | 3 copos ou 3 doses |
| | 4 | 4 copos ou 4 doses |
| | 5 | 5 copos ou mais ou 5 doses ou mais |
| 9 | Sem resposta | |
| NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, na maioria das vezes, como você conseguiu a bebida que tomou? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Comprei na loja, mercado, bar, botequim ou padaria |
| | 2 | Comprei de um vendedor de rua (camelô ou ambulante) |
| | 3 | Dei dinheiro a alguém que comprou para mim |
| | 4 | Consegui com meus amigos |
| | 5 | Peguei escondido em casa |
| | 6 | Consegui com alguém em minha família |
| | 7 | Em uma festa |
| | 8 | Consegui de outro modo |
| 9 | Sem resposta | |
| Sua mãe, pai ou responsável bebe bebidas alcoólicas? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Nenhum deles |
| | 2 | Só meu pai ou responsável do sexo masculino |
| | 3 | Só minha mãe ou responsável do sexo feminino |
| | 4 | Os dois (ambos) |
| | 5 | Não sei |
| 9 | Sem resposta | |
| NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, algum dos seus amigos bebeu alguma bebida alcoólica na sua presença? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| Alguma vez na vida, você já usou alguma droga como: maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança-perfume, | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |

| | | |
|---|----|--------------------------------|
| ecstasy, oxi, MD, skank e outras? | 9 | Sem resposta |
| Que idade você tinha quando usou alguma droga pela primeira vez? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 9 | 9 anos ou menos |
| | 10 | 10 anos |
| | 11 | 11 anos |
| | 12 | 12 anos |
| | 13 | 13 anos |
| | 14 | 14 anos |
| | 15 | 15 anos |
| | 16 | 16 anos |
| | 17 | 17 anos |
| | 18 | 18 anos ou mais |
| | 99 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantos dias você usou alguma droga? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Nenhum dia nos últimos 30 dias |
| | 2 | 1 ou 2 dias |
| | 3 | 3 a 5 dias |
| | 4 | 6 a 9 dias |
| | 5 | 10 ou mais dias |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantos dias você usou maconha? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Nenhum dia nos últimos 30 dias |
| | 2 | 1 ou 2 dias |
| | 3 | 3 a 5 dias |
| | 4 | 6 a 9 dias |
| | 5 | 10 ou mais dias |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantos dias você usou crack? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Nenhum dia nos últimos 30 dias |
| | 2 | 1 ou 2 dias |
| | 3 | 3 a 5 dias |
| | 4 | 6 a 9 dias |
| | 5 | 10 ou mais dias |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, algum dos seus amigos usou drogas na sua presença? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |

| | | |
|---|----|---------------------------------|
| NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você faltou às aulas ou à escola sem permissão de sua mãe, pai ou responsável? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Nenhum dia nos últimos 30 dias |
| | 2 | 1 ou 2 dias |
| | 3 | 3 a 5 dias |
| | 4 | 6 a 9 dias |
| | 5 | 10 ou mais dias |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência sua mãe, pai ou responsável sabia realmente o que você estava fazendo em seu tempo livre? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Nunca |
| | 2 | Raramente |
| | 3 | Às vezes |
| | 4 | Na maioria das vezes |
| | 5 | Sempre |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência sua mãe, pai ou responsável entendeu seus problemas e preocupações? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Nunca |
| | 2 | Raramente |
| | 3 | Às vezes |
| | 4 | Na maioria das vezes |
| | 5 | Sempre |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência os colegas de sua escola trataram você bem e/ou foram prestativos com você? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Nunca |
| | 2 | Raramente |
| | 3 | Às vezes |
| | 4 | Na maioria das vezes |
| | 5 | Sempre |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantas vezes algum dos seus colegas de escola o esculachou, zoou, mangou, intimidou ou caçoou tanto que você ficou magoado, incomodado, aborrecido, ofendido ou humilhado? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Nenhuma vez nos últimos 30 dias |
| | 2 | 1 vez |
| | 3 | 2 ou mais vezes |
| | 9 | Sem resposta |
| | | |
| NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, qual o motivo/causa de seus colegas terem esculachado, zombado, zoado, caçoado, mangado, intimidado ou humilhado? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | A minha cor ou raça |
| | 2 | A minha religião |
| | 3 | A aparência do meu rosto |
| | 4 | A aparência do meu corpo |
| | 5 | A minha orientação sexual |
| | 6 | A minha região de origem |

| | | |
|---|----|---------------------------------|
| | 7 | Outros motivos/causas |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantas vezes algum dos seus colegas de escola se recusou a falar com você, deixou você de lado sem razão ou fez com que outros colegas deixassem de falar com você? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Nenhuma vez nos últimos 30 dias |
| | 2 | 1 vez |
| | 3 | 2 ou mais vezes |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantas vezes algum dos seus colegas de escola bateu (deu socos, tapas, chutes, pontapés) em você ou o machucou fisicamente de outra forma? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Nenhuma vez nos últimos 30 dias |
| | 2 | 1 vez |
| | 3 | 2 ou mais vezes |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você se sentiu ameaçado(a), ofendido(a) ou humilhado(a) nas redes sociais ou aplicativos de celular? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você esculachou, zombou, mangou, intimidou ou caçoou algum de seus colegas da escola tanto que ele ficou magoado, aborrecido, ofendido ou humilhado? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| Quantos(as) amigos(as) próximos você tem? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Nenhum amigo |
| | 2 | 1 amigo |
| | 3 | 2 amigos |
| | 4 | 3 ou mais amigos |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência você se sentiu muito preocupado com as coisas comuns do seu dia a dia como atividades da escola, competições esportivas, tarefas de casa, etc.? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Nunca |
| | 2 | Raramente |
| | 3 | Às vezes |
| | 4 | Na maioria das vezes |
| | 5 | Sempre |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência você se sentiu triste? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Nunca |
| | 2 | Raramente |
| | 3 | Às vezes |
| | 4 | Na maioria das vezes |

| | | |
|---|---|--------------------------|
| | 5 | Sempre |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência você sentiu que ninguém se preocupa com você? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Nunca |
| | 2 | Raramente |
| | 3 | Às vezes |
| | 4 | Na maioria das vezes |
| | 5 | Sempre |
| | 9 | Sem resposta |
| | NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência você se sentiu irritado(a), nervoso(a) ou mal-humorado(a) por qualquer coisa? | -2 |
| 1 | | Nunca |
| 2 | | Raramente |
| 3 | | Às vezes |
| 4 | | Na maioria das vezes |
| 5 | | Sempre |
| 9 | | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência você sentiu que a vida não vale a pena ser vivida? | | -2 |
| | 1 | Nunca |
| | 2 | Raramente |
| | 3 | Às vezes |
| | 4 | Na maioria das vezes |
| | 5 | Sempre |
| | 9 | Sem resposta |
| | | |
| Você já teve relação sexual (transou) alguma vez? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| Que idade você tinha quando teve relação sexual (transou) pela primeira vez? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 9 | 9 anos ou menos |
| | 10 | 10 anos |
| | 11 | 11 anos |
| | 12 | 12 anos |
| | 13 | 13 anos |
| | 14 | 14 anos |
| | 15 | 15 anos |
| | 16 | 16 anos |
| | 17 | 17 anos |
| | 18 | 18 anos ou mais |
| | 99 | Sem resposta |
| Você ou seu(sua) parceiro(a) usou camisinha | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |

| | | |
|--|----|---|
| (preservativo) NA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL? | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| NA ÚLTIMA VEZ que você teve relação sexual (transou), você ou seu(sua) parceiro(a) usou camisinha (preservativo)? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| Nesta última vez que você teve relação sexual (transou), como você conseguiu a camisinha (preservativo)? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | No serviço de saúde |
| | 2 | Na escola |
| | 3 | Com um(a) amigo(a) ou colega |
| | 4 | Com mãe, pai ou responsável |
| | 5 | Comprei em farmácia, mercado ou loja |
| | 6 | Com o(a) parceiro(a) sexual |
| | 7 | Com outra pessoa ou de outro modo |
| | 9 | Sem resposta |
| NA ÚLTIMA VEZ que você teve relação sexual (transou), você ou seu(sua) parceiro(a) usou algum outro método para evitar a gravidez que não seja camisinha (preservativo)? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 3 | Não sei |
| | 9 | Sem resposta |
| Nesta última vez que você teve relação sexual (transou), qual outro método você ou seu(sua) parceiro(a) usou para evitar gravidez? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Pílula anticoncepcional |
| | 2 | Injetável |
| | 3 | Implante |
| | 4 | Diafragma |
| | 5 | DIU |
| | 6 | Pílula do dia seguinte (contracepção de emergência) |
| | 7 | Tabelinha |
| | 8 | Coito interrompido |
| | 9 | Outro |
| | 10 | Não sei |
| | 99 | Sem resposta |
| Alguma vez na vida, você ou sua parceira já usou pílula do dia seguinte (contracepção de emergência)? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 3 | Não sei |
| | 9 | Sem resposta |
| | -2 | Abandono de questionário |

| | | |
|---|----|-----------------------------------|
| NA ÚLTIMA VEZ que você ou sua parceira usou pílula do dia seguinte (contracepção de emergência) como conseguiu? | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | No serviço de saúde |
| | 2 | Com um(a) amigo(a) ou colega |
| | 3 | Com mãe, pai ou responsável |
| | 4 | Comprei em farmácia |
| | 5 | Com o(a) parceiro(a) sexual |
| | 6 | Com outra pessoa ou de outro modo |
| | 9 | Sem resposta |
| Alguma vez na vida você engravidou, mesmo que a gravidez não tenha chegado ao fim? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| Na escola, você já recebeu orientação sobre prevenção de gravidez? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| Na escola, você já recebeu orientação sobre prevenção de HIV/AIDS ou outras Doenças/Infecções Sexualmente Transmissíveis? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| Na escola, você já recebeu orientação sobre como conseguir camisinha (preservativo) gratuitamente? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| Com que frequência você lava as mãos antes de comer? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Nunca |
| | 2 | Raramente |
| | 3 | Às vezes |
| | 4 | Na maioria das vezes |
| | 5 | Sempre |
| | 9 | Sem resposta |
| Com que frequência você lava as mãos após usar o banheiro ou o vaso sanitário? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Nunca |
| | 2 | Raramente |
| | 3 | Às vezes |
| | 4 | Na maioria das vezes |
| | 5 | Sempre |
| | 9 | Sem resposta |
| | -2 | Abandono de questionário |

| | | |
|---|----|---|
| Com que frequência você usa sabão ou sabonete quando lava suas mãos? | 1 | Nunca |
| | 2 | Raramente |
| | 3 | Às vezes |
| | 4 | Na maioria das vezes |
| | 5 | Sempre |
| | 9 | Sem resposta |
| Quantas vezes por dia você escova os dentes? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Não escovo os dentes todos os dias |
| | 2 | 1 vez por dia |
| | 3 | 2 vezes por dia |
| | 4 | 3 vezes por dia |
| | 5 | 4 ou mais vezes por dia |
| NOS ÚLTIMOS 6 MESES, você teve dor de dente que não tenha sido causada por uso de aparelho? | 9 | Sem resposta |
| | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 3 | Não sei / não me lembro |
| NOS ÚLTIMOS 12 MESES, quantas vezes você foi ao dentista? | 9 | Sem resposta |
| | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Nenhuma vez nos últimos 12 meses |
| | 2 | 1 vez |
| | 3 | 2 vezes |
| | 4 | 3 ou mais vezes |
| NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência você usou cinto de segurança enquanto andava como passageiro(a) NO BANCO DA FRENTE de carro/automóvel, van ou táxi? | 9 | Sem resposta |
| | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Não andei no banco da frente nos últimos 30 dias |
| | 2 | Nunca uso cinto de segurança |
| | 3 | Raramente |
| | 4 | Às vezes |
| | 5 | Na maioria das vezes |
| | 6 | Sempre |
| NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência você usou cinto de segurança enquanto andava como passageiro(a) NO BANCO DE TRÁS de carro/automóvel, van ou táxi? | 9 | Sem resposta |
| | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Não andei no banco de trás nos últimos 30 dias |
| | 2 | Nunca uso cinto de segurança |
| | 3 | Raramente |
| | 4 | Às vezes |
| | 5 | Na maioria das vezes |
| | 6 | Sempre |
| NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência você | 9 | Sem resposta |
| | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Não andei de motocicleta/moto nos últimos 30 dias |
| | 2 | Nunca uso capacete |

| | | |
|--|----------------|---------------------------------|
| usou capacete ao andar de motocicleta/moto? | 3 | Raramente |
| | 4 | Às vezes |
| | 5 | Na maioria das vezes |
| | 6 | Sempre |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantas vezes você dirigiu um veículo motorizado de transporte (carro, motocicleta/moto, voadeira, barco)? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Nenhuma vez nos últimos 30 dias |
| | 2 | 1 vez |
| | 3 | 2 ou 3 vezes |
| | 4 | 4 ou 5 vezes |
| | 5 | 6 ou mais vezes |
| NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantas vezes você andou em carro ou outro veículo motorizado dirigido por alguém que tinha consumido alguma bebida alcoólica? | 9 | Sem resposta |
| | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Nenhuma vez nos últimos 30 dias |
| | 2 | 1 vez |
| | 3 | 2 ou 3 vezes |
| | 4 | 4 ou 5 vezes |
| NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantas vezes você andou em carro ou outro veículo motorizado dirigido por alguém que usou o celular enquanto dirigia? | 5 | 6 ou mais vezes |
| | 9 | Sem resposta |
| | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Nenhuma vez nos últimos 30 dias |
| | 2 | 1 vez |
| | 3 | 2 ou 3 vezes |
| NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você deixou de ir à escola porque não se sentia seguro NO CAMINHO de casa para a escola ou da escola para casa? | 4 | 4 ou 5 vezes |
| | 5 | 6 ou mais vezes |
| | 9 | Sem resposta |
| | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Nenhum dia nos últimos 30 dias |
| | 2 | 1 dia |
| NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você não foi à escola porque não se sentia seguro NA ESCOLA? | 3 | 2 dias |
| | 4 | 3 dias |
| | 5 | 4 dias |
| | 6 | 5 dias ou mais |
| | 9 | Sem resposta |
| | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Nenhum dia nos últimos 30 dias |
| | 2 | 1 dia |
| 3 | 2 dias | |
| 4 | 3 dias | |
| 5 | 4 dias | |
| 6 | 5 dias ou mais | |
| 9 | Sem resposta | |
| | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Sim |

| | | |
|---|----|---|
| NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você esteve envolvido(a) em briga com luta física? | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você esteve envolvido(a) em alguma briga em que alguma pessoa usou arma de fogo, como revólver ou espingarda? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você esteve envolvido(a) em alguma briga em que alguma pessoa usou alguma outra arma como faca, canivete, peixeira, pedra, pedaço de pau ou garrafa? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 12 MESES, você sofreu algum acidente ou agressão? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| Algum desse(s) acidente(s) ou agressão(ões) que você sofreu o(a) impediu de realizar atividades habituais (ir para a escola, trabalhar, realizar afazeres domésticos etc.)? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| Você teve que procurar algum serviço de saúde (Pronto-socorro, emergência ou UPA, hospital, farmácia) em razão deste acidente ou agressão? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| Qual foi o ferimento ou a lesão MAIS GRAVE que você sofreu nesse acidente ou agressão? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Osso quebrado ou junta deslocada |
| | 2 | Corte ou perfuração |
| | 3 | Pancada ou outra lesão na cabeça ou pescoço |
| | 4 | Ferimento à bala (arma de fogo) |
| | 5 | Queimadura |
| | 6 | Outra lesão ou machucado |
| | 9 | Sem resposta |
| Qual foi a PRINCIPAL CAUSA do ferimento ou da lesão mais grave que aconteceu com você? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Acidente de transporte |
| | 2 | Agressão ou briga |
| | 3 | Exercício físico ou esporte |
| | 4 | Eu me machuquei de propósito |
| | 5 | Queda acidental |

| | | |
|--|---|----------------------------------|
| | 6 | Outra causa |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 12 MESES, quantas vezes você foi agredido(a) fisicamente por sua mãe, pai ou responsável? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Nenhuma vez nos últimos 12 meses |
| | 2 | 1 vez |
| | 3 | 2 a 5 vezes |
| | 4 | 6 ou mais vezes |
| | 9 | Sem resposta |
| | NOS ÚLTIMOS 12 MESES, quantas vezes você foi agredido(a) fisicamente por OUTRA PESSOA que não seja sua mãe, pai ou responsável? | -2 |
| 1 | | Nenhuma vez nos últimos 12 meses |
| 2 | | 1 vez |
| 3 | | 2 a 5 vezes |
| 4 | | 6 ou mais vezes |
| 9 | | Sem resposta |
| Quem o(a) agrediu fisicamente? (Sem contar sua mãe, pai ou responsável) - Namorado(a), ex-namorado(a), ficante, crush | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| Quem o(a) agrediu fisicamente? (Sem contar sua mãe, pai ou responsável) - Amigo(a) | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| Quem o(a) agrediu fisicamente? (Sem contar sua mãe, pai ou responsável) - Outros familiares | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| Quem o(a) agrediu fisicamente? (Sem contar sua mãe, pai ou responsável) - Policial | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| Quem o(a) agrediu fisicamente? (Sem contar sua mãe, pai ou responsável) - Profissionais da sua escola (professor, diretor, inspetor, etc.) | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| Quem o(a) agrediu fisicamente? (Sem contar sua mãe, pai ou responsável) - Desconhecido(a) | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |

| | | |
|--|----|--------------------------|
| Quem o(a) agrediu fisicamente? (Sem contar sua mãe, pai ou responsável) - Outro | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| Alguma vez na vida alguém o(a) tocou, manipulou, beijou ou expôs partes do corpo contra a sua vontade? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| Quem fez isso? - Namorado(a), ex-namorado(a), ficante, crush | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| Quem fez isso? - Amigo(a) | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| Quem fez isso? - Pai/mãe/padrasto/madrasta | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| Quem fez isso? - Outros familiares | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| Quem fez isso? - Desconhecido(a) | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| Quem fez isso? - Outro | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| Alguma vez na vida alguém ameaçou, intimidou ou obrigou a ter relações sexuais ou qualquer outro | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |

| | | |
|---|-----------------|--------------------------|
| ato sexual contra a sua vontade? | 9 | Sem resposta |
| Quem fez isso? - Namorado(a), ex- namorado(a), ficante, crush | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| Quem fez isso? - Amigo(a) | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| Quem fez isso? - Pai/mãe/padrasto/madrasta | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| Quem fez isso? - Outros familiares | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| Quem fez isso? - Desconhecido(a) | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| Quem fez isso? - Outro | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| Que idade você tinha quando alguém ameaçou, intimidou ou obrigou a ter relações sexuais ou qualquer outro ato sexual contra a sua vontade pela primeira vez? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 9 | 9 anos ou menos |
| | 10 | 10 anos |
| | 11 | 11 anos |
| | 12 | 12 anos |
| | 13 | 13 anos |
| | 14 | 14 anos |
| | 15 | 15 anos |
| | 16 | 16 anos |
| | 17 | 17 anos |
| 18 | 18 anos ou mais | |

| | | |
|---|----|---|
| | 99 | Sem resposta |
| | | |
| Como você classificaria seu estado de saúde? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Muito bom |
| | 2 | Bom |
| | 3 | Regular |
| | 4 | Ruim |
| | 5 | Muito ruim |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 12 MESES, quantos dias você faltou a escola por motivo(s) relacionado(s) à própria saúde? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Não faltei a escola nos últimos 12 meses por motivos de saúde |
| | 2 | 1 a 3 dias |
| | 3 | 4 a 7 dias |
| | 4 | 8 a 15 dias |
| | 5 | 16 dias ou mais |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 12 MESES você procurou algum serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 12 MESES, qual foi o serviço de saúde que você procurou com MAIS FREQUÊNCIA? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Unidade Básica de Saúde (Centro ou Posto de saúde ou Unidade de Saúde da Família/PSF) |
| | 2 | Consultório médico particular ou clínica particular |
| | 3 | Consultório odontológico |
| | 4 | Consultório de outro profissional de saúde (fonoaudiólogo, psicólogo, etc.) |
| | 5 | Serviço de especialidades médicas ou Policlínica |
| | 6 | Pronto-socorro, emergência ou UPA |
| | 7 | Hospital |
| | 8 | Laboratório ou clínica para exames complementares |
| | 9 | Serviço de atendimento domiciliar |
| | 10 | Farmácia |
| | 11 | Outro |
| | 99 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 12 MESES, quantas vezes você procurou por alguma Unidade Básica de Saúde (Centro ou Posto de saúde ou Unidade de Saúde da Família/PSF)? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Nenhuma vez nos últimos 12 meses |
| | 2 | 1 ou 2 vezes |
| | 3 | 3 a 5 vezes |
| | 4 | 6 a 9 vezes |
| | 5 | 10 ou mais vezes |

| | | |
|---|--------------|--|
| | 9 | Sem resposta |
| Você foi atendido NA ÚLTIMA VEZ que procurou alguma Unidade Básica de Saúde (Centro ou Posto de saúde ou Unidade de Saúde da Família/PSF)? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| Qual foi o PRINCIPAL MOTIVO da sua procura na Unidade Básica de Saúde (Centro ou Posto de saúde ou Unidade de Saúde da Família/PSF) NESTA ÚLTIMA VEZ? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Apoio para controle de peso (ganhar ou perder) |
| | 2 | Apoio para parar de fumar |
| | 3 | Acidente ou lesão |
| | 4 | Reabilitação ou fisioterapia |
| | 5 | Procurar dentista ou outro profissional de saúde bucal |
| | 6 | Procurar psicólogo ou outro profissional de saúde mental |
| | 7 | Vacinação |
| | 8 | Obter métodos contraceptivos (preservativos, anticoncepcional, pílula do dia seguinte, DIU etc.) |
| | 9 | Teste para HIV, Sífilis ou Hepatite B |
| | 10 | Pré-natal ou teste para gravidez |
| | 11 | Solicitação de atestado médico |
| | 12 | Doença |
| | 13 | Outro motivo |
| 99 | Sem resposta | |
| Você foi vacinado(a) contra o vírus HPV? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 3 | Não sei |
| | 9 | Sem resposta |
| Por que você não foi vacinado(a) contra o vírus HPV? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Não sabia que tinha que tomar |
| | 2 | A unidade ou serviço é longe ou tive dificuldade para chegar lá |
| | 3 | Medo de reação à vacina |
| | 4 | Não sei para que serve |
| | 5 | Não acredito que a vacina tenha efeito |
| | 6 | Minha mãe, pai ou responsável não quis |
| | 7 | Outros |
| | 9 | Sem resposta |
| | | |
| Como você se sente em relação ao seu corpo? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Muito satisfeito(a) |
| | 2 | Satisfeito(a) |

| | | |
|--|----|------------------------------------|
| | 3 | Indiferente |
| | 4 | Insatisfeito(a) |
| | 5 | Muito insatisfeito(a) |
| | 9 | Sem resposta |
| Quanto ao seu corpo, você se considera: | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Muito magro(a) |
| | 2 | Magro(a) |
| | 3 | Normal |
| | 4 | Gordo(a) |
| | 5 | Muito Gordo(a) |
| | 9 | Sem resposta |
| O que você está fazendo em relação a seu peso? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Não estou fazendo nada |
| | 2 | Estou tentando perder peso |
| | 3 | Estou tentando ganhar peso |
| | 4 | Estou tentando manter o mesmo peso |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você vomitou ou tomou laxantes para perder peso ou evitar ganhar peso? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você tomou algum remédio, fórmula ou outro produto para perder peso, sem acompanhamento médico? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você tomou algum remédio, suplemento ou outro produto para ganhar peso ou massa muscular sem acompanhamento médico? | -2 | Abandono de questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| O que você achou deste questionário? - Fácil | -2 | Abandono de questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| O que você achou deste questionário? - Difícil | -2 | Abandono de questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| O que você achou deste questionário? - Chato | -2 | Abandono de questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| | -2 | Abandono de questionário |

| | | |
|---|----------|--------------------------|
| O que você achou deste questionário? - Legal | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| O que você achou deste questionário? - Interessante | -2 | Abandono de questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| O que você achou deste questionário? - Informativo | 9 | Sem resposta |
| | -2 | Abandono de questionário |
| | 0 | Não |
| O que você achou deste questionário? - Cansativo | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| | -2 | Abandono de questionário |
| O que você achou deste questionário? - Constrangedor | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| | | |
| Tempo semanal em minutos de deslocamento entre casa e escola | 0 a 840 | Tempo em minutos |
| Tempo semanal em minutos de atividade física na aula de Educação Física | 0 a 560 | Tempo em minutos |
| Tempo semanal em minutos de atividade física sem ser na aula de Educação Física | 0 a 560 | Tempo em minutos |
| Tempo semanal em minutos de atividade física acumulada | 0 a 1960 | Tempo em minutos |

Anexo B – Questionário do ambiente escolar (PeNSE 2019)

| Descrição da Variável | Categorias | |
|---|------------|-------------------------------------|
| | Código | Descrição |
| | | |
| Qual é o seu cargo ou função na escola? | 1 | Diretor(a) / Vice-diretor(a) |
| | 2 | Coordenador(a) |
| | 3 | Administrador(a) |
| | 4 | Secretário(a) |
| | 5 | Professor(a) |
| | 6 | Outro |
| | 9 | Sem resposta |
| A escola possui turmas em quais turnos? - Manhã | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| A escola possui turmas em quais turnos? - Tarde | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| A escola possui turmas em quais turnos? - Noite | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| A escola atende a quais etapas de ensino? - Educação Infantil (creche, pré-escola) | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| A escola atende a quais etapas de ensino? - Ensino Fundamental | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| A escola atende a quais etapas de ensino? - Ensino Médio (médio, integrado, normal/magistério, educação profissional) | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| A escola atende a quais etapas de ensino? - Educação de Jovens e Adultos (fundamental, projevem urbano, médio) | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| Qual a faixa de valor da mensalidade do 9º ano na escola? (se não houver 9º ano, considerar 1º ano do Ensino Médio) | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Não tem mensalidade |
| | 2 | Até R\$ 499,00 |
| | 3 | Mais de R\$ 499,00 até R\$ 998,00 |
| | 4 | Mais de R\$ 998,00 até R\$ 1.996,00 |
| | 5 | Mais de R\$ 1.996,00 |
| | 9 | Sem resposta |
| | 1 | Sim |

| | | |
|---|----|--|
| A escola tem biblioteca para os(as) alunos(as) EM CONDIÇÕES DE USO? | 2 | Não está em condições de uso |
| | 3 | Não tem biblioteca |
| | 9 | Sem resposta |
| Quantos computadores e/ou tablets da escola EM CONDIÇÕES DE USO estão disponíveis para os(as) alunos(as) em sala de aula e/ou salas específicas de informática? | 1 | Não existem computadores e/ou tablets em condições de uso para os(as) alunos(as) |
| | 2 | Até 10 |
| | 3 | De 11 a 20 |
| | 4 | De 21 a 30 |
| | 5 | De 31 a 40 |
| | 6 | De 41 a 50 |
| | 7 | Mais de 50 |
| | 9 | Sem resposta |
| Os(as) alunos(as) têm acesso à internet da escola? | -2 | Abandono de questionário |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 3 | Não tem internet |
| | 9 | Sem resposta |
| A escola tem sala de recursos de mídia/comunicação para os(as) alunos(as) EM CONDIÇÕES DE USO? (Exemplos: televisão, dvd, projetor etc.) | 1 | Sim |
| | 2 | Não está em condições de uso |
| | 3 | Não tem sala de recursos de mídia/comunicação |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 12 MESES, o conselho escolar teve alguma deliberação sobre os temas? - Prática de atividade física | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 12 MESES, o conselho escolar teve alguma deliberação sobre os temas? - Alimentação | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 12 MESES, o conselho escolar teve alguma deliberação sobre os temas? - Segurança/violência | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 12 MESES, o conselho escolar teve alguma deliberação sobre os temas? - Saúde sexual e saúde reprodutiva | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 12 MESES, o conselho escolar teve alguma deliberação sobre os temas? - Diversidade sexual e gênero | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| | -1 | Pulo do questionário |

| | | |
|---|----|----------------------|
| NOS ÚLTIMOS 12 MESES, o conselho escolar teve alguma deliberação sobre os temas? - Nenhum desses temas | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| A escola fica aberta nos finais de semana para uso da comunidade? | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| As ações desenvolvidas na escola, no final de semana, são pactuadas com a comunidade? | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| A escola oferece práticas de atividade física para os(as) alunos(as)? | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| Quais práticas de atividades físicas abaixo são oferecidas para os(as) alunos(as)? - Esportes de quadra (futebol, voleibol, basquete, handebol etc.) | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| Quais práticas de atividades físicas abaixo são oferecidas para os(as) alunos(as)? - Esportes aquáticos (natação, polo aquático, hidroginástica etc.) | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| Quais práticas de atividades físicas abaixo são oferecidas para os(as) alunos(as)? - Esportes de aventura (trilha, escalada, rapel etc.) | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| Quais práticas de atividades físicas abaixo são oferecidas para os(as) alunos(as)? - Atletismo/corrida | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| Quais práticas de atividades físicas abaixo são oferecidas para os(as) alunos(as)? - Dança (ballet, hip hop, zumba, dança de salão etc.) | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| Quais práticas de atividades físicas abaixo são oferecidas para os(as) alunos(as)? - Lutas (judô, karatê, capoeira etc.) | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| Quais práticas de atividades físicas abaixo são oferecidas para os(as) alunos(as)? - Ginástica (rítmica, artística/olímpica, acrobática) | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |

| | | |
|---|----|--|
| Quais práticas de atividades físicas abaixo são oferecidas para os(as) alunos(as)? - Outras | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| As práticas de atividade física são realizadas sob orientação de instrutor ou professor de educação física? | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Sim, todas |
| | 2 | Sim, algumas |
| | 3 | Não |
| A escola oferece prática de atividade física para os(as) alunos(as) fora do horário regular de aula? | 9 | Sem resposta |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Sim, gratuito |
| | 2 | Sim, pago |
| | 3 | Sim, pago e gratuito |
| A escola tem pista para corrida/atletismo EM CONDIÇÕES DE USO? | 4 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não está em condições de uso |
| | 3 | Não tem pista de corrida/atletismo |
| O pátio da escola é utilizado frequentemente para prática de atividade física com instrutor? | 9 | Sem resposta |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não é utilizado para prática de atividade física com instrutor |
| | 3 | Não tem pátio |
| A escola participa de jogos ou competições físico-esportivas entre escolas? | 9 | Sem resposta |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| A escola realiza jogos ou competições físico-esportivas entre as classes, turmas ou turnos? | 9 | Sem resposta |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| A escola segue alguma legislação ou política municipal, estadual ou federal, bem como regra escrita própria, sobre o tipo de alimento a ser oferecido ou comercializado em suas dependências? | 9 | Sem resposta |
| | 1 | Sim, municipal, estadual ou federal |
| | 2 | Sim, própria |
| | 3 | Sim, ambas |
| | 4 | Não |
| A escola tem cantina (espaço onde são comercializados alimentos e/ou bebidas)? | 9 | Sem resposta |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| Que tipos de bebidas e alimentos são vendidos na cantina? - Refrigerante | 9 | Sem resposta |
| | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |

| | | |
|--|----|----------------------|
| Que tipos de bebidas e alimentos são vendidos na cantina? - Bebidas açucaradas (suco artificial, suco de caixinha, chá gelado, isotônicos, águas com sabor, energéticos) | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| Que tipos de bebidas e alimentos são vendidos na cantina? - Suco natural de frutas (com água ou leite) | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| Que tipos de bebidas e alimentos são vendidos na cantina? - Bebidas lácteas/iogurtes com sabor e achocolatados | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| Que tipos de bebidas e alimentos são vendidos na cantina? - Salgados fritos (coxinha, pastel, quibe etc.) ou batata frita | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| Que tipos de bebidas e alimentos são vendidos na cantina? - Salgados assados (pastel de forno, empada, esfirra etc.) | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| Que tipos de bebidas e alimentos são vendidos na cantina? - Salgadinhos industrializados em pacotes (chips) e batata frita de pacote | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| Que tipos de bebidas e alimentos são vendidos na cantina? - Biscoitos ou bolachas industrializadas salgadas ou doces | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| Que tipos de bebidas e alimentos são vendidos na cantina? - Balas, confeitos, chocolates, sorvetes etc. | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| Que tipos de bebidas e alimentos são vendidos na cantina? - Sanduíches (cachorro quente, misto quente, hambúrguer etc.) | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| Que tipos de bebidas e alimentos são vendidos na cantina? - Frutas frescas ou salada de frutas | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| Existe algum ponto alternativo (vendedor ambulante ou carrocinha) de venda de alimentos e/ou bebidas na porta ou no | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |

| | | |
|--|----|----------------------|
| entorno da escola? (Considerar entorno as calçadas e a distância de 100 metros ao redor da escola) | | |
| Que tipos de bebidas e alimentos são vendidos no ponto alternativo de vendas? - Refrigerante | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| Que tipos de bebidas e alimentos são vendidos no ponto alternativo de vendas? - Bebidas açucaradas (suco artificial, suco de caixinha, chá gelado, isotônicos, águas com sabor, energéticos) | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| Que tipos de bebidas e alimentos são vendidos no ponto alternativo de vendas? - Suco natural de frutas (com água ou leite) | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| Que tipos de bebidas e alimentos são vendidos no ponto alternativo de vendas? - Bebidas lácteas/iogurtes com sabor e achocolatados | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| Que tipos de bebidas e alimentos são vendidos no ponto alternativo de vendas? - Salgados fritos (coxinha, pastel, quibe etc.) ou batata frita | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| Que tipos de bebidas e alimentos são vendidos no ponto alternativo de vendas? - Salgados assados (pastel de forno, empada, esfirra etc.) | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| Que tipos de bebidas e alimentos são vendidos no ponto alternativo de vendas? - Salgadinhos industrializados em pacotes (chips) e batata frita de pacote | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| Que tipos de bebidas e alimentos são vendidos no ponto alternativo de vendas? - Biscoitos ou bolachas industrializadas salgadas ou doces | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| Que tipos de bebidas e alimentos são vendidos no ponto alternativo de vendas? - Balas, confeitos, chocolates, sorvetes etc. | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| Que tipos de bebidas e alimentos são vendidos no ponto alternativo | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |

| | | |
|--|----|------------------------------|
| de vendas? - Sanduíches (cachorro quente, misto quente, hambúrguer etc.) | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| Que tipos de bebidas e alimentos são vendidos no ponto alternativo de vendas? - Frutas frescas ou salada de frutas | -1 | Pulo do questionário |
| | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| Existe propaganda como cartazes, geladeiras, freezers e mesas com marcas de alimentos e bebidas industrializados na escola? | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| A escola tem horta? | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| Os alimentos da horta são utilizados no preparo da comida/merenda escolar? | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| São realizadas ações de educação alimentar e nutricional com os(as) alunos(as) na horta? | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| | | |
| NOS ÚLTIMOS 12 MESES, alguma vez a água da escola foi testada quanto a sua potabilidade (se é adequada para beber)? | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 3 | Não sabe |
| | 9 | Sem resposta |
| A escola oferece papel higiênico para uso dos(as) alunos(as) nos banheiros da escola? | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| A escola tem pia ou lavatório EM CONDIÇÕES DE USO onde os(as) alunos(as) possam lavar as mãos depois de ir ao banheiro e/ou antes das refeições? | 1 | Sim |
| | 2 | Não está em condições de uso |
| | 3 | Não tem pia ou lavatório |
| | 9 | Sem resposta |
| A escola oferece sabão para que os(as) alunos(as) lavem as mãos após usar o banheiro e/ou antes das refeições? | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| NA ÚLTIMA SEMANA, em quantos dias o lixo foi removido dos espaços internos da escola, como salas de aula, pátio e cozinha? | 1 | Nenhum dia |
| | 2 | 1 a 2 dias |
| | 3 | 3 a 4 dias |
| | 4 | 5 ou mais dias |
| | 9 | Sem resposta |

| | | |
|---|----|----------------------|
| NA ÚLTIMA SEMANA, em quantos dias o lixo foi retirado para fora das dependências da escola? | 1 | Nenhum dia |
| | 2 | 1 a 2 dias |
| | 3 | 3 a 4 dias |
| | 4 | 5 ou mais dias |
| | 9 | Sem resposta |
| | | |
| NOS ÚLTIMOS 12 MESES, com que frequência você presenciou (viu) ou ouviu falar que ocorreram assaltos e roubos a pessoas, residências e comércios na localidade (bairro) onde a escola está situada? | 1 | Nenhuma vez |
| | 2 | Poucas vezes |
| | 3 | Algumas vezes |
| | 4 | Muitas vezes |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 12 MESES, com que frequência você presenciou (viu) ou ouviu falar que ocorreram tiros ou tiroteios na localidade (bairro) onde a escola está situada? | 1 | Nenhuma vez |
| | 2 | Poucas vezes |
| | 3 | Algumas vezes |
| | 4 | Muitas vezes |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 12 MESES, com que frequência você presenciou (viu) ou ouviu falar que havia alguém vendendo drogas na localidade (bairro) onde a escola está situada? | 1 | Nenhuma vez |
| | 2 | Poucas vezes |
| | 3 | Algumas vezes |
| | 4 | Muitas vezes |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 12 MESES, com que frequência você presenciou (viu) ou ouviu falar que alguém tinha sido agredido fisicamente ou espancado na localidade (bairro) onde a escola está situada? | 1 | Nenhuma vez |
| | 2 | Poucas vezes |
| | 3 | Algumas vezes |
| | 4 | Muitas vezes |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 12 MESES, com que frequência você presenciou (viu) ou ouviu falar que alguém foi assassinado na localidade (bairro) onde a escola está situada?, | 1 | Nenhuma vez |
| | 2 | Poucas vezes |
| | 3 | Algumas vezes |
| | 4 | Muitas vezes |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 12 MESES, com que frequência você presenciou (viu) ou ouviu falar que alguém sofreu algum tipo de violência sexual na localidade (bairro) onde a escola está situada? | 1 | Nenhuma vez |
| | 2 | Poucas vezes |
| | 3 | Algumas vezes |
| | 4 | Muitas vezes |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 12 MESES, a escola teve que suspender ou interromper suas aulas por motivo de segurança em termos de violência? | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 12 MESES, quantas vezes a escola teve que | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | 1 vez |

| | | |
|--|----|----------------------|
| suspender ou interromper suas aulas por motivo de segurança em termos de violência? | 2 | 2 a 4 vezes |
| | 3 | 5 ou mais vezes |
| | 9 | Sem resposta |
| | | |
| A escola tem algum grupo ou comitê responsável por orientar ou coordenar ações e/ou atividades relacionadas à saúde? | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| A escola participa do Programa de Saúde na Escola (PSE)? | -1 | Pulo do questionário |
| | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 12 MESES, a escola desenvolveu quais dessas seguintes ações? - Apoio à vacinação dos(as) alunos(as) | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 12 MESES, a escola desenvolveu quais dessas seguintes ações? - Promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 12 MESES, a escola desenvolveu quais dessas seguintes ações? - Promoção e avaliação da saúde bucal | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 12 MESES, a escola desenvolveu quais dessas seguintes ações? - Promoção da cultura da paz, cidadania e direitos humanos | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 12 MESES, a escola desenvolveu quais dessas seguintes ações? - Prevenção de violências e acidentes | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 12 MESES, a escola desenvolveu quais dessas seguintes ações? - Prevenção do uso de tabaco | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 12 MESES, a escola desenvolveu quais dessas seguintes ações? - Prevenção do uso de álcool | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 12 MESES, a escola desenvolveu quais dessas seguintes ações? - Prevenção do uso de crack e outras drogas | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 12 MESES, a escola desenvolveu quais dessas seguintes ações? - Prevenção de | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |

| | | |
|--|---|------------------------------|
| infecções/doenças sexualmente transmissíveis (IST/AIDS) | | |
| NOS ÚLTIMOS 12 MESES, a escola desenvolveu quais dessas seguintes ações? - Prevenção de práticas de bullying nas dependências da escola | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 12 MESES, a escola desenvolveu quais dessas seguintes ações? - Prevenção de brigas nas dependências da escola | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 12 MESES, a escola desenvolveu quais dessas seguintes ações? - Nenhuma dessas ações | 0 | Não |
| | 1 | Sim |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 12 MESES, a escola realizou ações conjuntas com a Unidade Básica de Saúde ou a Equipe de Saúde da Família ou a Equipe de Atenção Básica? | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 12 MESES, a escola manteve registros sobre a vacinação dos(as) alunos(as)? | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 12 MESES, a escola registrou na ficha dos(as) alunos(as) informações sobre alergias e/ou tipo sanguíneo dos(as) alunos(as)? | 1 | Sim, ambos |
| | 2 | Sim, apenas alergias |
| | 3 | Sim, apenas tipo sanguíneo |
| | 4 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 12 MESES, a escola teve conhecimento de consumo de cigarro por professores(as) e/ou funcionários(as) nas suas dependências? | 1 | Sim, ambos |
| | 2 | Sim, apenas professores(as) |
| | 3 | Sim, apenas funcionários(as) |
| | 4 | Não |
| | 9 | Sem resposta |
| NOS ÚLTIMOS 12 MESES, a escola teve conhecimento de consumo de cigarro por alunos(as) nas suas dependências? | 1 | Sim |
| | 2 | Não |
| | 9 | Sem resposta |