



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA



**LEANDRO SALDANHA NUNES MOUZINHO**

**TEMPO DE TELA UTILIZADO POR ADOLESCENTES E ASSOCIAÇÃO COM  
RISCO DE SUICÍDIO: UMA CONTRIBUIÇÃO DE UMA COORTE DE  
NASCIMENTO DE SÃO LUÍS, MA**

**SÃO LUÍS – MA**

**2021**

**LEANDRO SALDANHA NUNES MOUZINHO**

**TEMPO DE TELA UTILIZADO POR ADOLESCENTES E ASSOCIAÇÃO COM  
RISCO DE SUICÍDIO: UMA CONTRIBUIÇÃO DE UMA COORTE DE  
NASCIMENTO DE SÃO LUÍS, MA**

Dissertação de mestrado .apresentada para fins de  
obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pela  
Universidade Federal do Maranhão – UFMA.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vanda Maria Ferreira Simões  
Co-orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rejane Christine de Sousa  
Queiroz

SÃO LUÍS – MA

2021

MOUZINHO, Leandro Saldanha Nunes

Tempo de tela utilizado por adolescentes e associação com risco de suicídio: uma contribuição de uma coorte de nascimento de São Luís, MA / Leandro Saldanha Nunes Mouzinho. – UFMA, São Luís, 2021.

183f.

Orientador: Vanda Maria Ferreira Simões

Coorientador: Rejane Christine de Sousa Queiroz

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Maranhão, 2021.

**TEMPO DE TELA UTILIZADO POR ADOLESCENTES E ASSOCIAÇÃO COM  
RISCO DE SUICÍDIO: UMA CONTRIBUIÇÃO DE UMA COORTE DE  
NASCIMENTO DE SÃO LUÍS, MA**

Leandro Saldanha Nunes Mouzinho

Dissertação aprovada em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ pela banca examinadora  
constituída dos seguintes membros:

**Banca Examinadora:**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vanda Maria Ferreira Simões

Orientadora

Universidade Federal do Maranhão

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rejane Christine de Sousa Queiroz

Coorientadora

Universidade Federal do Maranhão

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cristina Marta Del-Ben

Examinadora externa

Universidade de São Paulo

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ruth Helena de Souza Britto Ferreira de Carvalho

Examinadora interna

Universidade Federal do Maranhão

A todos aqueles que acreditaram no sonho de um dia me desenvolver além, de exercer a docência plenamente e contribuir para um mundo melhor.

## AGRADECIMENTOS

A Antonio, sempre ao meu lado nos momentos mais difíceis e sempre acreditando no meu potencial. Os dias são mais reforçadores e as dificuldades são menos aversivas ao seu lado;

A minha mãe Fátima, por todo apoio por todos esses anos;

À minha orientadora Vanda, por ser a minha tutora por toda a pesquisa e por acreditar no meu potencial às vezes até mais do que eu mesmo. Muito obrigado por tudo;

À minha coorientadora Rejane, que construiu a temática comigo no início do mestrado, cheio de medos e incertezas, mas com a orientação tranquila e firme, sempre;

Aos membros da banca examinadora, pessoas que admiro muito e que contribuirão imensamente para o enriquecimento deste trabalho;

À minha turma do PPGSC, pessoas que eu aprendi a amar durante todo o ano. Cada um do seu jeito, me ajudaram a construir o meu eu acadêmico;

Aos professores do PPGSC, exemplo de profissionais e de educadores. Levo cada um de vocês como parte de mim, todos como exemplos magníficos de prática docente;

A todos os outros professores e alunos que passaram pela minha vida acadêmica e docente.

*“Não considere nenhuma prática como imutável. Mude e esteja pronto a mudar novamente. Não aceite verdade eterna. Experimente.”*

*B. F. Skinner*

## **LISTA DE FIGURAS**

### **DISSERTAÇÃO**

Figura 1 - Fluxograma dos três seguimentos da coorte de São Luís.....	34
Figura 2 – Modelo explicativo do risco de suicídio.....	42

### **ARTIGO 2**

Figura 1 – Modelo explicativo do risco de suicídio.....	58
---	----



## LISTA DE TABELAS

### DISSERTAÇÃO

Tabela 1 - Número de mortes por lesão autoprovocada intencionalmente por faixa etária ocorridas entre 2011 e 2019 no Brasil.....	27
--	----

### ARTIGO 2

Tabela 1 - Características sociodemográficas, de hábitos de vida e características psicológicas dos adolescentes participantes da coorte de São Luís, Maranhão, Brasil em 2016 (n = 2515).....	58
Tabela 2 - Modelo final hierarquizado de associação independente dos fatores associados ao risco de suicídio entre adolescentes (n = 2479) de uma coorte de nascimento de São Luís, Maranhão, Brasil, 2016.....	60
Tabela 3 - Risco de suicídio dos adolescentes (n = 2515) participantes da coorte de São Luís, Maranhão, Brasil em 2016.....	61
Tabela 4 - Tempo de tela médio dos adolescentes (n= 2479) participantes da coorte de São Luís, Maranhão, Brasil em 2016.....	61

### ARTIGO 1

Tabela 1 - Informações sobre documentos publicados por entidades governamentais ou de classe nas áreas de saúde e educação sobre redução dos agravos em saúde mental decorrentes do uso excessivo de telas no período de 2010 a 2020.....	80
Tabela 2 - Recomendações de tempo de tela por faixa etária nos documentos da SBP.....	82

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

TV	-	Televisão
AAP	-	Associação Americana de Pediatras
SBP	-	Sociedade Brasileira de Pediatria
ONU	-	Organização das Nações Unidas
C-CASA	-	Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment
OPAS	-	Organização Pan-Americana de Saúde
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
ONG	-	Organização Não-Governamental
CVV	-	Centro de Valorização à Vida
CFM	-	Conselho Federal de Medicina
COFEN	-	Conselho Federal de Enfermagem
CFP	-	Conselho Federal de Psicologia
CFEP	-	Conselho Federal de Educadores e Pedagogos
SBPsi	-	Sociedade Brasileira de Psicologia
SBBG	-	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
AMB	-	Associação Médica Brasileira
APM	-	Associação Paulista de Medicina
ABP	-	Associação Brasileira de Psiquiatria
ABEn	-	Associação Brasileira de Enfermagem
ABPSA	-	Associação Brasileira de Psicologia da Saúde
ABRASME	-	Associação Brasileira de Saúde Mental
ABPMC	-	Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental
ABE	-	Associação Brasileira de Educação
ABPP	-	Associação Brasileira de Psicopedagogia
ABPS	-	Associação Brasileira de Pedagogia Social
IDH	-	Índice de Desenvolvimento Humano
SINASC	-	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
M.I.N.I.	-	Mini International Neuropsychiatric Interview
AUDIT	-	Alcohol Use Disorders Identification Test
APA	-	Associação Americana de Psiquiatria

- CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
- UFMA - Universidade Federal do Maranhão
- CCEB - Critério de Classificação Econômica Brasil
- CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

MOUZINHO, Leandro Saldanha Nunes. 2021. **Tempo de tela utilizado por adolescentes e associação com risco de suicídio: uma contribuição de uma coorte de nascimento de São Luís, MA.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís. 2021. 183f.

## RESUMO

Pesquisadores investigam as consequências do uso de telas em desfechos variados de saúde física e mental, já sendo identificada a necessidade de mais pesquisas envolvendo a população adolescente e as consequências à sua saúde mental. Objetivou-se, nesta pesquisa, analisar a associação entre tempo de tela utilizado pelos adolescentes e risco de suicídio. Trata-se de um estudo transversal com dados de 2.515 adolescentes (18 e 19 anos) pertencentes à terceira fase da coorte de nascimentos, de São Luís, Maranhão avaliados em 2016. A variável de exposição foi o tempo de tela investigado a partir de questionário próprio e a variável desfecho foi o risco de suicídio verificada a partir do instrumento M.I.N.I. Foram escolhidas variáveis independentes, agrupadas em um modelo teórico hierarquizado, correspondendo a um bloco distal com as variáveis sociodemográficas (sexo, estudo, trabalho, situação conjugal, cor da pele, religião, pais divorciados e renda), bloco intermediário com variáveis de hábitos de vida (sono, padrão de consumo de álcool, lazer e IMC) e bloco proximal com variáveis relativas à saúde mental (agressão sofrida, violência psicológica geral, bullying, estresse percebido e saúde mental). Para a análise de associação proposta, foi utilizado regressão logística. Os adolescentes que estão em risco de suicídio somaram 5,48% da amostra e o tempo médio total em frente a eletrônicos somou 9,16 ( $\pm 6,48$ ) horas. A análise da associação entre as variáveis de exposição e desfecho resultou em análise bruta: OR = 1,03 (IC95% = 1,01-1,06, p=0,013) e análise ajustada: OR = 1,03 (IC95% = 1,00-1,06, p=0,040) com ajuste para as variáveis: sexo, religião, sono, padrão de consumo de álcool, lazer, bullying e saúde mental. A literatura especializada, de maneira geral, traz associação entre o tempo de tela em excesso e desfechos em saúde mental, incluindo o suicídio. Porém, deve-se analisar o risco de suicídio como um fenômeno complexo e multideterminado necessitando a consideração de diversos fatores que são intrínsecos da cultura de valorização à vida da sociedade em estudo, o que compromete a generalização de certos achados. Conclui-se que foi possível encontrar associação entre tempo de tela e risco de suicídio na adolescência a partir da amostra em análise.

**Palavras-chave:** Tempo de tela. Suicídio. Adolescência.

**MOUZINHO, Leandro Saldanha Nunes. 2021. Screen time used by adolescents and association with suicide risk: a contribution of a birth cohort in São Luís, MA.**

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís. 2021. 183f.

**ABSTRACT**

Researchers are investigating the consequences of using screens on a variety of physical and mental health outcomes, the need for more research involving the adolescent population and the consequences for their mental health has already been identified. The objective of this research is to analyze the association between screen time used by teenagers and risk of suicide. This is a cross-sectional study with data from 2.515 adolescents (18 and 19 years old) belonging to the third phase of the birth cohort, in São Luís, Maranhão, carried out in 2016. The exposure variable was the screen time investigated from a questionnaire and the outcome variable was the risk of suicide verified from the MINI instrument. Independent variables were chosen, grouped in a hierarchical theoretical model, corresponding to a distal block with sociodemographic variables (sex, study, work, marital status, skin color, religion, divorced parents and income), intermediate block with lifestyle variables (sleep, alcohol consumption pattern, leisure and BMI) and proximal block with variables related to mental health (suffered aggression, general violence, bullying, perceived stress and mental health). For a proposed association analysis, logistic regression was used. Adolescents who are at risk of suicide accounted for 5.48% of the sample and the average total time in front of electronics totaled 9.16 ( $\pm 6.48$ ) hours. An analysis of the association between exposure and outcome variables resulted in crude analysis: OR = 1.03 (IC95% = 1.01-1.06, p=0.013) and adjusted analysis: OR = 1.03 (IC95% = 1.00-1.06, p=0.040) with adjustment for the variables: sex, religion, sleep, alcohol consumption pattern, leisure, bullying and mental health. The specialized literature, in general, brings an association between excessive screen time and mental health outcomes, including suicide. However, the risk of suicide must be analyzed as a complex and multidetermined phenomenon, requiring the consideration of several factors that are intrinsic to the culture of valuing the life of the society under study, which compromises the generalization of certain findings. It was concluded that it was possible to find an association between screen time and the risk of suicide in adolescence from the sample under analysis.

**Key-Words:** Screen time. Suicide. Adolescence.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>17</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo geral.....</b>	<b>17</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos específicos.....</b>	<b>17</b>
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>18</b>
<b>3.1</b>	<b>Tempo de tela.....</b>	<b>18</b>
<b>3.2</b>	<b>Suicídio e risco de suicídio.....</b>	<b>22</b>
<b>3.3</b>	<b>Relação entre tempo de tela e ideação suicida em adolescentes.....</b>	<b>28</b>
<b>3.4</b>	<b>Tempo de tela e saúde mental: participação do estado e entidades na redução de agravos.....</b>	<b>32</b>
3.4.1	Artigo 1.....	32
<b>4</b>	<b>ASPECTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>33</b>
<b>4.1</b>	<b>Delineamento do estudo.....</b>	<b>33</b>
<b>4.2</b>	<b>Local do estudo.....</b>	<b>33</b>
<b>4.3</b>	<b>Participantes e amostra.....</b>	<b>33</b>
4.3.1	Critérios de inclusão.....	35
4.3.2	Critérios de não-inclusão.....	35
<b>4.4</b>	<b>Coleta de dados e instrumentos.....</b>	<b>35</b>
<b>4.5</b>	<b>Variáveis.....</b>	<b>36</b>
4.5.1	Variável dependente.....	36
4.5.2	Variáveis independentes.....	36
<b>4.6</b>	<b>Modelo teórico.....</b>	<b>41</b>
<b>4.7</b>	<b>Processamento de dados e análises estatísticas.....</b>	<b>42</b>
<b>4.8</b>	<b>Aspectos éticos.....</b>	<b>43</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>44</b>
<b>5.1</b>	<b>Artigo 2.....</b>	<b>44</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>62</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>63</b>
	<b>APÊNDICE A – ARTIGO “TEMPO DE TELA E SAÚDE MENTAL: PARTICIPAÇÃO DO ESTADO E ENTIDADES NA REDUÇÃO DE AGRAVOS”</b>	<b>76</b>

<b>ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>88</b>
<b>ANEXO B – QUESTIONÁRIO DE CADASTRO.....</b>	<b>92</b>
<b>ANEXO C – QUESTIONÁRIO BODPOD.....</b>	<b>98</b>
<b>ANEXO D – QUESTIONÁRIO GERAL 1.....</b>	<b>100</b>
<b>ANEXO E – QUESTIONÁRIO GERAL 2.....</b>	<b>123</b>
<b>ANEXO F – QUESTIONÁRIO M.I.N.I. E AUDIT.....</b>	<b>143</b>
<b>ANEXO G – QUESTIONÁRIO CONFIDENCIAL.....</b>	<b>152</b>
<b>ANEXO H – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....</b>	<b>161</b>
<b>ANEXO I – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DA “REVISTA PANAMERICANA DE SAÚDE PÚBLICA”.....</b>	<b>168</b>
<b>ANEXO J – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA “CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA”.....</b>	<b>180</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Os avanços nas tecnologias de comunicação para diversos usos e fins trazem vantagens e desvantagens aos seus usuários nos tempos atuais (AUTRAN et al., 2014; BARBOSA, 2016; LUCENA et al., 2015; REUTER et al., 2015; SCHAAN et al., 2019). Vale a consideração que essas tecnologias podem trazer muitos avanços relacionados a troca de informações em tempo cada vez mais curto, porém deve-se estar alerta a possibilidade de distanciamento dos seus usuários, dependendo de como essa comunicação é conduzida. (AUGNER; HACKER, 2012).

Ao mesmo passo, uma outra problemática vem se intensificando e emerge cada vez mais: o aumento gradativo da prevalência de sintomas depressivos e risco de suicídio na população jovem (GOMES et al., 2018). Um fenômeno que já é apontado por autores como um possível sintoma da cultura pós-moderna e das relações que são construídas nela (NICO; LEONARDI; ZEGGIO, 2015).

O investimento científico em pesquisas buscando identificar relações entre essas duas variáveis vem crescendo com o decorrer dos anos, impulsionado por esse crescimento exposto em ambos os fenômenos, o que pode ser um indício da correlação entre eles (BIDDLE et al., 2008; BOTEGA et al., 2005; BUSCH; MANDERS; LEEUW, 2014; HUANG, 2017; HUXTON; JUNE; KINN, 2011; LI et al., 2018; TWENGE et al., 2018).

Os estudos que se propõem a analisar o uso de mídias sociais pela influência que estas tomam na vida dos adolescentes apresentam resultados diversos. Existem análises que demonstram o seu fator protetivo (DIENLIN; MASUR; TREPTE, 2017; OH; OZKAYA; LAROSE, 2014; VALKENBURG; PETER; SCHOUTEN, 2006), e outras que evidenciam como a utilização dessas mídias têm função negativa ao nutrir sentimentos que estão diretamente ligados a comportamentos suicidas (AUGNER; HACKER, 2012; HUANG, 2017; KROSS et al., 2013; SHAKYA; CHRISTAKIS, 2017; TROMHOLT, 2016). Essa binariedade depende de fatores subjetivos que não são necessariamente claros, nem para os adolescentes nem para a comunidade científica.

Existem muitos estudos que buscaram associação entre tempo de tela e variáveis biológicas, sociais e psicológicas (AUGNER; HACKER, 2012; BERGMONN et al., 2016; BUSCH; MANDEES; KEEUW, 2013; COSTA; ASSIS, 2011; HUANG, 2017; KELLY et al., 2018; KROSS et al., 2013; LI et al., 2018; LUCENA et al., 2015; MAIA, 2018; MOTA et al., 2007; OLIVEIRA et al., 2016; REUTER et al., 2015; SANTOS et al., 2013; SHAKYA; CHRISTAKIS, 2017; SIRARD et al., 2013; TWENGE; CAMPBELL, 2018; TWENGE et al., 2018; VASCONCELLOS; ANJOS; VASCONCELLOS, 2013).



Esses estudos iniciaram desde 1969 com preocupações da comunidade científica com a visão, postura e atividade física da população em exposição a telas (KIERMANDER, 1969; TREVOR-ROGER, 1969), continuando com a busca por consequências de saúde física até os anos 2000 em que as primeiras pesquisas com foco em saúde mental foram desenvolvidas (PAGE et al., 2010; SUBRAHMANYAM et al., 2000; TEYCHENNE; BALL; SALMON, 2010). No Brasil, os estudos tendem a encontrar associação entre o consumo de telas em excesso e consequências de saúde física (FORLI, 2015; PARAJÁRA, 2019) e saúde mental (DESLANDES; COUTINHO, 2020; SANTOS, 2020; SILVA, 2020).

Porém, como apontado por Twenge et al. (2018), essas associações partem de pesquisas com populações distintas que estão inseridas em culturas muito específicas. A variação cultural limita a generalização desses achados a outras nacionalidades e culturas diferentes – já que se trata de componentes humanos que variam muito culturalmente, especialmente quando são analisadas variáveis sociais e psicológicas.

Portanto, as poucas pesquisas que estudaram a associação entre o tempo de tela excessivo e risco de suicídio em adolescentes nos Estados Unidos tem a generalização de seus achados comprometida para a realidade brasileira. Segundo Gomes et al. (2018), a forma de conceber construtos subjetivos é particular de cada cultura, o que é o caso na discussão de assuntos como a retirada da própria vida, morte, luto e o consumo de eletrônicos.

Além disso, condizente ao apontado por Twenge et al. (2018), a literatura científica carece de pesquisas quantitativas que tentem mostrar associação entre o tempo de tela e risco de suicídio na população adolescente – foco principal da pesquisa proposta neste projeto. Portanto, pergunta-se se há associação entre tempo de tela e risco de suicídio em adolescentes residentes em São Luís – MA. A hipótese do estudo é que há associação positiva entre as variáveis.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

- Analisar a associação entre tempo de tela utilizado pelos adolescentes e risco de suicídio

### **2.2 Objetivos específicos**

- Verificar as características sociodemográficas, de estrutura familiar e hábitos de vida nos adolescentes;
- Estimar a prevalência de risco de suicídio nos adolescentes;
- Verificar o tempo de tela utilizado pelos adolescentes;
- Identificar se existe associação entre tempo de tela e risco de suicídio.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para melhor compreensão do assunto estudado realizou-se revisão da literatura sobre tópicos importantes encontrados em estudos recentes da área, além de reflexões mais aprofundadas da temática principal do estudo em relação a saúde coletiva. Estes tópicos foram apresentados como define a seguir: Tempo de tela; Suicídio e risco de suicídio; Relação entre tempo de tela e risco de suicídio em adolescentes; e Tempo de tela e desfechos em saúde mental: participação do estado e entidades de classe para redução de agravos.

#### 3.1 Tempo de tela

O fenômeno mencionado de passar horas em frente a um aparelho eletrônico é denominado de “tempo de tela” por estudos da área e engloba comportamentos de assistir e interagir com aparelhos eletrônicos como: televisão (TV), computador, celular, videogames, entre outros dessa categoria. A busca por consequências do uso excessivo de telas vem atraindo a atenção da comunidade científica há alguns anos (FRIEDRICH et al., 2014). Os primeiros estudos datam de 1969, quando médicos de Londres (UK) estudaram os impactos da televisão na saúde dos indivíduos, investigando especificamente questões físicas como a visão, postura e atividade física (KIERMANDER, 1969; TREVOR-ROGER, 1969).

Esses estudos continuaram nos anos seguintes, com pesquisas experimentais sobre leitura de sentenças em telas e comportamento paranoide no início da década de 70 (LEWIN, 1972; WOBLER, 1978). Nas décadas de 80 e 90, houve maior preocupação com os possíveis desfechos de saúde física na população, considerando a continuidade e proliferação das telas na sociedade, como visto nos estudos de Dietz e Gortmaker (1985) e de Tucker e Friedman (1989), que investigaram, respectivamente, obesidade em crianças e adultos na década de 80, os estudos de Jeffery e French (1998) sobre obesidade e consumo de *fastfoods*, de Pate et al. (1996) sobre atividade física, e de Tucker e Bagwell (1991) sobre obesidade em mulheres na década de 90. É possível perceber nesses estudos, que o foco foi direcionado a desfechos de saúde física, com pouco investimento na investigação de consequências à saúde mental da população estudada. Vale o destaque que, em cartilha produzida pela *American Academy of Pediatrics* (1991), em 1991 houve a primeira menção a limite de uso de telas a crianças e adolescentes, estabelecendo de uma a duas horas de uso diárias como recomendável para consumo saudável.

A partir dos anos 2000, a comunidade científica manteve o interesse pelas consequências do uso excessivo de eletrônicos, agora investindo maior tempo e recursos não apenas aos desfechos de saúde física, mas também dando atenção à saúde mental e social dos indivíduos (PAGE et al., 2010; SUBRAHMANYAM et al., 2000; TEYCHENNE; BALL;

SALMON, 2010). Esse achado fica mais claro a partir de uma revisão sistemática que analisou pesquisas entre 1980 e 2009 e identificou relatos científicos de propensão a obesidade e sintomas de ansiedade e depressão em crianças inglesas (CILLERO; JAGO, 2010).

Atualmente, as pesquisas relacionadas ao comportamento de expor-se a telas são frequentemente relacionadas ao sedentarismo e trazem diversas consequências à saúde do indivíduo e ao seu desenvolvimento social e psicológico (AUTRAN et al., 2014; LUCENA et al., 2015; REUTER et al., 2015; SIGMAN, 2012).

Quanto à definição de “tempo excessivo de tela”, nos estudos encontrados foram utilizadas as recomendações da Associação Americana de Pediatras – AAP (2013) que traz diretrizes a serem seguidas por pediatras e profissionais de saúde, incluindo orientações a pais sobre o uso de tecnologias digitais e tempo de tela de seus filhos. O estudo recomenda que o tempo de tela não seja maior que duas horas diárias, que o seu uso seja desencorajado em crianças com menos de dois anos e, ainda, que o consumo desses aparelhos seja monitorado pelos pais, servindo como fomento para discussão de tópicos importantes e valores familiares com o jovem.

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) (2016; 2019a; 2019b; 2020a; 2020b) emitiu diversos documentos semelhantes com recomendações aos pais, educadores e pediatras para limitar o uso de telas. O primeiro documento (SOCIEDADE, 2016) faz menção à redução do uso de eletrônicos a menos de uma hora diária para crianças de 18 meses a cinco anos de idade; quanto a outras faixas etárias, sugeriu que o tempo de uso diário ou a duração total ao longo do dia seja limitado e proporcional às idades e etapas do desenvolvimento cerebral-mental-cognitivo-psicossocial das crianças e adolescentes. Porém, o documento não especifica a proporção ideal entre o uso de tecnologias de informação e as idades e etapas do desenvolvimento citadas.

No documento mais recente (SOCIEDADE, 2020a), a Sociedade recomenda que a menores de dois anos deve-se evitar exposição frequente a telas ou jogos de videogames; para crianças de dois a cinco anos, os responsáveis devem reduzir o tempo de uso para uma hora por dia; para seis a dez anos o uso máximo deve ser de duas horas ao dia; e entre onze a dezoito anos o tempo de tela não deve exceder três horas diárias. Para qualquer outra idade cita-se que o uso deve ser limitado a quatro a cinco horas.

Um fenômeno merece destaque considerando a dinâmica complexa deste comportamento: o chamado *multitasking* ou acúmulo de telas. Segundo Cain et al. (2016), este comportamento consiste na utilização de mais de um aparelho eletrônico ao mesmo tempo, como quando um indivíduo deixa a televisão ligada enquanto utiliza o celular ou tablet. De

acordo com um estudo americano realizado com a amostra representativa de 2002 crianças e adolescentes de 8 a 18 anos, o jovem americano passa em média sete horas e trinta minutos por dia utilizando algum eletrônico, sendo 29% deste tempo (aproximadamente duas horas e dez minutos) em acúmulo de telas (RIDEOUT; FOEHR; ROBERTS, 2010). E, segundo revisão realizada por Uncapher et al. (2020), este fenômeno já foi encontrado em diversas outras pesquisas realizadas em diferentes países, configurando-se como uma questão global.

As consequências desse acúmulo incluem: menor habilidade para filtrar distratores do ambiente (CAIN; MITROFF, 2011; MINEAR et al., 2013; RALPH et al., 2015), maiores níveis de impulsividade (MINEAR et al., 2013; UNCAPHER; THIEU; WAGNER, 2016), busca sensorial (DUFF et al., 2014; KONONOVA, 2013), dificuldades com memória de longo prazo (UNCAPHER; THIEU; WAGNER, 2016), sintomas de depressão e ansiedade social (BECKER; ALZAHABI; HOPWOOD, 2012).

Especificamente sobre consequências de acúmulo de telas em adolescentes, aponta-se associação com menor função executiva, maior distratibilidade a eventos do ambiente (BAUMGARTNER et al., 2014), baixo desempenho acadêmico e aumento da impulsividade (CAIN et al., 2016), além de concorrer diretamente com outras habilidades funcionais como realizar dever de casa ou estudar utilizando mídias digitais (UNCAPHER et al., 2020).

A literatura especializada aponta a quantidade reduzida de estudos que abordam especificamente o acúmulo de telas e suas consequências à população geral e, em especial, a crianças e adolescentes. Uncapher et al. (2020) aponta que, além da reduzida quantidade de pesquisas, nessas há heterogeneidade nas amostras e nos métodos utilizados, porém o peso da evidência de acúmulo de tela é suficiente para demonstrar que há consequências negativas o suficiente para alertar a comunidade científica e a população para o fenômeno.

Sobre os fatores predisponentes, Cain et al. (2016) discutem que a redução da função executiva associada ao acúmulo de telas identificado por alguns estudos, pode ser uma consequência deste e não uma causa – isso significa que a dificuldade em realizar tarefas do cotidiano talvez não seja uma consequência de acumular mais de um aparelho eletrônico e sim um antecedente.

Nos últimos anos as crianças e adolescentes utilizam cada vez mais tecnologias de informação e comunicação (ANDERSON; JIANG, 2018; BARBOSA, 2016; SMITH; ANDERSON, 2018; TSITSIKA et al., 2014). Em países desenvolvidos, observa-se esse dado de forma difusa: nos Estados Unidos, segundo estudo realizado com adolescentes de 13 a 17 anos, 95% dos participantes possuíam acesso a smartphone e 45% da amostra utilizam mídias

sociais quase constantemente, sendo as mais acessadas: *Youtube*, *Instagram* e *Snapchat* (ANDERSON; JIANG, 2018).

Essa taxa também é elevada na Austrália, em que os 95% dos adolescentes estudados utilizam mídias sociais diariamente (EWING; NAGEL; THOMAS, 2015) e na Europa, representada por estudo que investigou diversos países europeus numa amostra significativa (n=10.930) de adolescentes entre 14 e 17 anos, demonstrando que 70% dos adolescentes usam mídias sociais diariamente e que 40% desses usam-nas por mais de duas horas ao dia (TSITSIKA et al., 2014).

Sobre excesso de tempo de tela geral, os dados mundiais também apresentam altos índices de prevalência. Os estudos mostram que 59,2% dos adolescentes espanhóis (MIELGO-AYUSO et al., 2017) e 80,6% dos adolescentes canadenses (MCMILLAN; MCISAAC; JANSSEN, 2015) utilizam telas por mais de duas horas por dia. Em países menos desenvolvidos, também é possível observar a alta prevalência de tempo de tela por jovens. O estudo de Ephraim (2013) concluiu que a maioria dos usuários de mídias sociais na África do Sul são adolescentes, baseado em estatísticas do site *Social Bakers*\* e no relatório de 2011 da UNICEF sobre uso de mídias sociais pelo público infantil. Na Ásia, o levantamento feito por Mak et al. (2014) pesquisou o uso de internet por adolescentes em seis países (China, Hong Kong, Japão, Coreia do Sul, Malásia e Filipinas) e demonstrou que em média 62% da amostra possuía smartphone – com destaque para a porcentagem de 41% na China e 82% na Coreia do Sul – e a maior prevalência de tempo excessivo de tela, considerando duas horas ou mais diárias de uso, foi encontrada em Hong Kong, em 68% dos adolescentes pesquisados.

No Brasil, é possível observar o crescimento do tempo de tela por adolescentes com o passar dos anos. Em 2012, 21% das crianças e adolescentes no Brasil utilizavam o telefone celular para acessar a internet, essa porcentagem aumentou para 82% em 2014 e para 85% em 2015. Também é importante citar que o uso de internet tende a crescer com o aumento da idade: 55% dos jovens de 9 a 10 anos utilizam internet diariamente, a taxa cresce para 58% na faixa etária de 11 a 12 anos, 70% para adolescentes de 13 a 14 anos e 78% nos usuários de 15 a 17 anos. O maior poder aquisitivo também é um fator que aumenta o consumo de horas diárias em frente a tela de um dispositivo eletrônico: 80% dos jovens com alto poder aquisitivo usam a internet mais de uma vez por dia, contra apenas 51% dos jovens com menor poder aquisitivo (MARTINHÃO, 2016).

---

\* Site especializado em análise e consultoria sobre mídias sociais e tempo de tela no mundo.

Em outras pesquisas brasileiras, Oliveira et al. (2016) investigaram 74.589 adolescentes de 12 a 17 anos de 1.247 escolas em 124 municípios e a prevalência de tempo de tela alcançou 51,8%. Os dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) demonstraram alta prevalência de exposição a TV em todo o país, com 78% da amostra utilizando este eletrônico por mais de duas horas por dia (BRASIL, 2010b).

Em revisão sistemática com metanálise recente de estudos sobre uso de telas no Brasil, Schaan et al. (2019) identificaram que adolescentes mais velhos (15 a 19 anos) usam mais eletrônicos que os mais novos (10 a 14 anos); quanto à região, o nordeste apresentou a menor prevalência e o sul a maior em termos de horas de uso; a prevalência de consumo excessivo de telas por adolescentes brasileiros foi considerada alta (70,4%), sem diferença significativa entre sexos.

Essas estatísticas aliadas a outras pesquisas que também se propuseram a analisar o assunto (ANDERSON; JIANG, 2018; POUSSHTER; BISHOP; CHWE, 2018a, 2018b; SILVER et al., 2019), demonstram que o tempo excessivo de tela por jovens é um fenômeno global e transcultural, considerando o fato que o aumento da quantidade de horas passadas em frente a um aparelho eletrônico aumenta gradativamente com os anos.

Sobre as consequências inerentes ao uso excessivo de tempo de tela, vários estudos em diversas nacionalidades analisaram associação com hipertensão (SANTOS et al., 2013), estado nutricional (VASCONCELLOS; ANJOS; VASCONCELLOS, 2013), sedentarismo (SLUIJS et al., 2010), atividade física (BERGMANN et al., 2016; COSTA; ASSIS, 2011; MOTA et al., 2007; SIRARD et al., 2013) uso de medicação (BERGMANN et al., 2016), comportamento alimentar (OLIVEIRA et al., 2016), sintomas depressivos, ideação suicida e suicídio (TWENGE et al., 2018).

### **3.2 Suicídio e risco de suicídio**

A forma como a sociedade concebe o suicídio e o conceito de valorização à vida não são estáticos no decorrer da história. Dependendo do momento histórico e de como o ser humano encara esses dois conceitos, tirar a própria vida podia ser visto num *continuum* de adequabilidade, intercedendo por aspectos como a honra e os desejos do Estado (BOTEGA, 2015).

Durante parte da história humana o suicídio não foi visto como algo reprovável ou condenável, de maneira geral. Seu significado perpassou por motivações místicas e religiosas até um ato racional de escolha, sendo criticado pontualmente pela possibilidade de enfraquecimento do Estado e, conseqüentemente, do Tesouro, como é visto na visão de

Aristóteles, que o classificava como uma ofensa – por isso, o ato não era permitido a escravos, soldados ou criminosos na antiga Roma (SHACKELFORD; WEEKES-SHACKELFORD, 2018).

A partir da Idade Média, com a escassez de comida, as doenças e a falta de qualidade de vida geral para o povo, o suicídio tornou-se um ato reprovável e condenável. A igreja e o Estado criaram vários ritos e regras que puniam tanto a família da pessoa que morria por suicídio quanto o próprio indivíduo, criando condições especiais para o seu sepultamento e condenando a sua experiência pós-morte (FALCONE; TIMMONS-MITCHELL, 2018).

A tentativa de tirar a própria vida começou a ser vista como uma questão de saúde a partir do século XVII com a mudança de perspectiva de um ato condenável a um sinônimo de melancolia. A teoria dos humores justificou o suicídio como um acúmulo de *bilis negra* e chás terapêuticos eram prescritos para pessoas que apresentavam as ideações. Nessa época inicia-se o pensamento do suicídio como uma fuga do sofrimento, algo bem difundido na literatura atual. Dois marcos ocorridos no século XIX foram descritos como a revolução industrial e o surgimento da obra “O Suicídio” de Emily Durkheim, que deslocou o foco do suicídio do indivíduo para a sociedade, a moral e, principalmente, os problemas sociais (BOTEGA, 2015).

Com o avanço da ciência e dos estudos sobre o suicídio pelas áreas da saúde mental, epidemiologia, bioética entre outras, a pessoa em risco de suicídio deixou de ser vista como transgressora para receber a alcunha de vítima. Passa a ser aquele que não suportou as pressões do mundo moderno, que está na contra-mão do ser saudável, que é visto como espetáculo pela mídia e pela internet – muitas vezes numa visão impessoal e egoísta (SHACKELFORD; WEEKES-SHACKELFORD, 2018).

A partir do final dos anos 60, o suicídio foi definido pela Organização das Nações Unidas (ONU) como um fenômeno multideterminado, multifatorial e transacional que se desenvolve por trajetórias complexas, porém identificáveis (OMS, 1969) e passou a ser cada vez mais pesquisado e apropriado pela área da saúde coletiva. Como um problema de saúde, tornou-se uma atribuição dos profissionais da saúde identificar e tratar a ideação suicida, reduzindo o risco de suicídio para que este não se torne tentativas (BOTEGA, 2015)..

Atualmente, a própria visão do suicida como vítima está posta em cheque, visto as multideterminações deste comportamento. A literatura recente evita utilizar a expressão “cometeu suicídio” e está cada vez mais utilizando termos como “morreu por suicídio”, a fim de modificar a visão da pessoa que comete um atentado contra a vida, como algo reprovável e culpabilizando-a por não suportar as dificuldades da sua vida (FALCONE; TIMMONS-MITCHELL, 2018).



Capacitar os profissionais de saúde como disseminadores de educação em saúde é uma das principais ações pautadas para a redução do suicídio como um problema de saúde pública (BOTEGA, 2015). Paradoxalmente à importância que esses profissionais tem, também há muitos mitos e dificuldade em lidar com o assunto, visto ainda como um tabu a ser tratado ou como um assunto perigoso, pela possibilidade de influenciar a pessoa a realizar o ato suicida, se este for abordado. Portanto, a relação do profissional com essa área é dialética e precisa ser encarada em toda a sua complexidade (FALCONE; TIMMONS-MITCHELL, 2018)..

Existem vários conceitos referentes ao comportamento suicida que são de grande importância para o entendimento do tema de forma completa. Essa diversidade é apontada por especialistas na área como um empecilho para as pesquisas científicas e para a correta avaliação do comportamento suicida (RECCO et al., 2020; TURECKI; BRENT, 2016). Pensando nessa dificuldade, Posner et al. (2007) propuseram uma categorização dos diferentes conceitos de suicídio e outros comportamentos que estão relacionados a este, chamada C-CASA (*Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment*), descritos a seguir:

- Suicídio completo: Definido pelo comportamento de autolesão com resultado fatal e está relacionado a com a intenção de morrer;
- Tentativa de suicídio: Comportamento não-fatal de autolesão com indícios implícitos ou explícitos de intencionalidade, pode não resultar em uma lesão efetiva;
- Atos preparatórios para um comportamento suicida iminente: O indivíduo toma medidas que direcionam a autolesão, mas é interrompido por outras pessoas ou por si mesmo antes do ato autolesivo iniciar ou antes deste resultar em uma lesão;
- Ideação suicida: Pensamentos referentes a ser o agente da própria morte. Pode variar de intensidade e frequência, de acordo com a intensão suicida e não resultam em um comportamento autolesivo;
- Comportamento de autolesão, sem ideação suicida: Considerado o comportamento de provocar a lesão em si mesmo, sem a intenção de morrer;
- Outros, autolesão deliberada: lesão ocorrida sem intenção de morrer ou de autolesão deliberada. Pode ser proveniente de uma lesão acidental, condição psiquiátrica ou procedimento;
- Autolesão, intenção suicida desconhecida: Comportamento de autolesão em que a intenção suicida é desconhecida e não pode ser inferida;

- Sem informação suficiente: Existe uma lesão ocorrida, porém não há informações suficientes para determinar se aquela lesão foi auto-inflingida ou se havia algum tipo de intenção suicida envolvida.

Outros conceitos importantes consistem na “Intenção suicida”, definida como o desejo e expectativa subjetiva de que uma ação autolesiva seja fatal e o “risco de suicídio”, definido como a probabilidade que a ideação suicida leve a uma tentativa de suicídio ou ao suicídio (RECCO et al., 2020).

Existem vários fatores que influenciam o risco de suicídio. 90% dos indivíduos que cometem suicídio cumprem critérios para um ou mais transtornos psiquiátricos. Os principais transtornos que oferecem risco aumentado de intenção suicida são: depressão maior; transtorno afetivo bipolar, especialmente na fase depressiva; esquizofrenia e, principalmente, transtorno esquizoafetivo; transtornos de ansiedade, com maior taxa de suicídio caso haja comorbidade com transtornos de humor; transtornos de uso de substâncias, principalmente quando associado a estressores psicossociais, como perda de renda significativa ou morte de familiar próximo; transtorno de personalidade, em especial borderline e antissocial (BOTEGA et al., 2005).

Além dos transtornos psiquiátricos, alguns sintomas sinalizam o risco aumentado de suicídio nos pacientes, como: ansiedade, principalmente em crises de pânico; desesperança, um sintoma presente em vários transtornos e que está fortemente relacionado a ideação suicida; impulsividade e agressividade, relacionados especialmente a tentativas de suicídio e ao suicídio consumado (BOTEGA, 2015).

Outros fatores relacionados ao suicídio são: história psiquiátrica pregressa e variáveis clínicas e familiares. Tentativas pregressas de suicídio, diferentemente de como a ideação popular normalmente idealiza, são indícios fortes de possíveis novas tentativas, conforme identificado na literatura especializada que indica que pessoas que já tentaram suicídio tem 38 vezes mais chances de tentar novamente. Estressores psicossociais também são identificados como fatores de forte relação com a ideação suicida, incluindo: perdas familiares, desemprego, separações, declínio de condição socioeconômica, dentre outras (RECCO et al., 2020).

Além disso, existem algumas condições clínicas que tem maior prevalência de tentativas de suicídio relacionadas às limitações inerentes a estas condições, tais como: AIDS, epilepsia, lesões medulares, lesões cerebrais e câncer. O histórico familiar também é identificado como um forte preditor de possíveis tentativas de suicídio pelo paciente. A presença de tentativas de suicídio em familiares próximos aumenta o risco de que um indivíduo venha a tentar suicídio (RECCO et al., 2020).

Os motivos que levam uma pessoa a se suicidar são variados e nem sempre são claros às pessoas que têm que lidar com a morte autoprovocada de um ente querido. É importante frisar que a pessoa que morre por suicídio não o faz por um desejo de morrer em si, mas sim por uma tentativa de fuga de uma realidade percebida de sofrimentos (DAOLIO; SILVA, 2009). Conforme discutido por Sadock, Sadock e Ruiz (2017), o sofrimento da pessoa com ideação suicida é privado e inexprimível, o que deixa membros da sua rede de apoio (família, amigos, colegas) a lidar com o sentimento de perda e culpa, devido à situação que não fazia parte dos seus planos futuros.

A análise dos determinantes do comportamento suicida é complexa, multideterminada e individual para cada caso. Por se tratar de um comportamento que se desenvolve no decorrer da interação de fatores familiares, sociais e ontogenéticos, generalizar a razão de pessoas cometerem ou pensarem em suicídio é reduzir esse fenômeno multifacetado (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Uma população em específico que necessita de cuidados especiais quanto ao manejo de comportamento suicida são os adolescentes. Esses comportamentos, nessa faixa etária, envolvem motivações complexas incluindo humor depressivo, dificuldades de lidar com situações emocionais, comportamentais e sociais, e abuso de substâncias. Outros fatores de suicídio entre os jovens incluem o término de relações amorosas, vida acadêmica conturbada e outras situações estressantes da vida, além de baixa estrutura psicológica para resolver problemas, baixa autoestima, e conflitos em torno da identidade sexual (OMS, 2006).

Existe um fenômeno conhecido como suicídio em grupos que é particularmente frequente entre os jovens, configurando-se como uma realidade que deve ser considerada. Uma tentativa de suicídio ou um suicídio consumado, dependendo da proporção em que este evento tomar nas mídias, podem levar a comportamentos de autodestruição em grupos de colegas ou em outras comunidades semelhantes, que imitem o estilo de vida ou os atributos de personalidade do indivíduo suicida (OMS, 2006). Este tipo de suicídio pode ocorrer também por comum acordo entre os adolescentes, formando um pacto de suicídio entre os envolvidos e consumando o ato de maneira conjunta. Essa prática é especialmente frequente na Coreia do Sul, onde a taxa de suicídio por pactos entre adolescentes é a maior do mundo (LUXTON; JUNE; FAIRALL, 2012).

Por mais que existam estudos e trabalhos que discutam sobre fatores predisponentes e protetores, formas de lidar e características gerais do suicídio, este fenômeno exhibe particularidades em distintos públicos quanto às motivações, significados e métodos, tornando seu estudo complexo e plurideterminado (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). Segundo a

Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS (2018), o risco de suicídio deve ser avaliado por profissionais qualificados a fim de prevenir a consumação do ato de tirar a própria vida e é visto como um problema grave de saúde pública que afeta o mundo inteiro.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde - OMS (2018), é estimado que 800.000 pessoas morram por suicídio anualmente, totalizando taxa de suicídio mundial de aproximadamente 11 mortes autoprovocadas por 100.000 habitantes. Dentre os continentes, a Ásia ocupa o primeiro lugar em número de suicídios com taxa de 13,5 por 100.000 habitantes. As américas ocupam o quarto lugar entre os continentes com taxa de 9 mortes por 100.000.

Quando submete-se os dados à comparação por idade, o suicídio é a segunda maior causa de mortes na faixa etária de 10 a 29 anos em 2016, contabilizando 222.093 mortes autoprovocadas nessa faixa etária, neste mesmo ano. As mortes por essa causa entre jovens de 10 a 14 anos totalizaram 9.368 ocorrências. Na faixa etária de 15 a 19 anos o agravo ocorreu 52.750 vezes. A ocorrência do suicídio entre jovens é a taxa que mais cresce com o passar dos anos, segundo dados da OMS (2018).

No Brasil ocorreram 11.433 mortes por suicídio em 2016, um acréscimo de 2,3% se comparado ao número de ocorrências em 2015 de 11.178. A taxa de suicídio em 2016 no Brasil foi de 5,8 por 100.000 habitantes, segundo estimativas do DataSUS; a taxa é considerada baixa se comparada com a média mundial de 11 por 100.000 habitantes (BRASIL, 2018a). Quanto ao público específico de crianças e adolescentes, pode-se perceber um acréscimo gradual do número de suicídios entre os anos de 2011 e 2016, conforme pode ser visto na Tabela 01.

Tabela 1 - Número de mortes por lesão autoprovocada intencionalmente por faixa etária ocorridas entre 2011 e 2019 no Brasil

<b>Faixa etária</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>TOTAL</b>
<b>&lt; 1 ano</b>	-	-	-	-	-	1	1
<b>1 a 4 anos</b>	-	-	-	-	-	1	1
<b>5 a 9 anos</b>	5	3	3	4	3	4	22
<b>10 a 14 anos</b>	105	117	119	142	132	143	758
<b>15 a 19 anos</b>	628	675	666	672	722	754	4.117
<b>TOTAL</b>	738	795	788	818	858	903	4.899

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Em 2008, a Organização Mundial de Saúde colocou o suicídio como uma das prioridades para o Programa Mundial de Ações para Reduzir as Lacuna em Saúde Mental<sup>†</sup> e criou em 2012 o manual de Ações em Saúde Pública para Prevenção do Suicídio<sup>‡</sup>, com informações sobre manejo de recursos humanos e financeiros para os gestores em saúde mental do mundo com a finalidade de reduzir a ocorrência de suicídios (OMS, 2012).

No Brasil, o Ministério da Saúde vem realizando diversas políticas públicas e ações articuladas e sistematizadas de prevenção ao suicídio, essas ações integram os campos da saúde, educação segurança pública, mídia, Organizações Não-Governamentais (ONG's) e lideranças comunitárias. Quanto às políticas públicas, pode-se mencionar as Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio em 2006, que foram implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão; a parceria com o CVV – Centro de Valorização à Vida desde 2015, uma instituição voltada ao apoio emocional por meio de ligação telefônica para prevenção de suicídios (BRASIL, 2018b) e, mais recentemente, em 2019 foi instituída a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, uma estratégia permanente do poder público para a prevenção desses eventos e para o tratamento dos condicionantes a eles associados (BRASIL, 2019).

Essa política objetivou a promoção da saúde mental, prevenção da violência autoprovocada, garantia do acesso à atenção psicossocial por pessoas em sofrimento psíquico, abordagem adequada de familiares e pessoas próximas, psicoeducação à sociedade, notificação eficiente de ocorrências e treinamento de gestores e profissionais em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2019) e foi complementada pelo decreto n. 10.225 de fevereiro de 2020 que instituiu o comitê gestor da política, estabelecendo normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada (BRASIL, 2020a).

### **3.3 Relação entre tempo de tela e ideação suicida em adolescentes**

O tempo de tela excessivo é analisado pela literatura de forma divergente, pois ao mesmo tempo que propicia oportunidades diversas de envolver os jovens em pesquisa, estudo e comunicação que não seriam possíveis sem esses elementos tecnológicos, também cria desafios a pais e educadores quanto ao mau uso das mídias e das suas consequências nesse público específico (BARBOSA, 2016).

---

<sup>†</sup> Do inglês *Mental Health Gap Action Programme*, um programa a nível mundial que visa reduzir a falta de cuidados em saúde, especialmente em países de baixa e média renda, para a população com transtornos mentais, neurológicos e em uso de álcool e outras substâncias (OMS, 2010).

<sup>‡</sup> Do inglês, *Public Health Action for the Prevention of Suicide*.

Quanto à disponibilidade do assunto nas mídias, Biddle et al. (2008) e Recupero, Harmss e Noble (2008) realizaram pesquisas com descritores envolvendo suicídio em plataformas de buscas na internet e encontraram websites, chats e blogs de discussão com abordagens variadas: alguns sites traziam orientações e encaminhamentos a serviço de proteção à vida e combate ao suicídio; outros eram neutros quanto ao assunto, apenas trazendo informações sobre suicídio; e um último grupo era pró-suicídio. Conforme discutido por Luxton, June e Fairali (2012), esse tipo de pesquisa ilustra que o jovem tem acesso livre a vários tipos de informações sobre o mesmo assunto na internet. Essas informações estão disponíveis 24 horas e nem sempre a criança ou adolescente tem orientação dos seus responsáveis ou educadores sobre como interpretar o que é consumido digitalmente.

Existem várias formas das mídias sociais aumentarem o risco do comportamento suicida como o *cyberbullying*. Esse tipo de violência psicológica normalmente é nomeada a partir de ameaças ou assédio realizadas virtualmente, por meio de smartphones ou computador, usando tecnologias de internet como e-mail, mensagens ou redes sociais (KOWALSKI; LIMBER; AGATSTON, 2008). Sua relação com o suicídio não é necessariamente direta, visto que nem todo *cyberbullying* tem conteúdo de incitação ao suicídio, porém a agressão sofrida pode nutrir sentimentos de isolamento, instabilidade e desesperança – sentimentos que estão relacionados à ideação suicida (HINDUJA; PATCHIN, 2011).

Outra forma de suicídio relacionadas às mídias sociais é chamada de pacto de suicídio e consiste em duas ou mais pessoas cometerem suicídio em um determinado tempo e comumente pelo mesmo meio letal. Quando o pacto ocorre por meio eletrônico, a partir de fóruns ou comunidades virtuais, ele é chamado de pacto de cybersuicídio, e, frequentemente, ocorre entre estranhos. Este tipo de suicídio ocorreu pela primeira vez no Japão nos anos 2000 e tornou-se mais popular com o decorrer dos anos, especialmente na Ásia. Hoje, o cybersuicídio é frequente na Coreia do Sul, país que detém a maior taxa de pactos no mundo com 24,7 por 100.000 habitantes (LUXTON, JUNE, FAIRALI, 2012).

A internet também dispõe de informações sobre como se matar em fóruns e comunidades virtuais que podem ser acessados por qualquer indivíduo, especialmente aqueles que pesquisam palavras específicas pró-suicídio (BIDDLE et al., 2008). As mídias sociais podem ter o efeito de replicar e disseminar essas informações, podendo servir como gatilhos para pessoas suscetíveis e em processo de planejamento do suicídio (VEDANA, 2018).

Ao mesmo tempo que existem muitos usos da internet que aumentam o risco de suicídio, sites de valorização à vida podem facilitar a comunicação entre pares que passam por

experiências semelhantes e podem aumentar a consciência de programas de proteção, formas de lidar com crises e outros recursos educacionais e de apoio (LUXTON; JUNE; KINN, 2011).

Conforme identificado por Maia (2018), Nascimento et al. (2018) e Robinson et al. (2016), o uso das mídias sociais por pessoas com ideação suicida pode servir como alerta para uma tentativa iminente de suicídio. Segundo os autores, muitas pessoas postam em suas redes sociais mensagens e depoimentos que são lidos por familiares e amigos que servem como rede de apoio à pessoa e podem evitar a consumação do ato.

No Brasil, conforme já mencionado, a CVV configura-se como uma estratégia a nível nacional que também está inserida nas redes sociais. A pessoa com intenção suicida pode entrar em grupos de apoio no *Facebook* e receber suporte de outras pessoas que também compartilham este sofrimento, de pessoas que já superaram a intenção suicida e de facilitadores (DOCKHORN; WERLANG, 2008). Além disso, a plataforma google referencial o CVV caso sejam feitas pesquisas com determinadas palavras-chave que indicam a intenção de terminar com a própria vida.

Quanto a pesquisas que estudaram a relação entre o tempo de tela excessivo com baixa qualidade de saúde mental, vários artigos realizaram estudos em populações distintas e encontraram relação significativa entre essas duas variáveis (AUGNER; HACKER, 2012; HUANG, 2017; KROSS et al., 2013; SHAKYA; CHRISTAKIS, 2017; TROMHOLT, 2016). Em contraste, é possível encontrar estudos que demonstraram ligação entre o uso de redes sociais e bem-estar psicológico (DIENLIN; MASUR; TREPTE, 2017; OH; OZKAYA; LAROSE, 2014; VALKENBURG; PETER; SCHOUTEN, 2006), variando de acordo com o uso que esses indivíduos fazem das mídias sociais (VALKENBURG; PETER, 2007). Porém, a maioria desses estudos usou como amostra adultos em diversas nacionalidades, o que dificulta a generalização dos resultados.

Tratando de estudos que envolvam adolescentes e consequências do uso de tecnologias de informação, Kelly et al. (2018) estudaram uma coorte de adolescentes (n = 10.904) de 14 anos, no Reino Unido, e identificaram que aqueles que usam mais de cinco horas de mídias sociais diariamente apresentaram mais sintomas depressivos, em comparação com outros adolescentes que as utilizam com menos frequência. Esse resultado é significativamente maior em meninas, com prevalência de 40% de sintomas depressivos em comparação com aproximadamente 15% nos meninos, justificado pelo achado que meninas têm o dobro de chance de sofrerem agressões online em comparação com os meninos

Sobre a relação específica entre tempo excessivo de tela e ideação suicida em adolescentes, Twenge et al. (2018) realizaram estudo transversal e encontraram associação

positiva entre essas duas variáveis, especialmente entre o público feminino, e finaliza seu trabalho afirmando que “o aumento concomitante entre o aumento de tempo de tela, depressão e suicídio entre adolescentes não é coincidência” (p. 13, tradução nossa).

No ano 2020 houve um agravamento para o aumento do tempo de tela e consequências da saúde mental na população (DESLANDES; COUTINHO, 2020). Em 11 de março de 2020 a OMS declarou a COVID-19, causada pelo novo coronavírus (Sars-cov-2), como uma pandemia mundial e recomendou que todos os países adotassem protocolo de isolamento social como a principal medida para controle da expansão da contaminação pelo vírus, algo que perdurou por toda a duração do ano (OMS, 2020).

Essa recomendação afetou diretamente a dinâmica de interação, trabalho, lazer e cuidado da saúde física e mental da população. Diversas pessoas perderam suas fontes de renda, outras precisaram se adaptar a novos formatos de estudo e trabalho como as aulas online e o trabalho em *home office*, as interações sociais precisaram ser adaptadas ou reduzidas e novas rotinas precisaram ser incluídas como a utilização de máscaras e outros equipamentos de proteção, os cuidados de higienização de mãos e o distanciamento social – muitas vezes necessário dentro do próprio domicílio (BRASIL, 2020c).

Parte dessas adaptações fizeram o tempo de tela de adultos, crianças e adolescentes aumentar drasticamente. O maior tempo em casa e, conseqüentemente, menor possibilidade de atividade física fez com que as pessoas consumissem mais telas no formato de entretenimento, estudo ou trabalho (BRASIL, 2020c). Recomendações para auxiliar o manejo do tempo de tela nesse período estão direcionadas a reservar tempo para interação social entre as pessoas que convivem no domicílio, buscar formas alternativas de entretenimento e respeitar o próprio tempo e limitações quanto estudo / trabalho e busca de informações relacionadas à pandemia (ALMEIDA et al., 2020; SOCIEDADE, 2020b; BRASIL, 2020b).

Os impactos na saúde mental foram sentidos e identificados por pesquisas na área (GARRIDO; RODRIGUES, 2020; HOSSAIN et al., 2020; PEREIRA et al., 2020; PRADO et al., 2020). Em revisão integrativa de estudos na área, foi possível observar maior probabilidade de desenvolvimento de transtornos psiquiátricos e de sintomas relacionados ao sofrimento psíquico, especialmente de estresse, ansiedade e depressão (PEREIRA et al., 2020).

O impacto às crianças e adolescentes também foi sentido e estudado (ALMEIDA et al., 2020; AYDOGDU, 2020; MELO et al., 2020; MANGUEIRA et al., 2020). Foram identificados sintomas relacionados a estresse, ansiedade e medo (AYDOGDU, 2020), este último principalmente de perder familiares ou adoecer (MANGUEIRA et al., 2020), além do



aumento do tempo de tela e de consequências negativas à sua saúde social e física, risco aumentado de violência autoinflingida e de depressão (DESLANDES; COUTINHO, 2020).

Deslandes e Coutinho (2020) trazem pontos importantes para discussão considerando o período de aumento de tempo relatado. Segundo os autores, as crianças e adolescentes estão mais expostas a possibilidade de *cyberbullying* e outras práticas nocivas do uso da internet, como os desafios online postados em plataformas como o *Youtube* ou *Tik Tok*, cada vez mais acessados especialmente durante o período de isolamento social, e que muitas vezes tem conteúdo autodestrutivo e autolesivo. A associação entre a facilidade de aprendizado dos jovens no uso de eletrônicos e a imaturidade para identificar possibilidades de perigo, faz necessário maior intervenção dos responsáveis e, conseqüentemente, maior atenção dos profissionais para a orientação de como lidar com essa situação.

### **3.4 Tempo de tela e saúde mental: participação do estado e entidades na redução de agravos**

#### 3.4.1 Artigo 1

**TEMPO DE TELA E SAÚDE MENTAL: PARTICIPAÇÃO DO ESTADO E ENTIDADES NA REDUÇÃO DE AGRAVOS**

(Artigo submetido à “Revista Panamericana de Saúde Pública”. Fator de impacto 0,539. Qualis A2 para Saúde Coletiva)

\* Artigo inserido como Apêndice A ao final deste documento.

## **4 ASPECTOS METODOLOGICOS**

### **4.1 Delineamento do estudo**

Trata-se de um estudo transversal aninhado a uma coorte de nascimentos intitulado “Determinantes ao longo do ciclo vital da obesidade, precursores de doenças crônicas, capital humana e saúde mental - RPS”, desenvolvida conjuntamente pela Universidade Federal do Maranhão, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e Universidade Federal de Pelotas. Alguns objetivos desta coorte foram: investigar os determinantes precoces de saúde na infância, adolescência e vida adulta, registrar as tendências temporais dos indicadores de saúde na adolescência e vida adulta, e coletar dados sobre indicadores de saúde e estado nutricional. Neste trabalho serão utilizados apenas os dados de São Luís.

### **4.2 Local do estudo**

O estudo foi realizado na cidade de São Luís, capital do estado do Maranhão, cujo censo de 2010 indicava uma população de 1.014.837 habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,768, 3º melhor entre as capitais da região Nordeste e acima da média brasileira de 0,699 (BRASIL, 2010a). A atividade econômica principal do município está ligada à agropecuária, indústria, comércio e serviços, sendo que tem se conectado de forma privilegiada no ciclo de expansão do comércio mundial, através das exportações de commodities primárias minerais e agrícolas (IBGE, 2010).

### **4.3 Participantes e amostra**

A coorte de nascimento de São Luís – MA iniciou investigando os nascimentos em dez hospitais da cidade, públicos e privados, no período de março de 1997 a fevereiro de 1998. A amostra, representativa dos nascimentos de São Luís, correspondeu a 96,3% dos nascimentos do período estudado, excluindo os nascimentos não-hospitalares e os ocorridos em unidades hospitalares com menos de 100 partos por ano. O primeiro seguimento da coorte ocorreu em 2005/2006, quando 805 crianças em idade escolar (7 a 9 anos) foram identificadas por meio de censo escolar (SILVA et al., 2001).

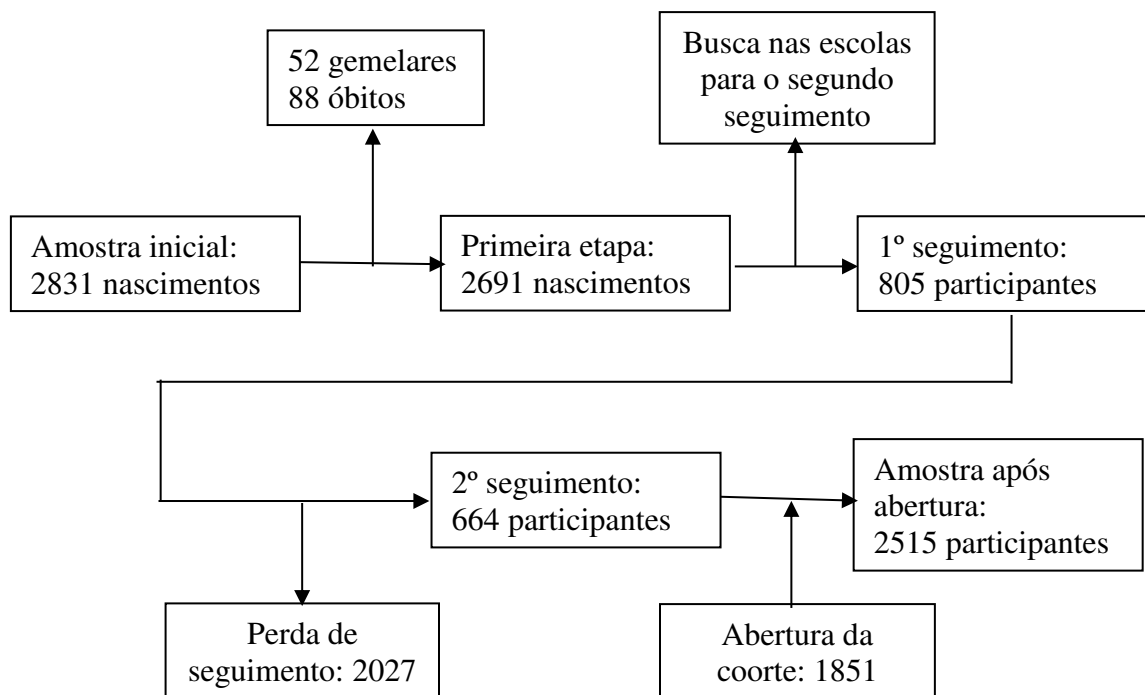
Um segundo seguimento da coorte ocorreu em 2016 com os indivíduos aos 18 e 19 anos, buscando todos os participantes do nascimento. Foram realizadas tentativas de identificação destes indivíduos nas quatro juntas de Alistamento Militar na ilha de São Luís, no censo escolar de 2014 e em universidades, logrando êxito no contato e avaliação de 664 adolescentes da coorte original. O foco da avaliação foram os desfechos relacionados à nutrição,

à composição corporal, aos precursores de doenças crônicas, à saúde mental e ao capital humano (escolaridade, renda e habilidades cognitivas).

Para garantir a amostra em futuros seguimentos, a coorte foi aberta para entrada de adolescentes nascidos em São Luís no ano de 1997. Eles foram incluídos a partir de sorteio utilizando banco do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), e depois buscados em escolas e universidades da cidade. Foram inclusos dessa forma 1.851 adolescentes, totalizando 2.515 participantes no terceiro seguimento após a abertura da coorte. Além disso, também foram aplicados questionários às mães com as mesmas perguntas do questionário da pesquisa original, com o intuito de coletar dados perinatais de forma retrospectiva como: peso ao nascer, nascimento pré-termo, assistência perinatal, saúde reprodutiva, fumo materno, condições socioeconômicas na época do nascimento. A figura 01 ilustra os três seguimentos descritos.

O poder da amostra foi calculado considerando correlação entre tempo de tela e ideação suicida de pelo menos 0,075 (TWENGE et al., 2018), nível de significância de 0,05 e poder de 0,80 para detectar correlação entre as variáveis. A partir de cálculo utilizando os dados apresentados, o tamanho da amostra mínima necessário foi de 1.393 adolescentes.

Figura 1 - Fluxograma dos três seguimentos da coorte de São Luís.



Fonte: Autores

#### 4.3.1 Critérios de inclusão

Serão inclusos todos os adolescentes do segundo seguimento da coorte de nascimento de São Luís que responderam os questionários que envolvem as variáveis escolhidas.

#### 4.3.2 Critérios de não inclusão

Os participantes que não responderam todas as perguntas envolvidas nas variáveis de desfecho e exposição escolhidas.

### 4.4 Coleta de dados e instrumentos

Para este estudo, foram utilizados os dados coletados no terceiro seguimento da coorte, com os indivíduos aos 18/19 anos. A digitação e coleta destes dados foi realizada a partir do aplicativo *Research Electronic Data Captures (RedCap®)*. Os instrumentos utilizados na coleta de dados foram:

- a) Questionário de registro (ANEXO B): utilizada informação sobre sexo (masculino ou feminino);
- b) Questionário BodPod (ANEXO C): utilizado para registro das medidas de composição corporal da cabine de pletismografia por deslocamento de ar, esse sistema é considerado padrão ouro para a análise de composição corporal (MA et al., 2004). Deste questionário será utilizado a medida de Índice de Massa Corpórea (IMC);
- c) Questionário geral (ANEXOS D e E): foram utilizados dados de sono, estudo, trabalho, situação conjugal, cor da pele, religião, se os pais dos adolescentes estão divorciados ou não, renda, estresse percebido, saúde mental e tempo de tela;
- d) M.I.N.I. e AUDIT (ANEXO F): - utilizado o M.I.N.I. (*Mini International Neuropsychiatric Interview - Brazilian version 5.0.0 - DSM IV*). Esta instrumento corresponde a uma entrevista diagnóstica estruturada de aplicação breve (aproximadamente de 15 a 30 minutos), validado e com boa confiabilidade, destinado a utilização clínica e em pesquisas em psiquiatria e atenção primária. Ele pode ser aplicado por profissional formado em psicologia ou por pessoa treinada por psicólogo (AMORIM, 2000). Neste estudo, o questionário foi aplicado por psicólogos. Também foi usada parte do AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*), um teste que identifica o consumo de álcool em adultos (FRANCIS et al., 2015).
- e) Questionário de informações confidenciais (ANEXO G): foram utilizadas informações sobre agressão sofrida, violência psicológica geral e *bullying*.

## 4.5 Variáveis

As variáveis aqui descritas correspondem à variável de exposição, à de desfecho e ao conjunto de variáveis que serão incluídas como ajuste no modelo estatístico aplicado.

### 4.5.1 Variável dependente

Será estudada como variável dependente o risco de suicídio, aferido na amostra a partir da avaliação do M.I.N.I. versão 5.0.0, que acessa este agravo a partir de cinco questões referentes a tentativas de suicídio e ideação suicida no último mês e uma questão quanto a tentativas de suicídio durante toda a vida. A coleta desses dados resulta em um escore numérico, obtido a partir da seguinte pontuação, conforme descrito pela Associação Americana de Psiquiatria – APA (1994): a primeira pergunta “Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a)?” vale 01 ponto; a pergunta “Quis fazer mal a si mesmo (a)?” vale 02 pontos, “Pensou em suicídio?” vale 06 pontos; as perguntas “Pensou numa maneira de se suicidar?” e “Tentou o suicídio?” valem 10 pontos cada; e se ao longo da vida “Já fez alguma tentativa de suicídio?” vale 04 pontos. A somatória dos pontos para cada “sim” respondido pelo entrevistado resulta numa classificação de risco de suicídio: de um a cinco pontos o risco é “baixo”, de seis a nove o risco de suicídio é classificado como “moderado” e uma somatória de 10 ou maior leva à classificação de risco como “alto”. Para a pesquisa atual, a variável foi categorizada em duas categorias derivadas da categorização acima descrita, sendo: “Sem risco”, aqueles adolescentes que pontuaram zero a cinco no escore e “Risco de suicídio” para aqueles que marcaram acima de seis pontos, correspondendo aos moderado e alto.

### 4.5.2 Variáveis independentes

Tempo de tela será a variável de exposição no estudo. Utilizou-se o tempo de uso de mídias sociais, assistir televisão, uso de celular e tablet, jogar video-game e uso de computador como “tempo de tela”, devido a limitações do questionário aplicado. E será considerado “tempo excessivo de tela” qualquer tempo maior que três horas de uso diárias, seguindo a recomendação mais recente para a faixa etária de adolescentes proposta pela SBP (SOCIEDADE, 2020a).

No questionário aplicado, foram coletadas informações sobre o tempo de tela na televisão, videogame, celular, tablet e computador. As perguntas sobre esse dado foram coletadas no seguinte padrão: primeiro foi apresentado uma pergunta se o adolescente fazia uso daquele aparelho e logo depois perguntou-se quanto tempo ele ficava em frente àquela tela,

num dia de semana sem ser sábado ou domingo. Também foi dada opção ao entrevistado de responder que não fazia uso do aparelho de segunda a sexta e de não saber informar.

Para o estudo em questão, utilizou-se o tempo de tela médio total, sendo este a soma das horas de todos os aparelhos investigados pelo questionário para aquele participante. Para isso, foram excluídos os participantes que marcaram “não sei” em pelo menos um dos aparelhos investigados para o tempo de uso e aqueles que marcaram não utilizar aquela tela foram contabilizados como zero horas de uso para o somatório final.

Destaca-se que o resultado final dessa variável exibe a quantidade total de horas de uso de todos os aparelhos em um dia, o que não exclui que alguns participantes possam utilizar mais de uma tela ao mesmo tempo, algo chamado na literatura especializada de acúmulo de telas ou multitarefa de mídia<sup>§</sup> (BAUMGARTNER et al., 2018; CAIN et al., 2016; UNCAPHER et al., 2017), o que pode ser percebido nos resultados por alguns adolescentes somarem mais de 24 horas de tempo de tela diário.

**Agressão sofrida:** identificado no questionário com perguntas sobre quantas vezes nos últimos doze meses o entrevistado foi vítima de: ameaças de violência física, violência física sofrida com e sem arma, roubo de objetos com uso de violência e agressão sexual; sofridas por membros da família ou outras pessoas. Para a pesquisa atual, optou-se em juntar os resultados de violência sofrida dentro e fora da família, gerando as categorias “Não” caso todas as respostas do adolescente tenha sido zero vezes ou “Sim” se em alguma das perguntas o adolescente marcou pelo menos uma vez ter sofrido agressão em algum desses dois grupos.

**Bullying:** os adolescentes responderam às 14 primeiras perguntas elaboradas em instrumento por Freire, Simão e Ferreira (2006) e replicadas no território brasileiro por Prodócimo et al. (2010) cujo objetivo geral é de identificar agressores, vítimas, e observadores frequentes de situações de maus-tratos (*bullying*). Foi investigado se, nas últimas duas semanas, os adolescentes sentiram-se vítima de alguma ou algumas das agressões referidas nas questões, por parte de colegas, ou por outras pessoas, na escola ou nas suas imediações. As perguntas foram: ser empurrado com violência, ser ameaçado, ser gozado / humilhado, se chamaram-lhe de nomes ofensivos, se levantaram calúnias ou rumores a seu respeito, se excluíram-no de convívio social, se tiraram-lhe coisas como objetos, dinheiro etc., se os magoaram de propósito, estragaram objetos pessoais ou vestuários de propósito, apalparam-lhe contra a sua vontade, fizeram intrigas a seu respeito, se sofreu outras agressões ou perseguições; além da quantidade de vezes que o adolescente foi agredido ou perseguido nesse período de

---

<sup>§</sup> Traduzido do inglês “*media multitasking*”

tempo. Para a variável dessa pesquisa, utilizou-se a informação da última questão quanto a quantidade de vezes em que ele sofreu agressão. Ela foi categorizada dicotomicamente como “Não”, caso o participante tenha marcado a opção “Nenhuma vez” ou “Sim” caso ele tenha sofrido um ou mais episódios de *bullying*.

Cor de pele: essa informação foi autodeclarada pelos adolescentes no questionário. Foram oferecidas as alternativas: “Branca”, “Preta/negra”, “Parda/mulata/cabocla/morena”, “Amarelo/oriental”, “Indígena” e “Não sabe”. Para a apresentação descritiva dos dados e análise estatística, serão criadas três categorias: “Branca/Amarelo(a)/Oriental”, “Preta/Negra”, “Parda/mulata/cabocla/morena”. Os participantes que marcaram a opção “Amarelo/oriental” foram excluídos do ajuste das variáveis hierarquizadas por conter apenas dois resultados e não houve adolescentes que marcaram a opção “indígena”.

Estudo: se estavam estudando atualmente ou não e, se não, até que ano completaram antes de parar os estudos. Para a análise desta variável, tratou-se como uma categórica binária: “Estuda atualmente” e “Não estuda atualmente”.

Estresse percebido: para acessar as informações de estresse percebido pelos adolescentes foi utilizado parte do questionário sobre eventos estressores aplicado à amostra com o objetivo de verificar os eventos estressores experienciados pela amostra no último ano. Algumas perguntas verificavam somente se os participantes experienciaram um evento potencialmente estressor específico e outras perguntaram se houve a experiência do evento seguido da pergunta “Como isto te afetou?” dando-lhes as opções “Afetou muito”, “Afetou moderadamente”, “Afetou um pouco” ou “Não me afetou”. Para a variável aqui descrita, foram utilizadas apenas as perguntas que continham a investigação posterior do quão aquele evento afetou a vida do participante, correspondendo a 10 perguntas: problema de saúde significativo, morte de parente próximo, morte de conhecido próximo, problemas financeiros, mudança domiciliar contra vontade, término de namoro ou casamento, mudança de bairro ou cidade, solidão e ausência de apoio familiar ou de amigos, rompimento de amizades próximas e brigas familiares.

Para a organização dessa variável, cada pergunta foi categorizada nos resultados: “Não é um estressor” se o adolescente marcou que não experienciou aquele evento ou, se o experienciou, o evento não o afetou de qualquer forma, ou “É um estressor” se o participante referiu que passou por aquele evento e o afetou de alguma forma. Esse resultado foi transformado numa variável numérica com a quantidade de eventos que o adolescente percebeu como estressores, variando de 0 a 10. Para a análise, esta variável foi classificada a partir dos

terceis da amostra, correspondendo às categorias: “De 0 a 1” evento estressor, “de 2 a 3” eventos e “de 4 a 10” eventos.

Índice de massa corpórea (IMC): a informação do IMC do adolescente foi retirada do registro de informações do BodPod, já mencionado anteriormente. Segundo Brasil (2016), a classificação do IMC recomendada ocorre a partir das seguintes faixas: < 18,5 = Muito magro, 18.5 a 24.9 = Normal, 25.0 a 29.9 = Sobrepeso, 30.0 a 34.9 = Obeso grau I, 35.0 a 39.9 = Obeso grau II e > 40.0 Obeso grau III ou mórbido. Para a pesquisa atual, foi utilizada as classificações descritas acima para criar a variável categoria nominal, categorizando como: “Normal”, “Muito magro”, “Sobrepeso” e “Obeso”.

Lazer: para investigar o acesso de atividades de lazer na amostra, os adolescentes foram perguntados se “Desde, você se encontrou com amigos para conversar, jogar ou fazer outras atividades de lazer?”, sem critério temporal para direcionamento da pergunta. A variável foi categorizada binariamente entre os que responderam “Sim” ou “Não”.

Pais divorciados: sobre a informação se os pais dos adolescentes são divorciados ou não, foi apresentada a pergunta “Seus pais são separados/divorciados?”. E a variável foi categorizada binariamente entre os que responderam “Não” ou “Sim”.

Religião: para a informação sobre religião, os participantes responderam a pergunta primária “Você tem alguma religião ou culto?” e, posteriormente, foram perguntados qual religião eles professavam dentre algumas opções pré-determinadas. Para a pesquisa em questão, utilizou-se os dados da primeira pergunta para categorizar binariamente a variável em “Sim” ou “Não”.

Renda familiar: foi utilizado o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), que utiliza informações sobre o número de banheiros no domicílio, empregados domésticos, automóveis, microcomputadores, lava-louças, geladeiras, freezers, lava-roupas, DVD, micro-ondas, motocicletas e secadora de roupas; além do grau de instrução do chefe de famílias e informações sobre a localidade do domicílio como a presença de água encanada e a pavimentação da rua, classificando a família em A, B1, B2, C1, C2, D e E (ABEP, 2019). Dessa forma, a variável será compreendida como categórica nominal, utilizando as categorias: “A”, “B” (aglutinação da B1 e B2), “C” (Aglutinação do C1 e C2) e “D / E” (junção das categorias D e E).

Saúde Mental: para essa variável foi utilizado o questionário SRQ-20, uma versão de 20 questões do SRQ-30 que objetiva o rastreamento de transtornos mentais não-psicóticos. As respostas para essas questões são do tipo sim/não e cada resposta afirmativa pontua o valor 1 para totalizar um escore final que vai de 0 (nenhuma probabilidade de transtorno mental não-



psicótico) a 20 (extrema probabilidade) (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008). Na pesquisa atual foi utilizado o valor do escore como variável categórica, classificada a partir da classificação proposta por Gonçalves, Stein e Kapczinski (2008), que estabeleceu o ponto de corte para 7/8 pontos. Portanto, foram criadas as categorias “de 0 a 7” e “de 8 a 20”.

**Sexo:** O questionário investigou o sexo dos participantes nas categorias “masculino” e “feminino”, sendo utilizadas essas categorias como variáveis nominais para análise.

**Situação conjugal:** foi perguntado aos participantes “Qual a sua situação conjugal? Você está...?” e dada as opções de resposta “Solteiro(a)”, “Casado(a)”, “Morando com companheiro(a)”, “Separado(a) ou divorciado(a)” e “Viúvo(a)”. Para a análise dessa variável, foi realizada categorização em uma variável categórica binária dividida nas respostas: “casado(a)/morando com companheiro(a)” e “solteiro(a)/viúvo(a)”. Essa forma de categorização justifica-se pelo fator protetivo do suporte social de estar casado ou em um relacionamento estável para o risco de suicídio em comparação com pessoas que são solteiras ou não tem um companheiro / cônjuge (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

**Sono:** foi aplicada a Escala de Pittsburgh para avaliação da qualidade do sono. O instrumento é constituído por 19 questões em auto-relato e cinco questões direcionadas ao cônjuge ou acompanhante de quarto que investigam a quantidade e qualidade de horas de sono, problemas para dormir, sintomas e dificuldades ocorridos durante o período do sono. Esse questionário resulta em um índice que vai de 0 a 21 onde, quanto maior o escore, mais dificuldades de sono o indivíduo apresenta (BERTOLAZI, 2008). Na pesquisa atual, este índice será utilizado na análise estatística como uma variável categórica dividida nas categorias: “Boa” correspondendo às pontuações de 0 a 5 e “Ruim” com os participantes que pontuaram acima de 6.

**Trabalho:** foi utilizada a informação se o adolescente está trabalhando no momento da coleta de dados ou não. Assim, a variável será utilizada como uma categoria binária: “Trabalha atualmente” e “Não trabalha atualmente”.

**Uso de substâncias:** essa variável foi utilizada como mediadora ou de confundimento em estudos que relacionaram tempo de tela e ideação suicida (BUSCH; MANDERS; LEEUW, 2013), porém não será incluída no estudo em questão devido a limitações de aplicação do RPS. Além de ser um dado tipicamente subnotificado em pesquisas com adolescentes (UNODC, 2008), os participantes do segundo seguimento da coorte de São Luís - MA foram identificados nas escolas públicas e privadas e universidades da ilha. Os dados atuais sobre uso de substâncias na população adolescente mostram que a grande parcela de

adolescentes em abuso ou dependências dessas substâncias não estão matriculados na escola (CARDOSO; MALBERGIER, 2014), demonstrando que os dados coletados pelo RPS podem estar subnotificados para essa pergunta.

Padrão de consumo de álcool: variável obtida a partir do instrumento AUDIT, que avalia padrão de consumo de álcool a partir de dez questões, desde o não uso até a provável dependência, além do consumo nos últimos 12 meses. Esse instrumento de avaliação de padrão de uso é voltado exclusivamente para a avaliação do uso de álcool. A pontuação do teste vai de zero a 40, as questões com cinco alternativas variam de zero a quatro pontos, sendo zero a primeira alternativa e quatro a última. Quanto às questões de três alternativas, elas a primeira alternativa vale zero pontos, a segunda vale dois pontos e a terceira vale quatro pontos (BABOR; HIGGLE-BIDDLE, 2003). Existe uma variação do teste chamada AUDIT-C, composta pelas três primeiras perguntas do AUDIT, que são direcionadas à frequência geral do consumo de álcool (LISKOLA et al., 2018). Considerando o objetivo de identificar o risco relacionado ao consumo atual de álcool, optou-se por utilizar o AUDIT-C para criação desta variável. Carneiro et al. (2017) classificaram os resultados do teste de acordo com o seguinte critério, o qual também foi utilizado para a pesquisa atual: “Baixo risco” aos homens que pontuaram de 0 a 3 pontos e mulheres com pontuação entre 0 a 2; “Risco moderado” aos homens com pontuação 4 a 5 e mulheres de 3 a 5; “Alto risco” aos homens e mulheres de pontuação entre 6 a 7 e “Risco severo” para ambos os sexos com escore entre 8 a 12.

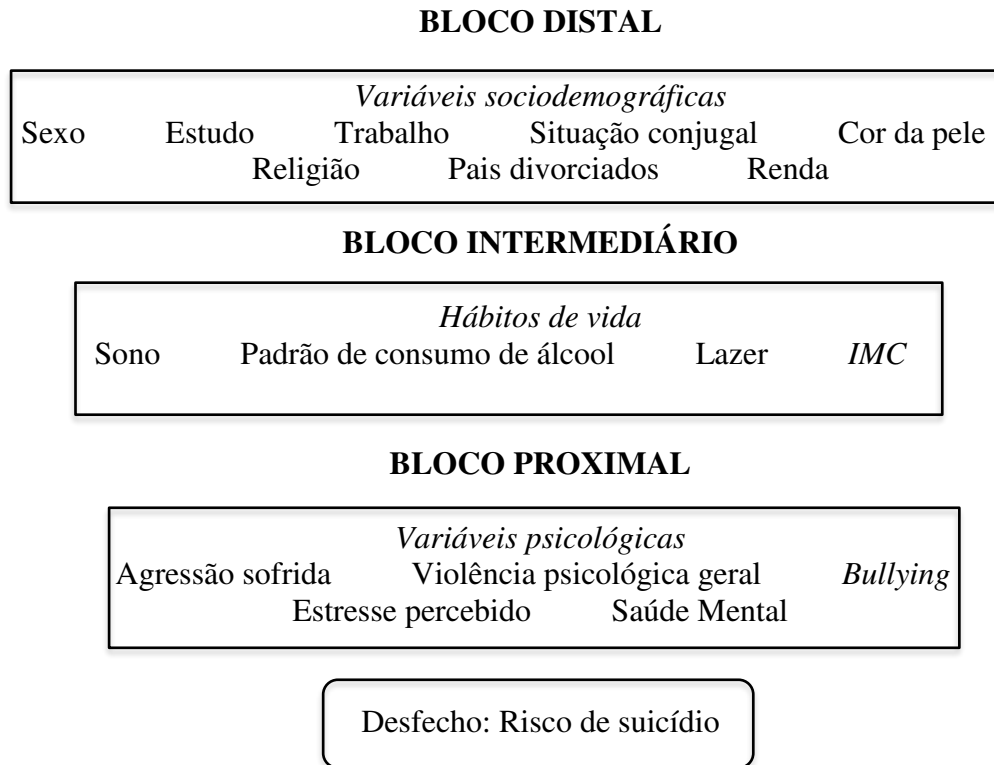
Violência psicológica geral: o questionário aplicado consistiu de 18 questões sobre experiências de violência respondidas em escala Likert com as alternativas “Nunca”, “raramente”, “Às vezes”, “Quase sempre” e “sempre”. E um segundo bloco de questões que foi adaptado de um questionário para aferir violência entre pares aplicado em um estudo português (FREIRE; SIMÃO; FERREIRA, 2006) e que consistiu de 13 perguntas de “sim” ou “não” também sobre experiências de violência, o somatório das respostas dessas perguntas resultou em um escore de 18 a 90. Na pesquisa atual, utilizou-se a variável como categórica nominal, dividida pelos tercís da amostra nas seguintes categorias: escores “de 18 a 27”. “de 28 a 38” e “de 39 a 83”.

#### **4.6 Modelo teórico**

Considerando a complexidade do fenômeno estudado, desenvolveu-se o modelo teórico para explicar as relações entre a variável dependente e as variáveis explicativas a partir de três níveis: o distal com as variáveis sociodemográficas; intermediário que incluiu as

variáveis de hábitos de vida; e o bloco proximal, com as variáveis relacionadas com a saúde mental que se relacionam também ao desfecho (Figura 2).

Figura 2 – Modelo explicativo do risco de suicídio



Fonte: Autores

#### 4.7 Processamento de dados e análises estatísticas

Os dados deste trabalho foram inicialmente exportados do REDcap® em formato de planilha Excel® e posteriormente convertidos para análise no programa Stata/MP 14.0®. As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequências absolutas e frequências relativas. Os resultados descritivos relacionados à prevalência de risco de suicídio e o tempo de tela utilizado pelos adolescentes foram organizadas em tabelas categorizadas por sexo masculino e feminino.

Quanto as análises estatísticas de associação entre tempo de tela e o risco de suicídio foi utilizado o método de regressão logística, adotando a variável desfecho com as categorias “Sem risco” e “Com risco”, conforme descrição anterior. A regressão logística binomial tem os pressupostos do desfecho ser binário e da não colinearidade (DIAS, 2017).

Para verificar a colinearidade entre as variáveis explicativas, foram examinados os fatores de inflação da variância (teste VIF) e confirmado com o teste de *spearman* entre as variáveis. A partir destes testes, foram excluídas as variáveis “Pais divorciados”, “Agressão

sofrida”, “Violência psicológica geral” e “Estresse percebido” para manutenção do pressuposto da análise estatística escolhida.

Para escolha das variáveis de confundimento que compuseram a análise ajustada, foi realizado teste de qui-quadrado (se a variável era binária) ou teste de exato de *fisher* (se a variável era composta de mais de duas categorias) com o risco de suicídio, sendo escolhidas aquelas com  $p < 0,20$ . Cada uma dessas variáveis foi acrescentada à análise de regressão por blocos, iniciando pelo distal, seguido do intermediário e por fim o proximal, e foram mantidas aquelas com  $p < 0,10$  e confirmadas com teste de *parm*, finalizando com o ajuste mínimo pelas variáveis: sexo, religião, sono, padrão de consumo de álcool, lazer, bullying, e saúde mental.

#### **4.8 Aspectos éticos**

Para participação do estudo, obteve-se autorização dos pais ou responsáveis dos adolescentes. Esses foram informados das razões e procedimentos, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A).

O projeto de pesquisa “Determinantes ao longo do ciclo vital da obesidade, precursores de doenças crônicas, capital humano e saúde mental: uma contribuição das coortes de nascimento de São Luís para o SUS” atendeu aos critérios da Resolução 466/2012 do Conselho de Saúde e Norma Operacional 001/2013 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – UFMA através do parecer consubstanciado número 1.302.489 (ANEXO G), em 29 de outubro de 2015.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Artigo 2

**TEMPO DE TELA UTILIZADO POR ADOLESCENTES E ASSOCIAÇÃO COM RISCO DE SUICÍDIO: UMA CONTRIBUIÇÃO DE UMA COORTE DE NASCIMENTO DE SÃO LUÍS, MA**

(Artigo a ser submetido à revista “Cadernos de Saúde Pública”. Fator de impacto 0,4082. Qualis A2 para Saúde Coletiva)

**TEMPO DE TELA UTILIZADO POR ADOLESCENTES E ASSOCIAÇÃO COM  
RISCO DE SUICÍDIO: UMA CONTRIBUIÇÃO DE UMA COORTE DE  
NASCIMENTO DE SÃO LUÍS, MA**

**SCREEN TIME USED BY ADOLESCENTS AND ASSOCIATION WITH SUICIDE  
RISK: A CONTRIBUTION OF A BIRTH COHORT IN SÃO LUÍS, MA**

Leandro Saldanha Nunes Mouzinho<sup>1</sup>, Vanda Maria Ferreira Simões<sup>2</sup>, Rejane Christine de Sousa Queiroz<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Universidade Federal do Maranhão- UFMA.

Rua Barão de Itapary, nº 155. Centro. São Luís – MA. CEP: 65020 – 070

E-mail: leandrosaldanha.n@hotmail.com                      Telefone: (98) 988448772

Concepção e projeto; análise e interpretação dos dados; redação do artigo; aprovação final da versão a ser publicada; ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra.

<sup>2</sup>Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Doutora. Departamento de Saúde Pública. Universidade Federal do Maranhão- UFMA.

Rua Barão de Itapary, nº 155. Centro. São Luís – MA. CEP: 65020 – 070

E-mail: pgscufma@gmail.com                      Telefone: (98) 3272-9674

Concepção e projeto; análise e interpretação dos dados; redação do artigo; aprovação final da versão a ser publicada; ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra.

<sup>3</sup>Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Doutora. Departamento de Saúde Pública. Universidade Federal do Maranhão- UFMA.

Rua Barão de Itapary, nº 155. Centro. São Luís – MA. CEP: 65020 – 070

E-mail: pgscufma@gmail.com                      Telefone: (98) 3272-9674

Concepção e projeto; análise e interpretação dos dados; redação do artigo; aprovação final da versão a ser publicada; ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra.

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Cada vez mais adolescentes estão usando eletrônicos para realizar as suas atividades diárias e para lazer, ao mesmo tempo que sintomas depressivos e risco de suicídio crescem a cada ano nessa população. A associação entre tempo de tela e risco de suicídio já foi verificada por algumas pesquisas, mas há carência de estudos na população adolescente brasileira. **OBJETIVO:** Analisar a associação entre tempo de tela utilizado pelos adolescentes e risco de suicídio. **MÉTODO:** Tratou-se de um estudo transversal aninhado a uma coorte retrospectiva que avaliou 2515 adolescentes no ano de 2016, participantes da terceira fase da coorte de nascimentos de São Luís – MA. Foram investigados sexo, cor da pele, estudo, trabalho, situação conjugal, ter religião, pais separados, renda familiar, IMC, padrão de sono, uso de bebidas alcoólicas, lazer, agressão sofrida, violência psicológica geral, bullying, estresse percebido, saúde mental e tempo de tela. A variável desfecho foi o risco de suicídio. Foi realizado um modelo teórico hierarquizado que permitiu a escolha das variáveis de ajuste mínimo, para evitar viés de confundimento. Para análise, utilizou-se regressão logística. **RESULTADOS:** Foram avaliados 2515 adolescentes. Identificou-se risco de suicídio de 5,48% da amostra e tempo médio total em frente a eletrônicos de 9,16 horas ( $\pm 6,48$ ). A análise ajustada de associação entre essas variáveis resultou em OR = 1,03 (IC95% 1,00-1,06,  $p=0,040$ ). **CONCLUSÃO:** Foi encontrada associação entre tempo de tela e risco de suicídio na adolescência com a população em estudo.

**Palavras-chave:** Tempo de tela. Suicídio. Adolescência.

## INTRODUÇÃO

Atualmente o contato com aparelhos eletrônicos é cada vez mais frequente entre crianças, adolescentes e adultos para vários fins, com diversos avanços tecnológicos que facilitam a vida e o contato interpessoal<sup>1,2</sup>. Porém, embora facilite a troca de informações em tempo cada vez mais curto, essa modalidade de interação acaba por distanciar os usuários de maneira a criar uma subcultura de menor contato entre os indivíduos<sup>3</sup>.

O uso de eletrônicos mencionado acima é denominado tempo de tela pela literatura recente e consiste no ato de passar horas em frente a aparelhos como televisão, videogame, celular, tablet, computador ou qualquer outro que possua uma tela<sup>4</sup>.

Concomitante a essa realidade, outra problemática se intensifica com o decorrer dos anos: o aumento da prevalência de sintomas depressivos e risco de suicídio na população adolescente<sup>5</sup>. Esse fenômeno é apontado como um sintoma da cultura pós-moderna e da forma como as relações são construídas neste ambiente<sup>6</sup>.

O suicídio é definido como o ato de tirar a própria vida com indícios implícitos ou explícitos de intencionalidade e o risco de suicídio é compreendido como a probabilidade que pensamentos referentes a ser o agente da própria morte leve a uma tentativa de suicídio ou ao suicídio<sup>7</sup>.

Já existem estudos que se propuseram a investigar a associação entre tempo de tela e desfechos diversos em saúde física e mental<sup>8-15</sup>. No entanto, esses estudos partem de populações heterogêneas e inseridas em culturas muito específicas<sup>15</sup>. A variação cultural limita a generalização dos achados a outras nacionalidades e culturas, visto que a forma de conceber construtos subjetivos é particular de cada cultura<sup>3</sup>, o que é o caso na discussão de assuntos como a retirada da própria vida, morte, luto e o consumo de eletrônicos. A literatura científica na área carece atualmente de estudos que tentem mostrar a associação entre uso excessivo de tela e saúde mental, especificamente na população adolescente<sup>15</sup>.

Este estudo objetivou analisar a associação entre tempo de tela utilizado pelos adolescentes e risco de suicídio. Para isso, verificou-se as características sociodemográficas, de estrutura familiar e hábitos de vida na amostra; estimou-se a prevalência de risco de suicídio e foi verificado o tempo de tela utilizado pelos adolescentes.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

### **Delineamento e população**

Trata-se de estudo transversal, aninhado a estudo de coorte de nascimentos, incluída na pesquisa original: “*Determinantes ao longo do ciclo vital da obesidade, precursores de doenças crônicas, capital humano e saúde mental: uma contribuição das coortes de nascimento brasileiras para o SUS*”, desenvolvida pela Universidade Federal do Maranhão, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e Universidade Federal de Pelotas.

Nesta pesquisa, foram utilizados dados dos adolescentes nascidos em São Luís – MA no ano de 1997 em maternidades públicas e privadas, de ambos os sexos (Silva et al, 2011)



<sup>16</sup>, acompanhados na terceira fase da coorte RPS. A terceira fase da coorte ocorreu no ano de 2016 e buscou todos os participantes da primeira fase. Os indivíduos localizados foram convidados a participar dessa nova fase, sendo localizados apenas 684 participantes. Com o objetivo de aumentar o poder da amostra e prevenir futuras perdas, a coorte foi aberta para inclusão de novos indivíduos nascidos no ano de 1997 em São Luís – MA. Essas pessoas foram sorteadas utilizando o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos e depois incluindo voluntários identificados em escolas, universidades e mídias sociais, sendo inclusos 1831 adolescentes, totalizando a amostra de 2515 participantes<sup>17</sup>.

### **Coleta de dados e variáveis**

A coleta de dados foi realizada por estudantes e graduados na área da saúde, treinados para cada instrumento correspondente.

A informação do sexo (masculino ou feminino) foi retirada do questionário de registro; o valor do Índice de Massa Corpórea – IMC (baixo peso, normal, sobrepeso e obesidade) foi coletado do registro das medidas de composição corporal presentes do BodPod, um instrumento utilizado para registro das medidas de composição corporal da cabine de pletismografia por deslocamento de ar, esse sistema é considerado padrão ouro para a análise de composição corporal<sup>18</sup>.

Do questionário geral foram coletadas as informações de sono (ruim, bom), estudo (estuda, não estuda), trabalho (trabalha, não trabalha), situação conjugal (casado(a) ou morando com companheiro, sem companheiro), cor da pele (branco, pardo, negro, asiático), lazer (sim, não), religião (professa religião, não professa religião), pais divorciados (sim, não), renda (A, B, C, D/E – de acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil, CCEB), estresse percebido (de 0 a 10 eventos percebidos como estressores), saúde mental (escore de 0 a 20 identificado pela versão resumida do *Self-Reporting Questionnaire* – SRQ-20) e tempo de tela (sendo o somatório das horas que os adolescentes registraram de uso de televisão, videogame, tablet, computador e celular). Para as análises estatísticas, foram excluídos os participantes que não responderam alguma das perguntas relacionadas ao tempo de uso de algum destes eletrônicos.

Do questionário de informações confidenciais foram utilizadas informações de agressão sofrida (sim, não), violência psicológica geral (escore de 18 a 90 apontando o quanto de violência psicológica o adolescente foi exposto) e bullying (sim, não). A informação quanto ao uso de álcool foi obtida a partir da aplicação do questionário resumido do Alcohol Use

Disorders Identification Test – AUDIT-C (Risco baixo, risco moderado, risco alto, risco severo).

A variável desfecho do estudo foi o risco de suicídio, avaliado por meio do questionário M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview - Brazilian version 5.0.0) aplicado aos adolescentes. Este instrumento é uma entrevista diagnóstica breve criada a partir dos critérios diagnósticos do DSM IV (Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais - 4ª Edição), validado e destinado à utilização na prática clínica e pesquisa. A variável desfecho foi tratada de forma dicotômica (Sem risco, Risco de suicídio), sendo considerado como parte da categoria de “risco de suicídio” aqueles que tiveram escore de 06 ou mais no somatório de pontos do instrumento.

### **Modelo teórico**

Devido à complexidade do fenômeno estudado, optou-se por desenvolver o modelo teórico explicativo a partir de níveis hierarquizados: o nível distal foi composto das variáveis sociodemográficas, o nível intermediário constou das variáveis de hábitos de vida e o bloco proximal foi construído a partir das variáveis relativas à saúde mental, todas também relacionadas à variável desfecho (Figura 1).

### **Análise estatística e processamento dos dados**

Os dados deste trabalho foram inicialmente exportados do REDcap® em formato de planilha Excel® e posteriormente convertidos para análise no programa Programa Stata/MP 14.0®. As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequências absolutas e frequências relativas.

Os resultados descritivos de prevalência de risco de suicídio, de tempo médio de tela e das variáveis sociodemográficas, de hábitos de vida e as variáveis psicológicas foram organizados em tabelas para melhor disposição dos resultados. A análise estatística escolhida foi a regressão logística, que tem os pressupostos do desfecho categórico binário e da não colinearidade das variáveis explicativas.

Para verificar este último pressuposto, foram examinados os fatores de inflação da variância (teste VIF) e confirmado com o teste de spearman entre as variáveis. A partir destes testes, foram excluídas as variáveis “Pais divorciados”, “Agressão sofrida”, “Violência psicológica geral” e “Estresse percebido” para manutenção do pressuposto da análise estatística escolhida.

Para escolha das variáveis de confundimento que compuseram a análise ajustada, foi realizado teste de qui-quadrado (se a variável era binária) ou teste de exato de fisher (se a variável era composta de mais de duas categorias) com o risco de suicídio, sendo escolhidas aquelas com  $p < 0,20$ . Cada uma dessas variáveis foi acrescentada à análise de regressão por blocos, iniciando pelo distal, seguido do intermediário e por fim o proximal, e foram mantidas aquelas com  $p < 0,10$  e confirmadas com teste de parm, finalizando com o ajuste mínimo pelas variáveis: sexo, religião, sono, padrão de consumo de álcool, lazer, bullying e saúde mental.

### **Aspectos éticos e legais**

Foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos adolescentes que concordaram em participar da pesquisa. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão através do parecer número 1.302.489 na data de 29 de outubro de 2015.

### **RESULTADOS**

Foram avaliados 2515 adolescentes participantes da terceira fase da coorte de São Luís. Destes, 52,45% eram do sexo feminino, 69,5% estudavam na época da coleta de dados, 84,21% não trabalhavam, 96,3% não eram casados ou moravam com seus companheiros, 63,06% se identificaram como pardos, mulatos, caboclos ou morenos, 70,22% professavam alguma religião, 51,29% da amostra tinham os pais morando juntos ou casados e 44,37% pertenciam a classe C (Tabela 1).

Quanto aos hábitos de vida da amostra, observou-se que 57,81% apresentaram má qualidade de sono, 66,88% tiveram baixo risco de consumo de álcool, 82,35% realizaram alguma atividade de lazer e 63,54% estavam na faixa de IMC considerada normal (Tabela 1).

Sobre as características psicológicas dos adolescentes, 68,99% não relataram agressão sofrida, 34,91% apresentaram baixo escore de violência psicológica percebida, 91,61% não relataram ocorrência de bullying, 40,87% sofreram de 2 a 3 eventos estressores recentemente e 40,04% apresentaram baixa probabilidade para desenvolvimento de transtornos psiquiátricos (Tabela 1).

Os adolescentes que estão em algum risco de suicídio somam 5,48% da amostra, considerando o critério de estar em risco de suicídio aqueles que apresentaram risco moderado e alto (Tabela 2). O tempo médio total em frente a eletrônicos somou 9,16 horas ( $\pm 6,48$ ) e os aparelhos mais utilizados foram: celular ( $5,34 \pm 5$  horas), TV ( $1,86 \pm 2,13$  horas) e computador ( $1,28 \pm 2$  horas), conforme observado na tabela 3.

Após realizar a análise da associação entre tempo de tela e risco de suicídio a partir do método descrito, foi obtida análise bruta: OR = 1,03 (IC95% = 1,01-1,06, p=0,013) e análise ajustada: OR = 1,03 (IC95% 1,00-1,06, p=0,040) com ajuste para as variáveis confundidoras descritas anteriormente.

## **DISCUSSÃO**

A pesquisa atual objetivou verificar associação entre tempo de tela e risco de suicídio na população adolescente. A hipótese do estudo foi que havia associação entre as variáveis estudadas, hipótese que foi confirmada, pois as análises bruta e ajustada identificaram associação entre as variáveis propostas, porém essa foi limítrofe, aproximando-se do limite para ser considerada positiva.

Outros estudos também de base populacional buscaram identificar o risco de suicídio na população adolescente como parte de seus objetivos. Rodrigues et al.<sup>19</sup> e Ores et al.<sup>20</sup> fizeram pesquisa na cidade de Pelotas – RS e encontraram risco de 8,6%, já Barbosa et al.<sup>21</sup> identificaram prevalência de 11,5% na cidade de Rio de Janeiro – RJ. Ambos estudos comentam que há carência de pesquisas sobre risco de suicídio, sendo mais frequente a identificação da ideação suicida ou do número de tentativas de suicídio, deixando esse dado subnotificado.

Considerando os estudos que avaliaram ideação suicida, Santos et al.<sup>22</sup> identificaram prevalência de 9,9% entre universitários e uma revisão integrativa de estudos com adolescentes e adultos jovens realizada por Santos et al.<sup>23</sup> encontrou prevalências que variaram entre 9% a 22%. Porém, a heterogeneidade de métodos para avaliação da ideação suicida compromete a comparação precisa dos dados.

O resultado do estudo atual mostrou risco de suicídio abaixo do identificado em outros estudos da área. Uma das justificativas para este resultado é o perfil da população em estudo, visto que são adolescentes que estavam frequentando escola no período da coleta e a população com menor escolaridade tende a ter maior taxa de suicídio em comparação com aquelas com ensino médio completo<sup>24</sup>.

Sobre o tempo de tela, poucas pesquisas ocuparam-se em pesquisar o tempo médio de tela da população em estudo, com destaque ao estudo de Twenge et al.<sup>15</sup> que apontou tempo total de tela de 4,59 ( $\pm$ 2,5) horas em adolescentes de 14 a 17 anos e ao levantamento do site da Motorola<sup>25</sup> que indicou uso médio de 12,8 horas, resultados diferentes ao encontrado no estudo atual de 9,32 ( $\pm$ 6,48) horas. A maioria dos estudos busca identificar a prevalência de tempo excessivo de telas, usando como limite o estipulado pela Associação Americana de Pediatras<sup>25</sup> de duas horas de uso diárias.

A este resultado pode ser atribuída a justificativa que o Brasil também segue a tendência mundial de aumento do tempo de tela por adolescentes com o decorrer dos anos<sup>25</sup>. O aumento do acesso a mídias eletrônicas e o seu uso cada vez mais frequente não só para entretenimento, mas também para trabalho, estudo e comunicação<sup>26</sup> pode justificar a média elevada identificada.

Semelhante à pesquisa atual, outros estudos que se propuseram a investigar associação entre tempo de tela e suicídio encontraram associação significativa entre essas variáveis<sup>15,29,30</sup>. Outras pesquisas mostraram fator protetivo do consumo de certas telas em desfechos relacionados a suicídio e depressão, incluindo o uso de televisão<sup>31</sup> e videogame<sup>32</sup>.

Twenge et al.<sup>15</sup> realizaram estudo com 388.275 adolescentes americanos do ensino médio e identificaram correlação positiva para desfechos envolvendo suicídio e uso de mídias sociais (0,06,  $p < 0,01$ ), uso de televisão (0,03,  $p < 0,01$ ) e uso de internet para acompanhar notícias (0,01,  $p < 0,01$ ), controlando essas análises para as variáveis sexo, raça, status socioeconômico, ano escolar, região e interação social interpessoal.

Os achados de Horgan e Sweeney<sup>30</sup> na população sul-coreana sugerem que o uso de internet por menos de 129 minutos tem fator protetivo para ideação suicida dos usuários (OR:-0,08, IC 95%:-0,15 a -0,02,  $p < 0,01$ ) e acima de 129 minutos o efeito é reverso, afetando os níveis de saúde mental e de ideação suicida quanto mais se eleva a quantidade de uso de telas (OR:0,06, IC 95%:0,00-0,12).

Em contrapartida, a pesquisa realizada por Arat et al.<sup>31</sup> com 10,563 adolescentes americanos mostrou fator protetivo (OR: 0,82, IC 95%: 0,72-0,94,  $p < 0,05$ ) dos participantes negros a ideação suicida com o aumento das horas de uso de televisão. Algo semelhante foi observado no estudo de Casiano et al.<sup>32</sup>, que identificou menos sintomas depressivos em adolescentes canadenses que jogavam video-game diariamente (OR:0,87, IC 95%: 0,79-0,97,  $p < 0,05$ ).

Especificamente sobre o uso de videogame, Messias et al.<sup>29</sup> estudaram 29.941 adolescentes americanos e identificaram efeito de dose-resposta de acordo com o aumento da quantidade de horas de uso de videogame. Os adolescentes que passaram entre zero a uma hora diárias jogando video-game apresentaram menor chance de apresentarem queixas de tristeza em comparação com aqueles que não utilizam o eletrônico. Também foi identificado que mais de cinco horas de uso diário de videogame apresentou aumento significativo da chance de ideação suicida (OR:1,4, IC 95%: 1,1-1,8) e planejamento de tentativas de suicídio (OR:1,8, IC 95%: 1,3-2,3).

Um achado importante foi apontado por Kross et al.<sup>33</sup> em estudo longitudinal com 82 adultos jovens americanos sobre o uso de facebook. Os autores identificaram que quanto maior o uso da plataforma, maior eram os relatos de mau humor e outros desfechos negativos de saúde mental, o que não foi identificado na direção contrária, menores níveis de humor e piores desfechos em saúde mental não foram seguidos do aumento do uso da rede social.

A hipótese do presente estudo foi confirmada com os resultados obtidos, tempo de tela e risco de suicídio estão associados na população estudada. Porém, era esperado maior intensidade do grau de associação entre as variáveis. É difícil precisar a influência que fatores diversos influenciam no risco de suicídio, pois este é um evento multideterminado por fatores biológicos, psicológicos e socioculturais, o que conjuntamente dificulta a identificação de fatores causais e faz com que populações diferentes estejam distintamente influenciadas por combinações ímpares dessas variáveis<sup>34</sup>. E devido a esta característica intrínseca do objeto de estudo, há evidente esforço da comunidade científica em buscar associações entre esses eventos<sup>14,15,29</sup>

Porém, existem limitações quanto a generalização dos achados de outros países e até mesmo dentro do mesmo país, considerando a heterogeneidade de práticas culturais encontradas no Brasil. Tanto o consumo de telas quanto a cultura de valorização à vida são altamente influenciadas por características intrínsecas culturais, o que dificulta a comparação de indivíduos que estão inseridos em realidades e expostos a ensinamentos muito distintos<sup>3</sup>.

A psicologia comportamental traz reflexões importantes para a compreensão dos comportamentos de usar eletrônicos e de planejar e tentar suicídio. No primeiro, observa-se o caráter reforçador da relação comportamental do uso de telas e das suas consequências, já que este comportamento se mantém e aumenta de frequência<sup>35</sup>. Somam-se a esse fato a simplicidade de acessar os aparelhos e como eles culturalmente já são vistos como formas de reduzir a intensidade de sensações, pensamentos e sentimentos negativos<sup>36</sup>, algo apontado pela literatura como um reflexo da sociedade pós-moderna e como as pessoas se relacionam com o acesso rápido e dinâmico de informação e comunicação<sup>6</sup>.

Sobre o suicídio e sua interpretação analítico-comportamental, já é apontado pela literatura função reforçadora negativa desse comportamento, isso é, um comportamento que retira ou ameniza um evento aversivo após a sua emissão<sup>35</sup>. A pessoa que tenta suicídio e/ou realiza planos com essa finalidade pode estar percebendo a própria vida como um evento aversivo no qual finalizá-la retirará também o sofrimento envolvido<sup>37,38</sup>. Skinner<sup>39</sup> aponta a promoção de comportamentos passivos como uma característica que pode culminar na ideação suicida. Essa relação passiva significa o aparecimento de formas de alcançar as consequências

finais dos comportamentos com cada vez menos custo de resposta, fazendo com que a intensidade da conquista dessa consequência perca o seu valor com o passar do tempo. Nico, Leonardi e Zeggio<sup>6</sup> apontam que essa relação pode estar intensificada na atualidade pela facilidade e celeridade que as tecnologias de informação reduzem o custo dos comportamentos para obter o mesmo tipo de consequência, afetando a tolerância a frustração dos envolvidos.

Com relação aos pontos fortes desta pesquisa, tratou-se de um estudo com base representativa populacional, algo que nem todas as pesquisas da área conseguem desenvolver. A quantidade de variáveis confundidoras acrescentadas ao modelo teórico também foi um diferencial, considerando que a pesquisa é aninhada a uma coorte de nascimento para diversos objetivos de pesquisa, o que diversificou a possibilidade de inclusão de variáveis de diferentes classes.

Algumas limitações podem ser apontadas: tanto a exposição quanto o desfecho foram variáveis coletadas por meio de auto-relato, o que pode comprometer em partes o resultado final considerando o viés de aferição. Além disso, não foi considerado o acúmulo de telas na contagem de horas de tela para cada eletrônico, apenas a quantidade isolada de cada aparelho.

## **CONCLUSÃO**

Foi encontrada associação entre tempo de tela e risco de suicídio na adolescência com a população em estudo. Esse resultado pode ser justificado pela ausência de associação entre essas variáveis ou pela existência de confundidores que não foram levados em consideração no modelo teórico testado. Outros estudos em outras populações e com a inclusão de mais confundidores são necessários para ampliar o conhecimento sobre o assunto.

## **FONTES DE FINANCIAMENTO**

A pesquisa matriz “Determinantes ao longo do ciclo vital da obesidade, precursores de doenças crônicas, capital humano e saúde mental” teve financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), sendo apresentado apenas o valor do global do financiamento correspondente a R\$ 6.268.000,00 reais.

## **DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE**

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

## **REFERÊNCIAS**

1. Reuter C, Burgos M, Pritsch C, da-Silva P, Marques K, de-Souza S et al. Obesidade, aptidão cardiorrespiratória, atividade física e tempo de tela em escolares da zona urbana e rural de Santa Cruz do Sul-RS. *Cinergis*. 2015 Jul 9; [citado 2021 Jan 10]; 16(1):[aprox. 0 p.]. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/6271>
2. Schaan CW, Cureau FV, Sbaraini M, Sparrenberger K, Kohl HW, Schaan BD. Prevalência de tempo excessivo de tela e tempo de TV em adolescentes brasileiros: revisão sistemática e metanálise. *J. Pediatr. (Rio J.)* [Internet]. 2019 Apr [cited 2021 Jan 10]; 95(2): 155-165. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572019000200155&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572019000200155&lng=en).
3. Augner C, Hacker GW. Associations between problematic mobile phone use and psychological parameters in young adults. *Int J Public Health*. 2012 Apr;57(2):437-41.
4. Friedrich RR, Polet JP, Schuch I, Wagner MB. Effect of intervention programs in schools to reduce screen time: a meta-analysis. *J. Pediatr. (Rio J.)* [Internet]. 2014 June [cited 2021 Jan 10]; 90(3): 232-241. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572014000300232&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572014000300232&lng=en).
5. Gomes LB, Bossardi CN, Bolze SDA, Bigras M, Paquette D, Crepaldi MA et al. Pesquisas transculturais em psicologia do desenvolvimento: considerações teórico-metodológicas. *Arq. bras. psicol.* [Internet]. 2018 [citado 2021 Jan 10]; 70(1): 260-275. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672018000100018&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672018000100018&lng=pt).
6. Nico Y, Leonardi JL, Zeggio L. A depressão como fenômeno cultural na sociedade pós-moderna: Parte 1 um ensaio analítico-comportamental dos nossos tempos. Creative Commons: São Paulo, 2015.
7. Recco KCC, Abitante MS, Silva RH da, Quevedo J. O comportamento suicida na emergência. In: Quevedo J., organizador. *Emergências psiquiátricas*. 4. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2020.
8. Bergmann GG, Bertoldi AD, Mielke GI, Camargo AL, Matijasevich A, Hallal PC. Atividade física, tempo de tela e utilização de medicamentos em adolescentes: coorte de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2016 [cited 2021 Jan 10]; 32(4): e00011715. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2016000400708&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000400708&lng=en).
9. Huang C. Time spent on social network sites and psychological well-being: A meta-analysis. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 2017; 20(6):346-54.
10. Kelly Y, Zilanawalaa A, Booker C, Sacker A. Social media use and adolescent health: Finding from the UK Millennial cohort study. *EClinicalMedicine*. 2018;6(1):59-68.

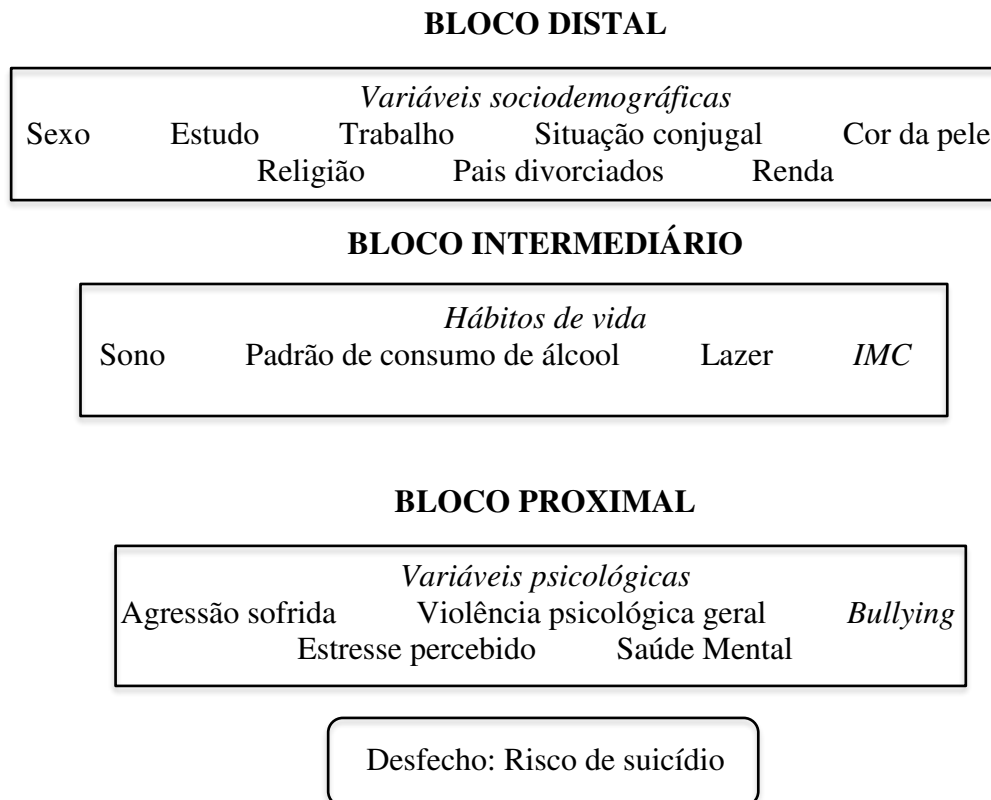


11. Li XS, Buxton OM, Lee S, Chang A, Berger LM, Hale L. Insomnia symptoms and sleep duration mediate the association between adolescent screen time and depressive symptoms. *SLEEP Abstract Supplement*. 2018;41(1):A298.
12. Maia BE. A morte anunciada nas mídias: estranhamentos, familiaridade e cotidiano. *Revista M. Rio de Janeiro*. 2018;3(5):217-222.
13. Shakya HB, Christakis NA. Association of Facebook use with compromised well-being: A longitudinal study. *American Journal of Epidemiology*. 2017;185(3):203-11.
14. Twenge JM, Campbell WK. Associations between screen time and lower psychological well-being among children and adolescents: Evidence from a population-based study. *Prev Med Rep*. 2018;12(1):271–83.
15. Twenge JM, Joiner TE, Rogers ML, Martin GN. Increases in depressive symptoms, suicide-related outcomes, and suicide rates among U.S. adolescents after 2010 and links to increased new media screen time. *Clinical Psychological Science*. 2017;6(1):1-15.
16. Silva AA, Barbieri MA, Cardoso VC, Batista RF, Simões VM, Vianna EO et al. Prevalence of non-communicable diseases in Brazilian children: follow-up at school age of two Brazilian birth cohorts of the 1990's. *BMC Public Health*. 2011 Jun;21(11):486.
17. Simões VMF, Batista RFL, Alves TSS de B, Ribeiro CCC, Thomaz EBAF, Carvalho CA de et al. Saúde dos adolescentes da coorte de nascimentos de São Luís, Maranhão, Brasil, 1997/1998. *Cad. Saúde Pública*. 2020;36(7):e00164519.
18. Ma G, Yao M, Liu Y, Lin A, Zou H, Urlando A et al. Validation of a new pediatric air-displacement plethysmograph for assessing body composition in infants. *Am J Clin Nutr*. 2004 Apr;79(4):653-60.
19. Rodrigues ME da S, Silveira TB da, Jansen K, Cruzeiro ALS, Ores L, Pinheiro RT et al. Risco de suicídio em jovens com transtornos de ansiedade: estudo de base populacional. *Psico-USF*. 2012;17(1):53-62.
20. Ores L da C, Quevedo L de A, Jansen K, Carvalho AB de, Cardoso TA, Souza LD de M et al. Risco de suicídio e comportamentos de risco à saúde em jovens de 18 a 24 anos: um estudo descritivo. *Cad. Saúde Pública [Internet]*. 2012 Feb [cited 2021 Jan 04]; 28(2):305-312. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012000200009&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000200009&lng=en).
21. Barbosa LP, Quevedo L, Silva del G da, Jansen K, Pinheiro RT, Branco J et al. Childhood trauma and suicide risk in a sample of young individuals aged 14-35 years in southern Brazil. *Child Abuse Negl*. 2014 Jul;38(7):1191-6.

22. Santos HGB dos, Marcon SR, Espinosa MM, Baptista MN, Paulo PMC de. Fatores associados à presença de ideação suicida entre universitários. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2017 [cited 2021 Jan 04]; 25:e2878. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692017000100332&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100332&lng=en).
23. Santos AGG dos, Lima D de S, Santos FC dos, Mehinako MN, Ferreira LD dos. Ideação suicida entre discentes: estudo da prevalência numa instituição privada de ensino superior em Belo Horizonte. *Braz. J. of Develop.* 2020;6(19):81237-81267.
24. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Suicídio: saber prevenir e agir. Brasília (DF); 2017.
25. Suciú P. Forbes. Screen time and social media use among teens continues to rise. [Internet]. 2020 [Acesso em 16 dez. 2020]. Disponível em: <https://www.forbes.com/sites/petersuciú/2020/05/21/screen-time-and-social-media-use-among-teens-continues-to-rise/?sh=53c019432257>.
26. Martinhão MS. Pesquisa sobre o uso da internet por crianças e adolescentes no Brasil: TIC Kids online Brasil 2015. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2016.
27. Motorola. Motorola Phone-Life Balance Study. Data Report by Generations [Internet]. 2018 [Acesso em 09 out 2019]. Disponível em: <https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2018-02/motorola-phone-life-balance-study-topline-2018-02-21.pdf>.
28. Associação Americana de Pediatras. Children, adolescents, and the media. *Pediatrics*. 2013;122(2):958-61.
29. Messias E, Castro J, Saini A, Usman M, Peeples D. Sadness, suicide, and their association with video game and internet overuse among teens: results from the youth risk behavior survey 2007 and 2009. *Suicide Life Threat Behav.* 2011;41(3):307–15.
30. Horgan A, Sweeney J. Young students' use of the Internet for mental health information and support. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2010;17(2):117–23.
31. Arat G. Emerging protective and risk factors of mental health in Asian American students: findings from the 2013 Youth Risk Behavior Survey. *Vulnerable Child Youth Stud.* 2015;10(3):192–205.
32. Casiano HM, Djik MA, Katz LY, Chartier MJ. Media use and health outcomes in adolescents: findings from a nationally representative survey. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2012;21(4):297.
33. Kross E, Verduyn P, Demiralp E, Park J, Lee DS, Lin N, et al. Facebook Use Predicts Declines in Subjective Well-Being in Young Adults. *PLoS ONE.* 2013;8(8):e69841.
34. Moreira CB, Medeiros CA. Princípios básico da análise do comportamento. 2. ed. São Paulo: Artmed, 2018.

35. Correr R, Faidiga MTB. O uso do celular por adolescentes: impactos nos relacionamentos. *Adolesc Saude*. 2017;14(2):24-39.
36. Botega NJ. Crise suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed, 2015.
37. Defante KJV, Silva NT da, Aoyama PCN. Análise do livro “Os 13 porquês”: uma discussão sobre o suicídio sob a ótica analítico comportamental. *Akrópolis Umuarama*. 2017;25(2):173-88.
38. Sidman M. Coerção e suas implicações. Campinas: Editoral Psi, 1995.
39. Skinner BF. What is wrong with daily life in the Western world? *American Psychologist*. 1986;41(5):568–574.

Figura 1 – Modelo explicativo do risco de suicídio



Fonte: Autores

Tabela 1 - Características sociodemográficas, de hábitos de vida e características psicológicas dos adolescentes participantes da coorte de São Luís, Maranhão, Brasil em 2016 (n = 2515).

VARIÁVEIS	N	%
<b>CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS</b>		
<b>Sexo</b>		
Masculino	1196	47,55
Feminino	1319	52,45
<b>Estudo</b>		

Estuda atualmente	1748	69,5
Não estuda atualmente	767	30,5
<b>Trabalho</b>		
Trabalha atualmente	397	15,79
Não trabalha atualmente	2118	84,21
<b>Situação conjugal</b>		
Casado(a) / Mora com companheiro(a)	93	3,7
Não possui companheiro(a)	2422	96,3
<b>Cor da pele</b>		
Branca / Amarelo(a) / Oriental	497	19,76
Preta / Negra	416	16,54
Parda / Mulata / Cabocla / Morena	1589	63,06
Não souberam / Não responderam	13	0,64
<b>Religião</b>		
Professa alguma religião	1766	70,22
Não professa religião	749	29,78
<b>Situação conjugal dos pais</b>		
Pais casados / juntos	1290	51,29
Pais divorciados	1225	48,71
<b>Renda</b>		
A	94	3,74
B	566	22,5
C	1116	44,37
D / E	450	17,89
Não responderam	289	11,5
<b>HÁBITOS DE VIDA</b>		
<b>Sono</b>		
Bom	1061	42,19
Ruim	1454	57,81
<b>Padrão de consumo de álcool</b>		
Baixo risco	1682	66,88
Risco moderado	319	12,68
Alto risco	234	9,3
Risco severo	223	8,87
Não responderam	57	2,27
<b>Lazer</b>		
Realizou atividades de lazer	2071	82,35
Não realizou atividades de lazer	432	17,18
Não responderam	12	0,47
<b>IMC</b>		
Muito magro	411	16,34
Normal	1598	63,54
Sobrepeso	371	14,75
Obeso	101	4,02
Não responderam	34	1,35
<b>CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS</b>		
<b>Agressão sofrida</b>		
Não sofreu agressão	1735	68,99
Sofreu agressão	780	31,01
<b>Violência psicológica geral</b>		
De 18 a 27	878	34,91
De 28 a 38	836	33,24
De 39 a 83	772	30,7
Não responderam	29	1,15

<b>Bullying</b>		
Não sofreu bullying	2304	91,61
Sofreu bullying	184	7,32
Não responderam	27	1,07
<b>Estresse percebido</b>		
De 0 a 1 evento	876	34,83
De 2 a 3 eventos	1028	40,87
De 4 a 10 eventos	597	23,74
Não responderam	14	0,56
<b>Saúde mental</b>		
De 0 a 7	1453	57,77
De 8 a 20	1026	40,80
Não responderam	13	1,43
<b>TOTAL</b>	<b>2515</b>	<b>100</b>

Fonte: Autores

Tabela 2 - Modelo final hierarquizado de associação independente dos fatores associados ao risco de suicídio entre adolescentes (n = 2479) de uma coorte de nascimento de São Luís, Maranhão, Brasil, 2016.

Variáveis	Bloco Distal		Bloco Distal + Intermediário		Bloco Distal + Intermediário + Proximal	
	OR (IC 95%)	P-valor	OR (IC 95%)	P-valor	OR (IC 95%)	P-valor
<b>Sexo</b>						
Masculino	1,0	-	1,0	-	1,0	-
Feminino	2,27 (1,50-3,41)	0,004	2,28 (1,54-3,37)	<0,001	1,48 (0,98-2,21)	0,059
<b>Religião</b>						
Professa religião	1,0	-	1,0	-	1,0	-
Não professa religião	1,62 (1,10-2,39)	0,015	1,35 (0,92-1,97)	0,126	1,37 (0,93-2,02)	0,113
<b>Classe social</b>						
A	1,0	-				
B	0,89 (0,36-2,20)	0,797				
C	0,64 (0,27-1,56)	0,329				
D / E	1,30 (0,53-3,24)	0,567				
<b>Sono</b>						
Bom			1,0	-	1,0	-
Ruim			1,53 (1,05-2,25)	0,028	0,94 (0,63-1,41)	0,778
<b>Consumo de álcool</b>						
Baixo risco / Abstêmios			1,0	-	1,0	-
Consumo de risco			1,39 (0,83-2,23)	0,206	1,23 (0,73-2,09)	0,434
Consumo nocivo			1,78 (1,02-3,10)	0,042	1,60 (0,91-2,83)	0,103
Provável dependência			1,91 (1,09-3,34)	0,024	1,79 (1,01-3,20)	0,047
<b>Lazer</b>						
Sim			1,0	-	1,0	-
Não			1,46 (0,94-2,27)	0,090	1,58 (1,01-2,47)	0,045
<b>IMC</b>						
Normal			1,0	-		
Muito magro			1,27 (0,80-2,03)	0,317		
Sobrepeso			1,10 (0,66-1,83)	0,706		
Obeso			2,38 (1,23-4,61)	0,010		
<b>Bullying</b>						
Não sofreu bullying					1,0	-
Sofreu bullying					2,00 (1,21-3,32)	0,007
<b>Saúde Mental</b>						
0   8					1,0	-
8   20					5,63 (3,52-9,00)	<0,001

Notas: IC95%: intervalo de 95% de confiança; OR: Odds Ratio obtido por regressão logística.

Fonte: Autores

Tabela 3 - Risco de suicídio dos adolescentes (n = 2515) participantes da coorte de São Luís, Maranhão, Brasil em 2016.

Risco de suicídio	Masculino		Feminino		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Sem risco	1,081	91,77	1,067	82,01	2148	86,65
Risco baixo	57	4,84	138	10,61	195	7,87
Risco moderado	11	0,93	25	1,92	36	1,45
Risco alto	29	2,46	71	5,46	100	4,03
Total	1196	100	1319	100	2515	100

Fonte: Autores

Tabela 4 - Tempo de tela médio dos adolescentes (n= 2479) participantes da coorte de São Luís, Maranhão, Brasil em 2016.

Tempo de tela	Masculino	Feminino	TOTAL
TV	1,88 (±2,09)	1,84 (±2,17)	1,86 (±2,13)
Videogame	0,84 (±1,49)	0,19 (±0,79)	0,5 (±1,22)
Tablet	0,15 (±0,68)	0,22 (±0,95)	0,19 (±0,84)
Computador	1,38 (±2,11)	1,19 (±1,9)	1,28 (±2)
Celular	5,07 (±4,97)	5,58 (±5,01)	5,34 (±5)
Tempo total de tela	9,32 (±6,66)	9,02 (±6,31)	9,16 (±6,48)

Fonte: Autores

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo propôs-se a buscar a associação entre tempo de tela e risco de suicídio na adolescência a partir da análise de uma amostra representativa da população em São Luís, MA e foi encontrada associação entre essas variáveis, porém fraca considerando o valor limítrofe identificado. Esse achado pode ser justificado devido à existência dessa associação em caráter fraco ou a presença de fatores confundidores não considerados no modelo teórico proposto que poderiam aumentar ou diminuir a intensidade da associação encontrada.

Foi identificado risco de suicídio na amostra de 5,48% e tempo médio de tela de 9,2 ( $\pm 6,48$ ) horas, sendo o primeiro considerado baixo e o segundo alto em comparação a outros estudos semelhantes. Frisa-se a importância que outros estudos sejam desenvolvidos em busca dos fatores que estão associados aos valores identificados de risco de suicídio e do tempo de tela na população adolescente ludovicense.

## REFERÊNCIAS

- ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas. **Critério de Classificação Econômica Brasil**. [online]. Publicado em 01 Jun. 2019. Disponível em: <file:///C:/Users/leand/Downloads/01\_cceb\_2019.pdf>. Acesso em: 11 Out. 2019.
- ALMEIDA, R. S. et al. Pandemia de COVID-19: guia prático para promoção da saúde mental de crianças e adolescentes. **Resid Pediatr**. v. 10, n. 2, p. 1-4, 2020. 0(2):1-4.
- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. APA. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4. ed. Washington (DC): APA; 1994.
- \_\_\_\_\_. Diretrizes para avaliação e tratamento de pacientes com comportamento suicida. In: **Diretrizes para o tratamento de transtornos psiquiátricos**. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 550-668.
- AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Rev. Bras. Psiquiatr**. v. 22, n. 3, p.106-15, 2000.
- ANDERSON, M.; JIANG, J. Pew Research Center. **Teens, social media & technology 2018**. [online]. Publicado em: 31 Mai. 2018. Disponível em: <<https://www.pewinternet.org/2018/05/31/teens-social-media-technology-2018/>>. Acesso em: 28 Mar. 2019.
- ARAT, G. Emerging protective and risk factors of mental health in Asian American students: findings from the 2013 Youth Risk Behavior Survey. **Vulnerable Child Youth Stud**. v. 10, n. 3, p. 192–205, 2015.
- ASSOCIAÇÃO Americana de Pediatras. Children, adolescents, and the media. **Pediatrics**. v. 132, n. 5, p. 958-61, Nov. 2013.
- \_\_\_\_\_. **Television and the family**. [online]. Publicado em: 1991. Disponível em: <[http://hanover-pediatrics.com/documents/TVFamily\\_HE0015A.pdf](http://hanover-pediatrics.com/documents/TVFamily_HE0015A.pdf)>. Acesso em 19 Dez. 2020.
- ASSOCIAÇÃO Brasileira de Educação. ABE. **Os novos perigos que rondam nossos filhos**. [Online]. Publicado em: 2013. Disponível em: <<http://www.abe1924.org.br/lermo-nos/313-os-novos-perigos-que-rondam-nossos-filhos>>. Acesso em 02 set. 2020.
- ASSOCIAÇÃO Brasileira de Psiquiatria. **Suicídio: informando para prevenir**. Brasília – DF: Conselho Federal de Medicina, 2014.
- AUGNER, C.; HACKER, G. W. Associations between problematic mobile phone use and psychological parameters in young adults. **International Journal of Public Health**. v. 57, n. 1, p. 437-41, 2012.
- AUTRAN, R. G. et al. Percepção de regras e de confiança em reduzir o tempo de tela em adolescents. **Rev Bras Ativ Fis e Saúde**. Pelotas/RS.v. 19, n. 6, p.690-692, Nov. 2014.



AYDOGDU, A. L. F. Saúde mental das crianças durante a pandemia causada pelo novo coronavírus: revisão integrativa. **Journal Health NPEPS**. v. 5, n. 2, p. e4891, Jul./Dez. 2020.

BABOR, T.F.; HIGGLE-BIDDLE, J.C. **Intervenções breves para uso de risco e nocivo de álcool: manual para uso em atenção primária**. Ribeirão Preto: PAI-PAD, 2003.

BARBOSA, A. F. Introdução. In: MARTINHÃO, M. S. (Coord.). **Pesquisa sobre o uso da internet por crianças e adolescentes no Brasil: TIC Kids online Brasil 2015**. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2016.

BARBOSA, L. P. et al. Childhood trauma and suicide risk in a sample of young individuals aged 14-35 years in southern Brazil. **Child Abuse Negl.** v. 38, n. 7, p. 1191-6, 2014.

BAUMGARTNE BARBOSA, L. P. et al. Childhood trauma and suicide risk in a sample of young individuals aged 14-35 years in southern Brazil. **Child Abuse Negl.** v. 38, n. 7, p. 1191-6, 2014. R, S. E. et al. The relationship between media multitasking and attention problems in adolescents: results of two longitudinal studies. **Human Communication Research**. v. 44, n. 1, p. 3-30, 2018.

\_\_\_\_\_. The relationship between media multitasking and executive function in early adolescents. **Journal of Early Adolescence**. v. 34, n. 1, p. 1120-44, 2014.

BECKER, M. W.; ALZAHABI, R.; HOPWOOD, C. J. Media multitasking is associated with symptoms of depression and social anxiety. **Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking**. v. 16, n. 1, p. 132-35, 2012.

BENEDUSI, I. C. **Projeto servir: aprendizagem e qualificação através de uma entidade de classe**. 2019. 78f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

BERGMANN, G. G. et al. Atividade física, tempo de tela e utilização de medicamentos em adolescentes: coorte de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 32, n. 4, p. 1-12, mai. 2016.

BERTOLAZI, A. N. **Tradução, adaptação cultural e validação de dois instrumentos de avaliação do sono: Escala de Sonolência de Epworth e Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh**. 2008. 93p. Dissertação (mestrado em medicina) Faculdade de Medicina. Programa de Pós-graduação em medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFGRS). Porto Alegre, 2008.

BIDDLE, L. et al. Suicide and the Internet. **BMJ**. v. 336, n. 7648, p. 800-02, 2008.

BORGES, N. B. **Clínica analítico-comportamental: aspectos teóricos e práticos**. São Paulo: Artmed, 2012.

BOTEGA, N. J. **Crise suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BOTEGA, N. J., et al. Suicidal behavior in the community: Prevalence, and factors associated with suicidal ideation. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 27, n. 1, p. 54-53, 2005.

BRASIL. **Caderneta nutricional do adulto**. [online]. Publicado em jun. 2016. Disponível em: <<http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2016-06/caderneta-do-adulto.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2019.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 10.225, de 5 de fevereiro de 2020. Institui o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, regulamenta a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e estabelece normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada. Brasília: DOU **Diário Oficial da União**. Publicado no DOU de 5 de fevereiro de 2020a.

\_\_\_\_\_. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Brasília: DOU **Diário Oficial da União**. Publicado no DOU de 24 de abril de 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Portaria nº 1.321, de 7 de dezembro de 2018. Brasília. **Diário Oficial da União**. Publicado no DOU em 07 dez. 2018. Seção 1.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia de COVID-19: Crianças na pandemia de COVID-19**. Belo Horizonte: Fiocruz, 2020b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia de COVID-19: Recomendações gerais**. Belo Horizonte: Fiocruz, 2020c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Novos dados reforçam a importância da prevenção do suicídio**. [online]. Publicado em: 25 Set. 2018a. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44404-novos-dados-reforcaram-a-importancia-da-prevencao-do-suicidio>>. Acesso em: 5 Mai. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Portaria nº 1.321, de 7 de dezembro de 2018. Brasília, **Diário Oficial da União**. Publicado no DOU em 07 dez. 2018. Seção 1.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Portaria nº 1.419, de 8 de junho de 2017. Aprova os Regimentos Internos e o Quadro Demonstrativo de Cargos em Comissão e das Funções de Confiança das unidades integrantes da Estrutura Regimental do Ministério da Saúde. Brasília. **Diário Oficial da União**. Publicado no DOU em 08 jun. 2017. Seção 1.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio: Sinais para saber e agir**. [online]. Publicado em: 01. Mar. 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/suicidio>>. Acesso em: 05 Mai. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. IBGE. **Panorama São Luís**. [online]. Publicado em 2010a. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/sao-luis/panorama>>. Acesso em: 26 Jun. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. IBGE. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2010b.

BUSCH, V.; MANDERS, L. A. de; LEEUW, J. R. Screen time associated with health behaviors and outcomes in adolescents. **Am. J. Health Behav.** v. 37, n. 6, p. 819-30, Nov. 2013.

CAIN, M. S.; MITROFF, S. R. Distractor filtering in media multitaskers. **Perception.** v. 40, n. 1, p. 1183–1192, 2011.

CAIN, M. S. et al. Media multitasking in adolescence. **Psychon. Bull. Rev.** v. 23, n. 1, p. 1932–1941, 2016.

CARDOSO, L. R. D.; MALBERGIER, A. Problemas escolares e o consumo de álcool e outras drogas entre adolescentes. **Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, SP.** v. 18, n. 1, p.27-34, Jan./Abr. 2014.

CARNEIRO, A. P. L. et al. Portal de formação a distância: sujeitos, contextos e drogas. **AUDIT e AUDIT-C.** [online]. Publicado em: 24 abr. 2017. Disponível em: <<http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-095653-001.pdf>>. Acesso em: 25 dez. 2020.

CASIANO, H. M. et al. Media use and health outcomes in adolescents: findings from a nationally representative survey. **J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.** v. 21, n. 4, p. 297, 2012.

CILLERO, I. H.; JAGO, R. Systematic review of correlates of screen-viewing among young children. **Preventive Medicine.** v. 51, n. 1, p. 3-10, 2010.

CORRER, R.; FAIDIGA, M. T. B. O uso do celular por adolescentes: impactos nos relacionamentos. **Adolesc Saude.** v. 14, n. 2, p. 24-39, 2017.

COSTA, F. F. de; ASSIS, M. A. A. de. Nível de atividade física e comportamentos sedentários de escolares de sete a dez anos de Florianópolis-SC. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde.** v. 16, n. 1, p. 48-54, 2011.

DAOLIO, E. R.; SILVA, J. V. Os significados e os motivos do suicídio: as representações sociais de pessoas residentes em Bragança Paulista, SP. **Centro Universitário São Camilo.** v. 3, n. 1, p. 68-76, 2009.

DEFANTE, K. J. V.; SILVA, N. T.; AOYAMA, P. C. N. Análise do livro “Os 13 porquês”: uma discussão sobre o suicídio sob a ótica analítico comportamental. **Akrópolis Umuarama.** v. 25, n. 2, p. 173-88. 2017.

DESLANDES, S. F.; COUTINHO, T. O uso intensivo da internet por crianças e adolescentes no contexto da Covid-19 e os riscos para violências autoinflingidas. **Cien Saúde Colet.** v. 25, suppl. 1, p. 2479-86, 2020.

DIAS, M. A. **Introdução à logística:** fundamentos, práticas e integração. Rio de Janeiro: ATLAS, 2017.

DIENLIN, T.; MASUR, P. K.; TREPTE, S. Reinforcement or displacement: The reciprocity of FtF, IM, and SNS communication and their effects on loneliness and life satisfaction.

**Journal of Computer-Mediated Communication.** v. 22, n. 1, p. 71-87, 2017.

DIETZ, W. H.; GORTMAKER, S. L. Do we fatten our children at the television set? obesity and television viewing in children and adolescents. **Pediatrics.** v. 75, n. 5, p. 807-12, Mai. 1985.

DOCKHORN, C. N. de B. F.; WERLANG, B. C. G. Programa CVV: Prevenção do suicídio no contexto das hotlines e do voluntariado. **Revista Textos & Contextos.** Porto Alegre. v. 7 n. 2 p. 183-198. jul./dez. 2008.

DUFF, B. R. L. et al. Doing it all: An exploratory study of predictors of media multitasking. **Journal of Interactive Advertising.** v. 14, n. 1, p. 11-23, 2014.

EPHRAIM, P. E. African youths and the dangers of social networking: A culture-centered approach to using social media. **Ethics and Information Technology.** v. 15, n. 4, p 275–284, Dez. 2013.

EWING, S.; NAGEL, E.; THOMAS, J. **CCi Digital Futures 2014: The Internet in Australia.** Australian Policy Online, 2015.

FALCONE, T.; TIMMONS-MITCHELL, J. **Suicide prevention: a practical guide for the practioner.** Cleveland – OH: Springer, 2018.

FORLI, D. C. **Tempo frente à tela e estado nutricional: um estudo com crianças e mães em uma unidade básica de saúde.** 2015. 44p. Trabalho de conclusão de curso (graduação em nutrição) Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Graduação em Nutrição. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRS). Porto Alegre, 2015.

FRANCIS, J. M. et al. Validation of the MINI (DSM IV) Tool for the assessment of alcohol dependence among young people in northern tanzania using the alcohol biomarker phosphatidylethanol (PEth). **Int. J. Environ. Res. Public Health.** v. 12, n. 1, p. 14021-33, 2015.

FREIRE, I. P; SIMÃO, A. M. V.; FERREIRA, A. S. O estudo da violência entre pares no 3º ciclo do ensino básico — um questionário aferido para a população escolar portuguesa. **Revista Portuguesa de Educação.** v. 19, n. 2, p. 157-83, 2006.

FRIEDRICH, R. R. et al. Effect of intervention programs in schools to reduce screen time: a meta-analysis. **J Pediatr (Rio J).** v. 90, n. 3, 232–41, 2014.

GARRIDO, R. G.; RODRIGUES, R. C. Restrição de contato social e saúde mental na pandemia: possíveis impactos das condicionantes sociais. **J. Health Biol Sci.** v. 8, n. 1, p. 1-9, 2020.

GOMES, L. B. et al. Pesquisas transculturais em psicologia do desenvolvimento: considerações teórico-metodológicas. **Arq. bras. psicol.** Rio de Janeiro. v.70, n .1, p. 260-75, Jan. / Abr. 2018.

GONÇALVES, D. M.; STEIN, A. T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo

comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cad. Saúde Pública.** v. 24, n.2, Rio de Janeiro, Feb. 2008.

HINDUJA, S.; PATCHIN, J. W. High-Tech Cruelty. **Educ Leadersh.** v. 68, n. 5, p. 48-52, 2011.

HORGAN, A.; SWEENEY, J. Young students' use of the Internet for mental health information and support. **J Psychiatr Ment Health Nurs.** v. 17, n. 2, p.117–23, 2010.

HOSSAIN, M. M.; SULTANA, A.; PUROHIT, N. Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: A systematic umbrella review of the global evidence. **PsyArXivPreprints.** p. 1-27, 2020.

HUANG, C. Time spent on social network sites and psychological well-being: A meta-analysis. **Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking.** v. 20, n. 6, p. 346-54, 2017.

Indicadores de conjuntura socioeconômica do Maranhão. IBGE. **Instituto Maranhense de Estudos Socioeconômicos e Cartográficos,** v. 3, n. 1, p. 20, jan./mar. 2010.

JEFFERY, R. W.; FRENCH, S. A. Epidemic obesity in the united states: are fast foods and television viewing contributing? **American Journal of Public Health.** v. 88, n. 2, 877-80, 1998.

KELLY, Y. et al. Social media use and adolescent health: Finding from the UK Millennial cohort study. **EClinicalMedicine.** v. 6, n. 1, pp. 59-68, Dez. 2018.

KIERMANDER, B. Impact of television on medicine. **Proc. roy. Soc. Med.** v. 63, n. 1, p. 383-85. Apr. 1969.

KONONOVA, A. Multitasking across borders: A cross-national study of media multitasking behaviors, its antecedents, and outcomes. **International Journal of Communication.** v. 7, n. 1, p. 23, 2013.

KOWALSKI, R. M.; LIMBER, S. P.; AGATSTON, P. W. **Cyber bullying: Bullying in the digital age.** Malden, MA: Black- well Publishing Ltd; 2008.

KROSS, E. et al. Facebook use predicts declines in subjective well-being in young adults. **PLOS One.** v. 8, n. 8, p. e69841, 2013.

LEWIN, E. P. **Some effects of television screen size and viewer distance on recognition of short sentences.** 1972. 121f. Dissertação (Master of Science) – Temple University, Filadélfia, Pensilvânia, 1972.

LI, X. S. et al. Insomnia symptoms and sleep duration mediate the association between adolescent screen time and depressive symptoms. **SLEEP Abstract Supplement.** v. 41, n. 1, p. A298, 2018.

LISKOLA, J. et al. AUDIT and AUDIT-C as screening instruments for alcohol problem use in adolescents. **Drug Alcohol Depend.** v. 188, n. 1, p. 266-73, 2018.

LUCENA, J. M. S. de et al. Prevalência de tempo excessivo de tela e fatores associados em adolescentes. **Revista Paulista de Pediatria**. v. 33, n. 4, p. 407-14, 2015.

LUXTON, David D.; JUNE, Jennifer D.; FAIRALL, Jonathan M. Social media and suicide: a public health perspective. **American Journal of Public Health**, [s. l.], v. 102, n. S2, p. S195–S200, 2012. Disponível em: <<http://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2011.300608>>. Acesso em: 22 abr. 2019.

LUXTON, D. D.; JUNE, J. D.; KINN, J. T. Technology-based suicide prevention: current applications and future directions. **Telemed JE Health**. v. 17, n. 1, p. 50-4, 2011.

MA, G. et al. Validation of a new pediatric air-displacement plethysmograph for assessing body composition in infants. **Am J Clin Nutr**. v. 79, n. 1, p. 653-60, 2004.

MAIA, B. E. A morte anunciada nas mídias: estranhamentos, familiaridade e cotidiano. **Revista M**. Rio de Janeiro, v. 3, n. 5, p. 217-222, jan./jun. 2018.

MAK, K. K et al. Epidemiology of internet behaviors and addiction among adolescents in six Asian countries. **Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking**. v. 17, n. 11, p. 720-8, Nov. 2014.

MANGUEIRA, L. F. B. Saúde mental das crianças e adolescentes em tempos de pandemia: uma revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. v. 12, n. 11, p. e4919, Nov. 2020.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 8. Ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MARTINHÃO, M. S. (Coord.). **Pesquisa sobre o uso da internet por crianças e adolescentes no Brasil: TIC Kids online Brasil 2015**. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2016.

MCMILLAN, R.; MCISAAC, M.; JANSSEN, I. Family structure as a predictor of screen time among youth. **PeerJ**. v. 3, n. 1, p. e1048-54, 2015.

MELO, B. D. et al. **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: crianças na pandemia Covid-19**. Rio de Janeiro: Fiocruz/CEPEDES, 2020.

MENDES, K. 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**. v. 17, n. 4, p. 758–64. 2008.

MESSIAS, E. et al. Sadness, suicide, and their association with video game and internet overuse among teens: results from the youth risk behavior survey 2007 and 2009. **Suicide Life Threat Behav**. v. 41, n. 3, p. 307–15, 2011.

MIELGO-AYUSO, J. et al. Sedentary behavior among Spanish children and adolescents: findings from the ANIBES study. **BMC Public Health**. v. 17, n. 1, p. 94-103, 2017.

MINEAR, M. et al. Working memory, fluid intelligence, and impulsiveness in heavy media multitaskers. **Psychonomic Bulletin & Review**. v. 20, n. 1, p. 1274-81, 2013.

MOREIRA, C. B.; MEDEIROS, C. A. **Princípios básico da análise do comportamento**. 2. Ed. São Paulo: Artmed, 2018.

MOTA, J., et al. Leisure time physical activity, screen time, social background, and environmental variables in adolescents. **Pediatric Exercise Science**. v. 19, n.1, p. 279-90, 2007.

MOTOROLA. **Motorola Phone-Life Balance Study**. Data Report by Generations [online]. Publicado em: 13 Fev. 2018. Disponível em: <<https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2018-02/motorola-phone-life-balance-study-topline-2018-02-21.pdf>>. Acesso em: 09 Out. 2019.

NASCIMENTO, R. da S. et al. Identificando Sinais de Comportamento Depressivo em Redes Sociais. **7º Brazilian Workshop on Social Network Analysis and Mining (BraSNAM 2018)**, [s. l.], v. 7, n. 1, 2018. Disponível em: <<http://portaldeconteudo.sbc.org.br/index.php/brasnam/article/view/3597>>. Acesso em: 22 abr. 2019.

NICO, Y.; LEONARDI, J. L.; ZEGGIO, L. **A depressão como fenômeno cultural na sociedade pós-moderna: Parte 1** um ensaio analítico-comportamental dos nossos tempos. Creative Commons: São Paulo, 2015.

OH, H. J.; OZKAYA, E.; LAROSE, R. How does online social networking enhance life satisfaction: The relationships among online supportive interaction, affect, perceived social support, sense of community, and life satisfaction. **Computers in Human Behavior**. v. 30, n. 1, p. 69-78, 2014.

OLIVEIRA, J. S. et al. ERICA: Uso de telas e consumo de refeições e petiscos por adolescentes brasileiros. **Revista de Saúde Pública**. v. 50, n. 1, p. 1-9, 2016.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Coronavirus disease 2020 (COVID-19): Situation Report – 67**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2020.

\_\_\_\_\_. **MI-GAP: Manual de Intervenções Programa de Ação Mundial em Saúde Mental MI-GAP para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde**. [S.l.]: Organização Mundial de Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. **Prevenção do suicídio: Um recurso para conselheiros**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. **Public health action for the prevention of suicide: A framework**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2012.

ORES, L. da C. et al. Risco de suicídio e comportamentos de risco à saúde em jovens de 18 a 24 anos: um estudo descritivo. **Cad. Saúde Pública [Internet]**. v. 28, n. 2, p. 305-312, 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **“Suicídio é grave problema de saúde pública e sua prevenção deve ser prioridade”, afirma OPAS/OMS**. [online]. Publicado em: 15 Mai. 2018. Disponível em: <

[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5674:suicidio-e-grave-problema-de-saude-publica-e-sua-prevencao-deve-ser-prioridade-afirma-opas-oms&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5674:suicidio-e-grave-problema-de-saude-publica-e-sua-prevencao-deve-ser-prioridade-afirma-opas-oms&Itemid=839)>. Acesso em: 02 Mai. 2019.

PATE, R. R. et al. Associations between physical activity and other health behaviors in a representative sample of US adolescents. **American Journal of Public Health**. v. 86, n. 11, p. 1577-81, Nov. 1996.

PAGE, A. S. et al. Children's screen viewing is related to psychological difficulties irrespective of physical activity. **Pediatrics**. v. 126, n. 5, p. e1011-17, Nov. 2010.

PARAJÁRA, M. do C. **Comportamento sedentário de adolescentes da região metropolitana de Belo Horizonte e sua associação com características individuais e da vizinhança: estudo saúde urbana em vespasiano**. 2019. 183p. Trabalho de conclusão de curso (pós-graduação em saúde e nutrição) Universidade Federal do Ouro Preto. Programa de Pós-Graduação em Saúde e Nutrição. Universidade Federal do Ouro Preto (UFOP). Ouro Preto, 2019.

PEREIRA, M. D. et al. A pandemia de COVID-19, o isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**. v. 9, n. 7, p. e652974548, 2020.

POUSHTER, J.; BISHOP, C.; CHWE, A. Pew Research Center. **Social network adoption varies widely by country**. [online]. Publicado em: 31 Mai. 2018a. Disponível em: <<https://www.pewglobal.org/2018/06/19/3-social-network-adoption-varies-widely-by-country/>>. Acesso em: 01 Mai. 2019.

\_\_\_\_\_. Pew Research Center. Social Media. **Use continues to rise in developing countries but plateaus across developed ones**. [online]. Publicado em: 19 Jun. 2018b. Disponível em: <<https://www.pewglobal.org/2018/06/19/social-media-use-continues-to-rise-in-developing-countries-but-plateaus-across-developed-ones/>>. Acesso em: 01 Mai. 2019.

POSNER, K. et al. Columbia classification algorithm of suicide assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. **Am. J. Psychiatry**. v. 164, n. 7, p. 1035-43, 2007.

PRADO, A. D. et al. A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. v. 46, n. 1, p. e4126, 2020.

PRODÓCIMO, E. et al. Meninas também agredem? Estudo sobre agressão entre escolares. **Educação em Foco**. v. 15, n. 1, p. 59-76. 2010.

RALPH, B. C. W et al. Media multitasking and behavioral measures of sustained attention. **Atten Percept Psychophys**. v. 77, n. 2, p. 390-401, 2015.

RECCO, K. C. C. et al. O comportamento suicida na emergência. In: QUEVEDO, J. **Emergências psiquiátricas**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2020.

RECUPERO, R.; HARMSS, E.; NOBLE, J. M. Googling suicide: surfing for suicide



information on the internet. **JClin Psychiatry**. v. 69, n. 6, p. 878-88, 2008.

REUTER, C. P. et al. Obesidade, aptidão cardiorrespiratória, atividade física e tempo de tela em escolares da zona urbana e rural de Santa Cruz do Sul-RS. **Cinergis**. v. 16, n. 1, p. 52-56, Jan./Mar. 2015.

RIDEOUT, V. J.; FOEHR, U. G, ROBERTS, D. F. **Generation M2: Media in the lives of 8- to 18-year-olds**. Menlo Park, CA: Henry J. Kaiser Family Foundation, 2010.

ROBB, M. B. **The new normal: parents, teens, screens, and sleep in the United States**. San Francisco, CA: Common Sense Media, 2019.

ROBINSON, J. et al. Social media and suicide prevention: A systematic review. **Early Intervention in Psychiatry**. v. 10, n. 1, 103-21, 2016.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. **Compêndio de psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SANTOS, A. et al. Fatores associados ao comportamento sedentário em escolares de 9-12 anos de idade. **Motriz. Revista de Educação Física**. v. 19, n. 3, p.25-34, Jul. 2013.

SANTOS, A. G. G. dos et al. Ideação suicida entre discentes: estudo da prevalência numa instituição privada de ensino superior em Belo Horizonte. **Braz. J. of Develop**. v. 6, n. 19, p. 81237-67, 2020.

SANTOS, H. G. B. dos et al. Fatores associados à presença de ideação suicida entre universitários. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 25, n. 1, p. e2878, 2017.

SANTOS, R. **Associação entre o tempo do uso de mídias eletrônicas e problemas internalizantes em crianças de 7 a 11 anos durante a pandemia da COVID-19**. 2020. 52p. Trabalho de conclusão de curso (pós-graduação em distúrbios do desenvolvimento) Universidade Presbiteriana Mackenzie. Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento. Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM). São Paulo, 2020.

SANTOS, V. **O que são as entidades de classe e para o que servem?**. [Online]. Publicado em: 2014. Disponível em: <<https://medium.com/infoconabiblio/entidades-de-classe-a2758d6a921f>>. Acesso em 10 set. 2020.

SCHAAN, C. W. et al. Prevalência de tempo excessivo de tela e tempo de TV em adolescentes brasileiros: revisão sistemática e metanálise. **J. Pediatr. (Rio J.)**. v.95, n.2, Porto Alegre, p. 155-65, mar./abr. 2019.

SHACKELFORD, T. K.; WEEKES-SHACKELFORD, V. A. **The evolution of suicide**. Rochester – MI: Springer, 2018.

SHAKYA, H. B.; CHRISTAKIS, N. A. Association of Facebook use with compromised well-being: A longitudinal study. **American Journal of Epidemiology**. v. 185, n. 3, p. 203-11, 2017.

SIDMAN, M. **Coerção e suas implicações**. Campinas: Editoral Psi, 1995.

SIGMAN, A. Time for a view on screen time. **Arch Dis Child**. v. 97, n. 11, p. 935-42, Nov. 2012.

SILVA, A. A. M. da et al. Perinatal health and mother-child health care in the municipality of São Luis, Maranhão State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 17, n. 6, p. 1412-23, 2001.

\_\_\_\_\_. Prevalence of non-communicable diseases in Brazilian children: follow-up at school age of two Brazilian birth cohorts of the 1990's. **BMC Public Health (Online)**. v. 11, n. 1, p. 486, 2011.

SILVA, A. F. da. **Associação entre comportamentos suicidas e sedentarismo em adolescentes**. 2020. 100p. Dissertação (mestrado em educação física) Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-graduação em educação física. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, 2020.

SILVER, L. et al. Pew Research Center. **Use of smartphones and social media is common across most emerging economies**. [online]. Publicado em: 07 Mar. 2019. Disponível em: <<https://www.pewinternet.org/2019/03/07/use-of-smartphones-and-social-media-is-common-across-most-emerging-economies/#table>>. Acesso em: 01 Mai. 2019.

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.

SIRARD, J. R. et al. Physical activity and screen time in adolescents and their friends. **American Journal of Preventive Medicine**. v. 44, n. 1, p. 48-55, Jan. 2013.

SKINNER, B. F. What is wrong with daily life in the Western world? **American Psychologist**. v. 41, n. 5, p. 568-574, 1986.

SLUIJS, E. M. F. V., et al. Behavioural and social correlates of sedentary time in young people. **Br J Sports Med**. v. 44, n. 1, p. 747-55, 2010.

SMITH, A.; ANDERSON, M. Pew Research Center. **Social media use in 2018**. [online]. Publicado em: 01 Mar. 2018. Disponível em: <<https://www.pewinternet.org/2018/03/01/social-media-use-in-2018/>>. Acesso em: 28 Mar. 2019.

SOCIEDADE Brasileira de Pediatria. **#MENOS TELAS #MAIS SAÚDE..** [online]. Publicado em: Dez. 2019a. Disponível em: <[https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/\\_22246c-ManOrient\\_-\\_MenosTelas\\_\\_MaisSaude.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/_22246c-ManOrient_-_MenosTelas__MaisSaude.pdf)>. Acesso em: 11 Set. 2020.

\_\_\_\_\_. **Dependência virtual: um problema crescente #MENOS VÍDEOS #MAIS SAÚDE**. [online]. Publicado em: 22 Mai. 2020a. Disponível em: <[https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/22496c-MO\\_-\\_DepVirtual\\_\\_MenosVideos\\_\\_MaisSaude.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22496c-MO_-_DepVirtual__MenosVideos__MaisSaude.pdf)>. Acesso em: 11 Set. 2020.

\_\_\_\_\_. **Recomendações sobre o uso saudável das telas digitais em tempos de pandemia da COVID-19 #BOAS TELAS #MAIS SAÚDE**. Publicado em: 21 Mai. 2020b. Disponível

em: < [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/22521b-NA\\_Recom\\_UsoSaudavel\\_TelasDigit\\_COVID19\\_\\_BoasTelas\\_\\_MaisSaude.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22521b-NA_Recom_UsaSaudavel_TelasDigit_COVID19__BoasTelas__MaisSaude.pdf)>. Acesso em: 22 Dez. 2020.

\_\_\_\_\_. **Saúde de Crianças e Adolescentes na Era Digital**. [online]. Publicado em: Out. 2016. Disponível em: < [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/publicacoes/19166d-MOrient-Saude-Crian-e-Adolesc.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/publicacoes/19166d-MOrient-Saude-Crian-e-Adolesc.pdf)>. Acesso em: 11 Set. 2020.

\_\_\_\_\_. **Uso saudável de telas, tecnologias e mídias nas creches, berçários e escolas**. [online]. Publicado em: Jun. 2019b. Disponível em: < [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/21511d-MO\\_-\\_UsoSaudavel\\_TelasTecnolMidias\\_na\\_SaudeEscolar.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21511d-MO_-_UsoSaudavel_TelasTecnolMidias_na_SaudeEscolar.pdf)>. Acesso em: 11 Set. 2020.

SUBRAHMANYAM, K. et al. The impact of home computer use on children's activities and development. **Children and Computer Technology**. v. 10, n. 2, p. 123-44, 2010.

SUCIU, P. Forbes. **Screen time and social media use among teens continues to rise**. [online]. Publicado em: 2020. Disponível em: <<https://www.forbes.com/sites/petersuciu/2020/05/21/screen-time-and-social-media-use-among-teens-continues-to-rise/?sh=53c019432257>>. Acesso em 16 dez. 2020.

TEYCHENNE, M.; BALL, K.; SALMON, J. Physical activity, sedentary behavior and depression among disadvantaged women. **Health Education Research**. v. 25, n. 4, p. 632-44, 2010.

TSITSIKA, A. K. et al. Online social networking in adolescence: Patterns of use in six European countries and links with psychosocial functioning. **Journal of Adolescent Health**. v. 55, n. 1, p. 141-147, Jul. 2014.

TREVOR-ROGER, P. D. Television and the eye. **Proc. roy. Soc. Med.** v. 62, n. 1, p. 385-87, Apr. 1969.

TROMHOLT, M. The Facebook experiment: Quitting Facebook leads to higher levels of well-being. **Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking**. v. 19, n. 1, p. 661-66, 2016.

TUCKER, L. A.; BAGWELL, M. Television viewing and obesity in adult females. **American Journal of Public Health**. v. 81, n. 7, p. 908-11, Jul. 1991.

TUCKER, L. A.; FRIEDMAN, G. M. Television viewing and obesity in adult males. **Public Health Briefs**. v. 79, n. 4, p. 516-8, 1989.

TURECKI, G.; BRENT, A. D. Suicide and suicide behavior. **Lancet**. v. 387, n. 10024, p. 1227-39, 2017.

TWENGE, J. M.; CAMPBELL, W. K. Associations between screen time and lower psychological well-being among children and adolescents: Evidence from a population-based study. **Prev Med Rep**. v. 12, n. 1, p. 271–83, 2018.

TWENGE, J. M. et al. Increases in depressive symptoms, suicide-related outcomes, and

suicide rates among U.S. adolescents after 2010 and links to increased new media screen time. **Clinical Psychological Science**. v.6, n.1, p. 1-15, 2018.

UNCAPHER, M. R.; THIEU, M. K.; WAGNER, A. D. Media multitasking and memory: differences in working memory and long-term memory. **Psychon Bull Rev**. v. 23, n. 2, p. 483-90, 2016.

UNCAPHER, M. R et al. Media multitasking and cognitive, psychological, neural, and learning differences. **Pediatrics**. v. 140, n. s2, p. s62-s66, Nov. 2017

UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. **World drug report**. [online]. Publicado em 2007. Disponível em: <[http://www.unodc.org/pdf/research/wdr07/WDR\\_2007.pdf](http://www.unodc.org/pdf/research/wdr07/WDR_2007.pdf)>. Acesso em: 26 de Set. 2019.

VALKENBURG, P. M.; PETER, J. Internet communication and its relation to well-being: Identifying some underlying mechanisms. **Media Psychology**. v. 9, n. 1, p. 43-58, 2007.

VALKENBURG, P. M.; PETER, J.; SCHOUTEN, A. P. Friend networking sites and their relationship to adolescents' well-being and social self-esteem. **Cyberpsychology & Behavior**. v. 9, n. 1, p. 584-90, 2006.

VASCONCELLOS, M. B. de; ANJOS, L. A. dos; VASCONCELLOS, M. T. L. de. Estado nutricional e tempo de tela de escolares da rede pública de ensino fundamental de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 29, n. 4, p. 713-22, Abr. 2013.

VEDANA, K. G. G. Mídias sociais e suicídio. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**. v. 14, n. 4, p.164-95, Out./Dez. 2018.

VILAÇA, M. L. C.; ARAÚJO, E. V. F. **Tecnologia, sociedade e educação na era digital**. Duque de Caxias – RJ: Unigranrio, 2016.

WOBLER, J. Televised violence and paranoid perception: the view from Great Britain. **Public Opinion Quarterly**. v. 42, n. 1, p. 315-21, 1978.

## **APÊNDICE A – ARTIGO “TEMPO DE TELA E SAÚDE MENTAL: PARTICIPAÇÃO DO ESTADO E ENTIDADES NA REDUÇÃO DE AGRAVOS”**

### **TEMPO DE TELA E SAÚDE MENTAL: PARTICIPAÇÃO DO ESTADO E ENTIDADES NA REDUÇÃO DE AGRAVOS**

#### **RESUMO**

**Objetivo:** Analisar documentos oficiais sobre redução de agravos em saúde mental, consequentes de tempo de tela excessivo, publicados pelo governo e entidades de classe.

**Métodos:** Revisão integrativa em publicações dos sites do governo federal e entidades de classe da área da saúde e educação, direcionadas a recomendações sobre tempo de tela e saúde mental utilizando os descritores “Tempo de tela” ou “Uso de celular” ou “Uso de eletrônicos”. Foram incluídas publicações de 2010 a 2020, em português e disponíveis gratuitamente e na íntegra.

**Resultados:** Foram encontradas seis publicações voltadas para a orientação de redução de tempo de tela ao público infanto-juvenil, sendo uma da Associação Brasileira de Educação e cinco da Sociedade Brasileira de Pediatria. Nelas são direcionadas orientações aos responsáveis, profissionais de saúde, educação e adolescentes sobre redução do uso de telas.

**Conclusões:** Há quantidade reduzida de publicações direcionadas ao assunto proposto, principalmente por estas falarem apenas do público infanto-juvenil. Devido à dinâmica de consumo de telas e sua função na vida cotidiana das pessoas, publicações como as encontradas são importantes para o direcionamento de profissionais e usuários na redução da problemática instalada.

**Palavras-chave:** Tempo de tela. Saúde mental. Conselhos de saúde.

#### **INTRODUÇÃO**

A comunidade científica vem investindo cada vez mais esforços em identificar o quanto os indivíduos consomem de tecnologias eletrônicas em excesso como celulares, tablets, televisão, videogame entre outros, e quais são os agravos de saúde física e psicossocial a que estão mais expostos (1-4).

Essa realidade se intensificou entre o ano de 2019 a 2020 devido a pandemia da COVID-19 que trouxe a necessidade do distanciamento social e a readequação de várias famílias, escolas e serviços num geral. Estas adequações culminaram no aumento do consumo de telas seja por lazer ou por necessidades de estudo e trabalho, que foram amplamente realizados na modalidade de ensino remoto e home office (5).

Para a população geral, as consequências mais comuns são sedentarismo, obesidade, estresse, ansiedade, depressão e problemas de sono (5-6). Quanto a crianças e adolescentes, os resultados da literatura especializada mostram que os agravos de saúde psicossocial mais comuns estão relacionados a aumento da ansiedade, transtornos depressivos, violência, problemas relacionados ao sono, maior vulnerabilidade a comportamentos sexuais precoces, como consumo de pornografia, acesso facilitado às redes de pedofilia e exploração sexual online, bem como compra e uso de drogas, pensamentos ou gestos de autoagressão e suicídio (8).

Este fenômeno e suas consequências já são considerados mundiais e transculturais, visto a tendência de aumento da quantidade de horas que as pessoas passam em frente a telas, independente do país ou cultura em que estão inseridos (9). Essa temática está cada vez mais presente também em periódicos científicos, congressos, palestras, cursos e na mídia de maneira geral, o que demonstra a preocupação crescente em investigar as implicações do uso de eletrônicos na vida moderna (10).

Porém, por mais que haja investimento na produção científica e em notícias que alertam sobre essa realidade, não é tão evidente os esforços dos órgãos que representam e atualizam os profissionais de saúde ou que informem a população, quanto a medidas tomadas para modificação dessa realidade. Tais iniciativas estão no escopo de atividades das entidades de classe, constituídas por associações, conselhos, sociedades e sindicatos de uma determinada classe trabalhista (11).

A motivação deste artigo partiu da seguinte pergunta: quais são as medidas tomadas pelo governo federal, conselhos e associações / sociedades em saúde que direcionem orientações e/ou diretrizes aos profissionais, família e usuários de saúde, para a redução dos agravos de saúde mental decorrentes do uso excessivo de telas?

Neste estudo objetivou-se analisar documentos oficiais sobre redução de agravos em saúde mental, consequentes ao tempo de tela excessivo, publicados pelo governo e entidades de classe na atualização de profissionais de saúde e educação. Para isso, realizou-se levantamento de documentos recentes publicados pelo governo federal, conselhos de classe e associações / sociedades em saúde e educação brasileiros sobre a redução de agravos em saúde mental, decorrente do uso excessivo de telas. Além disso, o artigo se propôs a descrever as ações indicadas nas publicações recentes, lançadas pelo governo federal e entidades de classe, sobre o assunto.

## MATERIAIS E MÉTODO

Foi realizada uma revisão integrativa de publicações nos sites de entidades de classe e do governo federal relacionados a saúde e educação. A fim de garantir o rigor metodológico da pesquisa, a busca foi desenvolvida a partir das seis etapas propostas por Mendes et al. (12): estabelecer a hipótese ou questão de pesquisa; realizar amostragem ou busca na literatura; categorizar os estudos; avaliar os estudos incluídos na revisão; interpretar os resultados; e sintetizar o conhecimento / apresentar a revisão.

A busca pelas publicações ocorreu no mês de agosto de 2020 nos sites da temática saúde ou educação do governo federal: Ministério da Saúde e Ministério da Educação; e de entidades de classe: Conselho Federal de Medicina – CFM; Conselho Federal de Enfermagem – COFEN; Conselho Federal de Psicologia – CFP; Conselho Federal de Educadores e Pedagogos – CFEP; Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP; Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras; Sociedade Brasileira de Psicologia – SBP; Sociedade Brasileira de

Geriatria e Gerontologia – SBBG; Associação Médica Brasileira – AMB; Associação Paulista de Medicina – APM; Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP; Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; Associação Brasileira de Psicologia da Saúde – ABPSA; Associação Brasileira de Saúde Mental – ABRASME; Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental – ABPMC; Associação Brasileira de Educação – ABE; Associação Brasileira de Psicopedagogia – ABPP; e Associação Brasileira de Pedagogia Social – ABPS. A estratégia de busca combinou três descritores utilizados nas barras de busca ou na leitura do nome das publicações em listas encontradas nos sites: “Tempo de tela” ou “Uso de celular” ou “Uso de eletrônicos”.

A análise dos dados seguiu critérios de inclusão baseados no tema proposto pela pesquisa atual: Publicados nos últimos 10 anos (de 2010 a 2020); que possuíssem texto integral disponível online, com acesso gratuito e aberto; publicados no idioma português e que abordassem ações direcionadas a profissionais, responsáveis, educadores ou às próprias pessoas usuárias de telas, na temática uso excessivo de tela e saúde mental. Não foram incluídas publicações que não estavam disponíveis para acesso livre nos sites e que não foram realizadas nos últimos 10 anos. Esses critérios foram escolhidos como forma de selecionar as publicações que seriam encontradas por qualquer pessoa, visitando as plataformas em busca de ações para redução de tempo de tela e promoção de saúde mental.

Para análise dos dados, realizou-se leitura e fichamento dos documentos encontrados, em busca de diretrizes que direcionassem ações para a redução do tempo de tela ou das suas consequências na saúde mental da população. As publicações foram tabeladas a fim de organizar informações-chave: nome da publicação, ano e fonte das publicações em questão.

## RESULTADOS



Foi encontrado apenas um texto de quatro parágrafos de autoria da ABE, cujo conteúdo não cita fontes bibliográficas, e cinco publicações da SBP entre os anos de 2016 e 2020, estas direcionadas a pais, professores, profissionais de saúde e adolescentes.

Tabela 1 - Informações sobre documentos publicados por entidades governamentais ou de classe nas áreas de saúde e educação sobre redução dos agravos em saúde mental decorrentes do uso excessivo de telas no período de 2010 a 2020.

Nome da publicação	Ano	Fonte da publicação
Os novos perigos que rondam nossos filhos	2013	Associação Brasileira de Educação (ABE)
Saúde de crianças e adolescentes na era digital	2016	Sociedade brasileira de pediatria (SBP)
#MENOS TELAS #MAIS SAÚDE	2019	Sociedade brasileira de pediatria (SBP)
Uso saudável de telas, tecnologias e mídias nas creches, berçários e escolas	2019	Sociedade brasileira de pediatria (SBP)
Dependência virtual – um problema crescente #MENOS VÍDEOS #MAIS SAÚDE	2020	Sociedade brasileira de pediatria (SBP)
Recomendações sobre o uso saudável das telas digitais em tempos de pandemia da COVID-19 # BOAS TELAS # MAIS SAÚDE	2020	Sociedade brasileira de pediatria (SBP)

Fonte: autores

A quantidade reduzida de publicações em comparação à quantidade de fontes de pesquisa traz a reflexão que há pouco investimento na qualificação dos profissionais em como lidar com esse problema. Vale destacar que na maioria dos sites foi possível identificar publicações e notícias sobre as consequências do uso excessivo de telas para agravos de saúde física e mental.

O texto publicado na ABE (13) discorre sobre as vantagens e os perigos das telas no desenvolvimento de crianças, utilizando linguagem coloquial chamativa e termos como “joguinhos”, “novos perigos” e “aparelhinhos sedutores” para se referir aos aparelhos eletrônicos.

O texto supracitado direciona os pais a estipular o número de horas para uso do aparelho de acordo com a idade da criança, mencionando que quanto menor a idade, menor

deve ser este tempo; que o conteúdo deve ser analisado e supervisionado pelos responsáveis; e que os acordos devem ser cumpridos, mesmo se a criança tentar dar continuidade ao uso.

Trata-se de um texto pouco científico no ponto de vista metodológico (12). Não são indicadas fontes ou referências, distancia-se da linguagem científica esperada e os marcadores que direcionam as ações ao público-alvo são pouco precisos, abrindo margem para interpretações subjetivas de resultados esperados e de quando o início das intervenções sugeridas é considerado ideal.

As publicações da SBP são mais numerosas e direcionam ações e reflexões para diversos públicos, identificados nos seus documentos. O primeiro, disponível no ano de 2016 (8), contextualiza os marcos legais que protegem as crianças e adolescentes de perigos relacionados à internet e dispõe recomendações gerais e específicas para: pediatras; educadores e escolas; pais; e crianças e adolescentes, dividindo essas em tópicos e adequando a linguagem para cada público.

Seguem duas publicações do ano de 2019 (15, 16), uma com recomendações específicas para profissionais que trabalham em creches, berçários e escolas e outra com informações mais detalhadas sobre o desenvolvimento cerebral e mental no público, problemas médicos e recomendações de saúde, além de recomendações atualizadas gerais sobre consumo de telas para bebês, crianças e adolescentes. Este último documento atualiza e expande as informações trazidas na publicação de 2016.

A quarta publicação (17) data de 2020 e é direcionada a orientações de pediatras para o manejo de videogames e outros jogos eletrônicos no público infanto-juvenil. O documento descreve inicialmente conceitos, tece reflexões sobre esses assuntos e traz recomendações de quantidade de uso por faixa etária e também de abordagem do médico com a criança / adolescente e a família, direcionando perguntas que podem ser realizadas em busca de informações de saúde.

A última publicação (5) lançada também em 2020 traz recomendações específicas para o período de pandemia da COVID-19, período em que o tempo de tela especialmente de crianças e adolescentes aumentou. O documento descreve este aumento e dificuldades que os pais e responsáveis podem ter durante a pandemia e recomenda que a família reserve tempo para cuidar da saúde, relacionamento afetivo, lazer, estudo e/ou trabalho e discussões sobre segurança e privacidade online.

As recomendações dos documentos sobre a quantidade adequada de horas diante da tela são variantes e tornam-se mais precisas com o decorrer dos anos, como pode ser observado na tabela 02. Em 2016 (8), as descrições eram subjetivas e poucos direcionamentos foram dados quanto à quantidade de horas limite para exposição de telas, sendo descrito apenas a crianças de dois a cinco anos, com a recomendação de uma hora por dia e, para todas as faixas etárias, não ultrapassar a quantidade de duas horas de uso de telas.

As publicações de 2019 e 2020 direcionadas a redução do tempo excessivo de telas (15, 17) são mais precisas quanto ao direcionamento de quantidade de horas recomendadas. A recomendação mais recente preconiza a limitação de três horas para adolescentes de onze a dezoito anos e o máximo de cinco horas para qualquer idade.

Tabela 2 - Recomendações de tempo de tela por faixa etária nos documentos da SBP

<u>Ano</u>	<u>Recomendações</u>
2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Duração total / dia deve ser limitada e proporcional às idades e etapas do desenvolvimento;</li> <li>• Menores de dois anos: <u>Desencorajar</u>, limitar e até proibir o uso de telas;</li> <li>• Crianças entre dois a cinco anos: Limitar o uso a uma hora / dia de telas;</li> <li>• Crianças entre zero a dez anos: Não devem fazer uso de televisão ou computadores nos seus quartos;</li> <li>• Adolescentes: Não devem ficar isolados nos seus quartos ou ultrapassar suas horas saudáveis de sono às noites (8-9 horas / noite / fase de crescimento);</li> <li>• Todas as faixas etárias: Limitar o uso a uma a duas horas / dia de telas.</li> </ul>
2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menores de dois anos: Evitar a exposição às telas;</li> <li>• Entre dois a cinco anos: Limitar o uso a uma hora / dia, supervisionada;</li> <li>• Entre seis a dez anos: Limitar o uso a uma a duas horas / dia, supervisionada;</li> <li>• Entre onze a dezoito anos: Limitar o uso a duas a três horas / dia de telas e jogos de videogame, nunca deixar “virar a noite” jogando;</li> </ul>

- 
- Todas as idades: Proibir telas durante as refeições e desconectar duas a três horas antes de dormir.
- 2020
- Menores de dois anos: Evitar exposição frequente a telas ou jogos de videogames;
  - Entre dois a cinco anos: Limitar o uso a uma hora / dia de tela ou jogos;
  - Entre seis a dez anos: Limitar o uso a duas horas / dia de tela ou jogos;
  - Entre onze a dezoito anos: Limitar o uso a três horas / dia de tela ou jogos;
  - Qualquer idade: Limitar o uso a quatro a cinco horas / dia de tela ou “virar a noite” jogando videogames.
- 

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2016; 2019; 2020

## DISCUSSÃO

A função dos órgãos de classe (18) e governo federal (19, 20) perpassa a atualização dos profissionais e da comunidade para assuntos que sejam de interesse público. Indaga-se o quanto esses órgãos estão realizando ações efetivas para a mudança da realidade cientificamente exposta do uso excessivo de tela e seus agravos. Visto a quantidade de publicações encontradas no presente estudo, fica evidente que há carência de tais medidas efetivas para a solução do problema.

Mas esta não é função única dos órgãos reguladores. A comunidade científica vem investindo tempo e recursos na busca das associações do uso de tela com vários agravos de saúde (1, 3, 4, 10). Sugere-se que mais estudos experimentais e pesquisas aplicadas (14) sejam realizados em busca da sua função de trazer soluções para problemas sociais emergentes.

Outro ponto de discussão consiste nas publicações encontradas referirem-se ao público infanto-juvenil. Por mais que essa seja a faixa etária com maior prevalência de tempo de tela segundo estudos (21), outras faixas etárias como adultos e idosos também fazem uso de tempo de tela em excesso e estão expostos às suas consequências (3). Esperava-se, pois, publicações para o manejo e condução desses casos nas fontes consultadas.

As recomendações de uso de telas distanciam-se de dados atuais do seu consumo. Em 2018 (22), um relatório realizado pela Motorola sobre comportamento de tela consultando diferentes faixas etárias no Brasil, Índia, Estados Unidos e França mostrou média de consumo

para adolescentes entre 16 a 18 anos de 12,8 horas diárias e para a população geral entre 16 a 65 anos de 12,9 horas.

Porém, o consumo elevado de telas não deve ser encarado como responsabilidade única do uso de redes sociais ou lazer. Segundo o estudo descrito acima (22), tanto os adolescentes quanto a população geral utilizam telas para trabalho ou estudo em média de 2,8 horas por dia, o que já cumpriria quase a totalidade de horas recomendadas para os adolescentes e metade do tempo recomendado para outras faixas etárias.

Uma questão que deve ser levada em consideração consiste na facilidade do uso de telas para diversos fins. É inegável o quanto a tecnologia vem facilitando a vida das pessoas, tornando comunicação, trabalho, estudo e entretenimento mais acessível (23). Utilizando a psicologia comportamental como base, o comportamento de acessar uma tela é de baixo custo e produz reforço tanto positivo quanto negativo ao indivíduo e a outras pessoas envolvidas, como o responsável que usa o celular para entreter uma criança ou um professor que utiliza telas durante as aulas para facilitar o aprendizado de seus alunos. O baixo custo de resposta e a combinação de reforçadores aumenta a probabilidade que a resposta “usar a tela” ocorra novamente em situações futuras (24).

Portanto, as recomendações da SBP para os diversos públicos são altamente válidas visto que é necessário buscar respostas alternativas para o tempo de tela se a intenção é reduzir o excesso de uso. Não basta apenas alertar a população para os malefícios de usar a tela por várias horas. Instruir comportamentos alternativos e reforçadores pode ser uma alternativa efetiva para a redução desta problemática (25) – o que poderia ser feito para outras classes de profissionais como psicólogos, professores e profissionais da saúde, além do pediatra.

O período de pandemia da COVID-19 faz dessas recomendações mais necessárias, já que as pessoas estão passando mais tempo dentro de suas casas e, conseqüentemente, consumindo mais eletrônicos. As medidas de redução do tempo de tela para o retorno às

atividades presenciais após o controle da pandemia necessitam de atenção dos profissionais e da comunidade num geral, considerando os padrões estabelecidos durante o período de isolamento (5).

As limitações do presente artigo estão relacionadas a questões metodológicas, mas que fugiriam da intenção prevista de identificar a informação que qualquer pessoa poderia adquirir ao visitar os sites pesquisados. Poderiam ser inclusas publicações de acesso privativo a certas profissionais, como visto em algumas entidades de classe que reservam parte do seu acesso apenas a associados, ou analisar as publicações de pesquisas analíticas e descritivas sobre tempo de tela e agravos de saúde mental em busca de recomendações específicas a profissionais.

Conclui-se que a comunidade científica precisa despender mais esforço e recursos para a instrução de profissionais e usuários em direção a medidas efetivas de redução do tempo de tela, visto que se trata de um fenômeno multideterminado e que tende a crescer com o decorrer dos anos.

## REFERÊNCIAS

1. Bergmann GG, Bertoldi AD, Mielke GI, Camargo AL, Matijasevich A, Hallal PC. Atividade física, tempo de tela e utilização de medicamentos em adolescentes: coorte de nascimentos de Pelotas, Cad. Saúde Pública. 2016;32(4):1-12.
2. Santos A, Andaki ACR, Amorim PRS, Mendes EL. Fatores associados ao comportamento sedentário em escolares de 9-12 anos de idade. Rev. Ed. Física. 2013;19(3):25-34.
3. Twenge JM, Joiner TE, Rogers ML, Martin GN. Increases in depressive symptoms, suicide-related outcomes, and suicide rates among U.S. adolescents after 2010 and links to increased new media screen time. Clin. Psychol. Sci. 2018;6(1):1-15.
4. Vasconcellos MB, Anjos LA, Vasconcellos MTL. Estado nutricional e tempo de tela de escolares da rede pública de ensino fundamental de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2013;29(4):713-22.
5. Sociedade Brasileira de Pediatria. Recomendações sobre o uso saudável das telas digitais em tempos de pandemia da COVID-19 # BOAS TELAS # MAIS SAÚDE [internet]. 2020 [acesso em 16 dez 2020]. Disponível em:

- [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/22521b-NA\\_Recom\\_UsoSaudavel\\_TelasDigit\\_COVID19\\_\\_BoasTelas\\_\\_MaisSaude.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22521b-NA_Recom_UsaSaudavel_TelasDigit_COVID19__BoasTelas__MaisSaude.pdf)
6. Biddle SJH, Garcia EB, Pedisic Z, Bennie J, Vergger I, Wiesner G. Screen time, other sedentary behaviours, and obesity risk in adults: a review of reviews. *Curr. Obes. Rep.* 2017;6(1):134-47.
  7. Robb MB. *The new normal: parents, teens, screens, and sleep in the United States.* San Francisco, CA: Common Sense Media, 2019.
  8. Sociedade Brasileira de Pediatria. Saúde de Crianças e Adolescentes na Era Digital [internet]. 2016 [acesso em 11 set 2020]. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/publicacoes/19166d-MOrient-Saude-Crian-e-Adolesc.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/publicacoes/19166d-MOrient-Saude-Crian-e-Adolesc.pdf)
  9. Anderson M, Jiang J. Pew Research Center. Teens, social media & technology 2018 [Internet]. 2018 [acesso em 16 dez 2020]. Disponível em: <https://www.pewinternet.org/2018/05/31/teens-social-media-technology-2018/>
  10. Suci P. Forbes. Screen time and social media use among teens continues to rise [Internet]. 2020 [acesso em 16 dez 2020]. Disponível em: <https://www.forbes.com/sites/petersuciu/2020/05/21/screen-time-and-social-media-use-among-teens-continues-to-rise/?sh=53c019432257>
  11. Santos V. O que são as Entidades de Classe e para o que servem? [internet]. 2014 [acesso em 10 set 2020]. Disponível em: <https://medium.com/infoconabiblio/entidades-de-classe-a2758d6a921f>
  12. Mendes KS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2008;17(4):758-64.
  13. Associação Brasileira de Educação. Os novos perigos que rondam nossos filhos [Internet]. 2013 [acesso em 02 set 2020]. Disponível em: <http://www.abe1924.org.br/lermo-nos/313-os-novos-perigos-que-rondam-nossos-filhos>
  14. Marconi MA, Lakatos EM. *Fundamentos de metodologia científica.* 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.
  15. Sociedade Brasileira de Pediatria. #MENOS TELAS #MAIS SAÚDE [Internet]. 2019 [acesso em 11 set 2020]. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/\\_22246c-ManOrient\\_-\\_MenosTelas\\_\\_MaisSaude.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/_22246c-ManOrient_-_MenosTelas__MaisSaude.pdf)
  16. Sociedade Brasileira de Pediatria. Uso saudável de telas, tecnologias e mídias nas creches, berçários e escolas [internet]. 2019 [acesso em 11 set 2020]. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/21511d-MO\\_UsaSaudavel\\_TelasTecnolMidias\\_na\\_SaudeEscolar.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21511d-MO_UsaSaudavel_TelasTecnolMidias_na_SaudeEscolar.pdf)

17. Sociedade Brasileira de Pediatria. Dependência virtual: um problema crescente #MENOS VÍDEOS #MAIS SAÚDE [internet]. 2020 [ acesso em 11 set 2020]. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/22496c-MO\\_-\\_DepVirtual\\_\\_MenosVideos\\_\\_MaisSaude.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22496c-MO_-_DepVirtual__MenosVideos__MaisSaude.pdf)
18. Benedusi IC. Projeto servir: aprendizagem e qualificação através de uma entidade de classe. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2019. Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização em Gestão Pública.
19. Ministério da saúde (BR). Portaria N° 1.419, de 8 de junho de 2017. Aprova os Regimentos Internos e o Quadro Demonstrativo de Cargos em Comissão e das Funções de Confiança das unidades integrantes da Estrutura Regimental do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. 8 jun 2017;Seção 1.
20. Ministério da Educação (BR). Portaria nº 1.321, de 7 de dezembro de 2018. Diário Oficial da União. 7 Dez. 2018;Seção 1.
21. Martinhão MS. Pesquisa sobre o uso da internet por crianças e adolescentes no Brasil: TIC Kids online Brasil 2015. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2016.
22. Motorola. Motorola Phone-Life Balance Study. Data Report by Generations [Internet]. 2018 [acesso em 22 nov 2020]. Disponível em: <https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2018-02/motorola-phone-life-balance-study-topline-2018-02-21.pdf>
23. Vilaça MLC, Araújo EVF. Tecnologia, sociedade e educação na era digital. Duque de Caxias – RJ: Unigranrio, 2016.
24. Moreira CB, Medeiros CA. Princípios básico da análise do comportamento. 2. ed. São Paulo: Artmed, 2018.
25. Borges NB. Clínica analítico-comportamental: aspectos teóricos e práticos. São Paulo: Artmed, 2012.



## **ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**NOME DA PESQUISA: “Determinantes ao longo do ciclo vital da obesidade, precursores de doenças crônicas, capital humano e saúde mental”.**

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Prof. Dr. Antônio Augusto Moura da Silva

TELEFONES PARA CONTATO: (98) 32729681/32729675.

PATROCINADOR FINANCEIRO DA PESQUISA: MINISTÉRIO DA SAÚDE – DEPARTAMENTO DE CIENCIA E TECNOLOGIA (DECIT)

### **OBJETIVOS DA PESQUISA:**

Somos um grupo de pesquisadores da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e estamos dando continuidade a uma pesquisa iniciada nos anos de 1997/98, com crianças nascidas de março de 1997 a fevereiro de 1998, para avaliar sua saúde e analisar dados que possam auxiliar no entendimento das questões de saúde da população atual. Convidamos você, que já foi avaliado por nós na ocasião do nascimento, a participar novamente desta pesquisa.

Este é um formulário de consentimento, que fornece informações sobre a pesquisa. Se concordar em participar, você deverá assinar este formulário.

Antes de conhecer a pesquisa, é importante saber o seguinte:

1. Você está participando voluntariamente. Não é obrigatório participar da pesquisa.
2. Você pode decidir não participar ou desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.
3. Esta pesquisa está sendo conduzida com indivíduos que nasceram nos anos de 1997/98, que foram avaliados aos 07/09 anos. Este é o terceiro momento deste grande estudo. Portanto, gostaríamos que você participasse novamente como voluntário(a), nos ajudando neste estudo.
4. Ressaltamos que, da mesma forma que foi muito importante a sua participação nos outros momentos da pesquisa, sua participação agora é muito importante para que as informações obtidas possam contribuir para o conhecimento mais completo da sua saúde.
5. Afirmamos ainda que a pesquisa só será iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. Comitês de

Ética são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para garantir a proteção dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

6. Este termo de consentimento livre e esclarecido será rubricado em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, por você, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou membro da equipe.
7. Este termo de consentimento livre e esclarecido foi elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com o pesquisador responsável e outra com você.

### O QUE DEVO FAZER PARA PARTICIPAR DESTA PESQUISA?

Se você concordar em participar desta pesquisa, você responderá a algumas perguntas sobre situação sociodemográfica, será avaliado seu crescimento físico e o seu desenvolvimento. Serão realizados exames clínicos (medidas antropométricas, de composição corporal), laboratoriais (coleta de sangue) e exame dos dentes para nos fornecer informações mais completas sobre sua saúde.

### QUAIS SÃO OS RISCOS DA PESQUISA?

Os profissionais que realizarão as entrevistas e os exames são treinados para as tarefas. Os questionários podem conter algumas perguntas que lhe causem incômodo ao responder. Reiteramos que o estudo não apresenta nenhum risco físico, entretanto o participante poderá sentir algum desconforto ou constrangimento pelo tempo gasto no preenchimento do questionário. Nesta ocorrência será dada a oportunidade de interromper sua participação, se assim desejar, e retorná-la em outro período ou interrompe-la definitivamente sem nenhum tipo de ônus.

Comunicamos que serão colhidos 15 mL de sangue no braço através da utilização de materiais novos, estéreis e descartáveis, por pessoal habilitado e especializado. As amostras para análise molecular serão retiradas das mesmas amostras coletadas, sem a necessidade de coletas adicionais. A coleta do material poderá deixar uma pequena mancha roxa, mas que desaparecerá rapidamente. Será tomado todo o cuidado técnico para que isso não aconteça como leve compressão no local, colocação de adesivo estéril no local da punção, braço levantado por alguns minutos após a coleta, além dos cuidados para evitar infecção.

## HÁ BENEFÍCIOS EM PARTICIPAR DESTA PESQUISA?

Há benefícios em participar deste estudo. A avaliação de sua saúde é sempre muito importante, sendo uma oportunidade de orientação em caso de dúvidas e questionamentos sobre sua saúde. Se houver alguma alteração detectada você será encaminhado(a) para tratamento. A sua participação vai nos ajudar a entender alguns problemas de saúde dos jovens que poderão ser prevenidos no futuro. O sigilo de todas as informações será garantido, nenhum dado que permita sua identificação será fornecido. Quando este estudo acabar, os resultados serão discutidos com outros pesquisadores e divulgados para que muitas pessoas se beneficiem desse conhecimento, mas sem identificar sua participação no estudo. Além disso, ainda poderá ainda contribuir com novas estratégias para o melhoramento do processo de saúde de muitas pessoas.

## E A CONFIDENCIALIDADE?

Os registros referentes a você permanecerão confidenciais. Você será identificado por um código, e suas informações pessoais contidas nos registros não serão divulgadas sem sua expressa autorização. Além disso, no caso de publicação deste estudo, não serão utilizados seus nomes ou qualquer dado que os identifiquem. As pessoas que podem examinar seus registros são: o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário, a equipe de pesquisadores e os monitores da pesquisa.

Você terá total acesso aos seus resultados de exames e avaliações, sendo disponibilizados após a realização dessas avaliações, e sempre que houver seu interesse em conhecer.

## O QUE FAÇO EM CASO DE DÚVIDAS OU PROBLEMAS?

Para solucionar dúvidas relativas a este estudo ou a uma lesão relacionada à pesquisa, entre em contato com os Profs. Drs: Antonio Augusto Moura da Silva ou Vanda Maria Ferreira Simoes ou Rosângela Fernandes Lucena Batista (98) 3272-9681, das 8:00 às 18 horas .

Para obter informações sobre seus direitos como objeto de pesquisa, entre em contato com: Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão pelo telefone (98) 2109- 1250.

Endereço do CEP-HUUFMA: Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário. Telefone (98) 2109 1250, endereço Rua Barão de Itapary, 227, quarto andar, Centro, São Luís-MA. CEP-65.020-070.

Se você entendeu a explicação e concorda voluntariamente em participar deste estudo, por favor, assine abaixo. Uma cópia ficará com você e a outra com o pesquisador responsável. A participação é voluntária e você pode deixar a pesquisa em qualquer momento, sem ter que dar qualquer justificativa ou ser penalizado.

Agradecemos muito a sua colaboração.

ASSINATURAS:

Nome do voluntário:

---

Assinatura do voluntário:

---

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do Pesquisador:

---

Assinatura do Pesquisador:

---

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## ANEXO B – QUESTIONÁRIO DE CADASTRO

Confidential

Coorte RPS  
Page 1 of 6

### Cadastro

Chave do participante \_\_\_\_\_

Entrevistador:

- Amy Iuiry Lopes Cruz  
 Ana Caroline Abreu Araujo  
 Aline Oliveira Diniz  
 Lidia Maria Castro Rolim  
 Liliane dos Santos Rodrigues  
 Camila Dominici  
 Camila Rolim  
 Edivaldo Pinheiro  
 Thanielle Pereira  
 Ana Caroline Mendes Ramos  
 Leticia Michelly Mugnaini  
 Rafael Ferreira Nunes  
 Emanuel Catarino Serra  
 Bianca Victoria de Fátima  
 Lucélia de Jesus Pinheiro  
 Jacileia Silva dos Santos  
 Monica Araujo Batalha  
 Rafael Oliveira da Costa Pinto  
 Alenice Balata  
 Eulina Trindade Costa  
 Livia Lima Costa  
 Elisa Miranda Costa  
 Ana Carolina Ribeiro  
 Pollyana Oliveira Marinho  
 Livia dos Santos Rodrigues  
 Elizama Conceição Rocha  
 Carlos Cássio Carneiro Silva

Início: \_\_\_\_\_

---

#### Início do cadastro

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

(DD/MM/AAAA)

Sexo:

- Masculino  
 Feminino

RG: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Arquivo do RG, CPF e Comprovante de Residência

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

(Rua, Casa, Quadra)

Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

Confidential

Page 2 of 6

UF:

- AC
- AL
- AP
- AM
- BA
- CE
- DF
- ES
- GO
- MA
- MT
- MS
- MG
- PR
- PB
- PA
- PE
- PI
- RJ
- RN
- RS
- RO
- RR
- SC
- SE
- SP
- TO

Referência: \_\_\_\_\_

Qual o CEP da sua residência: \_\_\_\_\_

Há quanto tempo você mora nesse endereço? \_\_\_\_\_

Anos: \_\_\_\_\_

Meses: \_\_\_\_\_

Celular 1: \_\_\_\_\_

(DD XXXXX XXXX)

Celular 2: \_\_\_\_\_

(DD XXXXX XXXX)

Whatsapp: \_\_\_\_\_

Telefone Residencial \_\_\_\_\_

(DD XXXX XXXX)

Facebook: \_\_\_\_\_

Qual seu e-mail? \_\_\_\_\_

Você tem Skype? \_\_\_\_\_

- Sim
- Não

Qual é a sua identificação no Skype? \_\_\_\_\_

Nome da instituição de estudo: \_\_\_\_\_

Curso na instituição de ensino \_\_\_\_\_

Ano na instituição de estudo: \_\_\_\_\_

Endereço da instituição de estudo: \_\_\_\_\_

Confidential

Page 3 of 6

Bairro da instituição de estudo: \_\_\_\_\_

Cidade da instituição de estudo: \_\_\_\_\_

UF da instituição de estudo:

- AC
- AL
- AP
- AM
- BA
- CE
- DF
- ES
- GO
- MA
- MT
- MS
- MG
- PR
- PB
- PA
- PE
- PI
- RJ
- RN
- RS
- RO
- RR
- SC
- SE
- SP
- TO

Referência da instituição de estudo: \_\_\_\_\_

Local de trabalho: \_\_\_\_\_

Telefone do trabalho: \_\_\_\_\_  
(DD XXXX XXXX)

Curso: \_\_\_\_\_

---

---

**Informações do Parente 1**

Nome: \_\_\_\_\_

Parentesco/Amizade: \_\_\_\_\_

Celular 1: \_\_\_\_\_  
(DD X XXXX XXXX)

Celular 2: \_\_\_\_\_  
(DD X XXXX XXXX)

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

Confidential

Page 4 of 6

UF:

- AC
- AL
- AP
- AM
- BA
- CE
- DF
- ES
- GO
- MA
- MT
- MS
- MG
- PR
- PB
- PA
- PE
- PI
- RJ
- RN
- RS
- RO
- RR
- SC
- SE
- SP
- TO

Referência:

---

---

---

**Informações do Parente 2**

Nome:

---

Parentesco/Amizade:

---

Celular 1:

---

(DD X XXXX XXXX)

Celular 2:

---

(DD X XXXX XXXX)

Endereço:

---

Bairro:

---

Cidade:

---



Confidential

Page 5 of 6

UF:

- AC
- AL
- AP
- AM
- BA
- CE
- DF
- ES
- GO
- MA
- MT
- MS
- MG
- PR
- PB
- PA
- PE
- PI
- RJ
- RN
- RS
- RO
- RR
- SC
- SE
- SP
- TO

Referência: \_\_\_\_\_

---

---

**Se pretende mudar de cidade, informar o contato de algum parente ou alguém que more próximo à sua nova residência.**

Nome: \_\_\_\_\_

Parentesco/Amizade: \_\_\_\_\_

Celular 1: \_\_\_\_\_

(DD X XXXX XXXX)

Celular 2: \_\_\_\_\_

(DD X XXXX XXXX)

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

Confidential

Page 6 of 6

UF:

- AC
- AL
- AP
- AM
- BA
- CE
- DF
- ES
- GO
- MA
- MT
- MS
- MG
- PR
- PB
- PA
- PE
- PI
- RJ
- RN
- RS
- RO
- RR
- SC
- SE
- SP
- TO

---

---

**Fim do cadastro**

Termo de consentimento:

Fim: \_\_\_\_\_

Observações do entrevistador: \_\_\_\_\_

## ANEXO C – QUESTIONÁRIO BODPOD

Confidential

Coorte RPS  
Page 1 of 2**Bod Pod**

Chave do participante \_\_\_\_\_

Entrevistador \_\_\_\_\_

- Amy Iuiry Lopes Cruz  
 Ana Caroline Abreu Araujo  
 Aline Oliveira Diniz  
 Lidia Maria Castro Rolim  
 Liliane dos Santos Rodrigues  
 Camila Dominici  
 Camila Rolim  
 Edivaldo Pinheiro  
 Thanielle Pereira  
 Ana Caroline Mendes Ramos  
 Leticia Michelly Mugnaini  
 Rafael Ferreira Nunes  
 Emanuel Catarino Serra  
 Bianca Victoria de Fátima  
 Lucélia de Jesus Pinheiro  
 Jacileia Silva dos Santos  
 Monica Araujo Batalha  
 Rafael Oliveira da Costa Pinto  
 Alenice Balata  
 Eulina Trindade Costa  
 Livia Lima Costa  
 Elisa Miranda Costa  
 Ana Carolina Ribeiro  
 Pollyana Oliveira Marinho  
 Livia dos Santos Rodrigues  
 Elizama Conceição Rocha  
 Carlos Cássio Carneiro Silva

Você é [nome\_crianca]?

- Sim  
 Não

Horário de início \_\_\_\_\_

Apenas observe: O participante possui alguma limitação física (deficientes físicos, cadeirantes, etc) ou outra condição que impeça a realização do exame?

- Sim  
 Não

Vou te fazer algumas perguntas antes de fazermos este teste:

O participante está utilizando bandagem de gesso?

- Sim  
 Não

Você está grávida?

- Sim  
 Não

Altura \_\_\_\_\_

((cm))

Peso \_\_\_\_\_

((kg))

IMC: \_\_\_\_\_

Percentual de gordura: \_\_\_\_\_

(%)

Medida fora do limite aceitável. Faça um novo escaneamento!

NÃO REALIZAR EXAME!

11/10/2016 15:20

www.projectredcap.org



*Confidential*

Page 2 of 2

Status do Bod Pod

- Realizado
- Não realizado

Observações do entrevistador:

---

Horário de término

---

**ANEXO D – QUESTIONÁRIO GERAL 1***Confidential*Coorte RPS  
Page 1 of 31**Questionario Geral 1**

Chave do participante \_\_\_\_\_

Entrevistador:

- 
- Amy Iuiry Lopes Cruz
- 
- 
- Ana Caroline Abreu Araujo
- 
- 
- Aline Oliveira Diniz
- 
- 
- Lidia Maria Castro Rolim
- 
- 
- Liliane dos Santos Rodrigues
- 
- 
- Camila Dominici
- 
- 
- Camila Rolim
- 
- 
- Edivaldo Pinheiro
- 
- 
- Thanielle Pereira
- 
- 
- Ana Caroline Mendes Ramos
- 
- 
- Letícia Michelly Mugnaini
- 
- 
- Rafael Ferreira Nunes
- 
- 
- Emanuel Catarino Serra
- 
- 
- Bianca Victoria de Fátima
- 
- 
- Lucélia de Jesus Pinheiro
- 
- 
- Jacileia Silva dos Santos
- 
- 
- Monica Araujo Batalha
- 
- 
- Rafael Oliveira da Costa Pinto
- 
- 
- Alenice Balata
- 
- 
- Eulina Trindade Costa
- 
- 
- Livia Lima Costa
- 
- 
- Elisa Miranda Costa
- 
- 
- Ana Carolina Ribeiro
- 
- 
- Pollyana Oliveira Marinho
- 
- 
- Livia dos Santos Rodrigues
- 
- 
- Elizama Conceição Rocha
- 
- 
- Carlos Cássio Carneiro Silva

Início: \_\_\_\_\_

Você é [nome\_crianca]?

- 
- Sim
- 
- 
- Não

**Início questionário geral 1****BLOCO B - ESTUDOS**

VAMOS COMEÇAR ESTA ENTREVISTA FALANDO SOBRE SEUS ESTUDOS.

D001. Você está estudando atualmente?

- 
- Sim
- 
- 
- Não

D002a. Em que ano você está? \_\_\_\_\_

- 
- EJA/PEJA
- 
- 
- Pré-Vestibular

Confidential

Page 2 of 31

D002b. Grau (marcar):

- fundamental
- médio
- curso técnico ensino médio ou médio integrado
- curso técnico ou profissionalizante
- faculdade
- especialização/residência
- mestrado
- doutorado
- curso pré-vestibular
- EJA/PEJA (atual supletivo)

D003. Até que ano você completou antes de parar de estudar

\_\_\_\_\_ (Ano)

D003b. Grau (marcar):

- fundamental
- médio
- curso técnico ensino médio ou médio integrado
- faculdade
- especialização/residência
- mestrado
- doutorado
- Não se aplica - nunca estudou

**BLOCO C - TRABALHO**

AGORA VAMOS FALAR SOBRE O SEU TRABALHO.  
VAMOS CONSIDERAR COMO TRABALHO QUALQUER ATIVIDADE QUE VOCÊ REALIZA GANHANDO ALGUM DINHEIRO OU OUTRA COISA EM TROCA PELO SEU TRABALHO

D006. Você já trabalhou alguma vez na vida?

- Sim
- Não

D007. Com que idade você começou a trabalhar?

\_\_\_\_\_ (anos)

D011. Você está trabalhando atualmente?

- Sim
- Não

SL001. Qual a sua ocupação (o que faz atualmente no trabalho)?

- Não se aplica (não trabalha fora de casa)
- Não sabe

D012. Você é empregado(a), patrão(patroa) ou você trabalha por conta própria?

- Empregado(a)
- Empregador(a)
- Conta própria/autônomo
- Estudo/Estágio remunerado
- Estudo/Estágio não remunerado

D013. Você está trabalhando com carteira assinada ou sem carteira?

- Com carteira
- Sem carteira

Confidential

Page 3 of 31

D021. De modo geral, você tem dinheiro suficiente para os seus gastos? (ler opções)

- Não
- Muito pouco
- Mais ou menos
- Bastante/suficiente
- Completamente

SL002. Você está procurando emprego?

- Sim
- Não

---



---

**BLOCO D - FAMÍLIA, MORADIA E RENDA**

AGORA VAMOS FALAR SOBRE A SUA FAMÍLIA E QUEM MORA COM VOCÊ

D023a. Qual a sua situação conjugal? Você está...? (ler opções)

- Solteiro(a)
- Casado(a)
- Morando com companheiro(a)
- Separado(a) ou divorciado(a)
- Viúvo(a)

SL003. Qual a cor da sua pele?

- Branca
- Preta/negra
- Parda/mulata/cabocla/morena
- Amarelo/oriental
- Indígena
- Não Sabe

SL004. Você tem alguma religião ou culto?

- Sim
- Não
- Não sabe

SL005 Qual a sua religião:

- Católica
- Evangélica. Ex: Batista, Assembléia de deus, Bethesda, Universal, Adventistas, Testemunha de Jeová, Luterana.
- Espírita/Kardecista
- Umbanda/Candomblé
- Judaica
- Orientais. Ex: Budista
- Outra.
- Não sabe

Qual? \_\_\_\_\_

D024. Contando com você, quantas pessoas moram na casa que você vive? (considere apenas as pessoas que moram na casa há pelo menos 3 meses) \_\_\_\_\_

EU GOSTARIA QUE VOCÊ ME DISSESSE O NOME, PARENTESCO COM VOCÊ E IDADE DE CADA UMA DESTAS PESSOAS

D024a. Nome Completo (Morador 1): \_\_\_\_\_

Confidential

Page 8 of 31

D027. A sua mãe natural está viva ou é falecida?

- Viva
- Faleceu
- Desconheço

D028. Desde que idade você não mora com os seus pais ou responsáveis legais?

\_\_\_\_\_ (anos)

AGORA VAMOS FALAR SOBRE A SUA CASA E ALGUMAS COISA QUE VOCÊS TÊM

D029. Vocês têm televisão em casa?

- Sim
- Não

D029a. Quantas?

\_\_\_\_\_ (TV(s))

- Não sabe

D030. Vocês têm rádio?

- Sim
- Não

D030a. Quantos?

\_\_\_\_\_ (radio(s))

- Não sabe

D031. Vocês têm carro?

- Sim
- Não

D031a. Quantos?

\_\_\_\_\_ (carro(s))

- Não sabe

D032. Vocês têm moto?

- Sim
- Não

D032a. Quantas?

\_\_\_\_\_ (moto(s))

- Não sabe

D033. Vocês têm empregada doméstica mensalista?

- Sim
- Não
- Não se aplica

D033a. Quantas?

\_\_\_\_\_ (empregada(s))

- Não sabe



Confidential

Page 9 of 31

D034. Vocês têm faxineira/diarista?

- Sim  
 Não  
 Não se aplica

D034a. Quantos dias por semana? \_\_ \_\_ dias/semana \_\_\_\_\_

D035. Vocês têm máquina de lavar roupa que não seja do tipo tanquinho?

- Sim  
 Não  
 Não se aplica

D035a. Quantas? \_\_\_\_\_  
(lava-roupa(s))

- Não sabe

D036. Vocês têm DVD?

- Sim  
 Não

D036a. Quantos? \_\_\_\_\_  
(DVD)

- Não sabe

D037. Vocês têm aparelho de ar condicionado ou split?

- Sim  
 Não

D037a. Quantos? \_\_\_\_\_  
(aparelhos)

- Não sabe

D038. Vocês têm computador de mesa ou notebook?

- Sim  
 Não

D038a. Quantos? \_\_\_\_\_  
(computadores)

- Não sabe

D038b. Este(s) computador(es) tem acesso a internet 24 horas?

- Sim  
 Não

D039. Vocês têm micro-ondas?

- Sim  
 Não

D039a. Quantos? \_\_\_\_\_  
(Micro-ondas)

- Não sabe

Confidential

Page 10 of 31

D040. Vocês têm máquina de lavar louça?

- Sim  
 Não

D040a. Quantas?

\_\_\_\_\_ (lava louças)

- Não sabe

D041. Vocês têm secadora de roupa?

- Sim  
 Não

D041a. Quantas?

\_\_\_\_\_ (secadoras)

- Não sabe

D042. Vocês têm geladeira?

- Sim  
 Não

D042a. Quantas?

\_\_\_\_\_ (geladeiras)

- Não sabe

D043. Vocês têm freezer separado ou geladeira duplex?

- Sim  
 Não

D043a. Quantos?

\_\_\_\_\_ (freezers)

- Não sabe

D044. Quantos banheiros têm na casa?

\_\_\_\_\_ (banheiros(s))

D044a. Quantos banheiros com chuveiro têm na casa?

\_\_\_\_\_ (banheiros(s) com chuveiro)

D045. Quantos cômodos são utilizadas para dormir?

\_\_\_\_\_ (cômodos)

D046. A água utilizada na sua casa vem de onde? (ler opções)

- Rede geral de distribuição, "CAEMA"  
 Poço ou nascente  
 Outro meio

D047. A rua em frente a sua casa é pavimentada ou asfaltada?

- Sim  
 Não

D048. No mês passado, você recebeu alguma renda mesmo que seja uma mesada?

- Sim  
 Não

D048a. Quanto recebeu no mês passado somente pelo seu trabalho?

\_\_\_\_\_

11/10/2016 15:25

www.projectredcap.org



Confidential

Page 11 of 31

D048b. Quanto você recebeu decorrente de mesada, pensão ou qualquer outra fonte de renda que não seja o trabalho?

Não sabe

\_\_\_\_\_

D050. No mês passado, quantas pessoas que moram contigo receberam alguma renda? (Lembrando que inclui salário/aposentadoria/bolsa família/bico/pensão/programas sociais para jovens/outro benefício social)

Não sabe

\_\_\_\_\_

(pessoas)

D050a. Qual renda de [geral\_d024a] ?

\_\_\_\_\_

Não sei

D050b. Qual renda de [geral\_d024b] ?

\_\_\_\_\_

Não sei

D050c. Qual renda de [geral\_d024c] ?

\_\_\_\_\_

Não sei

D050d. Qual renda de [geral\_d024d] ?

\_\_\_\_\_

Não sei

D050e. Qual renda de [geral\_d024e] ?

\_\_\_\_\_

Não sei

D050f. Qual renda de [geral\_d024f] ?

\_\_\_\_\_

Não sei

D050g. Qual renda de [geral\_d024g] ?

\_\_\_\_\_

Não sei

D050h. Qual renda de [geral\_d024h] ?

\_\_\_\_\_

Não sei

D050i. Qual renda de [geral\_d024i] ?

\_\_\_\_\_

Não sei

11/10/2016 15:25

[www.projectredcap.org](http://www.projectredcap.org)



Confidential

Page 12 of 31

D050j. Qual renda de [geral\_d024j] ?

\_\_\_\_\_  
 Não sei

D051. No mês passado a família teve outra fonte de renda? (Além dessas que você já falou). Lembrando que precisa somar cada quantia e colocar o valor total.

- Sim
- Não
- Não sabe

D051a. Quanto?

\_\_\_\_\_  
 Não sabe

D052. No mês passado alguém que mora contigo recebeu algum benefício social como, por exemplo, seguro desemprego, aposentadoria, bolsa família, pensão?

- Sim
- Não
- Não sabe

D052a. Seguro-desemprego?

- Sim
- Não
- Não sabe

D052b. Aposentadoria (idade, tempo de contribuição, deficiência ou invalidez)?

- Sim
- Não
- Não sabe

D052c. LOAS (idoso ou deficiente)?

- Sim
- Não
- Não sabe

D052d. Bolsa família?

- Sim
- Não
- Não sabe

D052m. Pensão por morte ou doença específica?

- Sim
- Não
- Não sabe

D052p. Outro?

- Sim
- Não
- Não sabe

D52pa. Qual?

\_\_\_\_\_

Confidential

Page 13 of 31

D053. Quem é o chefe da família (ou a pessoa que ganha mais)?

- Pai
- Mãe
- Avô
- Avó
- Próprio jovem
- Outro

D053a. Quem? \_\_\_\_\_

SL006. Qual foi o último curso que essa pessoa frequentou ou frequenta?

- Nunca estudou
- Alfabetização de jovens e adultos
- Ensino fundamental ou 1o grau
- Ensino médio ou 2o grau
- Superior graduação incompleto
- Superior graduação completo
- Não sabe

SL007. Qual ano que essa pessoa frequenta ou até que ano frequentou?

- Primeiro
- Segundo
- Terceiro
- Quarto
- Quinto
- Sexto
- Sétimo
- Oitavo
- Nono
- Não sabe

SL007a. Qual ano que essa pessoa frequenta ou até que ano frequentou?

- Primeiro ano
- Segundo ano
- Terceiro ano

SL008. No que trabalha a pessoa com a maior renda da família? (Descreva a ocupação. Caso seja aposentado, colocar a última atividade que exerceu). \_\_\_\_\_

- Fora da população economicamente ativa
- Não sabe

SL009. Qual a relação de trabalho do chefe da família?

- Trabalha por conta própria
- Assalariado ou empregado
- Dono de empresa-empregador
- Faz bico
- Não se aplica
- Não sabe

---

---

**BLOCO E - GRAVIDEZ E FILHOS**

SL010. Que idade você tinha quando menstruou pela primeira vez? \_\_\_\_\_

Confidential

Page 14 of 31

D055. Você está grávida?

- Sim  
 Não

D056. É sua primeira gravidez?

- Sim  
 Não  
 Não sei

D056a. A gravidez foi planejada por você e seu companheiro?

- Sim  
 Não  
 Não sei

D057. Você já engravidou alguma (outra) vez, mesmo que a gestação não tenha chegado ao fim?

- Sim  
 Não

D060. Quantas gravidezes você teve?

\_\_\_\_\_ (gravidez(es))

- Não sabe

D058. Você já engravidou alguém alguma vez, mesmo que a gestação não tenha chegado ao fim?

- Sim  
 Não

D058a. Quantas vezes?

\_\_\_\_\_ (gravidez(es))

- Não sabe

D059. A gravidez foi planejada por você e sua companheira?

- Sim  
 Não

D061. Você tem filho/a?

- Sim  
 Não

D061a. Quantos?

\_\_\_\_\_ (filhos)

D062. Todos os filhos são da mesma pessoa?

- Sim  
 Não  
 Não sei

---

---

## BLOCO F - SAÚDE

AGORA VAMOS FALAR SOBRE CONSULTAS NO ÚLTIMO ANO COM MÉDICOS OU OUTROS PROFISSIONAIS E SOBRE SUA SAÚDE

Confidential

Page 15 of 31

D082. Você está satisfeito com a sua saúde? (ler opções)

- Muito insatisfeito(a)  
 Insatisfeito(a)  
 Regular  
 Satisfeito(a)  
 Muito satisfeito(a)

D095. Desde do ano passado, você foi internado no hospital?

- Sim  
 Não

D096. Quantas vezes você foi internado no hospital?

---

 (digitar número de vezes)

- Não sabe

D096a. Qual o motivo da primeira internação 1?

---

 (digitar número de vezes)

- Não sabe

D096b. Qual o motivo da segunda internação 2?

---

 (digitar número de vezes)

- Não sabe

D096c. Qual o motivo da terceira internação 3?

---

 (digitar número de vezes)

- Não sabe

D096d. Algum outro motivo?

---

Alguma vez na vida o médico disse que você tinha:

D097. Açúcar alto no sangue ou diabetes?

- Sim  
 Não  
 Não sei

D098. Colesterol alto?

- Sim  
 Não  
 Não sabe

D099. Pressão alta?

- Sim  
 Não  
 Não sabe

D100. Rinite alérgica?

- Sim  
 Não  
 Não sabe

D101. Alergia de pele ou eczema?

- Sim  
 Não  
 Não sabe

Confidential

Page 16 of 31

D102. Conjuntivite alérgica?

- Sim
- Não
- Não sabe

D103. Problema de visão?

- Sim
- Não
- Não sabe

D106. Quando você tenta relaxar durante a noite ou na hora de dormir, você tem sensações inquietantes, desagradáveis em suas pernas que podem ser aliviadas com caminhadas ou movimentos?

- Sim
- Não
- Não sabe

D106a. Na última semana, quantos dias você sentiu  
essa sensação nas pernas? \_\_\_\_\_

- Não sabe
- Não sentiu

AS PERGUNTAS A SEGUIR SÃO SOBRE DORES DE CABEÇA OU NO CORPO.

D107. Você tem dores de cabeça frequentes ou fortes?

- Sim
- Não

D108. Nos últimos três meses, você teve dores de cabeça?

- Sim
- Não

D109. Considerando os últimos três meses, por quantos dias você teve dor de cabeça por mês?

- todos os dias
- mais de 14 dias de dor por mês, mas não todos os dias
- de 9 a 14 dias de dor por mês
- de 4 a 8 dias de dor por mês
- de 1 a 3 dias de dor por mês
- menos que 1 dia de dor por mês

D110. Qual é, na maioria das vezes, a intensidade dessa dor? (ler opções)

- leve
- moderada
- forte
- muito forte

D111. As suas dores de cabeça duram geralmente mais do que quatro horas?

- Sim
- Não

D112. Geralmente, você tem enjoos junto com a dor de cabeça?

- Sim
- Não



Confidential

Page 17 of 31

D113. A luz ou o barulho lhe incomodam quando você tem dor de cabeça?

- Sim  
 Não

D114. As suas dores de cabeça lhe atrapalham quando você tem que fazer alguma coisa como trabalho ou estudo?

- Sim  
 Não

D115. Nos últimos três meses, você teve dor nas costas?

- Sim  
 Não  
 Não sabe

D116. De acordo com a figura que vou lhe mostrar, você pode me apontar o lugar da dor? (MOSTRAR FIGURA 2 - figura com regiões cervical- 1, dorsal-2 e lombar-3)

D116a. Dor na região 1:

- Sim  
 Não

D116b. Dor na região 2:

- Sim  
 Não

D116c. Dor na região 3:

- Sim  
 Não

D117. Nos últimos três meses, você teve dor em outro local?

- Sim  
 Não

D118. De acordo com a figura que vou lhe mostrar, você pode apontar o local que você tem mais dor? (MOSTRAR FIGURA 3 - figura corpo inteiro)

Número do local com dor:

- 4  
 5  
 6  
 7  
 8  
 Outro

D119. Nos últimos três meses, quantos dias por mês você teve dor no local apontado na figura?

\_\_\_\_\_ (dias/mês)

AGORA VAMOS FALAR SOBRE CHIADO NO PEITO

D120. Alguma vez na vida, você já teve chiado no peito?

- Sim  
 Não

D121. Desde do ano passado, você teve chiado no peito?

- Sim  
 Não

Confidential

Page 18 of 31

D122. Desde do ano passado, quantas crises de chiado no peito você teve?

- Nenhuma
- 1 a 3 crises
- 4 a 12 crises
- Mais de 12 crises

D123. Desde do ano passado, quantas vezes o seu sono foi atrapalhado por chiado no peito?

- Nunca acordou com chiado
- Menos de 1 noite por semana
- 1 ou mais noites por semana

D124. Desde do ano passado, você teve alguma crise de chiado tão forte que não conseguiu dizer mais de duas palavras entre cada respiração?

- Sim
- Não

D125. Desde do ano passado, você teve chiado no peito após exercícios físicos?

- Sim
- Não

D126. Desde do ano passado, você teve tosse seca à noite, sem estar gripado?

- Sim
- Não

D127. Alguma vez na vida você teve asma?

- Sim
- Não

D128. Alguma vez na vida o médico disse que você tinha asma ou bronquite?

- Sim
- Não
- Não sabe

AS CINCO PRÓXIMAS PERGUNTAS SE REFEREM À ASMA, BRONQUITE OU CHIADO NO PEITO NAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, OU SEJA, NO ÚLTIMO MÊS

D129. A asma ou bronquite ou chiado prejudicou as suas atividades no local de estudo, trabalho ou em casa? (ler opções)

- Nenhuma vez
- Poucas vezes
- Algumas vezes
- Maioria das vezes
- Todo tempo

D130. Como está a sua asma, bronquite ou chiado? (ler opções)

- Totalmente descontrolada
- Pobrememente controlada
- Um pouco controlada
- Bem controlada
- Completamente controlada

Confidential

Page 19 of 31

D131. Quantas vezes você teve falta de ar no último mês? (ler opções)

- Nenhuma vez
- Uma ou duas vezes por semana
- Três a seis vezes por semana
- Uma vez ao dia
- Mais que uma vez ao dia

D132. A sua asma ou bronquite ou chiado lhe acordou à noite ou mais cedo que de costume?(ler opções)

- Nenhuma vez
- Uma ou duas vezes
- Uma vez por semana
- Duas ou três noites por semana
- Quatro ou mais noites por semana

D133. Quantas vezes você usou remédio por inalação (ou bombinha) para alívio da asma ou bronquite ou chiado no último mês? (ler opções)

- Nenhuma vez
- Uma vez por semana ou menos
- Poucas vezes na semana
- Uma ou duas vezes por dia
- Três ou mais vezes por dia

---



---

**PLANOS DE SAÚDE**

L020. Você tem algum plano de saúde médico particular, de empresa ou órgão público?

- Não
- Sim

L021. Quantos?

- 
- Não sabe

L022. O(s) teu(s) planos cobrem total ou parcialmente os atendimentos/procedimentos que eu vou te ler...? Ou seja, total se refere a não pagar nada e parcial a pagar algum valor:

L022a. Consulta

- Sim
- Não
- Não sabe

L022a-1. Total ou Parcial?

- Total
- Parcial
- Não sabe

L022b. Hospitalização/internação

- Sim
- Não
- Não sabe

L022b-1. Total ou Parcial?

- Total
- Parcial
- Não sabe

L022c. Remédios

- Sim
- Não
- Não sabe

L022c-1. Total ou Parcial?

- Total
- Parcial
- Não sabe

L022d. Exames laboratoriais

- Sim
- Não
- Não sabe

L022d-1. Total ou Parcial?

- Total
- Parcial
- Não sabe

L022e. Pronto atendimento

- Sim
- Não
- Não sabe

Confidential

Page 20 of 31

- L022e-1. Total ou Parcial?  Total  
 Parcial  
 Não sabe
- L022f. Procedimento ambulatorial  Sim  Não  Não sabe
- L022f-1. Total ou Parcial?  Total  
 Parcial  
 Não sabe
- L022g. Outro procedimento/necessidade?  Sim  Não  Não sabe
- L022g-1 Qual? \_\_\_\_\_
- L022g-1. Total ou Parcial?  Total  
 Parcial  
 Não sabe
- L023. Quem paga o plano de saúde médico que você (mais) usa?
- O/A entrevistado/a  
 Familiar  
 Outro não familiar  
 Empresa (onde trabalha)

---



---

**SONO**

Pense no modo de vida que você tem levado recentemente. Eu vou ler algumas coisas e mesmo que você não tenha feito essas coisas por agora, tente imaginar como elas afetariam você. Escolha a opção mais apropriada para responder cada questão. Mostrar cartão de respostas

Qual a possibilidade de você cochilar ou dormir, e não apenas se sentir cansado, nas seguintes situações:

- D134. Sentado e lendo?(ler opções)  nunca cochilaria  
 pequena possibilidade de cochilar  
 possibilidade média de cochilar  
 grande possibilidade de cochilar
- D135. Assistindo TV? (ler opções)  nunca cochilaria  
 pequena possibilidade de cochilar  
 possibilidade média de cochilar  
 grande possibilidade de cochilar
- D136. Sentado, quieto, em um lugar público (por exemplo, em um cinema, reunião ou palestra)? (ler opções)  nunca cochilaria  
 pequena possibilidade de cochilar  
 possibilidade média de cochilar  
 grande possibilidade de cochilar
- D137. Andando de carro por uma hora sem parar, como passageiro? (ler opções)  nunca cochilaria  
 pequena possibilidade de cochilar  
 possibilidade média de cochilar  
 grande possibilidade de cochilar

Relembrando, qual a possibilidade de você cochilar ou dormir, e não apenas se sentir cansado, nas seguintes situações:

- D138. Ao deitar-se a tarde para descansar, quando possível?(ler opções)  nunca cochilaria  
 pequena possibilidade de cochilar  
 possibilidade média de cochilar  
 grande possibilidade de cochilar
- D139. Sentado conversando com alguém? (ler opções)  nunca cochilaria  
 pequena possibilidade de cochilar  
 possibilidade média de cochilar  
 grande possibilidade de cochilar

Confidential

Page 21 of 31

D140. Sentado quieto após o almoço sem bebida de álcool? (ler opções)

- nunca cochilaria  
 pequena possibilidade de cochilar  
 possibilidade média de cochilar  
 grande possibilidade de cochilar

D141. Em um carro parado no trânsito por alguns minutos? (ler opções)

- nunca cochilaria  
 pequena possibilidade de cochilar  
 possibilidade média de cochilar  
 grande possibilidade de cochilar

AS QUESTÕES ABAIXO SE RELACIONAM AOS SEUS HÁBITOS USUAIS DE SONO DURANTE O MÊS PASSADO SOMENTE. SUAS RESPOSTAS DEVEM SER DA FORMA MAIS PRECISA POSSÍVEL INDICANDO A MAIORIA DOS DIAS E NOITES DO MÊS PASSADO.

D142. Durante o mês passado, que horas você geralmente foi se deitar? \_\_\_\_\_

D143. Durante o mês passado, quanto tempo, em minutos, geralmente você levou para pegar no sono em cada noite? \_\_\_\_\_

D144. Durante o mês passado, que horas você geralmente se levantou de manhã? \_\_\_\_\_

D145. Durante o mês passado, quantas horas de sono você teve à noite? (Este número pode ser diferente do número de horas que você passa na cama.) \_\_\_\_\_ (0-23 horas)

DURANTE O MÊS PASSADO, QUANTAS VEZES VOCÊ TEVE DIFICULDADE PARA DORMIR POR QUE VOCÊ... (ler perguntas): Mostrar artão de respostas

D146. Não consegui pegar no sono nos primeiros trinta minutos? (ler opções)

- Nenhuma durante o mês passado  
 Menos que uma vez por semana  
 Uma ou duas vezes por semana  
 Três ou mais vezes por semana

D147. Acordou no meio da noite, de madrugada ou muito cedo pela manhã?(ler opções)

- Nenhuma durante o mês passado  
 Menos que uma vez por semana  
 Uma ou duas vezes por semana  
 Três ou mais vezes por semana

D148. Precisou ir ao banheiro no meio da noite? (ler opções)

- Nenhuma durante o mês passado  
 Menos que uma vez por semana  
 Uma ou duas vezes por semana  
 Três ou mais vezes por semana

LEMBRANDO QUE ESTAMOS FALANDO SOBRE O MÊS PASSADO, QUANTAS VEZES VOCÊ TEVE DIFICULDADE PARA DORMIR POR QUE... (seguir lendo)

D149. Não consegui respirar bem, de forma confortável? (ler opções)

- Nenhuma durante o mês passado  
 Menos que uma vez por semana  
 Uma ou duas vezes por semana  
 Três ou mais vezes por semana

Confidential

Page 22 of 31

D150. Tossiu ou roncou forte/alto?(ler opções)

- Nenhuma durante o mês passado
- Menos que uma vez por semana
- Uma ou duas vezes por semana
- Três ou mais vezes por semana

D151. Sentiu muito frio?(ler opções)

- Nenhuma durante o mês passado
- Menos que uma vez por semana
- Uma ou duas vezes por semana
- Três ou mais vezes por semana

LEMBRANDO QUE ESTAMOS FALANDO SOBRE O MÊS PASSADO, QUANTAS VEZES VOCÊ TEVE DIFICULDADE PARA DORMIR POR QUE... (seguir lendo)

D152. Sentiu muito calor? (ler opções)

- Nenhuma durante o mês passado
- Menos que uma vez por semana
- Uma ou duas vezes por semana
- Três ou mais vezes por semana

D153. Teve sonhos ruins ou pesadelos? (ler opções)

- Nenhuma durante o mês passado
- Menos que uma vez por semana
- Uma ou duas vezes por semana
- Três ou mais vezes por semana

D154. Teve dor? (ler opções)

- Nenhuma durante o mês passado
- Menos que uma vez por semana
- Uma ou duas vezes por semana
- Três ou mais vezes por semana

D154a. Algum outro motivo para ter dificuldade de dormir?

- Sim
- Não

D154b. Qual motivo? \_\_\_\_\_

D154c. Quantas vezes no mês passado você teve problemas para dormir por esse motivo?

- Nenhuma durante o mês passado
- Menos que uma vez por semana
- Uma ou duas vezes por semana
- Três ou mais vezes por semana

D155. Pensando no mês passado, como você classificaria a qualidade de seu sono de maneira geral? (ler opções)

- Muito boa
- Boa
- Ruim
- Muito ruim

D156. Durante o mês passado, quantas vezes você tomou remédios, com ou sem receita médica, para ajudá-lo(a) a dormir? (ler opções)

- Nenhuma durante o mês passado
- Menos que uma vez por semana
- Uma ou duas vezes por semana
- Três ou mais vezes por semana

Confidential

Page 23 of 31

D157. Durante o mês passado, quantas vezes você teve dificuldade para ficar acordado(a) enquanto dirigia, se alimentava ou estava em alguma atividade social? (ler opções)

- Nenhuma durante o mês passado  
 Menos que uma vez por semana  
 Uma ou duas vezes por semana  
 Três ou mais vezes por semana

D158. Durante o mês passado, qual o grau de dificuldade que você teve para se manter bem disposto/a e realizar suas tarefas? (ler opções)

- Nenhuma dificuldade  
 Pouca dificuldade  
 Dificuldade moderada  
 Muita dificuldade

D159. Já lhe disseram que, quando você dorme, várias vezes deixa de respirar por alguns momentos?

- Sim  
 Não

## REMÉDIOS

D160. Alguma vez na vida, você tomou algum remédio com corticoide ou cortisona?

- Sim  
 Não  
 Não sabe

D161. Por quanto tempo você usa ou usou este(s) remédio(s)?

Anos: (valores limitados até 18 anos - idade coorte) \_\_\_\_\_

Meses: (valores limitados até 11 meses) \_\_\_\_\_

Dias: (valores limitados até 29 dias) \_\_\_\_\_

D162. Nos últimos três meses, você tomou algum remédio, com corticoide ou cortisona?

- Sim  
 Não  
 Não se aplica  
 Não sei

D162a. Por quanto tempo você tomou ou toma este(s) remédio(s)?

Meses: (valores limitados até 11 meses) \_\_\_\_\_

Dias: (valores limitados até 29 dias) \_\_\_\_\_

D163. Nos últimos 15 dias você usou algum remédio, que não tenha sido remédio para dormir?

- Sim  
 Não  
 Não sabe

D163-1. Quantos remédios ? \_\_\_\_\_

D163a. Qual(is) nome(s) do(s) remédio(s)?

D163-1a \_\_\_\_\_

D163-2a \_\_\_\_\_

Confidential

Page 24 of 31

D163-3a \_\_\_\_\_

D163-4a \_\_\_\_\_

D163-5a \_\_\_\_\_

D163-6a \_\_\_\_\_

D163-7a \_\_\_\_\_

D163-8a \_\_\_\_\_

D163-9a \_\_\_\_\_

D163-10a \_\_\_\_\_

D163b. Este remédio foi usado para tratar o quê?

D163-1b. [d163\_1a]: \_\_\_\_\_

D163-2b. [d163\_2a]: \_\_\_\_\_

D163-3b. [d163\_3a]: \_\_\_\_\_

D163-4b. [d163\_4a]: \_\_\_\_\_

D163-5b. [d163\_5a]: \_\_\_\_\_

D163-6b. [d163\_6a]: \_\_\_\_\_

D163-7b. [d163\_7a]: \_\_\_\_\_

D163-8b. [d163\_8a]: \_\_\_\_\_

D163-9b. [d163\_9a]: \_\_\_\_\_

D163-10b. [d163\_10a]: \_\_\_\_\_

D163c. Quem indicou o ?

D163-1c. [d163\_1a]:

- Médico
- Outro profissional de saúde
- Mãe
- Familiar/amigo
- Ninguém (ele/a tomou por conta própria)
- Outro
- Não sabe

D163-2c. [d163\_2a]:

- Médico
- Outro profissional de saúde
- Mãe
- Familiar/amigo
- Ninguém (ele/a tomou por conta própria)
- Outro
- Não sabe



Confidential

Page 27 of 31

D163-8d. [d163\_8a]:

- Sim  
 Não  
 Não sabe

D163-9d. [d163\_9a]:

- Sim  
 Não  
 Não sabe

D163-10d. [d163\_10a]:

- Sim  
 Não  
 Não sabe

D164. Nos últimos 15 dias você tomou remédio para dormir?

- Sim  
 Não  
 Não sabe

D164a) Quantos remédios para dormir você tomou?  
 (Abrir questões sobre medicamentos para dormir  
 tantas vezes quanto o número de medicamentos  
 referidos)

\_\_\_\_\_

Qual(is) o(s) nome(s) do(s) remédio(s) que você toma?

D165-1. Remédio 1:

\_\_\_\_\_

D165-2. Remédio 2:

\_\_\_\_\_

D165-3. Remédio 3:

\_\_\_\_\_

D165-4. Remédio 4:

\_\_\_\_\_

D165-5. Remédio 5:

\_\_\_\_\_

D165-6. Remédio 6:

\_\_\_\_\_

D165-7. Remédio 7:

\_\_\_\_\_

D165-8. Remédio 8:

\_\_\_\_\_

D165-9. Remédio 9:

\_\_\_\_\_

D165-10. Remédio 10:

\_\_\_\_\_

D166.1. Você toma o [d165\_1]...? (ler opções)

- Uma vez por mês ou menos  
 Duas a quatro vezes por mês  
 Duas a três vezes por semana  
 Quatro ou mais vezes por semana

D167-1. Você está tomando este remédio ([d165\_1]) para dormir há quanto tempo?

a. Anos: (valores limitados até 22 anos)

\_\_\_\_\_

b. Meses: (valores limitados até 11 meses)

\_\_\_\_\_

c. Semanas: (valores limitados até 4 semanas)

\_\_\_\_\_

Confidential

Page 28 of 31

D166.2. Você toma o [d165\_2]...? (ler opções)

- Uma vez por mês ou menos
- Duas a quatro vezes por mês
- Duas a três vezes por semana
- Quatro ou mais vezes por semana

D167-2. Você está tomando este remédio ([d165\_2]) para dormir há quanto tempo?

a. Anos: (valores limitados até 22 anos) \_\_\_\_\_

b. Meses: (valores limitados até 11 meses) \_\_\_\_\_

c. Semanas: (valores limitados até 4 semanas) \_\_\_\_\_

D166.3. Você toma o [d165\_3]...?(ler opções)

- Uma vez por mês ou menos
- Duas a quatro vezes por mês
- Duas a três vezes por semana
- Quatro ou mais vezes por semana

D167-3. Você está tomando este remédio ([d165\_3]) para dormir há quanto tempo?

a. Anos: (valores limitados até 22 anos) \_\_\_\_\_

b. Meses: (valores limitados até 11 meses) \_\_\_\_\_

c. Semanas: (valores limitados até 4 semanas) \_\_\_\_\_

D166.4. Você toma o [d165\_4]...? (ler opções)

- Uma vez por mês ou menos
- Duas a quatro vezes por mês
- Duas a três vezes por semana
- Quatro ou mais vezes por semana

D167-4. Você está tomando este remédio ([d165\_4]) para dormir há quanto tempo?

a. Anos: (valores limitados até 22 anos) \_\_\_\_\_

b. Meses: (valores limitados até 11 meses) \_\_\_\_\_

c. Semanas: (valores limitados até 4 semanas) \_\_\_\_\_

D166.5. Você toma o [d165\_5]...? (ler opções)

- Uma vez por mês ou menos
- Duas a quatro vezes por mês
- Duas a três vezes por semana
- Quatro ou mais vezes por semana

D167-5. Você está tomando este remédio ([d165\_5]) para dormir há quanto tempo?

a. Anos: (valores limitados até 22 anos) \_\_\_\_\_

b. Meses: (valores limitados até 11 meses) \_\_\_\_\_

c. Semanas: (valores limitados até 4 semanas) \_\_\_\_\_

D166.6. Você toma o [d165\_6]...? (ler opções)

- Uma vez por mês ou menos
- Duas a quatro vezes por mês
- Duas a três vezes por semana
- Quatro ou mais vezes por semana

D167-6. Você está tomando este remédio ([d165\_6]) para dormir há quanto tempo?

11/10/2016 15:25

www.projectredcap.org



Confidential

Page 30 of 31

D168. Você sabe informar algo sobre a saúde do seu pai natural?

- Sim  
 Não  
 Não sabe

Seu pai teve ou tem ...:

D169. Gordura no sangue ou colesterol alto?  Sim  Não  Não sabeD170. Obesidade?  Sim  Não  Não sabeD171. Pressão alta ou hipertensão?  Sim  Não  Não sabeD172. Diabetes ou açúcar no sangue?  Sim  Não  Não sabeD173. Asma?  Sim  Não  Não sabeD174. Câncer?  Sim  Não  Não sabe

D174a. Que tipo/ Onde? \_\_\_\_\_

D175. Algum problema dos nervos?  Sim  Não  Não sabe

Seu pai teve...:

D176. Infarto do coração?  Sim  Não  Não sabeD177. Derrame cerebral?  Sim  Não  Não sabe

D178. Você sabe informar algo sobre a saúde da sua mãe natural?

- Sim  
 Não  
 Não sabe

Seu mãe teve ou tem ...:

D179. Gordura no sangue ou colesterol alto?  Sim  Não  Não sabeD180. Obesidade?  Sim  Não  Não sabeD181. Pressão alta ou hipertensão?  Sim  Não  Não sabeD182. Diabetes ou açúcar no sangue?  Sim  Não  Não sabeD183. Asma?  Sim  Não  Não sabeD184. Câncer?  Sim  Não  Não sabe

D184a. Que tipo/ Onde? \_\_\_\_\_

D185. Algum problema dos nervos?  Sim  Não  Não sabe

Sua mãe teve:

D186. Infarto do coração?  Sim  Não  Não sabeD187. Derrame cerebral?  Sim  Não  Não sabe

## ANEXO E – QUESTIONÁRIO GERAL 2

Confidential

Coorte RPS  
Page 1 of 20**Questionario Geral 2**

Chave do participante \_\_\_\_\_

Entrevistador:

- 
- Amy Iuiry Lopes Cruz
- 
- 
- Ana Caroline Abreu Araujo
- 
- 
- Aline Oliveira Diniz
- 
- 
- Lidia Maria Castro Rolim
- 
- 
- Liliane dos Santos Rodrigues
- 
- 
- Camila Dominici
- 
- 
- Camila Rolim
- 
- 
- Edivaldo Pinheiro
- 
- 
- Thanielle Pereira
- 
- 
- Ana Caroline Mendes Ramos
- 
- 
- Leticia Michelly Mugnaini
- 
- 
- Rafael Ferreira Nunes
- 
- 
- Emanuel Catarino Serra
- 
- 
- Bianca Victoria de Fátima
- 
- 
- Lucélia de Jesus Pinheiro
- 
- 
- Jacileia Silva dos Santos
- 
- 
- Monica Araujo Batalha
- 
- 
- Rafael Oliveira da Costa Pinto
- 
- 
- Alenice Balata
- 
- 
- Eulina Trindade Costa
- 
- 
- Livia Lima Costa
- 
- 
- Elisa Miranda Costa
- 
- 
- Ana Carolina Ribeiro
- 
- 
- Pollyana Oliveira Marinho
- 
- 
- Livia dos Santos Rodrigues
- 
- 
- Elizama Conceição Rocha
- 
- 
- Carlos Cássio Carneiro Silva

Início:

Você é [nome\_crianca]?

- 
- Sim
- 
- 
- Não

**Início questionário geral 2****BLOCO G - ATIVIDADE FÍSICA**

As perguntas L142 e L143 não devem ser feitas ao entrevistado/a. Apenas observe e anote.

L142. O/a jovem tem alguma limitação/deficiência física?(observe e anote):

- 
- Não
- 
- 
- Sim

L143. Qual a limitação/deficiência física do jovem? (observe e responda):

- 
- cadeirante tetraplégico
- 
- 
- cadeirante paraplégico ou amputação dos dois membros inferiores
- 
- 
- amputação/atrofia de pelo menos um membro superior
- 
- 
- amputação de um membro inferior
- 
- 
- deficiência visual

AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE ATIVIDADES FÍSICAS. PARA RESPONDER ESSAS PERGUNTAS VOCÊ DEVE SABER QUE:

ATIVIDADES FÍSICAS FORTES OU VIGOROSAS SÃO AS QUE PRECISAM DE UM GRANDE ESFORÇO FÍSICO E QUE FAZEM RESPIRAR MUITO MAIS FORTE QUE O NORMAL

ATIVIDADES FÍSICAS MODERADAS SÃO AQUELAS QUE EXIGEM ALGUM ESFORÇO FÍSICO E QUE FAZEM RESPIRAR UM POUCO MAIS FORTE QUE O NORMAL

Confidential

Page 2 of 20

EM TODAS AS PERGUNTAS SOBRE ATIVIDADE FÍSICA, RESPONDA SOMENTE SOBRE AQUELAS QUE DURARAM PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS

SL011. Em quantos dias da semana você CAMINHOU por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício? (0 = Nenhum)

\_\_\_\_\_

(Dias por semana)

SL011a. Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando por dia?

\_\_\_\_\_

D191. Em quantos dias da última semana você realizou atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração (POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA) (0 = Nenhum)

\_\_\_\_\_

(Dias por semana)

D191a. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

\_\_\_\_\_

D190. Em quantos dias da última semana você realizou atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração. (0 = Nenhum)

\_\_\_\_\_

(Dias por semana)

D190a. Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

\_\_\_\_\_

ESTAS ÚLTIMAS QUESTÕES SÃO SOBRE O TEMPO QUE VOCÊ PERMANECE SENTADO TODO DIA, NO TRABALHO, NA ESCOLA OU FACULDADE, EM CASA E DURANTE SEU TEMPO LIVRE. ISTO INCLUI O TEMPO SENTADO ESTUDANDO, SENTADO ENQUANTO DESCANSA, FAZENDO LIÇÃO DE CASA, VISITANDO UM AMIGO, LENDO, SENTADO OU DEITADO ASSISTINDO TV. NÃO INCLUA O TEMPO GASTO SENTADO DURANTE O TRANSPORTE EM ÔNIBUS OU CARRO.

SL012. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana?

\_\_\_\_\_

SL012a. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de final de semana?

\_\_\_\_\_

AGORA VAMOS FAZER OUTRAS PERGUNTAS SOBRE AS MODALIDADES DE ATIVIDADE FÍSICA...

QUANTOS DIAS POR SEMANA E QUANTO TEMPO POR DIA, EM MÉDIA, VOCÊ PRATICOU NA SEMANA PASSADA CADA UMA DAS ATIVIDADES ABAIXO? CASO TENHA PRATICADO ALGUMA ATIVIDADE FÍSICA QUE NÃO ESTEJA LISTADA ABAIXO, ESCREVA O(S) NOME(S) DA(S) ATIVIDADE(S) NO ESPAÇO RESERVADO NO FINAL DA LISTA (LINHAS EM BRANCO).

D194. Musculação

Sim

Não

Não sei

D194. Dias da semana

11/10/2016 15:19

www.projectredcap.org



Confidential

Page 3 of 20

D194. Horas e minutos

---

 Não sei

D195. Treinamento funcional (puxar, empurrar, arremessar, saltar e correr, elásticos, bolas e pesos etc)

---

 Não sei Sim  
 Não  
 Não sei

D195 Dias da semana

---

 Não sei

D195 Horas e minutos

---

 Não sei

D196. Ginástica na academia, como aeróbica, jump, localizada, zumba,step etc)

 Sim  
 Não  
 Não sei

D196 Dias da semana

---

 Não sei

D196 Horas e minutos

---

 Não sei

D197. Ginastica sobre bicicletas como RPM, bike indoor ou spinning etc

 Sim  
 Não  
 Não sei

D197 Dias da semana

---

 Não sei Não sei

D197 Horas e minutos

D198. Jazz, balé, dança moderna, hip hop e outros tipos dança

 Sim  
 Não  
 Não sei

D198 Dias da semana

---

 Não sei

11/10/2016 15:19

[www.projectredcap.org](http://www.projectredcap.org)

Confidential

Page 4 of 20

D198 Horas e minutos

---

 Não sei

D199. Aulas de yôga ou pilates

 Sim  
 Não  
 Não sei  
  
 Não sei

D199 Dias da semana

---

D199 Horas e minutos

---

D200. Caminhada na esteira

 Não sei  
  
 Sim  
 Não  
 Não sei

D200 Dias da semana

---

D200 Horas e minutos

 Não sei

D201. Corrida na esteira

 Não sei  
  
 Sim  
 Não  
 Não sei

D201 Dias da semana

---

D201 Horas e minutos

 Não sei

D202. Corrida ao ar livre

 Não sei  
  
 Sim  
 Não  
 Não sei

D202 Dias da semana

---

D202 Horas e minutos

 Não sei

Confidential

Page 5 of 20

D203. Andar de bicicleta	<input type="checkbox"/> Não sei <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei
<hr/>	
D203 Dias da semana	<input type="checkbox"/> Não sei
D203 Horas e minutos	<hr/>
D204. Lutas de judô, karatê, capoeira, boxe, MMA, jiu-jitsu e outras?	<input type="checkbox"/> Não sei <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei
D204 Dias da semana	<hr/>
D204 Horas e minutos	<input type="checkbox"/> Não sei
<hr/>	
D205. Futebol, futsal, futebol de praia	<input type="checkbox"/> Não sei <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei
D205 Dias da semana	<hr/>
D205 Horas e minutos	<input type="checkbox"/> Não sei
<hr/>	
D206. Handebol	<input type="checkbox"/> Não sei <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei
D206 Dias da semana	<hr/>
D206 Horas e minutos	<input type="checkbox"/> Não sei
<hr/>	
	<input type="checkbox"/> Não sei



Confidential

Page 6 of 20

D207. Vôlei, vôlei de praia

- Sim
- Não
- Não sei

D207 Dias da semana

- 
- Não sei

D207 Horas e minutos

- 
- Não sei

D208. Basquete

- Sim
- Não
- Não sei

D208 Dias da semana

- 
- Não sei

D208 Horas e minutos

- 
- Não sei

D209. Natação

- Sim
- Não
- Não sei

D209 Dias da semana

- 
- Não sei

D209 Horas e minutos

- 
- Não sei

D210. Tênis

- Sim
- Não
- Não sei

D210 Dias da semana

- 
- Não sei

D210 Horas e minutos

- 
- Não sei

D211. Jogar frescobol

- Sim
- Não
- Não sei

Confidential

Page 7 of 20

D211 Dias da semana

---

 Não sei

D211 Horas e minutos

---

 Não sei

D212. Outras Atividades não perguntadas?

Sim  
 Não  
 Não sei

D212a. Quantas?

---

D213-1. Qual atividade?

---

D214-1. Dias na semana

---

 Não sei

D215-1. Horas e minutos

---

D213-2. Qual atividade?

---

 Não sei

D214-2. Dias na semana

---

 Não sei

D215-2. Horas e minutos

---

D213-3. Qual atividade?

---

 Não sei

D214-3. Dias na semana

---

 Não sei

D215-3. Horas e minutos

---

 Não sei

Confidential

Page 8 of 20

**CORPO**

Figura 5

Figura 5

D216. Qual destas figuras você identifica mais com o seu corpo? (Mostrar Figura 5)

\_\_\_\_\_

 Não sabe

D217. Qual destas figuras se parece com o que você gostaria que fosse o seu corpo? (Mostrar figura 5)

\_\_\_\_\_

 Não sabe

D218. Qual destas figuras você identifica como o corpo mais saudável? (Mostrar figura 5)

\_\_\_\_\_

 Não sabe**BLOCO H - LAZER, TEMPO DE TELA E COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO**

AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE O TEMPO QUE VOCÊ FAZ ALGUMAS COISAS CONSIDERANDO DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA

D219a. Desde , você foi em algum culto, missa ou igreja?

- Sim  
 Não

D220. Desde , você se encontrou com amigos para conversar, jogar ou fazer outras atividades de lazer?

- Sim  
 Não

L144. Pensando na maneira como você conversa com teus amigos quando eles não estão por perto. Qual o principal meio de comunicação que você usa...(ler opções)

- Chamada de telefone fixo  
 Chamada de telefone celular  
 SMS/torpedo  
 Whatsapp  
 Facebook  
 E-mail  
 Não se aplica

L145. Pensando na maneira como você conversa com seus familiares quando eles não estão por perto. Qual o principal meio de comunicação que você usa... (ler opções)

- Chamada de telefone fixo  
 Chamada de telefone celular  
 SMS/torpedo  
 Whatsapp  
 Facebook  
 E-mail  
 Não se aplica

Confidential

Page 9 of 20

L147. Dos aplicativos para celular ou tablet que vou ler, quais são aqueles que você usa mais... (Ler opções/Múltipla escolha)?

- WhatsApp
- Facebook
- Instagram
- Twitter
- Viber
- YouTube
- Snapchat
- Gmail/e-mail
- Tinder
- Outro
- Não usa aplicativos

L147a. Qual? \_\_\_\_\_

L148. Você usa redes sociais como Facebook, Twitter ou Instagram?

- Sim
- Não

L149. Quais são as redes sociais que você usa... (ler opções)/Múltipla escolha

- Facebook
- Twitter
- Instagram
- Google Plus
- LinkedIn
- Badoo
- Tinder
- WhatsApp
- Snapchat
- Outra

L149a. Qual? \_\_\_\_\_

L150-1. Quantos dias por semana você acessa o Facebook? [LIMITADO DE 0 A 7] [SE MENOS DE 1 DIA = 0; Não sabe = 9] \_\_\_\_\_

L150-2. Quantos dias por semana você acessa o Twitter? [LIMITADO DE 0 A 7] [SE MENOS DE 1 DIA = 0; Não sabe = 9] \_\_\_\_\_

L150-3. Quantos dias por semana você acessa o Instagram? [LIMITADO DE 0 A 7] [SE MENOS DE 1 DIA = 0; Não sabe = 9] \_\_\_\_\_

L150-4. Quantos dias por semana você acessa o Google Plus? [LIMITADO DE 0 A 7] [SE MENOS DE 1 DIA = 0; Não sabe = 9] \_\_\_\_\_

L150-5. Quantos dias por semana você acessa o LinkedIn? [LIMITADO DE 0 A 7] [SE MENOS DE 1 DIA = 0; Não sabe = 9] \_\_\_\_\_

L150-6. Quantos dias por semana você acessa o Badoo? [LIMITADO DE 0 A 7] [SE MENOS DE 1 DIA = 0; Não sabe = 9] \_\_\_\_\_

L150-7. Quantos dias por semana você acessa o Tinder? [LIMITADO DE 0 A 7] [SE MENOS DE 1 DIA = 0; Não sabe = 9] \_\_\_\_\_

L150-8. Quantos dias por semana você acessa o WhatsApp? [LIMITADO DE 0 A 7] [SE MENOS DE 1 DIA = 0; Não sabe = 9] \_\_\_\_\_

11/10/2016 15:19

www.projectredcap.org



Confidential

Page 10 of 20

L150-9. Quantos dias por semana você acessa o Snapchat? [LIMITADO DE 0 A 7] [SE MENOS DE 1 DIA = 0; Não sabe = 9]

\_\_\_\_\_

L150-10. Quantos dias por semana você acessa o [geral\_1149a]? [LIMITADO DE 0 A 7] [SE MENOS DE 1 DIA = 0; Não sabe = 9]

\_\_\_\_\_

L151. Na maioria das vezes, você acessa as redes sociais no... (ler opções)

- Computador  
 Celular  
 Tablet

AGORA CONSIDERANDO DE SEGUNDA A SEXTA FEIRA

D221. Você assiste televisão quase todos os dias?

- Sim  
 Não

D221a. Quanto tempo você assiste televisão em um dia de semana sem ser sábado e domingo?

\_\_\_\_\_

- Não assisto televisão de segunda a sexta  
 Não sabe

D222. Você joga videogame no seu tempo livre?

- Sim  
 Não

D222a. Quanto tempo você joga videogame em um dia de semana sem ser sábado e domingo?

\_\_\_\_\_

- Não jogo videogame de segunda a sexta  
 Não sabe

D223. Você usa o celular para acessar a internet ou jogar no seu tempo livre?

- Sim  
 Não

D223a. Quanto tempo você usa o celular para internet ou jogar por pelo menos 10 minutos seguidos em um dia de semana sem ser sábado e domingo?

\_\_\_\_\_

- Não uso o celular para internet ou jogar de segunda a sexta  
 Não sabe

D224. Você usa tablet para acessar a internet ou jogar no seu tempo livre?

- Sim  
 Não

D224a. Quanto tempo você usa o tablet para acessar a internet ou jogar em um dia de semana sem ser sábado e domingo?

\_\_\_\_\_

- Não uso o celular para internet ou jogar de segunda a sexta  
 Não sabe

Confidential

Page 11 of 20

D225. Você usa computador em casa?

- Sim  
 Não

D225a. Quanto tempo você fica no computador em um dia de semana sem ser sábado e domingo? \_\_\_\_\_

- Não uso o computador de segunda a sexta  
 Não sabe

D226. Você anda de carro, ônibus ou moto quase todos os dias?

- Sim  
 Não

D226a. Em um dia de semana normal, quanto tempo por dia você fica sentado no carro, ônibus ou moto? \_\_\_\_\_

D227. Você trabalha fora de casa?

- Sim  
 Não

D227a. Em um dia de semana normal, quanto tempo por dia você fica sentado no seu trabalho? \_\_\_\_\_

- Não sabe

D228. Quanto tempo por dia você fica sentado em sala de aula? \_\_\_\_\_

---



---

### BLOCO I - EVENTOS ESTRESSORES

AGORA VOU PERGUNTAR SOBRE ALGUMAS COISAS QUE PODEM TER ACONTECIDO CONTIGO OU COM A SUA FAMÍLIA.

L037. Alguma vez sentiste medo ou insegurança no teu bairro?

- Sim  
 Não

L038. Alguma vez na vida, você foi assaltado?

- Sim  
 Não

L038a. Quantas vezes? \_\_\_\_\_

L038b. Neste assalto (ou em algum destes assaltos), a pessoa usava arma?

- Sim  
 Não

L039. Desde do ano passado, você foi assaltado?

- Sim  
 Não

L039a. Quantas vezes? \_\_\_\_\_

- Não sabe

Confidential

Page 12 of 20

L039b. Neste assalto (ou em algum destes assaltos) do último ano, a pessoa usava arma?

- Sim
- Não

Desde do ano passado...:

L040. Você teve algum problema de saúde que não lhe deixou fazer as suas tarefas normais?

- Sim
- Não

L040a. Como isto te afetou? (ler opções)

- Afetou muito
- Afetou moderadamente
- Afetou um pouco
- Não me afetou

L041. Morreu algum parente próximo teu?

- Sim
- Não

L041a. Como isto te afetou? (ler opções)

- Afetou muito
- Afetou moderadamente
- Afetou um pouco
- Não me afetou

L042. Morreu alguma pessoa próxima sem ser teu parente?

- Sim
- Não

L042a. Como isto te afetou? (ler opções)

- Afetou muito
- Afetou moderadamente
- Afetou um pouco
- Não me afetou

L043. Você teve problemas de dinheiro mais graves do que os normais?

- Sim
- Não

L043a. Como isto te afetou? (ler opções)

- Afetou muito
- Afetou moderadamente
- Afetou um pouco
- Não me afetou

L044. Você teve que mudar de casa contra a sua vontade?

- Sim
- Não

L044a. Como isto te afetou? (ler opções)

- Afetou muito
- Afetou moderadamente
- Afetou um pouco
- Não me afetou

Confidential

Page 13 of 20

L045. Terminaste namoro firme ou casamento?

- Sim
- Não

L045a. Como isto te afetou? (ler opções)

- Afetou muito
- Afetou moderadamente
- Afetou um pouco
- Não me afetou

L046. Você foi obrigado a mudar de bairro ou cidade?

- Sim
- Não

L046a. Como isto te afetou? (ler opções)

- Afetou muito
- Afetou moderadamente
- Afetou um pouco
- Não me afetou

L047. Você se sentiu ou ficou muito só, sem apoio da família e da maioria dos seus amigos?

- Sim
- Não

L047a. Como isto te afetou? (ler opções)

- Afetou muito
- Afetou moderadamente
- Afetou um pouco
- Não me afetou

L048. Você perdeu a amizade de pessoas que você gostava?

- Sim
- Não

L048a. Como isto te afetou? (ler opções)

- Afetou muito
- Afetou moderadamente
- Afetou um pouco
- Não me afetou

L049. Você brigou seriamente com parentes ou pessoas importantes?

- Sim
- Não

L049a. Como isto te afetou? (ler opções)

- Afetou muito
- Afetou moderadamente
- Afetou um pouco
- Não me afetou



Confidential

Page 14 of 20

**BLOCO J - FUMO**

AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE CIGARROS (FUMO)

D229. Você já teve o costume de fumar cigarro pelo menos uma vez por semana?

- Sim  
 Não

D229a. Com que idade você começou a fumar cigarro? \_\_\_\_\_

- Não sabe

D230. Você ainda fuma cigarro?

- Sim  
 Não

D230a. Quantos dias você fumou cigarro na última semana?

- Nenhum  
 Um  
 Dois  
 Três  
 Quatro  
 Cinco  
 Seis  
 Sete  
 Não sabe

D231. Você usou algum remédio, adesivo, chiclete de nicotina ou alguma outra coisa para ajudar a parar de fumar?

- Sim  
 Não

SL015. Quantos cigarros fuma por dia? \_\_\_\_\_

D232. Com que idade você parou de fumar? \_\_\_\_\_

- Não sabe

D232a. Em média, quantos cigarros você fumava por dia?

Cigarros/dia: \_\_\_\_\_

- Não sabe  
 Não se aplica

Cigarros/semana: \_\_\_\_\_

- Não sabe  
 Não se aplica

L062. Desde do ano passado, você se sentiu discriminado/a em algum local ou por alguma pessoa por...

L062a. Sua cor ou raça?

- Sim  
 Não  
 Não sabe

Confidential

Page 15 of 20

L062a1. Como isto o afetou... (ler opções)

- Muito
- Mais ou menos
- Pouco
- Não afetou

L062b. Sua religião ou culto?

- Sim
- Não
- Não sabe

L062b1. Como isto o afetou... (ler opções)

- Muito
- Mais ou menos
- Pouco
- Não afetou

L062c. Doença ou deficiência física?

- Sim
- Não
- Não sabe

L062c1. Como isto o afetou... (ler opções)

- Muito
- Mais ou menos
- Pouco
- Não afetou

L062d. Ser pobre ou ser rico(a)?

- Sim
- Não
- Não sabe

L062d1. Como isto o afetou... (ler opções)

- Muito
- Mais ou menos
- Pouco
- Não afetou

Lembrando, desde do ano passado, você se sentiu discriminado/a em algum local ou por alguma pessoa por...

L062e. Sua opção ou preferência sexual?

- Sim
- Não
- Não sabe

L062e1. Como isto o afetou... (ler opções)

- Muito
- Mais ou menos
- Pouco
- Não afetou

L062f. Ser homem ou ser mulher?

- Sim
- Não
- Não sabe

Confidential

Page 16 of 20

L062f1. Como isto o afetou... (ler opções)

- Muito  
 Mais ou menos  
 Pouco  
 Não afetou

---

**BLOCO K - BEBIDAS ENERGÉTICAS**

D256. Você costuma tomar bebidas energéticas?

- Sim  
 Não

D256a. Você toma a bebida energética...? (ler opções)

- com álcool  
 sem álcool  
 ou ambos

D256b. Quantas vezes por mês você toma bebida energética junto com álcool?

---

D256c. Quantas vezes por mês você toma bebida energética pura, sem álcool?

---

  
(digitar número de vezes)

---

**BLOCO L - SAÚDE MENTAL**

(SRQ-20)

AGORA VAMOS FALAR SOBRE COMO VOCÊ SE SENTIU NO ÚLTIMO MÊS. RESPONDA SIM OU NÃO ÀS PERGUNTAS. ALGUMAS DELAS PODEM PARACER REPETIDAS, MAS SÃO PRÓPRIAS DO QUESTIONÁRIO.

No último mês:

D257. Você teve dores de cabeça frequentes?

- Sim  
 Não

D258. Você teve falta de apetite?

- Sim  
 Não

D259. Você dormiu mal?

- Sim  
 Não

D260. Você se assustou com facilidade?

- Sim  
 Não

D262. Você se sentiu nervosa/o, tensa/o ou preocupada/o?

- Sim  
 Não

Confidential

Page 17 of 20

D261. Você teve tremores nas mãos?

- Sim  
 Não

D263. Você teve má digestão?

- Sim  
 Não

D264. Você sentiu que as tuas ideias ficam embaralhadas de vez em quando?

- Sim  
 Não

D265. Você tem se sentido triste ultimamente?

- Sim  
 Não

D266. Você tem chorado mais do que de costume?

- Sim  
 Não

Lembrando que estamos falando do

D267. Você conseguiu sentir algum prazer nas suas atividades diárias?

- Sim  
 Não

D268. Você teve dificuldade de tomar decisões?

- Sim  
 Não

D269. Você achou que seu trabalho diário é penoso e lhe causa sofrimento?

- Sim  
 Não

D270. Você achou que tem um papel útil na vida?

- Sim  
 Não

D271. Você perdeu o interesse pelas coisas?

- Sim  
 Não

D273. Alguma vez você pensou em acabar com a sua vida?

- Sim  
 Não

D272. Você se sentiu uma pessoa sem valor?

- Sim  
 Não

D274. Você se sentiu cansado/a o tempo todo?

- Sim  
 Não

Confidential

Page 18 of 20

D275. Você sentiu alguma coisa desagradável no estômago?

- Sim  
 Não

D276. Você se cansou com facilidade?

- Sim  
 Não

---

**BLOCO M - ODONTOLOGIA**

SL016. Você escova os seus dentes TODOS OS DIAS?

- Sim  
 Não

SL017. Em quais HORÁRIOS você escova os seus dentes? (Pode responder mais de uma opção)

- Ao acordar  
 Após o café da manhã  
 Após o almoço  
 Após o jantar  
 Antes de dormir  
 Outro.  
 Não sabe,

SL017a. Qual? \_\_\_\_\_

SL018. Com que frequência você usa fio dental na sua Higiene Bucal? (ler opções)

- Sempre (diariamente)  
 Frequentemente (pelo menos uma vez por semana)  
 Raramente (menos de 1 vez por semana)  
 Nunca

SL019. Com que frequência você utiliza bochecho (colutório/enxaguatório)? (ler opções)

- Uso eventual (menos de 1 vez por dia)  
 Uma vez ao dia  
 Duas vezes ao dia  
 Mais de duas vezes ao dia  
 Não se aplica (NÃO USA)  
 Não sabe

SL020. Qual o nome do bochecho (colutório) que você costuma usar? \_\_\_\_\_

SL021. Com que frequência você recebe aplicação de flúor, no consultório do dentista, na escola ou em outra instituição? (ler opções)

- Nunca  
 Uma vez ao ano ou menos  
 De 2 a 11 vezes por ano  
 12 vezes por ano ou mais (Mais de uma vez por mês)  
 Não sabe

Confidential

Page 19 of 20

SL022. Quando foi a última vez que você foi ao dentista? (ler opções)

- Há 6 meses ou menos
- Há mais de 6 meses e menos de 1 ano
- Há 1 ano
- Há mais de 1 ano
- Não se aplica (NUNCA FOI)
- Não sabe

SL023. Com que frequência sua gengiva sangra quando você escova os dentes? (ler opções)

- Sempre
- Frequentemente
- Raramente
- Nunca
- Não sabe

SL024. Alguma vez você ou alguém da sua família notou se você RANGE OS DENTES quando dorme, isto é, esfrega os dentes uns nos outros, ou faz barulho como se estivesse rangendo?

- Sim
- Não
- Não sabe

SL025. Este hábito de RANGER OS DENTES ocorre em quais momentos?

- Somente acordado
- Somente dormindo
- Acordado e dormindo
- Não sabe

SL026. Você ainda tem este hábito de RANGER OS DENTES?

- Sim
- Não
- Não sabe

SL027. Alguma vez você ou alguém da sua família notou se você APERTA OS DENTES com força enquanto dorme ou mesmo acordado?

- Sim
- Não
- Não sabe

SL028. Este hábito de APERTAR OS DENTES ocorre em quais momentos?

- Somente acordado
- Somente dormindo
- Acordado e dormindo
- Não sabe

SL029. Você ainda tem este hábito de APERTAR OS DENTES?

- Sim
- Não
- Não sabe

SL030. Nos últimos seis meses você teve DOR DE DENTE?

- Sim
- Não
- Não sabe

SL031. De a 0 a 10, qual a intensidade da sua dor de dente:

11/10/2016 15:19

[www.projectredcap.org](http://www.projectredcap.org)



*Confidential*

Page 20 of 20

---

---

**Fim do questionário geral 2**

Fim:

\_\_\_\_\_

Observações do entrevistador:

\_\_\_\_\_

## ANEXO F – QUESTIONÁRIO M.I.N.I e AUDIT

Confidential

Coorte RPS  
Page 1 of 9

### Mini

Chave do participante \_\_\_\_\_

Entrevistador:

- Amy Iuiry Lopes Cruz
- Ana Caroline Abreu Araujo
- Aline Oliveira Diniz
- Lidia Maria Castro Rolim
- Liliane dos Santos Rodrigues
- Camila Dominici
- Camila Rolim
- Edivaldo Pinheiro
- Thanielle Pereira
- Ana Caroline Mendes Ramos
- Letícia Michelly Mugnaini
- Rafael Ferreira Nunes
- Emanuel Catarino Serra
- Bianca Victoria de Fátima
- Lucélia de Jesus Pinheiro
- Jacileia Silva dos Santos
- Monica Araujo Batalha
- Rafael Oliveira da Costa Pinto
- Alenice Balata
- Eulina Trindade Costa
- Livia Lima Costa
- Elisa Miranda Costa
- Ana Carolina Ribeiro
- Pollyana Oliveira Marinho
- Livia dos Santos Rodrigues
- Elizama Conceição Rocha
- Carlos Cássio Carneiro Silva

INÍCIO ENTREVISTA: \_\_\_\_\_

Você é [nome\_criança]?

- Sim
- Não

---

### Início do MINI

#### INSTRUÇÕES GERAIS

O M.I.N.I. (DSM IV) é uma entrevista diagnóstica padronizada, de aplicação rápida (em torno de 15 minutos), que explora os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM IV (American Psychiatric Association, 1994). O M.I.N.I. pode ser utilizado por clínicos, após uma formação breve. Os entrevistadores não clínicos necessitam de uma formação mais intensiva.

- Entrevista:

Com o objetivo de reduzir o mais possível a duração da entrevista deve-se preparar o(a) entrevistado(a) para este enquadramento clínico pouco habitual, informando que lhe serão feitas perguntas precisas sobre os seus problemas psicológicos e que se espera dele(a) respostas "sim" ou "não".

- Apresentação:

O MINI está dividido em módulos identificados por letras, cada um correspondendo a uma categoria diagnóstica.

- No início de cada um dos módulos diagnósticos (exceto o módulo "L" que explora os sintomas psicóticos), uma ou várias questões/filtros que correspondem aos critérios principais do Transtorno são

apresentadas num quadro com fundo acinzentado.

[www.projectredcap.org](http://www.projectredcap.org)



11/10/2016 15:20



- No final de cada módulo, um ou vários quadros diagnósticos permite(m) ao clínico indicar se os critérios de diagnóstico foram ou não preenchidos.

- Convenções:

As frases escritas em "letras minúsculas" devem ser lidas "palavra por palavra" para o(a) entrevistado(a) de modo a padronizar a exploração de cada um dos critérios diagnósticos.

As frases escritas em "MAÍUSCULAS" não devem ser lidas para o(a) entrevistado(a). São instruções às quais o clínico deve-se referenciar de modo a integrar os algoritmos diagnósticos ao longo de toda a entrevista.

As frases escritas em "negrito" indicam o período de tempo a explorar. O clínico deve lê-las tantas vezes quanto necessário, ao longo da exploração dos sintomas e só levar em conta aqueles presentes ao longo desse período.

As frases escritas entre (parêntesis) são exemplos clínicos que descrevem o sintoma avaliado. Podem ser lidos de modo a clarificar a questão.

Quando os termos são separados por uma barra ( / ) o clínico deve considerar apenas o termo que corresponde ao sintoma apresentado pelo(a) entrevistado(a) e que foi explorado anteriormente.

- Instruções de cotação :

O clínico deve se assegurar que cada um dos termos formulados na questão foi, de fato, considerado pelo(a) entrevistado(a) na sua resposta (em particular, os critérios de duração, de frequência e as alternativas "e / ou").

Não levar em conta os sintomas imputáveis a uma doença física, ou ao uso de medicamentos, droga ou álcool.

#### **A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR**

A1 - Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?  Sim  Não

A2 - Nas duas últimas semanas, quase todo tempo, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?  Sim  Não

A3 - Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:

a) O seu apetite mudou de forma significativa, ou o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (variação de + 5% ao longo do mês, isto é, + 3,5 Kg, para uma pessoa de 65 Kg) COTAR SIM, SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO.  Sim  Não

b) Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?  Sim  Não

c) Falou ou movimentou-se mais lentamente do que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto(a), quase todos os dias?  Sim  Não

Confidential

Page 3 of 9

- d) Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?  Sim  
 Não
- e) Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?  Sim  
 Não
- f) Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias?  Sim  
 Não
- g) Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ?  Sim  
 Não

## A4. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL

A5:

- a) Ao longo da sua vida, teve outros períodos de 2 semanas ou mais, em que se sentiu deprimido (a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante os quais teve os problemas dos quais falamos [SINTOMAS EXPLORADOS DE A3a à A3g]?  Sim  
 Não
- b) Entre esses períodos de depressão que apresentou ao longo de sua vida, alguma vez teve um intervalo de pelo menos 2 meses em que não apresentou nenhum problema de depressão ou de perda de interesse ?  Sim  
 Não

## EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR RECORRENTE

**A'. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS**

A6:

a) A2 É COTADA SIM

- b) Durante este último período de depressão, quando sentiu-se pior, perdeu a capacidade de reagir às coisas que antes lhe agradavam ou o (a) alegravam? SE NÃO: Quando acontecia alguma coisa agradável, era incapaz de sentir-se melhor, mesmo temporariamente?  Sim  
 Não

A7 - Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido (a) e sem interesse pela maioria das coisas:

- a) Os sentimentos depressivos que tinha eram diferentes daqueles que se pode sentir quando se perde uma pessoa querida?  Sim  
 Não
- b) Quase todos os dias, sentia-se, em geral, pior pela manhã ?  Sim  
 Não
- c) Acordava pelo menos duas horas mais cedo do que o habitual, e tinha dificuldade para voltar a dormir, quase todos os dias?  Sim  
 Não
- d) A3c É COTADA SIM (ALTERAÇÕES PSICOMOTORAS)
- e) A3a É COTADA SIM (ALTERAÇÕES DO APETITE / DO PESO)
- f) Sentia-se excessivamente culpado(a) ou sentia uma culpa exagerada em relação à situação que vivia?  Sim  
 Não

Confidential

Page 4 of 9

EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR com Características  
Melancólicas ATUAL \_\_\_\_\_

---



---

### C. RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:

C1 - Pensou que seria melhor estar morto (a) ou  
desejou estar morto (a) ?  Sim  
 Não

C2 - Quis fazer mal a si mesmo (a) ?  Sim  
 Não

C3 - Pensou em suicídio ?  Sim  
 Não

C4 - Pensou numa maneira de se suicidar ?  Sim  
 Não

C5 - Tentou o suicídio ?  Sim  
 Não

Ao longo de sua vida:

C6 - Já fez alguma tentativa de suicídio ?  Sim  
 Não

Resultado da soma dos pontos: 1-5 pontos: Baixo 6-9  
pontos: Moderado >10 pontos: Alto \_\_\_\_\_

---



---

### D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO

D1:

a) Alguma vez teve um período em que se sentia tão  
eufórico(a) ou cheio(a) de energia que isso lhe  
causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta  
pensaram que não estava no seu estado habitual ?  
(NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O  
EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL)  Sim  
 Não

SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE "EUFÓRICO" OU "CHEIO DE ENERGIA", EXPLICAR  
DA SEGUINTE MANEIRA: Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), ter  
menos necessidade de dormir, ter pensamentos rápidos, estar cheio(a) de idéias ou extremamente motivado(a) ou  
criativo(a) ou extremamente impulsivo(a).

b) Sente-se, atualmente, eufórico (a) ou cheio (a)  
de energia?  Sim  
 Não

D2:

a) Alguma vez teve um período em que, por vários  
dias, estava tão irritável que insultava as  
pessoas, gritava ou chegava até a brigar com quem  
não era de sua família? Você mesmo ou alguém  
achou que você estava mais irritável ou  
hiperativo(a), comparado(a) a outras pessoas, mesmo  
em situações em que isso lhe parecia justificável  
? (NÃO CONSIDERAR OS PERÍODOS QUE OCORREM APENAS  
SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL)  Sim  
 Não

b) Sente-se, continuamente irritável atualmente?  Sim  
 Não

11/10/2016 15:20

www.projectredcap.org



Confidential

Page 5 of 9

D3 - Quando se sentiu mais eufórico(a), cheio(a) de energia ou mais irritável:

- a) Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante?  Sim  
 Não
- b) Tinha menos necessidade de dormir do que costume (por ex., sentia-se repousado(a) com apenas poucas horas de sono) ?  Sim  
 Não
- c) Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam compreendê-lo(a) ?  Sim  
 Não
- d) Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los ?  Sim  
 Não
- e) Distraía-se com tanta facilidade que a menor interrupção o fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando ?  Sim  
 Não
- f) Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa ?  Sim  
 Não
- g) Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você...) ?  Sim  
 Não

D4 - Esses problemas dos quais acabamos de falar já duraram pelo menos uma semana E lhe causaram dificuldades em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais OU você foi hospitalizado(a) por causa desses problemas?  Sim  
 Não

EPISÓDIO HIPOMANÍACO Atual \_\_\_\_\_

EPISÓDIO HIPOMANÍACO Passado \_\_\_\_\_

EPISÓDIO MANÍACO Atual \_\_\_\_\_

EPISÓDIO MANÍACO Passado \_\_\_\_\_

**G. FOBIA SOCIAL**

- G1 - Durante o último mês, teve medo ou sentiu-se incomodado(a) por estar no centro das atenções, teve medo de ser humilhado(a) em algumas situações sociais; por exemplo, quando devia falar diante de um grupo de pessoas, ou comer com outras pessoas ou em locais públicos, ou escrever quando alguém estava olhando ?  Sim  
 Não
- G2 - Acha que esse medo é excessivo ou injustificado ?  Sim  
 Não
- G3 - Tem tanto medo dessas situações sociais que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ?  Sim  
 Não
- G4 - Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais?  Sim  
 Não

FOBIA SOCIAL (Transtorno de Ansiedade Social) ATUAL \_\_\_\_\_

11/10/2016 15:20

www.projectredcap.org



---

**I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO**

I1 - Alguma vez viveu ou presenciou ou teve que enfrentar um acontecimento extremamente traumático, no decorrer do qual morreram pessoas, ou você mesmo e/ou outros foram ameaçados de morte ou foram gravemente feridos ou atingidos na sua integridade física? EXEMPLOS DE CONTEXTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTE GRAVE, AGRESSÃO, ESTUPRO, ASSALTO A MÃO ARMADA, SEQÜESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, MORTE SÚBITA NO MEIO EM QUE VIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL...

- Sim  
 Não

I2 - Durante o último mês, pensou freqüentemente nesse acontecimento de forma penosa ou sonhou com ele ou freqüentemente teve a impressão de revivê-lo?

- Sim  
 Não

I3 - Durante o último mês:

a) Tentou não pensar nesse acontecimento ou evitou tudo o que pudesse fazê-lo(a) lembrar-se dele?

- Sim  
 Não

b) Teve dificuldades de lembrar-se exatamente do que se passou?

- Sim  
 Não

c) Perdeu o interesse pelas coisas das quais gostava antes?

- Sim  
 Não

d) Sentiu-se desligado(a) de tudo ou teve a impressão de se ter tornado um(a) estranho(a) em relação aos outros?

- Sim  
 Não

e) Teve dificuldade de sentir as coisas, como se não fosse mais capaz de amar?

- Sim  
 Não

f) Teve a impressão de que a sua vida não seria nunca mais a mesma, ou que morreria mais cedo do que as outras pessoas ?

- Sim  
 Não

I4 - Durante o último mês:

a) Teve dificuldade de dormir ?

- Sim  
 Não

b) Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente?

- Sim  
 Não

c) Teve dificuldades de se concentrar ?

- Sim  
 Não

d) Estava nervoso(a), constantemente alerta?

- Sim  
 Não

e) Ficava sobressaltado(a) por quase nada?

- Sim  
 Não

I5 - Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?

- Sim  
 Não

TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO ATUAL \_\_\_\_\_

---

**O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA**


---

O1:

a) Durante os últimos 6 meses, sentiu-se excessivamente preocupado (a), inquieto (a), ansioso (a) com relação a vários problemas da vida cotidiana ( trabalho / escola, casa, familiares / amigos), ou teve a impressão ou lhe disseram que se preocupava demais com tudo ?  Sim  
 Não

b) Teve essas preocupações quase todos os dias?  Sim  
 Não

A ansiedade descrita é restrita exclusivamente a, ou melhor explicada por qualquer outro transtorno já explorado até aqui? [por ex., medo de ter um ataque de pânico (Transtorno de Pânico), de ser humilhado em público (Fobia Social), ETC]..  Sim  
 Não

O2 - Tem dificuldade em controlar essas preocupações (/ essa ansiedade) ou ela (s) o(a) impede(m) de se concentrar no que tem que fazer?  Sim  
 Não

O3 - Nos últimos seis meses, quando se sentia excessivamente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), quase todo o tempo:

a) Sentia -se agitado(a), tenso(a), com os nervos à flor da pele?  Sim  
 Não

b) Tinha os músculos tensos?  Sim  
 Não

c) Sentia-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)?  Sim  
 Não

d) Tinha dificuldade de se concentrar ou tinha esquecimentos / "brancos" ?  Sim  
 Não

e) Sentia-se particularmente irritável ?  Sim  
 Não

f) Tinha problemas de sono (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?  Sim  
 Não

TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL \_\_\_\_\_

---

**P. TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL**


---

P1 - Antes dos 15 anos:

a) Freqüentemente faltou à escola ou passou a noite fora de casa ?  Sim  
 Não

b) Freqüentemente mentiu, passou a perna/ enganou os outros ou roubou ?  Sim  
 Não

c) Provocou, ameaçou ou intimidou os outros ?  Sim  
 Não

d) Destruuiu ou incendiou coisas de propósito ?  Sim  
 Não

Confidential

Page 8 of 9

- e) Fez sofrer animais ou pessoas de propósito?  Sim  
 Não
- f) Forçou alguém a ter relações sexuais com você?  Sim  
 Não

NÃO COTAR "SIM" NAS QUESTÕES ABAIXO SE OS COMPORTAMENTOS DESCRITOS ACONTECEM UNICAMENTE EM CONTEXTOS POLÍTICOS OU RELIGIOSOS ESPECÍFICOS.

P2 - Depois dos 15 anos:

- a) Frequentemente teve comportamentos que os outros achavam irresponsáveis, como não pagar as dívidas, agir impulsivamente ou não querer trabalhar para se sustentar ?  Sim  
 Não
- b) Fez coisas ilegais (mesmo que não tenha sido preso/a), como destruir a propriedade alheia, roubar, vender droga ou cometer um crime?  Sim  
 Não
- c) Frequentemente foi violento(a) fisicamente, inclusive com seu(sua) companheiro (a) ou seus filhos?  Sim  
 Não
- d) Frequentemente mentiu, passou a perna ou enganou os outros para obter dinheiro ou prazer ou mentiu apenas para se divertir ?  Sim  
 Não
- e) Expôs pessoas a perigos sem se preocupar com elas?  Sim  
 Não
- f) Não sentiu nenhuma culpa depois de ter mentido, ferido, maltratado ou roubado alguém, ou destruído a propriedade alheia?  Sim  
 Não

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL VIDA INTEIRA \_\_\_\_\_

### Início do AUDIT

- SL032. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?  Nunca  
 Uma vez por mês ou menos  
 Duas a quatro vezes por mês  
 Duas a três vezes por semana  
 Quatro ou mais vezes por semana

Dose de álcool

- SL033. Quando bebe quantas doses de bebidas contendo álcool consome num dia normal?  Uma ou duas  
 Três ou quatro  
 Cinco ou seis  
 De sete a nove  
 Dez ou mais
- SL034. Com que frequência consome seis ou mais doses de bebida numa única ocasião?  Nunca  
 Menos de um vez por mês  
 Pelo menos uma vez por mês  
 Pelo menos uma vez por semana  
 Diariamente ou quase diariamente
- SL035. Nos últimos 12 meses, com que frequência você percebeu que não conseguia parar de beber depois de começar?  Nunca  
 Menos de um vez por mês  
 Pelo menos uma vez por mês  
 Pelo menos uma vez por semana  
 Diariamente ou quase diariamente

Confidential

Page 9 of 9

SL036. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?

- Nunca  
 Menos de um vez por mês  
 Pelo menos uma vez por mês  
 Pelo menos uma vez por semana  
 Diariamente ou quase diariamente

SL037. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?

- Nunca  
 Menos de um vez por mês  
 Pelo menos uma vez por mês  
 Pelo menos uma vez por semana  
 Diariamente ou quase diariamente

SL038. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?

- Nunca  
 Menos de um vez por mês  
 Pelo menos uma vez por mês  
 Pelo menos uma vez por semana  
 Diariamente ou quase diariamente

SL039. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?

- Nunca  
 Menos de um vez por mês  
 Pelo menos uma vez por mês  
 Pelo menos uma vez por semana  
 Diariamente ou quase diariamente

SL040. Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido?

- Não  
 Sim, mas não nos últimos 12 meses  
 Sim, aconteceu nos últimos 12 meses

SL041. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?

- Não  
 Sim, mas não nos últimos 12 meses  
 Sim, aconteceu nos últimos 12 meses

Resultado AUDIT Total:

\_\_\_\_\_

Resultado AUDIT Dependência:

\_\_\_\_\_

Resultado AUDIT Consumo:

\_\_\_\_\_

Baixo Risco (0-7)

Uso de risco (8-15)

Uso nocivo (16-19)

Provável dependência (20 ou mais)

---



---

**Fim do MINI/Audit**

Fim:

\_\_\_\_\_

Observações do entrevistador:

\_\_\_\_\_



## ANEXO G – QUESTIONÁRIO CONFIDENCIAL

Confidential

Coorte RPS  
Page 1 of 9**Confidencial**

Chave do participante \_\_\_\_\_

INÍCIO ENTREVISTA: \_\_\_\_\_

Você é [nome\_crianca]?

- Sim  
 Não

Entrevistador:

- Amy Iuiry Lopes Cruz  
 Ana Caroline Abreu Araujo  
 Aline Oliveira Diniz  
 Lidia Maria Castro Rolim  
 Liliane dos Santos Rodrigues  
 Camila Dominici  
 Camila Rolim  
 Edivaldo Pinheiro  
 Thanielle Pereira  
 Ana Caroline Mendes Ramos  
 Letícia Michelly Mugnaini  
 Rafael Ferreira Nunes  
 Emanoel Catarino Serra  
 Bianca Victoria de Fátima  
 Lucélia de Jesus Pinheiro  
 Jacileia Silva dos Santos  
 Monica Araujo Batalha  
 Rafael Oliveira da Costa Pinto  
 Alenice Balata  
 Eulina Trindade Costa  
 Livia Lima Costa  
 Elisa Miranda Costa  
 Ana Carolina Ribeiro  
 Pollyana Oliveira Marinho  
 Livia dos Santos Rodrigues  
 Elizama Conceição Rocha  
 Carlos Cássio Carneiro Silva

**Este questionário é secreto. Seu nome não aparecerá nele.****Se você tiver alguma dúvida, chame a entrevistadora. Ela irá lhe ajudar sem olhar as suas respostas.****Leia as perguntas com atenção e marque a resposta que você achar melhor.****Não há resposta certa ou errada, queremos a sua opinião.****As primeiras perguntas são sobre BEBIDAS DE ÁLCOOL**

DM001. Nos últimos 12 meses você tomou bebida de álcool?

- Sim  
 Não

DM002. Com que idade você tomou bebida de álcool pela primeira vez? \_\_\_\_\_

DM005. Seus amigos ou alguém da sua turma usa alguma dessas coisas?

Maconha

- Sim  
 Não  
 Não sabe

Comprimidos para 'dormir ou ficar calmo'

- Sim  
 Não  
 Não sabe

Confidential

Page 2 of 9

- Cocaína cheirada  
 Sim  
 Não  
 Não sabe
- Heroína  
 Sim  
 Não  
 Não sabe
- Cocaína injetada  
 Sim  
 Não  
 Não sabe
- Comprimidos para 'ficar chapado ou ligado'  
 Sim  
 Não  
 Não sabe
- Lança-perfume ou loló  
 Sim  
 Não  
 Não sabe
- Ecstasy  
 Sim  
 Não  
 Não sabe
- Pitico (crack com maconha)  
 Sim  
 Não  
 Não sabe
- LSD ou ácido  
 Sim  
 Não  
 Não sabe
- Crack  
 Sim  
 Não  
 Não sabe
- Cola de sapateiro  
 Sim  
 Não  
 Não sabe
- Oxi  
 Sim  
 Não  
 Não sabe
- Merla  
 Sim  
 Não  
 Não sabe
- Outra coisa?  
 Sim  
 Não  
 Não sabe
- Qual?  
 \_\_\_\_\_

---



---

**As próximas perguntas são sobre as SUAS EXPERIÊNCIAS no USO DE ALGUMAS DROGAS**

- DM006. Maconha  
 Só experimentei  
 Já usei, mas não uso mais  
 Uso de vez em quando  
 Uso só nos finais de semana  
 Uso todo dia, ou quase todo dia  
 Nunca usei

Confidential

Page 3 of 9

- DM007. Cocaína
- Só experimentei
  - Já usei, mas não uso mais
  - Uso de vez em quando
  - Uso só nos finais de semana
  - Uso todo dia, ou quase todo dia
  - Nunca usei
- DM008. Comprimidos para 'dormir ou ficar calmo'
- Só experimentei
  - Já usei, mas não uso mais
  - Uso de vez em quando
  - Uso só nos finais de semana
  - Uso todo dia, ou quase todo dia
  - Nunca usei
- DM009. Comprimidos para 'ficar chapado ou ligado'
- Só experimentei
  - Já usei, mas não uso mais
  - Uso de vez em quando
  - Uso só nos finais de semana
  - Uso todo dia, ou quase todo dia
  - Nunca usei
- DM010. Oxi
- Só experimentei
  - Já usei, mas não uso mais
  - Uso de vez em quando
  - Uso só nos finais de semana
  - Uso todo dia, ou quase todo dia
  - Nunca usei
- DM011. Lança-perfume ou loló
- Só experimentei
  - Já usei, mas não uso mais
  - Uso de vez em quando
  - Uso só nos finais de semana
  - Uso todo dia, ou quase todo dia
  - Nunca usei
- DM012. Heroína
- Só experimentei
  - Já usei, mas não uso mais
  - Uso de vez em quando
  - Uso só nos finais de semana
  - Uso todo dia, ou quase todo dia
  - Nunca usei
- DM013. Ecstasy
- Só experimentei
  - Já usei, mas não uso mais
  - Uso de vez em quando
  - Uso só nos finais de semana
  - Uso todo dia, ou quase todo dia
  - Nunca usei
- DM014. Pitico (maconha com crack)
- Só experimentei
  - Já usei, mas não uso mais
  - Uso de vez em quando
  - Uso só nos finais de semana
  - Uso todo dia, ou quase todo dia
  - Nunca usei
- DM015. Crack
- Só experimentei
  - Já usei, mas não uso mais
  - Uso de vez em quando
  - Uso só nos finais de semana
  - Uso todo dia, ou quase todo dia
  - Nunca usei

Confidential

Page 4 of 9

DM016. LSD ou ácido

- Só experimentei  
 Já usei, mas não uso mais  
 Uso de vez em quando  
 Uso só nos finais de semana  
 Uso todo dia, ou quase todo dia  
 Nunca usei

DM017. Cola de sapateiro

- Só experimentei  
 Já usei, mas não uso mais  
 Uso de vez em quando  
 Uso só nos finais de semana  
 Uso todo dia, ou quase todo dia  
 Nunca usei

DM018. Merla

- Só experimentei  
 Já usei, mas não uso mais  
 Uso de vez em quando  
 Uso só nos finais de semana  
 Uso todo dia, ou quase todo dia  
 Nunca usei

DM018a. Outra. Qual?

\_\_\_\_\_

DM018b.

- Só experimentei  
 Já usei, mas não uso mais  
 Uso de vez em quando  
 Uso só nos finais de semana  
 Uso todo dia, ou quase todo dia  
 Nunca usei

---

**As próximas perguntas são sobre AGRESSÃO CONTRA VOCÊ,  
FEITA POR ALGUÉM DA SUA FAMÍLIA  
(pai, mãe, irmão, irmã, tio, tia, companheiro, outro)**

DM019. Nos últimos doze meses, quantas vezes alguém da sua família ameaçou seriamente lhe machucar fisicamente?

\_\_\_\_\_ (vezes)

DM020. Nos últimos doze meses, quantas vezes alguém da sua família bateu em você, o empurrou, o chutou ou o agrediu fisicamente sem arma?

\_\_\_\_\_ (vezes)

DM021. Nos últimos doze meses, quantas vezes alguém da sua família o atacou com uma faca, arma de fogo ou outra arma?

\_\_\_\_\_ (vezes)

DM022. Nos últimos doze meses, quantas vezes alguém da sua família roubou um objeto seu, com uso de violência ou de ameaça?

\_\_\_\_\_ (vezes)

DM023. Nos últimos doze meses, quantas vezes alguém da sua família o agarrou, o tocou ou agrediu as suas partes sexuais íntimas contra a sua vontade?

\_\_\_\_\_ (vezes)

---



---

**As próximas perguntas são sobre AGRESSÃO CONTRA VOCÊ,  
FEITA POR ALGUÉM QUE NÃO É DA SUA FAMÍLIA**

DM024. Nos últimos doze meses, quantas vezes alguém que não é da sua família ameaçou seriamente lhe machucar fisicamente? \_\_\_\_\_  
(vezes)

DM025. Nos últimos doze meses, quantas vezes alguém que não é da sua família o bateu, o empurrou, o chutou ou o agrediu fisicamente sem arma? \_\_\_\_\_  
(vezes)

DM026. Nos últimos doze meses, quantas vezes alguém que não é da sua família o atacou com uma faca, arma de fogo ou outra arma? \_\_\_\_\_  
(vezes)

DM027. Nos últimos doze meses, quantas vezes alguém que não é da sua família roubou um objeto seu, com o uso de violência ou ameaça? \_\_\_\_\_  
(vezes)

DM028. Nos últimos doze meses, quantas vezes alguém que não é da sua família o agarrou, o tocou ou agrediu as suas partes sexuais íntimas contra a sua vontade? \_\_\_\_\_  
(vezes)

---



---

**As próximas perguntas são sobre BRIGAS e OUTROS COMPORTAMENTOS QUE PODEM COLOCAR JOVENS EM PROBLEMAS COM A LEI**

DM029. Nos últimos doze meses, quantas vezes você roubou em lojas, supermercados, vendas? \_\_\_\_\_  
(vezes)

DM030. Nos últimos doze meses, quantas vezes você estragou ou destruiu propriedades dos outros intencionalmente (por exemplo: janelas, carros, iluminação pública)? \_\_\_\_\_  
(vezes)

DM031. Nos últimos doze meses, quantas vezes você arrombou carros para tentar roubar objetos? \_\_\_\_\_  
(vezes)

DM032. Nos últimos doze meses, quantas vezes você roubou carros ou motos? \_\_\_\_\_  
(vezes)

DM033. Nos últimos doze meses, quantas vezes você vendeu drogas ilegais a alguém? \_\_\_\_\_  
(vezes)

DM034. Nos últimos doze meses, quantas vezes você arrombou casas ou prédios para roubar? \_\_\_\_\_  
(vezes)

DM035. Nos últimos doze meses, quantas vezes você bateu em outras pessoas com a intenção de machucá-las? (NÃO inclua irmãos, irmãs, nem brincadeiras de luta e chutes em jogos) \_\_\_\_\_  
(vezes)

DM036. Nos últimos doze meses, na briga mais séria que você teve, quais machucados você causou? (Se for o caso, marque mais de uma resposta.)

roxões ou olho roxo  
 aranhões ou pequenos cortes  
 cortes profundos ou graves  
 machucados na cabeça ou na face  
 osso quebrado  
 outros machucados.  
 nenhum machucado  
 não briguei ano passado

Quais? \_\_\_\_\_

Confidential

Page 6 of 9

- DM037. Nos últimos doze meses, quantas vezes você vendeu objetos que pertenciam a outras pessoas ou que você sabia que eram roubados? \_\_\_\_\_  
(vezes)
- DM038. Nos últimos doze meses, quantas vezes você roubou dinheiro ou objetos que alguém estava carregando ou usando? \_\_\_\_\_  
(vezes)
- DM039. Neste(s) roubo(s) de dinheiro ou outros objetos, você fez ameaças ou usou força e violência contra outra pessoa? \_\_\_\_\_  
(vezes)
- DM040. Nos últimos doze meses, quantas vezes você colocou fogo ou tentou incendiar objetos intencionalmente (por exemplo: uma escola, uma parada de ônibus, uma casa, etc.)? \_\_\_\_\_  
(vezes)
- DM041. Nos últimos doze meses, quantas vezes você carregou uma faca ou outra arma para o proteger ou brigar? \_\_\_\_\_  
(vezes)
- DM042. Nos últimos doze meses, quantas vezes você usou alguma arma contra outra pessoa? \_\_\_\_\_  
(vezes)
- DM042a. Qual(is) armas(s)? \_\_\_\_\_
- DM043. Nos últimos doze meses, quantas vezes você fez sexo com alguém à força, contra a vontade da pessoa? \_\_\_\_\_  
(vezes)
- DM044. Nos últimos doze meses, você participou de alguma quadrilha, facção ou gangue?  Sim  
 Não

---

**Lembrando, este questionário é secreto. Seu nome não aparecerá nele.**

**Se você tiver alguma dúvida, chame a entrevistadora. Ela irá lhe ajudar sem olhar as suas respostas.**

**Leia as perguntas com atenção e marque a resposta que você achar melhor.**

**Na família, na escola, no trabalho, no lazer e nas ruas, as pessoas compartilham bons e maus momentos. Queremos saber se nos últimos 12 meses, alguém, alguma vez:**

- SL042. Humilhou você?  Nunca  
 Raramente  
 Às vezes  
 Quase sempre  
 Sempre
- SL043. Demonstrou falta de interesse por você?  Nunca  
 Raramente  
 Às vezes  
 Quase sempre  
 Sempre
- SL044. Culpou você por falhas que ele/ela cometeu?  Nunca  
 Raramente  
 Às vezes  
 Quase sempre  
 Sempre

Confidential

Page 7 of 9

- SL045. Culpou você por falhas cometidas por outras pessoas?
- Nunca  
 Raramente  
 Às vezes  
 Quase sempre  
 Sempre
- SL046. Criticou você pelas coisas que você faz e diz?
- Nunca  
 Raramente  
 Às vezes  
 Quase sempre  
 Sempre
- SL047. Criticou você pela sua aparência e pelo modo como você se veste?
- Nunca  
 Raramente  
 Às vezes  
 Quase sempre  
 Sempre
- SL048. Criticou seus amigos?
- Nunca  
 Raramente  
 Às vezes  
 Quase sempre  
 Sempre
- SL049. Não elogiou quando você achou que tinha feito algo de bom?
- Nunca  
 Raramente  
 Às vezes  
 Quase sempre  
 Sempre
- SL050. Não encorajou quando você quis fazer algo por você mesmo (educação, carreira, esportes)?
- Nunca  
 Raramente  
 Às vezes  
 Quase sempre  
 Sempre
- SL051. Disse a você que você não era tão bom quanto as outras pessoas?
- Nunca  
 Raramente  
 Às vezes  
 Quase sempre  
 Sempre
- SL052. Gritou ou berrou com você sem nenhum motivo?
- Nunca  
 Raramente  
 Às vezes  
 Quase sempre  
 Sempre
- SL053. Chamou você de nomes desagradáveis como "doido", "idiota" ou "burro"?
- Nunca  
 Raramente  
 Às vezes  
 Quase sempre  
 Sempre
- SL054. Fez piadas sobre você na frente de outras pessoas?
- Nunca  
 Raramente  
 Às vezes  
 Quase sempre  
 Sempre
- SL055. Não acreditou em você (você estava inventando alguma coisa/mentindo)?
- Nunca  
 Raramente  
 Às vezes  
 Quase sempre  
 Sempre

Confidential

Page 8 of 9

- SL056. Disse a você que você estava errado/a quando você disse ou fez alguma coisa?
- Nunca  
 Raramente  
 Às vezes  
 Quase sempre  
 Sempre
- SL057. Ignorou você quando você procurava carinho?
- Nunca  
 Raramente  
 Às vezes  
 Quase sempre  
 Sempre
- SL058. Forçou você a assumir responsabilidade pela maioria das tarefas domésticas?
- Nunca  
 Raramente  
 Às vezes  
 Quase sempre  
 Sempre
- SL059. Humilhou você fazendo piadas sobre seu corpo?
- Nunca  
 Raramente  
 Às vezes  
 Quase sempre  
 Sempre

Agora queremos saber se nas duas últimas semanas você se sentiu vítima de alguma ou algumas das agressões que a seguir se referem, por parte de colegas, ou por outras pessoas, na escola ou nas suas imediações? (Assinala com uma cruz nos quadrados que correspondem às situações de que você foi vítima).

- SL060. Empurraram com violência
- Sim  
 Não
- SL061 Ameaçaram
- Sim  
 Não
- SL062. Gozaram/humilharam
- Sim  
 Não
- SL063. Bateram
- Sim  
 Não
- SL064. Chamaram nomes ofensivos
- Sim  
 Não
- SL065. Levantaram calúnias/rumores a seu respeito (disseram coisas más de você ou da sua família)
- Sim  
 Não
- SL066. Excluíram do grupo (não quiseram conviver com você)
- Sim  
 Não
- SL067. Tiraram coisas (objetos pessoais, dinheiro, . . .)
- Sim  
 Não
- SL068. Magoaram de propósito (beliscaram com força; machucaram com objetos, . . .)
- Sim  
 Não
- SL069. Estragaram objetos pessoais ou vestuário, de propósito
- Sim  
 Não
- SL070. Apalpam você contra a sua vontade
- Sim  
 Não
- SL071. Fizeram intrigas a seu respeito
- Sim  
 Não
- SL072. Sofreu outras agressões ou perseguições
- Sim  
 Não

Quais?

11/10/2016 15:18

www.projectredcap.org





*Confidential*

Page 9 of 9

SL073. Quantas vezes você foi agredido ou perseguido neste período de tempo?

- Nenhuma vez
- 1 vez
- 2 vezes
- 3 vezes
- mais de 3 vezes

FIM ENTREVISTA:

---

Observações do entrevistador:

---

## ANEXO H – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Determinantes ao longo do ciclo vital da obesidade, precursores de doenças crônicas, capital humano e saúde mental - Uma contribuição das coortes de nascimento de São Luís para o SUS

**Pesquisador:** ANTÔNIO AUGUSTO MOURA DA SILVA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 49096315.2.0000.5086

**Instituição Proponente:** Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

**Patrocinador Principal:** Departamento de Ciência e Tecnologia

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.302.489

#### Apresentação do Projeto:

Os estudos de coorte de nascimentos têm aparecido com alta prioridade na agenda de pesquisa dos países desenvolvidos em termos de pesquisa e avanço tecnológico. Em resumo, tais estudos envolvem a definição de um grupo de nascidos vivos em determinado período de tempo e incluem o monitoramento de saúde dos indivíduos ao longo de suas vidas. O Reino Unido tem várias coortes em seguimento, sendo que a mais antiga teve início em 1946 (Wadsworth M, 2006). Apesar do alto custo destes estudos e do tempo que é necessário para que determinados resultados estejam disponíveis, sua importância é crescente e a participação de publicações baseadas em estudos de coorte de nascimentos no total de artigos em revistas de saúde pública é significativa (Lawlor DA, 2009). A importância das coortes de nascimento vem do reconhecimento de que muitos dos problemas que afetam a vida adulta têm sua origem no início da vida, incluindo a gestação (Barker DJ, 1999; Kuh D, 2003). Apenas estudos que consigam coletar dados ao longo da vida terão informação em qualidade e quantidade suficiente para explorar estas questões. Nesse contexto, apresentamos uma proposta de investigação científica que contempla um conjunto de atividades a serem conduzidas na coorte de nascimento em andamento na cidade de São Luís, que focalizam questões ligadas a temas de alta prioridade ligados à saúde da criança e do adulto:

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 65.020-070  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)2109-1250 **Fax:** (98)2109-1223 **E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.302.489

precursores das doenças crônicas do adulto, composição corporal, incluindo a epidemia de obesidade. O projeto aborda também aspectos essenciais para a saúde integral: capital humano e saúde mental. Esses dois últimos aspectos são chave também para a redução das desigualdades sociais e econômicas que ainda são de grande magnitude no país, apesar dos avanços recentes. Nos anos de 2014 e 2015, a coorte de São Luís de 1997/98 será revisitada com a idade de 18 anos. Esperamos entrevistar e examinar cerca de 60-70% de toda a coorte, ou seja, de 1440 a 1680 indivíduos. Para localização dos participantes será realizado censo escolar, busca nos endereços de nascimento e nos dados de contato coletados por ocasião do seguimento realizado na idade escolar com 1/3 da coorte, além de checagem dos registros de alistamento militar, para os rapazes. Os membros da coorte serão convidados a comparecer nos locais de estudo para exame clínico, coleta de material biológico e preenchimento de questionários. Os que não comparecerem serão novamente visitados e examinados em casa, usando um subgrupo validado de métodos de exame físico, além dos questionários completos e coleta de material biológico. Abordagens analíticas são prioritárias e incluem: Prevalência de variáveis relacionadas com a saúde e fatores de risco contemporâneos: em função da coorte ser de base populacional, análises transversais permitem o estudo da prevalência de variáveis relacionadas com a saúde, de capital humano e seus determinantes contemporâneos. Determinantes precoces da saúde: associações entre desfechos e exposições sociais, ambientais e biológicas serão

avaliadas. Para exposições socioeconômicas, não somente o nível econômico na infância, mas também trajetórias de vida serão examinadas. Métodos de análise que levam em conta a alta correlação entre medidas repetidas, especialmente em termos de crescimento, serão utilizados. Destacam-se as técnicas de modelagem condicional do crescimento, usadas para determinar o efeito de variáveis do crescimento em diferentes pontos no tempo. Acompanhamento de fatores de risco para doenças crônicas: serão examinadas quão

estáveis são os fatores de risco para doenças crônicas complexas ao longo do ciclo vital. Serão estudados como tabagismo, pressão arterial, atividade física e sobrepeso se comportam ao longo do tempo, avaliando sua permanência em níveis indesejáveis. Essas análises ajudarão a identificar indivíduos ou grupos da população persistentemente com comportamentos negativos. Análises laboratoriais de material biológico já coletado: A análise será guiada por modelos conceituais hierarquizados que definem os níveis de determinação que ajudarão a identificar variáveis de confusão, mediadores e modificadores de efeito. Vários modelos estatísticos serão utilizados incluindo regressão linear, logística e Poisson (para desfechos binários frequentes), assim como análise de sobrevivência,

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 65.020-070  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)2109-1250 **Fax:** (98)2109-1223 **E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.302.489

conforme for apropriado. Estudar interações gene-ambiente e seus efeitos nos desfechos a serem avaliados: as amostras de DNA obtida das coortes irão constituir um banco com cerca de 1 mil amostras. Nossa prioridade será estudar tanto os efeitos principais de variantes genéticas identificadas claramente como influenciando marcadores de crescimento assim como interações entre estes marcadores genéticos e fatores ambientais e seus efeitos no crescimento e desenvolvimento desde o nascimento até a adolescência, em doenças crônicas frequentes e em saúde mental. Iremos também investigar outras variantes genéticas que estejam relacionadas com fenótipos intermediários intermediários (e.g. níveis séricos de colesterol e glicose) em relação com esses marcadores e com desfechos de saúde.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

##### Objetivos Principais:

Investigar determinantes precoces da saúde na adolescência. Os desfechos principais incluem a nutrição e composição corporal, precursores de doenças crônicas complexas, saúde mental e capital humano. A proposta envolve um programa de pesquisa em um país de renda média em rápido processo de transição, envolvendo uma localidade inserida em região pobre do país, com suscetibilidades a agravos de ordem social, econômica e cultural, o que permitirá explorar essa diversidade. o Documentar na coorte as tendências temporais dos indicadores de saúde na adolescência, relacionando estas tendências a desigualdades socioeconômicas e étnicas, como também a mudanças culturais, ambientais e na atenção à saúde num período de uma década e meia. o Coletar dados de qualidade sobre o estado nutricional e de saúde que serão utilizados como variáveis de exposição para desfechos relevantes para a saúde da população no futuro. o Incrementar o trabalho multidisciplinar envolvendo epidemiologia, estatística, clínica médica, planejamento de serviços e biologia molecular: • Promovendo a integração entre a pesquisa epidemiológica e a avaliação e planejamento de serviços, para aumentar o entendimento dos desfechos em saúde, fatores de risco comportamentais e associações entre fatores de risco e desfechos, e como o SUS pode agir de forma mais efetiva; • Expandindo nossos bancos biológicos com material genético e sorológico; • Fortalecendo nossa capacidade de pesquisa em epidemiologia genética e estatística. o Disseminar os resultados das pesquisas para cientistas, mas com ênfase especial na difusão dos conhecimentos entre gestores e políticos. Nesse aspecto, nossa proposta envolve a composição de uma equipe de disseminação com a tarefa principal de elaborar ao longo de toda a duração do projeto relatórios informativos que apresentem, para uma lista de tópicos selecionados de comum acordo

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 65.020-070  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)2109-1250 **Fax:** (98)2109-1223 **E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.302.489

entre o Decit e os investigadores, os principais aspectos dos novos conhecimentos com relevância para o SUS. Prevê-se a elaboração de dois relatórios por ano, baseados nas publicações desta coorte de nascimento e enriquecidos com outros achados, se relevantes.

#### Objetivos Secundários

- 1) Avaliar a constituição familiar; 2) Identificar as características socioeconômicas da coorte; 3) Identificar ocorrência de morbidade, uso de serviços de saúde e hospitalizações; 4) Identificar as características socioeconômicas da coorte;
- 5) Identificar ocorrência de morbidade, uso de serviços de saúde e hospitalizações;
- 6) Identificar comportamentos protetores e de risco para a saúde; 7) Identificar concepções políticas, altruísmo e egoísmo; 8) Identificar a ocorrência de violência;
- 9) Avaliar a prevalência de problemas mentais, cognitivos e neurológicos; 10) Avaliar a inteligência; 11) Avaliar o consumo alimentar; 12) Realizar avaliação de medidas antropométricas; 13) Realizar avaliação de medidas antropométricas; 14) Estimar compartimentos corporais; 15) Estimar a densidade óssea; 16) Avaliar o nível de atividade física; 17) Avaliar a função pulmonar; 18) Avaliação da pressão arterial; 19) Avaliar a espessura da camada íntima da carótida como indicador precoce de aterosclerose; 20) Quantificação das mudanças mediadas pelo endotélio do tônus vascular; 21) Identificar alterações nos níveis sanguíneos de marcadores bioquímicos associados a DCNT; 22) Identificar SNPs como fatores associados a DCNT; 23) Identificar problemas de saúde bucal, incluindo tecido ósseo, tecidos moles e problemas oclusais.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

##### Riscos:

Posto que haverá coleta de material biológico, os riscos dizem respeito à punção para retirada de sangue, que podem ocasionar dor no local e pequenos hematomas. Porém, o pesquisador poderá minimizar os riscos com orientações in loco e tomada de medidas preventivas para reduzir tais riscos. Vale lembrar que a coleta será realizada por pessoal treinado, de laboratório especializado, além do fato de ser em ambiente do hospital universitário, o que gera maior segurança para os participantes e para a equipe.

##### Benefícios:

Como benefício direto o indivíduo terá: avaliação ampliada de sua saúde, possibilidade de diagnóstico precoce de enfermidades crônicas como problemas de obesidade, dor, sono e saúde mental. Os benefícios para a comunidade são relevantes, pois os resultados poderão servir para

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 65.020-070  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)2109-1250 **Fax:** (98)2109-1223 **E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.302.489

conhecimento da realidade de saúde de adolescentes/adultos jovens, fornecendo subsídios para implementação de políticas de saúde local e nacional.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Protocolo relevante por abordar aspectos essenciais para a saúde integral: capital humano e saúde mental. Esses dois últimos aspectos são descritos como chave também para a redução das desigualdades sociais e econômicas que ainda são de grande magnitude no país, apesar dos avanços recentes. Nesse contexto, a proposta de investigação científica contempla um conjunto de atividades a serem conduzidas na coorte de nascimento em andamento na cidade de São Luís, focalizando temas prioritários ligados à saúde da criança e do adulto. A proposta do estudo esta relacionada ao estudo perinatal da coorte de São Luís que foi

conduzido em dez hospitais da cidade, públicos e privados, de março de 1997 a fevereiro de 1998. A base amostral do estudo incluiu 96,3% dos nascimentos do período, ficando de fora os nascimentos não hospitalares e os nascimentos ocorridos em hospitais onde ocorriam menos de 100 partos por ano. Foram incluídos no estudo 2542 nascimentos, tendo como objetivos estimar as taxas de baixo peso ao nascer, nascimento pré-termo, restrição de crescimento intrauterino, cobertura pré-natal e mortalidade perinatal, pela pouca disponibilidade de informação sobre estas taxas no Nordeste brasileiro. Neste sentido o atual estudo busca revisitar a coorte e investigar determinantes precoces da saúde na adolescência. Os desfechos principais incluem a nutrição e composição corporal, precursores de doenças crônicas complexas, saúde mental e capital humano. A proposta envolve um programa de pesquisa em um país de renda média em rápido processo de transição, envolvendo uma localidade inserida em região pobre do país, com suscetibilidades a agravos de ordem social, econômica e cultural.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Declaração de compromisso em anexar os resultados na plataforma Brasil garantindo o sigilo, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhada, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word e Declaração de Biorrépositorio. Atende à Norma Operacional no001/2013(item 3/ 3.3).

**Recomendações:**

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA solicita que os resultados do estudo sejam encaminhados aos participantes, em caso de manifestação de interesse, ou à instituição que

<b>Endereço:</b> Rua Barão de Itapary nº 227		<b>CEP:</b> 65.020-070
<b>Bairro:</b> CENTRO		
<b>UF:</b> MA	<b>Município:</b> SAO LUIS	
<b>Telefone:</b> (98)2109-1250	<b>Fax:</b> (98)2109-1223	<b>E-mail:</b> cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.302.489

autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O protocolo atende os requisitos da Resolução CNS nº.466/2012 e a Norma Operacional nº. 001 de 2013.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Comitê de Ética em Pesquisa–CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12 - Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas ou notificações, de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Cabe ao pesquisador: desenvolver o projeto conforme delineado; elaborar e apresentar relatórios parciais e final; apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento; encaminhar os resultados para publicação sejam eles favoráveis ou não; justificar perante ao CEP a interrupção do projeto.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_582713.pdf	22/10/2015 10:40:22		Aceito
Outros	carta_resposta_CEP.pdf	22/10/2015 10:39:21	ANTÔNIO AUGUSTO MOURA DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_corrigida.pdf	22/10/2015 10:36:35	ANTÔNIO AUGUSTO MOURA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP_corrigido.pdf	22/10/2015 10:29:45	ANTÔNIO AUGUSTO MOURA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_DetalhadoRPS.docx	10/09/2015 09:45:39	ANTÔNIO AUGUSTO MOURA DA SILVA	Aceito
Declaração de Manuseio Material	DECLARACAO_BIOREPOSITORIO.docx	08/09/2015 07:53:44	ANTÔNIO AUGUSTO MOURA	Aceito

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 65.020-070  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)2109-1250 **Fax:** (98)2109-1223 **E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.302.489

Biológico / Biorepositório / Biobanco	DECLARACAO_BIOREPOSITORIO.docx	08/09/2015 07:53:44	DA SILVA	Aceito
Outros	Parecer_COMIC.pdf	03/09/2015 16:48:52	ANTÔNIO AUGUSTO MOURA DA SILVA	Aceito
Orçamento	OrcamentoProjetoRPS.pdf	03/09/2015 16:19:14	ANTÔNIO AUGUSTO MOURA DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_pesquisadores.pdf	03/09/2015 16:18:09	ANTÔNIO AUGUSTO MOURA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_DetalhadoRPS.docx	03/09/2015 16:11:39	ANTÔNIO AUGUSTO MOURA DA SILVA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO LUIS, 29 de Outubro de 2015

Assinado por:

Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa  
(Coordenador)

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227  
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070  
 UF: MA Município: SAO LUIS  
 Telefone: (98)2109-1250 Fax: (98)2109-1223 E-mail: cep@huufma.br



## ANEXO I – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DA “REVISTA PANAMERICANA DE SAÚDE PÚBLICA”



### Instruções aos autores e diretrizes para apresentação de manuscritos

#### 1. INFORMAÇÃO GERAL

##### 1.1 Objetivos e público-alvo 1.2 Conteúdo

- 1.2.1 Artigos de pesquisa original
- 1.2.2 Revisões
- 1.2.3 Relatórios especiais
- 1.2.4 Opinião e análise
- 1.2.5 Comunicações breves
- 1.2.6 Temas atuais
- 1.2.7 Cartas ao editor

- 1.3 Idioma
- 1.4 Diretrizes e protocolos de pesquisa
- 1.5 Ética
- 1.6 Conflito de interesses
- 1.7 Direitos autorais
- 1.8 Processo de revisão por pares
- 1.9 Disseminação

#### 2. DIRETRIZES PARA A APRESENTAÇÃO DE MANUSCRITOS

- 2.1 Critérios gerais para a aceitação de manuscritos
- 2.2 Especificações para os manuscritos
- 2.3 Requisitos para formatação
- 2.4 Título
- 2.5 Autoria
- 2.6 Página de resumo e palavras-chave
- 2.7 Corpo do artigo
- 2.8 Tabelas e figuras
- 2.9 Apresentação do manuscrito
- 2.10 Correção do manuscrito

#### 1 INFORMAÇÃO GERAL

##### 1.1 Objetivos e leitores

A Revista Pan-Americana de Saúde Pública/Pan American Journal of Public Health (RPSP/PAJPH) é uma revista científica mensal de acesso gratuito, revisada por pares. É a publicação técnica e científica oficial da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), cuja Sede está localizada em Washington, D.C., Estados Unidos da América.

Sua missão consiste em servir como um importante veículo de disseminação de informação científica em saúde pública de relevância internacional, principalmente em áreas

relacionadas com a missão essencial da OPAS de fortalecer os sistemas de nacionais e locais de saúde, bem como melhorar a saúde dos povos da Região das Américas.

Para isso, a RPSP/PAJPH publica materiais que refletem os principais objetivos estratégicos e as áreas programáticas da OPAS: saúde e desenvolvimento humano, promoção e proteção da saúde, prevenção e controle de doenças transmissíveis e crônicas, saúde materno-infantil, gênero e saúde da mulher, saúde mental, violência, nutrição, saúde ambiental, administração de desastres, desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde, determinantes sociais de saúde, e equidade em saúde.

O objetivo da RPSP/PAJPH é fechar a lacuna existente entre os responsáveis pela formulação de políticas e pesquisadores, profissionais da saúde e médicos.

### **1.1.2 Conteúdo**

A RPSP/PAJPH considera as seguintes contribuições: artigos baseados em pesquisa original, revisões, relatos especiais, opiniões e análises, comunicações breves, temas atuais, e cartas ao editor. Encontra-se a seguir uma breve descrição das características específicas de cada tipo de contribuição e na seção 2 estão indicadas as especificações de formatação para cada tipo de manuscrito.

Em geral, as seguintes contribuições não serão consideradas para publicação: relatos de casos clínicos, relatos episódicos de intervenções específicas, relatórios sobre estudos individuais propostos para publicação em série, revisões bibliográficas não críticas e descritivas, manuscritos com significativa sobreposição ou que apresentem diferenças mínimas de resultados de pesquisa anteriores e reimpressões ou traduções de artigos já publicados em outros periódicos — seja de maneira impressa ou eletrônica. Exceções à estas regras gerais serão avaliadas e poderá haver uma determinação diferente para cada caso.

#### **1.2.1 Artigos de pesquisa original**

Os relatos de pesquisa original se centram em estudos substanciais nos temas de saúde pública de interesse da Região das Américas. A pesquisa experimental ou de observação deve seguir o formato IMRAD (do acrônimo em inglês de Introdução, Materiais e Métodos, Resultados e Discussão).

#### **1.2.2 Revisões**

Revisões sistemáticas de prioridades e intervenções relevantes em saúde pública também serão consideradas.

#### **1.2.3 Relatos especiais**

Estes são relatos sobre pesquisa, estudos ou projetos relevantes para a Região das Américas.

#### **1.2.4 Opinião e análise**

Documentos de opiniões oficiais, reflexões e análises podem ser apresentados nos temas de interesse para o campo da saúde pública.

#### **1.2.5 Comunicações breves**

As comunicações breves descrevem técnicas ou metodologias inovadoras ou promissoras, ou detalham os resultados preliminares de pesquisa sobre temas de especial interesse para a saúde pública.

#### 1.2.6 Temas atuais

Estes incluem análise de iniciativas, intervenções em saúde e/ou tendências epidemiológicas atuais, tanto nacionais quanto regionais, relacionadas a doenças e aos principais problemas de saúde nas Américas.

#### 1.2.7 Cartas ao editor

Esclarecimentos, pontos de discussão, ou outras observações sobre o conteúdo apresentado na RPSP/PAJPH são bem-vindos. Cartas com comentários sobre temas específicos em saúde pública também serão consideradas.

### 1.3 Idioma

Os manuscritos são recebidos em inglês, português ou espanhol. **Recomenda-se firmemente que os autores os escrevam em sua língua materna.** O domínio inadequado de um segundo idioma pode tornar confuso o significado do texto e, frequentemente, não condiz com a precisão científica que requerem os artigos de pesquisa de alta qualidade.

Nomes formais de instituições, seja nos textos como na afiliação dos autores, não devem ser traduzidos, a menos que exista uma tradução oficialmente aceita. Ademais, os títulos nas referências bibliográficas devem ser mantidos em seu idioma original.

### 1.4 Diretrizes e protocolos de pesquisa

A RPSP/PAJPH segue os [Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas](#), criado e atualizado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE, sigla em inglês), e está listada entre os periódicos que seguem esses requisitos. Essas diretrizes incluem considerações éticas, autoria e colaboração, avaliação por pares, conflitos de interesses, privacidade e confidencialidade, proteção de seres humanos e animais, assim como questões editoriais e de publicação, como publicidade, publicações superpostas, referências e registro de ensaios clínicos. Consulte abaixo uma descrição detalhada de cada uma dessas diretrizes.

A RPSP/PAJPH espera que os autores sigam os melhores protocolos de pesquisa disponíveis. Os protocolos de pesquisa são descritos no [Centro de Recursos da Rede EQUATOR](#). A Biblioteca Nacional de Medicina (*National Library of Medicine*) dos Estados Unidos atualiza e publica uma lista completa das principais [diretrizes para a apresentação de relatos em pesquisa biomédica](#). Além disso, na [Seção de Recursos para Autores](#) da RPSP/PAJPH estão descritas as diretrizes e boas práticas adicionais para pesquisa e redação científica.

Com base nas [recomendações](#) da OMS e do ICMJE, a RPSP/PAJPH exige que os ensaios clínicos sejam inscritos em um registro público de ensaios como condição para ser considerados para publicação. O número inscrição do ensaio clínico deve ser publicado ao final do resumo com um link ao registro correspondente. A RPSP/PAJPH não estipula uma base de registro em particular, mas recomenda aos autores que inscrevam os ensaios

clínicos em um dos registros certificados pela OMS e pelo ICMJE, disponíveis na [Plataforma de Registro de Ensaio Clínicos Internacional](#).

### 1.5 Ética

A RPSP/PAJPH se compromete com os princípios éticos mais estritos para a condução de pesquisas, conforme previsto pela [Declaração de Helsinque, 2013 \(Espanhol\)](#) e las [International Ethical Guidelines for Health-related Research Involving Humans](#) de CIOMS. Quando se relata pesquisa realizada com seres humanos os autores devem incluir informações sobre os comitês de ética que aprovaram o estudo antes de seu início. Os estudos devem ser aprovados no país onde foram conduzidos. Se um estudo for considerado isento de revisão dos aspectos éticos, os autores devem fornecer a documentação para tal isenção.

### 1.6 Conflito de interesses

Os autores devem revelar todas as informações sobre qualquer subvenção ou subsídio para cobrir os custos de pesquisa recebidos de entidades comerciais ou privadas, organização nacional ou internacional, ou organismo de apoio à pesquisa. Estas declarações ajudam o leitor a melhor compreender a relação entre os autores e as diversas entidades comerciais que tenham interesse na informação revelada no artigo publicado.

A RPSP/PAJPH adere às recomendações do ICMJE para a divulgação de conflitos de interesses. O ICMJE solicita aos autores que informem os quatro seguintes tipos de informação:

1. Associações com entidades comerciais que prestaram apoio ao trabalho informado no manuscrito apresentado;
2. Associações com entidades comerciais que poderiam ter interesse no manuscrito apresentado;
3. Associações financeiras que envolvam familiares; e
4. Outras associações relevantes não financeiras.

Os autores são os únicos responsáveis pelos critérios expressos em seus textos, que não necessariamente refletem a opinião ou a política da RPSP/PAJPH. A menção de empresas específicas ou produtos de certos fabricantes não implica que sejam respaldados ou recomendados em preferência a outros de natureza semelhante. Sempre que possível, devem ser utilizados nomes genéricos para medicamentos ou produtos.

### 1.7 Direitos autorais

Como condição para publicação, a RPSP/PAJPH exige que os autores forneçam informação indicando que o texto, ou qualquer contribuição similar, não tenha sido anteriormente publicado em formato impresso ou eletrônico, e que não esteja sendo simultaneamente apresentado a qualquer outro periódico, até que a RPSP/PAJPH chegue a uma decisão com respeito a sua publicação. Qualquer indicação de possível publicação prévia em qualquer outro formato deve ser informado por ocasião da submissão do manuscrito e deve incluir cópia ou link da publicação. Os autores são exclusivamente responsáveis por obter a permissão para reproduzir qualquer material protegido por direitos autorais contido no manuscrito submetido. O manuscrito deve ser acompanhado de uma carta original

concedendo, explicitamente, tal permissão em cada caso. As cartas devem especificar exatamente as tabelas, figuras ou o texto que estão sendo citados e a maneira em que serão utilizados, juntamente com uma referência bibliográfica completa da fonte original.

No caso de documentos contendo traduções de material citado, ao apresentar o manuscrito é preciso identificar e incluir claramente um link ou cópia daquele texto no idioma original.

Os artigos da Revista são de acesso aberto e são distribuídos sob os termos da Licença [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 IGO License](#), que permite o uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o trabalho original seja devidamente citado. Não são permitidas modificações ou uso comercial dos artigos. Em qualquer reprodução do artigo, não deve haver nenhuma sugestão de que a OPAS ou o artigo avaliem qualquer organização ou produtos específicos. Não é permitido o uso do logotipo da OPAS.

### **1.8 Processo de avaliação por pares**

Os manuscritos são submetidos à seleção por meio de um processo formal de revisão por pares. Inicialmente, um manuscrito que satisfaça os requisitos gerais de apresentação e cumpra com o alcance temático da RPSP/PAJPH será revisado pelos Editores Associados para determinar se existe validade científica e relevância para os leitores da Revista. Se este for o caso, o artigo será enviado para pelo menos três diferentes revisores que realizam a avaliação por pares na modalidade duplo cego. Ao receber todas as revisões solicitadas, os Editores Associados prepararão uma recomendação ao Editor-Chefe para: (a) rejeitar o manuscrito; (b) aceitar condicionalmente o manuscrito (seja com observações mínimas ou importantes); ou (c) aceitar o manuscrito sem alterações.

No caso de aceitação condicional, será solicitado aos autores que revisem o manuscrito para abordar as questões e recomendações dos pareceristas, ou para fornecer, alternativamente, uma justificativa detalhada das razões pelas quais estão em desacordo com tais observações. O manuscrito é novamente revisado pelos Editores Associados, assim como, em alguns casos, por novos pareceristas. Note que o texto poderá ser submetido a tantas revisões quanto forem necessárias, assegurando que os autores tenham abordado adequadamente todas as questões suscitadas.

O Editor-Chefe toma a decisão final sobre a aceitação ou rejeição de manuscritos. Todas as decisões são comunicadas por escrito ao autor correspondente.

O tempo necessário para processar um manuscrito varia, dependendo da complexidade da matéria e da disponibilidade dos pareceristas adequados.

Os documentos aceitos estão sujeitos à revisão editorial. Vide seção 2.10, "Correção do manuscrito", para maiores informações.

### **1.9 Disseminação**

A RPSP/PAJPH é publicada em formato eletrônico no [website da Revista](#). Ademais, está indexada nas principais bases de dados bibliográficas.

A RPSP/PAJPH deposita uma versão completa dos manuscritos aceitos para publicação em formato eletrônico no Repositório Institucional da OPAS para Intercâmbio de Informações, na coleção Saúde Pública SciELO, PubMed e em outras bases de dados científicas

relevantes. Os usuários podem se registrar no [website da Revista](#) para receber o índice dos artigos publicados.

Os links contidos nos metadados das base de dados levam diretamente ao texto completo dos artigos publicados.

Os manuscritos da Revista também são disseminados através de uma lista de e-mails e da [conta de Twitter da Revista](#).

## **2 DIRETRIZES PARA A APRESENTAÇÃO DE MANUSCRITOS**

### **2.1 Critérios gerais para a aceitação de manuscritos**

A seleção do material para publicação na RPSP/PAJPH se baseia nos seguintes critérios:

- Adequação quanto ao alcance temático da Revista;
- Validade científica, originalidade, relevância e atualidade da informação;
- Aplicabilidade fora de seu lugar de origem e na Região das Américas como um todo;
- Cumprimento das normas da ética médica que rege a pesquisa conduzida com seres humanos e animais;
- Cumprimento de protocolos específicos para a apresentação de informação de pesquisa;
- Coerência entre o projeto e a metodologia de pesquisa;
- Necessidade de atingir um certo equilíbrio na cobertura temática e geográfica.

Os manuscritos devem cumprir com as especificações delineadas nessas Instruções e Diretrizes para serem aceitos. Os autores devem ler cuidadosamente todas as seções antes de apresentar os documentos no sistema on-line, para assegurar que o documento satisfaça as condições para publicação.

Os manuscritos que não seguem o formato padrão da RPSP/PAJPH serão devolvidos aos autores imediatamente. O periódico pode, também, negar a publicação de qualquer manuscrito cujos autores não respondam satisfatoriamente ao questionamento editorial.

O Editor-Chefe tomará a decisão final de aceite ou não do manuscrito com base nas recomendações decorrentes do processo de avaliação por pares, descrito na seção 1.8.

### **2.2 Especificações para os manuscritos**

Os manuscritos devem ser redigidos em software de processamento de texto em espaço duplo, em uma coluna, na fonte Times New Roman ou Arial, tamanho 12 pontos.

Para figuras e tabelas, deve-se usar o Microsoft Excel®, Power Point® ou outro software de gráficos. As figuras podem aparecer coloridas ou em preto e branco, e eles devem ser apresentados em um formato editável.

Uma vez que artigos sejam aceitos para publicação, é possível que seja solicitado aos autores que enviem figuras e tabelas em formatos mais claros e legíveis.

### **2.3 Requisitos para formatação**

A formatação geral para as diversas seções da RPSP/PAJPH é a seguinte:

<b>Seção</b>	<b>Número máximo de palavras<sup>1</sup></b>	<b>Número máximo de referências</b>	<b>Número máximo de tabelas, figuras<sup>2</sup></b>
Artigos de pesquisa original	3 500	35	5
Artigos de revisão	3 500	50	5
Relatos especiais	3 500	35	5
Comunicações breves	2 500	10	2
Opiniões e análises	2 500	20	2
Temas atuais	2 000	20	2
Cartas	800	5 caso seja necessário	Nenhuma

<sup>1</sup> Excluindo resumo, tabelas, figuras e referências.

<sup>2</sup> Contagem máxima de palavras para 5 tabelas / figuras é 1000; para 2 tabelas/figuras, 400.

#### **2.4 Título**

O título do manuscrito deve ser claro, preciso e conciso, e incluir todas as informações necessárias para identificar o alcance do artigo. Um bom título é o primeiro ponto de acesso para o conteúdo do artigo e facilita sua recuperação em bases de dados e motores de busca.

Os títulos não podem exceder 15 palavras. Palavras ambíguas, jargão e abreviações devem ser evitados. Títulos separados por pontos ou divididos em partes também devem ser evitados.

#### **2.5 Autoria**

A RPSP/PAJPH define autoria de acordo com as [diretrizes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas \(ICMJE\)](#) [sigla em inglês], recomendando que a autoria seja baseada nos quatro seguintes critérios:

(1) Contribuições substanciais à concepção ou ao projeto do trabalho; ou à aquisição, à análise ou à interpretação de dados para o trabalho; E

(2) Redação do trabalho ou revisão crítica do conteúdo intelectual relevante; E

(3) Aprovação final da versão a ser publicada; E

(4) Manifestar concordância em assumir responsabilidade por todos os aspectos do trabalho, assegurando que as perguntas relacionadas com precisão ou integridade de qualquer parte do estudo sejam apropriadamente investigadas e resolvidas. Os autores devem declarar, na carta de apresentação, a extensão da contribuição de cada autor.

A inclusão de outras pessoas como autores por motivos de amizade, reconhecimento, ou outra motivação não científica constitui uma violação da ética em pesquisa.

Nos casos em que um grande grupo multicêntrico tenha realizado o trabalho, o grupo deve identificar os indivíduos que aceitam assumir responsabilidade direta pelo manuscrito. Os nomes de instituições não devem ser traduzidos, a menos que exista uma tradução oficial.

Colaboração se refere à supervisão geral de um grupo de pesquisa ou apoio geral administrativo; e assistência em redação, revisão técnica, revisão linguística e verificação final.

## 2.6 Página de resumo e palavras-chave

O resumo é o segundo ponto de acesso a um artigo e deve permitir que os leitores determinem a relevância do artigo e decidam se lerão ou não todo o texto.

Os artigos de pesquisa original ou revisões sistemáticas devem ser acompanhados de um resumo estruturado de não mais de 250 palavras, subdividido nas seguintes seções: (a) Objetivos, (b) Métodos, (c) Resultados, e (d) Conclusões.

Os outros tipos de contribuições também devem ser acompanhados por um resumo informativo de não mais de 250 palavras.

O resumo não deve incluir nenhuma informação ou conclusões que não apareçam no texto principal. Este deve ser escrito na terceira pessoa e não deve conter notas de rodapé, abreviaturas desconhecidas nem citações bibliográficas.

As palavras-chave, extraídas do vocabulário dos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), da BIREME/OPAS/OMS e/ou, MeSH (*Medical Subject Headings*), da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (NLM), incluindo traduções em português e espanhol, estão disponíveis para que os autores as selecionem ao apresentar o manuscrito. Seu emprego facilita e torna mais específica a busca e recuperação do artigo em bases de dados e motores de busca.

## 2.7 Corpo do artigo

Artigos de pesquisa original e revisões sistemáticas são, geralmente, organizados segundo o formato IMRAD (Introdução, Materiais e métodos, Resultados e Discussão).

Embora subtítulos possam ser necessários ao longo do artigo, de maneira geral, o parágrafo que dá início ao manuscrito não precisa ser intitulado "Introdução", visto que este título é normalmente removido durante o processo de revisão. No entanto, o objetivo do artigo deve ser claramente declarado ao final da seção introdutória.

As seções "Resultados e Discussão" podem requerer subtítulos. No caso das "Conclusões", as quais devem estar incluídas ao final da seção "Discussão", também podem ser identificadas mediante um subtítulo.

Os artigos de revisão são frequentemente estruturados de modo semelhante aos artigos de pesquisa original, mas devem incluir uma seção descrevendo os métodos usados para selecionar, extrair e sintetizar os dados.

As comunicações breves seguem a mesma sequência dos artigos originais, porém, normalmente, omitem títulos de subdivisão.

Outros tipos de contribuições não seguem nenhuma estrutura pré-definida e podem utilizar outras subdivisões, em função de seu conteúdo.



Quando são usadas abreviações, estas devem ser definidas utilizando o termo por extenso por ocasião de sua primeira utilização no texto, seguido da abreviatura ou sigla entre parênteses. Na medida do possível, as abreviações devem ser evitadas. Em termos gerais, as abreviações devem refletir a forma extensa no mesmo idioma do manuscrito, com exceção das abreviaturas reconhecidas internacionalmente em outro idioma.

As notas de rodapé são esclarecimentos ou explicações à margem que interromperiam o fluxo natural do texto, portanto, seu uso deve restringir-se ao mínimo. Notas de rodapé são numeradas sequencialmente e aparecem ao final da página na qual são citadas. Links ou referências a documentos citados devem ser incluídos na lista de referências.

As citações são essenciais ao manuscrito e devem ser relevantes e atuais. Servem para identificar as fontes originais dos conceitos, métodos e das técnicas aos quais se referem, decorrentes de pesquisa, estudos e experiências anteriores. Também apoiam fatos e opiniões expressos pelo autor e apresentam ao leitor a informação bibliográfica necessária para consultar as fontes primárias.

A RPSP/PAJPH segue os [Requisitos Uniformes do ICMJE para a Preparação de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas](#) para referências (conhecidos como "Estilo de Vancouver"), que se baseia, em grande parte, no estilo do Instituto Americano de Normas Nacionais adaptado pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos para as suas bases de dados. Os formatos recomendados para uma variedade de documentos e exemplos estão disponíveis em [Citing Medicine, segunda edição e neste link](#).

Exemplo:

Rabadán-Diehl C, Safdie M, Rodin R; Trilateral Working Group on Childhood Obesity. Canada-United States-Mexico Trilateral Cooperation on Childhood Obesity Initiative. *Rev Panam Salud Publica*. 2016;40(2):80-4.

As referências devem ser numeradas consecutivamente, na ordem em que são mencionadas pela primeira vez no texto, e identificadas por algarismos arábicos entre parênteses no texto, nas tabelas e legendas.

Exemplos:

"Observou-se (3, 4) que..."

ou:

"Vários estudos (1-5) mostraram que..."

As referências citadas somente em legendas de tabelas ou figuras devem ser numeradas de acordo com a sequência estabelecida mediante a primeira menção da tabela ou figura em particular, no corpo do texto.

Os títulos dos periódicos referidos devem ser abreviados segundo o estilo usado na [Base de Dados de Revistas](#), criada e atualizada pela [Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos](#).

A lista de referências deve ser numerada sequencialmente e deve ser iniciada em nova folha ao final do manuscrito. Todas as referências eletrônicas devem incluir a data de acesso.

## 2.8 Tabelas e figuras

As tabelas apresentam informação — geralmente numérica — em uma disposição de valores ordenada e sistemática em linhas e colunas. A apresentação deve ser de fácil compreensão para o leitor, complementando sem duplicar a informação do texto. Informações estatísticas em excesso podem ser, também, difíceis de interpretar. As tabelas devem ser transferidas em separado dos arquivos de texto e apresentadas em formato editável (preferencialmente arquivos Excel), e não como objetos extraídos de outros arquivos ou inseridos em documentos Word. Cada tabela deve conter um título breve, porém completo, indicando lugar, data e fonte da informação. Os títulos de colunas, também, devem ser os mais breves possíveis e indicar a unidade de medida ou a base relativa (porcentagem, taxa, índice etc.).

Informação que falta deve ser indicada por uma elipse (...). Se os dados não se aplicam, a célula deverá indicar "NA" (não se aplica). Se algum desses mecanismos, ou ambos, for utilizado, seu significado deve ser indicado com uma nota de rodapé da tabela.

As tabelas não devem ser separadas por linhas verticais, devendo apresentar três linhas completas horizontais no total: uma abaixo do título, uma segunda sob os títulos da coluna, e a terceira, ao final da tabela, acima das notas de rodapé.

As notas de rodapé de uma tabela devem ser indicadas com letras minúsculas sobrescritas, em ordem alfabética: a, b, c, etc. As letras sobrescritas no corpo da tabela deverão seguir uma sequência de cima para baixo e da esquerda para a direita.

Os autores devem se certificar de incluir "chamadas" — pontos de referência no texto a todas as tabelas do texto.

Tabelas ou dados de outra fonte publicada ou inédita devem ser reconhecidos e os autores devem obter permissão prévia para inclui-los no manuscrito. Vide seção 1.8, "Direitos Autorais", para mais detalhes.

**As figuras** incluem gráficos, diagramas, desenhos, mapas e fotografias. Devem ser usadas para destacar tendências e ilustrar comparações de forma clara e exata. As figuras devem ser de fácil compreensão e devem adicionar informação, em vez de repetir informação anterior do texto ou tabelas. As legendas devem ser breves, porém completas, devendo incluir lugar, data e fonte da informação.

As figuras devem ser enviadas em arquivo separado, em seu formato original editável, seguindo os padrões dos programas de software mais comuns (Excel, Power Point, Open Office ou arquivos .eps).

Havendo espaço suficiente, a legenda de um gráfico ou mapa deve estar incluída como parte da própria figura. Caso contrário, deve ser incluída em seu título. Em mapas e diagramas deve ser indicada a escala em unidades do SI (veja abaixo).

Se a figura ou tabela procede de outra publicação, a fonte deve ser identificada, e deve ser obtida permissão por escrito para reprodução deve ser obtida do titular dos direitos autorais da publicação original. Vide seção 1.8, "Direitos Autorais", para mais informação.

Quando unidades de medida forem utilizadas, os autores devem usar o [Sistema Internacional de Unidades \(SI\)](#), com base no sistema métrico e organizado pelo Comitê Internacional de Pesos e Medidas (*Bureau International des Poids et Mesures*).

As abreviaturas das unidades não são pluralizadas (por exemplo, usar 5 km, não 5kms), nem são seguidas de um ponto (escrever 10 mL, não 10mL.), exceto ao final de uma oração. Os algarismos devem ser agrupados de três em três à esquerda e à direita da vírgula decimal nos manuscritos em espanhol e português (ponto decimal nos manuscritos em inglês), sendo cada grupo de três algarismos separado por um espaço em branco.

**Estilo correto:**

12 500 350

1 900,05 (artigos em espanhol e em português)

1 900.05 (artigos em inglês)

**Estilo incorreto:**

12,500,350

1.900,05

Poderá ser usada uma [calculadora](#) para converter as unidades, os títulos e outras medidas ao Sistema Internacional.

## 2.9 Sumissão do manuscrito

Os manuscritos devem ser apresentados exclusivamente por meio do [sistema online de gestão de manuscritos da Revista](#).

Os autores serão notificados por e-mail do recebimento de seu manuscrito, e poderão ver o status dos seus manuscritos em qualquer momento a partir de sua conta na seção *Author Center*, em qualquer etapa do processo.

Todos os manuscritos devem ser acompanhados de uma [carta de apresentação](#) que inclua:

- Informação sobre todos os relatos e apresentações anteriores;
- Possíveis conflitos de interesses;
- Permissão para reproduzir material anteriormente publicado;
- Confirmação de que o manuscrito foi lido e aprovado por todos os autores, incluindo a contribuição de cada autor;
- Informação adicional que possa ser útil aos Editores Associados e ao Editor-Chefe.

A carta de apresentação deve ser incluída em um arquivo separado do restante do manuscrito. Nomes e afiliação dos autores não devem ser incluídos em nenhuma parte do documento principal (documento em Word; favor não enviar documentos em PDF), no momento da submissão.

Favor examinar os arquivos e os aspectos mencionados nessas instruções antes do envio de seu manuscrito, certificando-se de que esteja cumprindo todas as Condições para a Publicação, caso seu artigo seja aceito para publicação.

### **2.10 Correção do manuscrito**

Os manuscritos são aceitos na condição de que a editora se reserva o direito de efetuar correções necessárias em questão de uniformidade, clareza e conformidade com o estilo da RPSP/PAJPH.

Os manuscritos aceitos para publicação serão submetidos à correção de estilo e, depois, serão enviados ao autor correspondente para que responda às indagações do editor, e para aprovar quaisquer correções. Se, durante esta etapa, o autor não responder satisfatoriamente às indagações do editor, a Revista se reserva o direito de não publicar o manuscrito. A fim de evitar atraso na publicação do número correspondente, solicita-se aos autores que devolvam o manuscrito corrigido, com sua aprovação, até a data indicada na mensagem que o acompanha.

A versão definitiva em PDF será enviada ao autor correspondente para aprovação antes da publicação online. Os artigos serão publicados nos formatos HTML e PDF.

## **ANEXO J – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA “CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA”**

Cadernos de Saúde Pública (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da Saúde Coletiva/Saúde Pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista é publicada por meio eletrônico. CSP utiliza o modelo de publicação continuada, publicando fascículos mensais. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

### **1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTESE SEÇÕES:**

1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 2.200 palavras).

1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva. Sua publicação é acompanhada por comentários críticos assinados por renomados pesquisadores, convidados a critério das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações).

1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras.

1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações). São priorizadas as revisões sistemáticas, que devem ser submetidas em inglês. São aceitos, entretanto, outros tipos de revisões, como narrativas e integrativas. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como, por exemplo, o PROSPERO. O Editorial 32(9) discute sobre as revisões sistemáticas (Leia mais).

1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada (máximo 8.000 palavras e 5 ilustrações) (Leia mais). O Editorial 29(6) aborda a qualidade das informações dos ensaios clínicos.

1.6 – Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados, métodos qualitativos ou instrumentos de aferição epidemiológicos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações) (Leia mais).

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica com abordagens e enfoques diversos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa. Para informações adicionais sobre diagramas causais, ler o Editorial 32(8).

1.8 – Comunicação Breve: relato de resultados de pesquisa que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações).

1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras).

1.10 – Resenhas: crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.400 palavras). As Resenhas devem conter título e referências bibliográficas. As informações sobre o livro resenhado devem ser apresentadas no arquivo de texto.

## 2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

2.1 – CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 – Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

2.3 – Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.4 – Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.5 – A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 6 (Passo a passo).

2.6 – Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

## 3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

3.1 – Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 – Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados com base em orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 – As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- Clinical Trials
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

## 4. FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 – Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 – Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 – No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

## 5. CONFLITO DE INTERESSES

5.1 – Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

## 6. COLABORADORES E ORCID

6.1 – Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 – Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

6.3 – Todos os autores deverão informar o número de registro do ORCID no cadastro de autoria do artigo. Não serão aceitos autores sem registro.

6.4 – Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação Cadernos de Saúde Pública o direito de primeira publicação.

## 7. AGRADECIMENTOS

7.1 – Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

## 8. REFERÊNCIAS

8.1 – As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (por exemplo: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas, quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos. Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.

8.2 – Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 – No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (por exemplo: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

## 9. NOMENCLATURA

9.1 – Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

## 10. ÉTICA E INTEGRIDADE EM PESQUISA

10.1 – A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2008 e 2013), da Associação Médica Mundial.

10.2 – Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada, informando protocolo de aprovação em Comitê de Ética quando pertinente. Essa informação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo.

10.3 – O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

10.4 – CSP é filiado ao COPE (Committee on Publication Ethics) e adota os preceitos de integridade em pesquisa recomendados por esta organização. Informações adicionais sobre integridade em pesquisa leia o Editorial 34(1).