

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JULIANA TEIXEIRA ANTUNES

FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR E SOLIDÃO ENTRE
ADOLESCENTES BRASILEIROS

BELO HORIZONTE
2019

JULIANA TEIXEIRA ANTUNES

FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR E SOLIDÃO ENTRE
ADOLESCENTES BRASILEIROS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Deborah Carvalho Malta.

Co-orientadora: Dra. Ísis Eloah Machado

BELO HORIZONTE
2019

Antunes, Juliana Teixeira.
AN636f Fatores associados à violência intrafamiliar e solidão entre
adolescentes brasileiros [manuscrito]. / Juliana Teixeira Antunes. - -
Belo Horizonte: 2019.

85f.: il.

Orientador (a): Deborah Carvalho Malta.

Coorientador (a): Ísis Eloah Machado.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais,
Escola de Enfermagem.

1. Violência Doméstica. 2. Comportamento do Adolescente. 3.
Solidão. 5. Relações Familiares. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Malta,
Deborah Carvalho. II. Machado, Ísis Eloah. III. Universidade Federal de
Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: WA 308

ATA DE NÚMERO 589 (QUINHENTOS E OITENTA E NOVE) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA JULIANA TEIXEIRA ANTUNES PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 22 (vinte e dois) dias do mês de fevereiro de dois mil e dezenove, às 09:00 horas, realizou-se na sala de Teleconferência do Hospital das Clínicas Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "*FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR E SOLIDÃO ENTRE ADOLESCENTES BRASILEIROS*", da aluna *Juliana Teixeira Antunes*, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Promoção da Saúde, Prevenção e Controle de Agravos". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Deborah Carvalho Malta (orientadora), Ísis Eloah Machado (coorientadora), Elaine Leandro Machado e Marcio Denis Mascarenhas (participou da sessão por videoconferência), sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVADA;
 REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 22 de fevereiro de 2019.

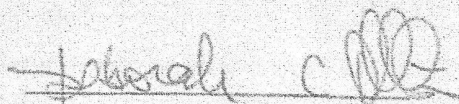
Prof.ª Dr.ª Deborah Carvalho Malta
Orientadora (Esc. Enf./UFMG)

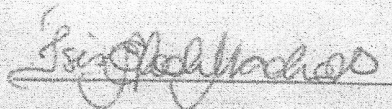
Dr.ª Ísis Eloah Machado
Coorientadora (EE/UFMG)

Prof.ª Dr.ª Elaine Leandro Machado
(UFOP)

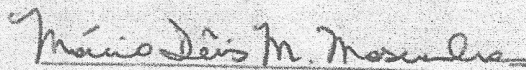
Prof. Dr. Marcio Denis Mascarenhas
(UFPI)

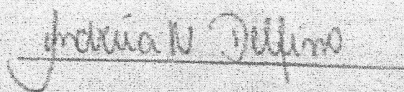
Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação












Prof.ª Dra. Kênia Lara Silva
Coordenadora do Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem
Escola de Enfermagem da UFMG

HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 21.03/2019

Dedico esse trabalho a minha querida e saudosa mãe, **Maria Bernadete Teixeira Antunes**, maior incentivadora dos meus estudos e das minhas conquistas.

AGRADECIMENTO

A Deus por se fazer presente em cada segundo da minha vida, por meio de pessoas e situações.

A minha família, representados pelos meus queridos pais Maria Bernadete (*in memoriam*) e Wanderley, meu querido marido Paulo Vitor, minha amada filha Ana Carolina, por serem minha fonte de amor, força e incentivo.

À estimada orientadora, Professora Deborah Carvalho Malta, por dividir seus conhecimentos com tanto carinho e compreensão, sempre acolhedora e generosa.

A Ísis Eloah Machado também pela dedicação e ensinamentos.

Aos meus amigos de Belo Horizonte que tão bem me acolheram, aqui representados por Alanna, Ana Carolina, Queren, Elton, Janine, sendo companheiros de estudos e confidentes das minhas aflições, que tanto contribuíram para meu aprendizado e perseverança nesses dois anos de estudo.

Ao Instituto Federal do Norte de Minas Gerais, em especial ao Campus Januária, por permitir e valorizar o crescimento de seus servidores.

“Há em cada adolescente um mundo encoberto, um almirante e um sol de outubro.”
Machado de Assis

RESUMO

Introdução: Nas últimas décadas observa-se um aumento dos problemas de violência e saúde mental entre os adolescentes, tornando-se as principais causas dos agravos à saúde dessa população. **Objetivo:** Identificar os fatores associados à violência intrafamiliar e ao sentimento de solidão vivenciados por adolescentes brasileiros. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal com análise de dados secundários da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2015), conduzida pelo IBGE, entre escolares de 13 a 17 anos das escolas públicas e privadas do Brasil. Foi realizada análise descritiva com cálculo da prevalência e intervalos de confiança a 95% da violência intrafamiliar contra o adolescente e do sentimento de solidão relatados pelos estudantes segundo as características sociodemográficas, contexto familiar, estilos de vida e saúde mental. Posteriormente, procedeu-se a regressão logística multinomial, calculando-se a *Odds Ratio* para a investigação do desfecho de sofrer violência intrafamiliar e a regressão de Poisson com cálculo da Razão de Prevalência para a investigação do desfecho de sentir solidão entre os adolescentes com as variáveis que apresentaram valor de associação $p < 0,20$ nas análises bivariadas. O nível de significância adotado foi de 5%. **Resultados:** 5,7% (IC_{95%}: 5,1 – 6,4) dos adolescentes entrevistados relataram terem sofrido violência intrafamiliar uma vez e 7,6% (IC_{95%}: 6,7 – 8,5) relataram sofrer violência intrafamiliar mais de uma vez nos últimos 30 dias. Maior chance de sofrer violência intrafamiliar mais de uma vez foi encontrada entre aqueles com as características: cor da pele preta (ORa = 1,5; IC_{95%}: 1,1 – 2,0), ter insônia (ORa = 1,7; IC_{95%}: 1,3 – 2,1), sofrer *bullying* raramente ou às vezes (ORa = 1,5; IC_{95%}: 1,2 – 1,8), sofrer *bullying* na maior parte do tempo (ORa = 3,9; IC_{95%}: 2,8 – 5,3), fazer uso de cigarro (ORa = 2,2; IC_{95%}: 1,6 – 3,0) e consumir bebida alcoólica (ORa = 2,2; IC_{95%}: 1,7 – 2,7). Mostraram-se com menor chance de sofrer mais de uma vez a violência intrafamiliar adolescentes com idade entre 16 a 17 anos (ORa = 0,6; IC_{95%}: 0,5 – 0,8), do sexo feminino (ORa = 0,8; IC_{95%}: 0,6 – 1,0), cujas mães tinham ensino superior completo (ORa = 0,6; IC_{95%}: 0,5 – 0,9), que tinham pais compreensivos (ORa = 0,6; IC_{95%}: 0,5 – 0,7) e eram supervisionados por familiar (ORa = 0,5; IC_{95%}: 0,4 – 0,7). Em relação à solidão, 15,5% (IC_{95%}: 14,5 – 16,6) dos estudantes brasileiros relataram esta condição nos últimos 12 meses. Ser do sexo feminino (RPa = 1,6; IC_{95%}: 1,4 – 1,9), a escolaridade materna de nível superior completo (RPa = 1,2; IC_{95%}: 1,1 – 1,4), ter insônia (RPa = 2,8; IC_{95%}: 2,5 – 3,2) e ser vítimas de *bullying* raramente ou às vezes (RPa = 1,5; IC_{95%}: 1,3 – 1,7) e na maior parte do tempo ou sempre (RPa = 1,9; IC_{95%}: 1,7 – 2,3) apresentaram maior razão de prevalência de sentir-se só nos doze meses anteriores à

pesquisa. Ter amigos (RPa = 0,6; IC_{95%}: 0,5 - 0,7), fazer refeição com pais ou responsáveis 5 dias ou mais na semana (RPa = 0,7; IC_{95%}: 0,6 - 0,8) e ter pais compreensivos (RPa = 0,5; IC_{95%}: 0,4 - 0,5) apresentaram menor razão de prevalência no relato de solidão entre os adolescentes. **Conclusão:** A violência intrafamiliar contra o adolescente está relacionada às condições de desigualdades sociais, uso de substâncias psicoativas, vivência de situações de violência no ambiente escolar e no contexto familiar. Já a solidão entre os adolescentes se associa ao sexo, ao apoio social e familiar, a violência intrafamiliar e a comportamentos de risco como o consumo de bebida alcoólica e *bullying*, tornando-se frequente nos relatos dos adolescentes. Deve-se investir em políticas voltadas para a promoção do bem estar físico e mental nessa faixa etária, como promover a relação de amizade e participação da família na vida dos adolescentes.

Palavras-chave: Violência Doméstica, Comportamento do adolescente, Solidão, Relações Familiares.

ABSTRACT

INTRODUCTION: In the last decades, there has been an increase in the problems of violence and mental health among adolescents, becoming the main causes of the health problems of this population. **OBJECTIVE:** To identify the factors associated with intrafamily violence and the feeling of loneliness experienced by Brazilian adolescents. **METHODS:** This is a cross-sectional study with secondary data analysis from the National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2015), conducted by IBGE, among students aged 13 to 17 years of public and private schools in Brazil. Descriptive analysis was carried out with a calculation of the prevalence and 95% confidence intervals of intrafamily violence against adolescents and feelings of loneliness reported by students according to sociodemographic characteristics, family context, life styles and mental health. Subsequently, multinomial logistic regression was performed, calculating the Odds Ratio for the investigation of the outcome of suffering intrafamily violence and the Poisson regression with calculation of the Prevalence Ratio for the investigation of the outcome of feeling loneliness among adolescents with the variables which presented association value $p < 0.20$ in the bivariate analyzes. The level of significance was 5%. **RESULTS:** 5.7% (CI 95%: 5.1 - 6.4) of adolescents interviewed had suffered intrafamily violence at one time and 7.6% (95% CI: 6.7 - 8.5) related to violence more than once in the last 30 days. The highest chance of suffering intrafamily violence was more than once among those with characteristics: black skin color (ORa = 1,5, 95% CI: 1.1 - 2.0), having insomnia (ORa = 1.7; 95% CI: 1.3 - 2.1), suffer from bullying rarely or sometimes (ORa = 1,5, 95% CI: 1.2 - 1.8), suffer from bullying (ORa = 3,9, 95% CI: 2,8-5,3), make use of cigarettes (ORa = 2,2, 95% CI: 1,6-3,0) and consume alcoholic beverage (ORa = 2.2 95% CI: 1, 7-2.7). Compared with adolescents aged 16 to 17 years (ORa = 0.6, 95% CI 0.5-0.8), the female sex (ORa = 0.8, 95% CI: 0.6 - 1.0), whose mothers had completed tertiary education (ORa = 0.6, 95% CI: 0.5-0.9), who were comprehensive parents (ORa = 0.6, 95% CI: 0.5-0.7) and were supervised by relatives (ORa = 0.5; 95% CI: 0.4-0.7). Regarding solitude, 15.5% (95% CI: 14.5 - 16.6) of Brazilian students reported this condition in the last 12 months. Being female (RP = 1.6, 95% CI 1.4-1.9), the highest maternal level of education (RP = 1.2, 95% CI 1.1 - 1.4), having insomnia (RPa = 2.8, 95% CI: 2.5-3.2), and to be victims of bullying rarely or sometimes (RPa = 1.5; 95% CI: 1.3 - 1.7) and most of the time or always (RPa = 1.9, 95% CI: 1.7 - 2.3) had a higher prevalence rate of feeling only in the 12 months prior to the survey. Having friends (RPa = 0.6, 95% CI 0.5-0.7), having a meal with parents or guardians 5 days or more in the week (RPa = 0.7, 95% CI: 0.6-0.8) and having

comprehensive parents (RPa = 0.5, 95% CI: 0.4 - 0.5) had a lower prevalence ratio in the report of solitude among adolescents. CONCLUSION: Intrafamily violence against adolescents is related to the conditions of social inequalities, the use of psychoactive substances, the experience of situations of violence in the school environment and in the family context. Already the solitude among adolescents is associated with sex, social and family support, intrafamily violence and risk behaviors such as alcohol consumption and bullying, becoming frequent in adolescents' reports. It is necessary to invest in policies aimed at promoting physical and mental well-being of adolescents, such as promoting the relationship of friendship and family participation in adolescents' lives.

Keywords: Domestic Violence, Adolescent Behavior, Loneliness, Family Relations.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas, aspectos da saúde mental, comportamento e hábitos de vida e contexto familiar dos adolescentes brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, Brasil, 2015.....	41
Tabela 2 – Adolescentes de 13 a 17 anos que relataram sofrer violência intrafamiliar nos últimos 30 dias segundo características sociodemográficas, contexto familiar, estilos de vida, saúde mental, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, Brasil,2015.....	43
Tabela 3 – Razão de chance bruta de sofrer violência intrafamiliar segundo variáveis sociodemográficas, contexto familiar, estilos de vida, saúde mental entre adolescentes de 13 a 17 anos, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, Brasil, 2015.....	45
Tabela 4 – Razão de chance ajustada de sofrer violência intrafamiliar segundo variáveis sociodemográficas, contexto familiar, estilos de vida, saúde mental entre adolescentes de 13 a 17 anos, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, Brasil, 2015.....	47
Tabela 5 – Prevalência e Razão de Prevalência bruta de solidão entre adolescentes de 13 a 17 anos segundo variáveis sociodemográficas, contexto familiar, estilos de vida, saúde mental, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, Brasil, 2015.....	49
Tabela 6 – Razão de Prevalência ajustada de solidão entre adolescentes de 13 a 17 anos segundo variáveis sociodemográficas, contexto familiar, estilos de vida, saúde mental, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, Brasil, 2015.....	52

Tabela 7 - Razão de prevalência bruta e ajustada de solidão entre adolescentes de 13 a 17 anos segundo episódios de violência intrafamiliar, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, Brasil, 2015.....	53
---	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	Objetivos.....	16
1.1.1	Objetivo geral.....	16
1.1.2	Objetivos específicos.....	16
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
2.1	A adolescência e suas vulnerabilidades.....	17
2.2	Histórico das políticas públicas brasileiras de saúde do adolescente.....	20
2.3	A família como determinante de saúde e doença.....	25
2.4	Violência contra o adolescente.....	27
2.5	Saúde mental e solidão entre os adolescentes.....	30
3	METODOLOGIA.....	33
3.1	Tipo de estudo.....	33
3.2	Fonte dos dados: A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE).....	33
3.3	Local e período de estudo	33
3.4	População do estudo e Amostra.....	33
3.5	Critérios de exclusão.....	34
3.6	Coleta de dados.....	34
3.7	Variáveis do estudo.....	35
3.8	Análises estatísticas.....	36
3.8.1	Objetivo específico i	37
3.8.2	Objetivo específico ii	37
3.8.3	Objetivo específico iii	38
3.9	Aspectos éticos.....	38
4	RESULTADOS.....	40
4.1	Características da amostra de estudo.....	40
4.2	Fatores de risco e proteção relacionados à violência intrafamiliar contra os adolescentes brasileiros.....	42
4.3	Fatores de risco relacionados ao sentimento de solidão entre adolescentes brasileiros.....	49
4.4	Relação entre a violência intrafamiliar e o sentimento de solidão entre adolescentes brasileiros.....	50

5	DISCUSSÃO.....	54
5.1	Fatores de risco e proteção relacionados à violência intrafamiliar contra os adolescentes brasileiros.....	54
5.2	Fatores de risco relacionados ao sentimento de solidão entre adolescentes brasileiros.....	59
5.3	Relação entre a violência intrafamiliar e o sentimento de solidão entre adolescentes brasileiros.....	64
5.4	Limites do estudo.....	64
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
	REFERÊNCIAS.....	67
	APÊNDICE A – PRODUTOS DA DISSERTAÇÃO.....	79
	ANEXO A - QUESTIONÁRIO DO ALUNO PENSE 2015.....	81

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como adolescentes aqueles indivíduos na faixa etária entre 10 e 19 anos (ADOLESCENT MENTAL HEALTH, 2018; WAISELSZ, 2012). No Brasil, de acordo com o último censo demográfico, existem 62,9 milhões de crianças e adolescentes na faixa etária de 0 a 19 anos, representando 33% do total da população, sendo que aproximadamente 17,9% da população estão entre 10 e 19 anos de idade (SINOPSE DO CENSO DEMOGRÁFICO 2010).

Observa-se, nas últimas décadas, uma mudança nos padrões de adoecimento físico e mental de crianças e adolescentes (ADOLESCENT MENTAL HEALTH, 2018; LOPES *et al.*, 2016), com um aumento dos problemas de violência e saúde mental nessa faixa-etária, sendo as principais causas dos agravos à saúde dessa população (HILDEBRAND *et al.*, 2015; LOPES *et al.*, 2016). As múltiplas mudanças físicas, emocionais e sociais decorrentes dessa fase de vida, juntamente com o aumento da exposição à pobreza, abuso ou violência nessa faixa etária, aumentam a vulnerabilidade dos adolescentes aos problemas de saúde mental (ADOLESCENT MENTAL HEALTH, 2018; LOPES *et al.*, 2016). Dados da OMS apontam uma prevalência de 20% dos adolescentes do mundo são acometidos por problemas de saúde mental (ADOLESCENT MENTAL HEALTH, 2018), enquanto estudo aponta que, um bilhão de crianças entre 2 e 17 anos, quase 50% da população mundial para essa faixa etária, já foram vítimas de alguma forma de violência (HILLIS *et al.*, 2016).

No Brasil, as causas externas correspondem à causa de morte mais frequente entre os adolescentes, ocupando o quarto lugar entre os países do mundo nas taxas de homicídio de crianças e adolescentes (GESSNER; FONSECA; OLIVEIRA, 2014; WAISELSZ, 2012) e o 60º país na classificação mundial nas taxas de suicídio entre jovens de 15 e 18 anos (WAISELFISZ, 2014). Nos últimos anos, as taxas de homicídio e suicídio entre jovens da população brasileira vêm aumentando. No período de 1980 a 2013, foi observado um crescimento de 496,4% da taxa de homicídios para a faixa etária de 16 e 17 anos de idade, correspondendo uma taxa de 54,1 homicídios por 100 mil jovens em 2013 (WAISELFISZ, 2015). Nesse mesmo período, notou-se também um crescimento de 45,5% nas taxas de óbito (por 100 mil) por suicídio entre os jovens de 16 e 17 anos (WAISELFISZ, 2015), revelando a magnitude desses agravos na saúde dos adolescentes.

Estudos nacionais e internacionais reforçam a preocupação com a alta prevalência de violência e transtornos mentais entre crianças e adolescentes no mundo, indicando a necessidade de intervenções nessa área (LOPES *et al.*, 2015; LUHMANN; HAWKLEY,

2016; HILLIS *et al.*, 2016). São agravos à saúde que atingem indivíduos dos diferentes sexos, faixa etária e classe social (LUHMANN; HAWKLEY, 2016; MALTA *et al.*, 2014d), sendo influenciados pela necessidade humana de estabelecer relações sociais, pelas condições socioeconômicas desfavoráveis, pelas desigualdades sociais e pelos aspectos culturais dos indivíduos (LUHMANN; HAWKLEY, 2016; MALTA *et al.*, 2014d).

Percebe-se uma relação entre a violência e a solidão no bem estar físico e mental dos adolescentes, uma vez que a literatura científica revela que a violência doméstica é um fator de risco para o desenvolvimento de problemas psicoafetivos e psicopatológicos entre os adolescentes (HILDEBRAND, 2015). Autores apontam uma associação entre os eventos estressores na família e os problemas de saúde mental em crianças e adolescentes (MATTOS *et al.*, 2015), sendo os problemas de conduta, emocionais e de relacionamento os sinais mais comuns dos transtornos mentais causados pela violência doméstica contra o adolescente (HILDEBRAND, 2015).

Autores apontam diversas consequências sociais e econômicas da violência e da solidão na vida da criança e do adolescente, como a modificação do padrão de sono, (BAGLEY *et al.*, 2016; HAYLEY *et al.*, 2017; PUCCI; PEREIRA, 2016), depressão, suicídio, ansiedade (ASBRIDGE *et al.*, 2014; IBABE; ARNOSO; ELGORRIAGA, 2014; ZAPPE; DELL'AGLIO, 2016), uso de substâncias psicoativas como álcool, drogas (MALTA *et al.*, 2014b; OLOFSSON *et al.*, 2012; ZAPPE; DELL'AGLIO, 2016). Além dessas consequências, também foi observado um aumento dos custos com os serviços de saúde e bem-estar e uma redução da produtividade e da qualidade de vida entre adolescentes vítimas da violência (YOUTH VIOLENCE, 2016). A violência sofrida por adolescentes pode perpetuar-se no espaço domiciliar e comunitário (CARVALHO *et al.*, 2011; SELWYN; MEAKINGS, 2016), causando também o aumento do risco de doenças não transmissíveis; doenças psiquiátricas, problemas de saúde reprodutiva e lesões (CARVALHO *et al.*, 2011; MALTA *et al.*, 2014c; OLOFSSON *et al.*, 2012; ZAPPE; DELL'AGLIO, 2016).

Diante da escassez de investimentos em estudos na área de saúde mental e violência contra os adolescentes (CARVALHO *et al.*, 2011; LOPES *et al.*, 2016; RAO *et al.*, 2015), e considerando a gravidade, vulnerabilidade (MALTA *et al.* 2010; RAO *et al.*, 2015) e a crescente prevalência desses agravos à saúde dessa faixa etária, há a necessidade de investigação dos fatores associados à violência intrafamiliar contra o adolescente e dos indicadores de saúde mental para essa população (CARVALHO *et al.*, 2011; FERNANDES, 2016). Assim, torna-se importante investigar a violência intrafamiliar e a solidão, em especial

os fatores associados, criando estratégias para redução e prevenção desses agravos na saúde dos jovens.

Portanto, o estudo visa aprofundar essa temática partindo-se do pressuposto de que o maior conhecimento sobre a solidão entre os adolescentes e violência intrafamiliar praticada pelos adultos contra o adolescente poderá apoiar estratégias a fim de promover a saúde física e mental dessa faixa etária, além de romper com o ciclo da violência e facilitar a identificação precoce dos transtornos mentais comuns entre os adolescentes, prevenindo situações como suicídio, depressão e *bullying* (ADOLESCENT MENTAL HEALTH, 2018; CARVALHO *et al.*, 2011; FERNANDES, 2016; GESSNER; FONSECA; OLIVEIRA, 2014; ZAPPE; DELL'AGLIO, 2016).

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar os fatores associados à violência intrafamiliar e solidão na população de adolescentes brasileiros.

1.1.2 Objetivos específicos

- i - Analisar fatores associados a violência intrafamiliar praticada por adulto da família na população de adolescentes brasileiros;
- ii - Analisar fatores associados ao sentimento de solidão entre adolescentes brasileiros;
- iii - Analisar a relação entre a violência intrafamiliar e o sentimento de solidão entre adolescentes brasileiros.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A adolescência e suas vulnerabilidades

A adolescência é uma fase da vida compreendida entre a infância e a vida adulta, caracterizada por intensas e complexas transformações no crescimento e desenvolvimento biopsicossocial do indivíduo (BRASIL, 2007; UNICEF, 2011). A OMS classifica como adolescentes jovens aqueles de 15 a 19 anos e adultos jovens de 20 a 24 anos de idade (BRASIL, 2007). Trata-se de uma fase de difícil definição, sendo influenciada por aspectos culturais, biológicos e socioeconômicos. Assim, torna-se importante conceituar a adolescência como uma fase entre a infância e a idade adulta, e a puberdade como referente às alterações biológicas que propiciam o desenvolvimento e a maturação dos indivíduos, marcando o início da adolescência (BRASIL, 2008). Outro fator que dificulta a definição da adolescência está na ampla variação das leis nacionais ao estabelecer a idade mínima para o acesso a direito e deveres dos adultos e no grande o número de crianças e adolescentes envolvidos em atividades de adultos, como trabalho, casamento, paternidade e maternidade entre outras (UNICEF, 2011).

Percebe-se uma diferença no comportamento dos adolescentes entre a fase inicial e final da adolescência, sendo a fase inicial aquela entre 10 e 14 anos de idade e a final aquela entre a faixa etária de 15 e 19 anos (UNICEF, 2011). As diferentes fases da adolescência determinam seu comportamento diferenciando-se também entre os sexos.

A fase inicial é marcada pelas mudanças na estatura do adolescente, no desenvolvimento dos órgãos sexuais e das características sexuais secundárias e no desenvolvimento elétrico e fisiológico do cérebro, sendo apontadas como motivo de ansiedade, de entusiasmo ou orgulho para o indivíduo (UNICEF, 2011). Já na fase final da adolescência, o cérebro continua seu desenvolvimento, havendo uma ampliação da capacidade de pensamento analítico e reflexivo do adolescente (UNICEF, 2011).

Portanto, durante a adolescência, o cérebro em desenvolvimento provoca modificações na capacidade emocional, física e mental, gerando grande instabilidade emocional, questionamentos, conflitos e uma maior necessidade de atenção das políticas públicas de saúde (UNICEF, 2011). Além disso, a partir das vulnerabilidades percebidas na fase da adolescência, bem como a imaturidade e o espírito aventureiro, os adolescentes tornam-se um grupo de risco, com necessidades de atenção especial à sua saúde (FAIAL, *et al.* 2006).

À medida que o adolescente atinge a fase final da adolescência, há um amadurecimento da sua própria identidade e de suas opiniões, diminuindo as influências dos membros de seu grupo e aumentando a capacidade de avaliar riscos e de tomar decisões conscientes (UNICEF, 2011). Porém, percebe-se uma maior propensão ao consumo de cigarros e experiências com drogas e álcool na fase final da adolescência, persistindo por toda a vida adulta (UNICEF, 2011).

Assim, em decorrência das mudanças e adaptações vivenciadas durante a adolescência, como meio de fuga ou de resolução de problemas, curiosidade ou influências de amigos e familiares, os adolescentes assumem comportamentos que os expõem a situações de risco, trazendo sérias consequências para sua saúde, para seu relacionamento familiar e comunitário, tornando-se um grande problema de saúde pública no Brasil e no mundo (LUZ *et al.*, 2018; FRANKLIN *et al.*, 2018; TEIXEIRA *et al.*, 2017).

Condições socioeconômicas, gênero, estresse, relação conflituosa com familiares e amigos são fatores psicológicos e comportamentais de risco à saúde do adolescente que favorecem uma autopercepção negativa em saúde nessa população (SILVA *et al.*, 2016). Situações experimentadas durante a adolescência contribuem para o agravamento da saúde física e mental dessa faixa etária, como a desestruturação familiar; concepções equivocadas dos pais sobre o ato de educar; a postura autoritária dos pais; a frustração dos pais diante das aspirações educacionais e profissionais irrealizáveis dos filhos; a representação social do adolescente como ser rebelde; os abusos na infância; as situações familiares de desemprego, carência, abandono, uso de drogas; a violência na família, na escola e na vizinhança; a baixa escolaridade; a pobreza e a exclusão social (BARROS; SUGUIHIRO, 2003; FERNANDES, 2016; MARTINS *et al.*, 2007; NUNES; SARTI; OHARA, 2008; UNICEF, 2011).

Além dessas, a insatisfação perante a realidade vivenciada, uma característica marcante da adolescência, e a fragilidade do ambiente familiar como ponto de apoio e referência para os jovens propiciam as atitudes de violência na família, tornando-se um risco para a saúde física e mental dessa faixa etária (FIAL *et al.*, 2016).

Como consequência dos comportamentos violentos do adolescente, que fora do convívio familiar, inserido num ambiente escolar excludente, com o sentimento de medo e insegurança pessoal procura solução para seus problemas no uso abusivo de álcool e outras drogas e na prática do *bullying* (FIAL *et al.*, 2016). O uso e abuso de bebidas alcoólicas, tabaco e drogas psicotrópicas pelos adolescentes é influenciado pela imaturidade físicas e psíquicas associadas a falta de lazer, as precárias condições sociais e familiares que tornam os

adolescentes mais vulneráveis (FIAL *et al.*, 2016). Surge, então, a necessidade de auxiliar os adolescentes a enfrentarem seus problemas e dificuldades sem recorrerem a comportamentos de risco para sua saúde contribuindo para a formação de uma personalidade com autoestima e confiança diante dos pares (TEIXEIRA *et al.*, 2017).

Considerando ainda suas necessidades de conviver e ser aceitos em um grupo com características semelhantes, atreladas ao desejo da experimentação do novo, na atração pelo proibido, na sensação de poder sobre suas vidas e seus destinos, na convivência em grupo e na busca do prazer imediato, os adolescentes vivenciam uma identidade cultural que pode favorecer hábitos prejudiciais à saúde como solidão, consumo de bebida alcoólica, uso de tabaco e outras drogas (CORSANO *et al.*, 2017; LUZ *et al.*, 2018; TEIXEIRA *et al.*, 2017). Cada vez mais precocemente, jovens se expõem ao uso de bebida alcoólica e tabaco, ao consumo de drogas, a alimentação inadequada, envolvendo-se cada vez mais em situações de risco como violência e realizando cada vez menos atividades físicas (LUZ *et al.*, 2018; FRANKLIN *et al.*, 2018; TEIXEIRA *et al.*, 2017). Portanto, estão cada vez mais expostos às situações que revelam indícios de problemas físicos e psicológicos que requerem intervenção a fim de prevenir problemas de saúde futuros como agressões pelo parceiro no namoro, envolvimento em briga física e porte de armas (YOUTH VIOLENCE, 2016).

Autores apontam o comportamento sexual de risco, o uso de álcool e outras drogas e a violência como as principais vulnerabilidades à saúde do adolescente (FIAL *et al.*, 2016). Nota-se, nessa faixa etária, a vivência de um comportamento sexual de forma inconsequente com uma iniciação sexual cada vez mais precoce, com baixa adesão ao uso do preservativo, multiplicidade de parceiros e riscos crescentes à propagação das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e a gravidez precoce (FIAL *et al.*, 2016).

A saúde dos adolescentes também sofre influência da cultura machista no comportamento dos adolescentes (COELHO, M. *et al.*, 2017). Alguns comportamentos perigosos a saúde se diferem entre os sexos, sendo o sexo masculino mais envolvido em comportamentos como violência, uso de maconha e comportamento sexual de risco (COELHO, M. *et al.*, 2017). Já as meninas apresentam maior comportamento para falta de atividade física, com uma tendência de equiparação entre os sexos no consumo de álcool e outras drogas, nas condutas relacionadas à segurança pessoal, à tristeza e à intenção de suicídio (COELHO, M. *et al.*, 2017).

O desenvolvimento físico e sexual mais adiantado nas adolescentes se reflete no seu desenvolvimento cerebral, sendo mais precoce e menos prolongado que os meninos. Assim, há uma tendência dos adolescentes do sexo masculino em agir impulsivamente e a

pensar de forma acrítica (UNICEF, 2011). Já as meninas na fase final da adolescência, influenciadas pelas ansiedades relacionadas à imagem corporal e os estereótipos da beleza feminina impostos por fatores culturais e pelos meios de comunicação, apresentam maior vulnerabilidade a depressão, distúrbios alimentares, como anorexia e bulimia, discriminação de gênero e abusos (UNICEF, 2011).

A influência da mídia, da educação para a saúde, da renda, da família e da escola nessa faixa etária, pode favorecer a adoção de hábitos saudáveis pelo adolescente. Percebe-se que os adolescentes reproduzem as orientações das famílias e das demais instituições, reconhecendo e apresentando posição social proibitiva para alguns hábitos prejudiciais à saúde como em relação ao uso de drogas ilícitas (LUZ *et al.*, 2018; TEIXEIRA *et al.*, 2017).

Assim, para garantir um desenvolvimento saudável aos adolescentes é preciso que a família, a escola, os profissionais de saúde e a sociedade estabeleçam parcerias entre si e dialoguem com os adolescentes a fim de criarem estratégias de saúde pública que sejam de acordo com os anseios da juventude (FIAL *et al.*, 2016).

2.2 Histórico das políticas públicas brasileiras de saúde do adolescente

Percebeu-se durante muitos anos um descuido com a saúde dos adolescentes e uma dificuldade em delimitar, nas ciências da saúde, quem são os adolescentes, repercutindo na dificuldade de estruturação de políticas públicas para essa população (HORTA; SENA, 2010). No Brasil, as primeiras legislações voltadas para a garantia da assistência e proteção a crianças e adolescentes surgem na década de 1920, com o movimento de defesa dos direitos de crianças e adolescentes que propicia a criação do Código Mello Mattos, de 1927 e o Código de Menores, de 1979 que reconhecia a situação de pobreza e vulnerabilidades das crianças e adolescentes moradores de rua (BRASIL, 2014). Tal modelo propiciou a ampliação das instituições filantrópicas voltadas para o controle e a proteção das crianças e adolescentes em situações de vulnerabilidade social (BRASIL, 2014).

Os primeiros serviços de saúde voltados para os adolescentes brasileiros, surgiram na década de 1970, tendo características assistenciais e associados às universidades (JAGER *et al.*, 2014). Nessa década, surgiu um grande número de organizações não governamentais (ONGs) e movimentos civis que buscavam sensibilizar a sociedade e o governo para incluir o adolescente e o jovem nas políticas públicas (JAGER *et al.*, 2014).

O movimento nacional de promoção e defesa dos direitos de crianças e adolescentes alcançou maior êxito na década 1980, ao influenciar a Assembleia Nacional

Constituinte (1986-1988), com a emenda popular denominada “Criança, Prioridade Nacional”, que incluiu na Constituição Federal de 1988 a responsabilidade da família, da sociedade e do Estado para com os direitos fundamentais de crianças e adolescentes (BRASIL, 2014). Assim, em 1986, o Estado, por meio do Ministério da Saúde, integrou a assistência primária à saúde dos adolescentes, desenvolvendo as primeiras ações de programas aos adolescentes e jovens na área da saúde, voltadas, principalmente, para doenças sexualmente transmissíveis, HIV e AIDS, uso de drogas ilícitas, acidentes de trânsito e gravidez precoce (JAGER *et al.*, 2014).

Posteriormente, no ano de 1989, foi aceita a Convenção sobre os direitos da criança pela Assembleia Geral das Nações Unidas e ratificada pelo governo brasileiro em 24 de setembro de 1990, obrigando os estados a realizarem políticas públicas nos diversos contextos e grupos sociais, incluindo os adolescentes (BRASIL, 2007). A partir da Convenção sobre os Direitos da Criança, o adolescente passa a ser valorizado como ser humano, detentor de direitos e, na condição de pessoa em desenvolvimento, com necessidade de respeito e prioridade absoluta nas políticas públicas (BRASIL, 2010a). Ocorreu então, a partir da década de 1980, um desenvolvimento da medicina do adolescente com o surgimento de comitês voltados para a saúde do adolescente e vinculados às sociedades de pediatria regionais (JAGER *et al.*, 2014).

Durante os anos 1980, com a promulgação das funções do Estado, a Política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes brasileiros (SMCA) começou a ser idealizada com sua integração à agenda da saúde mental pública (COUTO; DELGADO, 2015). Tomando como marco a Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde, que estabelecem a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) garantindo a saúde como direito de todos e como dever do Estado, tem-se a partir da década de 1990, a formulação de ações programáticas destinadas ao adolescente, tornando-se um marco histórico das políticas públicas para este grupo (HORTA; SENA, 2010). Em 1989, há a implantação do Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), sendo o primeiro programa voltado para a prevenção de doenças e promoção da saúde dos adolescentes de idade entre 10 e 19 anos (JAGER *et al.*, 2014). No ano de 1990 há a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) pela Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990 (BRASIL, 2010a). O ECA fundamenta a Doutrina da Proteção Integral à criança e ao adolescente, reconhecendo-os como sujeitos de 12 a 18 anos de idade, com direitos nas diversas condições sociais e individuais (BRASIL, 2010a). Dessa forma, prioriza as políticas e programas de assistência social e as políticas compensatórias ou inclusivas como estratégias para redução dos riscos e agravos de saúde dos jovens (BRASIL,

2010a). Além disso, o ECA assegura direitos especiais e proteção integral ao adolescente, além de estabelecer a obrigatoriedade da notificação compulsória pelos profissionais de saúde de casos suspeitos ou confirmados de violência e maus-tratos contra a criança e o adolescente (MALTA *et al.*, 2017a).

Na década de 1990, com o aumento populacional de indivíduos entre 10 e 24 anos e a modificação na estrutura etária da população brasileira, percebeu-se que eventos ocorridos nessa faixa etária trariam repercussões nas faixas etárias subsequentes, principalmente relacionados à saúde da população brasileira (HORTA; SENA, 2010). Em 1993 tem-se a declaração da Lei Orgânica da Assistência Social (Lei Nº 8.742) de 07 de dezembro de 1993 que vem assegurar existência digna e justiça social aos brasileiros, amparando as crianças, adolescentes e jovens carentes ou portadores de deficiência (BRASIL, 2010a).

Com diretrizes do SUS de descentralização e de territorialização das ações e dos serviços de saúde, implantadas na década de 1990, e o aumento da população adolescente, as políticas de saúde são formuladas de forma a atenderem à necessidade da população de maneira unificada, ainda sem atentar para as necessidades subjetivas e específicas da adolescência (HORTA; SENA, 2010). Assim, a saúde do adolescente é redirecionada para a Atenção Básica, por meio do Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (JAGER *et al.*, 2014).

Em 1993, a Lei Orgânica da Assistência Social vem assegurar existência digna e justiça social a todos, amparando crianças, adolescentes e jovens incapazes de prover a si mesmo ou por sua família (BRASIL, 2010a). Em 1996, o Decreto Presidencial n.º 1.904/1996 lança o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH), em que o governo brasileiro se compromete a realizar as decisões das Conferências Mundiais e demais atos internacionais, com ações destinadas às crianças e adolescentes, como a prevenção e a punição severa da exploração sexual, com programas especiais para redução da violência doméstica e uso de drogas, e as ações que eliminem e punam a prática do trabalho infantil (BRASIL, 2007).

A partir de 1999, há a delimitação etária de 15 a 24 anos para designar adolescentes, como um grupo de indivíduos que se desenvolve e contribui para o desenvolvimento do país (HORTA; SENA, 2010). A partir de então, as políticas de saúde destinadas para essa faixa etária, são voltadas principalmente para os riscos e ameaças que repercutem nessa população como as DST/HIV, a gravidez e ao combate do uso das drogas, ofertadas à população de forma generalizada, sem o cuidado de atentar para a pluralidade das vivências e especificidades dos jovens e adolescentes brasileiros (HORTA; SENA, 2010). Em 2001, tem-se a criação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e

Violências por meio das portarias nº 737/2001 e MS/GM nº 1.968, voltada para o enfrentamento da violência contra as crianças e adolescentes (BRASIL, 2010b). Com essa Política Nacional define-se e estabelece-se o instrumento de notificação dos casos de suspeita ou de confirmação de violência contra crianças e adolescentes às autoridades competentes (BRASIL, 2010b).

A partir de 2001, tem-se também a divulgação da Lei 10.216 e a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) ampliando suas ações e princípios para a saúde mental de crianças e adolescentes, tornando-se um marco na história da saúde mental para esse grupo (COUTO; DELGADO, 2015). Assim, o Estado brasileiro assume a responsabilidade pelo cuidado da saúde mental e tratamento das crianças e adolescentes brasileiros, que assim como os adultos, são susceptíveis ao sofrimento e adoecimento mental, com direito de serem cuidados em suas necessidades psíquicas e sociais (COUTO; DELGADO, 2015). Em fevereiro de 2002, publica-se a Portaria 336/2002 que estabelece os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dentre eles os CAPSi, voltado ao atendimento de crianças e adolescentes com necessidades de atenção à saúde mental (COUTO; DELGADO, 2015).

Porém, concomitantemente a III CNSM, entre 1995 e 2002 as ações em saúde do adolescente são direcionadas à criminalidade, com o enfrentamento do crime, tráfico e violência contra o adolescente (JAGER *et al.*, 2014). Em 2003, é instituída a Política Nacional de Atenção às Urgências pela portaria nº 1.863 (BRASIL, 2010b) contribuindo para maiores discussões sobre as políticas públicas voltada para os jovens e adolescentes por meio da Secretaria Nacional de Juventude e do Conselho Nacional de Juventude (HORTA; SENA, 2010; JAGER *et al.*, 2014). Em 2006, é lançada a Política Nacional de Promoção da saúde (PNPS), construindo um modelo de atenção que prioriza a qualidade de vida, com ações para a prevenção de violências e estímulo à cultura de paz (BRASIL, 2010b). Nesse mesmo ano, define-se a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde, com a determinação do número de consultas médicas e de enfermagem ao adolescente nas unidades básicas de saúde com a portaria nº 1097/GM (JAGER *et al.*, 2014).

Assim, a partir de 2006, no conjunto de diretrizes e ações específicas da Política Nacional de Promoção da Saúde, da Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 648/2006) e das Diretrizes para organização de redes de atenção integral às urgências (Portaria nº 1.020/2009), tem-se um alinhamento dos eixos de ações relativos à promoção da saúde e à atenção integral às pessoas em situação de violência, incluindo-se os adolescentes,

culminando com a implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2017).

Em 2006, criou-se o documento “Marco Teórico e Referencial da Sexualidade e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens” contendo informações e problematizando situações sobre as necessidades de grupos específicos de adolescentes (JAGER *et al.*, 2014). Em 2007, foi elaborado o “Marco Legal”, documento que incluía as diretrizes para uma política de atenção integral à saúde dos adolescentes e jovens, financiadas pelo Pacto pela Saúde e de Gestão, possibilitando desenvolver ações mais focadas na promoção da saúde do adolescente, em especial na atenção primária (HORTA; SENA, 2010). Além do “Marco Legal”, foram criados outros documentos voltados para a saúde do adolescente como “Saúde Integral de Adolescentes e Jovens – orientações para a organização dos serviços de saúde” (JAGER *et al.*, 2014). Tais documentos forneceram dados e informações que culminaram com a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, que contou com a ampla participação dos movimentos sociais em consonância com a Constituição Federal e o ECA (JAGER *et al.*, 2014).

Em 2007, por meio do art. 4º do Decreto nº 6.286, tem-se a criação do Programa Saúde na Escola (PSE), uma parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação e organismos internacionais, voltado para a prevenção, promoção e atenção a saúde dos estudantes da rede pública de educação básica (BRASIL, 2009). Trata-se de uma das principais políticas públicas para infância e adolescência, destacando-se entre suas diretrizes a avaliação clínica, nutricional, oftalmológica bem como as ações de educação permanente em saúde, atividade física e saúde, incluindo as temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas (MACHADO *et al.*, 2015).

Em 2014, a Lei Nº 13.010, conhecida como “Lei Menino Bernardo” altera o Estatuto da Criança e do Adolescente, garantindo o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou tratamentos cruéis como forma de disciplina e educação, seja pelos pais, família ou qualquer outra pessoa encarregada dos seus cuidados (CALZA; DELL’AGLIO; SARRIERA, 2016).

Observa-se, durante o percurso histórico das políticas de saúde do adolescente, uma diversidade no modo de entender e conceituar a adolescência interferindo na construção das políticas públicas de saúde para essa população (JAGER *et al.*, 2014). Criaram-se as ações de assistência ao adolescente, porém, houve pouca visibilidade nas suas implantações, com pouca articulação e valorização da intersetorialidade e falta de incentivo ao protagonismo de adolescentes e jovens (JAGER *et al.*, 2014). Além disso, as políticas públicas destinadas ao

adolescente foram predominantemente baseadas no modelo tecnicista de verticalização das práticas profissionais, desconsiderando o saber do jovem e prejudicando a eficácia das ações em saúde para o público adolescente e jovem (JAGER *et al.*, 2014).

Assim, a literatura científica aponta a necessidade de integração das políticas de saúde com demais políticas voltadas para os adolescentes, com incorporação do diálogo sobre juventude entre as produções acadêmicas, para a melhoria das ações ofertadas aos adolescentes e jovens e a incorporação desse referencial na área da saúde (HORTA; SENA, 2010).

2.3 A família como determinante de saúde e doença

A dinâmica familiar transforma-se de acordo com o contexto histórico e social no qual a família está inserida, assumindo diversas configurações nas relações entre seus membros (COUTO; SCHRAIBER, 2005). Nos últimos anos, a família brasileira passou por diversas modificações em sua estrutura, com a diminuição no seu tamanho, aumento do número de arranjos monoparentais, crescimento no número de uniões conjugais sem vínculos legais, além da modificação das funções materna e paterna causada pelas alterações da função da mulher na sociedade e modificações no relacionamento entre seus membros (FÉRES-CARNEIRO *et al.*, 2017; ROQUE *et al.*, 2008). Assim, atualmente existem diferentes modelos de família formados a partir de uma reorganização de posições e valores como os modelos de famílias separadas, famílias recasadas, famílias monoparentais e família homoparental, capazes de influenciar no desenvolvimento do adolescente (FÉRES-CARNEIRO *et al.*, 2017). Porém, apesar das novas configurações familiares existentes na atualidade, ainda persiste na visão das famílias brasileiras o conceito de família nuclear, composta por pai, mãe e filhos, como uma instituição sólida e saudável (MARTINS *et al.*, 2007). Assim, alterações ocorridas neste núcleo de relações podem trazer prejuízos a percepção de suporte social, a manutenção do laço afetivo entre a mãe e o pai e a individuação mal-sucedida à mãe e ao pai, comprometendo o desenvolvimento do adolescente (SILVA; MELO; MOTA, 2016).

Autores consideram a família e as relações estabelecidas entre seus membros como um dos determinantes sociais do processo saúde-doença e um importante instrumento para as estratégias de prevenção em saúde (MARTINS *et al.*, 2007). Geralmente compreendida como um espaço de proteção e apoio, a família está sendo fonte de agressão e eventos estressores aos indivíduos, principalmente para as crianças e adolescentes

(HILDEBRAND *et al.*, 2015; MALTA *et al.*, 2010b; MATTOS *et al.*, 2015). Assim, no âmbito da saúde mental e da violência contra a criança e adolescentes, as relações familiares conflituosas trazem diversas consequências à saúde do adolescente como o desenvolvimento de problemas psicoafetivos e psicopatológicos como os problemas de conduta, depressão, ansiedade, problemas nos relacionamentos, dificuldade de aprendizagem com baixo desempenho escolar e hiperatividade (MALTA *et al.*, 2010b; HILDEBRAND *et al.*, 2015; MATTOS *et al.*, 2015).

Segundo Hildebrand *et al.* (2015) e Mattos *et al.* (2015), a composição, condições e qualidades de vida de cada núcleo familiar determinam sua vulnerabilidade a diversos riscos à saúde física e mental dos seus integrantes, inclusive à violência doméstica e situações de estresse ao adolescente. Assim, o ambiente doméstico, como fonte das relações afetivo-conjugais traz diversas tensões e conflitos, como desestruturação familiar, solidão, desemprego, pobreza, doenças na família, hierarquia e subordinação entre os sujeitos, relações conflituosas entre pais e filhos facilitando a inserção da violência e de problemas emocionais no espaço familiar (MAES *et al.*, 2016; MARTINS *et al.*, 2007; MATTOS *et al.*, 2015). Porém, a composição familiar e o modo como seus membros se relacionam podem exercer uma importante influência no desenvolvimento de seus integrantes, potencializando suas capacidades, oferecendo suporte emocional e social e contribuindo para o crescimento saudável dos indivíduos ou também uma fonte de risco, conflitos e estresse aos integrantes familiares (ROQUE *et al.*, 2008).

Entre os adolescentes, a relação entre pais e filhos constitui-se como um importante ambiente de interação interpessoal, em que pais com menor participação, menor apoio emocional aos filhos, e maior controle psicológico favorecem o aparecimento de sentimentos de solidão entre os adolescentes (MAES *et al.*, 2016). Estudos revelam que crianças que crescem em ambientes familiares constituídos por interações instáveis entre seus integrantes e sem a proteção dos pais têm dificuldade de relacionamento com o outro, adotando comportamentos antissociais e desenvolvendo alto risco de sofrer depressão e ansiedade, além de submeterem-se a hábitos prejudiciais à saúde como uso de álcool, tabaco e outras drogas (ADOLESCENT MENTAL HEALTH, 2018; TEIXEIRA *et al.*, 2017). Por outro lado, as boas relações familiares podem ser uma importante influência positiva e fonte de motivação para o abandono ou não ingresso ao mundo das drogas, interferindo no conceito que o adolescente constrói sobre alguns hábitos prejudiciais à saúde (TEIXEIRA *et al.*, 2017).

Com a Convenção Internacional dos Direitos Humanos, a Constituição Federal de 1988 e a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990, a família passa a

ser reconhecida como espaço de desenvolvimento e de responsabilidade pelos filhos, tendo o Estado como seu principal provedor das condições de garantia para o seu desenvolvimento (MALTA *et al.*, 2017a). Assim, é fundamental investir nas condições de saúde das famílias, atentando para suas vulnerabilidades e fornecendo estratégias para o desenvolvimento saudável dos seus integrantes, principalmente para as crianças e adolescentes, como um ambiente acolhedor e livre de riscos a sua saúde física e mental (AVANCI *et al.*, 2017).

2.4 Violência contra o adolescente

A violência é um agravo à saúde definido pelo uso de força física ou poder contra uma pessoa, famílias ou comunidades que resulte ou tenha possibilidade de causar lesão, morte, sofrimento, dano psicológico, privação ou prejuízo do desenvolvimento humano (AVANCI; PINTO; ASSIS, 2017; FRANÇA *et al.*, 2017). Sendo assim, trata-se de um agravo que abrange as várias formas de agressão contra crianças, adultos e idosos no contexto doméstico (MINAYO, 2006).

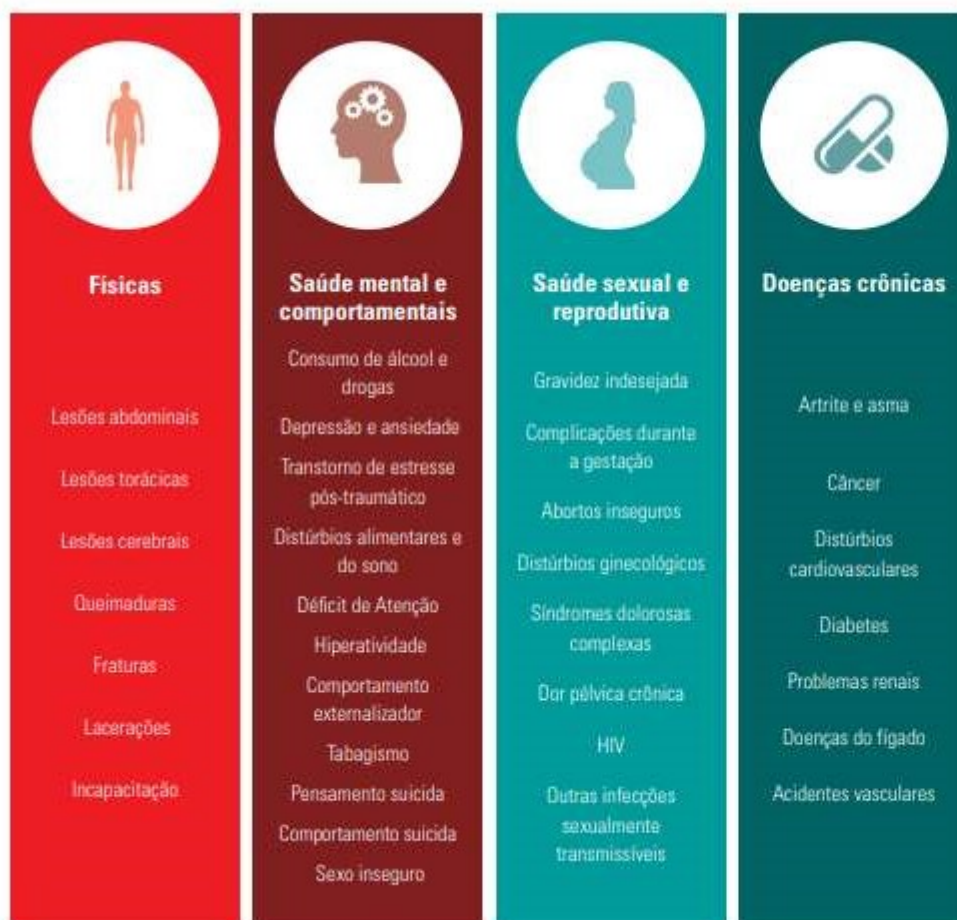
Ao longo dos ciclos da vida, os indivíduos experimentam diferentes situações e agravos a sua saúde, sendo os acidentes e violências predominantes entre os problemas de saúde vivenciados durante a infância, adolescência e início da vida adulta (MINAYO, 2006). Assim, após o ano de 1960, a violência passou a ser tratada como questão de saúde, sobretudo na área de pediatria (AVANCI *et al.*, 2017). No Brasil, as investigações sobre violência, em sua maior parte, iniciaram na década de 1980, por meio dos dados de mortalidade por causas externas (BARROS; XIMENES; LIMA, 2001). Em 1979, o grupo de agravos por causas externas ocupavam a quarta posição no quadro de mortalidade no Brasil, assumindo, em 1989, a terceira posição chegando a ocupar o segundo lugar no ranking das causas de mortalidade da população brasileira, em 1994, perdendo apenas para as causas de morte perinatais (BARROS; XIMENES; LIMA, 2001). Em 2010, as causas externas ocuparam a terceira causa de morte no país com 143.256 óbitos, sendo a primeira causa de morte na faixa etária de um a 39 anos (MASCARENHAS *et al.*, 2017).

Entre os anos de 1979 a 1995, os adolescentes ocuparam a primeira posição, por grupo etário, nas taxas de mortalidade por causas externas observando um aumento de quase três unidades na sua prevalência por ano de vida, assumindo aqueles entre 10 e 19 anos de idade mais de 90% do total de homicídios por causas externas (BARROS; XIMENES; LIMA, 2001). Em outros países como no Canadá, as lesões por causas externas são a principal causa

de morte, hospitalizações e atendimentos em serviços de emergência entre adolescentes e, assim como no Brasil, está associada a fatores sociais, econômicos, psicossociais e culturais (ASBRIDGE *et al.*, 2014).

Em 2015, a violência passou a ser a segunda causa de morte prematura no Brasil, persistindo até a atualidade como uma das principais causas de mortalidade e um importante problema de saúde em todo o país, trazendo diversas consequências à saúde dos adolescentes, conforme ilustrado na Figura 1 (FRANÇA *et al.*, 2017; OMS, 2014).

Figura 1 – Consequências da violência para o comportamento e saúde



Fonte: OMS, 2014.

A violência se manifesta em diferentes situações, sendo classificada em violência interpessoal, autoprovoada, comunitária, social, intrafamiliar ou institucional, podendo expressar-se, quando relacionadas a crianças e adolescentes sob as formas de negligência, abuso físico, abuso sexual ou psicológico (BRASIL, 2004; AVANCI; PINTO; ASSIS, 2017). Dentre suas classificações, a violência intrafamiliar e comunitária assumem grande magnitude

na população mundial, manifestando-se de forma diferencial entre os sexos, raça/cor, idade e condição socioeconômica dos envolvidos (AVANCI; PINTO; ASSIS, 2017).

A violência intrafamiliar pode ser entendida como atos que prejudiquem o bem-estar, o desenvolvimento físico, mental e social do indivíduo, praticados por um membro de sua família (BRASIL, 2004; SILVA; DELL'AGLIO, 2016), sendo as crianças, adolescentes, mulheres e idosos os grupos mais afetados por essa forma de violência (AVANCI *et al.*, 2017). Autores apontam que 2,5% ou 3,7 milhões de pessoas da população brasileira já sofreram violência ou agressão por pessoa conhecida, sendo a maioria mulheres vítimas das agressões por pessoas próximas ao seu convívio familiar ou social (MASCARENHAS *et al.*, 2017). Entre os adolescentes brasileiros, um em cada dez afirma ter sofrido agressão física por familiar no ano de 2012 (MALTA *et al.*, 2014a), ocupando o Brasil o 4º lugar, entre 99 países, na classificação de homicídios de crianças e adolescentes, o que indica a gravidade da violência contra essa faixa etária (DESLANDES; MENDES; PINTO, 2015).

Estudos têm apontado diversos fatores associados à violência intrafamiliar, como aspectos culturais que reforçam uma visão machista da sociedade adotando diferenças de gênero entre quem pratica e sofre a violência (COUTO; SCHRAIBER *et al.*, 2005; RATES *et al.*, 2015; MANDELBAUM; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2016). A menor escolaridade da mãe num contexto de maior vulnerabilidade social, a carência e fragilidade das famílias contribuem para a agressão intrafamiliar contra o adolescente (MALTA *et al.*, 2014b). Além disso, comportamentos familiares como morar e estabelecer pouco diálogo com os pais (MALTA *et al.*, 2011; MALTA *et al.*, 2014b; YADIRA; OCHOA; VIVEROS, 2016); morar somente com um dos pais, seguir normas culturais patriarcais baseadas em valores, crenças que remetem a violência; agressividade dos pais e episódios de violência na família (AVANCI *et al.*, 2017; SCHENKER; AVANCI; SILVEIRA, 2017); comportamentos de inferioridade e desigualdade entre os membros da família (AVANCI *et al.*, 2017); atitude de desrespeito a privacidade dos adolescentes (SOUZA; LAUDA; KOLLER, 2014); uso de álcool e drogas pelos pais ou responsáveis (AVANCI *et al.*, 2017; BARRETO *et al.*, 2010), propiciam o surgimento de episódios violentos na família. Associados aos comportamentos familiares, autores relacionam a condição socioeconômica da família; a dependência física, social e econômica entre os familiares (AVANCI *et al.*, 2017; BARRETO *et al.*, 2010), o risco de *bullying* (MELLO *et al.*, 2016) e os problemas de saúde mental (PAIXÃO, PATIAS E DELL'AGLIO, 2018) com a violência intrafamiliar praticada contra os adolescentes.

Na adolescência, ser do sexo masculino, ter baixo desempenho escolar, dificuldade de relacionamento com familiares e amigos, conflitos familiares com presença de

discussões e desentendimentos parentais, dificuldades e influências culturais nos exercício da paternidade e maternidade, presença de apenas um dos pais em casa e falta ou excesso de trabalho são alguns dos fatores apontados como predeterminantes à violência nessa fase (AVANCI; PINTO; ASSIS, 2017). Autores apontam que 25% das violências atendidas nos serviços de saúde são ocasionadas por agressões intrafamiliares, que acontecem dentro do domicílio sendo a mãe a principal agressora a crianças e adolescentes (AVANCI; PINTO; ASSIS, 2017).

Nesse contexto, crianças e adolescentes tornam-se vítimas das diversas formas de violência, principalmente as interpessoais e comunitárias, sendo a violência intrafamiliar a mais prevalente nessa faixa etária (FREITAS; MOURA; MONTEIRO, 2016). Acredita-se que a cultura da agressão como forma de correção de comportamentos inadequados ou de problemas típicos da adolescência, sendo considerada uma fase de rebeldia e afrontamento, favorece a violência nesse grupo (FREITAS; MOURA; MONTEIRO, 2016).

Assim, as ações de promoção de saúde em todos os países do mundo devem priorizar os adolescentes, considerando uma faixa etária que, devido às mudanças culturais relacionadas às desigualdades, à violência de gênero, as transformações e experimentação de novos comportamentos e experiências, estão se expondo a diversos fatores de risco, contribuindo para o aumento de acidentes e violências nessa faixa etária (MALTA *et al.*, 2014c).

2.5 Saúde mental e solidão entre os adolescentes

Segundo a OMS, os agravos à saúde mental são responsáveis por 16% da carga global de doenças e lesões entre os adolescentes, sendo influenciados por múltiplos fatores como: o desejo de maior autonomia; a pressão para se adequar aos pares; a exploração da identidade sexual e maior acesso e uso da tecnologia; a influência da mídia; as normas de gênero, a qualidade das relações com seus familiares e amigos; e os problemas socioeconômicos são reconhecidos como riscos à saúde mental (ADOLESCENT MENTAL HEALTH, 2018).

A solidão é considerada uma emoção negativa, um aborrecimento causado por uma percepção divergente daquela idealizada pelo sujeito sobre as relações interpessoais (KEARNS; CREAVER, 2017; STICKLEY *et al.*, 2016). Assim, reflete uma percepção negativa das relações com o outro, provocando inibição de comportamentos e desconfiança para novas interações sociais positivas (LAMSTER *et al.*, 2017; MURPHY, *et al.*, 2015).

Embora comumente relacionada às pessoas idosas, a solidão é experimentada em todas as idades sob diferentes causas e perspectivas influenciadas por fatores que revelam a necessidade humana de estabelecer relações sociais (LUHMANN; HAWKLEY, 2016).

Autores apontam um aumento de problemas mentais como ansiedade ou fobia social, solidão, relações afetivas negativas e depressão entre os adolescentes, tornando-se um período crítico para a saúde mental e alvo de investigações científicas (BAYTEMIR & YILDIZ, 2017). No adolescente, as mudanças sociais e de desenvolvimento ocorridas durante esse período, caracterizam uma fase de intensas relações sociais com a formação de amizades íntimas, relacionamentos amorosos e expansão de redes de relacionamentos (BAYTEMIR; YILDIZ, 2017; LUHMANN; HAWKLEY, 2016). Nessa fase, a solidão é uma experiência significativa no desenvolvimento da rede social do adolescente, sendo influenciada por alterações entre os relacionamentos com o outro, como mudanças nas expectativas de pares, nos papéis e relacionamentos na família (ALPASLAN, KOCAK, AVCI, 2016). O desejo de ser aceito e apreciado pelos colegas, por exemplo, favorece a solidão e prejudica a autoestima do adolescente, pois o adolescente começa a esconder suas atitudes ou características consideradas inadequadas para o grupo, desenvolvendo uma dificuldade de expor suas falhas e fraquezas na construção de um relacionamento social positivo (CORSANO *et al.*, 2017). Assim, o engajamento social, as limitações funcionais humanas, o número de amigos e a frequência e formas de contato social são fatores que afetam os níveis de solidão nas diferentes faixas etárias, sendo a renda e o número de amigos, fatores mais fortemente relacionados à solidão entre os mais jovens (LUHMANN; HAWKLEY, 2016).

A família e suas interações, principalmente as relações entre pais e filhos (HAMURCU *et al.*, 2016) e a relação entre os pares (CORSANO *et al.*, 2017; MELLO *et al.*, 2016; MURPHY *et al.*, 2015; PRIEST *et al.*, 2017) são condições associadas à solidão entre os adolescentes. Situações como não ter amigos, desconfiança no próximo (NYQVIST *et al.*, 2016), racismo (PRIEST *et al.*, 2017), visão de mundo ameaçadora e negativa, ambiente familiar e escolar hostis (MURPHY *et al.*, 2015; STICKLEY *et al.*, 2016), baixa renda, menor escolaridade dos pais, separação dos pais e diferentes estilos parentais são condições relacionados com a solidão entre os adolescentes (HAMURCU *et al.*, 2016).

Assim, características associadas à saúde mental como tristeza, dificuldade de dormir por preocupação, solidão, ideação suicida, e a relação destas com outros fatores como abuso de álcool e outras drogas, baixo desempenho escolar, atividades violentas e criminosas, abusos sofridos na infância, a violência familiar e comunitária, condições socioeconômicas desfavoráveis, a exposição a doenças psiquiátricas e abuso de drogas por pais ou responsáveis

despertam atenção na investigação da saúde física e mental dos adolescentes (CARVALHO *et al.*, 2011). Tais condições contribuem para o aumento do número de casos de depressão, ansiedade e transtornos alimentares entre os jovens (AVANCI *et al.*, 2007; UNICEF, 2011).

A solidão está associada a um estilo de vida pouco saudável, capaz de afetar a saúde física e mental dos indivíduos (LIM *et al.*, 2016; RICHARD *et al.*, 2017; TANSKANEN; ANTTILA, 2016). Na saúde mental, a solidão induzida por uma percepção negativa e ameaçadora do mundo social, é capaz de gerar traumas, depressão, suicídio e psicoses no indivíduo (BAYTEMIR; YILDIZ, 2017; LIM *et al.*, 2016; MURPHY, S.; MURPHY, J; SHEVLIN, 2015; RICHARD *et al.*, 2017; STICKLEY *et al.*, 2016), percebendo-se um distanciamento emocional entre os indivíduos solitários (COELHO, G. *et al.*, 2017) e uma tendência em reduzir as emoções positivas (KEARNS; CREAVEN, 2017).

Na saúde física a solidão aumenta o risco de relatar doenças crônicas, níveis de colesterol mais elevados, diabetes, angústia, depressão, auto-avaliação negativa de saúde, e também de comportamentos de risco como o tabagismo, sedentarismo e hábitos alimentares incorretos entre os mais jovens (RICHARD *et al.*, 2017). Assim, autores sugerem que a redução da solidão pode ser útil na redução de vários sintomas de saúde mental e melhoria da saúde e bem estar dos indivíduos (LIM *et al.*, 2016; STICKLEY *et al.*, 2016). O apoio social é um forte aliado para minimizar os efeitos da solidão, seja por meio da família e de amigos, principalmente durante as situações de estresse vivenciadas durante o período da adolescência (LEE; GOLDSTEIN, 2016).

Assim, investir em comportamentos como: padrões de sono saudáveis; prática de atividade física regular; melhor capacidade de enfrentamento das situações adversas com melhores habilidades de interações interpessoais; maior capacidade de administrar emoções, apoio familiar, escolar e da comunidade em geral, favorecem a saúde mental dos adolescentes, propiciando melhores condições para o desenvolvimento e manutenção de hábitos sociais e emocionais saudáveis entre os indivíduos (ADOLESCENT MENTAL HEALTH, 2018).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal com análise de dados secundários da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) realizada no ano 2015 (IBGE, 2016b).

3.2. Fonte dos dados: A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE)

A primeira edição da PeNSE ocorreu no ano de 2009, sendo a primeira pesquisa em âmbito nacional a investigar a saúde do escolar, com novas edições nos anos de 2012 e 2015. Trata-se de um inquérito entre escolares do 6º ao 9º ano o ensino fundamental (antigas 5ª e 8ª séries) e da 1ª a 3ª série do ensino médio que monitora diversos temas sobre a saúde do adolescente, disponibilizando informações com dados atualizados sobre a distribuição dos fatores de risco e proteção à saúde de estudantes de 13 a 17 anos de idade, para as grandes regiões, unidades da federação e municípios das capitais brasileiras (IBGE, 2016a).

Portanto, a PeNSE fornece informações sobre a complexidade e a dinâmica da exposição das crianças e adolescentes a fatores de risco, apresentando a contribuição da escola para o bem-estar físico e psicológico dos mesmos, com informações sobre infraestrutura disponível para alimentação, atividade física, acessibilidade, saneamento básico e higiene, sobre regras e normas escolares, políticas de assistência à saúde, segurança do entorno dentre outras (IBGE, 2016a).

3.3 Local e período de estudo

O estudo foi realizado nas escolas de ensino regular públicas e privadas entre os meses de abril e setembro de 2015, nas cinco grandes regiões do país (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste) e, conseqüentemente, Brasil (IBGE, 2016a).

3.4 População do estudo e amostra

Os procedimentos de amostragem utilizados pela PeNSE no ano de 2015 resultaram em duas amostras, com planos amostrais distintos, a fim de proporcionar análises das situações de vida dos adolescentes sob diferentes recortes (IBGE, 2016a).

A primeira amostra (Amostra I) foi composta por escolares frequentando, no ano letivo de 2015, o 9º ano do ensino fundamental (antiga 8ª série) nas escolas públicas e privadas situadas nas zonas rurais e urbanas de todo território nacional. A Amostra II compreendeu os estudantes de 13 a 17 anos de idade que frequentavam, no ano letivo de 2015, do 6º ao 9º ano do ensino fundamental (antigas 5ª a 8ª séries) e da 1ª a 3ª série do ensino médio de escolas públicas e privadas de todo o território brasileiro (IBGE, 2016a).

Para esse estudo, foi utilizada a Amostra II da PeNSE de 2015 que, distinguindo da Amostra I, permite a compação da distribuição por idade em cada estrato geográfico dos alunos de 13 a 17 anos. A Amostra II da PeNSE também permite a identificação e acompanhamento dos fatores relacionados ao desenvolvimento físico-biológico dos escolares e do tempo de exposição às condições de risco para a sua saúde, além de possibilitar uma maior comparabilidade com indicadores internacionais (IBGE, 2016a).

A PeNSE utilizou planos amostrais por conglomerados estratificado por cada uma das cinco grandes regiões do Brasil (Nordeste, Sudeste, Sul, Norte e Centro-oeste) totalizando em cinco estratos. Para equiparar os totais estimados do número de matriculados e os totais de escolas cadastradas no sistema de microdados do Censo Escolar 2015, optou-se pela calibração dos pesos por idade e Grande Região (IBGE, 2016a).

Portanto, foram estudados, na Amostra II da PeNSE, um total de 10.926 estudantes de 13 a 17 anos de idade que frequentavam o 6º ao 9º ano do ensino fundamental (antigas 5ª a 8ª séries) e da 1ª a 3ª série do ensino médio de escolas públicas e privadas de todo o território brasileiro no ano de 2015 (IBGE, 2016a).

3.5 Critérios de exclusão

Foram excluídos da Amostra II as escolas com menos de 15 alunos matriculados, estudantes do turno noturno, e os escolares das seguintes modalidades do ensino médio: educação de jovens e adultos (EJA), educação profissional concomitante, educação profissional, subsequente, educação profissional mista (concomitante + subsequente), 4º ano/4ª série do ensino médio regular, integrado ou normal/magistério (IBGE, 2016a).

3.6 Coleta de dados

A coleta dos dados da PeNSE ocorreu entre os meses de abril e setembro de 2015. Foram investigadas informações sobre as condições de vida do adolescente escolar por meio

de um questionário aplicado aos alunos e outro questionário direcionado ao diretor ou responsável pela escola sobre as características gerais das escolas frequentadas pelos adolescentes, conforme metodologia recomendada pela Global School-based Student Health Survey - GSHS, desenvolvida pela OMS (IBGE, 2016b).

Os escolares, por meio de aparelhos de *smartphone*, responderam ao questionário estruturado, autoaplicável, fundamentado em instrumentos utilizados em inquéritos globais (IBGE, 2016b). Trata-se de um questionário amplo, contendo diversos temas como alimentação, atividade física, uso de tabaco e álcool, saúde sexual e reprodutiva, utilização de serviços de saúde e, em especial, sobre a violência, segurança e acidentes e aspectos da saúde mental dos adolescentes (ANEXO A).

3.7 Variáveis do estudo

O desfecho sofrer violência intrafamiliar praticada por adulto da família contra o adolescente foi investigado pela pergunta “*Nos últimos 30 dias, quantas vezes você foi agredido(a) fisicamente por um adulto da sua família?*”, categorizada em: não (nenhuma vez); uma vez (uma vez nos últimos 30 dias); mais de uma vez (duas ou mais vezes nos últimos 30 dias).

O desfecho solidão foi apurado pela pergunta “*Nos últimos 12 meses com que frequência tem se sentido sozinho(a)?*”, categorizado em: não (nunca, raramente ou às vezes) e sim (sempre e na maioria das vezes).

As variáveis que caracterizam a violência intrafamiliar e solidão entre os adolescentes foram reunidas em quatro grupos por afinidade de conceitos, sendo eles:

a) Características sociodemográficas:

- idade, categorizada em: 13 a 15 anos e 16 a 17 anos;
- sexo, categorizada em: masculino e feminino;
- cor da pele categorizada em: branca, preta, amarela, parda e indígena;
- escolaridade materna, sendo o nível de ensino (grau) que a mãe do escolar estudou ou estuda, agregada em 4 categorias: a primeira (nenhuma ou fundamental incompleto), a segunda (ensino fundamental completo ou ensino médio incompleto), a terceira (médio completo ou superior incompleto) e a quarta (superior completo);
- dependência administrativa da escola, categorizada em pública e privada;

b) Saúde mental:

- ter amigos, sendo a quantidade de amigos próximos relatada pelo escolar, categorizada como não (nenhum amigo); ou sim: (1, 2, 3, ou mais amigos);
- ter insônia, sendo a frequência que o escolar não conseguiu dormir à noite porque algo o(a) preocupava muito, categorizada em não (nunca, raramente e às vezes nos últimos 12 meses); ou sim (na maioria das vezes, sempre nos últimos 12 meses);
- sofrer *bullying*, sendo frequência que algum dos colegas de escola esculacharam, zoaram, mangaram, intimidaram ou caçoaram tanto que o adolescente ficou magoado, incomodado, aborrecido, ofendido ou humilhado, agregada em três categorias: a primeira (nunca), a segunda (raramente, as vezes) e a terceira (na maior parte do tempo, sempre);

c) Comportamentos e hábitos de vida:

- uso do tabaco, frequência de dias em que o escolar fumou cigarro nos últimos 30 dias, categorizada em não (nenhum dia) e sim (1 a todos os 30 dias);
- consumo de bebida alcoólica, sendo a frequência de dias em que o adolescente ingeriu pelo menos um copo ou uma dose de bebida alcoólica nos últimos 30 dias, sendo categorizada em não (nenhum dia) e sim (1 a todos os 30 dias);

d) Contexto familiar:

- fazer refeição com a família 5 dias ou mais, sendo a frequência de dias que costumam almoçar ou jantar com sua mãe, pai ou responsável categorizada em: não (não, raramente, 1 a 3 vezes semanais) e sim (5 a 6 vezes ou todos os dias na semana);
- ter pais compreensivos, frequência que os pais ou responsáveis entenderam os problemas e preocupações dos filhos, agregada em duas categorias: não (Nunca, raramente) e sim (às vezes, na maior parte do tempo, sempre);
- supervisão familiar, frequência que pais ou responsáveis sabiam realmente o que o filho estava fazendo em seu tempo livre, categorizada em: sim (às vezes, na maior parte do tempo, sempre; e não (nunca, raramente).

3.8 Análises estatísticas

Conforme descrição a seguir, as análises estatísticas foram realizadas de forma desagregada e diferenciada de acordo com os objetivos específicos propostos para cada um dos desfechos de investigação. Para todas as análises foram considerados a estrutura amostral

e os pesos de pós-estratificação. Os dados foram analisados com auxílio do pacote estatístico Stata, versão 13.

3.8.1 Objetivo específico i - Fatores associados a sofrer agressão física praticada por adulto da família

Realizou-se a análise descritiva com cálculo da prevalência e dos seus respectivos intervalos de confiança a 95% (IC 95%) para o desfecho de sofrer violência praticada por adulto na família contra o adolescente, segundo as características sociodemográficas, contexto familiar, estilos de vida e saúde mental. Posteriormente, a fim de estimar as associações entre as variáveis explicativas com a violência intrafamiliar, calculou-se a *Odds Ratio* (OR) bruto, sendo as variáveis que se apresentaram associadas ao nível de $p < 0,20$ escolhidas para o modelo multivariado de regressão logística multinomial, que segundo autores, é o mais comumente utilizado para se avaliar associações estatísticas quando o desfecho de interesse é composto por mais de duas categorias (CAMEY *et al.* 2014).

Para a análise multivariada, as variáveis explicativas foram inseridas em cada modelo de forma decrescente, sendo inseridas primeiras aquelas com maior poder de associação seguido daquelas de menor poder de associação. Portanto, para o modelo de investigação da violência intrafamiliar as variáveis foram inseridas na seguinte ordem: cor/raça, ter insônia, sofrer *bullying*, consumo de bebida alcoólica, uso de tabaco, ter pais compreensivos, supervisão familiar, dependência administrativa da escola, fazer refeição com a família 5 dias ou mais, sexo, escolaridade materna, idade, ter amigos.

Assim, todas as variáveis foram mutuamente ajustadas e calculada a OR ajustada (ORa) para a frequência de sofrer violência intrafamiliar entre os adolescentes, permanecendo no modelo final de violência intrafamiliar contra os adolescentes apenas as variáveis estatisticamente associadas ($p < 0,05$).

3.8.2 Objetivo específico ii - Fatores associados ao sentimento de solidão entre adolescentes brasileiros

Procedeu-se uma análise descritiva com a apuração da prevalência e dos seus respectivos IC 95% para o desfecho de sentir solidão entre os adolescentes, segundo as características sociodemográficas, contexto familiar, estilos de vida e saúde mental. Em seguida, utilizou-se a regressão de Poisson com cálculo da Razão de Prevalência (RP) bruta

para a investigação do desfecho de sentir solidão entre os adolescentes, que conforme apontado por autores, o modelo de regressão de Poisson é um dos mais adequados para avaliar a razão de prevalência em desfechos com prevalência maior que 10%, já que as estimativas das razões de prevalência apresentam-se mais conservadoras com intervalos de confiança menores, quando comparadas ao modelo logístico de regressão (CAMEY *et al.*, 2014; FRANCISCO *et al.*, 2008).

As variáveis que se apresentaram associadas ao nível de $p < 0,20$ foram selecionadas para o modelo multivariado de regressão de Poisson para avaliar as associações entre as variáveis explicativas com a solidão entre os adolescentes. Para o modelo investigativo de solidão, seguiu-se a seguinte ordem de inserção das variáveis explicativas: ter insônia, *bullying*, sexo, consumo de bebida alcoólica, ter amigos, fazer refeição com a família 5 dias ou mais, ter pais compreensivos, escolaridade materna, uso de tabaco, violência intrafamiliar. Assim, todas as variáveis foram mutuamente ajustadas e calculada a RP ajustada (RPa) para a solidão entre os adolescentes. Após o ajuste por todas as variáveis de cada modelo de investigação, assim como na análise do objetivo específico anterior, permaneceu no modelo final de solidão entre os adolescentes apenas as variáveis estatisticamente associadas aos desfechos investigados ($p < 0,05$).

3.8.3 Objetivo específico iii - Relação entre a violência intrafamiliar e o sentimento de solidão entre adolescentes brasileiros

Para investigar a relação entre violência e solidão entre os adolescentes brasileiros, a variável violência intrafamiliar foi acrescentada ao modelo final de solidão, após a inclusão de todas as demais variáveis no modelo. Assim, pela análise múltipla de regressão de Poisson, foi estimada a razão de prevalência ajustada pelas demais variáveis referentes às características sociodemográficas, contexto familiar, estilos de vida e saúde mental, entre a violência intrafamiliar e a solidão vivenciada por adolescentes brasileiros.

3.9 Aspectos éticos

Os escolares participaram voluntariamente da pesquisa e registraram a anuência referente ao termo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no *smartphone*. Somente foram analisadas as informações referentes aos alunos que concordaram como o TCLE. Para oferecer maior confiança e segurança aos participantes, permitiu-se a escolha em

responder ou não as perguntas do questionário e preservou-se o anonimato dos estudantes e escolas participantes (IBGE, 2015). A pesquisa seguiu as recomendações do Estatuto da Criança e do Adolescente que garante a autonomia do adolescente em participar de pesquisas para fins de subsidiar políticas de proteção à saúde do adolescente e que não ofereçam risco a sua saúde. Contou-se ainda com a autorização das Secretarias Estaduais e Municipais de Educação e da direção das escolas participante. A PeNSE 2015 foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), mediante Parecer CONEP n. 1.006.467, de 30 de março de 2015.

4 RESULTADOS

4.1 Características da amostra de estudo

A Amostra II da PeNSE foi composta por 10.926 estudantes de 13 a 17 anos de idade que frequentavam o 6º ao 9º ano do ensino fundamental (antigas 5ª a 8ª séries) e da 1ª a 3ª série do ensino médio de escolas públicas e privadas de todo o território brasileiro. A tabela 1 mostra que, para as características sociodemográficas investigadas, 61,9% dos adolescentes tinham entre 13 e 15 anos de idade, 50,3% eram do sexo masculino e 49,7% do sexo feminino. Segundo a cor da pele, 36,2% se declararam brancos e 43,6% pardos, enquanto que 25,0% eram filhos de mães com nenhuma instrução ou ensino fundamental incompleto e 87,1% dos adolescentes investigados estudavam em escola pública. Para as características relacionadas a saúde mental, 4,5% relataram não ter amigos, 11,3% afirmaram ter dificuldade para dormir, que será aqui utilizado como sinônimo de insônia, e 6,6% foram vítimas de *bullying* na maior parte do tempo ou sempre. Quanto aos comportamentos e hábitos de vida, 6,6% dos adolescentes relataram uso de cigarro e 29,3% consumiram bebida alcoólica nos últimos 30 dias anteriores a pesquisa. Quanto ao contexto familiar, 31,3% não faziam refeição junto com a família por cinco dias ou mais na semana, 33,1% relataram não ter pais compreensivos ou que não entendem seus problemas e 21,2% afirmaram que os pais não sabem o que eles faziam no tempo livre, também interpretado como sinônimo de não receber supervisão familiar.

Tabela 1 –Características sociodemográficas, aspectos da saúde mental, comportamento e hábitos de vida e contexto familiar dos adolescentes brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, Brasil,2015

	N	%	IC (95%)
Total de adolescentes	10926		
I. Características sociodemográficas			
Idade			
13 a 15 anos	7119	61,9	57,4 – 66,3
16 a 17 anos	3807	38,1	33,7 – 42,6
Sexo			
Masculino	5522	50,3	48,6– 52,0
Feminino	5404	49,7	48,0 - 51,4
Cor/raça			
Branca	4300	36,2	34,3 - 38,2
Preta	1277	13,2	11,9 - 14,6
Amarela	463	4,1	3,6 - 4,7
Parda	4560	43,6	41,5 - 45,6
Indígena	318	2,9	2,4 - 3,5
Escolaridade materna			
Nenhuma ou ensino fundamental incompleto	2348	25,0	23,2 - 26,8
Ensino fundamental completo ou médio incompleto	1352	13,6	12,4 - 14,8
Ensino médio completo ou superior incompleto	2748	24,1	22,3 - 25,9
Superior completo	2104	13,7	11,5 - 16,3
Dependência administrativa da escola			
Pública	8287	87,1	82,6 - 90,5
Privada	2639	12,9	9,5 - 17,4
II. Saúde Mental			
Ter amigos			
Não	467	4,5	3,9 - 5,0
Sim	10412	95,5	94,9 - 96,1
Ter insônia			
Não	9640	88,7	87,8 - 89,5
Sim	1236	11,3	10,5 - 12,2
Sofrer bulliyng			
Nenhuma vez	6116	55,7	54,1 - 57,2
Raramente ou às vezes	4055	37,7	36,3 - 39,2
Na maior parte do tempo ou sempre	691	6,6	5,8 - 7,4
III. Comportamento e hábitos de vida			
Uso do tabaco			
Não	10234	93,4	92,7 - 94,1
Sim	692	6,6	5,9 - 7,3

Tabela 1 –Características sociodemográficas, aspectos da saúde mental, comportamento e hábitos de vida e contexto familiar dos adolescentes brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, Brasil, 2015

	N	%	(conclusão) IC (95%)
III. Comportamento e hábito de vida			
Consumo de bebida alcoólica			
Não	7804	70,7	68,8 - 72,5
Sim	3108	29,3	27,5 - 31,1
IV. Contexto familiar			
Fazer refeição com a família 5 dias ou mais			
Não	3365	31,3	29,4 - 33,4
Sim	7541	68,7	66,6 - 70,6
Ter pais compreensivos			
Não	3673	33,1	31,8 - 34,4
Sim	7191	66,9	65,6 - 68,2
Supervisão familiar			
Não	2112	21,2	19,8 - 22,8
Sim	8767	78,8	77,2 - 80,2

Notas: resultado ponderado conforme plano amostral complexo.

4.2 Fatores de risco e proteção relacionados à violência intrafamiliar contra os adolescentes brasileiros

A tabela 2 mostra que a prevalência de adolescentes de 13 a 17 anos que relataram sofrer violência intrafamiliar segundo variáveis sociodemográficas, saúde mental, estilos de vida e contexto familiar. Observou-se que 13,3% dos adolescentes entrevistados relataram terem sofrido violência intrafamiliar, sendo que 5,7% (IC_{95%}: 5,1 – 6,4) relataram ter sofrido violência intrafamiliar uma vez nos últimos 30 dias, e 7,6% (IC_{95%}: 6,7 – 8,5) relataram sofrer mais de uma vez no mesmo período. Percebeu-se que 8,6% (IC_{95%}: 7,6 – 9,6) dos adolescentes que tinham entre 13 e 15 anos de idade sofreram violência intrafamiliar mais de uma vez. Maior prevalência foi também observadas no sexo masculino, (8,6%; IC_{95%}: 7,4 – 10,0) nos que relataram ter insônia (13% ; IC_{95%}: 11,0 – 15,0) e nos que foram vítimas *bullying* na maior parte do tempo ou sempre (20,0%; IC_{95%}: 17,0 – 23,0) (Tabela 2). Quanto aos comportamentos e hábitos de vida, a tabela 2 mostra que 21,0% (IC_{95%}: 17,0 – 26,0) dos adolescentes que relataram uso de tabaco sofreram mais de uma vez a violência intrafamiliar, sendo também mais elevada entre os que consumiram bebida alcoólica (12,5%; IC_{95%}: 10,8 - 14,4), os que declararam não ter pais compreensivos (11,0%; IC_{95%}: 9,6 – 13,0) e os que

afirmaram que os pais não sabiam o que eles faziam no tempo livre(14,0%;IC_{95%}: 11,8 - 16,6).

Tabela 2 –Adolescentes de 13 a 17 anos que relataram sofrer violência intrafamiliar nos últimos 30 dias segundo características sociodemográficas, contexto familiar, estilos de vida, saúde mental, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, Brasil, 2015

(continua)

	Violência intrafamiliar nos últimos 30 dias		
	Nenhuma vez % (IC95%)	Uma vez % (IC95%)	Mais de uma vez % (IC95%)
Total	86,7 (85,46 – 87,85)	5,7 (5,1 – 6,4)	7,6 (6,7 – 8,5)
I. Características sociodemográficas			
Idade			
13 a 15 anos	85,3 (83,9 – 86,7)	6,1 (5,3 – 6,9)	8,6 (7,6 – 9,6)
16 a 17 anos	88,9 (87,2 – 90,4)	5,1 (4,3 – 6,2)	5,9 (4,9 – 7,3)
Sexo			
Masculino	86,4 (84,6 – 88,0)	5,0 (4,2 - 5,9)	8,6 (7,4 - 10,0)
Feminino	87,0 (85,7 - 88,3)	6,5 (5,7 - 7,3)	6,5 (5,6 - 7,5)
Cor da pele			
Branca	88,5 (86,9 - 89,9)	4,3 (3,5 - 5,3)	7,2 (6,1 - 8,4)
Preta	80,9 (77,2 - 84,1)	7,9 (6,1 - 10,2)	11,2 (8,8 - 14,0)
Amarela	88,3 (84,1 - 91,5)	5,0 (2,8 - 8,6)	6,7 (4,5 - 9,9)
Parda	87,0 (85,4 - 88,4)	6,2 (5,3 - 7,3)	6,8 (5,8 - 7,9)
Indígena	84,2 (77,5 - 89,2)	6,7 (4,0 - 11,0)	9,1 (5,8 - 13,9)
Escolaridade materna			
Nenhuma ou ensino fundamental incompleto	85,7 (83,6 - 87,5)	6,1 (5,0 - 7,4)	8,2 (6,9 - 9,8)
Ensino fundamental completo/ médio incompleto	84,5 (81,4 - 87,1)	6,5 (4,9 - 8,5)	9,1 (7,2 - 11,3)
Ensino médio completo/ superior incompleto	88,7 (86,8 - 90,3)	4,9 (4,0 - 6,1)	6,4 (5,3 - 7,7)
Superior completo	90,2 (88,2 - 91,8)	4,4 (3,1 - 6,1)	5,4 (4,3 - 6,9)
Não souberam informar	85,2 (83,1 - 87,0)	6,4 (5,3 - 7,8)	8,4 (7,0 - 10,0)
Dependência administrativa da escola			
Pública	86,2 (84,8 - 87,4)	5,9 (5,3 - 6,7)	7,9 (7,0 - 9,0)
Privada	90,3 (88,6 - 91,8)	4,2 (3,1 - 5,6)	5,5 (4,6 - 6,6)
II. Saúde Mental			
Ter amigos			
Não	82,2 (77,6 - 86,1)	6,9 (4,4 - 10,7)	10,9 (7,9 - 14,9)
Sim	86,9 (85,7 - 88,1)	5,7 (5,0 - 6,3)	7,4 (6,5 - 8,3)
Ter insônia			
Não	88 (87,0 – 89,0)	5,1 (4,5 - 5,8)	6,9 (6,0 - 7,8)
Sim	77 (74,0 – 80,0)	10 (8,4 – 13,0)	13 (11,0 – 15,0)
Sofrer bullying			
Nenhuma vez	90,2 (89 - 91,3)	4,3 (3,7 - 4,9)	5,5 (4,6 - 6,6)
Raramente ou às vezes	84,4 (82,6 – 86,0)	7,2 (6,2 - 8,4)	8,4 (7,1 - 9,8)
Na maior parte do tempo ou sempre	70,7 (66,1 - 74,9)	9,6 (7,1 – 13,0)	20 (17,0 – 23,0)

Tabela 2 – Adolescentes de 13 a 17 anos que relataram sofrer violência intrafamiliar nos últimos 30 dias segundo características sociodemográficas, contexto familiar, estilos de vida, saúde mental, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, Brasil, 2015

(conclusão)

	Violência intrafamiliar nos últimos 30 dias		
	Nenhuma vez % (IC95%)	Uma vez % (IC95%)	Mais de uma vez % (IC95%)
III. Comportamento e hábito de vida			
Uso do tabaco			
Não	87,8 (86,7 - 88,9)	5,5 (5,0 - 6,2)	6,6 (5,8 - 7,5)
Sim	70,7 (65,8 - 75,2)	8,3 (6,0 - 11,0)	21,0 (17,0 - 26,0)
Consumo de bebida alcoólica			
Não	89,5 (88,3 - 90,5)	5,0 (4,4 - 5,7)	5,5 (4,7 - 6,4)
Sim	80,2 (78,0 - 82,2)	7,3 (6,2 - 8,6)	12,5 (10,8 - 14,4)
IV. Contexto familiar			
Fazer refeição com a família 5 dias ou mais			
Não	84 (82,0 - 86,0)	7,8 (6,7 - 9,2)	8,3 (7,1 - 9,6)
Sim	88 (87,0 - 89,0)	4,8 (4,2 - 5,5)	7,2 (6,2 - 8,4)
Ter pais compreensivos			
Não	81,0 (79,0 - 83,0)	8,0 (6,9 - 9,1)	11,0 (9,6 - 13,0)
Sim	90,0 (88,0 - 91,0)	4,6 (4,0 - 5,4)	5,9 (5,0 - 6,8)
Supervisão familiar			
Não	79,0 (76,0 - 81,0)	7,2 (5,9 - 8,7)	14,0 (11,8 - 16,6)
Sim	89,0 (88,0 - 90,0)	5,3 (4,71 - 6,01)	5,87 (5,16 - 6,67)

Nota: resultado ponderado conforme plano amostral complexo.

A tabela 3 mostra o *Odds Ratio* (ORb) bruto, de adolescentes de 13 a 17 anos que relataram sofrerem violência intrafamiliar segundo variáveis sociodemográficas, contexto familiar, estilos de vida e saúde mental. A chance de sofrer violência intrafamiliar uma vez foi maior para adolescentes do sexo feminino (ORb = 1,3; IC_{95%}: 1,0-1,6), de cor da pele preta (ORb = 2,0; IC_{95%}: 1,5 - 2,7) e parda (ORb = 1,5; IC_{95%}: 1,1 - 2,0), que relataram ter insônia (ORb = 2,3; IC_{95%}: 1,8 - 3,1), que sofreram *bullying* raramente ou às vezes (ORb = 1,8; IC_{95%}: 1,5 - 2,2) e na maior parte das vezes ou sempre (ORb = 2,9; IC_{95%}: 2,0 - 4,2); que usavam tabaco (ORb = 1,9; IC_{95%}: 1,3 - 2,6) e consumiram bebida alcoólica (ORb = 1,6; IC_{95%}: 1,3 - 2,0). Revelaram-se com menor chance para sofrer violência intrafamiliar uma vez adolescentes estudantes de escola privada (ORb = 0,7; IC_{95%}: 0,5 - 0,9), que faziam refeição 5 dias ou mais junto com pais ou responsáveis (ORb = 0,6; IC_{95%}: 0,5 - 0,7), que tinham pais compreensivos (ORb = 0,5; IC_{95%}: 0,4 - 0,6) e eram supervisionados pelos pais ou responsáveis (ORb = 0,7; IC_{95%}: 0,5 - 0,8).

Considerando ainda a tabela 3, tiveram uma maior chance de sofrer violência intrafamiliar mais de uma vez nos últimos 30 dias, aqueles adolescentes de cor de pele preta

(ORb = 1,7; IC_{95%}: 1,3 – 2,3), que relataram ter insônia (ORb = 2,1; IC_{95%}: 1,7 – 2,6), que sofreram *bullying* raramente ou às vezes (ORb = 1,6; IC_{95%}: 1,3 – 2,0) e na maior parte do tempo ou sempre (ORb= 4,54; IC_{95%}: 3,5–6,0); que faziam uso de tabaco (ORb= 3,9; IC_{95%}: 3,0 - 5,2) e consumiram bebida alcoólica (ORb= 2,5; IC_{95%}: 2,1 - 3,1). Apresentaram menor chance para sofrer violência intrafamiliar mais de uma vez, segundo a tabela 3, ter idade de 16 e 17 anos (ORb= 0,7; IC_{95%}: 0,5 – 0,8), ser do sexo feminino (ORb= 0,7; IC_{95%}: 0,6 – 0,9), ser filho(a) de mães com ensino médio completo (ORb= 0,7; IC_{95%}: 0,6 – 1,0) e superior completo (ORb= 0,6; IC_{95%}: 0,5 – 0,8), ser estudantes de escola privada (ORb= 0,7; IC_{95%}: 0,5 – 0,8), ter amigos (ORb = 0,6; IC_{95%}: 0,4 – 0,9), ter pais compreensivos (ORb= 0,5; IC_{95%}: 0,4 – 0,6) e que são supervisionados pelos pais (ORb= 0,4; IC_{95%}: 0,3 – 0,5), deixando de ser significativa a relação entre sofrer violência intrafamiliar mais de uma vez e o comportamento familiar de fazer 5 ou mais refeições com a família ($p>0,005$) que se mostrou com menor chance para sofrer violência intrafamiliar uma vez.

Tabela 3 – Razão de chance bruta de sofrer violência intrafamiliar segundo variáveis sociodemográficas, contexto familiar, estilos de vida, saúde mental entre adolescentes de 13 a 17 anos, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, Brasil, 2015

(continua)

	Violência intrafamiliar nos últimos 30 dias			
	Uma vez ORb (IC95%)	P valor	Mais de uma vez ORb (IC95%)	P valor
I. Características sociodemográficas				
Idade				
13 a 15 anos	-		-	
16 a 17 anos	0,8 (0,6 - 1,0)	0,080	0,7 (0,5 – 0,8)	<0,001
Sexo				
Masculino	-		-	
Feminino	1,3 (1,0 - 1,6)	0,020	0,7 (0,6 - 0,9)	0,004
Cor da pele				
Branca	-		-	
Preta	2,0 (1,5 - 2,7)	<0,001	1,7 (1,3 - 2,3)	<0,001
Amarela	1,1 (0,6 - 2,3)	0,682	0,9 (0,6 - 1,4)	0,758
Parda	1,5 (1,1 – 2,0)	0,014	1,0 (0,8 - 1,1)	0,716
Indígena	1,6 (0,9 - 2,9)	0,106	1,3 (0,8 - 2,1)	0,251
Escolaridade materna				
Nenhuma ou ensino fundamental incompleto	-		-	
Ensino fundamental completo/ médio incompleto	1,1 (0,7 - 1,5)	0,709	1,1 (0,8 - 1,5)	0,444
Ensino médio completo/ superior incompleto	0,8 (0,6 - 1,1)	0,116	0,7 (0,6 – 1,0)	0,028
Superior completo	0,7 (0,4 - 1,0)	0,075	0,6 (0,5 - 0,8)	0,003
Não souberam informar	1,1 (0,8 - 1,4)	0,681	1,0 (0,8 - 1,3)	0,825
Dependência administrativa da escola				
Pública	-		-	
Privada	0,7 (0,5 - 0,9)	0,020	0,7 (0,5 - 0,8)	0,001

Tabela 3 – Razão de chance bruta de sofrer violência intrafamiliar segundo variáveis sociodemográficas, contexto familiar, estilos de vida, saúde mental entre adolescentes de 13 a 17 anos, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, Brasil, 2015

(conclusão)

	Violência intrafamiliar nos últimos 30 dias			
	Uma vez ORb (IC95%)	P valor	Mais de uma vez ORb (IC95%)	P valor
II. Saúde Mental				
Ter amigos				
Não	-		-	
Sim	0,8 (0,5 - 1,3)	0,321	0,6 (0,4 - 0,9)	0,017
Ter insônia				
Não	-		-	
Sim	2,3 (1,8 - 3,1)	<0,001	2,1 (1,68 - 2,6)	< 0,001
Sofrer bullying				
Nenhuma vez	-		-	
Raramente ou às vezes	1,8 (1,5 - 2,2)	<0,001	1,6 (1,3 - 2,0)	< 0,001
Na maior parte do tempo ou sempre	2,9 (2,0 - 4,2)	<0,001	4,5 (3,5 - 6,0)	< 0,001
III. Comportamento e hábitos de vida				
Uso do tabaco				
Não	-		-	
Sim	1,9 (1,3 - 2,6)	0,001	3,9 (3,0 - 5,2)	< 0,001
Consumo de bebida alcoólica				
Não	-		-	
Sim	1,6(1,3 - 2,0)	<0,001	2,5 (2,1 - 3,1)	< 0,001
IV. Contexto familiar				
Fazer refeição com a família 5 dias ou mais				
Não	-		-	
Sim	0,6 (0,5 - 0,7)	<0,001	0,8 (0,7 - 1,0)	0,104
Ter pais compreensivos				
Não	-		-	
Sim	0,5 (0,4 - 0,6)	<0,001	0,5 (0,4 - 0,6)	< 0,001
Supervisão familiar				
Não	-		-	
Sim	0,7 (0,5 - 0,8)	0,001	0,4 (0,3 - 0,5)	< 0,001

Nota: resultado ponderado conforme plano amostral complexo.

Todas as variáveis cumpriram o critério para fazer parte do modelo multivariado, sendo que, após ajuste, permaneceram com maior chance para sofrer violência intrafamiliar uma vez (Tabela 4): adolescentes de cor da pele preta (ORa = 1,9; IC 95%: 1,4 - 2,7) e parda (ORa = 1,4; IC 95%: 1,0 - 1,9), referiram insônia (ORa = 1,8; IC 95%: 1,4 - 2,4), sofreram bullying raramente ou às vezes (ORa = 1,7; IC 95%: 1,4 - 2,1) e na maior parte do tempo (ORa = 2,5; IC 95%: 1,7 - 3,7) e consumiram bebida alcoólica (ORa = 1,5; IC 95%: 1,1 - 1,9) (Tabela 4).

Considerando ainda a tabela 4, manteve-se com menor chance para sofrer uma vez violência intrafamiliar: ter idade de 16 a 17 anos (ORa = 0,8; IC 95%: 0,6 - 1,0), fazer refeição junto com a família 5 dias ou mais (ORa = 0,7; IC 95%: 0,5 - 1,0) e ter pais compreensivos

(ORa = 0,6; IC_{95%}: 0,5 – 0,8). As características sociodemográficas sexo e escola, assim como o uso de cigarro e a supervisão familiar, após autoajuste pelo modelo regressão logística multinomial, deixaram de ser significativas para o desfecho de sofrer uma vez violência intrafamiliar.

Já entre aqueles que sofreram a violência intrafamiliar mais de uma vez, percebe-se pela análise da tabela 4, que foram encontradas com maior chance as características de cor da pele preta (ORa = 1,5; IC_{95%}: 1,1 – 2,0), ter insônia (ORa = 1,7; IC_{95%}: 1,3 – 2,1), sofrer *bullying* raramente ou às vezes (ORa = 1,5; IC_{95%}: 1,2 – 1,8), sofrer *bullying* na maior parte do tempo (ORa = 3,9; IC_{95%}: 2,8 – 5,3), fazer uso de cigarro (ORa = 2,2; IC_{95%}: 1,6 – 3,0) e consumir bebida alcoólica (ORa = 2,2; IC_{95%}: 1,7 – 2,7). Mostraram-se com menor chance de sofrer mais de uma vez a violência intrafamiliar adolescentes com idade entre 16 a 17 anos (ORa = 0,6; IC_{95%}: 0,5 – 0,8), do sexo feminino (ORa = 0,8; IC_{95%}: 0,6 – 1,0), cujas mães tinham ensino superior completo (ORa = 0,6; IC_{95%}: 0,5 – 0,9), que tinham pais compreensivos (ORa = 0,6; IC_{95%}: 0,5 – 0,7) e eram supervisionados por familiar (ORa = 0,5; IC_{95%}: 0,4 – 0,7). Deixaram de ser significativa a relação entre as variáveis fazer refeição 5 dias ou mais na semana junto com a família, a dependência administrativa da escola e ter amigos.

Tabela 4 – Razão de chance ajustada de sofrer violência intrafamiliar segundo variáveis sociodemográficas, contexto familiar, estilos de vida, saúde mental entre adolescentes de 13 a 17 anos, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, Brasil, 2015

(continua)

	Violência intrafamiliar nos últimos 30 dias			
	Uma vez ORa (IC95%)	P valor	Mais de uma vez ORa(IC95%)	P valor
I. Características sociodemográficas				
Idade				
13 a 15 anos	-		-	
16 a 17 anos	0,8 (0,6 – 1,0)	0,037	0,6 (0,5 - 0,8)	< 0,001
Sexo				
Masculino	-		-	
Feminino	1,2 (1,0 - 1,5)	0,078	0,8 (0,6 – 1,0)	0,016
Cor da pele				
Branca	-		-	
Preta	1,9 (1,4 - 2,7)	< 0,001	1,5 (1,1 – 2,0)	0,013
Amarela	1 (0,5 - 1,9)	0,920	0,8 (0,5 - 1,2)	0,244
Parda	1,4 (1,0 - 1,9)	0,037	0,9 (0,7 - 1,1)	0,318
Indígena	1,5 (0,8 - 2,7)	0,206	0,9 (0,5 - 1,6)	0,725

Tabela 4 – Razão de chance ajustada, de sofrer violência intrafamiliar segundo variáveis sociodemográficas, contexto familiar, estilos de vida, saúde mental, entre adolescentes de 13 a 17 anos, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, Brasil, 2015

(conclusão)

	Violência intrafamiliar nos últimos 30 dias			
	Uma vez ORa (IC95%)	P valor	Mais de uma vez ORa(IC95%)	P valor
I. Características sociodemográficas				
Escolaridade materna				
Nenhuma ou ensino fundamental incompleto	-		-	
Ensino fundamental completo/ médio incompleto	1,2 (0,8 - 1,7)	0,367	1,1 (0,8 - 1,5)	0,645
Ensino médio completo/ superior incompleto	0,8 (0,6 - 1,1)	0,170	0,8 (0,6 - 1,1)	0,138
Superior completo	0,7 (0,5 - 1,2)	0,202	0,6 (0,5 - 0,9)	0,004
Não souberam informar	1,1 (0,8 - 1,5)	0,522	1,0 (0,8 - 1,3)	0,795
II. Saúde Mental				
Ter insônia				
Não	-		-	
Sim	1,8 (1,4 - 2,4)	< 0,001	1,7 (1,3 - 2,1)	< 0,001
Sofrer bullying				
Nenhuma vez	-		-	
Raramente ou às vezes	1,7 (1,4 - 2,1)	< 0,001	1,5 (1,2 - 1,8)	0,001
Na maior parte do tempo ou sempre	2,5 (1,7 - 3,7)	< 0,001	3,9 (2,8 - 5,3)	< 0,001
III. Comportamento e hábito de vida				
Uso do tabaco				
Não	-		-	
Sim	1,2 (0,8 - 1,8)	0,387	2,2 (1,6 - 3,0)	< 0,001
Consumo de bebida alcoólica				
Não	-		-	
Sim	1,5 (1,1 - 1,9)	0,002	2,2 (1,7 - 2,7)	< 0,001
IV. Contexto familiar				
Fazer refeição com a família 5 dias ou mais				
Não	-		-	
Sim	0,7 (0,5 - 1)	0,005	1,0 (0,8 - 1,3)	0,878
Ter pais compreensivos				
Não	-		-	
Sim	0,6 (0,5 - 0,8)	< 0,001	0,6 (0,5 - 0,7)	< 0,001
Supervisão familiar				
Não	-		-	
Sim	0,8 (0,7 - 1,1)	0,234	0,5 (0,4 - 0,7)	< 0,001

Notas: resultado ponderado conforme plano amostral complexo.

4.3 Fatores de risco relacionados ao sentimento de solidão entre adolescentes brasileiros

A tabela 5 apresenta que 15,5% (IC_{95%}: 14,5 – 16,6) dos estudantes brasileiros relataram sentirem-se sozinhos nos últimos 12 meses, sendo mais frequente no sexo feminino (20,5%; IC_{95%}: 19 – 22,1) e em estudantes de escolas privadas (18,5%; IC_{95%}: 16,3 - 20,9). Verificou-se maior frequência de solidão entre adolescentes que declararam não ter amigos (28,5%; IC_{95%}: 23,3 - 34,3), que relataram ter insônia (46,8%; IC_{95%}: 43 - 50,6) e que sofreram *bullying* na maior parte do tempo ou sempre (24,3%; IC_{95%}: 22,2 - 26,5). Para os comportamentos e hábitos de vida, notou-se maior frequência de sentimento de solidão entre adolescentes que usaram cigarro (23,7%; IC_{95%}: 20 - 28) e consumiram bebida alcoólica (19,8%; IC_{95%}: 18 - 21,7) (Tabela 5). Quanto ao contexto familiar, relataram sentir mais solidão aqueles que faziam refeição com a família menos que cinco dias na semana (23,6%; IC_{95%}: 21,4 - 25,8) e que não tinham pais compreensivos (26,6%; IC_{95%}: 24,7 - 28,5) (Tabela 5).

Tabela 5 – Prevalência e Razão de Prevalência bruta de solidão entre adolescentes de 13 a 17 anos segundo variáveis sociodemográficas, contexto familiar, estilos de vida, saúde mental, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, Brasil, 2015

	(continua)		
	Solidão nos últimos 12 meses		
	% (IC95%)	RP (IC95%)	P valor
Total	15,5 (14,5 – 16,6)		
I. Características sociodemográficas			
Idade			
13 a 15 anos	15,5 (14,2 - 16,8)	-	
16 a 17 anos	15,5 (14,0 - 17,1)	1,0 (0,9 - 1,1)	0,959
Sexo			
Masculino	10,6 (9,3 - 11,9)	-	
Feminino	20,5 (19 - 22,1)	1,9 (1,7 - 2,2)	< 0,001
Cor da pele			
Branca	15,7 (14,4 - 17,2)	-	
Preta	13,6 (10,8 - 17)	0,86 (0,68 - 1,1)	0,232
Amarela	19,0 (14,5 - 24,1)	1,2 (0,91 - 1,56)	0,188
Parda	15,6 (14,1 - 17,3)	1,0 (0,9 - 1,1)	0,921
Indígena	14,2 (9,9 – 20,0)	0,9 (0,6 - 1,3)	0,563

Tabela 5 – Prevalência e Razão de Prevalência bruta de solidão entre adolescentes de 13 a 17 anos segundo variáveis sociodemográficas, contexto familiar, estilos de vida, saúde mental, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, Brasil, 2015

(conclusão)			
Solidão nos últimos 12 meses			
	% (IC95%)	RPb (IC95%)	P valor
I. Características sociodemográficas			
Escolaridade materna			
Nenhuma ou ensino fundamental incompleto	15,9 (13,9 - 18,0)	-	
Ensino fundamental completo/ médio incompleto	13,2 (11,2 - 15,5)	0,8 (0,7 - 1,0)	0,058
Ensino médio completo/ superior incompleto	16,9 (15,3 - 18,6)	1,1 (1,0 - 1,2)	0,461
Superior completo	18,5 (16,4 - 20,8)	1,2 (1,0 - 1,4)	0,091
Não souberam informar	13,2 (11,5 - 15,1)	0,8 (0,7 - 1,0)	0,034
Dependência administrativa da escola			
Pública	15,1 (13,9 - 16,3)	-	
Privada	18,5 (16,3 - 20,9)	1,2 (1,1 - 1,4)	0,006
II. Saúde Mental			
Ter amigos			
Não	28,5 (23,3 - 34,3)	-	
Sim	14,9 (13,9 - 16,0)	0,5 (0,4 - 0,6)	< 0,001
Ter insônia			
Não	11,5 (10,6 - 12,5)	-	
Sim	46,8 (43,0 - 50,6)	4,1 (3,6 - 4,6)	< 0,001
Sofrer bullying			
Nenhuma vez	11,4 (10,2 - 12,8)	-	
Raramente ou às vezes	16,9 (15,0 - 19,1)	1,65 (1,4 - 1,9)	< 0,001
Na maior parte do tempo ou sempre	24,3 (22,2 - 26,5)	2,7 (2,3 - 3,2)	< 0,001
III. Comportamento e hábitos de vida			
Uso do tabaco			
Não	14,9 (13,9 - 16,0)	-	
Sim	23,7 (20,0 - 28,0)	1,6 (1,3 - 1,9)	< 0,001
Consumo de bebida alcoólica			
Não	13,7 (12,5 - 15,0)	-	
Sim	19,8 (18,0 - 21,7)	1,4 (1,3 - 1,6)	< 0,001
IV. Contexto familiar			
Fazer refeição com a família 5 dias ou mais			
Não	23,6 (21,4 - 25,8)	-	
Sim	11,8 (10,9 - 12,8)	0,5 (0,4 - 0,6)	< 0,001
Ter pais compreensivos			
Não	26,6(24,7 - 28,5)	-	
Sim	10,1 (9,1 - 11,2)	0,4 (0,3 - 0,4)	< 0,001
Supervisão familiar			
Não	17,6 (15,1 - 20,4)	-	
Sim	15,0 (14,0 - 16,0)	0,8 (0,7 - 1,0)	0,042

Notas: resultado ponderado conforme plano amostral complexo.

A tabela 6 contém as variáveis que permaneceram associadas ao relato de sentir solidão após ajuste no modelo múltiplo de regressão de Poisson, sendo que para as características sociodemográficas, ser do sexo feminino (RPa = 1,6; IC_{95%}: 1,4 - 1,9) e

escolaridade materna de nível superior completo (RPa = 1,2; IC_{95%}: 1,1 – 1,4) apresentaram maior razão de prevalência de sentir-se só nos 12 meses anteriores à pesquisa. Para as características de saúde mental investigadas (Tabela 6), apresentaram maior razão de prevalência de sentimento de solidão aqueles adolescentes que relataram insônia (RPa = 2,8; IC_{95%}: 2,5 – 3,2) e que foram vítimas de *bullying* raramente ou às vezes (RPa = 1,5; IC_{95%}: 1,3 – 1,7) e na maior parte do tempo ou sempre (RPa = 1,9; IC_{95%}: 1,7 - 2,3).

Entre os comportamentos e hábitos de vida investigados, o consumo de bebida alcoólica mostrou maior razão de prevalência entre os escolares que sentiram solidão (RPa = 1,1; IC_{95%}: 1,0 - 1,3). Para o contexto familiar, comportamentos como fazer refeição com pais ou responsáveis 5 dias ou mais na semana (RPa = 0,7; IC_{95%}: 0,6 – 0,8) e ter pais compreensivos (RPa = 0,5; IC_{95%}: 0,4 - 0,5) apresentaram menor razão de prevalência no relato de solidão entre os adolescentes, assim como entre aqueles que afirmaram ter amigos (RPa = 0,6; IC_{95%}: 0,5 - 0,7) (Tabela 6).

Tabela 6 – Razão de Prevalência ajustada de solidão entre adolescentes de 13 a 17 anos segundo variáveis sociodemográficas, contexto familiar, estilos de vida, saúde mental,

Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, Brasil, 2015

	Solidão nos últimos 12 meses	
	RPa (IC95%)	P valor
I. Características sociodemográficas		
Sexo		
Masculino	-	
Feminino	1,6 (1,4 - 1,9)	< 0,001
Escolaridade materna		
Nenhuma ou ensino fundamental incompleto	-	
Ensino fundamental completo/ médio incompleto	0,8 (0,7 - 1,0)	0,057
Ensino médio completo/ superior incompleto	1,0 (0,9 - 1,2)	0,653
Superior completo	1,2 (1,1 - 1,4)	0,008
Não souberam informar	0,9 (0,8 - 1,0)	0,178
II. Saúde Mental		
Ter amigos		
Não	-	
Sim	0,6 (0,5 - 0,7)	< 0,001
Insônia		
Não	-	
Sim	2,8 (2,5 - 3,2)	< 0,001
II. Saúde Mental		
Sofrer <i>bullying</i>		
Nenhuma vez	-	
Raramente ou às vezes	1,5 (1,3 - 1,7)	< 0,001
Na maior parte do tempo ou sempre	1,9 (1,7 - 2,3)	< 0,001
I. Comportamento e hábitos de vida		
Consumo de bebida alcoólica		
Não	-	
Sim	1,1 (1,0 - 1,3)	0,026
II. Contexto familiar		
Fazer refeição com a família 5 dias ou mais		
Não	-	
Sim	0,7 (0,6 - 0,8)	< 0,001
Ter pais compreensivos		
Não	-	
Sim	0,5 (0,4 - 0,5)	< 0,001

Notas: resultado ponderado conforme plano amostral complexo.

4.4 Relação entre a violência intrafamiliar e o sentimento de solidão entre adolescentes brasileiros.

A tabela 7 mostra que 22,8% (IC_{95%}: 18,7 - 27,5) dos adolescentes que relataram ter sofrido violência intrafamiliar uma vez nos últimos 30 dias sentiram solidão nos 12 meses anteriores a pesquisa, enquanto que 25,3% (IC_{95%}: 21,6 - 29,4) dos adolescentes sofreram violência intrafamiliar mais de uma vez sentiram solidão. Após análise múltipla de regressão de Poisson e ajuste pelas variáveis referentes às características sociodemográficas, contexto familiar, estilos de vida e saúde mental, a solidão foi maior entre aqueles adolescentes que sofreram mais de um EVI (RPa = 2,0; IC_{95%}: 1,0 - 1,4), revelando uma relação estatística entre violência intrafamiliar e solidão entre os adolescentes ($p < 0,05$).

Tabela 7 – Razão de prevalência bruta e ajustada de solidão entre adolescentes de 13 a 17 anos segundo episódios de violência intrafamiliar, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, Brasil, 2015

	Solidão nos últimos 12 meses				
	% (IC95%)	RPb (IC95%)	P Valor	RPa (IC95%)	P Valor
Violência Intrafamiliar					
Não	14,1 (13,1 - 15,1)	-		-	
Uma vez	22,8 (18,7 - 27,5)	1,6 (1,3 - 2,0)	< 0,001	1,00 (0,8 - 1,2)	0,913
Mais de uma vez	25,3 (21,6 - 29,4)	1,8 (1,5 - 2,1)	< 0,001	2,00 (1,0 - 1,4)	0,011

Notas: resultado ponderado conforme plano amostral complexo.

5 DISCUSSÃO

A violência e a solidão entre adolescentes são problemas sociais que atingem indivíduos de ambos os sexos, faixa etária e classe social, associando-se às condições socioeconômicas, desigualdades sociais e aspectos culturais dos indivíduos (AVANCI *et al.*, 2007; RODRIGUES *et al.*, 2017). A solidão vem ganhando magnitude nas taxas de doenças ou transtornos mentais entre os adolescentes (AVANCI *et al.*, 2007; STICKLEY *et al.*, 2016) enquanto observa-se um aumento significativo na proporção de estudantes que vivenciam, nos últimos anos, situações de violência no ambiente comunitário ou familiar (RODRIGUES *et al.*, 2017; MALTA *et al.*, 2014).

Aproximadamente, um a cada dez adolescentes brasileiros relatou ter sido agredido por algum adulto da família e 7,6% desses, foram vítimas de mais de um episódio de agressão intrafamiliar no mês anterior à pesquisa, enquanto que um sétimo dos escolares brasileiros relatou sentir-se só nos 12 meses anteriores à pesquisa. A PeNSE mostra que a violência intrafamiliar praticada contra o adolescente e o sentimento de solidão relatado pelos estudantes associam-se ao sexo, à insônia, ser vítima de *bullying*, consumo de bebida alcoólica, maior escolaridade materna, incompreensão dos pais diante dos problemas do filho adolescente, dentre outras, sendo a violência intrafamiliar também relacionada com a faixa etária mais jovem, cor da pele preta e parda e uso cigarro entre os escolares.

Assim, a violência intrafamiliar e o sentimento de solidão vivenciados por adolescentes vêm ganhando importância nos estudos epidemiológicos atuais.

5.1 Fatores de risco e proteção relacionados à violência intrafamiliar contra os adolescentes brasileiros

No Brasil, a violência física atinge cerca de 17% dos adolescentes de 13 a 17 anos (IBGE, 2016a) sendo inferior aos registros encontrados em outros países, como é o caso da Argentina, em que 24,5% dos adolescentes são vítimas da agressão física (ARGENTINA, 2007).

De acordo com as características sociodemográficas investigadas, adolescentes do sexo feminino e com idade entre 16 e 17 anos apresentaram menor chance de sofrer episódios repetidos de agressão intrafamiliar nos 30 dias anteriores à pesquisa. O sexo e a idade são associados às diversas formas de violência contra os adolescentes. Nesse estudo, após ajuste por cor da pele, dificuldade para dormir, *bullying*, consumo de bebida alcoólica e

comportamento familiar, o sexo feminino e as idades entre 16 e 17 anos apresentaram-se com menor chance para sofrer mais de uma vez a violência intrafamiliar nos 30 dias anteriores à PeNSE. A literatura aponta que adolescentes mais velhos, com idade de 15 a 19 anos, por ficarem mais tempo fora do ambiente doméstico, estão mais suscetíveis a violências praticadas em vias públicas (MALTA *et al.*, 2017). Já aqueles adolescentes mais jovens (10 a 14 anos) e crianças, são mais susceptíveis à violência doméstica (MALTA, *et al.*, 2017), revelando o papel protetor da idade para a violência intrafamiliar que acontece dentro do espaço domiciliar.

Na maioria dos países, percebe-se uma diminuição da violência entre indivíduos com o aumento da idade, tendo os adolescentes maiores de 15 anos, menor envolvimento em agressões (MALTA *et al.*, 2014a). Além disso, as interações familiares baseadas nas relações de poder e subordinação entre seus membros fazem com que aqueles com menor idade tenham maior fragilidade física e emocional perante os familiares adultos, tornando-se mais vulneráveis aos episódios agressivos praticados pelos adultos (BRASIL, 2004; MARTINS, 2007).

Porém, contrariando os resultados desse estudo em que o sexo feminino, após ajuste no modelo multinomial, comportou-se como fator protetor para sofrer violência intrafamiliar mais de uma vez, diversos estudos apontam que as mulheres, de todas as faixas etárias, são as principais vítimas da violência no domicílio (AVANCI *et al.*, 2017; MALTA *et al.*, 2017). Contudo, devemos considerar o silêncio das adolescentes decorrente do medo e da vergonha em assumirem-se vítimas da violência ou ainda a percepção da violência como ato natural de poder e dominação nas relações familiares (MANDELBAUM *et al.*, 2016). Autores apontam a influência de fatores culturais ligados ao gênero, a violência intrafamiliar e ao modo de relacionamento entre os integrantes da família, sendo a violência contra a mulher um fenômeno multifatorial decorrente da interação entre características individuais, relacionais, sociais, culturais e ambientais, sugerindo maior investigação em estudos futuros (AVANCI *et al.*, 2017; LEITE *et al.*, 2017; SILVA; DELL'AGLIO, 2016).

Estudo do GSHS com adolescentes da Argentina, Bolívia, Chile, e Uruguai revelou que, em todos os quatro países, os adolescentes do sexo masculino sofreram mais lesão física por causas externas que as meninas, sendo os tipos de lesões mais comuns nas meninas aqueles relacionados a concussões e ferimentos em cabeça ou pescoço, asfixia ou incapacidade de respirar (BECK *et al.*, 2016). Já entre os meninos, lesões provocadas por corte ou facada com trauma de pele ou tecido, ocupou o segundo lugar entre os tipos mais comuns de lesão por causas externas (BECK *et al.*, 2016).

Adolescentes filhos de mães com ensino superior completo apresentaram menor prevalência de violência intrafamiliar. Autores identificaram que, no grupo das crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar, há uma maior prevalência do agressor do sexo feminino e com menor escolaridade, sendo a maior escolaridade capaz de reduzir a chance de sofrer violência intrafamiliar (AVANCI *et al.*, 2017). Além disso, as mulheres de menor escolaridade representam uma maior prevalência entre os eventos de violência por parceiro íntimo (AVANCI *et al.*, 2017; SILVA; LIMA; LUDERMIR, 2017) o que contribui para o uso de práticas educativas violentas sobre seus filhos (SILVA; LIMA; LUDERMIR, 2017). Assim, mulheres com menor escolaridade, por desconhecerem as informações relacionadas ao desenvolvimento da criança e do adolescente e, por serem vítimas de agressões por parceiros, reproduzem modelos educacionais de práticas punitivas aprendidos na família e na cultura, aumentando prevalência da violência intrafamiliar (SILVA; LIMA; LUDERMIR, 2017).

Em relação às características de saúde mental investigadas, a insônia ou dificuldade para dormir e o *bullying* aumentaram as chances de sofrer um e mais de um episódio de violência intrafamiliar entre os adolescentes. Estudo revela que experiências afetivas diárias dos adolescentes relacionam-se com qualidade do sono, em que sua privação ou a diminuição do período de sono dos adolescentes contribui para o surgimento de situações de agressividade nessa faixa etária (TAVERNIERA *et al.*, 2016). Há ainda uma relação entre o sono e situações de violência, como o *bullying*, em que autores apontam um maior risco de insônia entre adolescentes vítimas de *bullying* (MELLO *et al.*, 2016). Portanto, dificuldade para dormir pode ser fator desencadeante ou conseqüente da violência, uma vez que pode prejudicar o estado emocional do adolescente deixando-o incapaz de lidar com as situações de estresse na família e ser um reflexo das experiências conturbadas vivenciadas no seu dia a dia (MELLO *et al.*, 2016; TAVERNIERA *et al.*, 2016).

Dentre os fatores familiares, estudos mostram que a violência vivenciada por adolescentes no ambiente doméstico propicia o maior envolvimento do escolar em atos de violência na escola, seja como vítimas ou agressores (MALTA *et al.*, 2017; MELLO *et al.*, 2016; MOTA *et al.*, 2018). Há uma predominância entre adolescentes do sexo masculino, mais jovens e de cor/raça preta cujas mães possuíam baixa ou nenhuma escolaridade entre as vítimas do *bullying*, revelando a influência do contexto social na violência contra o adolescente (MELLO *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2015).

A cor da pele preta mostrou-se associada os episódios de violência intrafamiliar vivenciados pelos adolescentes, em conformidade com os resultados encontrados, autores

verificaram que adolescentes de cor da pele negra apresentaram maior chance de sofrer violência intrafamiliar (AVANCI *et al.*, 2017; MALTA *et al.*, 2017).

Além disso, autores apontam o maior envolvimento de adolescentes de cor da pele negra no uso regular e experimentação de cigarro, na experimentação de drogas ilícitas e no envolvimento em lutas físicas, apresentando maior risco nas situações de violência física, intrafamiliar e *bullying* (MALTA *et al.*, 2017; MELLO *et al.*, 2016). A cor da pele negra atinge as piores condições socioeconômicas e a maior morbimortalidade por causas violentas e homicídios entre indivíduos (MALTA *et al.*, 2017), confirmando os resultados encontrados nesse estudo em que adolescentes de cor da pele negra apresentaram maior chance em sofrer um e mais de um EVI. Assim, a maior prevalência em sofrer violência intrafamiliar entre os adolescentes de cor da pele negra pode estar relacionada a condições socioeconômicas desfavoráveis e desiguais, como condições de vida precárias, uso e tráfico de drogas, além da desigualdade no acesso aos serviços de saúde (MALTA *et al.*, 2017).

Assim como no presente trabalho, diversos estudos apontam a relação do uso do tabaco e o consumo de bebidas alcoólicas com a violência intrafamiliar entre os adolescentes (HALLAL *et al.*, 2017; MOTA *et al.*, 2018; TAVARES *et al.*, 2017). Nesse estudo, a magnitude do uso de drogas na frequência da violência intrafamiliar contra o adolescente, fica evidenciada nos resultados em que adolescentes, de cor de pele preta e parda, que referiram dificuldade para dormir e que foram vítimas de *bullying* raras vezes ou na maior parte do tempo relataram sofrer um EVI. Entretanto, aqueles adolescentes que apresentaram, além dos fatores de cor de pele preta, insônia e sofrer *bullying*, ainda relataram uso de cigarro e o consumo de bebida alcoólica, tiveram maior chance de sofrer mais de um EVI.

Por um lado, autores identificam que o consumo de bebida alcoólica entre os adolescentes pode ser decorrente das relações conflituosas e violentas na família, tornando-se um meio para o alívio de estresse vivenciado no ambiente familiar ou como uma forma de enfrentamento dessas situações (MOTA *et al.*, 2018). Por outro lado, o uso de drogas lícitas ou ilícitas aproxima os adolescentes a situações de violência (MOURA; MONTEIRO; FREITAS, 2016). No ambiente familiar, o consumo de bebidas alcoólicas pelos pais e conhecidos na presença dos escolares, propicia o surgimento de conflitos entre seus membros, desestruturando o ambiente familiar, prejudicando sua harmonia e contribuindo para o surgimento da violência na família (BARRETO *et al.*, 2010; MORAIS *et al.*, 2016). Portanto, o consumo de bebida alcoólica entre os adolescentes pode ser uma causa ou consequência da violência intrafamiliar sendo necessários futuros estudos para comprovação da sua causalidade com a violência intrafamiliar e solidão nessa faixa etária (FIAL *et al.*, 2016).

Assim como no consumo de bebida alcoólica, o tabagismo permaneceu com maior razão de chance entre os adolescentes que sofreram mais de um episódio de violência intrafamiliar, concordando com autores que identificaram que sofrer violência intrafamiliar foi um dos fatores que aumentaram a chance do escolar fazer uso de produtos do tabaco (HALLAL *et al.*, 2017).

Segundo o contexto familiar, a compreensão dos pais diante dos problemas e preocupações dos filhos adolescentes mostrou-se indispensável para a prevenção de diversas situações de risco, dentre elas também a violência intrafamiliar. Situações familiares como fazer refeição com pais ou responsáveis 5 dias ou mais e ter pais compreensivos que entendem os problemas dos filhos foram fatores que diminuíram a chance de sofrer violência intrafamiliar entre os adolescentes, revelando a importância da participação dos pais na prevenção da violência intrafamiliar entre os adolescentes brasileiros.

Conforme resultados encontrados nesse estudo, apresentar bom relacionamento com os pais, possuir hábitos familiares simples e ter pais que conhecem o que os adolescentes fazem com seu tempo livre são apontados como fatores de proteção para a violência intrafamiliar (ANDRADE *et al.*, 2017; MALTA *et al.*, 2011). Autores defendem que a formação de laços familiares por meio de atividades em conjunto, como conversar e realizar refeições com os pais ou responsáveis, reduz condutas de risco à saúde dos adolescentes como a violência (MALTA *et al.*, 2011). O convívio harmonioso entre pais e filhos adolescentes também trouxe contribuições na relação social entre escolares, diminuindo o risco de sofrer e praticar *bullying* (MELLO *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2016).

A supervisão dos pais nas atividades dos filhos esteve associada à menor chance de sofrer uma vez violência intrafamiliar no mês anterior a pesquisa, deixando de ser significativo na relação entre sofrer mais de uma vez a violência intrafamiliar pelos adolescentes. Pesquisas evidenciam a influência do papel protetor da presença e supervisão dos pais na prevenção de hábitos prejudiciais à saúde dos adolescentes, como na prevenção do uso de cigarro e seus produtos, álcool e drogas e no benefício da relação social entre escolares (MALTA *et al.*, 2011; HALLAL *et al.*, 2017), reduzindo o risco de sofrer e praticar *bullying* (MELLO *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2016). Porém, os comportamentos familiares como estabelecer pouco diálogo com os pais (MALTA *et al.*, 2011; MALTA *et al.*, 2014b; YADIRA; OCHOA; VIVEROS, 2016); atitude de desrespeito a privacidade dos adolescentes (SOUZA; LAUDA; KOLLER, 2014); agressividade dos pais (SCHENKER; AVANCI; SILVEIRA, 2017); além do consumo de drogas e tabaco pelos pais e conhecidos (BARRETO *et al.*, 2010) contribuem para a agressão intrafamiliar contra o adolescente.

Embora exista uma dificuldade em estabelecer um único conjunto de sintomas que acometem uma criança e adolescente vítima de qualquer forma de violência doméstica, o impacto de sua exposição, a frequência e intensidade desse agravo revelam-se como fatores de risco para o surgimento de problemas de saúde mental entre crianças e adolescentes (HILDEBRAND *et al.*, 2015). Porém, os suportes sociais e afetivos são capazes de minimizar os danos psicológicos decorrentes da violência doméstica contra crianças e adolescentes, revelando a contribuição positiva da rede de apoio social e afetiva na redução de suas consequências à saúde física e mental de suas vítimas (HILDEBRAND *et al.*, 2015).

Acredita-se na multicausalidade da violência intrafamiliar sendo reflexo da dinâmica do relacionamento entre pais e filhos, situações de pobreza, dependência do álcool e outras drogas, doenças crônicas na família (MORAES *et al.*, 2016), queda na renda familiar, fragilidade nas relações interpessoais por meio de separação, falecimento, fuga de casa ou institucionalização, capazes de prejudicar o desenvolvimento psicossocial do adolescente contribuindo para a formação de um ambiente tenso e estressor ao adolescente e seus familiares (ZAPPE; DELL'AGLIO, 2016).

5.2 Fatores de risco relacionados ao sentimento de solidão entre adolescentes brasileiros

A solidão atinge cerca de um sétimo da população de escolares brasileiros, associando-se, nesse estudo, às características sociodemográficas como ser do sexo feminino, filhos de mães com ensino superior completo, sofrer de insônia, ser vítima de *bullying* na maior parte do tempo ou sempre e ter comportamentos de risco a saúde como o uso de cigarro e bebida alcoólica. Como fatores de proteção contra a solidão entre os adolescentes, são apontadas as situações familiares como fazer refeição com pais ou responsáveis 5 dias ou mais, ter pais compreensivos que entendem os problemas dos filhos e ter amigos.

Países como a Rússia e Estados Unidos, quando comparados ao Brasil, apresentaram menor prevalência de solidão entre adolescentes. Na Rússia e Estados Unidos, um em cada dez adolescentes relataram sentimento de solidão, enquanto que na República Tcheca chega a ser um a cada treze adolescentes que afirmaram sentir-se só (STICKLEY *et al.*, 2016). Trata-se de uma temática pouco investigada e que, devido a sua influencia no agravamento da saúde mental dos adolescentes, vem ganhando magnitude nas taxas de doenças ou transtornos mentais nessa população (AVANCI *et al.*, 2007; STICKLEY *et al.*, 2016).

Quanto às características sociodemográficas investigadas nesse estudo, não foi encontrada evidência de associação entre a idade e solidão, apesar de autores demonstrarem uma associação negativa entre a solidão e a idade, em que indivíduos mais jovens apresentam maior prevalência de solidão (BAYTEMIR; YILDIZ, 2017; NYQVIST *et al.*, 2016). Já a análise da característica sociodemográfica relacionada ao sexo, demonstrou uma relação entre o sexo e a solidão, com maior prevalência para o sexo feminino. Estudos confirmam que existe uma maior fragilidade na saúde mental e solidão entre as mulheres (CARVALHO *et al.*, 2011; HAWKLEY, 2016) apresentando maior planejamento suicida entre os jovens, o que indica a relação entre solidão e suicídio nessa faixa etária (BAGGIO, 2009). Outros autores associam o sexo feminino à maior prevalência de relações negativas entre família e amigos quando comparado com o sexo masculino (LEE; GOLDSTEIN, 2016), sendo as adolescentes mais contidas em seus sentimentos e susceptíveis a sofrer de problemas como a depressão e solidão (ALPASLAN, KOCAK, AVCI, 2016). Estudo realizado no Canadá revela que há diferenças na prevalência entre os sexos dos adolescentes que vivenciam as dificuldades psicossociais e comportamentais da adolescência, sendo as mulheres mais susceptíveis aos ferimentos intencionais ou suicídio e os meninos às lesões causadas por acidentes no transporte (ASBRIDGE *et al.*, 2014). Adolescentes do sexo masculino projetam mais seus sentimentos, tornando-se propensos a sofrer de problemas de externalização de sentimentos, como hiperatividade, transtorno de conduta e violência (ALPASLAN, KOCAK, AVCI, 2016). Além disso, deve-se considerar a diferença conceitual no sentimento de solidão entre os sexos, em que as mulheres têm uma maior facilidade em reconhecer-se solitárias e tristes (CARVALHO *et al.*, 2011).

Também foi encontrada associação significativa entre solidão e escolaridade materna. Adolescentes filhos de mães com ensino superior completo revelaram maior chance em sentirem-se sós, o que pode ser explicada pela influência da renda em que, segundo autores, depois de ajustada pelas covariáveis renda e sexo, a maior escolaridade foi associada com maiores níveis de solidão entre adultos (HAWKLEY, 2016). Apesar de estudo apontar que a escolaridade materna não está associada à ocorrência dos indicadores negativos de saúde mental (CARVALHO *et al.*, 2011), pesquisa realizada com adolescentes da República Tcheca, dos Estados Unidos e Rússia revelou que os níveis de educação dos pais, além de outras variáveis relacionadas à família, influenciam no sentimento de solidão entre os adolescentes, em que pais com maior nível de escolaridade exibem um melhor comportamento para com os filhos (STICKLEY *et al.*, 2016), contrariando os resultados do estudo atual. Porém outro estudo atribui à relação entre os níveis mais altos de solidão e maior

escolaridade ao aperfeiçoamento dos conceitos de relação social e maiores restrições e exigências em estabelecer e manter relacionamentos pessoais contribuindo para o distanciamento entre as pessoas (LUHMANN; HAWKLEY, 2016). Portanto, para melhor avaliar o efeito da escolaridade materna na solidão entre os adolescentes, fazem-se necessários novos estudos que considerem a variável renda no modelo investigativo.

A insônia também foi relacionada com a solidão entre os adolescentes, em que aqueles que relataram maior dificuldade para dormir tiveram maior prevalência de solidão. Estudo realizado com estudantes noruegueses aponta que sentimentos de solidão estiveram associados ao relato de dificuldade de iniciar e manter o sono entre os jovens, prejudicando a qualidade de vida e o bem estar da população (HAYLEY *et al.*, 2017). Conforme resultados encontrados nesse estudo, outros autores também mostraram um maior risco de insônia entre adolescentes vítimas de violências e solidão (HAYLEY *et al.*, 2017; MELLO *et al.*, 2016). Estudo realizado com estudantes noruegueses aponta que sentimentos de solidão estiveram associados ao relato de dificuldade de iniciar e manter o sono entre os jovens, prejudicando a qualidade de vida e o bem-estar da população (HAYLEY *et al.*, 2017). Nos Estados Unidos, os sintomas de insônia relatados por adolescentes estão associados a problemas mentais com tendências suicidas, ao envolvimento com fatores de risco como uso de tabaco, abuso de substâncias, obesidade, pior percepção da saúde mental (BLANK, *et al.*, 2015) e sentimentos de rejeição, vergonha e constrangimento decorrentes das relações interpessoais entre os adolescentes (TAVERNIERA *et al.*, 2016). Além disso, autores apontam associação entre a solidão e sintomas depressivos e de ansiedade apresentados por adolescentes, em que o aumento de ansiedade, stress e diminuição do sono prejudicam a saúde física e mental dos adolescentes (STICKLEY *et al.*, 2016). Em estudo realizado com adolescentes brasileiros, os indicadores de saúde mental como solidão e insônia foram fatores de risco para o uso de substâncias como tabaco e outras drogas ilícitas, revelando a relação entre o uso dessas substâncias e comportamentos de isolamento social e sofrimento mental (MALTA *et al.*, 2014).

Portanto, a dificuldade para dormir pode ser fator desencadeante ou consequente da solidão entre os adolescentes, uma vez que pode prejudicar seu estado emocional deixando-o incapaz de lidar com as situações de estresse, sendo também um reflexo das experiências conturbadas vivenciadas no cotidiano do adolescente (HAYLEY *et al.*, 2017).

A presença de amigos manteve-se com menor razão de prevalência entre os adolescentes que relataram solidão. Autores afirmam que na faixa etária mais jovem, ter amigos mantém a relação social entre os adolescentes, sendo também uma forma de apoio e

diante das mudanças provocadas nessa faixa etária, diminuindo assim o sentimento de solidão (NYQVIST *et al.*, 2016; STICKLEY *et al.*, 2016). Assim, as relações de amizade baseadas no apoio ao outro são apontadas como fator protetor e suporte social para situações de estresse e solidão entre os adolescentes, sendo capaz de melhorar o bem-estar, reduzindo os níveis de sofrimento causados pelo estresse (LEE; GOLDSTEIN, 2016).

Percebe-se que adolescentes buscam apoio na família e, quando não encontram, recorrem aos amigos (MAES *et al.*, 2016). Estudo comprovou que a separação física da família e dos amigos pode resultar em sentimentos de solidão e agravos para a saúde mental dos adolescentes, sendo as relações de amizade uma importante ferramenta para melhorar o bem-estar dos adolescentes (LEE; GOLDSTEIN, 2016). Outros estudos comprovam o papel protetor da amizade em fatores de risco à saúde dos adolescentes como no uso de tabaco e seus derivados e no uso de drogas ilícitas (HALLAL *et al.*, 2017; MALTA *et al.*, 2014) e na diminuição da prevalência de sofrer e praticar *bullying* entre os escolares (MELLO *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2016).

A violência por pares ou *bullying* também mostrou-se associada à violência intrafamiliar e solidão entre adolescentes. Autores afirmam que o *bullying* predispõe o adolescente a condições de vulnerabilidade como insônia, baixa autoestima, tristeza, sintomas depressivos e altos níveis de ideação suicida, sendo determinado por fatores pessoais, familiares, escolares, sociais e culturais (MELLO *et al.*, 2016; MALTA *et al.*, 2014d).

Além disso, autores consideram o *bullying* contra o sexo feminino um fator de risco para a solidão, revelando a fragilidade da adolescente no contexto social (STICKLEY *et al.*, 2016). As meninas sentem mais dificuldade e insegurança em estabelecer relação social, e quando vítimas de violência, evitam o contato com o outro (STICKLEY *et al.*, 2016). Autores revelam que adolescentes vítimas de *bullying* têm menos habilidade de relacionamento, sentem-se mais solitários e apresentam maior timidez, comprovando a relação entre o *bullying* e o sentimento de solidão entre os adolescentes (MATTOS; JAEGER, 2015; MELLO *et al.*, 2016; TERROSO *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Nesse estudo, identificou-se relação positiva entre o consumo de bebida alcoólica por adolescentes e relatos de solidão. As substâncias psicoativas, por estarem próximas ao ambiente escolar, podem interferir no cotidiano e nas relações sociais dos adolescentes, sendo a bebida alcoólica e o cigarro as principais substâncias psicoativas experimentadas por escolares (ANDRADE *et al.*, 2017). Fatores como a facilidade de acesso, a falta de controle nas vendas de bebida alcoólica ao menor de 18 anos de idade, a entrada no primeiro emprego e do uso por amigos e familiares são apontados como fatores facilitadores para o hábito de

consumo de bebidas alcoólica e uso de cigarro entre adolescentes (MALTA *et al.*, 2014b). Além desses, situações familiares como separação dos pais, relação parental conflituosa, a violência intrafamiliar, a falta de supervisão parental são apontados como fatores de risco para o consumo drogas entre os adolescentes (ANDRADE *et al.*, 2017; HALLAL *et al.*, 2017).

Além dos problemas familiares, adolescentes que sofrem com problemas de saúde mental têm menor capacidade para lidar com as situações de estresse vivenciadas no cotidiano familiar, tornando-se vulneráveis ao risco de abuso de álcool e drogas (CARVALHO *et al.*, 2011). Pesquisa realizada com adolescentes da Rússia e Estados Unidos revelou que adolescentes solitários tem um maior consumo de substâncias psicoativas, pois utilizam-se da bebida como um meio de aliviar os sentimentos negativos oriundos da solidão e também de obter aprovação dos amigos a fim de favorecer a relação social (STICKLEY *et al.*, 2014). No Brasil, estudo revela a associação positiva entre a solidão e o aumento no consumo de substâncias como o álcool e drogas ilícitas em que aqueles que não tinham amigos fizeram mais uso de bebida alcoólica (HALLAL *et al.*, 2017; MALTA *et al.*, 2004).

Porém, percebe-se que o uso de drogas é um método ineficaz para o alívio de situações de solidão e violência vivenciadas por adolescentes, contribuindo negativamente para o seu bem-estar físico e mental (ADOLESCENT MENTAL HEALTH, 2018).

Em relação à experimentação de cigarro e a solidão entre adolescentes, autores identificaram que o convívio com os pais no mesmo ambiente domiciliar reduz a chance de experimentação dessa substância (ANDRADE *et al.*, 2017; MALTA *et al.*, 2011), por outro lado, as relações conflituosas entre pais, mães e filhos, prejudicam conceito que o adolescente constrói sobre determinados hábitos prejudiciais a saúde, favorecendo comportamentos de risco como o tabagismo entre os adolescentes (TEIXEIRA *et al.*, 2017).

Pais com estilo mais autoritário contribuem também para o aumento do nível de solidão entre os adolescentes (HAMURCU *et al.*, 2016), concordando com os resultados desse estudo em que estilos de pais mais participativos reduzem o risco de sentir-se só nessa faixa etária. Assim, pais que entendem os problemas dos filhos e sabem o que eles fazem no tempo livre contrapõem com a ideia de pais autoritários, que abusam do poder disciplinador e coercitivo diante dos filhos tornando-se agressores contra crianças e adolescentes (MORAIS *et al.*, 2016). Portanto, aspectos positivos do apoio familiar revelam a importância dos pais na promoção da saúde mental dos filhos, de forma a aumentar sua autoconfiança e seus laços sociais e familiares, melhorando sua capacidade de resolução de conflitos e investindo na prevenção de comportamentos de risco (MAES *et al.*, 2016; UNICEF, 2011).

5.3 Relação entre a violência intrafamiliar e o sentimento de solidão entre adolescentes brasileiros

Conforme resultados encontrados nesse estudo, autores apontam uma relação entre a violência intrafamiliar e o aumento de transtornos mentais entre as vítimas (MENDONÇA; LUDEMIR 2017; PATIAS; SILVA; DELL'AGLIO, 2016). A solidão, assim como os sentimentos de depressão e ansiedade, são sintomas de internalização e de transtornos mentais decorrentes de interações familiares baseadas no conflito e na violência, que podem ser minimizados pelas relações de apoio entre os familiares (PATIAS; SILVA; DELL'AGLIO, 2016). Estudo revela ainda a associação entre violência intrafamiliar contra o adolescentes e o aumento de ideação suicida, vivências traumáticas, desajustamento psicossocial, comportamento agressivo, violência física, problemas de autoestima, ansiedade, comportamento sexual de risco, entre outros (PATIAS; SILVA; DELL'AGLIO, 2016). Assim, a violência intrafamiliar na adolescência, somada à violência por pares e comunitária, contribui para o aumento do sofrimento mental e o sentimento de solidão entre os adolescentes, sendo considerada como causa do aumento do número de transtornos mentais nessa faixa etária (AVANCI *et al.*, 2007; UNICEF, 2011; FERNANDES, *et al.*, 2016; BAGGIO *et al.*, 2009).

5.4 Limites do estudo

Por tratar-se de um estudo transversal que investiga adolescentes estudantes no ano de 2015 que residem em capitais e distrito federal brasileiros, os resultados desse estudo apresenta limitações quanto a atribuição de causalidade, já que a investigação foi realizada num período tempo específico. Assim, não se pode afirmar que a insônia, o consumo de bebida alcoólica e o uso de cigarro é causa ou consequência da violência intrafamiliar e solidão entre os adolescentes, necessitando de maiores investigações para essa comprovação, evidenciando apenas a existência de uma associação entre esses fenômenos. Torna-se necessário investir nas temáticas abordadas por meio de metodologias que permitem investigar a causalidade entre os fatores associados a violência intrafamiliar e solidão entre adolescentes dos diversos municípios e regiões brasileiras.

Além disso, a pergunta contemplada no questionário da PeNSE sobre a violência intrafamiliar não permite a identificação e distinção do agressor e das diversas formas de agressão sofrida pelo adolescente, seja moral, sexual, psicológica, que pode interferir nos

resultados aqui apresentados. Também a ausência de perguntas no questionário da PeNSE que envolvam as temáticas de suicídio, depressão e demais transtornos mentais entre adolescentes dificultam a investigação entre aspectos da saúde mental e solidão entre os adolescentes.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência intrafamiliar e a solidão são agravos que vem se tornando frequentes no cotidiano dos adolescentes, contribuindo para prejuízos em sua saúde física e mental. Situações como sofrer insônia, fazer uso de bebida alcoólica, e sofrer *bullying* foram fatores que se mostraram associados com o aumento da violência intrafamiliar e da solidão entre adolescentes. Além desses, verificou-se que adolescentes de cor da pele preta e com idade entre 13 a 15 anos têm maiores chances de sofrerem episódios de violência, enquanto que as adolescentes do sexo feminino e que sofreram mais de um episódio de violência intrafamiliar apresentaram maior prevalência de solidão entre os adolescentes.

Entre as características protetoras para os agravos pesquisados, notou-se que o contexto familiar como a compreensão dos pais diante dos problemas dos filhos é capaz de reduzir a ocorrência de tais agravos propiciando um ambiente saudável ao desenvolvimento do adolescente.

Contudo, são ainda necessárias investigações sobre os efeitos da idade, escolaridade materna, insônia e consumo de bebidas alcoólicas na saúde mental dos adolescentes por meio de estudos capazes de inferir a causalidade desses fatores, bem como de investigar demais tipos de agressão sofrida pelo adolescente dentro do seu ambiente familiar. Torna-se fundamental investigar a influência das redes sociais no comportamento familiar e social do adolescente, de modo a estimar sua relação com a violência intrafamiliar e solidão entre os escolares por meio da inclusão dessa temática na PeNSE.

Com esse estudo, percebe-se a relação entre a violência contra os adolescentes, sua saúde física e mental e o seu contexto social e político, em que políticas de incentivo a posse de armas, maioria penal devem ser avaliadas, a fim de não contribuírem para o agravamento da saúde dos adolescentes brasileiros. Assim, destaca-se que a redução das desigualdades de gênero, sociais e raciais e o investimento nos recursos sociais e estruturais que propiciem relações familiares harmoniosas, poderão reduzir a violência no espaço familiar, propiciando melhores condições de vida ao adolescente.

Deve-se atentar também para os fatores individuais que contribuem para o surgimento e agravamento dos transtornos mentais entre os adolescentes, dentre eles a violência na família e na escola, o consumo de bebidas alcoólicas e a falta de apoio da família e amigos. Portanto, é também urgente a necessidade de investir em políticas de saúde voltadas para a promoção do bem estar físico e mental dos adolescentes, considerando suas necessidades e preocupações.

REFERÊNCIAS

- ARGENTINA. Ministerio de salud. **Encuesta mundial de salud escolar: resultados de 2007**. Buenos Aires: Ministerio de salud, 2007. 51p.
- ADOLESCENT MENTAL HEALTH. *In: World Health Organization*. [Genebra, SWI: OMS, 2016]. Disponível em: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>. Acesso em: 30 out. 2018.
- ALPASLAN, Ahmet Hamdi; KOCAK, Ugur; AVCI, Kadriye. Gender-Related Factors for Depressive Symptoms in Turkish Adolescents. **J. Child Adolesc. Psychiatr. Nurs.**, Philadelphia, v. 29, n. 1, p. 23 – 29, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jcap.12131>. Acesso em: 02 mar. 2018.
- ANDRADE, M. E. *et al.* Experimentação de substâncias psicoativas por estudantes de escolas públicas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051006929>. Acesso em: 05 mar. 2018.
- ASBRIDGE, M. *et al.* Elevated depressive symptoms and adolescent injury: examining associations by injury frequency, injury type, and gender. **BMC Public Health**, London, v. 14, n.1, p. 190 – 199, 2014. Disponível em: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-190>. Acesso em: 03 jun. 2017.
- AVANCI, J. Q., *et al.* Fatores Associados aos Problemas de Saúde Mental em Adolescentes. **Psicologia Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 287-294, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v23n3/a07v23n3.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2018.
- AVANCI, J. Q. *et al.* Violência contra a criança e o adolescente. *In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. (org). Novas e velhas faces da violência no século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2017. p. 161 – 185.
- AVANCI, J. Q.; PINTO, L. W.; ASSIS, S. G. Atendimento dos casos de violência em serviços de urgência e emergência brasileiros com foco nas relações intrafamiliares e nos ciclos de vida. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2825-2840, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017229.13352017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232017002902825&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 03 abr. 2018.
- BAGGIO, L.; PALAZZO, L. S.; AERTS, D. R. G. C. Planejamento suicida entre adolescentes escolares: prevalência e fatores associados. **Cad. de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 142-150, 2009. DOI: 10.1590/S0102-311X2009000100015. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2009.v25n1/142-150>. Acesso em: 02 mar. 2018.
- BAGLEY, E. J. *et al.* Community violence concerns and adolescent sleep. **Sleep Health**, New York, v. 2, n. 1, p. 57-62, mar. 2016. DOI:10.1016/j.sleh.2015.12.006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5042335/>. Acesso em: 03 abr. 2018.

BARRETO, S. M., *et al.* Exposição ao tabagismo entre escolares no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 3027-3034, out. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000800007>. Acesso em: 04 ago. 2017.

BARROS, M. N. F.; SUGUIHIRO, V. L. T. A interdisciplinaridade como instrumento de inclusão social: desvelando realidades violentas. **Revista Virtual Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 2, p. 1-15, dez. 2003. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/968/748>. Acesso em: 03 jun. 2017.

BARROS, M. D. A; XIMENES, R.; LIMA, M. L. C. Mortalidade por causas externas em crianças e adolescentes: tendências de 1979 a 1995. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 142 – 149, 2001. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102001000200007>. Acesso em: 10 mar. 2018.

BAYTEMIR, Kemal; YILDIZ, Mehmet Ali. Multiple mediation of loneliness and negative emotions in the relationship between adolescents' social anxiety and depressive symptoms. **Anales de Psicologia**, Múrcia, v. 33, n. 3, p. 612-620, 2017. Disponível em: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.33.3.269211>. Acesso em: 02 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da saúde. **Violência faz mal a saúde**. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2004, 296p.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007**. [Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências]. Brasília: Diário Oficial da União; 2007. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/10811723/decreto-n-6286-de-05-de-dezembro-de-2007>. Acesso em 10 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. 60 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0400_M.pdf. Acesso em: 10 out. 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. **Saúde do adolescente: competências e habilidades**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescente_competencias_habilidades.pdf. Acesso em 03 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde na escola**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 96 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_24.pdf. Acesso em: 03 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a. 132 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf. Acesso em: 10 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b. 104 p.

CALZA, T.; DELL'AGLIO, D. D.; SARRIERA, J. C. Direitos da criança e do adolescente e maus-tratos: epidemiologia e notificação. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, p. 14 – 27, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702016000100003. Acesso em: 10 out. 2017.

CAMEY, S. A. *et al.* Viés da razão de chances estimada pela regressão logística multinomial para estimar o risco relativo ou a razão de prevalência e alternativas. **Cad. Saúde Pública [online]**, v. 30, n. 1, p. 21 -29, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00077313>. Acesso em 15 ago. 2018.

CARVALHO, P. D. *et al.* Prevalência e fatores associados a indicadores negativos de saúde mental em adolescentes estudantes do ensino médio em Pernambuco, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 11, n. 3, p. 227-238, jul./set. 2011. DOI: 10.1590/S1519-38292011000300003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292011000300003&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 23 mar. 2018.

COELHO, M. E. G. M. *et al.* Fatores de risco para a saúde de adolescentes escolares: diferenças entre os sexos. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, n. 11, p. 2138 - 2144, mai. 2017. Supl. 5. DOI: 10.5205/reuol.9302-81402-1-RV.1105sup201720. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/issue/view/1712>. Acesso em: 10 ago. 2017.

COELHO, G. L. H. *et al.* Questionário de Necessidade de Emoções (NAQ-S): validade de construto, invariância e fidedignidade. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 22, n. 3, p. 461-472, set./dez. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-82712017000300461&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 02 mar. 2018.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psic. Clin.**, Rio de Janeiro, v. 27, n.1, p. 17-40, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-56652015000100017&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 out. 2017.

COUTO, M. T. C.; SCHRAIBER, L. B. S. Homens, saúde e violência: novas questões de gênero no campo da saúde coletiva. *In*: MINAYO, M. C.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. P. 687 - 706 p. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/w5p4j/pdf/minayo-9788575413920.pdf>

CORSANO, P. *et al.* Keeping secrets from friends: Exploring the effects of friendship quality, loneliness and self-esteem on secrecy. **Journal of Adolescence (online)**, v. 58, p. 24-32. jul. 2017. DOI: 10.1016/j.adolescence.2017.04.010. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/periodicos/capes.gov.br/search/advanced?docId=10.1016/j.adolescence.2017.04.010>. Acesso em: 12 jan. 2018.

DESLANDES, S.; MENDES, C. H. F.; PINTO, L. W. Proposição de um índice do enfrentamento governamental à violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 8, p. 1709-1720, ago, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n8/0102-311X-csp-31-8-1709.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2017.

FAIAL, L. C. M. *et al.* Vulnerabilidades na adolescência: um campo oportuno para a prática da saúde: revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, v. 10, n. 9, p. 3473-3482, set. 2016. DOI: 10.5205/reuol.9571-83638-1-SM1009201636. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11430>. Acesso em: 03 jun. 2017.

FÉRES-CARNEIRO, T.; MACHADO, R. N.; MELLO, R.; MAGALHES, A. S. Práticas de nomeação nas relações familiares contemporâneas. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, jan./jun. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702017000100002. Acesso em: 19 mar. 2017.

FERNANDES, A. D. S. A.; MATSUKURA, T. S. Adolescentes inseridos em um CAPSi: alcances e limites deste dispositivo na saúde mental infanto juvenil. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 3, p. 977-990, set. 2016. DOI: 10.9788/TP2016.3-11. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000300011. Acesso em: 12 jan. 2018.

FERNANDO, A. T. *et al.* Sleep disorders among high school students in New Zealand. **J. Prim. Health Care**, Wellington, v. 5, n. 4, p. 276 – 282, dec. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24294615>. Acesso em: 02 mar. 2018.

FRANCISCO, P. M. S. B. *et al.* Medidas de associação em estudo transversal com delineamento complexo: razão de chances e razão de prevalência. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 347 – 355, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v11n3/01.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2018.

FRANÇA, E. B. *et al.* Cause-specific mortality for 249 causes in Brazil and states during 1990–2015: a systematic analysis for the global burden of disease study 2015. **Popul. Health Metr.**, London, v. 15, n. 1, p. 1 – 17, nov. 2017. DOI: 10.1186/s12963-017-0156-y. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29166948>. Acesso em: 05 mar. 2018.

FRANKLIN, T. A. F. *et al.* Comportamentos de Risco a Saúde em Adolescentes Residentes em Município de Pequeno Porte. **Rev. Fund. Care Online**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 704 – 710, jul./set. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.704-710>. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6176>. Acesso em: 15 set. 2018.

FREITAS, R. J. M.; MOURA, N. A.; MONTEIRO, A. R. M. Violência contra crianças/adolescentes em sofrimento psíquico e cuidado de enfermagem: reflexões da fenomenologia social. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 37, n. 1, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.52887>. Acesso em 04 ago. 2017.

GESSNER, Rafaela; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da; OLIVEIRA, Rebeca Nunes Guedes. Violência contra adolescentes: uma análise à luz das categorias gênero e geração. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 48, p. 104-110, 2014. Esp. DOI: 10.1590/S0080-623420140000600015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt_0080-6234-reeusp-48-esp-104.pdf. Acesso em: 03 abr. 2018.

HALLAL, A. L. L. C. *et al.* The use of other tobacco products among Brazilian schoolchildren (PeNSE 2012). **Cad. de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, p. s175-s183, 2017. Supl. 3. DOI: 10.1590/0102-311x00137215. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28954057>. Acesso em: 02 mar. 2018.

HAMURCU, M. *et al.* Relationship between perceived parenting style with anxiety levels and loneliness in visually impaired children and adolescents. **Arch. clin. psychiatry**, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 112-115. 2016. DOI: 10.1590/0101-60830000000096. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-60830000000096>. Acesso em: 05 mar. 2018.

HAYLEY, A. C. *et al.* Social and emotional loneliness and self-reported difficulty initiating and maintaining sleep (DIMS) in a sample of Norwegian university students. **Scandinavian Journal of Psychology**, Sweden, v. 58, n.1, p. 91– 99, 2017. DOI: 10.1111/sjop.12343. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/sjop.12343>. Acesso em: 12 jan. 2018.

HILDEBRAND, N. A. *et al.* Violência Doméstica e Risco para Problemas de Saúde Mental em Crianças e Adolescentes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.28, n.2, p. 213-221, jan./jun. 2015. DOI: 10.1590/1678-7153.201528201. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722015000200213. Acesso em: 12 jan. 2018.

HILLIS, S. *et al.* Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates. **Pediatrics**, Evanston, v. 137, n. 3, mar. 2016. DOI: 10.1542/peds.2015-4079. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/137/3/e20154079.long>. Acesso em: 03 jun. 2017.

HORTA, Natália de Cássia Horta; SENA, Roseni Rosângela de. Abordagem ao adolescente e ao jovem nas políticas públicas de saúde no Brasil: um estudo de revisão. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 475-495, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312010000200008&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 out. 2017.

IBABE, I.; ARNOSO, A.; ELGORRIAGA, E. Behavioral problems and depressive symptomatology as predictors of child to parent violence. **The European Journal of Psychology Applied to Legal Contexto**. Santiago Compostela, v. 6, n. 2, p. 53-61, 2014. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1889186114000055>. Acesso em: 04 ago. 2017

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) 2015**. Rio de Janeiro: IBGE; 2016a. 132 p.

IBGE. **Arquivos de microdados da PeNSE 2015**. Rio de Janeiro, 2016b. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/2015/default_microdados.shtm. Acesso em: 10 jun. 2017.

JOGER, F. A. B. *et al.* O adolescente no contexto da saúde pública brasileira: reflexões sobre o PROSAD. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n. 2, p. 211-221, abr./jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v19n2/05.pdf>. Acesso em: 10 out. 2017.

KEARNS, S.; CREAVEN, A. Individual differences in positive and negative emotion regulation: Which strategies explain variability in loneliness?. **Personal Ment Health**, West Sussex, v. 11, n. 1, p. 64 - 74, fev. 2017. DOI 10.1002/pmh.1363. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/pmh.1363>. Acesso em: 02 mar. 2018.

LAMSTER, F. *et al.* The impact of loneliness on paranoia: An experimental approach. **J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry**. Elmsford, v. 54, p. 51 - 57, mar. 2017. DOI: 10.1016/j.jbtep.2016.06.005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27362838>. Acesso em: 02 mar. 2018.

LEE, C. S.; GOLDSTEIN S. E. Loneliness, stress, and social support in Young adulthood: does the source of support matter?. **J. Youth Adolesc.**, New York, n. 45, p. 568-580, 2016. DOI: 10.1007/s10964-015-0395-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26602564>. Acesso em: 02 mar. 2018.

LEITE, F. M. C. *et al.* Violência contra a mulher em Vitória, Espírito Santo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 51, n. 33, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100223&lng=en&tlng=en. Acesso em: 02 mar. 2018.

LIM, M. H. *et al.* Loneliness over time: the crucial role of social anxiety. **J. Abnorm. Psychol.** Washington DC, v. 125, n. 5, p. 620 - 630, 2016. DOI: 10.1037/abn0000162. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27124713>. Acesso em: 02 mar. 2018.

LOPES, S. L. *et al.* ERICA: Prevalence of common mental disorders in Brazilian adolescents. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, p. 1s - 9s, 2016. Supl. 1. DOI:10.1590/S01518-8787.2016050006690. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4767030/>. Acesso em: 02 mar. 2018.

LUHMANN, M.; HAWKLEY, L. C. Age Differences in Loneliness From Late Adolescence to Oldest Old Age. **Developmental Psychology**, Washington, v. 52, n. 6, p. 943-959, jun. 2016. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fdev0000117>. Acesso em: 03 jun. 2017.

LUZ, R. T. *et al.* Estilo de vida e a interface com demandas de saúde de adolescentes. **REME - Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 22, 2018. DOI: 10.5935/1415-2762.20180027. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1235>. Acesso em 18 set. 2018.

MACHADO, M. F. A. S. *et al.* Programa saúde na escola: estratégia promotora de saúde na atenção básica no Brasil. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v.25, n.3, p. 307-312, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.96709>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt_09.pdf. Acesso em: 03 set. 2018.

MAES, Marlies. *et al.* Loneliness and attitudes toward a loneness in adolescence: a person-centered. **J. Youth Adolescence**, New York, v. 45, n. 3, p. 547 – 567, mar. 2016. DOI:10.1007/s10964-015-0354-5. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26369350>. Acesso em: 03 jun. 2017.

MALTA, D. C. *et al.* Vivência de violência entre escolares brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). **Ciênc. e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, p. 3053 - 3063, 2010. Supl. 2. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000800010. Acesso em: 04 jun. 2017.

MALTA, D. C. *et al.* Família e proteção ao uso de tabaco, álcool e drogas em adolescentes, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 166-177. 2011. Supl. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2011000500017. Acesso em: 03 jun. 2017.

MALTA, D. C. *et al.* Situações de violência vivenciadas por estudantes nas capitais brasileiras e no Distrito Federal: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escola (PeNSE 2012). **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v.17, p. 158-171. 2014a. Supl. DOI: 10.1590/1809-4503201400050013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17s1/pt_1415-790X-rbepid-17-s1-00158.pdf. Acesso em: 04 jun. 2017.

MALTA, D. C. *et al.* Uso de substâncias psicoativas, contexto familiar e saúde mental em adolescentes brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares (PeNSE 2012). **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v.17, p. 46-61, 2014b. Supl. 1. DOI: 10.1590/1809-4503201400050005. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17s1/pt_1415-790X-rbepid-17-s1-00046.pdf. Acesso em: 04 jun. 2017.

MALTA, D. C. *et al.* Tendência dos fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2009 e 2012). **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 17, p. 77-91, 2014c. Supl. DOI: 10.1590/1809-4503201400050007. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17s1/pt_1415-790X-rbepid-17-s1-00077.pdf. Acesso em: 04 jun. 2017.

MALTA, D. C. *et al.* *Bullying* em escolares brasileiros: análise da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012). **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v.17, p. 92-105. 2014d. Supl. 1. DOI: 10.1590/1809-4503201400050008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2014000500092&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 04 jun. 2017.

MALTA, D. C. *et al.* Violências contra adolescentes nas capitais brasileiras, segundo inquérito em serviços de urgência. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2899-2908, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017229.14212017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002902899&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 out. 2017.

MANDELBAUM, Belinda; SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia P. L. MANDELBAUM, B.; SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência e vida familiar: abordagens psicanalíticas e de gênero. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 422-230, 2016. DOI 10.1590/S0104-12902016145768. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902016145768>. Acesso em: 03 jun. 2017.

MARTINS, C. S. *et al.* A dinâmica familiar na visão de pais e filhos envolvidos na violência. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n.5, p. 889-894, set./out. 2007. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2466>. Acesso em: 03 jun. 2017.

MASCARENHAS, M. D. M. *et al.* Violência cometida por pessoa conhecida - Brasil, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 11, p. 3763-3771, nov. 2017. DOI: 10.1590/1413-812320172211.08672016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.08672016>. Acesso em: 10 mar. 2018.

MATTOS, M. Z.; JAEGER, A. A. Bullying and gender relations at school. **Movimento**, Porto Alegre, v.21, n.2, p. 349-361, abr./jun. 2015. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/Movimento/article/view/48001/36359>. Acesso em: 04 jun. 2017.

MELLO; F. C. M., *et al.* Bullying e fatores associados em adolescentes da Região Sudeste segundo a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v.19, n. 4, p. 866-877, 2016. DOI: 10.1590/1980-5497201600040015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000400866. Acesso em: 02 mar. 2018.

MENDONÇA, M. F. S.; LUDERMIR, A. B. Violência por parceiro íntimo e incidência de transtorno mental comum. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006912>. Acesso em: 02 mar. 2018.

MINAYO, M. C. S. Laços perigosos entre machismo e violência. *In*: MINAYO, M. C. S.; Coimbra JUNIOR, C. E. A. (org.). **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 687 - 706. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/w5p4j/pdf/minayo-9788575413920.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2017.

MINAYO, M. C. S. Quadro interpretativo da violência sob a ótica do setor saúde. *In*: MINAYO, M. C. S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 69 - 82. (Coleção Temas em Saúde). Disponível em: <http://books.scielo.org/id/y9sxc/pdf/minayo-9788575413807.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2017.

MORAIS, R. L. G. L. *et al.* Violência intrafamiliar contra crianças no contexto da saúde da família. **Rev. Enferm UFPE**, Recife, v. 10, n. 5, p. 1645 - 1653, mai. 2016. DOI: 10.5205/reuol.9003-78704-1-SM.1005201610. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/13539/16305>. Acesso em: 02 mar. 2018.

MOTA, R. S. *et al.* Prevalência e fatores associados à vivência de violência intrafamiliar por adolescentes escolares. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 71, n. 3, p. 1086 – 1091, mai./jun. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0546>. Acesso em: 10 out. 2018.

MOURA, N. A.; MONTEIRO, A. R. M.; FREITAS, R. J. M. Adolescentes usuários de drogas (i)lícitas e práticas de violência. **Rev. Enferm UFPE**, Recife, v. 10, n. 5, p. 1685-93, mai. 2016. DOI: 10.5205/reuol.9003-78704-1-SM.1005201614. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13543/0>. Acesso em: 02 mar. 2018.

MURPHY, Siobhan; MURPHY, Jamie; SHEVLIN, M. Negative evaluations of self and others, and peer victimization as mediators of the relationship between childhood adversity and psychotic experiences in adolescence: the moderating role of loneliness. **Br. J. Clin. Psychol.**, Letchworth, v. 54, p. 326–344. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25756545>. Acesso em: 02 mar. 2018.

NYQVIST, F. *et al.* The association between social capital and loneliness in different age groups: a population-based study in Western Finland. **BMC Public Health**, London, v.16, p. 1-8. 2016. DOI: 10.1186/s12889-016-3248-x. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27400659>. Acesso em: 05 mar. 2018.

NUNES, C. B.; SARTI, C. A.; OHARA, C. V. S. Concepções de profissionais de saúde sobre a violência intrafamiliar contra criança e o adolescente. **Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, p. 1-7, jan./fev. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/pt_20.pdf. Acesso em: 03 jun. 2017.

OLIVEIRA, W. A. *et al.* Associations between the practice of bullying and individual and contextual variables from the aggressors' perspective. **J. Pediatr.**, Porto Alegre, v. 92, n. 1, p. 32-39, 2016. DOI: 10.1016/j.jped.2015.04.003. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572016000100032. Acesso em: 02 mar. 2018.

OLOFSSON, N. *et al.* Long-term health consequences of violence exposure in adolescence: a 26-year prospective study. **BMC Public Health**, London, v. 12, p. 411- 422, 2012. Disponível em: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-12-411>. Acesso em: 17 set. 2017.

OMS. **Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência 2014**. Tradução Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo 2015. São Paulo: Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo, 2014. 276 p., il. color.

PATIAS, N. D.; SILVA, D. G.; DELL'AGLIO, D. D. Exposição de adolescentes à violência em diferentes contextos: relações com a saúde mental. **Temas Psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 1, p. 205 – 218, 2016. DOI: 10.9788/TP2016.1-14. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000100010. Acesso em: 10 fev. 2018.

PRIEST, N. *et al.* Effects over time of self-reported direct and vicarious racial discrimination on depressive symptoms and loneliness among Australian schoolstudents. **BMC Psychiatry**, London, v. 17, n. 1, p. 1 – 11, 2017. DOI: 10.1186/s12888-017-1216-3. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5291984/#__ffn__sectitle. Acesso em: 02 mar. 2018.

PUCCI, S. H. M.; PEREIRA, M. G. The mediator role of psychological morbidity on sleep and health behaviors in adolescents. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 92, n. 1, p. 53 – 57, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755715001692?via%3Dihub>. Acesso em: 10 fev. 2018.

RAO, S. *et al.* Nutritional and lifestyle risk behaviors and their association with mental health and violence among Pakistan adolescents: results from the National Survey of 4583 individuals. **BMC Public Health**, London, v. 15, n. 1, p. 431- 440, abr. 2015. DOI: 10.1186/s12889-015-1762-x. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25927931>. Acesso em: 02 mar. 2018.

RATES, S. M. M. *et al.* Violência infantil: uma análise das notificações compulsórias, Brasil 2011. **Ciênc. e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 655-665. 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015203.15242014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/pt_1413-8123-csc-20-03-00655.pdf. Acesso em: 03 jun. 2017.

RICHARD, A. *et al.* Loneliness is adversely associated with physical and mental health and lifestyle factors: Results from a Swiss national survey. **Plos One**, San Francisco, v. 12, n. 7, p. 1 – 18, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28715478>. Acesso em: 02 mar. 2018.

ROQUE, E. M. S. T.; FERRIANI, M. G. C.; SILVA, M. A. I. S. A violência intrafamiliar e a justiça. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, São Paulo, v.16, n.5, p. 908-914, set./out. 2008. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/17023>. Acesso em: 17 set. 2017.

RODRIGUES, N. C. P. *et al.* The increase in domestic violence in Brazil from 2009-2014. **Ciênc. e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, n. 22, v. 9, p. 2873-2880, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017229.09902016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28954138>. Acesso em: 02 mar. 2018.

STICKLEY, A. *et al.* Loneliness and its association with psychological and somatic health problems among Czech, Russian and U.S. adolescents. **BMC Psychiatry**, London, v. 16, p. 1 – 11. 2016. DOI: 10.1186/s12888-016-0829-2. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/issues/262989/>. Acesso em: 02 mar. 2018.

SCHENKER, M; AVANCI, J. Q.; SILVEIRA, L. M. Violência intrafamiliar da perspectiva sistêmica. *In*: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. (org). **Novas e velhas faces da violência no século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2017. p. 239 – 253.

SELWYN, Julie; MEAKINGS, Sarah. Adolescent-to-parent violence in adoptive families. **British Journal of Social Work**. Oxford, v. 46, p. 1224-1240. 2016. DOI: 10.1093/bjsw/bcv072. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4985723/pdf/bcv072.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2017.

SILVA, A. R.; MELO, O.; MOTA, C. P. Suporte social e individualização em jovens de diferentes configurações familiares. **Temas Psicol.**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 4, dez. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000400007&lng=pt&nrm=i&tlng=pt. Acesso em: 03 jun. 2017.

SILVA, B. V. S. *et al.* Prevalência e fatores associados à autopercepção negativa em saúde dos adolescentes: uma revisão sistemática. Prevalência e fatores associados à autopercepção negativa em saúde dos adolescentes: uma revisão sistemática. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v. 29, n. 4, p. 595-601, out./dez. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/issue/view/1712>. Acesso em: 03 jun. 2017.

SILVA, D. G.; DELL'AGLIO, D. D. Violence and subjective well-being in adolescents. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 26, n. 65, p. 299-305. 2016. DOI:10.1590/1982-43272665201603 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0103-863X20160003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 03 jun. 2017.

SILVA, J.M. M. D; LIMA, M. C; LUDERMIR, A. B. Violência por parceiro íntimo e prática educativa materna. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, abr. 2017. DOI: 10.1590/S1518-8787.2017051006848. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28423138>. Acesso em: 02 mar. 2018.

SINOPSE DO CENSO DEMOGRÁFICO 2010. *In*: IBGE. [Rio de Janeiro: IBGE, 2010]. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=4&uf=00>. Acesso em: 11 abril 2017. Acesso em: 30 out. 2018.

SOUZA, A. P. L.; LAUDA, B. V.; KOLLER, S. H. Opiniões e vivências de adolescentes acerca dos direitos ao respeito e privacidade e à proteção contra a violência física no âmbito familiar. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 26, n. 2, p. 397-409. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822014000200016>. Acesso em: 04 ago. 2017.

TANSKANEN J.; ANTTILA T. A prospective study of social isolation, loneliness, and mortality in Finland. **Am J. Public. Health.**, New York, v. 106, n. 11, p. 2042 – 2048, nov. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27631736>. Acesso em: 02 mar. 2018.

TAVARES, M. L. O. *et al.* Perfil de adolescentes e vulnerabilidade para o uso de álcool e outras drogas. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, v. 11, n. 10, p. 3906 - 3912, out. 2017. DOI: 10.5205/reuol.12834-30982-1-SM.1110201727. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/22571/24345>. Acesso em: 05 mar. 2018.

TAVERNIER, R. *et al.* Daily affective experiences predict objective sleep outcomes among adolescents. **J. Sleep Res.**, Oxford, v. 25, n. 1, p. 62–69, 2016. DOI: 10.1111/jsr.12338. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26365539>. Acesso em: 02 mar. 2018.

TEIXEIRA, C. C.; GUIMARAES, L. S. P.; ECHER, I. C. Fatores associados à iniciação tabágica em adolescentes escolares. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.69077>. Acesso em: 02 mar. 2018.

TERROSO, L. B. *et al.* Habilidades sociais e *bullying* em adolescentes. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 1, p. 251-259, 2016. DOI: 10.9788/TP2016.1-17. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.1-17>. Acesso em: 05 mar. 2018.

UNICEF. **Situação mundial da infância 2011**. New York: UNICEF, 2011. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf. Acesso em: 30 out. 2018.

WAISELSZ J. J. **Mapa da violência 2015 adolescentes de 16 e 17 anos do Brasil**. Rio de Janeiro: Flacso. 2015. Disponível em: <http://flacso.org.br/?publication=mapa-da-violencia-2015-adolescentes-de-16-e-17-anos-do-brasil-2>. Acesso em: 03 jun. 2017.

WAISELSZ J. J. **Mapa da violência 2012 crianças e adolescentes do Brasil**. Rio de Janeiro: Flacso. 1ª ed., 2012. Disponível em: https://www.mapadaviolencia.org.br/mapa2012_crianca.php. Acesso em: 03 jun. 2017.

YADIRA MARTÍNEZ, N.; OCHOA TORO, M. I.; VIVEROS CHAVARRIA, E. F. Aspectos subjetivos relacionados com la violencia intrafamiliar: caso municipio de Sabaneta Antioquia. **Estud. Soc**, Hermosillo, v. 47, n. 24, p. 349-376, jan./jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572016000100348. Acesso em: 03 jun. 2017.

ZAPPE, J. G.; DELL'AGLIO, D. D. Variáveis pessoais e contextuais associadas a comportamentos de risco em adolescentes. **J Bras Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 65, n. 1, p. 44-52. 2016. DOI: 10.1590/0047-2085000000102. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v65n1/0047-2085-jbpsiq-65-1-0044.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2017.

YOUTH VIOLENCE. *In*: World Health Organization. [Genebra, SWI: OMS, 2016]. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/youth-violence>. Acesso em: 30 out. 2018.

APÊNDICE A – PRODUTOS DA DISSERTAÇÃO

Artigo 1:

Malta, D.C., Freitas MIF, Assunção, A. A., Antunes, JT, Prado, RR. Fatores associados aos episódios de agressão familiar entre adolescentes, resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE). *CienSaudeColet [periódico na internet]* (2017/Jul). [Citado em 10/08/2017]. Está disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/fatores-associados-aos-episodios-de-agressao-familiar-entre-adolescentes-resultados-da-pesquisa-nacional-de-saude-do-escolar-pense/16305?id=16305>

Fatores associados aos episódios de agressão familiar entre adolescentes, resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE)

Factors associated with suffering domestic violence among adolescents, results of the National School Health Survey (PeNSE)

Deborah Carvalho Malta1 - dcmalta@uol.com.br

Juliana Teixeira Antunes 1 - julianat.antunes@gmail.com

Rogério Ruscito de Prado 2 - ruscittousp@yahoo.com.br

Ada Ávila Assunção 1 - avilaufmg@gmail.com

Maria Imaculada de Freitas 1 - peninhabh@yahoo.com.br

Resumo – O estudo analisa fatores associados á agressão familiar contra adolescentes. Foram utilizados dados da Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares 2015 e calculada a prevalência de sofrer agressão física por familiar, segundo quatro blocos de investigação. Procedeu-se a análise bivariada, calculando-se os *Odds Ratios* (ORs) não ajustados e por fim, foi realizado a regressão multivariada. A agressão familiar foi referida por 14,5%. Variáveis associadas no modelo multivariado no bloco sociodemográfico foram: sexo feminino, raça cor preta, amarela, parda, mães sem nível superior de escolaridade, adolescente que trabalham (OR 2,10 IC95% 1,78-2,47). No contexto familiar: a falta de compreensão dos pais (OR 1,71 IC95% 1,63 -1,80) e a intromissão na privacidade dos adolescentes (OR 1,80 IC95% 1,70 -1,91). Relato de faltar às aulas (OR 1,43 IC95% 1,36-1,50). Dentre os comportamentos: tabagismo (OR 1,23 IC95% 1,12-1,34), álcool (OR 1,49 IC95% 1,41-1,57), experiência com drogas (OR 1,24 IC95% 1,15-1,33), relação sexual precoce (OR 1,40 IC95% 1,33 -1,48), relato de solidão, insônia e *bullying* (ORa 2,14 IC95% 2,00-2,30). Conclui-se pela associação entre violência e gênero, maior vitimização das meninas e adolescentes mais jovens, que vivem em contextos sociais e familiares desfavoráveis.

Palavras-chave: Violência doméstica Maus-Tratos; Adolescente, tabaco, inquérito

Artigo 2: em avaliação para publicação em revista Paideia.

1.1 Sentimento de solidão e fatores associados entre adolescentes brasileiros

1.2 Feeling of loneliness and associated factors among Brazilian adolescents

1.3 Sensación de soledad y factores asociados entre adolescentes brasileños

1.4 The loneliness among Brazilian adolescents

ANTUNES, Juliana Teixeira
MACHADO, Ísis Eloah
MALTA, Deborah Carvalho

RESUMO

Os problemas de saúde mental atingem adolescentes de todo o mundo. Esse estudo objetiva identificar os fatores associados aos sentimentos de solidão vivenciados por adolescentes brasileiros. Foram analisados dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2015), coletada pelo IBGE, em escolares de 13 a 17 anos das escolas públicas e privadas do Brasil. O inquérito transversal, foi respondido em questionário aplicado por *smartphone*. Os resultados mostram que ser do sexo feminino, ter idade de 15 anos, sofrer insônia, ser vítima de *bullying* e fazer uso de bebida alcoólica foram associados à solidão entre adolescentes, enquanto que fazer refeição com pais ou responsáveis 5 dias ou mais na semana, ter pais que entendem seus problemas e ter amigos, foram fatores protetores da solidão. Assim, a solidão vem tornando-se frequente nos relatos dos adolescentes, sendo um importante indicador de saúde mental e hábitos de risco nessa faixa etária.

Palavras-chave: Solidão, Psicologia do adolescente, Fatores de risco.

ANEXO A - QUESTIONÁRIO DO ALUNO PENSE 2015

B0. INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Este questionário faz parte de uma pesquisa a ser realizada, em todo o país, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC), com o objetivo de ajudar na orientação de políticas públicas voltadas para a saúde dos(as) adolescentes brasileiros(as).

Neste questionário, serão levantados dados como, por exemplo, a saúde sexual e reprodutiva, a saúde bucal, o consumo alimentar, a imagem corporal, o uso de cigarro, de bebidas alcoólicas e drogas.

Você não será identificado(a). Suas respostas serão mantidas em sigilo e apenas o resultado geral da pesquisa será divulgado. Existem questões que são confidenciais e podem levar a algum tipo de constrangimento (vergonha). Caso não se sinta confortável em responder a estas questões, você pode deixá-las sem resposta, bem como interromper o preenchimento do questionário a qualquer momento. Você não é obrigado(a) a participar desta pesquisa e, caso não queira, isto não afetará a sua relação com a escola.

Não existem respostas certas ou erradas. O preenchimento do questionário terá duração aproximada de 40 minutos. Responda com atenção, pois suas respostas serão muito importantes para o conhecimento da saúde dos(as) adolescentes brasileiros(as).

B00004

00. Prezado(a) estudante, você concorda em participar dessa pesquisa?

- Sim
 Não

B1. INFORMAÇÕES GERAIS

01. Qual é o seu sexo?

- Masculino
 Feminino

B01002

02. Qual é a sua cor ou raça?

- Branca
 Preta
 Amarela
 Parda
 Indígena

B01003 [obrigatória]

03. Qual é a sua idade?

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

B01008a

23. Qual nível de ensino (grau) sua mãe estudou ou estuda?

- Minha mãe não estudou
 Minha mãe começou o ensino fundamental ou 1º grau, mas não terminou
 Minha mãe terminou o ensino fundamental ou 1º grau
 Minha mãe começou o ensino médio ou 2º grau, mas não terminou
 Minha mãe terminou o ensino médio ou 2º grau
 Minha mãe começou a faculdade (ensino superior), mas não terminou
 Minha mãe terminou a faculdade (ensino superior)
 Não sei

B02017a

02. Você costuma almoçar ou jantar com sua mãe, pai ou responsável?

- Sim, todos os dias
 Sim, 5 a 6 dias por semana
 Sim, 3 a 4 dias por semana
 Sim, 1 a 2 dias por semana
 Raramente

Não

03. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você fumou cigarros?

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

B05002

03. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você tomou pelo menos um copo ou uma dose de bebida alcoólica (uma dose equivale a uma lata de cerveja ou uma taça de vinho ou uma dose de cachaca ou uísque etc.)?

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

B7. SITUAÇÕES EM CASA E NA ESCOLA

As próximas questões referem-se a situações vividas por você em casa e na escola, e o quanto seus pais ou responsáveis sabem sobre o que acontece com você.

Nas perguntas sobre os ÚLTIMOS 30 DIAS, considere um mês normal de aula, sem feriado ou férias.

B07002

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

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

B07004

04. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que

frequência seus pais ou responsáveis entenderam seus problemas e preocupações?

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

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

- Nunca [pular para B07009]
- Raramente
- Às vezes
- Na maior parte do tempo
- Sempre

B12. SAÚDE MENTAL

As próximas perguntas referem-se aos seus sentimentos.

B12001

01. NOS ÚLTIMOS 12 MESES com que frequência tem se sentido sozinho(a)?

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

B12002

02. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, com que frequência você não conseguiu dormir à noite porque algo o(a) preocupava muito?

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

B12003

03. Quantos amigos(as) próximos você tem?

- Nenhum amigo (0)
- 1 amigo
- 2 amigos

- 3 ou mais amigos

B9. SEGURANÇA

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

Nas perguntas sobre os ÚLTIMOS 30 DIAS, considere um mês normal de aula, sem feriados ou férias.

B09003

08. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantas vezes você foi agredido(a) fisicamente por um adulto da sua família?

- Nenhuma vez nos últimos 30 dias (0 vez)
- 1 vez nos últimos 30 dias
- 2 ou 3 vezes nos últimos 30 dias
- 4 ou 5 vezes nos últimos 30 dias
- 6 ou 7 vezes nos últimos 30 dias
- 8 ou 9 vezes nos últimos 30 dias
- 10 ou 11 vezes nos últimos 30 dias
- 12 vezes ou mais nos últimos 30 dias