

# PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE DO ESCOLAR

## 2015



MINISTÉRIO DA  
**SAÚDE**

 **IBGE**  
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MINISTÉRIO DO  
**PLANEJAMENTO,  
DESENVOLVIMENTO E GESTÃO**

Vice-Presidente da República no Exercício do Cargo de Presidente da República  
**Michel Miguel Elias Temer Lulia**

Ministro do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão  
**Dyogo Henrique de Oliveira** (interino)

Ministro da Saúde  
**Ricardo José Magalhães Barros**

Secretário-Substituto de Vigilância em Saúde  
**Alexandre Fonseca Santos**

**INSTITUTO BRASILEIRO  
DE GEOGRAFIA E  
ESTATÍSTICA - IBGE**

Presidente  
**Paulo Rabello de Castro**

Diretor-Executivo  
**Fernando J. Abrantes**

ÓRGÃOS ESPECÍFICOS SINGULARES

Diretoria de Pesquisas  
**Roberto Luís Olinto Ramos**

Diretoria de Geociências  
**Wadih João Scandar Neto**

Diretoria de Informática  
**José Sant'Anna Bevilaqua**

Centro de Documentação e Disseminação de Informações  
**David Wu Tai**

Escola Nacional de Ciências Estatísticas  
**Maysa Sacramento de Magalhães**

UNIDADES RESPONSÁVEIS

Diretoria de Pesquisas  
Coordenação de População e Indicadores Sociais  
**Barbara Cobo Soares**

Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos  
Não Transmissíveis e Promoção da Saúde  
**Maria de Fátima Marinho de Souza**  
Coordenação Geral de Vigilância de Agravos  
e Doenças Não Transmissíveis  
**Marta Maria Alves da Silva**

Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão  
**Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE**  
Diretoria de Pesquisas  
Coordenação de População e Indicadores Sociais

# **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar**

## **2015**

Rio de Janeiro  
2016

**Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE**

Av. Franklin Roosevelt, 166 - Centro - 20021-120 - Rio de Janeiro, RJ - Brasil

ISBN 978-85-240-4387-1 (meio impresso)

© IBGE. 2016

**Produção do e-book**

Roberto Cavararo

**Capa**

Marcos Balster Fiore e Renato Aguiar - Coordenação de *Marketing*/Centro de Documentação e Disseminação de Informações - CDDI

---

Pesquisa nacional de saúde do escolar : 2015 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. – Rio de Janeiro : IBGE, 2016.

132 p.

Convênio: Ministério da Saúde, com apoio do Ministério da Educação

Inclui bibliografia e glossário.

ISBN 978-85-240-4387-1

1. Adolescentes – Estatística – Pesquisa. 2. Adolescentes – Brasil – Condições sociais. 3. Adolescentes – Brasil – Educação. 4. Adolescentes – Brasil – Comportamento sexual. 5. Estudantes – Brasil – Saúde e higiene. 6. Jovens e violência – Brasil – Estatística. I. IBGE. Coordenação de Indicadores Sociais. II. Brasil. Ministério da Saúde. III. Brasil. Ministério da Educação. IV. Título: PeNSE : 2015.

**Gerência de Biblioteca e Acervos Especiais** CDU 311.21:314-053.6

RJ/IBGE/2016-15

EST

---

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

---

# Sumário

## **Apresentação**

## **Introdução**

## **Notas técnicas**

Considerações sobre as duas amostras

População de estudo

**Amostra 1:** escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental

**Amostra 2:** escolares de 13 a 17 anos de idade frequentando as etapas de ensino de interesse

Plano amostral da Amostra 1

Determinação do tamanho

Cálculo e ajuste dos pesos amostrais

Calibração e ajuste dos pesos amostrais

Plano amostral da Amostra 2

Determinação do tamanho

Cálculo e ajuste dos pesos amostrais

Coleta dos dados

Aspectos éticos

Disseminação dos resultados

**Análise dos resultados**

## Amostra 1

## Características do ambiente escolar e entorno

- Estrutura de saneamento básico e higiene
- Estrutura de alimentação escolar
- Estrutura para atividades físicas
- Adoção de medidas proibitivas

## Características básicas da população de estudo

## Aspectos socioeconômicos

- Escolaridade da mãe
- Trabalho entre escolares
- Posse de bens e serviços

## Contexto familiar

- Conhecimento dos pais ou responsáveis sobre o tempo livre dos escolares
- Falta às aulas sem permissão dos pais ou responsáveis
- Presença dos pais ou responsáveis durante as refeições
- Verificação dos deveres de casa pelos pais ou responsáveis
- Entendimento dos pais ou responsáveis quanto aos problemas e preocupações dos filhos

## Hábitos alimentares

- Consumo de alimentos marcadores de alimentação saudável e não saudável
- Perfil de realização das refeições
- Alimentação na escola

## Prática de atividade física

- Atividade física acumulada
- Atividade física globalmente estimada
- Aulas de Educação Física na escola
- Hábito sedentário: tempo assistindo TV

## Cigarro, álcool e outras drogas

- Cigarro e outros produtos do tabaco
- Álcool
- Uso de drogas ilícitas

## Saúde sexual e reprodutiva

- Iniciação sexual

Uso de preservativo
Acesso na escola às informações sobre sexualidade
Violências, segurança e acidentes
Segurança no trajeto casa-escola ou no espaço escolar
Envolvimento em brigas com armas
Agressão por adulto da família, envolvimento em brigas, lesões e ferimentos sofridos
Violência no trânsito
<i>Bullying</i>
Relação sexual forçada
Hábitos de higiene pessoal
Saúde bucal
Percepção da imagem corporal
Atitude em relação ao peso corporal
Saúde mental
Uso de serviços de saúde
Autoavaliação de saúde
Vacinação contra o Papilomavírus Humano (HPV)
Asma
Amostra 2
Caracterização geral da população estudada
Contexto familiar
Hábitos alimentares
Prática de atividade física
Cigarro, álcool e outras drogas
Cigarro e outros produtos do tabaco
Álcool
Uso de drogas ilícitas
Saúde sexual e reprodutiva
Violência, segurança e acidentes
Hábitos de higiene pessoal
Percepção da imagem corporal
Saúde mental

Uso de serviços de saúde

Asma

Antropometria: peso e altura aferidos

Tratamento das informações antropométricas

Crítica e imputação dos dados

Avaliação com a Metodologia CIDAQ

Avaliação do estado nutricional dos escolares de  
13 a 17 anos

**Referências**

**Glossário**

#### **Convenções**

-	Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento;
..	Não se aplica dado numérico;
...	Dado numérico não disponível;
x	Dado numérico omitido a fim de evitar a individualização da informação;
0; 0,0; 0,00	Dado numérico igual a zero resultante de arredondamento de um dado numérico originalmente positivo; e
-0; -0,0; -0,00	Dado numérico igual a zero resultante de arredondamento de um dado numérico originalmente negativo.



---

## Apresentação

**E**sta publicação apresenta comentários analíticos sobre os resultados da terceira edição da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PeNSE, realizada, em 2015, a partir de convênio celebrado entre o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE e o Ministério da Saúde, com o apoio do Ministério da Educação. A PeNSE fornece informações para o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco de Doenças Crônicas não Transmissíveis, do Ministério da Saúde, com dados atualizados sobre a distribuição desses fatores no público-alvo.

Importantes inovações foram introduzidas nesta edição da PeNSE. Uma das mais significativas é a disponibilização de dados oriundos de dois planos amostrais distintos, que contemplam, respectivamente, escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental, e escolares de 13 a 17 anos de idade frequentando as etapas do 6º ao 9º ano do ensino fundamental (antigas 5ª a 8ª séries) e da 1ª a 3ª série do ensino médio, no ano de referência da pesquisa. A primeira amostra, tradicional da PeNSE, permite a comparação temporal entre os Municípios das Capitais e o Distrito Federal nas três edições da pesquisa. Além disso, a ampliação da representatividade da amostra, possibilitando a desagregação das informações por Unidades da Federação, oferece aos gestores de políticas públicas e à população em geral dados mais próximos da realidade local sobre a situação de saúde dos escolares. A segunda amostra possibilita, entre outros aspectos, melhor identificação e acompanhamento de fatores relacionados ao desenvolvimento físico-biológico e ao tempo de exposição às condições de risco para o grupo etário considerado. Além disso, permite maior comparabilidade com indicadores internacionais, em especial aqueles provenientes da Global School-based Student

Health Survey - GSHS, desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde - OMS (World Health Organization - WHO).

Esta publicação apresenta **Notas técnicas** com considerações metodológicas sobre a pesquisa, **Análise dos resultados**, ilustrada com tabelas e gráficos, contemplando as duas amostras investigadas, bem como um **Glossário** com os termos e conceitos considerados essenciais para a compreensão dos resultados. As informações ora divulgadas também podem ser acessadas no portal do IBGE na Internet, que disponibiliza ainda o plano tabular completo da PeNSE.

Finalmente, cabe ressaltar a importante colaboração do Ministério da Educação, tanto na disponibilização dos dados do Censo Escolar 2013, realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - INEP, para seleção da amostra, quanto na sensibilização das escolas para participação na PeNSE, ao divulgar a realização da pesquisa para as Secretarias Estaduais e Municipais de Educação.

**Roberto Luís Olinto Ramos**

Diretor de Pesquisas

---

## Introdução

A adolescência é tida como a transição da infância para a vida adulta, acarretando importantes transformações biológicas, cognitivas, emocionais e sociais. Essa trajetória é marcada por crescente autonomia e independência em relação à família, bem como pela experimentação de novos comportamentos e vivências. Paralelamente, observa-se, na atualidade, maior exposição a fatores de risco para a saúde, como uso de tabaco, consumo de álcool, alimentação inadequada e sedentarismo, conforme apontam Campos, Schall e Nogueira (2013) e o estudo transnacional Health Behaviour in School-aged Children - HBSC, da Organização Mundial da Saúde - OMS (World Health Organization - WHO), realizado em 2013-2014 (GROWING..., 2016).

Evidências apontam para a associação entre a entrada precoce na puberdade e a adoção de comportamentos de risco para a saúde, além de aumento na exposição a fatores de risco com o avançar da idade. Outrossim, comportamentos, de saúde ou de risco à saúde, adquiridos na adolescência tendem a se perpetuar na vida adulta, com as respectivas consequências para a qualidade de vida. Assim, políticas públicas focadas no desenvolvimento de comportamentos saudáveis em idades precoces constituem relevante estratégia de promoção da saúde (GROWING..., 2016).

As doenças crônicas não transmissíveis estão amplamente distribuídas na população mundial, sendo responsáveis por 63,0% das mortes anuais. No Brasil, constituem o principal problema de saúde, responsável por 72,0% dos óbitos, segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2015b). Essas morbidades têm origem não infecciosa, longo período de latência e estão associadas a incapacidades funcionais que comprometem a qualidade de vida

de populações. Dado que são o resultado da exposição a fatores de risco comuns, inerentes a estilos e condições de vida, o tratamento das doenças crônicas não transmissíveis requer abordagem integrada e sistêmica.

A escola é um ambiente de grande influência na formação do indivíduo, cuja vivência é crucial para o desenvolvimento cognitivo, social e emocional. Portanto, constitui locus privilegiado para o monitoramento de fatores de risco e proteção dos escolares (POLONIA; DESSEN, 2005; GROWING..., 2016). Nessa perspectiva, a OMS recomenda como população-alvo de inquéritos escolares os adolescentes de 15 anos ou menos de idade (ADOLESCENTS..., 2014). Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD, do IBGE, revelam que, em 2014, o acesso à escola era de 98,5%, para a população de 6 a 14 anos, e de 84,3%, para a faixa etária de 15 e 17 anos (SÍNTESE..., 2015).

Tal contexto evidencia a necessidade de acompanhamento da situação de saúde de adolescentes, objetivando prover informações que reflitam a complexidade e a dinâmica de mudanças a que está sujeito esse grupo etário. Nessa perspectiva, e em atendimento às recomendações da OMS, o Brasil delineou, entre outras iniciativas, o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco de Doenças Crônicas não Transmissíveis, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde. Este se baseia, entre outros, em dados provenientes da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PeNSE, que é realizada, desde 2009, pelo IBGE, mediante convênio com o Ministério da Saúde, e conta com o apoio do Ministério da Educação.

Cabe destacar que o pioneirismo constitui marca da PeNSE desde sua primeira edição, quando foram coletados dados de 63 411 escolares frequentando o 9º ano (antiga 8ª série) do ensino fundamental em 1 453 escolas públicas e privadas nos 26 Municípios das Capitais e no Distrito Federal. A utilização do Personal Digital Assistant (PDA) permitiu que as respostas dos escolares fossem registradas diretamente em questionário eletrônico, sem necessidade de interferência do entrevistador. A adoção do recorte populacional em escolares do 9º ano do ensino fundamental justificou-se pelo fato de esses alunos contarem com um nível de escolarização que lhes permite melhor leitura e compreensão para utilização de questionário autoaplicável. Adicionalmente, o último ano do ensino fundamental foi considerado um parâmetro coerente para avaliação dos reflexos da exposição às políticas públicas focadas em adolescentes. Ressalta-se que o sistema educacional brasileiro prevê uma adequação série-escola na qual, idealmente, alunos de 13 a 15 anos de idade deveriam cursar o 9º ano do ensino fundamental.

Na edição de 2012, mantendo a mesma população de estudo (escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental) e metodologia, a PeNSE entrevistou 109 104 estudantes em 2 842 escolas públicas e privadas e ampliou a abrangência geográfica, que passou a contemplar dados para o conjunto do País e as Grandes Regiões, além dos Municípios das Capitais e do Distrito Federal.

Em 2015, a demanda de indicadores que possibilitassem a comparabilidade internacional por idade ensejou outra inovação: a disponibilização de resultados para dois planos amostrais distintos, planejados para fornecer, respectivamente, dados representativos de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental, mantendo, assim, a comparabilidade com edições anteriores, e de escolares de 13 a 17 anos de idade passíveis de comparação com os indicadores da Global School-based

Student Health Survey - GSHS, desenvolvida pela OMS. Outrossim, a disponibilização de dados antropométricos por idade agrega informação para acompanhamento dos perfis de saúde e doença desse grupo etário. Adicionalmente, a amostra de estudantes frequentando o 9º ano do ensino fundamental foi objeto de ampliação da abrangência geográfica, permitindo a desagregação de dados, além dos já disponíveis em edições anteriores, por Unidades da Federação.

A PeNSE 2015 contemplou questões sobre aspectos socioeconômicos; contexto familiar; hábitos alimentares; prática de atividade física; experimentação e consumo de cigarro, álcool e outras drogas; saúde sexual e reprodutiva; violência, segurança e acidentes; utilização de serviços de saúde, entre outros aspectos. Ainda que os temas investigados sejam os mesmos das edições anteriores da pesquisa, em 2015 novas perguntas foram incluídas, outras excluídas e muitas foram adaptadas, visando não só assegurar a comparabilidade internacional das informações investigadas, como também facilitar a compreensão dos estudantes.

A PeNSE 2015 foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, do Conselho Nacional de Saúde - CNS, que regulamenta e aprova pesquisas em saúde envolvendo seres humanos, por meio do Parecer CONEP n. 1.006.467, de 30.03.2015.

---

## Notas técnicas

### Considerações sobre as duas amostras

A principal inovação da terceira edição da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PeNSE provém de seu planejamento para manter a representatividade dos escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental para Brasil, Grandes Regiões, Unidades da Federação e Municípios das Capitais, além de fornecer resultados para os estudantes de 13 a 17 anos de idade frequentando as etapas de ensino de interesse em 2015 – do 6º ao 9º ano do ensino fundamental (antigas 5ª a 8ª séries) e da 1ª a 3ª série do ensino médio – para o conjunto do País e as Grandes Regiões.

Na prática, o planejamento resultou em duas amostras, com planos amostrais distintos, desenhados para viabilizar análises de adolescentes sob diferentes recortes e prover o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco de Doenças Crônicas não Transmissíveis, do Ministério da Saúde, com dados que contemplem as especificidades desse grupo populacional.

Na presente publicação, a amostra que contempla os escolares frequentando o 9º ano (antiga 8ª série) do ensino fundamental será denominada Amostra 1, e aquela composta por estudantes de 13 a 17 anos de idade frequentando as etapas de ensino de interesse, Amostra 2.

Para a Amostra 1, a adoção dos escolares frequentando o 9º ano (antiga 8ª série) do ensino fundamental como população de estudo considerou a recomendação da Organização Mundial da Saúde - OMS (World Health Organization - WHO) quanto à utilização de menores de 15 anos como referência para a realização de inquéritos sobre escolares

(ADOLESCENTS..., 2014), bem como o fato de essa série concentrar, no Brasil, mais de 80% dos alunos de 13 a 15 anos de idade (SÍNTESE..., 2015). A Amostra 1, contudo, apresenta limitações relacionadas à representatividade por grupos etários, decorrentes do perfil de acesso à escola dos adolescentes brasileiros: embora represente parcela considerável de escolares na faixa etária de 13 a 15 anos, o 9º ano não contempla alunos que ingressaram tardiamente na escola e/ou acumularam repetências ao longo do percurso escolar. Além disso, os alunos de 16 e 17 anos são encontrados de forma residual, não estando adequadamente representados em turmas do 9º ano do ensino fundamental (PESQUISA..., 2013).

A Amostra 2, por sua vez, surge da demanda por dados passíveis de comparação com indicadores nacionais e internacionais para o mesmo público, com representatividade para a faixa etária de 13 a 17 anos. Dessa forma, a Amostra 2 viabiliza o monitoramento das rápidas mudanças vivenciadas durante a adolescência, decorrentes das inter-relações de fatores biológicos, cognitivos, sociais e comportamentais. Para essas idades de interesse, foi preciso estender a cobertura da pesquisa para as etapas de ensino em que tal população está concentrada. Segundo o Censo Escolar 2013, realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - INEP, considerando a educação básica, que compreende, entre outros, os nove anos do ensino fundamental e as três séries do ensino médio, cerca de 95% dos estudantes com as idades de interesse estão concentrados entre o 6º ano (antiga 5ª série) do ensino fundamental e a 3ª série do ensino médio, inclusive ensino médio não seriado, ensino médio integrado e ensino médio normal/magistério (CENSO..., 2016). Portanto, para estudar o comportamento da população formada pelos escolares de 13 a 17 anos de idade, foi selecionada uma amostra de estudantes que frequentam 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. Cabe ressaltar que, nas turmas selecionadas, todos os escolares presentes no dia da aplicação do questionário foram convidados a participar da pesquisa, contudo, para a análise da Amostra 2, foram filtrados no banco de dados somente aqueles de 13 a 17 anos de idade.

Os cadastros utilizados para seleção das amostras pesquisadas foram formados pelas escolas de ensino regular, listadas pelo Censo Escolar 2013, que possuíam turmas referentes às etapas de ensino de interesse em cada uma das amostras.

O Quadro 1 apresenta as principais diferenças entre a Amostra 1 e a Amostra 2. A seguir, serão descritas brevemente as especificidades das populações de estudo de ambas as amostras.

**Quadro 1 - Principais características das amostras da PeNSE 2015**

Principais características	Amostras	
	1	2
População-alvo	Escolares frequentando o 9º ano (antiga 8ª série) do ensino fundamental	Escolares na faixa etária de 13 a 17 anos
População pesquisada	Escolares frequentando o 9º ano (antiga 8ª série) do ensino fundamental (turnos matutino e vespertino) de escolas públicas e privadas com pelo menos 15 escolares matriculados na série escolhida	Escolares frequentando do 6º ao 9º ano do ensino fundamental (antigas 5ª a 8ª séries) e da 1ª a 3ª série do ensino médio (turnos matutino, vespertino e noturno), de escolas públicas e privadas com pelo menos 15 escolares matriculados no conjunto de séries escolhidas
Unidade informante	Todos os escolares das turmas selecionadas para a amostra e o responsável pela escola	Todos os escolares das turmas selecionadas para a amostra e o responsável pela escola
Unidade de análise	Todos os escolares das turmas selecionadas para a amostra que concordaram em participar da pesquisa e informaram sexo e idade	Todos os escolares de 13 a 17 anos das turmas selecionadas para a amostra que concordaram em participar da pesquisa e informaram sexo e idade
Abrangência geográfica	Brasil, Grandes Regiões, Unidades da Federação e Municípios das Capitais	Brasil e Grandes Regiões
Comparação recomendada	Municípios das Capitais e Distrito Federal para as edições de 2009 e 2012 da pesquisa, e somente Grandes Regiões e Brasil, para a edição de 2012	Indicadores por grupos de idade (13 a 17 anos), conforme a Global School-based Student Health Survey - GSHS
Total planejado de municípios na amostra	675	179
Total planejado de escolas na amostra	3 160	380
Total de turmas selecionadas na amostra	4 159	653
Questionários coletados	102 301	16 608
Questionários válidos (1)	102 072	16 556
Questionários analisados	102 072	10 926

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

(1) Foi considerado válido o questionário em que o escolar registrou, no PDA, que gostaria de participar da pesquisa, além de informar o sexo e a idade.



## População de estudo

### Amostra 1: escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental

A Amostra 1 é composta por escolares do 9º ano (antiga 8ª série) do ensino fundamental devidamente matriculados, no ano letivo de 2015, e frequentando regularmente escolas públicas e privadas situadas nas zonas urbanas e rurais de todo o Território Nacional.

Para composição da Amostra 1, foram selecionadas as escolas públicas e privadas que informaram possuir turmas do 9º ano do ensino fundamental no Censo Escolar 2013. Foram excluídas do cadastro de seleção aquelas com menos de 15 alunos matriculados no 9º ano em 2013, porque, embora representassem mais de 20% das escolas, esses estabelecimentos contemplavam pouco mais de 3% do total de matriculados, com um grande contingente dessas instituições distribuídas pelos municípios do interior. Considerou-se, portanto, que a seleção de uma ou mais escolas desse subconjunto representaria um grande esforço de coleta para pouco retorno em termos de informação. Também foram excluídos da Amostra 1 os estudantes do turno noturno, não só por questões operacionais da pesquisa, como também por representarem apenas cerca de 3% da população de escolares do 9º ano.

Os totais de municípios e escolas planejados e turmas selecionadas para a Amostra 1 estão apresentados no Quadro 1.

### Amostra 2: escolares de 13 a 17 anos de idade frequentando as etapas de ensino de interesse

A Amostra 2 é composta por estudantes do 6º ao 9º ano do ensino fundamental (antigas 5ª a 8ª séries) e da 1ª a 3ª série do ensino médio dos turnos matutino, vespertino e noturno (incluídos o ensino médio não seriado, o ensino médio integrado e o ensino médio normal/magistério), devidamente matriculados, no ano letivo de 2015, e frequentando regularmente escolas públicas e privadas situadas nas zonas urbanas e rurais de todo o Território Nacional.

Nesta amostra, dada a necessidade de representar alunos de 16 e 17 anos de idade, o turno noturno teve que ser incluído devido à sua importante proporção de escolares nessa faixa etária. Foram excluídas do cadastro de seleção as escolas com menos de 15 alunos matriculados, pelos mesmos motivos descritos para a Amostra 1. Foram excluídas também as seguintes etapas/modalidades do ensino médio: educação de jovens e adultos (EJA), educação profissional concomitante<sup>1</sup>, educação profissional subsequente<sup>2</sup>, educação profissional mista<sup>3</sup> (concomitante + subsequente), 4º ano/4ª série do ensino médio regular, integrado ou normal/magistério.

<sup>1</sup> Educação profissional técnica de nível médio cursada em concomitância com o ensino médio, com matrículas distintas no mesmo estabelecimento de ensino ou em diferentes instituições (Resolução n. 1, de 03.02.2005, da Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação).

<sup>2</sup> Educação profissional técnica de nível médio oferecida somente aos alunos que tenham concluído o ensino médio.

<sup>3</sup> Turmas com existência de alguns alunos cursando na modalidade concomitante e outros, na modalidade subsequente.

Um total de 16 608 questionários foram coletados na Amostra 2, contemplando escolares da faixa etária de 11 a 19 anos. Contudo, considerando o objetivo de possibilitar a comparação internacional, os indicadores apresentados nesta publicação abrangem o grupo etário de 13 a 17 anos, perfazendo 10 926 questionários.

## Plano amostral da Amostra 1

A Amostra 1 foi dimensionada para estimar parâmetros populacionais (proporções ou prevalências) em diversos domínios geográficos: os 26 Municípios das Capitais e o Distrito Federal, as 26 Unidades da Federação, as cinco Grandes Regiões e o Brasil. Logo, a estratificação geográfica do Território Nacional para a amostra dos estudantes do 9º ano do ensino fundamental, totalizando 53 estratos, se deu da seguinte forma:

- Cada um dos 26 Municípios das Capitais, mais o Distrito Federal, foi definido como um estrato geográfico; e
- Os demais municípios foram agrupados nesses 26 estratos geográficos, representando cada uma das Unidades da Federação, excluídos os Municípios das Capitais.

Em cada um dos 53 estratos formados foi dimensionada e selecionada uma amostra de escolas. As escolas da amostra foram selecionadas a partir de um cadastro constituído por informações fornecidas pelo Censo Escolar 2013, que eram as disponíveis e mais atualizadas no momento de planejamento da amostra. Essas escolas foram visitadas e suas turmas do 9º ano do ensino fundamental foram relacionadas. Em seguida, foi selecionada uma amostra de turmas em cada escola, e os respectivos alunos convidados a responder o questionário da pesquisa. Assim, foi obtida uma amostra independente de estudantes em cada um dos estratos.

Nesses estratos geográficos foram criados os chamados estratos de alocação, onde cada escola do cadastro foi designada, os quais foram formados pelo cruzamento dos estratos geográficos, dependência administrativa (pública ou privada) das escolas e o tamanho destas, medido pelo número de turmas do 9º ano da escola no cadastro. A princípio, cada estrato geográfico teria quatro estratos de alocação, quais sejam: escolas privadas com até duas turmas do 9º ano, escolas privadas com mais de duas turmas do 9º ano, escolas públicas com até duas turmas do 9º ano, e escolas públicas com mais de duas turmas do 9º ano. Alguns dos 53 estratos geográficos não tinham escolas em todos os estratos de alocação definidos. No total, foram definidos 207 estratos de alocação.

A seleção de escolas nos estratos dos Municípios das Capitais e no Distrito Federal foi efetuada diretamente em cada estrato de alocação, com probabilidades proporcionais ao tamanho das escolas, onde o tamanho considerado foi o número de turmas do 9º ano da escola no cadastro de seleção.

Com o intuito de controlar o espalhamento geográfico das escolas, para os estratos geográficos formados pelos municípios fora da capital de cada Unidade da Federação foram selecionadas Agências do IBGE, que se constituem de grupos de municípios vizinhos. Em cada Unidade da Federação, foram selecionadas 20% das Agências, sendo no mínimo duas por estado, quando possível, já que em algumas

Unidades da Federação menores só existe uma Agência. As Agências também foram selecionadas com probabilidades proporcionais ao número de turmas do 9º ano no cadastro de seleção.

Após a seleção desses estratos foi identificado que, em muitos casos, não existiam, ou existiam poucas, escolas em todos os estratos de alocação nas Agências, notadamente nos estratos de escolas privadas. Assim, optou-se pela agregação das Agências selecionadas. A seleção das escolas foi efetuada, então, em cada estrato de alocação, com probabilidades proporcionais ao tamanho, como nos estratos de Municípios das Capitais, no conjunto de Agências selecionadas em cada Unidade da Federação.

A utilização das Agências influi positivamente, também, na operação de coleta, já que elas fazem parte da estrutura administrativa montada pelo IBGE para organização dos trabalhos de campo de suas pesquisas.

O Quadro 2 resume as diferenças entre os totais de estratos geográficos utilizados nas três edições da PeNSE. Observa-se, ao longo do tempo, a ampliação contínua da abrangência geográfica da pesquisa – inicialmente, apenas os Municípios das Capitais estavam representados; em 2012, agregou-se a representatividade para Brasil e Grandes Regiões; e, em 2015, a PeNSE apresenta resultados para Brasil, Grandes Regiões, Unidades da Federação e Municípios das Capitais.

**Quadro 2 - Número de estratos geográficos utilizados na composição da Amostra 1 da PeNSE - 2009/2015**

Distribuição dos estratos geográficos da PeNSE	2009	2012	2015 Amostra 1
Total de estratos geográficos	27	32	53
Total de estratos nos Municípios das Capitais	27	27	27
Total de estratos fora dos Municípios das Capitais	-	Para representar o interior do Brasil, alguns municípios, fora das capitais, foram agrupados em um estrato, para cada uma das Grandes Regiões, totalizando cinco estratos	Para representar o interior do Brasil, alguns municípios, fora das capitais, foram agrupados em um estrato, para cada uma das Unidades da Federação, totalizando 26 estratos

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2009/2015.

## Determinação do tamanho

O tamanho da amostra de cada estrato geográfico foi calculado para fornecer estimativas de proporções (ou prevalências) de algumas características de interesse, com um erro amostral máximo aproximado de 3%, em valores absolutos, e nível de confiança de 95%. Para tanto, foi dimensionada a amostra, considerando-se que a prevalência (proporção) é da ordem de 0,5 (ou 50%), pois, para proporções desse valor, a variância dos estimadores amostrais é máxima. Os estratos formados pelo cruzamento dos estratos geográficos com a dependência administrativa (pública ou

privada) das escolas foram utilizados apenas para alocação da amostra, de maneira a garantir a presença de escolas públicas (federais, estaduais e municipais) e privadas na amostra, de forma aproximadamente proporcional à sua existência no cadastro de seleção.

O tamanho da amostra definido para cada estrato geográfico foi distribuído pelos estratos de alocação. Os estratos de alocação, formados pelo cruzamento dos estratos geográficos com a dependência administrativa das escolas e o tamanho destas, em termos de número de turmas do 9º ano, foram utilizados para alocação da amostra de maneira a garantir a presença de escolas públicas (federais, estaduais e municipais) e privadas na amostra, de forma aproximadamente proporcional à sua existência no cadastro de seleção.

Cada uma das escolas selecionadas foi visitada para construção de uma lista atualizada de turmas do 9º ano existentes em 2015. Após a obtenção dessas listas, foram selecionadas aquelas a serem efetivamente pesquisadas. Assim, as escolas foram as unidades primárias de amostragem, e as turmas, as unidades secundárias de amostragem.

Em cada escola da amostra, as turmas do 9º ano foram selecionadas aleatoriamente e com probabilidades iguais entre aquelas existentes em 2015, da seguinte forma: uma turma em cada escola que informou ter até duas turmas do 9º ano, e duas turmas em cada escola com três ou mais turmas do 9º ano. Em cada uma das turmas selecionadas, todos os alunos presentes foram convidados a responder o questionário da pesquisa, eliminando-se, dessa maneira, a necessidade de mais um estágio de seleção (seleção de alunos na turma selecionada), o que aumentaria as dificuldades operacionais da pesquisa, sem um correspondente ganho significativo de precisão.

O emprego de planos amostrais conglomerados geralmente resulta em redução de custos para amostras de igual tamanho total em comparação com a amostragem aleatória simples, por concentrar a amostra nos conglomerados selecionados, reduzindo seu espalhamento geográfico. Por outro lado, o impacto sobre a precisão costuma ser negativo, no sentido de que amostras conglomeradas de igual tamanho ao de uma amostragem aleatória simples tendem a fornecer estimativas com maior variância.

Uma medida usual do impacto do emprego de amostragem conglomerada (ou amostragem usando planos complexos) é o chamado efeito do plano amostral (*epa*), definido como a razão entre a variância do estimador sob o plano conglomerado e a variância do estimador sob amostragem aleatória simples de igual tamanho.

Portanto, para estimar uma proporção da ordem de 50%, com uma dada margem de erro e nível de confiança de 95%, pode-se estimar um tamanho (em número de alunos) para um plano amostral conglomerado em estágios e seleção com probabilidades proporcionais a uma medida de tamanho pela fórmula:

$$n = epa \cdot n_{AAS} = epa \cdot \frac{1,96^2}{4d^2 + 1,96^2/N}$$

Onde:

$N$  é o tamanho da amostra de alunos em um determinado estrato geográfico;

$n_{AAS}$  é o tamanho de uma amostra aleatória simples equivalente;

$d$  é a margem de erro esperada;

$N$  é o total de alunos no cadastro nesse estrato geográfico;

$epa$  é uma estimativa do efeito de conglomeração, pelo fato de se utilizar uma amostragem de conglomerados em vez de uma amostra aleatória simples de alunos; e

1,96 é o valor da distribuição normal padrão relativo ao nível de confiança de 95%.

Os valores de  $epa$  para proporções em variáveis socioeconômicas da pesquisa do Sistema de Avaliação da Educação Básica - SAEB 2003 foram analisados, e decidiu-se utilizar o terceiro quartil desses valores em cada estrato de interesse como fator de ajuste para o dimensionamento da amostra da pesquisa aqui considerada. Dessa forma, espera-se que cerca de 75% das variáveis teriam estimativas com precisão igual ou melhor que aquela especificada para dimensionamento da amostra. Em cada Unidade da Federação, foi utilizado o mesmo valor de  $epa$  para capital e interior.

Exemplificando, se o valor de  $epa$  for igual a 3,5 em um certo estrato de interesse, considerando uma margem de erro de 0,03 e um nível de confiança de 95%, o número de alunos na amostra desse estrato é dado por:

$$n = epa \cdot n_{AAS} = 3,5 \cdot 1068 = 3738$$

Onde:

$n_{AAS} = 1068$  é o tamanho de uma amostra aleatória simples de alunos para satisfazer as condições exigidas de precisão; e

$n$  é o tamanho da amostra de conglomerados para satisfazer as mesmas condições.

Vê-se que o efeito de conglomeração funciona como um fator de correção para o tamanho da amostra no caso de se optar por uma amostra de conglomerados.

Para determinar o tamanho da amostra de turmas selecionadas em cada estrato, divide-se  $n$  pelo número médio de alunos por turma do 9º ano, conforme obtido no cadastro de seleção da amostra de escolas. Supondo que esse número médio, para o estrato do exemplo anterior, fosse de 30 alunos por turma, seria preciso uma amostra de aproximadamente 125 turmas para se obter os 3 738 alunos necessários.

O número de escolas do primeiro estágio foi obtido dividindo-se o número de turmas do 9º ano da amostra pelo número médio de turmas do 9º ano das escolas do cadastro em cada estrato. O número de escolas dimensionado dessa maneira para a amostra foi o número efetivamente selecionado, enquanto o tamanho da amostra de turmas e de alunos só pode ser realmente conhecido após a pesquisa, pois esses valores dependem da composição das escolas em termos de turmas e do número de alunos presentes nas turmas selecionadas, em cada escola, na data da pesquisa.

A Tabela 1 mostra os tamanhos esperados e coletados da amostra em cada estrato geográfico.

**Tabela 1 - Tamanho das amostras de escolas, turmas e alunos matriculados no 9º ano do ensino fundamental, segundo as Unidades da Federação e respectivos estratos geográficos - 2015**

(continua)

Unidades da Federação e respectivos estratos geográficos	Tamanho das amostras no 9º ano do ensino fundamental							
	Esperado			Coletado				
	Escolas	Turmas	Alunos matriculados	Escolas	Turmas	Alunos matriculados	Frequentes	Respondentes
<b>Brasil</b>	<b>3 160</b>	<b>4 418</b>	<b>128 027</b>	<b>3 040</b>	<b>4 159</b>	<b>124 227</b>	<b>120 122</b>	<b>102 301</b>
Rondônia								
Porto Velho	46	73	2 188	46	72	2 119	2 026	1 732
Interior	66	92	2 249	62	73	1 812	1 747	1 506
Acre								
Rio Branco	42	71	2 242	41	65	2 039	2 003	1 723
Interior	64	81	2 077	60	73	1 825	1 820	1 526
Amazonas								
Manaus	37	59	2 139	35	57	2 106	1 992	1 645
Interior	58	73	1 968	57	73	2 013	1 970	1 716
Roraima								
Boa Vista	47	85	2 224	44	78	2 239	2 182	1 838
Interior	62	77	1 659	60	73	1 615	1 491	1 280
Pará								
Belém	46	65	2 262	46	64	2 312	2 189	1 864
Interior	57	78	2 385	54	75	2 363	2 320	1 972
Amapá								
Macapá	56	90	2 710	51	85	2 590	2 551	2 153
Interior	57	80	2 364	53	76	2 187	2 116	1 867
Tocantins								
Palmas	43	60	1 961	40	52	1 766	1 697	1 478
Interior	70	81	2 165	65	75	2 060	2 008	1 677
Maranhão								
São Luís	56	79	2 660	54	71	2 259	2 220	1 920
Interior	84	101	2 821	80	95	2 514	2 490	2 115
Piauí								
Teresina	58	76	2 317	58	74	2 320	2 319	2 019
Interior	85	95	2 318	84	91	2 221	2 169	1 890
Ceará								
Fortaleza	50	72	2 127	46	68	2 020	1 965	1 644
Interior	72	86	2 303	69	84	2 362	2 317	2 018
Rio Grande do Norte								
Natal	59	82	2 425	59	74	2 334	2 333	1 948
Interior	82	97	2 685	80	98	2 998	2 973	2 413
Paraíba								
João Pessoa	68	87	2 757	68	89	3 036	2 854	2 423
Interior	83	107	2 964	79	102	3 087	2 841	2 381
Pernambuco								
Recife	60	87	2 864	56	81	2 720	2 642	2 168
Interior	69	93	2 981	67	96	3 059	2 992	2 391
Alagoas								
Maceió	42	60	2 127	41	60	2 063	2 005	1 694
Interior	53	67	2 122	49	59	2 079	2 041	1 694
Sergipe								
Aracaju	58	81	2 478	54	74	2 305	2 204	1 893
Interior	80	94	2 595	79	87	2 432	2 389	2 097
Bahia								
Salvador	44	73	2 148	44	69	2 187	2 096	1 750
Interior	61	84	2 369	58	78	2 364	2 311	1 968

**Tabela 1 - Tamanho das amostras de escolas, turmas e alunos matriculados no 9º ano do ensino fundamental, segundo as Unidades da Federação e respectivos estratos geográficos - 2015**

(conclusão)

Unidades da Federação e respectivos estratos geográficos	Tamanho das amostras no 9º ano do ensino fundamental							
	Esperado			Coletado				
	Escolas	Turmas	Alunos matriculados	Escolas	Turmas	Alunos matriculados	Frequentes	Respondentes
Minas Gerais								
Belo Horizonte	64	101	2 872	62	101	3 151	3 087	2 692
Interior	79	112	3 180	76	107	3 094	3 023	2 575
Espírito Santo								
Vitória	64	89	2 355	62	83	2 273	2 251	1 962
Interior	78	111	2 978	76	108	3 037	3 024	2 632
Rio de Janeiro								
Rio de Janeiro	54	78	2 427	51	79	2 503	2 483	2 123
Interior	64	89	2 568	62	90	2 753	2 640	2 134
São Paulo								
São Paulo	44	76	2 434	43	74	2 356	2 175	1 899
Interior	48	80	2 504	48	75	2 311	2 145	1 803
Paraná								
Curitiba	43	74	2 162	42	68	2 092	2 030	1 771
Interior	55	86	2 475	53	83	2 449	2 390	2 099
Santa Catarina								
Florianópolis	52	83	2 433	51	70	1 947	1 874	1 650
Interior	74	107	2 744	73	90	2 262	2 195	1 965
Rio Grande do Sul								
Porto Alegre	53	68	1 727	46	52	1 316	1 200	1 015
Interior	64	77	1 876	62	68	1 671	1 595	1 373
Mato Grosso								
Cuiabá	45	63	1 881	44	60	1 886	1 799	1 536
Interior	59	75	1 959	56	70	1 994	1 829	1 543
Mato Grosso do Sul								
Campo Grande	41	65	1 898	39	65	2 003	1 898	1 605
Interior	57	82	2 144	56	80	2 124	1 971	1 632
Goiás								
Goiânia	71	104	3 399	68	97	3 295	3 140	2 634
Interior	86	124	3 454	83	114	3 423	3 237	2 731
Distrito Federal								
Brasília	50	88	2 903	48	84	2 881	2 863	2 524

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

Nota: Dados referentes à Amostra 1.

Em cada estrato geográfico, a diferença entre o número de escolas selecionadas e o número efetivamente pesquisado resulta de perdas amostrais por diversos motivos, tais como: escola não possui turmas do 9º ano no momento da coleta, escola desativada, recusa da escola em participar da pesquisa, impossibilidade de acesso à escola, entre outros. Deixaram de ser coletados, no total, dados para 120 escolas das inicialmente selecionadas, correspondendo a uma perda de 3,8%. Por sua vez, a diferença relativa entre o número previsto de turmas e o número efetivamente pesquisado foi de 5,9%.

Em relação ao número de estudantes, existem três informações distintas. No momento da primeira visita às escolas selecionadas para atualização do número de turmas do 9º ano existentes em 2015, foram coletadas duas informações em relação aos estudantes das respectivas turmas: número de alunos matriculados e número de



alunos que frequentam habitualmente as aulas. Ao final da coleta, tem-se o número de alunos respondentes, que são aqueles que estavam presentes no dia da pesquisa e concordaram em responder o questionário. Pode-se comparar o número de matrículas esperado com o número de matrículas informado pelas escolas – neste caso, houve uma diferença de cerca de 3,1%. É esperado que o número de alunos frequentes seja menor que o de matriculados (3,3%), e que o de respondentes seja menor que o de frequentes (14,9%).

## **Cálculo e ajuste dos pesos amostrais**

Após a coleta dos dados, foi possível calcular os pesos amostrais associados a cada aluno participante da pesquisa que apresentou um questionário considerado válido pela equipe da PeNSE 2015. Foram considerados válidos os questionários em que os alunos responderam que desejavam participar da pesquisa e informaram sua idade e sexo. Os questionários sem pelo menos uma dessas informações receberam peso zero, mas foram mantidos na base de dados para efeito de documentação – ocorreram 229 desses casos.

Como dito anteriormente, as escolas da amostra foram selecionadas a partir de um cadastro formado por informações do Censo Escolar 2013, que eram as disponíveis e mais atualizadas no momento de planejamento da amostra. A coleta dos dados da pesquisa ocorreu durante o ano de 2015, paralelamente à realização do novo Censo Escolar; portanto, ao término da coleta e crítica dos dados da Amostra 1, já estavam disponíveis os resultados do Censo Escolar 2015, que serviu para a atualização das informações cadastrais de referência da pesquisa.

Para tanto, foi construído um novo cadastro de escolas com os dados atualizados e com os mesmos filtros utilizados para construção do cadastro de seleção da amostra. Nas bases de informações do Censo Escolar, inicialmente não foram encontradas 50 escolas pertencentes à amostra da PeNSE, cujos dados coletados correspondiam a cerca de 1 300 questionários. Algumas dessas escolas constavam nas bases do INEP como paralisadas, extintas ou com informações que as excluíam do cadastro da Amostra 1, porém, no campo, tais escolas foram localizadas e pesquisadas. No intuito de preservar os questionários coletados, decidiu-se, então, incorporar tais escolas ao cadastro atualizado, com suas informações registradas nos censos escolares anteriores.

De posse do cadastro atualizado, foram calculados os pesos das escolas, incorporando o tratamento de não resposta devido à ausência de informações para 120 das escolas selecionadas, como visto anteriormente. Para isso, foi apurado o número de escolas que efetivamente responderam à pesquisa em cada estrato de expansão. Os estratos de expansão foram definidos de maneira idêntica aos estratos de alocação utilizados para seleção da amostra de escolas, isto é, levando em conta os estratos geográficos, a dependência administrativa (pública ou privada) das escolas e o tamanho destas, em termos de número de turmas do 9º ano. Para quatro estratos não houve retorno de questionários; então, as escolas desses estratos foram agrupadas no cadastro e na amostra em estratos que levam em conta somente o estrato geográfico e a dependência administrativa.



Nos estratos geográficos formados pelos municípios fora das capitais, a medida de tamanho em ambas as etapas de seleção foi o número de turmas nas escolas registradas no cadastro. Para simplificar a construção dos pesos e as fórmulas utilizadas nas estimações, a amostra nesses estratos foi considerada como se as escolas fossem selecionadas diretamente no estrato geográfico, sendo tratada como uma aproximação pela probabilidade proporcional ao tamanho em um único estágio, assim como nos estratos dos Municípios das Capitais. Isso permite que sejam utilizadas as escolas como unidades primárias em todos os casos. Para correção dos pesos devido à perda de unidades amostrais durante a coleta, foram considerados os tamanhos das amostras efetivamente pesquisadas.

Os pesos das escolas, em cada estrato de expansão, foram calculados pela fórmula:

$$p_{hi} = \frac{T_h}{T_{hi} \times e_h}$$

Onde:

$p_{hi}$  é o peso da escola  $i$  do estrato de expansão  $h$ ;

$T_{hi}$  é o número de turmas do 9º ano cadastradas da escola  $i$  do estrato de expansão  $h$ ;

$e_h$  é o tamanho da amostra de escolas do estrato de expansão  $h$ ; e

$T_h$  é o número total de turmas cadastradas do estrato de expansão  $h$ .

Em cada escola da amostra foram selecionadas, aleatoriamente, com probabilidades iguais, turmas em que os alunos foram convidados a responder o questionário da pesquisa. Os pesos das turmas foram calculados pela fórmula:

$$p_{hij} = \frac{T_{hi}^*}{t_{hi}}$$

Onde:

$p_{hij}$  é o peso da turma  $j$  selecionada da escola  $i$  do estrato de expansão  $h$ ;

$T_{hi}^*$  é o número de turmas do 9º ano da escola  $i$  do estrato de expansão  $h$ , atualizado pela pesquisa; e

$t_{hi}$  é o número de turmas selecionadas da escola  $i$  do estrato de expansão  $h$ .

Cada aluno das turmas selecionadas recebeu um peso dado pelo produto do peso de sua turma pelo da sua escola, corrigido pelo número de alunos na turma com questionários considerados válidos, como mostra a fórmula:

$$p_{hijk} = p_{hi} \times p_{hij} \frac{M_{hij}^*}{v_{hij}}$$

Onde:

$p_{hijk}$  é o peso do aluno  $k$  da turma  $j$  selecionada da escola  $i$  do estrato de expansão  $h$ ;

$p_{hi}$  é o peso da escola  $i$  do estrato de expansão  $h$ ;

$p_{hij}$  é o peso da turma  $j$  selecionada da escola  $i$  do estrato de expansão  $h$ ;

$M_{hij}^*$  é o número de alunos matriculados no 9º ano da turma  $j$  da escola  $i$  do estrato de expansão  $h$ , atualizado pela pesquisa; e

$v_{hij}$  é o número de questionários válidos da turma  $j$  da escola  $i$  do estrato de expansão  $h$ .

## Calibração e ajuste dos pesos amostrais

A partir dos dados do Censo Escolar 2015 que estavam disponíveis, pode-se verificar o número de alunos matriculados no 9º ano, em cada um dos estratos geográficos definidos para a pesquisa, no cadastro de referência atualizado. Verificaram-se, então, diferenças entre os valores estimados pela Amostra 1, utilizando os pesos amostrais atribuídos aos alunos respondentes, e os valores cadastrais oriundos do Censo Escolar. Para que os valores estimados passassem a refletir os dados do Censo Escolar, decidiu-se pela calibração dos pesos.

Os pesos calibrados foram obtidos pela multiplicação dos pesos originais, em cada estrato geográfico, por um fator de calibração resultante da divisão do total de alunos matriculados calculado pelo Censo Escolar pelo total de alunos matriculados estimado pela Amostra 1.

Os pesos calibrados foram obtidos pela fórmula:

$$pc_{hijk} = p_{hijk} \frac{M_h}{\widehat{M}_h}$$

Onde:

$pc_{hijk}$  é o novo peso calibrado do aluno  $k$  da turma  $j$  selecionada da escola  $i$  do estrato geográfico  $h$ ;

$p_{hijk}$  é o peso antes da calibração do aluno  $k$  da turma  $j$  selecionada da escola  $i$  do estrato geográfico  $h$ ;

$M_h$  é o total de alunos matriculados do estrato geográfico  $h$ , dado pelo Censo Escolar; e

$\widehat{M}_h$  é o total de alunos matriculados do estrato geográfico  $h$ , estimado pela pesquisa, utilizando os pesos sem calibração.

Finalmente, um último ajuste foi efetuado nos pesos para que estes estimem o número de alunos matriculados que habitualmente frequentam as aulas, como ocorrido nas edições anteriores da PeNSE. Então, os pesos finais atribuídos aos alunos respondentes válidos e que são utilizados na tabulação e análise dos resultados da pesquisa foram calculados pela seguinte fórmula:

$$p_{hijk}^* = pc_{hijk} \times \frac{F_{hij}}{M_{hij}^*}$$

Onde:

$p_{hijk}^*$  é o peso ajustado do aluno  $k$  da turma  $j$  da escola  $i$  do estrato  $h$ ;

$pc_{hijk}$  é o peso calibrado do aluno  $k$  da turma  $j$  da escola  $i$  do estrato  $h$ ;

$F_{hij}$  é o número de alunos frequentes da turma  $j$  da escola  $i$  do estrato  $h$ ; e

$M_{hij}^*$  é o número de alunos matriculados da turma  $j$  da escola  $i$  do estrato  $h$ , atualizado pela pesquisa.

## Plano amostral da Amostra 2

A Amostra 2 foi dimensionada para estimar os parâmetros de interesse em cada uma das cinco Grandes Regiões do País (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste) e, conseqüentemente, Brasil. A estratificação geográfica da Amostra 2, portanto, consistiu em agrupar as escolas que informaram ter alunos com as características de interesse nesses cinco estratos.

A seleção da amostra de estudantes foi efetuada por um esquema de amostragem de conglomerados – selecionadas escolas em cada uma das Grandes Regiões consideradas, e, nessas escolas, selecionadas turmas em que todos os alunos foram solicitados a responder os questionários da pesquisa. As Agências do IBGE foram utilizadas, como na Amostra 1, para controlar o espalhamento da amostra. As escolas selecionadas também foram visitadas, e seus cadastros de turmas de alunos do 6º ano (antiga 5ª série) do ensino fundamental até a 3ª série do ensino médio foram atualizados. O Quadro 3 relaciona as etapas de ensino consideradas na Amostra 2.

**Quadro 3 - Etapas de ensino consideradas para seleção da Amostra 2**

Etapas de ensino	
Código	Descrição
8	Ensino fundamental de 8 anos 5ª série
9	Ensino fundamental de 8 anos 6ª série
10	Ensino fundamental de 8 anos 7ª série
11	Ensino fundamental de 8 anos 8ª série
19	Ensino fundamental de 9 anos 6º ano
20	Ensino fundamental de 9 anos 7º ano
21	Ensino fundamental de 9 anos 8º ano
41	Ensino fundamental de 9 anos 9º ano
25	Ensino médio 1ª série
26	Ensino médio 2ª série
27	Ensino médio 3ª série
29	Ensino médio não seriado
30	Curso técnico integrado (Ensino médio integrado) 1ª série
31	Curso técnico integrado (Ensino médio integrado) 2ª série
32	Curso técnico integrado (Ensino médio integrado) 3ª série
35	Ensino médio normal/magistério 1ª série
36	Ensino médio normal/magistério 2ª série
37	Ensino médio normal/magistério 3ª série

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

## Determinação do tamanho

O dimensionamento do tamanho da amostra em cada estrato considerou um erro amostral máximo aproximado de 3%, em valores absolutos, para estimar uma proporção da ordem de 50%, com um nível de confiança de 95% e um efeito médio

do plano amostral, no primeiro estágio, da ordem de 3. Os cálculos são equivalentes aos apresentados na descrição do plano amostral da Amostra 1.

A Tabela 2 mostra os tamanhos planejados e coletados da amostra em cada estrato geográfico.

**Tabela 2 - Tamanho das amostras de escolas, turmas e alunos matriculados, do 6º ano do ensino fundamental à 3ª série do ensino médio, segundo as Grandes Regiões - 2015**

Grandes Regiões	Tamanho das amostras do 6º ano do ensino fundamental à 3ª série do ensino médio							
	Planejado			Coletado				
	Escolas	Turmas	Matriculas	Escolas	Turmas	Matriculas	Frequentes	Respondentes
<b>Brasil</b>	<b>380</b>	<b>652</b>	<b>19 558</b>	<b>371</b>	<b>653</b>	<b>20 516</b>	<b>19 402</b>	<b>16 608</b>
Norte	76	131	4 150	74	127	4 127	3 777	3 195
Nordeste	77	127	3 991	75	131	4 305	4 161	3 478
Sudeste	70	125	3 832	68	122	4 052	3 849	3 292
Sul	82	143	3 803	81	141	3 954	3 704	3 219
Centro-Oeste	75	126	3 782	73	132	4 078	3 911	3 424

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

Nota: Dados referentes à Amostra 2.

Como na Amostra 1, o tamanho da amostra para o primeiro estágio – escolas – foi o valor calculado e selecionado; os números de turmas e matrículas, por outro lado, eram valores esperados, pois dependiam do número de turmas que as escolas teriam efetivamente quando fossem visitadas para a pesquisa e do número de alunos das turmas selecionadas.

Deixaram de ser coletados, no total, dados para nove das escolas inicialmente selecionadas, correspondendo a uma perda de 2,4%. O número de turmas selecionadas e com dados coletados superou o previsto em duas das cinco Grandes Regiões.

Como na Amostra 1, em relação ao número de estudantes, existem três informações distintas. Na Amostra 2, o número de matrículas informado pelas escolas foi 4,9% superior ao esperado, com base nas escolas do cadastro de seleção. É esperado que o número de alunos frequentes seja menor que o de matriculados (5,4%), e que o de respondentes seja menor que o de frequentes (14,4%). Na Amostra 2, também, a diferença entre o número de alunos que costumam frequentar as aulas, informado pelas escolas, é bem maior que o número de alunos presentes no dia da pesquisa que responderam o questionário.

As Amostras 1 e 2 foram selecionadas independentemente, porém 31 escolas foram selecionadas para ambas as amostras. Nessas escolas, oito turmas e seus 194 alunos também foram selecionados para as duas amostras. Esse fato foi irrelevante para os respondentes, pois, como os questionários aplicados eram idênticos, cada aluno respondeu apenas um questionário, e na apuração foi armazenada uma réplica do documento para cada uma das amostras.

## Cálculo e ajuste dos pesos amostrais

O cálculo dos pesos amostrais foi semelhante ao efetuado na Amostra 1. No caso da Amostra 2, seis escolas não constavam no cadastro atualizado pelos

microdados do Censo Escolar 2015, e para estas foi dado tratamento idêntico ao descrito anteriormente, no sentido de preservar as informações obtidas em cerca de 170 questionários aplicados aos seus estudantes.

No que tange aos questionários considerados inválidos pela falta de informação de idade ou sexo, ou pelo fato de o estudante afirmar que não desejava participar da pesquisa, ocorreram 52 casos na Amostra 2. Os registros desses questionários foram mantidos na base de dados com peso zero.

Como é de interesse estimar indicadores para os escolares de 13 a 17 anos de idade, comparou-se a distribuição por idade em cada estrato geográfico dos alunos matriculados, de acordo com as informações do cadastro fornecido pelo Censo Escolar 2015, com as respectivas estimativas fornecidas pela Amostra 2. Para tal, foram utilizados os pesos calculados com base apenas nos dados atualizados do cadastro. Para que os totais estimados do número de matriculados refletissem os totais cadastrais, optou-se pela calibração dos pesos por idade e Grande Região.

Os pesos calibrados foram obtidos pela seguinte fórmula:

$$pc_{hijkl} = p_{hijkl} \times \frac{M_{hl}}{\widehat{M}_{hl}}$$

Onde:

$pc_{hijkl}$  é o peso calibrado para o aluno  $k$  da idade  $l$  da turma  $j$  da escola  $i$  do estrato geográfico  $h$ ;

$p_{hijkl}$  é o peso sem calibração para o aluno  $k$  da idade  $l$  da turma  $j$  da escola  $i$  do estrato geográfico  $h$ , calculado com base no cadastro atualizado;

$M_{hl}$  é o número de alunos matriculados da idade  $l$  do estrato geográfico  $h$ , dado pelo cadastro do Censo Escolar 2015; e

$\widehat{M}_{hl}$  é o número de alunos matriculados da idade  $l$  do estrato geográfico  $h$ , estimado pela pesquisa, utilizando os pesos sem calibração.

Após a calibração, procedeu-se ao ajuste dos pesos para estimar o número de alunos que frequentam regularmente as aulas, da mesma maneira utilizada para ajustar os pesos na Amostra 1, ou seja, os pesos calibrados foram multiplicados por um fator dado pela divisão do número de alunos frequentes pelo número de matriculados, na turma do respectivo aluno, informados pelas escolas na pesquisa, segundo a fórmula:

$$p_{hijk}^* = pc_{hijk} \times \frac{F_{hij}}{M_{hij}^*}$$

Onde:

$p_{hijk}^*$  é o peso ajustado do aluno  $k$  da turma  $j$  da escola  $i$  do estrato  $h$ ;

$pc_{hijk}$  é o peso calibrado do aluno  $k$  da turma  $j$  da escola  $i$  do estrato  $h$ ;

$F_{hij}$  é o número de alunos frequentes da turma  $j$  da escola  $i$  do estrato  $h$ ; e

$M_{hij}^*$  é o número de alunos matriculados na turma  $j$  da escola  $i$  do estrato  $h$ , atualizado pela pesquisa.

Nesta publicação, são apresentadas estimativas de várias características populacionais para a Amostra 1 e a Amostra 2, nos estratos geográficos considerados, bem como os respectivos intervalos de confiança estimados para um nível de confiança de 95%.

Nos resultados tabulados de ambas as amostras, os percentuais de não informados foram distribuídos proporcionalmente entre os respondentes.

As estimativas de variância utilizadas para construir o intervalo de confiança foram calculadas utilizando-se o pacote estatístico SAS (Statistical Analysis System - SAS) (SAS/STAT..., 2011).

## Coleta dos dados

A coleta dos dados foi realizada entre abril e setembro de 2015.

No que diz respeito ao questionário, um mesmo modelo foi aplicado para todos os escolares das Amostras 1 e 2. Ainda que os temas investigados sejam os mesmos, em 2015 novas perguntas foram incluídas, outras excluídas e muitas foram adaptadas para facilitar o entendimento dos estudantes, padronizar as opções de respostas e contemplar a metodologia recomendada pela Global School-based Student Health Survey - GSHS, desenvolvida pela OMS. Foram introduzidos "saltos" para determinadas perguntas do questionário, com o objetivo de diminuir seu tempo de aplicação e minimizar a ocorrência de respostas inconsistentes. A maior parte das variáveis do questionário da PeNSE 2015 apresentou percentual de não resposta inferior a 1,0%.

Na Amostra 2, embora tenham sido coletados dados de todos os estudantes da turma selecionada, a análise ateu-se à faixa etária de 13 a 17 anos devido ao planejamento inicialmente proposto para a pesquisa.

Adicionalmente, o questionário eletrônico restringiu a possibilidade de resposta para os escolares menores de 13 anos de idade das turmas selecionadas para a Amostra 2, nos seguintes temas: uso de cigarro, bebidas alcoólicas e drogas ilícitas, saúde sexual e reprodutiva e violência sexual. Os dados de antropometria autorreferida foram coletados para ambas as amostras, todavia somente na Amostra 2 os dados antropométricos também foram diretamente aferidos pelos técnicos do IBGE.

A aferição de peso e altura ocorreu imediatamente após a finalização do questionário pelos escolares, os quais foram deslocados para local diverso da sala de aula que atendessem os requisitos mínimos para realização de antropometria. Alunos portadores de comprometimento que dificultasse a realização da antropometria não tiveram suas medidas aferidas. Outrossim, aqueles que se recusaram também não realizaram o procedimento, conforme previsto no manual de instrução da PeNSE (PESQUISA...2015).

A pesagem foi realizada com balança eletrônica portátil, e o peso registrado em quilogramas, considerando a primeira decimal apresentada no visor da balança. A altura foi medida por meio de estadiômetro portátil, fixado em parede lisa, com o auxílio de fita adesiva, sendo registrada em centímetros, considerando a primeira casa decimal. Os técnicos foram orientados a tomarem duas medidas de peso e altura e a repetirem uma terceira, caso as anteriores fossem diferentes, todavia foi registrada no *smartphone* do aluno somente uma informação para cada variável.

## Aspectos éticos

Participaram da pesquisa os alunos que concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE, colocado na primeira página do *smartphone* utilizado para a aplicação do questionário, e eles decidiram preencher ou não as questões. Foram considerados no levantamento das estatísticas relacionadas às doenças e agravos não transmissíveis os adolescentes que marcaram no quadro apropriado a sua concordância em participar da pesquisa.

Na pesquisa, não foram oferecidos riscos à saúde do escolar, mas poderia haver sensibilidade do aluno a alguma questão investigada. Desse modo, medidas foram tomadas para proteger o adolescente e deixá-lo confortável. A participação foi voluntária e o estudante tinha a possibilidade de deixar de responder qualquer pergunta ou todo o questionário. As informações do estudante são sigilosas e a escola também não foi identificada.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n. 8.069, de 13.07.1990) prevê autonomia do adolescente para tomar iniciativas, como responder um questionário que não ofereça risco a sua saúde e tenha como objetivo claro subsidiar políticas de proteção à saúde para esta faixa etária.

A realização da pesquisa foi precedida de contato com as Secretarias Estaduais e Municipais de Educação e com a direção das escolas selecionadas em cada município. A PeNSE 2015 foi aprovada na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, do Conselho Nacional de Saúde - CNS, que regulamenta e aprova pesquisas em saúde envolvendo seres humanos, por meio do Parecer CONEP n. 1.006.467, de 30.03.2015.

## Disseminação dos resultados

Os comentários analíticos são apresentados em publicação impressa, que pode ser acessada também na página da PeNSE, no portal do IBGE na Internet.

As tabelas de resultados correspondentes às Amostras 1 e 2, os modelos de questionário e o dicionário de variáveis estão disponibilizados apenas no portal.

As tabelas da Amostra 1 apresentam resultados para Brasil, Grandes Regiões, Unidades da Federação e Municípios das Capitais, desagregados por sexo e dependência administrativa (pública ou privada) da escola. Para a Amostra 2, os resultados são apresentados para Brasil e Grandes Regiões, desagregados por faixa etária, sexo e dependência administrativa da escola.

O plano tabular completo da PeNSE também está disponibilizado no Sistema IBGE de Recuperação Automática - SIDRA, no endereço <<http://www.sidra.ibge.gov.br>>, possibilitando a elaboração de tabelas nos agregados de interesse.

---

# Análise dos resultados<sup>4</sup>

## Amostra 1

### Características do ambiente escolar e entorno

A escola deve proporcionar um ambiente saudável e seguro para o aprendizado e desenvolvimento pleno das crianças, protegendo-as de situações que representem riscos a sua saúde física e psicológica. De acordo com o inciso VII do Art. 208 da Constituição Federal do Brasil de 1988, o dever do Estado com relação à educação será efetivado por meio de: "atendimento ao educando, em todas as etapas da educação básica, por meio de programas suplementares de material didático-escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde" (BRASIL, 2016).

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PeNSE 2015 investigou, por meio do questionário aplicado às escolas, uma série de questões relacionadas ao ambiente escolar, envolvendo desde informações sobre infraestrutura disponível para alimentação, atividade física, acessibilidade, saneamento básico e higiene, até informações sobre a existência de regras e normas de conduta adotadas pelas escolas, políticas de assistência à saúde e nível de segurança do entorno. Essas informações foram coletadas de modo a permitir uma melhor caracterização da intensidade e dos tipos de exposição das crianças e adolescentes a fatores de risco, bem como retratar a contribuição do ambiente escolar para o bem-estar físico e psicológico dos mesmos.

---

<sup>4</sup> As Tabelas de Resultados citadas nesta seção estão disponibilizadas na página da PeNSE, no portal do IBGE na Internet. As tabelas da Amostra 1 apresentam resultados para Brasil, Grandes Regiões, Unidades da Federação e Municípios das Capitais, desagregados por sexo e dependência administrativa (pública ou privada) da escola. Para a Amostra 2, os resultados são apresentados para Brasil e Grandes Regiões, desagregados por faixa etária, sexo e dependência administrativa da escola.



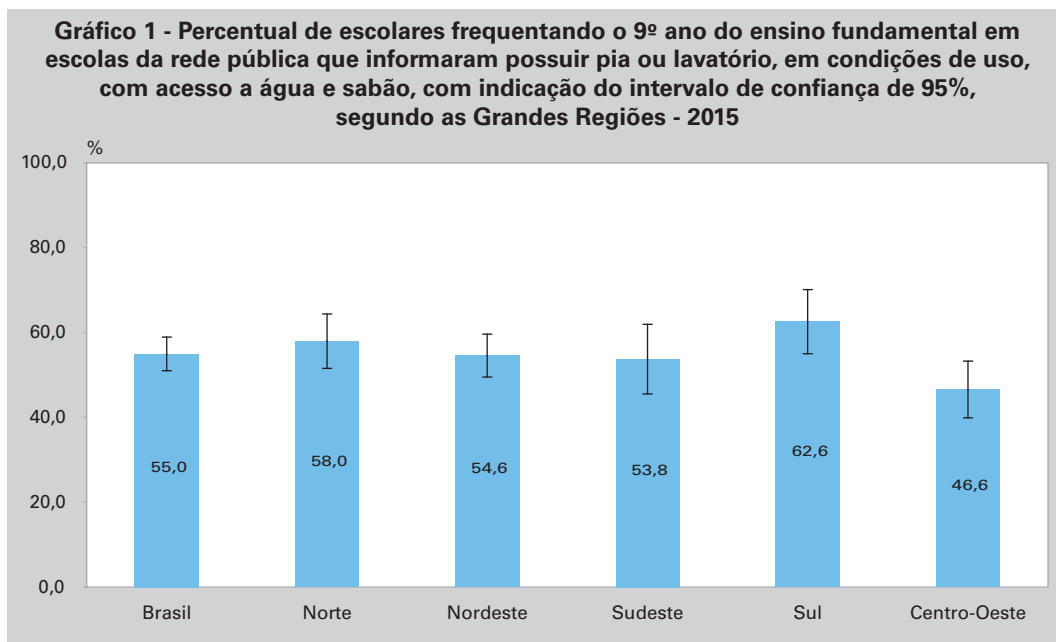
A seguir, são apresentados comentários analíticos sobre o ambiente escolar e entorno, contemplando os seguintes aspectos: estrutura de saneamento básico e higiene; estrutura de alimentação escolar; estrutura para atividades físicas; e adoção de medidas proibitivas (existência de políticas que regulem condutas consideradas relevantes para a proteção dos escolares a fatores de risco).

## **Estrutura de saneamento básico e higiene**

De acordo com os dados da PeNSE 2015, 97,1% dos escolares que frequentavam o 9º ano do ensino fundamental tinham acesso, em suas respectivas escolas, a banheiros separados por sexo. Essa separação contribui, de acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (United Nations Children's Fund - UNICEF) e a Organização Mundial da Saúde - OMS (World Health Organization - WHO), para a promoção da igualdade de gênero no ambiente escolar na medida em que proporciona privacidade aos escolares, considerada extremamente importante no início da puberdade, quando as meninas começam a lidar com a menstruação, além de protegê-las de possíveis assédios (RAISING..., 2012). Esse percentual atinge 96,7% entre os escolares das escolas públicas e 100,0% na esfera privada. As quatro Unidades da Federação que apresentaram os menores percentuais de alunos em escolas com banheiros separados por sexo foram: Acre (84,9%), Roraima (87,6%), Pará (88,2%) e Maranhão (88,8%) (Tabela de Resultados 1.1.5.3).

Outra dimensão do indicador proposto para monitorar a estrutura de saneamento nas escolas é a presença de lugar adequado nas escolas para a higiene das mãos, de acordo com os critérios adotados pela OMS, isto é, pia ou lavatório em condições de uso com acesso a água e sabão para se lavar as mãos. A ausência de condições para limpeza correta das mãos pode ser responsável pela disseminação de diversas doenças que comprometem a frequência à escola e o aprendizado das crianças, como verminoses, diarreia e doenças respiratórias (RAISING..., 2012).

A existência simultânea nas escolas de pia ou lavatório em condições de uso com acesso a água e sabão para os alunos lavarem as mãos é vivenciada por 61,0% dos escolares que frequentam o 9º ano do ensino fundamental. A diferença entre as redes de ensino pública e privada é significativa, pois esse percentual alcança 55,0% desses alunos da rede pública e 96,8% dos alunos da rede privada (Tabela de Resultados 1.1.5.6). Conforme mostra o Gráfico 1, a Região Centro-Oeste apresenta o menor percentual de alunos em escolas da rede pública que informaram possuir pia ou lavatório em condições de uso, com acesso à água, além de sabão. Esse resultado ocorre principalmente pela falta de sabão para a limpeza das mãos na rede pública, onde apenas 56,7% desses alunos têm acesso a sabão (na rede privada esse percentual é de 96,8%) (Tabela de Resultados 1.1.5.5). A oferta de sabão pelas escolas públicas é a principal dificuldade a ser superada no Brasil para que se garantam condições adequadas de higiene aos alunos.



Intervalo de confiança de 95%

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

Nota: Dados referentes à Amostra 1.

## Estrutura de alimentação escolar

A alimentação escolar corresponde a todo alimento oferecido no ambiente escolar, independentemente de sua origem, durante o período letivo. A Lei n. 11.947, de 16.06.2009<sup>5</sup> (BRASIL, 2009), determina as diretrizes da alimentação escolar que deve, entre outras exigências, contribuir para o crescimento e o desenvolvimento dos alunos e para a melhoria do rendimento escolar, visando garantir segurança alimentar e nutricional dos alunos. O acesso à alimentação deve ocorrer de forma igualitária, respeitando as diferenças biológicas entre idades e condições de saúde dos alunos que necessitem de atenção específica e daqueles que se encontram em vulnerabilidade social. Todos os alunos matriculados na rede pública de educação básica devem ser atendidos.

O Art. 2 da Lei n. 11.947 informa ainda que:

os cardápios da alimentação escolar deverão ser elaborados pelo nutricionista responsável com utilização de gêneros alimentícios básicos, respeitando-se as referências nutricionais, os hábitos alimentares, a cultura e a tradição alimentar da localidade, pautando-se na sustentabilidade e diversificação agrícola da região, na alimentação saudável e adequada (BRASIL, 2009).

Segundo o Art. 15 da mesma lei, compete ao Ministério da Educação propor ações educativas que perpassem o currículo escolar, abordando o tema alimentação e nutrição e o desenvolvimento de práticas saudáveis de vida, na perspectiva da segurança alimentar e nutricional.

<sup>5</sup> A Lei n. 11.947, 16.06.2009, dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica.

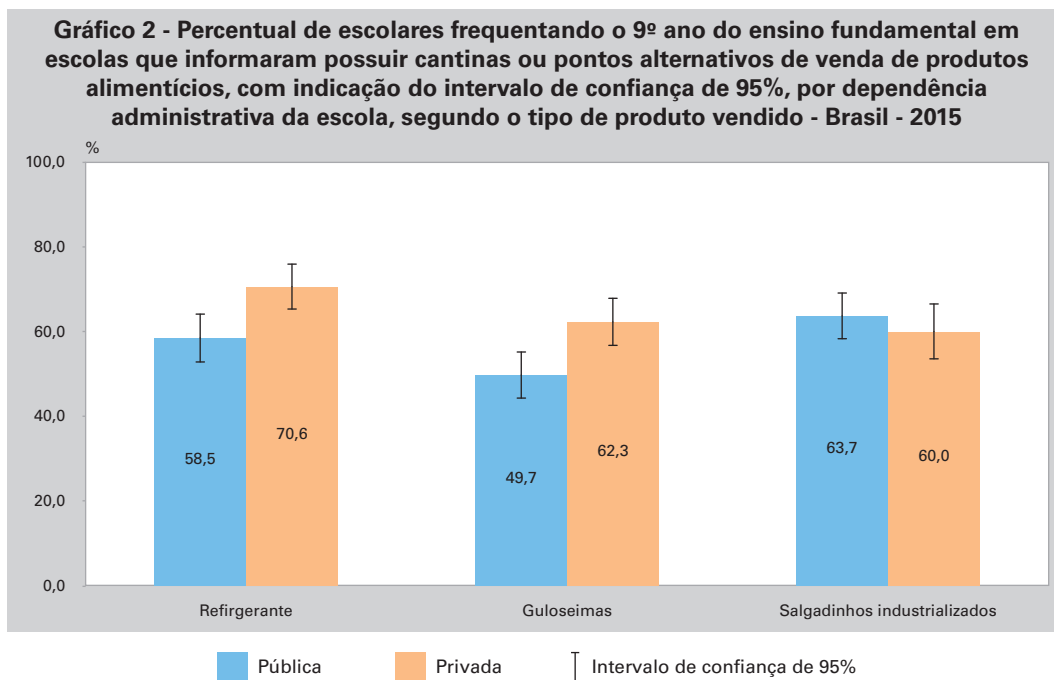
Além das diretrizes nacionais para a alimentação oferecida pelas escolas, a venda de alimentos nas cantinas localizadas dentro das escolas e nos pontos de venda localizados em área contígua aos estabelecimentos de ensino<sup>6</sup>, tanto públicos quanto privados, passou a ser regulamentada por governos estaduais, municipais e distrital por meio de leis, decretos, portarias ou resoluções, conforme levantamento sobre o tema realizado pelo Ministério da Saúde (REGULAMENTAÇÃO..., 2007). O objetivo é proibir a venda de produtos que não promovam alimentação adequada e saudável no ambiente escolar, favorecendo escolhas alimentares mais saudáveis pelos alunos.

A partir dos resultados da PeNSE 2015, observou-se que apesar da maioria dos alunos de 9º ano do ensino fundamental da rede pública<sup>7</sup> frequentar escolas que informaram possuir cozinha em condições de uso (96,7%) (Tabela de Resultados 1.1.4.2) ou oferecer comida (merenda escolar/almoço) (97,8%) (Tabela de Resultados 1.1.4.1), mais da metade desses estudantes (61,5%) informou comer raramente ou nunca a comida ofertada (Tabela de Resultados 1.1.10.5). Por outro lado, 54,0% dos estudantes frequentam escolas públicas com cantinas ou ponto alternativo de venda, onde uma variedade de alimentos considerados pouco nutritivos e inadequados à promoção da saúde na escola é vendida, conforme será visto adiante. Na rede privada, o percentual de alunos do 9º ano do ensino fundamental que frequenta escolas com cantina ou ponto alternativo de venda atinge 92,0% (Tabela de Resultados 1.1.4.6).

Para ilustrar o tipo de alimento ao qual os alunos do 9º ano do ensino fundamental estão expostos por meio da venda na cantina da escola ou em suas proximidades, observou-se que, conforme mostra o Gráfico 2, 49,7% desses alunos que estudam em escolas públicas onde há cantina ou ponto alternativo de venda podem comprar guloseimas (balas, confeitos, doces, chocolates, sorvetes, dim-dim, sacolé, chupe-chupe e outros), 58,5% podem comprar refrigerantes e 63,7% podem comprar salgadinhos industrializados. Na rede privada, esses percentuais são respectivamente, 62,3%, 70,6% e 60,0% (Tabela de Resultados 1.1.4.7). Essa situação é preocupante, pois, como será detalhado no tópico **Consumo de alimentos marcadores de alimentação saudável e não saudável**, 41,6% dos estudantes informaram consumir guloseimas cinco dias ou mais em uma semana normal (Tabela de Resultados 1.1.10.9). A ausência de uma normativa nacional que regule a venda desse tipo de alimento no ambiente escolar pode estar comprometendo a promoção de hábitos saudáveis entre os estudantes.

<sup>6</sup> As leis, decretos ou resoluções municipais definem a distância mínima dos pontos de venda a serem regulados. Essa distância pode variar de 50 a 200 metros a partir dos portões de acesso de estudantes do local em que se situar a escola. Para informações mais detalhadas, consultar o Decreto n. 36.900, de 23.11.2015, regulamentador das diretrizes para a promoção de alimentação adequada e saudável nas escolas da rede de ensino do Distrito Federal (DISTRITO FEDERAL, 2015).

<sup>7</sup> O percentual de estudantes no 9º ano do ensino fundamental que estuda em escolas privadas que ofereciam comida era de 26,3%, conforme esperado pela obrigatoriedade apenas da rede pública na oferta de alimentação escolar de acordo com a Lei n. 11.947, de 16.06.2009 (BRASIL, 2009).



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

Nota: Dados referentes à Amostra 1.

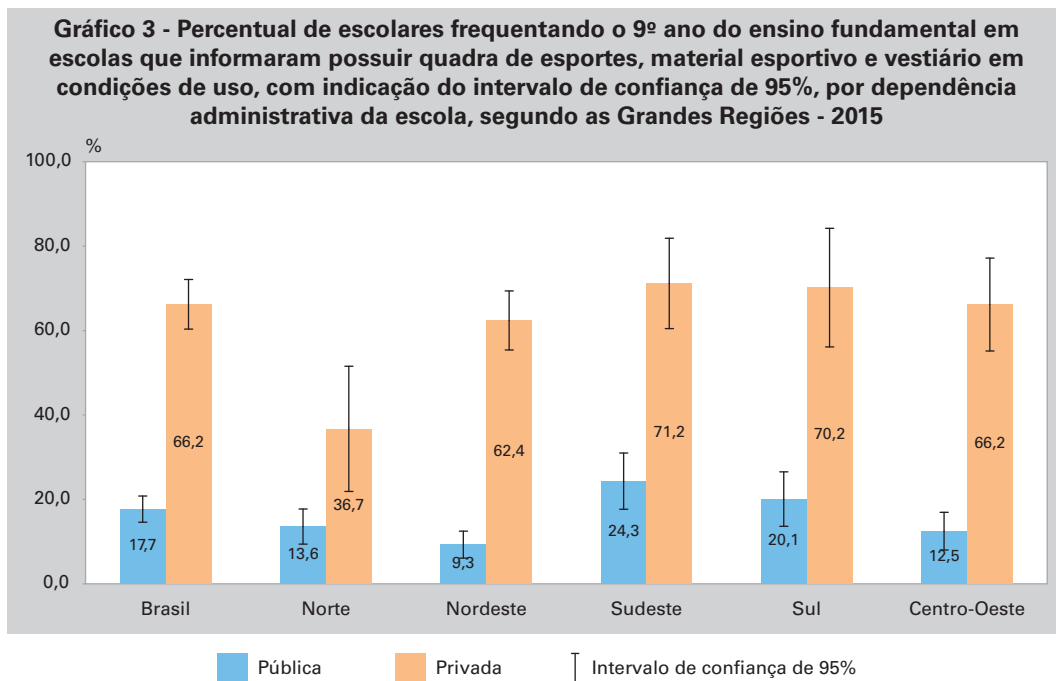
## Estrutura para atividades físicas

A atividade física também é objeto de várias políticas de promoção à vida saudável e tem na escola um importante ponto de apoio e disseminação. Para a educação básica, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB, instituída pela Lei n. 9.394, de 20.12.1996 (BRASIL, 1996), determina que a educação física, integrada à proposta pedagógica da escola, seja componente curricular obrigatório, sendo sua prática facultativa em alguns casos excepcionais. A prática de esporte em estabelecimento escolar deve privilegiar princípios socioeducativos como inclusão, participação, cooperação, promoção à saúde, coeducação e responsabilidade, de acordo com o Decreto n. 7.984, de 08.04.2013 (BRASIL, 2013). Tendo em vista a importância de se garantir acesso à atividade física por meio da prática de esporte no ambiente escolar, a PeNSE 2015 levantou a disponibilidade de alguns espaços e equipamentos destinados a esse fim.

A infraestrutura física mais relevante para a prática de atividade física nas escolas é a presença de quadra de esporte em condição de uso. A maioria dos escolares (72,8%) que frequenta o 9º ano do ensino fundamental está em escolas onde há quadra de esporte. Na rede pública esse percentual é de 69,2%, enquanto na rede privada esse percentual é de 94,1% (Tabela de Resultados 1.1.2.1). A existência de materiais esportivos em condições de uso pelos alunos está amplamente disseminada nas escolas, pois 92,0% dos alunos do 9º ano do ensino fundamental podem contar com a disponibilidade desses materiais em suas escolas (90,7% na rede pública e 99,8% na rede privada) (Tabela de Resultados 1.1.2.5). Finalmente, considerou-se que o ambiente adequado à prática de esportes pelos alunos também requer vestiários em condições de uso. Nesse caso, o percentual de alunos do 9º ano em escolas com

acesso a vestiários é de apenas 28,7% – 22,2% na rede pública e 67,5% na rede privada (Tabela de Resultados 1.1.2.6).

Conseqüentemente, um número reduzido de alunos (24,7%), especialmente da rede pública (17,7% em comparação com 66,2% da rede privada), frequentam escolas que proporcionam um ambiente mais completo para a prática de esporte (presença de quadra, material esportivo e vestiário simultaneamente) (Tabela de Resultados 1.1.2.7). O Gráfico 3 apresenta esses percentuais por Grandes Regiões.



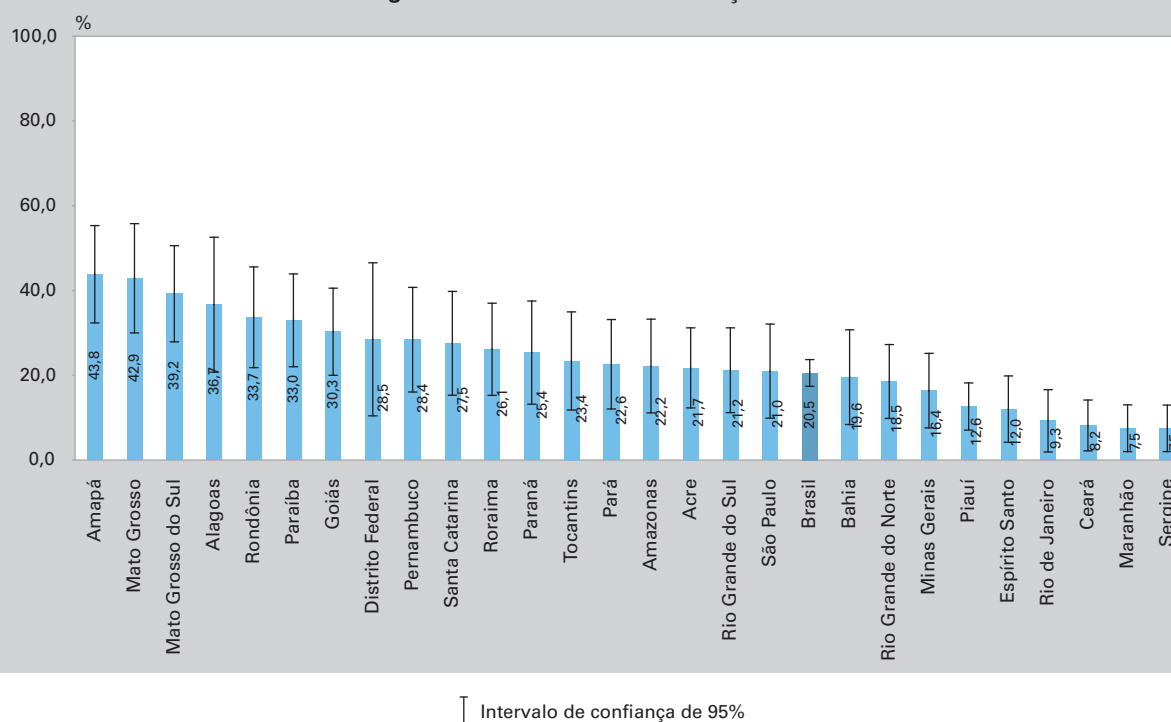
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

Nota: Dados referentes à Amostra 1.

## Adoção de medidas proibitivas

A maior parte dos escolares frequenta escolas que informaram possuir política sobre proibição do uso do tabaco (88,6%), não sendo significativa a diferença entre as esferas administrativas pública (88,4%) e privada (90,1%) (Tabela de Resultados 1.1.7.9). Entretanto, 18,3% dos alunos estudam em escolas onde o diretor ou responsável afirmou ter conhecimento sobre consumo de cigarros pelos alunos nas suas dependências, evidenciando a dificuldade de se colocar a regra proibitiva em prática. Esse percentual alcança 20,5% dos alunos da rede pública e 5,3% da rede privada. O Gráfico 4 demonstra que em algumas Unidades da Federação esse percentual na rede pública pode atingir mais de 40,0%, como é o caso de Mato Grosso (42,9%) e do Amapá (43,8%) (Tabela de Resultados 1.1.7.8).

**Gráfico 4 - Percentual de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental em escolas da rede pública que informaram ter conhecimento de consumo de cigarros pelos escolares em suas dependências, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo as Unidades da Federação - 2015**



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

Nota: Dados referentes à Amostra 1.

Em relação à política que proíbe o *bullying* nas dependências escolares, um percentual elevado dos alunos frequenta escolas onde essa prática é proibida (88,9%) (Tabela de Resultados 1.1.7.10). O percentual de alunos que informaram praticar *bullying* (esculchar, zombar, magoar, intimidar ou caçoar algum de seus colegas da escola de tal forma que ele tenha ficado magoado, aborrecido, ofendido ou humilhado) nas escolas para as quais há uma regra de proibição atinge 20,1%; naquelas onde inexistente a norma, o percentual de escolares que relataram a prática foi 17,1% (Tabela de Resultados 1.1.7.11). Combater o *bullying* nas escolas contribui para o cumprimento dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (Objetivo 4 - Assegurar a educação inclusiva e equitativa de qualidade e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos), que substituem os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio<sup>8</sup> (UNITED NATIONS, 2016).

## Características básicas da população de estudo

A Amostra 1 da PeNSE 2015 estimou em 2 630 835, o número de escolares do 9º ano do ensino fundamental no País. Desse total, 1 281 656 (48,7%) são do sexo masculino e 1 349 178 (51,3%), do sexo feminino. De acordo com as Grandes Regiões,

<sup>8</sup> Em setembro de 2000, 191 nações se reuniram na sede das Nações Unidas (United Nations), em Nova York, firmando um compromisso para combater a extrema pobreza e outros males da sociedade. Essa promessa acabou se concretizando nos 8 Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, a serem alcançados até 2015. Em setembro de 2015, foi aprovada a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, que contém 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e 169 metas relacionadas. Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável aprovados foram construídos sobre as bases estabelecidas pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, de maneira a completar o trabalho e responder aos novos desafios.

a Sudeste (43,4%) concentra o maior percentual estimado de escolares do 9º ano do ensino fundamental. Seguem-se as Regiões Nordeste (27,7%), Sul (11,9%), Norte (9,6%) e por último, Centro-Oeste (7,5%). A população estimada segundo a dependência administrativa da escola foi composta por 2 250 463 (85,5%) alunos que estudavam em escolas públicas e 380 372 (14,5%), em escolas privadas (Tabela de Resultados 1.1.8.1).

A estrutura etária<sup>9</sup> observada entre os participantes da pesquisa revelou que 88,6% dos escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental tinham idade entre 13 e 15 anos, segmento etário preconizado pela OMS como referência para os estudos de adolescentes escolares. Cabe ressaltar que 51,0% dos escolares tinham 14 anos, idade considerada adequada para nível de ensino. As estimativas de escolares no grupo etário de 13 a 15 anos de idade, por Grandes Regiões, apresentam os seguintes percentuais: Sudeste (93,1%), Centro-Oeste (91,1%), Sul (89,6%), Norte (82,9%) e Nordeste (82,5%). Nas Regiões Nordeste (16,7%) e Norte (16,3%) foram encontrados os maiores percentuais estimados para idade igual ou superior a 16 anos (Tabela de Resultados 1.1.8.2).

A distribuição estimada dos escolares do 9º ano segundo a cor ou raça, no País, mostra maiores proporções de pardos (43,1%), brancos (36,1%) e pretos (13,4%) (Tabela de Resultados 1.1.8.3).

## Aspectos socioeconômicos

A passagem da infância para a vida adulta ocorre sob a influência de uma complexa rede de determinantes sociais, que compreende desde o ambiente familiar, a vizinhança, a escola, a relação com os pares e aspectos culturais que afetam a saúde presente e futura. A maior autonomia e ampliação das redes sociais possuem papel relevante nesse processo e devem ser consideradas na investigação das desigualdades sociais em saúde na adolescência (VINER et al., 2012).

Muitos adolescentes sofrem com dificuldades socioeconômicas da família, incluindo baixa escolaridade dos pais, baixo *status* social, separação na família, além de morte e pobreza, todos considerados fatores de risco conhecidos para a saúde mental, comportamentos de risco e dificuldades dos escolares (CHAU; BAUMANN; CHAU, 2013). Embora se questione a persistência destes fatores durante a adolescência, estudos recentes apontam que o ambiente físico e social nesse período da vida exerce papel relevante na manutenção das desigualdades sociais em saúde (SCHREIER; CHEN, 2013).

Alguns aspectos socioeconômicos dos escolares foram pesquisados com o propósito de obter indicadores que estabeleçam diferenciais das condições de vida do público-alvo estudado. Neste sentido, investigou-se a escolaridade dos pais, o total de residentes no domicílio do estudante, o exercício de trabalho entre os escolares, o número de banheiros do domicílio, a posse de bens e a disponibilidade do serviço doméstico no domicílio do escolar. Em 2015, a pesquisa acrescentou o grau de escolaridade que o estudante pretende alcançar com o objetivo de perceber suas expectativas quanto ao futuro.

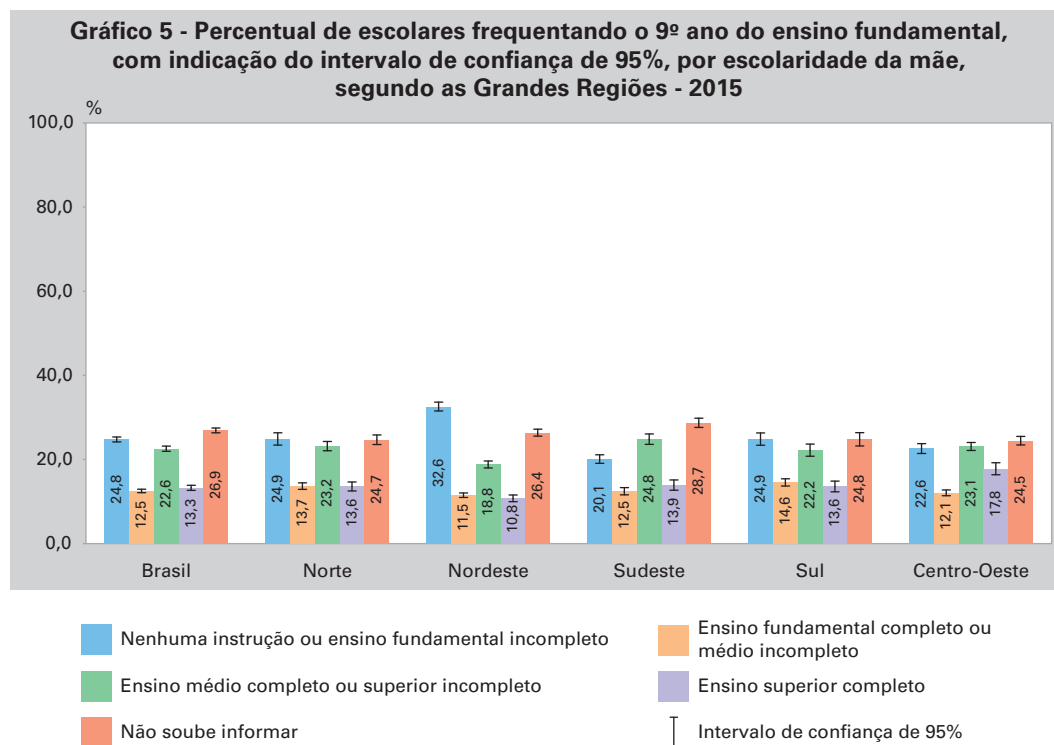
<sup>9</sup> A Amostra 1 é formada pelos estudantes que frequentam o 9º ano (8ª série) do ensino fundamental (turnos da manhã e tarde) em escolas públicas e privadas do Brasil. Esta amostra não foi calculada para desagregar as informações por grupos etários.



## Escolaridade da mãe

A PeNSE 2012 considerou a escolaridade da mãe e do pai dos escolares como um dado importante na análise de fator de proteção para a saúde de crianças e adolescentes. A análise dos dados mostrou que a escolaridade da mãe apresentou um dado mais consistente, com um nível de resposta maior que o da escolaridade do pai, quando levamos em conta que 23,7% (IC95% 22,9 – 24,5) dos escolares não souberam informar a escolaridade do pai, e 18,4% (IC95% 17,9 - 18,9) a da mãe. Assim, a PeNSE 2015 considerou manter a escolaridade da mãe, que associadas às condições econômicas confere a essa variável a possibilidade de ser utilizada como uma importante *proxy* das condições socioeconômicas das famílias (SANTOS; JACINTO; TEJADA, 2012).

Em 2015, para os escolares da Amostra 1, com relação à escolaridade materna, a proporção de escolares cujas mães tinham o nível superior completo atingiu 13,3%. Em 2012, esse percentual era de 8,9%. O percentual informado de mães que possuíam “nenhuma instrução ou ensino fundamental incompleto” caiu, no País, para 24,8%. Em 2012, esse percentual era de 34,5%. De acordo com o Gráfico 5, o percentual de escolares cujas mães não possuíam qualquer grau de ensino ou possuíam somente o ensino fundamental incompleto foi mais elevada na Região Nordeste (32,6%) e menor na Região Sudeste (20,1%). As Regiões Centro-Oeste (17,8%) e Sudeste (13,9%) apresentaram os maiores percentuais de escolares que informaram a escolaridade da mãe equivalente ao ensino superior completo. Não souberam informar a escolaridade materna 26,9% dos escolares brasileiros (Tabela de Resultados 1.1.8.7).



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

Nota: Dados referentes à Amostra 1.



## Trabalho entre escolares

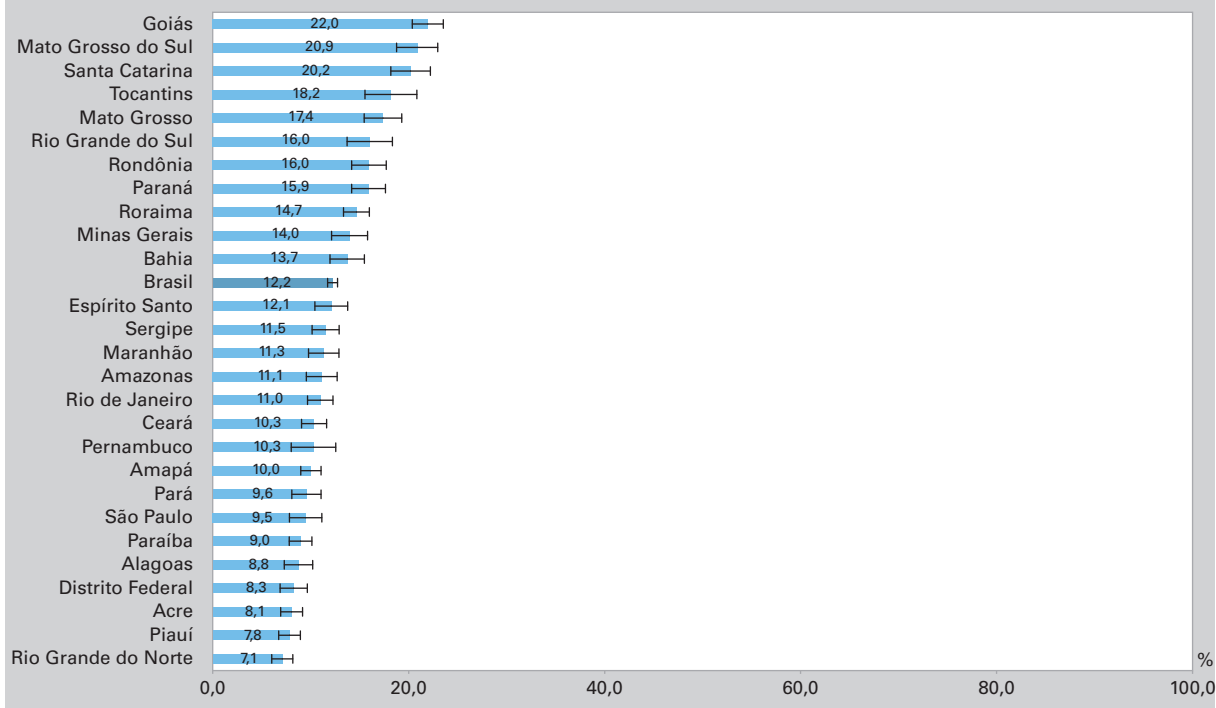
A inserção de crianças e adolescentes no mercado de trabalho é um problema mundial que ocorre em maior proporção nos países mais pobres e de renda média, como o Brasil. Em todo o mundo, entre 2001 e 2012, de acordo com a Organização Internacional do Trabalho - OIT (International Labour Organization - ILO), houve queda do trabalho nessa fase da vida, entretanto o desafio persiste: em 2012, cerca de 265 milhões de crianças e adolescentes de 5 a 17 anos de idade (16,7%) eram economicamente ativos, quase 168 milhões (10,6%) realizavam trabalho em desacordo com a idade mínima estabelecida e 85 milhões (5,4%) exerciam algum trabalho considerado perigoso ou com potenciais efeitos nocivos para a saúde (MEDIR..., 2013). O Brasil conseguiu resultados expressivos no enfrentamento do trabalho de crianças e adolescentes, entre 2001 e 2012, obtendo uma redução de 35,0% no percentual de crianças e adolescentes de 5 a 17 anos de idade que trabalhavam.

O desafio de erradicar o trabalho infantil em todas as suas formas até 2025 foi contemplado nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (Objetivo 8 - Promover o crescimento econômico sustentado, inclusivo e sustentável, emprego pleno e produtivo, e trabalho decente para todos), conforme relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD Brasil (ACOMPANHANDO..., 2015). Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 2014, realizada pelo IBGE, o nível de ocupação diminuiu em todos grupos etários, em 10 anos, especialmente nos grupos de 5 a 13 e de 14 e 15 anos de idade. Assim, no grupo de pessoas de 5 a 13 anos de idade o nível de ocupação foi de 2,0%; para pessoas de 14 e 15 anos de idade foi de 12,0% e para aqueles com 16 e 17 anos de idade foi de 27,4% (SÍNTESE..., 2015).

Na PeNSE 2015, o tema do trabalho entre os escolares foi mantido e foi possível verificar que esses dados se mantiveram parecidos com a edição anterior para a Amostra 1. A pesquisa revelou que 86,6% dos escolares do 9º ano entrevistados responderam não ter nenhum trabalho, 12,2% responderam trabalhar e receber dinheiro por esse trabalho e 1,2% responderam trabalhar e não receber pelo trabalho. O maior percentual de escolares que responderam não trabalhar está na Região Nordeste (88,1%), resultado diferente daquele obtido na PeNSE 2012, cujo percentual se concentrava na Região Sudeste com 88,5%. Os Estados do Rio Grande do Norte (91,7%) e do Piauí (91,4%) concentram os maiores percentuais de escolares que declararam não trabalhar. Fora da Região Nordeste, encontramos no Distrito Federal e no Estado do Acre (ambos com 90,8%) os maiores percentuais para este quesito. Os Estados do Rio Grande do Norte (7,1%), do Piauí (7,8%) e do Acre (8,1%) apresentaram os menores percentuais de escolares que declararam ter algum trabalho ou emprego e recebiam por isso. Quanto aos escolares que responderam trabalhar e não receber, encontrou-se na Região Sudeste (1,3%) o maior percentual (Tabela de Resultados 1.1.8.8).

Dos escolares que responderam trabalhar e receber por isso (Gráfico 6), 22,0% estão no Estado de Goiás; 20,9% no Estado do Mato Grosso do Sul; e 20,2% no Estado de Santa Catarina, para os maiores percentuais.

**Gráfico 6 - Percentual de escolares do 9º ano do ensino fundamental que referiram ter algum trabalho, emprego ou negócio remunerado, na data da pesquisa, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo as Unidades da Federação - 2015**



Intervalo de confiança de 95%

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

Nota: Dados referentes à Amostra 1.

## Posse de bens e serviços

A partir da PeNSE 2012, informações sobre a posse e quantidade de bens duráveis no domicílio, a posse de computadores (de mesa, *netbook*, *laptop* etc.) a quantidade de banheiros e a existência de empregado(a) doméstico(a) no domicílio foram usados para traçar um perfil socioeconômico dos escolares (Tabela de Resultados 1.1.8.6).

Os dados de 2015 revelaram que 87,4% dos escolares brasileiros do 9º ano responderam possuir aparelho celular. Esses percentuais foram maiores nas Regiões Sul (92,6%) e Centro-Oeste (89,6%). Dos alunos das escolas privadas, 95,5% e dos alunos das escolas públicas, 86,0% declararam possuir aparelho celular.

Quanto à posse de algum tipo de computador (de mesa, *netbook*, *laptop* etc.), 69,6% dos escolares brasileiros declararam a posse de algum desses itens: 95,2% de escolas privadas, e 65,2% de escolas públicas. A Região Sul, com 80,6%, apresentou o maior percentual e a Região Norte, com 51,7%, o menor percentual. Com relação ao acesso à Internet em sua própria casa, 77,5% dos escolares responderam positivamente. Escolares da rede privada (96,8%) e da rede pública (74,3%) do País, responderam ter acesso à Internet em casa. As Regiões Sudeste (85,0%) e Sul (84,8%) apresentaram os maiores percentuais e as Regiões Nordeste (67,3%) e Norte (62,2%), os menores.

Perguntados sobre se alguém que morava no mesmo domicílio do estudante tinha carro, 56,5% responderam afirmativamente. Dos alunos de escolas privadas

85,1%, e 51,7% dos estudantes de escolas públicas do País responderam morar com alguém que possuía carro. O maior percentual foi observado na Região Sul, tanto entre estudantes da rede privada (96,0%) quanto entre os da rede pública (75,2%). O Estado de Santa Catarina apresentou o maior percentual, com 80,2% de alunos que declararam que alguém de seu domicílio tinha carro.

Quanto à existência de banheiros com chuveiro dentro do domicílio, 96,2% dos escolares responderam possuir ao menos um banheiro com chuveiro. Considerando as Grandes Regiões, a Sul (99,4%) e a Sudeste (99,3%) apresentaram os maiores percentuais e a Norte (89,9%) e a Nordeste (91,5%) apresentaram os menores percentuais de escolares que responderam possuir banheiro com chuveiro dentro do domicílio. O Estado do Acre (74,6%) apresentou o menor percentual para esse item.

Considerando o serviço de empregados domésticos remunerados, 29,3% dos alunos de escola privada e apenas 6,3% de escola pública, responderam ter em seus domicílios a existência desse serviço três ou mais dias por semana. Os maiores percentuais foram encontrados entre os alunos das escolas privadas da Região Norte (35,2%). Entre os alunos das escolas públicas, os maiores percentuais foram encontrados na Região Centro-Oeste (8,8%).

## Contexto familiar

O fortalecimento de vínculos familiares é considerado muito importante na prevenção de comportamentos de riscos entre jovens e adolescentes. Os pais e responsáveis estarem atentos às atividades dos adolescentes, estabelecendo laços de confiança e diálogo e conhecendo suas demandas, colaboram para que os adolescentes cresçam com segurança.

Dados das edições anteriores (PeNSE 2009 e 2012) levaram pesquisadores a concluir que o monitoramento feito pelos responsáveis dos adolescentes tem efeito protetor quanto aos hábitos de fumar, beber, usar drogas ou iniciação sexual precoce. A supervisão familiar é importante na prevenção destes hábitos. Além disso, práticas como fazer ao menos uma refeição com pais ou responsáveis na maioria dos dias da semana, e o fato de os pais ou responsáveis saberem o que os adolescentes faziam no tempo livre, mostraram-se como efeitos de proteção quanto a hábitos de risco (MALTA, et al., 2011; MALTA et al., 2014).

A PeNSE 2015 para a Amostra 1 revelou que, 59,4% dos escolares do 9º ano, responderam morar em lares com a presença do pai e da mãe; 30,6% informaram morar só com a mãe, enquanto 4,4% dos escolares declararam morar só com o pai. Os que responderam não morar nem com mãe nem com pai totalizaram 5,7%. Distribuídos por Grandes Regiões, as Regiões Sul (62,9%), Sudeste (59,7%) e Nordeste (59,6%) tiveram os maiores percentuais de escolares morando com ambos os pais. As Regiões Sudeste (32,1%) e Centro-Oeste (31,8%) concentraram os maiores percentuais de escolares morando apenas com a mãe. A Região Norte apresentou maiores proporções de escolares morando só com o pai (5,7%) e que não moravam nem com mãe nem com pai (9,1%), valores maiores do que a média nacional (5,7%) para esses indicadores (Tabela de Resultados 1.1.8.4).

## Conhecimento dos pais ou responsáveis sobre o tempo livre dos escolares

Os resultados da Amostra 1 da PeNSE 2015 revelaram que 80,4% dos escolares do 9º ano do País declararam que os pais ou responsáveis sabiam o que eles faziam no tempo livre, nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa. O percentual dos escolares do sexo feminino foi de 82,1%, enquanto que para os escolares do sexo masculino foi de 78,6%. Quanto a dependência administrativa da escola (Tabela 3), os pais ou responsáveis dos estudantes das escolas privadas apareceram como mais informados sobre o uso do tempo livre dos filhos (87,3%) do que os pais ou responsáveis pelos alunos das escolas públicas, cuja frequência relativa foi de 79,2% (Tabela de Resultados 1.1.9.2). Os Municípios das Capitais com maior e menor valores para esse indicador foram Vitória (86,4%) e Boa Vista (73,1%), respectivamente (Tabela de Resultados 1.2.9.2).

## Falta às aulas sem permissão dos pais ou responsáveis

O percentual de escolares do 9º ano do ensino fundamental no Brasil, que faltaram às aulas, nos 30 dias anteriores à pesquisa, sem autorização dos pais ou responsáveis foi de 23,4%. A pesquisa revelou que o percentual entre os escolares do sexo masculino foi de 25,4%, enquanto que entre os do sexo feminino foi de 21,5%. Os estudantes de escolas públicas foram os que mais faltaram às aulas sem autorização dos pais ou responsáveis (25,0%), contra 13,9% dos alunos das escolas privadas (Tabela 3). A Região Sudeste (26,2%) registrou o percentual mais elevado, enquanto a Região Nordeste (20,8%), o menor percentual. O Estado de Sergipe (14,4%), registrou o menor percentual de escolares que declararam faltar à escola sem autorização dos pais ou responsáveis (Tabela de Resultados 1.1.9.1).

## Presença dos pais ou responsáveis durante as refeições

Em 2015, 74,0% dos escolares informaram fazer refeições com os pais, no mínimo, em cinco dias da semana anterior à pesquisa. As proporções foram maiores entre alunos de escolas públicas (74,8%) e do sexo masculino (77,5%) (Tabela 3). Essa prática foi majoritariamente relatada por estudantes da Região Sul (77,4%). No Estado do Tocantins, atingiu 80,7% (Tabela de Resultados 1.1.10.2).

## Verificação dos deveres de casa pelos pais ou responsáveis

Do total de escolares da Amostra 1 da PeNSE 2015, 55,6% responderam que seus pais ou responsáveis tinham o hábito de verificar seus deveres de casa. Na análise por sexo, percebe-se maior percentual entre os meninos (60,0%) do que entre as meninas (51,5%). Foi observado maior percentual entre os estudantes das escolas públicas (56,8%) do que entre os de escolas privadas (48,5%) (Tabela 3). Na análise por Grandes Regiões, verificou-se na Região Nordeste (60,6%) o percentual mais elevado e na Sul (50,4%), o menor. O Estado do Piauí (64,7%) e o Distrito Federal (46,0%) tiveram, respectivamente, o maior e menor percentual para este indicador (Tabela de Resultados 1.1.9.3). No conjunto dos Municípios das Capitais esse valor foi de 53,0%: Manaus (59,3%) e Brasília (46,0%) tiveram o maior e menor percentuais, respectivamente (Tabela de Resultados 1.2.9.3).

## Entendimento dos pais ou responsáveis quanto aos problemas e preocupações dos filhos

De acordo com os escolares do 9º ano entrevistados, 66,6% responderam que os pais se preocupavam com os seus problemas e preocupações, nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa. O percentual para os escolares das escolas privadas foi de 66,9%, e para as públicas, 66,5% (Tabela 3). Entre os escolares do sexo masculino esse valor foi de 70,4%, enquanto que entre os do sexo feminino foi de 62,9%. Na Região Sudeste (67,4%) foi encontrado o maior percentual e na Região Centro-Oeste (64,9%) o menor percentual para esse indicador. O Estado do Piauí teve o maior percentual (70,5%) de escolares que responderam que seus pais e responsáveis entenderam seus problemas e preocupações (Tabela de Resultados 1.1.9.4). No conjunto dos Municípios das Capitais a proporção foi de 65,6%, sendo a maior proporção encontrada no Rio de Janeiro (70,6%) e a menor, em Rio Branco (60,6%) (Tabela de Resultados 1.2.9.4).

**Tabela 3 - Indicadores de contexto familiar dos escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental, com indicação do intervalo de confiança de 95%, por dependência administrativa da escola - Brasil - 2015**

Indicadores de contexto familiar (%)	Escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental								
	Total			Dependência administrativa da escola					
				Pública			Privada		
	Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%	
Limite inferior		Limite superior	Limite inferior		Limite superior	Limite inferior		Limite superior	
Escolares cujos pais ou responsáveis sabiam o que eles faziam durante o tempo livre nos 30 dias anteriores à pesquisa	80,4	79,8	80,9	79,2	78,6	79,8	87,3	86,4	88,3
Escolares que faltaram às aulas ou à escola sem permissão dos pais ou responsáveis nos 30 dias anteriores à pesquisa	23,4	22,8	24,0	25,0	24,0	25,7	13,9	13,0	14,8
Escolares cujo algum dos responsáveis estava presente em ao menos uma refeição durante as refeições durante a semana	74,0	73,4	74,6	74,8	74,2	75,5	69,6	68,0	71,1
Escolares cujos pais ou responsáveis verificaram se os deveres de casa (lição de casa) foram feitos nos 30 dias anteriores à pesquisa	56,6	54,9	56,3	56,8	56,1	57,5	48,5	46,5	50,6
Escolares cujos pais ou responsáveis entenderam seus problemas e preocupações nos 30 dias anteriores à pesquisa	66,6	65,9	67,2	66,5	65,8	67,2	66,9	65,1	68,7

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

Nota: Dados referentes à Amostra 1.

## Hábitos alimentares

Ainda que a formação de hábitos alimentares seja um processo dinâmico, desenvolvido ao longo da vida, o registro do primeiro aprendizado, ocorrido na infância e adolescência, permanece durante todo o ciclo vital. Esse processo envolve desde a escolha dos alimentos consumidos até as circunstâncias em que ocorre o ato de se alimentar: compartilhar refeições com amigos e/ou familiares, comer sozinho – em *fast-food* ou assistindo televisão etc. (MADRUGA et al., 2012; BRASIL, 2014a).

Hábitos alimentares inadequados na adolescência constituem importante fator de risco para a obesidade e outras doenças crônicas não transmissíveis na vida adulta, daí a importância do estímulo precoce ao desenvolvimento de hábitos saudáveis nos indivíduos (ALBERGA et al., 2012; MADRUGA et al., 2012).

Na contramão das recomendações sobre a importância do desenvolvimento de hábitos saudáveis em crianças e adolescentes, são evidenciadas mudanças no padrão alimentar de estudantes brasileiros que atingem todos os níveis socioeconômicos e regiões do País. O novo padrão é marcado pela redução do consumo de alimentos *in natura* (como frutas e hortaliças) e minimamente processados, associado à excessiva utilização de alimentos ultraprocessados, de qualidade nutricional reconhecidamente inferior ao conjunto dos demais alimentos (SOUZA et al., 2013; AZEREDO et al., 2015; COUTO et al., 2014; MALTA et al., 2014; LOUZADA et al., 2015). Nesta edição da PeNSE, a temática da alimentação sofreu alterações, em relação a 2012, com mudanças na redação de alguns quesitos e a exclusão de outros, relacionados ao consumo semanal<sup>10</sup> e diário de alguns itens. Adicionalmente, foram incluídas, entre outras, questões propostas no módulo básico do estudo transnacional Global School-based Student Health Survey - GSHS, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde - OMS (World Health Organization - WHO).

## Consumo de alimentos marcadores de alimentação saudável e não saudável

O *Guia alimentar para a população brasileira*, da Secretaria de Atenção à Saúde, recomenda, na seção **Dez passos para uma alimentação adequada e saudável**, amplo consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados e parcimônia em relação aos alimentos processados; já os alimentos ultraprocessados devem ser evitados (BRASIL, 2014a).

Neste tópico, será abordado o consumo semanal de alimentos considerados marcadores de alimentação saudável (feijão, legumes ou verduras<sup>11</sup> e frutas frescas) e de alimentação não saudável (salgados fritos<sup>12</sup>, guloseimas<sup>13</sup>, refrigerantes e alimentos ultraprocessados salgados<sup>14</sup>).

O consumo na semana anterior à pesquisa, será descrito mediante frequências de consumo, em cinco dias ou mais, de feijão, legumes ou verduras, frutas frescas, salgados fritos, guloseimas, refrigerantes e alimentos ultraprocessados salgados.

De acordo com o Gráfico 7, o consumo semanal igual ou superior a cinco dias de alimentos marcadores de alimentação saudável (MAS) entre estudantes brasileiros do 9º ano, em 2015, atingiu 60,7% para feijão, 37,7% para legumes e 32,7% para frutas frescas. Para os alimentos marcadores de alimentação não saudável (MANS), os percentuais chegaram a 13,7% para salgados fritos, 41,6% para guloseimas, 26,7% para refrigerantes e 31,3% para ultraprocessados salgados (Tabela de Resultados 1.1.10.13).

<sup>10</sup> Os resultados obtidos para os sete dias anteriores à pesquisa foram considerados consumo semanal.

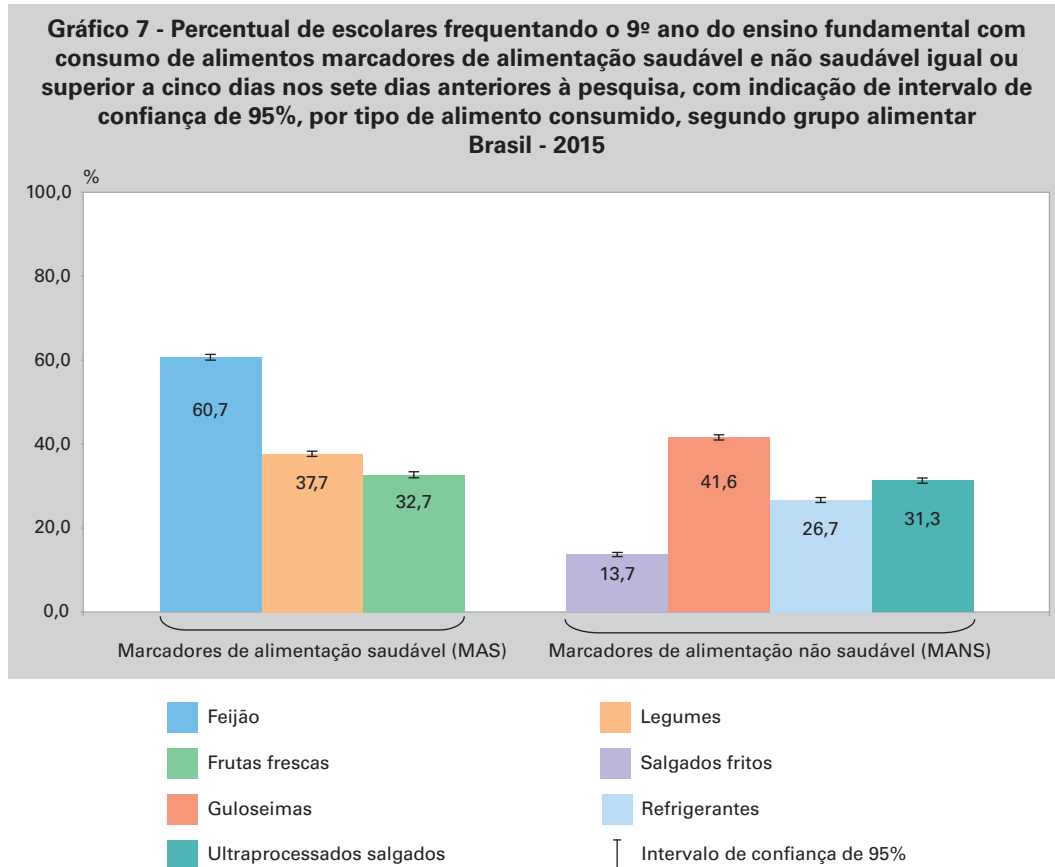
<sup>11</sup> Alface, abóbora, brócolis, cebola, cenoura, chuchu, couve, espinafre, pepino, tomate etc. Neste quesito não estão contemplados batata e aipim (mandioca/macaxeira).

<sup>12</sup> Coxinha de galinha, quibe frito, pastel frito, acarajé, batata frita, exceto batata de pacote.

<sup>13</sup> Doces, balas, chocolates, chicletes, bombons ou pirulitos.

<sup>14</sup> Hambúrguer, presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha, macarrão instantâneo, salgadinho de pacote, biscoitos salgados.





Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

Nota: Dados referentes à Amostra 1.

O padrão de consumo de alimentos marcadores de alimentação saudável entre os estudantes das Unidades da Federação, em 2015, indica variações nos percentuais de legumes desde 27,8%, no Ceará, até 48,4%, em Minas Gerais (Tabela de Resultados 1.1.10.8). Comportamento semelhante foi observado para o feijão: oscilação entre 22,4% (Amazonas) e 74,0% (Minas Gerais) (Tabela de Resultados 1.1.10.6). Já o Distrito Federal registrou o maior percentual de alunos com consumo de frutas frescas (38,6%) (Tabela de Resultados 1.1.10.10).

O consumo igual ou superior a cinco dias de salgados fritos, em 2015, variou entre 9,9% no Estado do Rio Grande do Sul e 21,3% no Estado do Acre (Tabela de Resultados 1.1.10.7). Para guloseimas, o maior percentual foi registrado no Estado de São Paulo (47,7%), superior à média nacional (41,6%); no extremo oposto, o Estado do Piauí apresentou proporção equivalente a 31,2% (Tabela de Resultados 1.1.10.9).

O padrão para refrigerantes, nas Grandes Regiões, revelou elevadas proporções do hábito entre escolares das Regiões Centro-Oeste (32,0%) e Sudeste (30,0%), ambos superiores ao percentual nacional (26,7%) (Tabela de Resultados 1.1.10.11).

A distribuição do consumo de ultraprocessados salgados evidenciou percentual acima da média nacional (31,3%) nas Regiões Sul (33,6%) e Sudeste (32,9%). Outrossim, na Região Nordeste foram encontradas a maior e a menor proporções estaduais de estudantes com esse perfil: No Estado de Pernambuco (39,9%) e no Estado do Maranhão (20,3%) (Tabela de Resultados 1.1.10.12).

Os resultados 2009/2015 para alunos de 9º ano de Municípios das Capitais revela redução de pouco mais de 10,0% na proporção de alunos com consumo semanal de feijão igual ou superior a cinco dias, associada ao crescimento (51,3 %) daqueles que referiram não terem consumido a leguminosa na semana anterior à pesquisa. Quanto às frutas, não houve diferença estatisticamente significativa no consumo dessa população.

Dados do mesmo período, para os alimentos marcadores de alimentação não saudável, indicam melhora no perfil de consumo dos escolares residentes nos Municípios das Capitais: não obstante o crescimento de 16,0 % no relato de consumo de salgados fritos, houve redução relativa nas proporções de consumo de guloseimas (-17,9 %) e refrigerantes (-22,6% ).

## Perfil de realização das refeições

Considerando ainda a seção **Dez passos para uma alimentação adequada e saudável** do Guia elaborado pela Secretaria de Atenção à Saúde, a quinta recomendação salienta, entre outros, os benefícios de ambientes propícios à realização de refeições e de seu caráter socializador. Nesse sentido, é fortemente recomendado que as refeições sejam compartilhadas com outras pessoas e realizadas em locais sem televisão (BRASIL, 2014a).

Para fins de análise do perfil de realização de refeições, arbitrou-se como indicadores os percentuais de estudantes que, na semana anterior à pesquisa: tomaram café da manhã cinco dias ou mais; almoçaram ou jantaram com os pais cinco dias ou mais; comeram enquanto assistiam televisão ou estudavam; e comeram em restaurantes *fast-food*<sup>15</sup> três dias ou mais.

A descrição dos indicadores demonstra que o perfil geral dos alunos do 9º ano, no que tange aos comportamentos associados à realização de refeições, é bom.

A observação do período 2009/2015, para estudantes dos Municípios das Capitais, evidencia crescimento na proporção daqueles que referiram hábito de compartilhar refeições com os pais (10,5% ). No período 2012/2015, houve crescimento de 4,5% no relato de consumo de desjejum e redução do percentual de alunos que relataram comer enquanto assistem televisão: de 64,6% para 60,5% (Tabela de Resultados 1.2.10.3). Outrossim, em 2015, 16,7% desses escolares (Tabela de Resultados 1.2.10.16) fizeram refeições em restaurantes *fast-food*, percentual superior ao total nacional (13,6%) (Tabela de Resultados 1.1.10.16).

Em 2015, 64,4% dos estudantes brasileiros do 9º ano tomaram café da manhã (Tabela de Resultados 1.1.10.1), 74,0% almoçaram ou jantaram com os pais (Tabela de Resultados 1.1.10.2), 57,9% comeram enquanto assistiam televisão (Tabela de Resultados 1.1.10.3) e 13,6 % fizeram refeições em *fast-food* três dias ou mais (Tabela de Resultados 1.1.10.16).

Na Região Centro-Oeste foram registradas as maiores proporções de escolares com frequência semanal em *fast-food* de três dias ou mais (15,6%) (Tabela de Resultados 1.1.10.16) e, na Região Sudeste, daqueles que comem enquanto assistem

<sup>15</sup>Lanchonetes, barracas de cachorro quente, pizzarias etc.

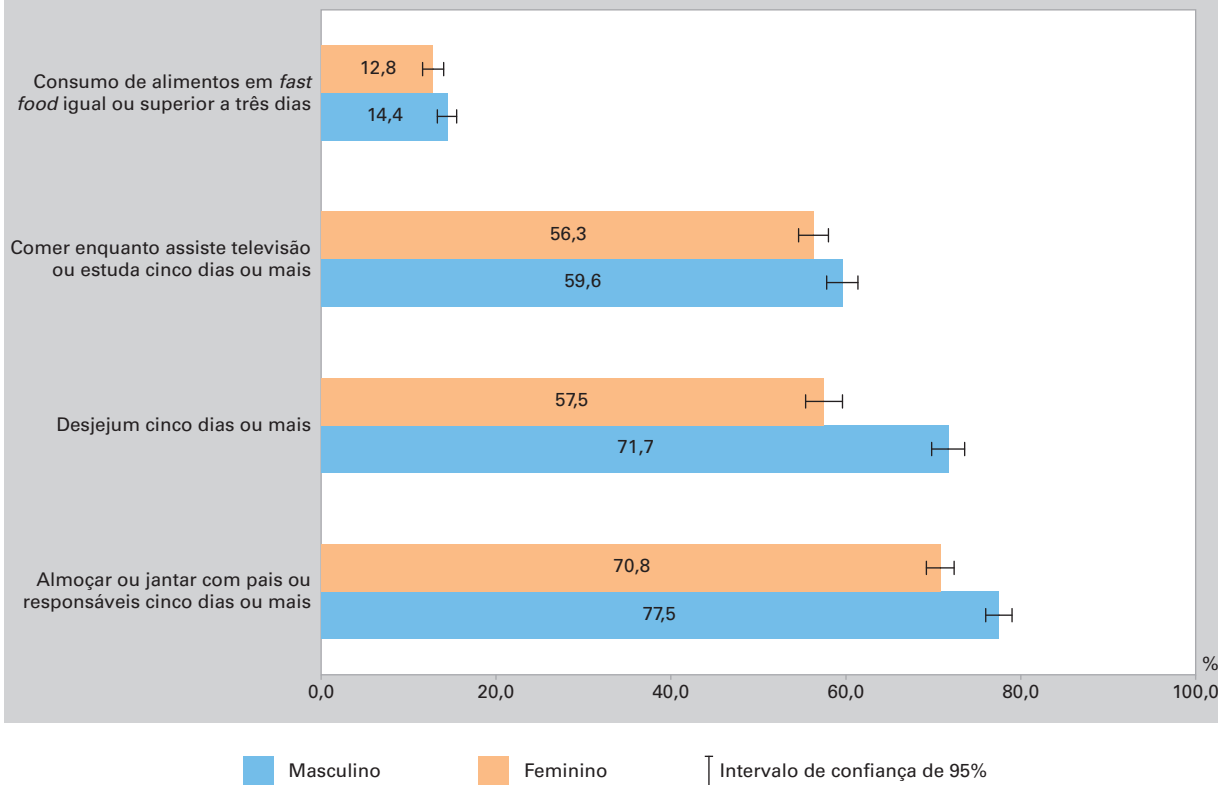


televisão ou estudam (61,8%) (Tabela de Resultados 1.1.10.3). Entre as Unidades da Federação, o Maranhão apresentou maior proporção de estudantes que tomam café da manhã (84,0%) (Tabela de Resultados 1.1.10.1) e o Tocantins, daqueles que fazem refeições com pais (80,7%) (Tabela de Resultados 1.1.10.2).

Entre alunos de escolas públicas, os hábitos de tomar café da manhã e fazer refeições com os pais foram mais frequentes que entre estudantes da rede privada, alcançando, respectivamente, 64,9% (Tabela de Resultados 1.1.10.1) e 74,8% (Tabela de Resultados 1.1.10.2). A frequência semanal igual ou superior a três em *fast-food* foi maior entre estudantes da rede privada (17,7%) (Tabela de Resultados 1.1.10.16).

A desagregação dos dados por sexo demonstra que, entre estudantes do sexo masculino, foram registrados os maiores percentuais para os quatro indicadores: 71,7% tomou café da manhã cinco dias ou mais, 77,5% fez as refeições com os pais cinco dias ou mais, 59,6% comeu enquanto assistia televisão e 14,4% frequentou *fast-food* três dias ou mais, na semana anterior à pesquisa. Para os mesmos indicadores, as proporções entre as alunas foram, respectivamente, de 57,5%, 70,8%, 56,3% e 12,8%. O Gráfico 8 apresenta os indicadores associados aos comportamentos de realização de refeições, desagregados por sexo.

**Gráfico 8 - Percentual de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental, com indicação do intervalo de confiança de 95%, por sexo, segundo o comportamento de realização de refeições nos sete dias anteriores à pesquisa - Brasil - 2015**



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.  
 Nota: Dados referentes à Amostra 1.

## Alimentação na escola

A alteração, em 2015, na temática sobre alimentação na escola, com a introdução de novo quesito sobre oferta de refeições, dificulta comparações na série histórica.

Apesar de, em 2015, 77,3% dos estudantes brasileiros terem relatado oferta de comida pela escola (Tabela de Resultados 1.1.10.4), apenas 38,5% informaram seu consumo (Tabela de Resultados 1.1.10.5). Este hábito é menos frequente entre as meninas (36,2%) que entre os meninos (41,0%) (Tabela de Resultados 1.1.10.5). Nos Municípios das Capitais, os dados indicam menor oferta de merenda/almoço pelas escolas (68,5%) (Tabela de Resultados 1.2.10.4).

Cabe ressaltar que, embora 86,6% dos alunos brasileiros de escolas públicas informem oferta de merenda escolar (Tabela de Resultados 1.1.10.4), apenas 38,1% deles consomem as refeições (Tabela de Resultados 1.1.10.5). Por outro lado, na rede privada, os relatos de menor proporção de oferta (22,6%) (Tabela de Resultados 1.1.10.4) são acompanhados por maiores percentuais de consumo (48,9%) (Tabela de Resultados 1.1.10.5).

O consumo e a oferta de merenda tiveram grande variação regional. Esta foi informada majoritariamente por escolares do Estado do Rio Grande do Sul (89,3%) e da Região Sul (85,6%) (Tabela de Resultados 1.1.10.4). Já o relato do consumo de alimentação na escola, entre as Unidades da Federação, variou de 24,5%, em Roraima, até 56,5%, no Tocantins (Tabela de Resultados 1.1.10.5).

## Prática de atividade física

Segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS (World Health Organization - WHO), a atividade física é definida como sendo qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que requeiram gasto de energia – incluindo atividades físicas praticadas durante o trabalho, jogos, execução de tarefas domésticas, viagens e em atividades de lazer (PHYSICAL..., 2015).

A prática regular de atividade física desde a infância e adolescência está associada a benefícios físicos e psicológicos a curto e longo prazo. Os hábitos de atividade física adquiridos na adolescência podem predizer o nível de prática de atividade física na idade adulta. Além de representar um componente importante para um estilo de vida saudável e para promoção da saúde, a atividade física atua na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (HALLAL et al., 2006).

A intensidade das diferentes formas de atividade física varia entre as pessoas. A fim de trazerem benefícios para a saúde cardiorrespiratória, as atuais recomendações internacionais sobre a atividade física sugerem que os adolescentes pratiquem 60 minutos ou mais por dia de atividades físicas de intensidade moderada a vigorosa, na maioria dos dias da semana, devendo incluir atividades de resistência muscular/força e alongamento, pelo menos três dias por semana (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

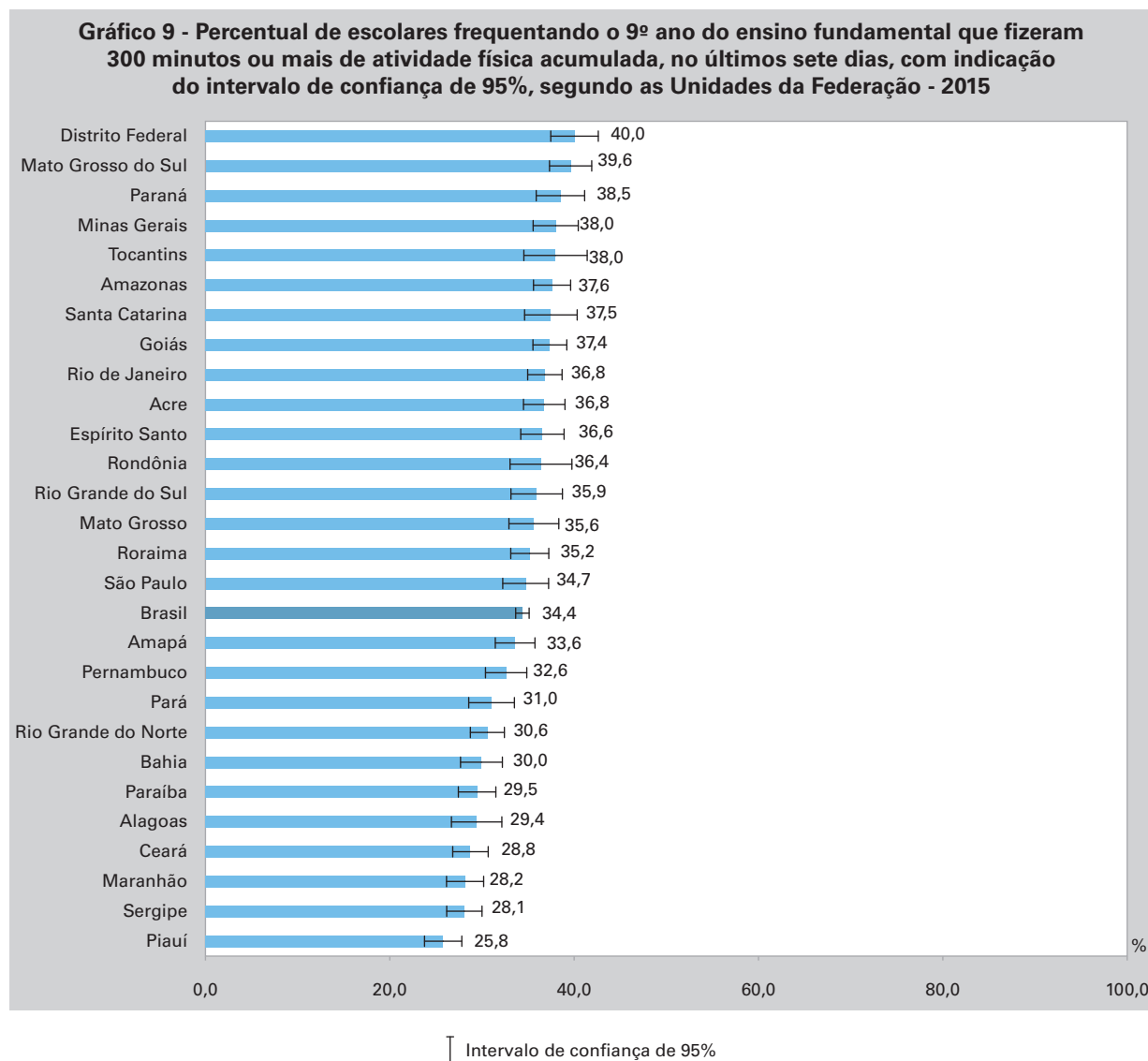
O estudo transnacional Health Behaviour in School-aged Children - HBSC, desenvolvido pela OMS e realizado em 42 países da Europa e na América do Norte no período 2013-2014, mostrou que os níveis de atividade física permanecem baixos. Apenas 25,0% dos jovens de 11 anos de idade e 16,0% dos de 15 anos de idade atendem às diretrizes atuais para a atividade física. As meninas são menos propensas a alcançar os níveis recomendados (GROWING..., 2016).

Para avaliar o nível de atividade física dos escolares brasileiros, tal como em 2012, a PeNSE 2015 utilizou dois diferentes indicadores: o de atividade física acumulada e o de atividade física globalmente estimada. Assim como nas edições passadas, foram considerados ativos aqueles escolares que acumularam 300 minutos ou mais de atividade física semanal. São classificados como insuficientemente ativos aqueles que tiveram 1 a 299 minutos de atividade física por semana. Esse grupo foi dividido em dois: os que praticaram 1 a 149 minutos, e os que praticaram 150 a 299 minutos. Os estudantes que não praticaram atividade física no período de referência foram considerados inativos. É importante salientar, contudo, que variações no comportamento do indicador de atividade física acumulada, nas três edições da PeNSE, devem ser vistas com ressalva. Reformulações na forma de perguntar algumas questões relativas à atividade física foram feitas na edição da PeNSE 2012 e novamente em 2015. Tais modificações podem ter influenciado o resultado do indicador de atividade física acumulada.

## Atividade física acumulada

Este indicador foi obtido somando-se os tempos de atividade física acumulada, nos últimos sete dias, investigados, em 2015, por oito questões, que tratam de três domínios: deslocamento de casa para a escola e da escola para casa; aulas de educação física na escola; e outras atividades físicas extraescolares. Após compor esse indicador, a análise dos dados, em 2015, apontou que 34,4% dos escolares do 9º ano do ensino fundamental eram ativos, ou acumularam 300 minutos ou mais de atividade física, nos últimos sete dias, antes da pesquisa. A maioria dos adolescentes, 60,8%, foi classificada como insuficientemente ativa e 4,8%, como inativa (Tabela de Resultados 1.1.11.3). Houve importante diferença no indicador entre os escolares por sexo. Enquanto quase 44,0% dos meninos informaram praticar 300 minutos ou mais de atividade física semanal, para as meninas esse percentual foi pouco superior a 25,0% (Tabela de Resultados 1.1.11.4).

As Regiões Centro-Oeste (37,9%) e Nordeste (29,6%) exibiram os valores extremos da variação regional de escolares classificados como ativos (Tabela de Resultados 1.1.11.4). Quando considerados somente os Municípios das Capitais brasileiros, Curitiba (41,4%), Vitória (40,0%), Campo Grande (39,9%), Florianópolis (39,4%) estão entre as capitais com os maiores valores para o indicador citado (Tabela de Resultados 1.2.11.4). O Gráfico 9 mostra que, além do Distrito Federal (40,0%), algumas das Unidades da Federação com os maiores percentuais de escolares ativos são: Mato Grosso do Sul (39,6%), Paraná (38,5%), Minas Gerais (38,0%), Tocantins (38,0%) e Amazonas (37,6%).

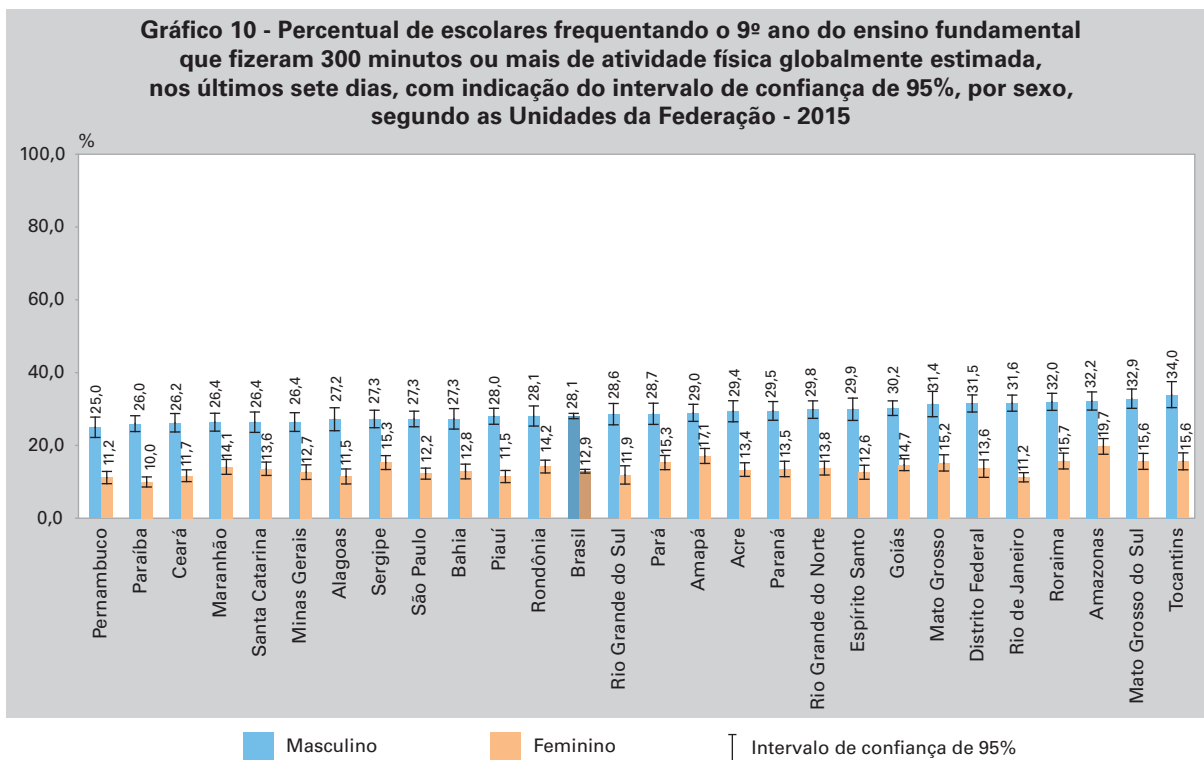


Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.  
Nota: Dados referentes à Amostra 1.

## Atividade física globalmente estimada

Este indicador foi introduzido na PeNSE 2012 para servir a comparações internacionais. Ele é resultado de uma única questão, que investiga a realização de atividade física por pelo menos uma hora por dia, nos últimos sete dias, anteriores à pesquisa. Este indicador foi denominado tempo de atividade física globalmente estimado.

O percentual de escolares do 9º ano que informaram a prática de atividade física por 60 minutos ou mais, em pelo menos cinco dias, nos últimos sete dias, totalizando 300 minutos ou mais de atividade física acumulada, foi de 20,3%, sendo significativamente maior entre os meninos (28,1%) quando comparado às meninas (12,9%) (Tabela de Resultados 1.1.11.6). Conforme pode ser visto no Gráfico 10, esses resultados foram encontrados em todas as Unidades da Federação e estão de acordo com a tendência mundial, observada no estudo da OMS, de maior atividade física dos meninos, em relação às meninas (GROWING..., 2016).



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.  
 Nota: Dados referentes à Amostra 1.

## Aulas de Educação Física na escola

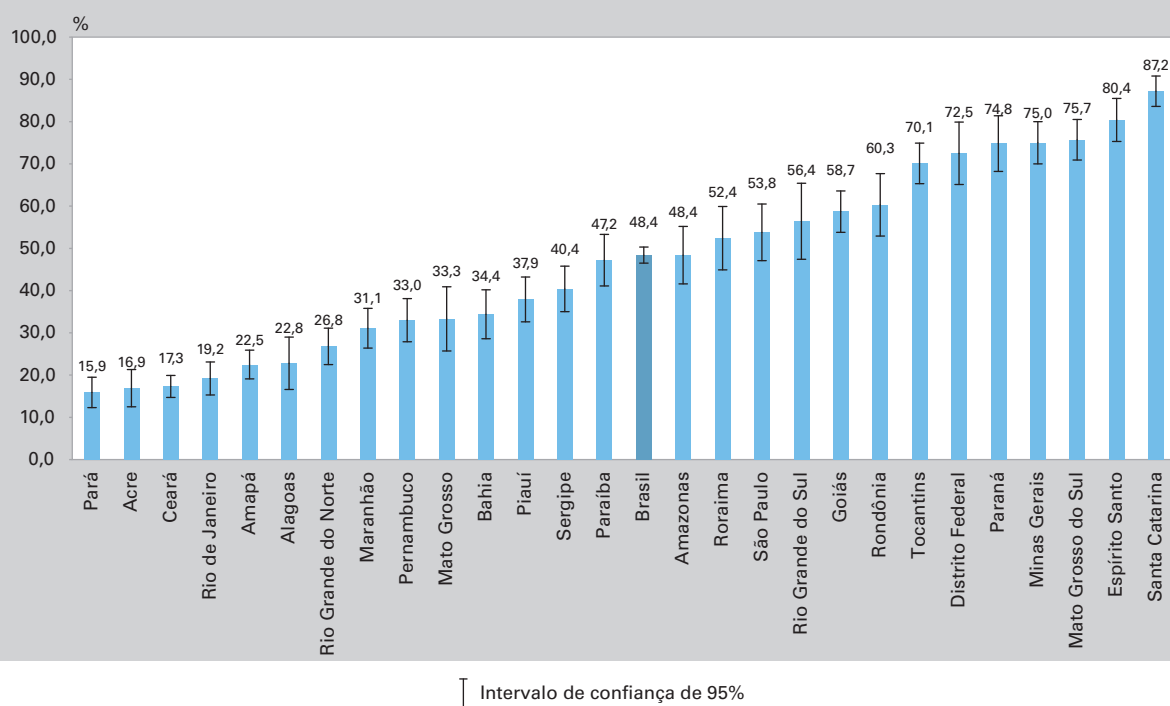
A educação física na escola é um fator coadjuvante na contribuição para o aumento nos níveis de atividade física. As avaliações das aulas de educação física têm evidenciado, entretanto, uma baixa participação ativa dos alunos, e um aumento na ocorrência daqueles que não frequentam as aulas regularmente (HALLAL et al., 2010; KREMER; REICHERT; HALLAL, 2012). As políticas mundiais voltadas para aumentar a atividade física pretendem garantir, dentre outras recomendações, que a educação física de qualidade ajude as crianças a desenvolverem padrões de comportamentos que as mantenham fisicamente ativas ao longo da vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

No Brasil, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei n. 9.394, de 20.12.1996) em seu § 3º do Art. 26, define que a educação física integrada à proposta pedagógica da escola, é componente curricular obrigatório da educação básica (BRASIL, 1996).

De acordo com os dados da Amostra 1 da PeNSE 2015, no Brasil, houve uma queda no percentual de escolares que não tiveram aulas de educação física nos últimos sete dias. Em 2012, 18,3% dos escolares informavam não terem tido aulas de educação física nos últimos sete dias anteriores à pesquisa. Em 2015, esse percentual passou a ser de 14,0% (Tabela de Resultados 1.1.11.1). O percentual de alunos que informaram ter dois ou mais dias de aulas de educação física, na semana anterior à entrevista, foi pouco superior a 48,0%. Em 2012, esse valor era de 38,6%. A ocorrência de aulas de educação física em dois dias ou mais na semana foi maior entre os alunos da rede pública (50,0%) quando comparados aos da rede privada (39,4%) (Tabela de Resultados 1.1.11.2).

A variação regional seguiu o padrão encontrado em 2012, com a Região Nordeste (31,0%) com o menor e a Região Sul (72,3%) com o maior percentual de escolares com dois ou mais dias de aulas de educação física na escola, nos últimos sete dias. Conforme mostra o Gráfico 11, são destaques para esse indicador, com valores muito acima da média brasileira, os Estados de Santa Catarina (87,2%), Espírito Santo (80,4%), Mato Grosso do Sul (75,7%), Minas Gerais (75,0%), Paraná (74,8%), Tocantins (70,1%), além do Distrito Federal (72,5%). Para os Municípios das Capitais, Vitória (86,0%) e Curitiba (82,8%) são exemplos de capitais onde a frequência de dois dias ou mais de aulas de educação física nas escolas é mais comum (Tabela de Resultados 1.2.11.2).

**Gráfico 11 - Percentual de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental que tiveram duas ou mais aulas de educação física por semana, nos últimos sete dias, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo as Unidades da Federação - 2015**



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.  
Nota: Dados referentes à Amostra 1.

## Hábito sedentário: tempo assistindo TV

As mudanças sociais e culturais parecem, de certa forma, ter afetado a participação dos jovens em atividades físicas. A população jovem, adepta ao estilo de vida inativo, pode ser reflexo da forte valorização e investimentos em hábitos sedentários de divertimento como, por exemplo, *video games*, computadores e jogos eletrônicos onde a interação física é limitada ocasionando possivelmente um menor envolvimento dos jovens com as práticas físicas em praças, parques e outros locais de lazer (SILVA; COSTA JUNIOR, 2011).

Estudos mostram que o tempo gasto com a televisão diminuiu na última década, mas a redução é compensado pelo tempo gasto com outros dispositivos de tela (como *smartphones*, *tablets*, PCs e computadores). Quando considera a questão do gênero, constata-se padrões diferentes para o uso

desses dispositivos, com as meninas com tendência a usar computadores para fins sociais e os meninos para jogar (GROWING..., 2016).

Em 2015, o hábito de assistir mais de duas horas de televisão, num dia de semana, foi referido por aproximadamente 60,0% dos escolares do 9º ano. O hábito é mais comum entre as meninas (61,3%) do que entre os meninos (58,1%). Também é relativamente mais frequente entre os alunos de escolas públicas (61,2%) quando comparados aos da rede privada (51,5%) (Tabela de Resultados 1.1.11.8). Para esse indicador a Região Norte apresentou o menor percentual (56,6%) e a Região Sudeste o maior (62,7%). Quando indagados sobre o tempo que ficavam sentados em um dia de semana comum não só assistindo televisão, mas realizando outras atividades como usando computador, jogando *video game* ou fazendo outras atividades sentados, 56,1% informaram ficar mais de três horas sentados (Tabela de Resultados 1.1.11.9). No conjunto de Municípios das Capitais esse indicador foi ainda maior, com valor de 61,2% (Tabela de Resultados 1.2.11.9).

Na Tabela 4 são apresentados os indicadores de atividade física para o Brasil, por sexo e dependência administrativa da escola, para os escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental.

**Tabela 4 - Indicadores de atividade física dos escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental, com indicação do intervalo de confiança de 95%, por sexo e dependência administrativa da escola - Brasil - 2015**

Indicadores de atividade física (%)	Escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental														
	Total			Sexo						Dependência administrativa da escola					
				Masculino			Feminino			Pública		Privada			
	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%		
	Li- mite infe- rior	Li- mite su- pe- rior		Li- mite infe- rior	Li- mite su- pe- rior		Li- mite infe- rior	Li- mite su- pe- rior		Li- mite infe- rior	Li- mite su- pe- rior		Li- mite infe- rior	Li- mite su- pe- rior	
Escolares que fizeram 300 minutos ou mais de atividade física globalmente estimada, nos últimos sete dias, anteriores à data da pesquisa	20,3	19,8	20,8	28,1	27,4	28,8	12,9	12,4	13,4	20,3	19,8	20,9	20,1	19,0	21,2
Escolares classificados como insuficientemente ativos pelo indicador de atividade física acumulada	60,8	60,1	61,5	53,2	52,3	54,1	68,0	67,1	68,8	60,7	59,9	61,5	61,1	59,7	62,5
Escolares classificados como ativos pelo indicador de atividade física acumulada	34,4	33,7	35,1	43,9	42,9	44,8	25,4	24,5	26,2	34,4	33,6	35,2	34,4	32,9	35,8
Escolares que costumam assistir, semanalmente, mais de duas horas de televisão	59,8	59,0	60,5	58,1	57,2	59,1	61,3	60,4	62,2	61,2	60,4	61,9	51,5	49,0	53,9
Escolares que costumam realizar atividades sentados(as), por mais de três horas	56,1	55,4	56,8	54,5	53,5	55,4	57,6	56,7	58,4	54,5	53,7	55,3	65,2	63,5	66,8
Escolares com dois dias ou mais de aulas de educação física, nos últimos sete dias, anteriores à data da pesquisa	48,4	46,6	50,3	49,4	47,5	51,4	47,5	45,5	49,5	50,0	48,0	52,0	39,4	34,1	44,7

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

Nota: Dados referentes à Amostra 1.



## Cigarro, álcool e outras drogas

O uso do álcool, do tabaco e de outras drogas são comportamentos de risco que se iniciam, geralmente, em idades precoces e se estendem por toda vida (PALMER et al., 2009; HERON et al., 2012). A experimentação de substâncias na adolescência é um forte preditor para o abuso de substâncias, problemas de saúde, insucesso escolar, aumento da utilização de serviços de saúde e necessidades de tratamento de drogas e álcool (HAWKINS; CATALANO; MILLER, 1992).

## Cigarro e outros produtos do tabaco

O tabagismo é a principal causa de morte evitável no mundo, impondo uma grande carga sobre as sociedades. Segundo o estudo HBSC, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde - OMS (World Health Organization - WHO) no período 2008-2009, o hábito de fumar é tipicamente estabelecido durante a adolescência; a maioria dos fumantes fumou o primeiro cigarro, ou já era viciada, antes dos 18 anos de idade (SOCIAL..., 2012).

O uso do tabaco é considerado pela OMS um obstáculo significativo para os ganhos do desenvolvimento em todo o mundo. É a principal causa de morte evitável. Doenças relacionadas com o tabagismo custam bilhões de dólares a cada ano, impondo um pesado custo econômico para os países, tanto em termos da assistência médica direta como na perda de produtividade (WHO..., 2015).

A PeNSE 2015 mostrou que a experimentação do cigarro foi de 18,4%, entre os escolares do 9º ano do ensino fundamental. O indicador de experimentação de cigarro para os meninos (19,4%) foi superior quando comparado às meninas (17,4%). Em relação à dependência administrativa da escola, os alunos de escolas públicas (19,4%) referiram à experimentação com mais intensidade do que àqueles de escolas privadas (12,6%) (Tabela de Resultados 1.1.12.1).

A Região Sul (24,9%) apresentou o maior valor para a experimentação e a Região Nordeste o menor (14,2%), considerando as cinco Grandes Regiões. Roraima (28,2%), seguido pelo Mato Grosso do Sul (27,0%), Rio Grande do Sul (26,4%), Acre (26,2%) e Paraná (25,5%) são alguns dos estados que exibem os maiores percentuais de escolares do 9º ano que já experimentaram cigarros. Para o conjunto dos Municípios das Capitais os dados mostraram uma redução de mais 20,0% no percentual de escolares que experimentaram cigarro, alguma vez na vida, nos anos de 2009 (24,2%) e 2015 (19,0%). Campo Grande (31,7%) e Recife (12,0%) estão entre as capitais brasileiras com os maiores e os menores percentuais de experimentação do uso do cigarro, respectivamente (Tabela de Resultados 1.2.12.1).

Em relação ao consumo atual de cigarros, medido pelo consumo ocorrido nos últimos 30 dias anteriores à data da pesquisa, ele foi de 5,6% e atingiu o valor máximo na Região Sul (7,0%). Considerando as Unidades da Federação, o consumo atual foi proporcionalmente maior em Roraima (10,4%), e entre os Municípios das Capitais, sobressaíram-se Boa Vista (10,0%), Porto Alegre (9,8%) e Campo Grande (9,2%) (Tabelas de Resultados 1.1.12.2 e 1.2.12.2). Considerando somente



os escolares que já experimentaram cigarros, o consumo atual chegou a 30,5% para o Brasil, e 28,3% para o conjunto dos Municípios das Capitais (Tabelas de Resultados 1.1.12.3 e 1.2.12.3).

Quanto à forma de obtenção do cigarro a PeNSE 2015 perguntou aos estudantes do 9º ano do ensino fundamental que já experimentaram cigarros, como eles conseguiram seus próprios cigarros. O resultado indicou que 25,8% dos escolares compram o cigarro em uma loja ou botequim, 19,3% pedem cigarro a outra pessoa, 17,2% pegam o cigarro escondido, 9,7% entregam o dinheiro para alguém comprar, 8,4% conseguem com uma pessoa mais velha, 4,9% compram de um vendedor de rua e quase 15,0% conseguem de outro modo (Tabela de Resultados 1.1.12.4).

Sobre o uso de outros produtos de tabaco, tais como cigarro de palha ou enrolados a mão, charuto, cachimbo, cigarilha, cigarro indiano ou bali, narguilé, rapé e fumo de mascar, 6,1% dos escolares do 9º ano fizeram uso desses produtos, nos últimos 30 dias, anteriores à realização da pesquisa. Esse consumo se deu de forma mais intensa nas Regiões Centro-Oeste (10,0%) e Sul (9,6%) e nos Estados de Mato Grosso do Sul (13,9%) e Paraná (13,8%) (Tabela de Resultados 1.1.12.5). Campo Grande, com 17,3%, é o Município da Capital com o maior consumo de outros produtos do tabaco por parte dos escolares do 9º ano do ensino fundamental (Tabela de Resultados 1.2.12.5).

Quando comparado com os dados de 2012, observa-se uma diminuição no percentual de escolares que estiveram na presença de fumantes na semana anterior à entrevista. Em 2012, eram 59,9% e em 2015, 50,9%. Com relação à dependência administrativa, 52,5% dos estudantes de escolas públicas estiveram na presença de pessoas que fumam, contra 41,2% daqueles da rede privada. A Região Sul (53,4%), o Estado do Rio Grande do Sul (57,9%) e a capital Porto Alegre (62,4%) figuram com os maiores valores quando considerados os recortes regionais, estaduais e por Municípios das Capitais, respectivamente (Tabelas de Resultados 1.1.12.7 e 1.2.12.7).

Quanto à existência de, pelo menos, um dos pais ou responsáveis fumantes, 26,2% dos escolares do 9º ano, referiram que, pelo menos um dos responsáveis é fumante. Em 2012, esse percentual era de aproximadamente 30,0%. Em termos relativos, a frequência de escolares da rede pública (27,8%) que informaram ter, pelo menos, um dos responsáveis fumante, foi superior àquela encontrada para os escolares da rede privada (16,7%) (Tabela de Resultados 1.1.12.8).

A Região Sul (31,9%) possui o maior percentual de alunos com, pelo menos um dos responsáveis fumante. O Estado do Rio Grande do Sul (34,8%) e a capital Porto Alegre (39,3%) estão, respectivamente, entre os estados e Municípios das Capitais, com os maiores percentuais de escolares que informaram pelo menos um dos responsáveis fumante. A Tabela 5 resume os indicadores de consumo de tabaco para o Brasil, por sexo e dependência administrativa da escola, para os escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental.

**Tabela 5 - Indicadores de consumo de tabaco dos escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental, com indicação do intervalo de confiança de 95%, por sexo e dependência administrativa da escola - Brasil - 2015**

Indicadores de consumo de tabaco (%)	Escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental														
	Total			Sexo						Dependência administrativa da escola					
				Masculino			Feminino			Pública		Privada			
	Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%	
Li-mite inferior		Li-mite superior	Li-mite inferior		Li-mite superior	Li-mite inferior		Li-mite superior	Li-mite inferior		Li-mite superior	Li-mite inferior		Li-mite superior	
Escolares que já experimentaram cigarros	18,4	17,8	19,0	19,4	18,7	20,2	17,4	16,6	18,2	19,4	18,7	20,0	12,6	11,6	13,6
Escolares que fumaram nos 30 dias anteriores à pesquisa (prevalência)	5,6	5,3	5,9	5,8	5,4	6,3	5,4	4,9	5,8	5,9	5,5	6,3	3,6	3,0	4,3
Escolares que fumaram nos 30 dias anteriores à pesquisa (entre os que experimentaram cigarros)	30,5	29,1	31,9	30,1	28,2	32,1	30,9	29,0	32,9	30,7	29,2	32,2	28,9	25,2	32,5
Escolares que usaram outros produtos de tabaco (prevalência)	6,1	5,7	6,4	6,5	6,1	7,0	5,6	5,1	6,0	6,2	5,8	6,6	5,2	4,5	5,9
Escolares que usaram outros produtos de tabaco (entre os que experimentaram cigarros)	24,7	23,4	25,9	28,8	27,1	30,5	21,3	19,8	22,8	24,0	22,6	25,3	30,9	27,7	34,2
Escolares que estiveram em presença de pessoas que faziam uso de cigarro	50,9	50,2	51,5	49,1	48,3	49,9	52,5	51,5	53,6	52,5	51,8	53,2	41,2	39,8	42,6
Escolares que possuem pais ou responsáveis fumantes	26,2	25,6	26,8	24,7	24,0	25,4	27,6	26,7	28,5	27,8	27,1	28,5	16,7	15,6	17,8

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

Notas: 1. Dados referentes à Amostra 1.

2. Para o cálculo da prevalência considerou-se como denominador o total estimado de escolares respondentes.

## Álcool

O uso precoce do álcool está associado a problemas de saúde na idade adulta, além de aumentar significativamente o risco de se tornar consumidor em excesso ao longo da vida (STRAUCH et al., 2009; McCAMBRIDGE; McALANEY; ROWE, 2011). O consumo excessivo de bebida alcoólica na adolescência está associado ao insucesso escolar, acidentes, violências e outros comportamentos de risco como tabagismo, uso de drogas ilícitas e sexo desprotegido (PECHANSCKY; SZBOT; SCIVOLETTO, 2004; ANDRADE et al., 2012; GLOBAL..., 2014). O álcool é a substância psicoativa mais amplamente utilizada no mundo, sendo o seu uso tipicamente iniciado na adolescência (JOHNSTON et al., 2015).

## Experimentação precoce de bebidas alcoólicas

A experimentação de bebidas alcoólicas foi avaliada na PeNSE 2015 perguntando ao aluno se alguma vez na vida já havia tomado uma dose de bebida alcoólica correspondendo, por exemplo, a uma lata de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose de cachaça ou uísque. Além dessa pergunta, também foram somados para compor o indicador de experimentação de bebida alcoólica os escolares que foram incoerentes nas

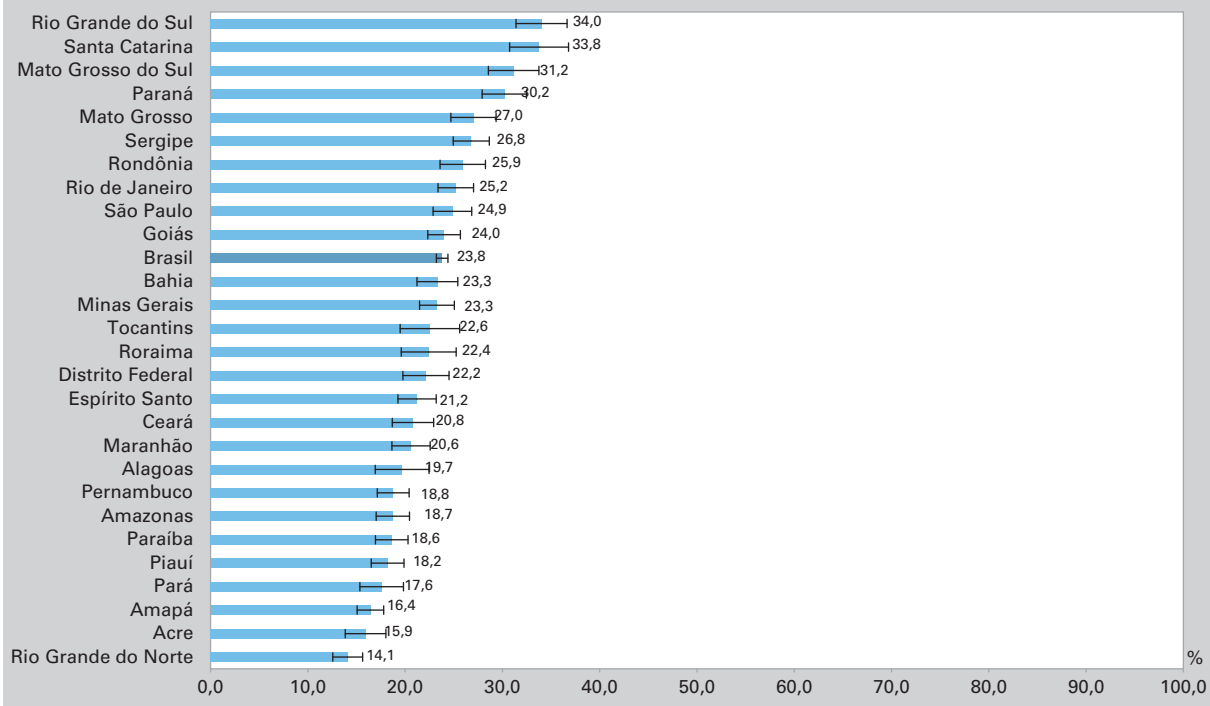
suas respostas, ou seja, disseram que não tomaram uma dose de bebida alcoólica, mas informaram a idade em que tomaram a primeira dose de bebida alcoólica. A Amostra 1 da PeNSE 2015 mostrou que 55,5% dos escolares do 9º ano do ensino fundamental responderam positivamente, sendo essa experimentação mais comum entre os alunos de escolas públicas (56,2%) do que entre os das escolas privadas (51,2%). No conjunto de estados e Municípios das Capitais, com maior e menor percentual de escolares do 9º ano que já experimentaram uma dose de bebida alcoólica estão, respectivamente, os Estados do Rio Grande do Sul (68,0%) e do Amapá (43,8%), bem como os seus Municípios das Capitais, Porto Alegre (74,9%) e Macapá (43,5%) (Tabelas de Resultados 1.1.13.1 e 1.2.13.1).

**Consumo atual de bebidas alcoólicas e local de obtenção da bebida alcoólica**

O consumo atual de bebida alcoólica pelos escolares do 9º ano, avaliado pelo consumo feito nos últimos 30 dias anteriores à realização da pesquisa, foi de 23,8%, com as meninas (25,1%) com consumo atual superior ao observado para os meninos (22,5%). Para os alunos de escolas públicas e privadas, este indicador foi de 24,3% e 21,2%, respectivamente (Tabela de Resultados 1.1.13.2).

A Região Sul (32,3%) concentra o maior percentual de escolares com consumo atual de bebidas alcoólicas, mas somente as Regiões Norte (19,0%) e Nordeste (20,6%) apresentam valores abaixo da média brasileira. Conforme pode ser visto no Gráfico 12, os Estados do Rio Grande do Sul (34,0%) e de Santa Catarina (33,8%) fazem parte do conjunto de estados com consumo atual de bebida alcoólica acima do nível brasileiro para os escolares do 9º ano.

**Gráfico 12 - Percentual de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental, que consumiram bebida alcoólica, nos últimos 30 dias anteriores à data da pesquisa, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo as Unidades da Federação - 2015**



Intervalo de confiança de 95%

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.  
 Nota: Dados referentes à Amostra 1.

Quanto ao consumo atual de bebida alcoólicas nos Municípios das Capitais, Porto Alegre (40,7%), seguido por Florianópolis (30,3%), Campo Grande (28,9%), Rio de Janeiro (27,5%) e Curitiba (27,4%) são destaques para esse indicador (Tabela de Resultados 1.2.13.2). Ao considerar somente os escolares que já experimentaram uma dose de bebida o consumo atual foi de aproximadamente 43,0%. As meninas, com 44,7%, apresentaram consumo superior aos meninos, com 40,9% (Tabela de Resultados 1.1.13.3). Entre os escolares do 9º ano que já tomaram uma dose de bebida alcoólica, a forma mais comum de obter a bebida foi em festas (43,8%) e com amigos (17,8%). As outras formas citadas de obter a bebida foram: comprando no mercado, loja, bar ou supermercado (14,4%), com alguém da família (9,4%), outro modo (5,4%), em casa sem permissão (3,8%), dando dinheiro a alguém que comprou (3,8%) e com um vendedor de rua (1,6%) (Tabela de Resultados 1.1.13.4).

### **Episódio de embriaguez**

Quanto à ocorrência de embriaguez, 21,4% dos escolares informaram que já sofreram algum episódio de embriaguez na vida. As Regiões Sul (27,3%) e Centro-Oeste (24,1%) exibiram os maiores percentuais de ocorrência de embriaguez entre os escolares. A variação estadual máxima do indicador ficou por conta dos Estados do Rio Grande do Sul (30,1%) e do Rio Grande do Norte (13,0%) e entre os Municípios das Capitais, Porto Alegre (38,4%) e Macapá (15,0%) exibiram os valores extremos (Tabelas de Resultados 1.1.13.5 e 1.2.13.5). Para os escolares que já experimentaram uma dose de bebida alcoólica, a ocorrência de embriaguez foi de 38,5% (Tabela de Resultados 1.1.13.6).

Problemas com família ou amigos, falta às aulas ou envolvimento em brigas, porque haviam ingerido bebida alcoólica foi relatado por 7,3% dos escolares (Tabela de Resultados 1.1.13.7). Para aqueles que já experimentaram bebida alcoólica, esse percentual ficou em torno de 13,0% (Tabela de Resultados 1.1.13.8).

No que diz respeito ao consumo de bebida alcoólica pelos amigos, 43,8% dos escolares afirmaram possuir amigos que consomem bebida alcoólica. Para as meninas esse percentual foi de quase 48,0%, significativamente superior ao valor referido pelos meninos (39,8%) (Tabela de Resultados 1.1.13.9).

O resumo dos indicadores de consumo de bebida alcoólica para os escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental, por sexo e dependência administrativa da escola, encontra-se na Tabela 6.

**Tabela 6 - Indicadores de consumo de bebida alcoólica dos escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental, com indicação do intervalo de confiança de 95%, por sexo e dependência administrativa da escola - Brasil - 2015**

Indicadores de consumo de bebida alcoólica (%)	Escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental														
	Total			Sexo						Dependência administrativa da escola					
				Masculino			Feminino			Pública		Privada			
	Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%	
Li- mite infe- rior		Li- mite su- pe- rior	Li- mite infe- rior		Li- mite su- pe- rior	Li- mite infe- rior		Li- mite su- pe- rior	Li- mite infe- rior		Li- mite su- pe- rior	Li- mite infe- rior		Li- mite su- pe- rior	
Escolares que tomaram uma dose de bebida alcoólica	55,5	54,7	56,3	54,8	53,8	55,9	56,1	55,2	57,1	56,2	56,2	55,4	51,2	49,3	53,1
Escolares que consumiram ao menos uma dose de bebida alcoólica nos 30 dias anteriores à pesquisa (prevalência)	23,8	23,2	24,4	22,5	21,7	23,2	25,1	24,3	25,9	24,3	23,6	24,9	21,2	19,6	22,8
Escolares que consumiram ao menos uma dose de bebida alcoólica nos 30 dias anteriores à pesquisa (entre os que experimentaram bebida alcoólica)	42,9	42,0	43,7	40,9	39,8	42,0	44,7	43,7	45,8	43,1	42,2	44,0	41,5	39,2	43,8
Escolares que sofreram algum episódio de embriaguez na vida (prevalência)	21,4	20,7	22,0	21,7	20,9	22,5	21,1	20,3	21,9	22,2	21,5	22,9	16,6	15,4	17,7
Escolares que sofreram algum episódio de embriaguez na vida (entre os que experimentaram bebida alcoólica)	38,5	37,6	39,4	39,5	38,3	40,8	37,6	36,4	38,7	39,5	38,4	40,5	32,4	30,6	34,2
Escolares que tiveram problemas com família ou amigos porque tinham bebido (prevalência)	7,3	7,0	7,6	7,2	6,7	7,6	7,4	6,9	7,9	7,5	7,1	7,8	6,3	5,6	7,0
Escolares que tiveram problemas com família ou amigos porque tinham bebido (entre os que experimentaram bebida alcoólica)	13,2	12,6	13,7	13,1	12,3	13,9	13,2	12,4	14,0	13,3	12,7	13,9	12,3	11,0	13,6
Escolares que possuem amigos que consomem bebidas alcoólicas	43,8	43,1	44,6	39,8	38,9	40,7	47,7	46,6	48,7	43,7	42,8	44,5	44,8	42,7	47,0

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

Notas: 1. Dados referentes à Amostra 1.

2. Para o cálculo da prevalência considerou-se como denominador o total estimado de escolares respondentes.

## Uso de drogas ilícitas

Segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS (World Health Organization - WHO), o uso intenso de *cannabis*, também conhecida por maconha, está relacionado a uma série de problemas, incluindo comprometimento cognitivo, baixo desempenho escolar, deterioração e abandono, externalização de problemas, tais como a tomada de riscos, agressão e delinquência e problemas de internalização, como depressão e ansiedade (SOCIAL..., 2012).

## Uso de drogas ilícitas alguma vez na vida

A PeNSE 2015 investigou o uso de drogas ilícitas tais como: maconha, cocaína, *crack*, cola, loló, lança-perfume, *ecstasy*, *oxy* etc. Os dados mostram que 9,0% dos escolares do 9º ano do ensino fundamental já usaram drogas ilícitas, sendo esse percentual de 9,5% entre os meninos e de 8,5% entre as meninas. Quando considerada a dependência administrativa da escola, os alunos de escolas públicas (9,3%) referiram com mais frequência à experimentação de drogas ilícitas do que àqueles de escolas privadas (6,8%).

Somente as Regiões Nordeste (5,2%) e Norte (6,8%) apresentaram percentuais de escolares com experimentação de drogas ilícitas inferiores ao observado para o Brasil. No Distrito Federal, com 17,8%, encontra-se, relativamente, a maior frequência de escolares de 9º ano que referem uso de drogas ilícitas. Os Estados do Rio Grande do Sul (13,2%), Santa Catarina (12,7%), São Paulo (12,5%), Paraná (12,2%), Roraima e Mato Grosso do Sul (12,0%) compõem a relação de estados com indicadores de uso de drogas ilícitas acima dos níveis nacionais de forma importante (Tabela de Resultados 1.1.14.1). Nos Municípios das Capitais, pouco mais de 10,0% da população de escolares do 9º ano referiram o uso de drogas ilícitas. Florianópolis (17,0%) e Porto Alegre (16,7%) estão, proporcionalmente, entre as capitais com o maior frequência de escolares, que referem uso de drogas ilícitas (Tabela de Resultados 1.2.14.1).

Em relação ao consumo atual de drogas ilícitas, medido pelo consumo ocorrido nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa, ele foi relatado por 4,2% da população de escolares da Amostra 1. Esse consumo foi superior entre os meninos (4,7%) quando comparado às meninas (3,7%). Além do Distrito Federal, com percentual de 7,8%, os Estados de Roraima e de São Paulo (ambos com 6,4%), e o Rio Grande do Sul (5,6%), aparecem entre os estados com valores expressivos para o indicador de consumo atual de drogas (Tabela de Resultados 1.1.14.2). Porto Alegre (10,1%) e Florianópolis (8,3%) apresentaram percentuais relevantes para o consumo atual de drogas ilícitas, com valores superiores àquele encontrado para o conjunto dos Municípios das Capitais, que foi de 4,8% (Tabela de Resultados 1.2.14.2). Quando considerados somente os escolares que já experimentaram drogas, o consumo atual foi de aproximadamente 47,0% para o Brasil, e novamente Porto Alegre (60,3%) exibe percentual bastante expressivo (Tabelas de Resultados 1.1.14.3 e 1.2.14.3).

## Uso de maconha e *crack*

O consumo atual de maconha é medido por aqueles que usaram esta droga nos últimos 30 dias anteriores à data da pesquisa. Os resultados da PeNSE 2015 para a Amostra 1 mostraram que o consumo atual de maconha para os escolares do 9º ano foi 4,1%. Um consumo maior foi registrado para os meninos (4,8%) quando comparados às meninas (3,5%) (Tabela de Resultados 1.1.14.4). Para os escolares que já usaram drogas ilícitas alguma vez na vida, o consumo atual de maconha foi de 46,1% (Tabela de Resultados 1.1.14.5).

Quanto ao consumo atual de *crack*, considerando os escolares que já usaram drogas ilícitas, 5,5% referiram o uso de *crack*, alguma vez nos últimos 30 dias, o que corresponde a 0,5% da população estimada de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental e que responderam ao quesito sobre o uso de drogas ilícitas alguma vez na vida (Tabelas de Resultados 1.1.14.7 e 1.1.14.6).

Quando indagados sobre quantos amigos usam drogas ilícitas, 17,6% dos escolares do 9º ano informaram que possuíam alguns, a maioria ou todos amigos que usavam drogas. As meninas (19,0%) referiram percentual superior aos meninos (16,1%) (Tabela de Resultados 1.1.14.8).

Na Tabela 7 são apresentados os indicadores de consumo de drogas ilícitas, por sexo e dependência administrativa da escola, para os escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental no Brasil.

**Tabela 7 - Indicadores de consumo de drogas ilícitas dos escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental, com indicação do intervalo de confiança de 95%, por sexo e dependência administrativa da escola - Brasil - 2015**

Indicadores de consumo de drogas ilícitas (%)	Escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental														
	Total			Sexo						Dependência administrativa da escola					
				Masculino			Feminino			Pública		Privada			
	Intervalo de confiança de 95%			Intervalo de confiança de 95%			Intervalo de confiança de 95%			Intervalo de confiança de 95%					
Total	Limite inferior	Limite superior	Total	Limite inferior	Limite superior	Total	Limite inferior	Limite superior	Total	Limite inferior	Limite superior				
Escolares que experimentaram drogas ilícitas	9,0	8,5	9,4	9,5	8,9	10,0	8,5	8,0	9,0	9,3	8,9	9,8	6,8	6,1	7,5
Escolares que consumiram drogas ilícitas nos últimos 30 dias anteriores à data da pesquisa (prevalência)	4,2	3,9	4,4	4,7	4,2	5,1	3,7	3,3	4,0	4,3	4,0	4,6	3,4	2,9	3,9
Escolares que consumiram drogas ilícitas nos últimos 30 dias anteriores à data da pesquisa (entre os que experimentaram drogas)	46,6	44,5	48,6	49,6	46,5	52,7	43,3	40,5	46,2	46,1	43,8	48,3	50,4	45,3	55,5
Escolares que consumiram maconha nos últimos 30 dias anteriores à data da pesquisa (prevalência)	4,1	3,8	4,4	4,8	4,3	5,2	3,5	3,2	3,8	4,3	4,0	4,6	3,3	2,7	3,9
Escolares que consumiram maconha nos últimos 30 dias anteriores à data da pesquisa (entre os que experimentaram drogas)	46,1	44,0	48,2	50,4	47,2	53,6	41,5	38,9	44,1	45,8	43,5	48,0	48,5	43,0	54,0
Escolares que consumiram crack nos últimos 30 dias anteriores à data da pesquisa (prevalência)	0,5	0,4	0,6	0,8	0,6	0,9	0,2	0,2	0,3	0,5	0,4	0,6	0,3	0,2	0,4
Escolares que consumiram crack nos últimos 30 dias anteriores à data da pesquisa (entre os que experimentaram drogas)	5,5	4,6	6,4	8,0	6,5	9,5	2,9	2,1	3,6	5,6	4,7	6,6	4,5	2,8	6,2
Escolares que possuem amigos que consomem drogas ilícitas	17,6	16,9	18,3	16,1	15,4	16,8	19,0	18,1	19,9	18,3	17,6	19,0	13,5	12,0	15,0

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

Notas: 1. Dados referentes à Amostra 1.

2. Para o cálculo da prevalência considerou-se como denominador o total estimado de escolares respondentes.



## Saúde sexual e reprodutiva

### Iniciação sexual

Na adolescência ocorre a puberdade e frequentemente o início da atividade sexual. A orientação na escola e o cuidado da família podem resguardar o adolescente da gravidez precoce e do contágio de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). A influência do contexto no qual os adolescentes se desenvolvem, tanto no que diz respeito à família quanto no que concerne ao ambiente macrossocial, associada às características de imaturidade emocional, impulsividade e comportamento desafiador que de forma geral estão presentes na fase da adolescência podem resultar no engajamento em comportamentos considerados de risco, como por exemplo, a iniciação sexual precoce e a ausência de proteção durante o ato sexual (PRATTA; SANTOS, 2007).

Nesse contexto, o Programa de Saúde na Escola - PSE, política intersetorial do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, instituída por meio do Decreto n. 6.286, de 05.12.2007 (BRASIL, 2007), promove ações de prevenção e assistência em saúde, podendo compreender, entre outras, a promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva. As políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira se unem para promover saúde e educação integral.

Os resultados da PeNSE 2015, para a Amostra 1, indicaram que 27,5% dos escolares brasileiros do 9º ano do ensino fundamental já tiveram relação sexual alguma vez. Dos escolares do sexo masculino 36,0% declararam já ter se relacionado sexualmente alguma vez, enquanto entre os do sexo feminino deste mesmo grupo o percentual foi de 19,5%. Considerando a dependência administrativa das escolas, 29,7% de alunos das escolas públicas e 15,0% das escolas privadas já tiveram relação sexual alguma vez. Na análise por Grandes Regiões, as Regiões Norte (36,1 %) e Sudeste (25,0%) tiveram o maior e menor percentuais, respectivamente. O Estado de Roraima (41,4%) e o de Alagoas (20,8%) apresentaram o maior e o menor percentual, respectivamente, para esse indicador (Tabela de Resultados 1.1.15.1).

No conjunto dos Municípios das Capitais, 27,1% dos escolares declararam já ter tido relação sexual. Na PeNSE 2009 esse percentual foi de 30,5% e na PeNSE 2012, 30,8%. Este percentual é maior para os meninos (35,3%) do que para as meninas (19,3%), sendo também maior entre os alunos de escolas públicas (31,5%) do que entre os de escolas privadas (15,5%). Os Municípios das Capitais Porto Alegre (43,3%), na Região Sul e Manaus (40,5%) na Região Norte, apresentaram os maiores percentuais de escolares que declararam já ter tido relação sexual (Tabela de Resultados 1.2.15.1).

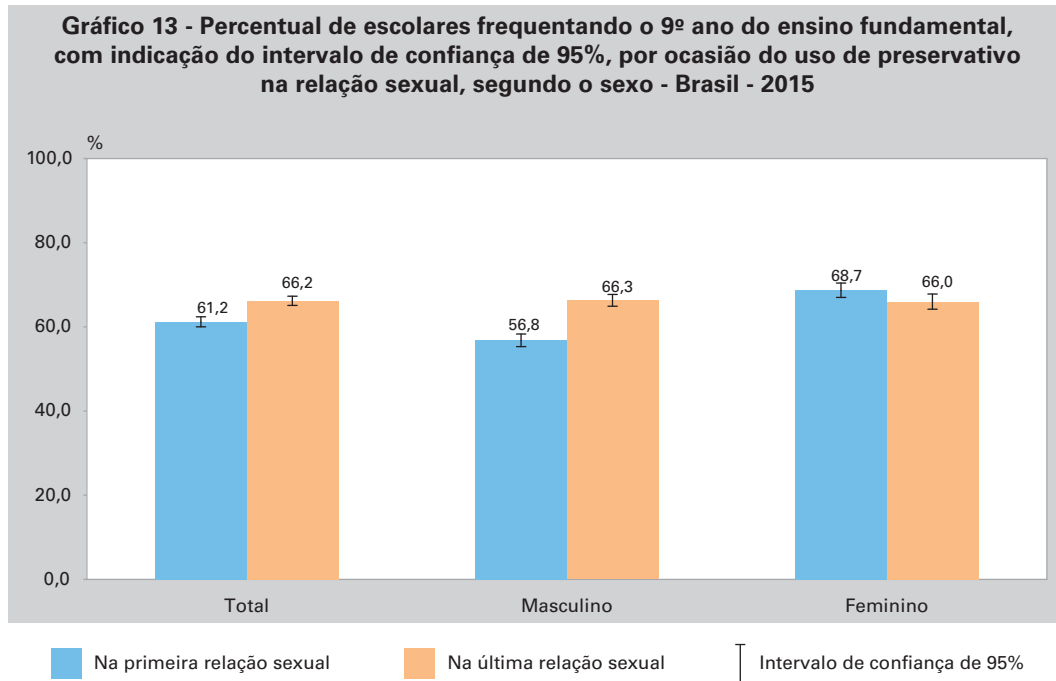
### Uso de preservativo

Dos 27,5% dos escolares que declararam já ter tido relação sexual alguma vez na vida, responderam ter usado preservativo na primeira vez que tiveram relação sexual, 61,2%. Entre os escolares do sexo masculino esse percentual foi de 56,8% e entre os do sexo feminino, 68,7% (Tabela de Resultados 1.1.15.2). Responderam ter usado preservativo na última vez que tiveram relação sexual, 66,2% dos escolares. Entre os do sexo masculino esse percentual foi de 66,3% e entre os escolares do sexo feminino foi de 66,0%, diminuindo o percentual entre os sexos quanto ao uso do preservativo na última relação sexual (Gráfico 13). Não houve diferença entre os estudantes da rede privada e pública (66,2%). A Região Sul (71,1%), os Estados do Rio Grande do Sul (73,9%) e do Acre (72,9%) apresentaram os maiores percentuais para esse indicador (Tabela de Resultados 1.1.15.5).



Para o conjunto dos Municípios das Capitais o percentual de escolares que declararam ter usado preservativo na última relação sexual foi de 63,5%. Entre os escolares do sexo masculino esse percentual foi de 62,9% e entre os do sexo feminino, 64,5%. Porto Alegre (73,1%) apresentou o maior valor percentual nesse indicador (Tabela de Resultados 1.2.15.5).

Quando perguntados sobre a utilização de outro método contraceptivo, excluindo a camisinha, 61,5% dos escolares brasileiros que já tiveram relação sexual responderam utilizar a pílula anticoncepcional (Tabela de Resultados 1.1.15.6).



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

Nota: Dados referentes à Amostra 1.

## Acesso na escola às informações sobre sexualidade

Quanto à promoção de ações de prevenção e assistência em saúde, promovida pelas escolas, informando quanto à saúde sexual, os resultados revelaram que 87,3% dos escolares do 9º ano do ensino fundamental receberam informações, na escola, sobre doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e AIDS. As meninas, com 88,4% foram as que mais reportaram o recebimento dessas informações, contra 86,2% dos meninos. Não houve diferença significativa quando considerada a dependência administrativa da escola. Conforme mostra o Gráfico 14, entre as Grandes Regiões, a Região Sul (88,7%) apresentou o maior percentual e as Regiões Norte (85,9%) e Nordeste (85,8%) apresentaram os menores percentuais. Quanto aos estados, o Acre (90,9%) e Pernambuco (81,4%) obtiveram o maior e menor percentuais de escolares que responderam receber informações sobre DSTs e AIDS na escola (Tabela de Resultados 1.1.15.10).

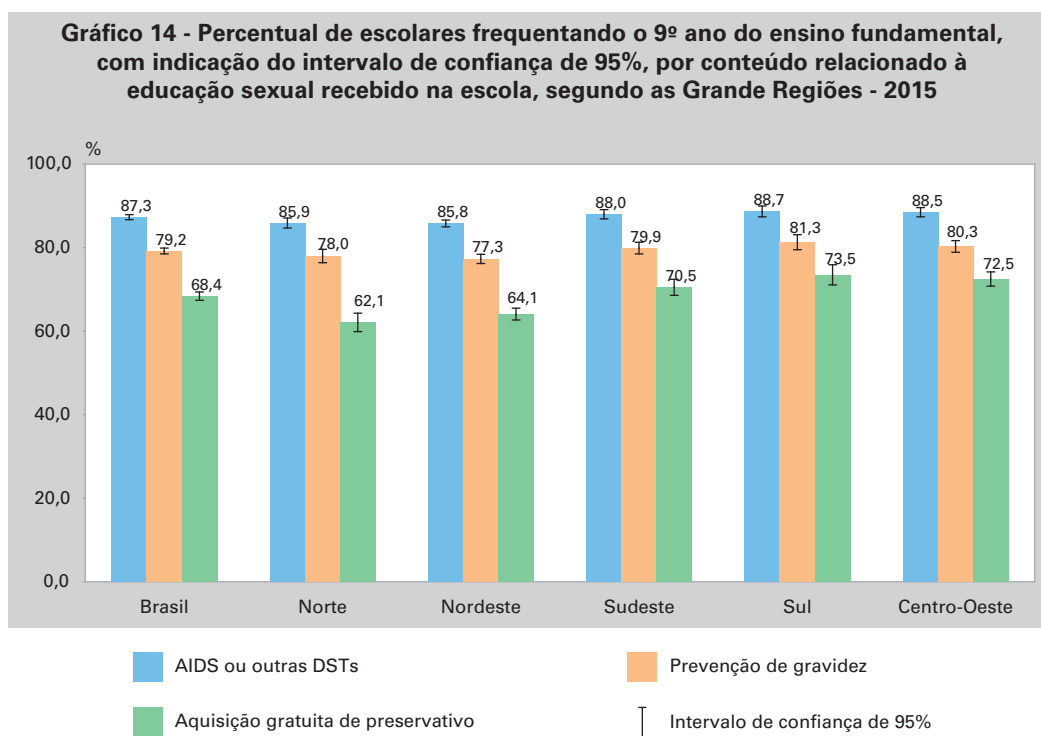
Com relação a receber, na escola, orientação de como adquirir camisinha (preservativo) gratuitamente, 68,4% responderam que sim. Não houve diferença entre

meninas e meninos, mas considerando a dependência administrativa das escolas, 70,3% dos escolares das escolas públicas e 57,3% das escolas privadas declararam receber orientação de como adquirir preservativos. Conforme pode ser visualizado no Gráfico 14, a Região Sul (73,5%) apresentou o maior percentual e a Região Norte (62,1%), o menor (Tabela de Resultados 1.1.15.11).

Quanto a ter recebido informações sobre prevenção de gravidez, na escola, os resultados mostraram que 79,2% dos escolares responderam afirmativamente. Mais uma vez, foram as meninas (82,0%) que mais se reportaram ter conhecimento dessas informações, contra 76,3% dos meninos. Em relação à dependência administrativa das escolas, não houve diferença significativa entre escolares de escolas públicas (79,3%) e privadas (78,6%). Quanto às Grandes Regiões, o Gráfico 14 mostra que as Regiões Sul (81,3%) e Nordeste (77,3%) apresentaram o maior e menor percentuais, respectivamente (Tabela de Resultados 1.1.15.9).

Com relação à gravidez, 1,1% da população estimada de meninas do 9º ano do ensino fundamental declararam já ter engravidado alguma vez, o que representam um total de 23 620 meninas. Este percentual apresentou grande variação nas Grandes Regiões. O maior percentual foi encontrado na Região Norte, com 2,1% e o menor percentual foi encontrado na Região Sudeste, com 0,7% (Tabela de Resultados 1.1.15.7).

Considerando apenas o percentual de meninas, dentre as que já tiveram relações sexuais (19,5%), que engravidou alguma vez, esse percentual é de 9,0%. Dentre as meninas de escolas públicas, 9,4%. Dentre as meninas de escolas privadas esse percentual é de 3,5%. Na Região Nordeste 13,3% das meninas declararam que já haviam engravidado (Tabela de Resultados 1.1.15.8).



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

Nota: Dados referentes à Amostra 1.

## Violências, segurança e acidentes

O Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n. 8.069, de 13.07.1990) constitui uma das estratégias do Estado e da sociedade para preservar os direitos fundamentais da população juvenil e assegurar que nenhuma criança ou adolescente deva ser objeto de discriminação, negligência, exploração, violência, crueldade ou agressão dentro ou fora da família, estabelecendo também que todos os profissionais que trabalham com crianças e adolescentes têm o dever de comunicar aos Conselhos Tutelares situações de maus-tratos (BRASIL, 1990). Frequentemente, essas práticas ocorrem no próprio ambiente familiar, podendo ainda atingir o espaço escolar.

A PeNSE 2015, assim como as edições anteriores (2009 e 2012) pesquisaram formas de violência sofridas pelos estudantes no âmbito familiar e escolar, como *bullying* e brigas, agressão física em locais públicos, com uso de arma branca ou de fogo, lesões e ferimentos sofridos, sentimento de insegurança no trajeto casa-escola, escola-casa, violência no trânsito. A pesquisa de 2015 incluiu também duas questões sobre relação sexual forçada, direcionadas aos escolares participantes.

### Segurança no trajeto casa-escola ou no espaço escolar

Os resultados da Amostra 1 mostraram que, no País, o percentual de estudantes do 9º ano do ensino fundamental que declararam deixar de ir à escola, pelo menos um dia, nos 30 dias anteriores à pesquisa por não se sentirem seguros no caminho de casa para a escola ou da escola para casa foi de 14,8%. Esse percentual, é de 15,8% para alunos de escolas públicas e de 9,0% para os de escolas privadas. Deixaram de ir à escola, 11,5% dos escolares porque não se sentiram seguros no trajeto casa-escola-casa, e 9,5%, porque não se sentiram seguros no ambiente escolar (Tabela de Resultados 1.1.16.1).

### Envolvimento em brigas com armas

O envolvimento em briga na qual alguém usou alguma arma de fogo, nos 30 dias que antecederam à pesquisa foi declarado por 5,7% dos escolares, sendo mais frequente entre alunos do sexo masculino (7,9%) do que entre os do sexo feminino (3,7%), conforme Gráfico 15. Observaram-se diferenças entre as esferas administrativas das escolas, sendo 6,1% para estudantes de escolas públicas e 3,4% de escolas privadas (Tabela de Resultados 1.1.16.8). No que se refere ao envolvimento em alguma briga com arma branca, 7,9% dos escolares declararam envolvimento, sendo mais frequente entre alunos do sexo masculino (10,6%) do que entre os do sexo feminino (5,4%), conforme Gráfico 15. Para os alunos de escola pública esse indicador foi 8,4%, enquanto que para os de escola privada, 5,3% (Tabela de Resultados 1.1.16.9). A Região Centro-Oeste apresentou o maior percentual de envolvimento de alunos com armas de fogo (7,6%) e a Região Norte com armas brancas (9,7%). A Região Nordeste apresentou os menores percentuais para arma de fogo (4,8%) e para arma branca (6,9%). O Estado do Rio Grande do Norte apresentou o menor valor (3,2%) para alunos em envolvimento com armas de fogo. E o Estado do Piauí (5,3%) o menor para envolvimento com armas brancas. Os dados revelaram percentual maior no envolvimento com armas brancas (faca, canivete, peixeira, pedra, pedaço de pau ou garrafa) do que com armas de fogo (revólver ou espingarda).

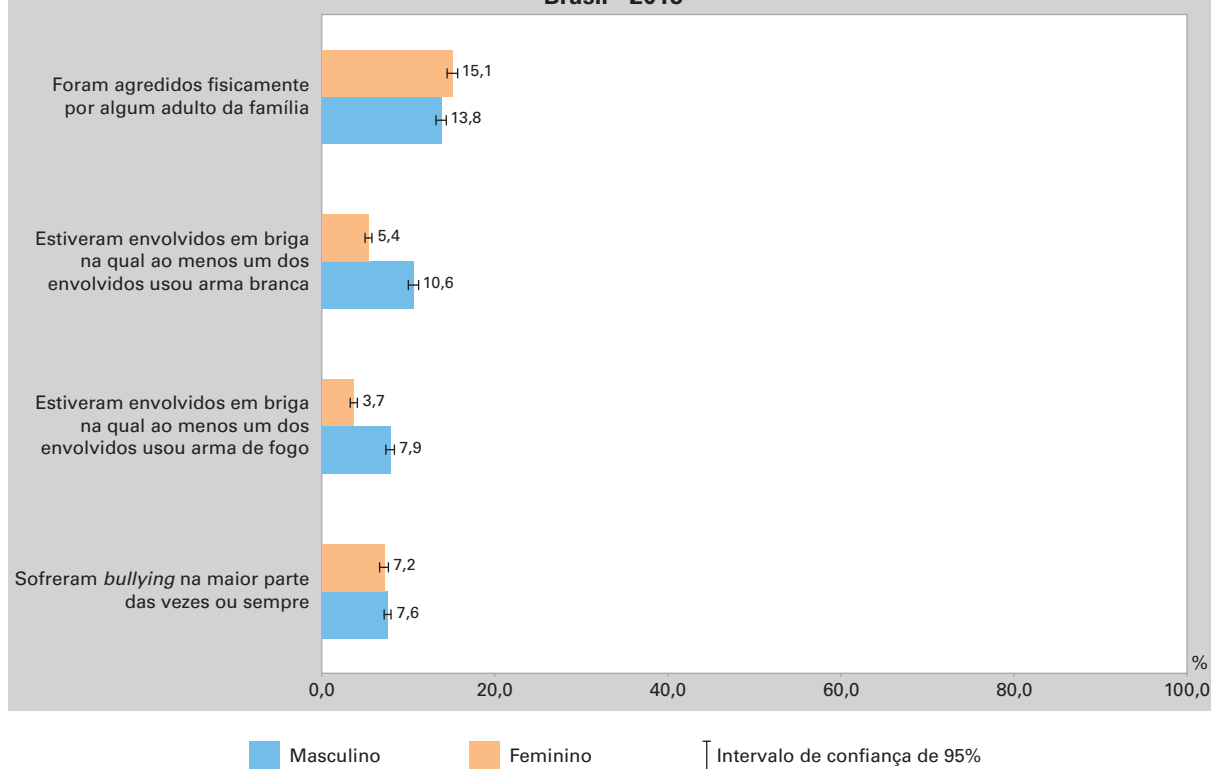
## Agressão por adulto da família, envolvimento em brigas, lesões e ferimentos sofridos

Os dados revelaram que os escolares se envolveram em brigas e sofreram agressão física, tanto no âmbito escolar, como no familiar, como mostra o Gráfico 15.

A informação sobre agressão física efetuada por um adulto da família, nos 30 dias que precederam a pesquisa foi mencionada por 14,5% dos escolares do 9º ano do ensino fundamental. Este tipo de violência foi declarado por 15,1% das meninas e 13,8% dos meninos. Considerando a dependência administrativa das escolas, 14,8% eram alunos de escolas públicas e 13,0% das escolas privadas. As Regiões Sudeste (15,2%) e Sul (12,9%) tiveram o maior e menor percentuais, respectivamente, para escolares agredidos, por pelo menos, um adulto na família. O Estado de Pernambuco (18,0%) teve o maior percentual para esse indicador e o Estado do Piauí (10,1%), o menor. Considerando o conjunto dos Municípios das Capitais, o valor para o indicador foi de 16,2%, tendo São Paulo e Cuiabá (18,2%, cada) os maiores percentuais (Tabelas de Resultados 1.1.16.7 e 1.2.16.7).

Questionados sobre o envolvimento em alguma briga e/ou luta física nos 12 meses anteriores à pesquisa, 23,4% dos escolares entrevistados responderam ter tido, pelo menos uma vez, envolvimento em briga: 30,3 % dos meninos e 16,8% das meninas . Não houve diferença significativa entre as escolas privadas (23,8%) e públicas (23,3%) (Tabela de Resultados 1.1.16.11).

**Gráfico 15 - Percentual de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental que informaram situações de insegurança, violência física ou psicológica, nos 30 dias anteriores à pesquisa, com indicação do intervalo de confiança de 95%, por sexo, segundo o tipo de situação ocorrida Brasil - 2015**



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

Nota: Dados referentes à Amostra 1.

Sobre se foram seriamente feridos, pelos menos uma vez, nos 12 meses que antecederam à pesquisa, 12,3% responderam afirmativamente. Esse indicador foi de 14,0% entre os escolares do sexo masculino e de 10,7% entre os do sexo feminino. O percentual de estudantes de escolas públicas que foram feridos é de aproximadamente 12,7% e de escolas privadas, 9,7%. A Região Norte apresentou o maior percentual (14,3%) de estudantes que vivenciaram essa situação (Tabela de Resultados 1.1.16.12). No conjunto dos Municípios das Capitais, 12,5% dos escolares responderam ter sido seriamente feridos. Boa Vista (16,3%) e São Luís (15,4%) tiveram as frequências relativas mais elevadas de escolares que relataram alguma ocorrência de ferimentos sérios em brigas e/ou lutas físicas (Tabela de Resultados 1.2.16.12).

## Violência no trânsito

Tantos os resultados da PeNSE 2009 como os da PeNSE 2012 revelaram que parcela significativa de alunos do 9º ano do ensino fundamental não respeitava as leis de trânsito ou se expunha a riscos. Fatores como o não uso de cinto de segurança em veículos motorizados, a direção de veículo motorizado antes da idade permitida, assim como o transporte em veículos conduzidos por pessoas que ingeriram bebida alcoólica foram relatados nas duas edições da pesquisa expondo assim, os adolescentes aos acidentes e risco de morte.

## Uso de cinto de segurança

Na PeNSE 2015, a pergunta “Nos últimos 30 dias, quantas vezes você usou o cinto de segurança quando estava em um carro ou outro veículo motorizado dirigido por outra pessoa?” utilizada nas edições anteriores da pesquisa (2009 e 2012) foi dividida em duas perguntas sobre a frequência do uso do cinto de segurança no banco dianteiro, e sobre a frequência do uso do cinto de segurança no banco traseiro do veículo, enquanto andavam como passageiros em algum veículo motorizado. Responderam que nunca ou raramente usaram cinto de segurança no banco da frente ou no banco de trás, 33,6% dos escolares entrevistados. Observou-se que 35,7% das meninas e 31,3% dos meninos nunca ou raramente usaram cinto de segurança nos 30 dias anteriores à pesquisa. Entre os alunos da escola privada, o percentual foi de 37,1%, maior do que o registrado para os estudantes das escolas públicas (32,9%). A Região Norte apresentou o maior percentual (36,4%) de escolares que declararam nunca ou raramente usar o cinto de segurança, e a Região Sul, o menor percentual (26,7%). O Estado do Rio de Janeiro (47,0%) e o Distrito Federal (23,6%) apresentaram o maior e menor percentuais, respectivamente, de declaração de nunca ou raramente usar o cinto de segurança (Tabela de Resultados 1.1.16.2).

Quando questionados sobre o uso do cinto no banco da frente ou no banco de trás dos veículos motorizados, os dados mostraram não ser, ainda, um hábito o uso do cinto no banco traseiro. Desta forma, 19,7% dos escolares declaram nunca ou raramente usar o cinto no banco da frente, enquanto que 30,8% declararam nunca ou raramente usar o cinto no banco de trás. Escolares do sexo feminino apresentaram maiores percentuais, tanto para o nunca ou raramente uso do cinto dianteiro (21,5%), quanto para o nunca ou raramente uso do cinto traseiro (33,0%). Escolares do sexo masculino tiveram os percentuais de 17,9% para o nunca ou raramente uso do cinto dianteiro e 28,4% para o nunca ou raramente uso do cinto traseiro. A Região Norte

apresentou o maior percentual para escolares que declararam nunca ou raramente usar cinto no banco da frente (25,2%) e para os escolares que declararam nunca ou raramente usar o cinto no banco de trás (32,9%). Quanto à dependência administrativa da escola, 20,8% de escolares da rede pública e 14,3% de escolares da rede privada declararam nunca ou raramente usar cinto no banco dianteiro. Quanto ao uso do cinto no banco traseiro nunca ou raramente, respondem 36,1% dos escolares de escolas privadas e 29,7% dos escolares das escolas públicas (Tabela de Resultados 1.1.16.3).

### **Direção de veículo motorizado**

A direção de veículo motorizado (carro, motocicleta, voadeira, barco) nos 30 dias que antecederam à pesquisa foi declarada por 32,4% dos escolares, na sua maioria, na faixa etária de 13 a 15 anos, idades portanto, inferiores à mínima regulamentada pela legislação brasileira, que é de 18 anos. Em 2012, esse percentual foi de 27,1%. A proporção de meninos que declararam dirigir veículos motorizados (45,2%) foi mais que duas vezes superior à das alunas (20,3%). O percentual entre os alunos de escolas públicas foi maior (33,9%) do que entre os de escolas privadas (23,6%). A Região Norte apresentou o maior percentual (39,5%) de escolares menores de idade na direção de veículo motorizado (Tabela de Resultados 1.1.16.5).

### **Transporte em veículos motorizados dirigidos por motoristas que consumiram bebida alcoólica**

Os dados da PeNSE 2015 revelaram que 26,3% dos escolares brasileiros foram transportados em veículos motorizados dirigidos por motoristas que tinham consumido bebida alcoólica, nos 30 dias anteriores à pesquisa. Em 2012, esse percentual foi de 22,9%. Os estudantes do sexo masculino (27,4%) estiveram mais expostos a esse risco dos que os do sexo feminino (25,2%). Não houve diferença significativa entre escolas públicas e privadas. A Região Centro-Oeste apresentou o maior percentual para esse indicador (30,7%) (Tabela de Resultados 1.1.16.6).

### ***Bullying***

Em 2015, foi instituído o Programa de Combate à Intimidação Sistemática (*bullying*), em todo o Território Nacional, por meio da Lei n. 13.185, de 06.11.2015. Considerado um marco jurídico de combate ao *bullying* e a primeira lei nacional que tem como objetivo prevenir e combater a prática da intimidação sistemática no País. Segundo o governo federal, caracteriza-se a intimidação sistemática (*bullying*) quando há violência física ou psicológica em atos de intimidação, humilhação ou discriminação e, ainda, a intimidação sistemática na rede mundial de computadores (*cyberbullying*), para depreciar, incitar a violência, adulterar fotos e dados pessoais com o intuito de criar meios de constrangimento psicossocial (BRASIL, 2015a).

Também chamado de vitimização, o *bullying* já é considerado uma importante questão de saúde pública e exige estratégias intersetoriais de enfrentamento. Dentre as consequências a médio e longo prazo pode-se citar maior risco de desenvolver transtornos emocionais como ansiedade, depressão, transtornos alimentares, abuso de drogas e até suicídio. Tais transtornos levam a dificuldades em relacionamentos futuros, na família e no trabalho (HONG et al., 2014; WOLKE; LEREYA, 2015).

O termo *bullying* não era usado no questionário respondido pelos escolares nas edições anteriores da PeNSE. Em substituição, são utilizados os verbos esculachar, zoar, mangar, intimidar e caçoar, que no conjunto e na análise posterior são conceituados como *bullying*. A PeNSE 2015 optou por manter a questão anterior e acrescentar uma questão com o termo *bullying* de forma isolada, sem maiores considerações. O objetivo era avaliar o nível de compreensão e disseminação do termo entre os escolares, uma vez que tem sido adotado pelo Ministério da Educação e pelo Ministério da Saúde. No entanto, para efeito de comparação com as edições anteriores, a análise será feita a partir da questão utilizada anteriormente.

De acordo com os resultados da pesquisa, a pergunta sobre a frequência com que os colegas de escola os trataram bem ou foram prestativos nos 30 dias anteriores à pesquisa, os resultados mostraram que 61,9% dos estudantes brasileiros responderam que foram bem-tratados pelos colegas na maior parte do tempo ou sempre. Cerca de 64,9% das meninas declararam ter sido bem tratadas pelos colegas, enquanto que entre os meninos esse percentual foi de 58,7% (Tabela de Resultados 1.1.9.6).

Questionados sobre a frequência com que os colegas da escola esculacharam, zoaram, mangaram, intimidaram ou caçoaram tanto que o aluno ficou magoado, incomodado, aborrecido, ofendido ou humilhado nos 30 dias anteriores à pesquisa, 7,4% dos escolares brasileiros afirmaram que na maior parte do tempo ou sempre se sentiram humilhados por provocações. Os percentuais foram próximos para os estudantes do sexo masculino (7,6%) e feminino (7,2%), como é demonstrado no Gráfico 15. Entre os alunos das escolas públicas, o percentual foi de 7,6% e entre os das escolas privadas, 6,5%. Dos escolares entrevistados, 53,4% responderam nenhuma vez, e 39,2%, raramente ou às vezes se sentiram humilhados por provocações feitas pelos colegas de escola nos 30 dias anteriores à pesquisa. A Região Sudeste apresentou o maior percentual (8,3%) de escolares que declararam sofrer constrangimento ou humilhação na maior parte do tempo ou sempre. O Estado de São Paulo (9,0%) foi o estado com maior percentual (Tabela de Resultados 1.1.9.7).

Quando perguntados se o escolar já havia esculachado, zombado, mangado, intimidado ou caçoado algum de seus colegas de escola nos 30 dias anteriores à pesquisa, 19,8% responderam que sim. Dentre os meninos, esse percentual foi de 24,2% e entre as meninas, 15,6%. Percentual maior entre os alunos de escolas privadas (21,2%) do que entre as escolas públicas (19,5%). A Região Sudeste apresentou o maior percentual (22,2%), assim como o Estado de São Paulo (24,2%) (Tabela de Resultados 1.1.9.9).

Dentre os que se sentiram humilhados pelas provocações dos colegas, responderam como principais motivos, a aparência do corpo (15,6%) e aparência do rosto (10,9%) (Tabela de Resultados 1.1.9.8).

## Relação sexual forçada

Segundo levantamento feito pela Secretaria de Vigilância em Saúde, por meio do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes - VIVA, que utiliza dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, a violência sexual ocupa o segundo lugar na faixa etária de 10 a 14 anos, com 10,5% das notificações, ficando atrás apenas da violência física (13,3%) (BRASIL, 2013b). Pesquisas sobre o tema alertam para o fato das meninas serem as maiores vítimas na violência sexual e a violência, geralmente, ser intrafamiliar, sendo seus agressores na maior parte das vezes, seus tutores, submetendo sua autoridade sobre a vítima. Em geral, crianças e adolescentes



do sexo feminino têm mais risco de sofrer violência sexual e os do sexo masculino maior risco de sofrerem violência física (RIBEIRO; FERRIANI; REIS, 2004).

Este tema entrou pela primeira vez na PeNSE 2015, com a pergunta “Alguma vez na vida você foi forçado(a) a ter relação sexual?”. Foram, portanto, considerados o entendimento e a percepção do escolar quanto ao “forçar” a relação sexual.

Dos escolares do 9º ano entrevistados, 4,0% responderam já terem sido forçados a ter relação sexual. O percentual para meninos foi de 3,7% e para as meninas de 4,3%. Considerando a dependência administrativa das escolas, 4,4% foi o percentual dos alunos das escolas públicas e 2,0% dos alunos das escolas particulares, forçados à relação sexual. A Região Norte (5,3%), os Estados de Roraima (7,3%) e Mato Grosso (6,2%) apresentaram os maiores percentuais para esse indicador (Tabela de Resultados 1.1.16.14).

Questionados sobre quem os forçou à relação sexual, os maiores percentuais foram: namorado(a)/ex-namorado(a) (26,6%); amigo(a) (21,8%); pai/mãe/padrasto/madrasta (11,9%); e outros familiares (19,7%) (Tabela de Resultados 1.1.16.15).

## Hábitos de higiene pessoal

Tanto a promoção de hábitos de higiene (lavagem do corpo e das mãos), enquanto estratégia concreta de redução da carga global de doenças infecciosas, quanto a ampliação do acesso ao saneamento básico e à água são ações amplamente aceitas pelos governos para melhoria das condições de vida e saúde da população. Evidências revelam a efetividade da prática de lavagem das mãos na redução de doenças diarreicas (BURTON et al., 2011; CURTIS et al., 2011; PELTZER; PENGPID, 2014).

O Estudo de Carga de Doença Global<sup>16</sup> em crianças e adolescentes entre 1990 e 2013, encontrou mortalidades globais, em menores de 5 anos de idade, de 137,1 e 78,7 por 100 mil menores de 5 anos nos 50 países mais populosos, devido respectivamente a infecções de vias aéreas inferiores e doenças diarreicas (KYU et al., 2016), morbidades para as quais a lavagem das mãos constitui medida preventiva altamente efetiva (BURTON et al., 2011; CURTIS et al., 2011). De acordo com Peltzer e Pengpid (2014), a lavagem das mãos com sabão, isoladamente, evita 0,5 a 1,4 milhão de mortes por ano.

O reconhecimento da aprendizagem precoce de hábitos de higiene revela o papel estratégico da escola na sua incorporação, com a vantagem de transformar os estudantes em potenciais difusores dessa mudança de hábitos no meio familiar (CURTIS et al., 2011). Todavia a ausência, no ambiente escolar, entre outros, de infraestrutura favorável à manutenção de hábitos saudáveis de higiene, como a falta de lavatório e/ou sabão para lavagem das mãos, dificulta a mudança nos padrões. Dados sobre os baixos níveis de lavagem das mãos entre crianças em idade escolar (PELTZER; PENGPID, 2014) são coerentes com o contexto descrito.

<sup>16</sup> O Estudo de Carga de Doença Global (Global Burden Diseases - GBD) constitui esforço sistemático de um consórcio formado por pesquisadores e instituições de diversos países para quantificação da magnitude comparativa da perda de saúde decorrente de doenças, lesões e fatores de risco, por idade, sexo e local de ocorrência, em pontos específicos de tempo. Essa abordagem, iniciada em 1990, utiliza diversas fontes de dados de mortalidade, morbidade e fatores de risco para estimação dos fenômenos supracitados. O Instituto de Métrica e Avaliação em Saúde (Institute for Health Metrics and Evaluation - IHME) atuou como centro coordenador para o GBD 2010, resultado de esforços colaborativos entre 488 pesquisadores de 50 países e 303 instituições (ESTUDO..., 2013).



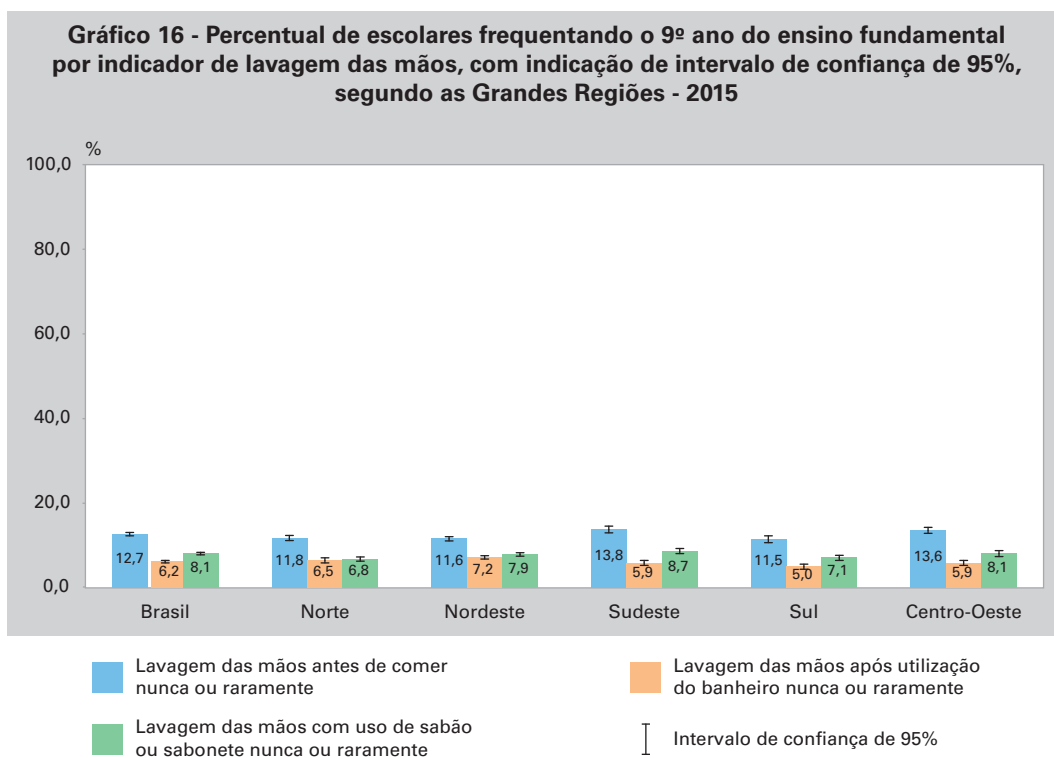
Visando a prover informações sobre higiene, foram mantidas, nesta edição da PeNSE, as perguntas sobre o tema introduzidas em 2012. São descritos resultados de três indicadores que refletem baixa adesão a práticas de higiene, representados, respectivamente, pelo percentual de estudantes de 9º ano do ensino fundamental que, nos 30 dias anteriores à pesquisa, nunca ou raramente: lavaram as mãos antes de comer; lavaram as mãos após utilizar o banheiro ou vaso sanitário; e usaram sabão ou sabonete para lavar as mãos.

De modo geral, a redução nos três indicadores, no período de 2012 a 2015, sugere melhoria nos padrões de higiene dos estudantes brasileiros do 9º ano do ensino fundamental. A queda foi mais pronunciada (24,4% ) no indicador de lavagem das mãos nunca ou raramente após utilização de banheiro, que passou de 8,2% para 6,2% (Tabela de Resultados 1.1.17.2). O percentual de estudantes que nunca ou raramente usaram sabão caiu de 9,1% para 8,1% (Tabela de Resultados 1.1.17.3). O indicador de lavagem das mãos nunca ou raramente antes de comer teve redução de 16,4% , Todavia apresentou, em comparação a outros indicadores de higiene, os piores resultados (15,2%, em 2012, e 12,7%, em 2015), apontando a necessidade de ações de estímulo à incorporação desse hábito (Tabela de Resultados 1.1.17.1).

No Brasil, em 2015, o hábito de nunca ou raramente lavar as mãos antes de comer foi mais frequente entre escolares do sexo feminino (14,2%) em comparação com o sexo masculino (11,0%). Os resultados para Unidades da Federação, mostram melhores padrões no Estado do Piauí, onde apenas 8,0% dos estudantes informaram nunca ou raramente lavar as mãos antes de comer. No extremo oposto encontra-se o Estado do Rio de Janeiro, cuja proporção atingiu 16,6% dos alunos, superior à média nacional (12,7%) (Tabela de Resultados 1.1.17.1).

Em relação à prática supracitada, a utilização de sabão para lavagem das mãos parece melhor estabelecida. Menos de 10,0% de escolares de ambos os sexos informaram, em 2015, frequência da prática nunca ou raramente, sendo a proporção ligeiramente superior entre as meninas (8,1%). O indicador nas redes pública e privada revelou pequenas diferenças, atingindo 8,2% entre alunos de escolas públicas e 7,2% entre os provenientes de instituições particulares. A distribuição regional e estadual encontrou os menores percentuais, respectivamente, na Região Norte (6,8%) e no Estado do Piauí (5,8%). Já a Região Sudeste e o Estado do Espírito Santo apresentaram piores padrões, onde, respectivamente, 8,7% e 11,0% dos estudantes informaram nunca ou raramente usarem sabão para lavagem das mãos (Tabela de Resultados 1.1.17.3).

A lavagem das mãos após utilização do banheiro ou vaso parece ser o hábito mais consolidado, dado que somente 6,2% dos escolares brasileiros informaram frequência nunca ou raramente da prática, em 2015; nos Municípios das Capitais o percentual atinge 7,1% dos alunos. Todavia, as diferenças regionais são grandes: o recorte por Grandes Regiões demonstra que as proporções oscilaram de 5,0%, na Sul, a 7,2%, na Nordeste (Gráfico 16). Entre as Unidades da Federação, o indicador variou de 4,0%, no Rio Grande do Sul, a 9,4%, no Acre (Tabela de Resultados 1.1.17.2).



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

Nota: Dados referentes à Amostra 1.

## Saúde bucal

Doenças bucais e higiene oral insuficiente estão fortemente associadas com algumas doenças crônicas. Adicionalmente, a cárie dentária é a morbidade crônica não transmissível mais prevalente no mundo em todas as faixas etárias. Suas consequências incluem, dor, ansiedade e limitações funcionais, afetando o desempenho escolar e a vida social de crianças e adolescentes. Adicionalmente, grande parte das demandas por atendimento odontológico tem como queixa principal a dor de dente causada por cárie, conforme apontam Mahfouz e Esaid (2014) e estudos da Organização Mundial da Saúde - OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015; GROWING..., 2016).

A manutenção de hábitos saudáveis de higiene oral, definidos como a frequência diária de escovação dos dentes igual ou superior a duas vezes, é o mais efetivo método de prevenção e controle da cárie dentária e de outras doenças periodontais (PELTZER; PENGPID, 2014; GROWING..., 2016).

O hábito de escovação é estabelecido na infância, tendo a família papel determinante na assimilação da prática que, uma vez estabelecida, é de difícil modificação. Portanto, intervenções focadas nos pais e nas crianças são fortemente indicadas. Nesse cenário, a escola surge como ambiente potencializador de incorporação de hábitos saudáveis de saúde bucal (GROWING..., 2016).

A temática da saúde bucal foi investigada na PeNSE 2015 por meio de perguntas que abordam, respectivamente, escovação dos dentes, episódios de dor de dente e visitas ao dentista.

Os indicadores de frequência diária de escovação dos dentes igual ou superior a três vezes nos 30 dias anteriores à pesquisa e o relato de dor de dente (excluída aquela ocasionada pelo uso de aparelho) nos seis meses anteriores à pesquisa estão contemplados na PeNSE desde 2009. A análise por Municípios das Capitais, indica piora no perfil geral de saúde bucal dos estudantes de 9º ano do ensino fundamental, no período de 2009 a 2015, com redução de 4,2% na proporção de escovação e aumento de 24,0% no percentual de alunos com relato de dor de dente.

Corroborando dados da OMS (GROWING..., 2016), no Brasil, em 2015, 75,0% das alunas de 9º ano informaram prática diária de escovação igual ou superior a três vezes; no Estado do Amapá essa proporção superou 85,0%. Por outro lado, 70,0% dos alunos brasileiros do sexo masculino relataram o hábito, chegando a 82,7%, nos Estados do Amazonas e do Amapá. Os menores percentuais de estudantes, de ambos os sexos, foram encontrados no Distrito Federal (62,1% dos meninos e 65,3% das meninas) (Tabela de Resultados 1.1.17.4).

A proporção de relato de dor de dente entre os estudantes brasileiros do 9º ano, em 2015, alcançou 21,0%. Dados por Unidades da Federação apontam desigualdades nos percentuais, que oscilaram de 16,9%, em Sergipe, a 26,7%, em Mato Grosso. As diferenças persistem entre os sexos: 24,2% das meninas e 17,6% dos meninos. Outrossim, as variações oscilaram desde 15,1%, em escolas privadas, até 22,0% na rede pública de ensino (Tabela de Resultados 1.1.17.5).

A frequência anual de visitas ao dentista entre estudantes brasileiros, de acordo com dados da PeNSE 2015, indica que pouco mais de um terço deles (30,3%) não foram a consultas odontológicas nos 12 meses anteriores à pesquisa. Por outro lado, outros 37,1% dos escolares informaram frequência igual ou superior a três visitas: 39,5% das alunas e 34,6% dos alunos. A comparação do indicador entre as redes pública e privada revela diferenças: oscilação desde 35,3% até 47,9% (Tabela de Resultados 1.1.17.6).

## Percepção da imagem corporal

A adolescência constitui um período de transição caracterizado por grandes transformações biológicas e emocionais, quando o indivíduo é submetido a uma extrema valorização da aparência física, e a padrões sociais ideais de beleza (corpos magros, para as meninas, e fortes, para os rapazes), veiculados sobretudo pela mídia, o que pode gerar fortes sentimentos de insatisfação e de baixa autoestima em ao próprio corpo. Segundo Del Ciampo e Del Ciampo (2010, p. 57), “historicamente, os ícones femininos vêm se tornando mais magros [...] até o século XIX a magreza era considerada como sinal de saúde ruim, associada à fragilidade e pobreza”. Atualmente ser magro é sinônimo de ter boa saúde.

Em relação a 2012, dois novos quesitos foram agregados à PeNSE 2015. O primeiro diz respeito ao grau de importância atribuído à própria imagem corporal. Ao se abordar os resultados para o Brasil, observa-se que a maioria (84,1%) dos alunos do 9º ano do ensino fundamental considerava que a sua imagem corporal era importante ou muito importante. Analisando-se por sexo, percebe-se que era maior a parcela de estudantes do sexo feminino, 86,2%, do que à daqueles do sexo masculino (81,9%), que davam importância ou muita importância à própria imagem corporal. A valorização exagerada da aparência física atinge sobretudo os adolescentes, que lidam com a manifestação

de mudanças muito rápidas em seus corpos. O Estado de Minas Gerais apresentava a proporção mais elevada de alunos do sexo feminino (90,2%) que atribuíam importância ou muita importância à própria imagem corporal (Tabela de Resultados 1.1.18.1).

O segundo quesito afere o sentimento que os alunos do 9º ano do ensino fundamental tinham em relação ao próprio corpo, isto é, o seu grau de satisfação ou de insatisfação com seu corpo. No País, 72,0% deles declarou estar satisfeito ou muito satisfeito. Dentre os meninos, esse percentual era de 77,9% e entre as meninas, de 66,6%. O Estado do Maranhão apresentava os maiores percentuais de alunos satisfeitos com o próprio corpo, 86,3%, entre os alunos do sexo masculino e 80,8% entre os do sexo feminino (Tabela de Resultados 1.1.18.2).

A disseminação globalizada de padrões de beleza por meio da mídia, da publicidade e da moda afeta sobremaneira as mulheres, e a internalização do corpo ideal leva, sobretudo entre as mais jovens, a um sentimento de insatisfação corporal. Portanto, enquanto 11,6% dos adolescentes do sexo masculino consideravam-se insatisfeitos com o seu corpo; o dobro (23,3%) daqueles do sexo feminino relataram este sentimento. Assim, a insatisfação corporal era mais acentuada entre as meninas, que eram mais propensas a se acharem mais gordas que os meninos. Entre estes, é menor o percentual dos que se julgam gordos, e maior a proporção daqueles que desejam adquirir massa muscular, em busca de um corpo forte e musculoso (Tabela de Resultados 1.1.18.2).

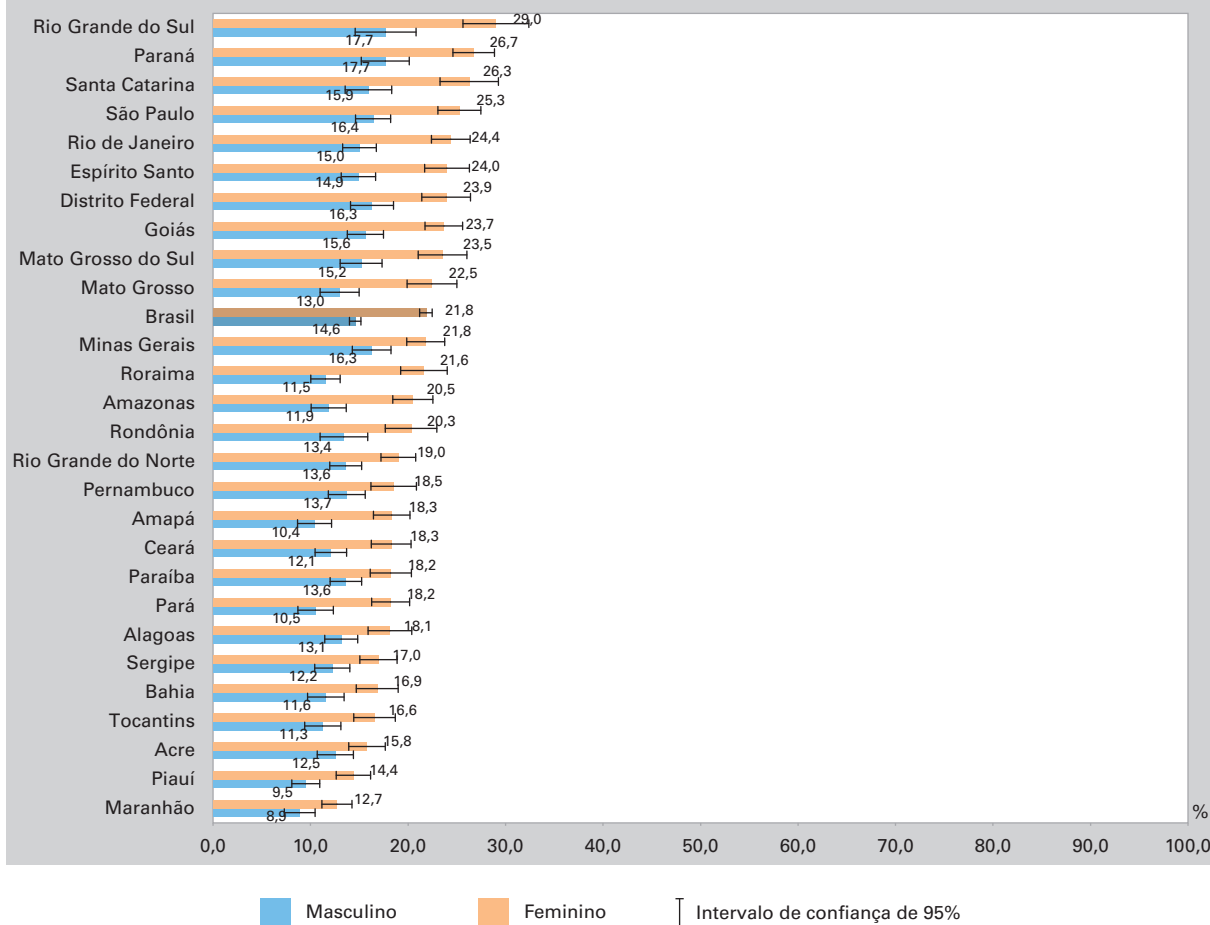
Os resultados da PeNSE 2015 acerca da percepção que os estudantes do 9º ano do ensino fundamental tinham de sua imagem corporal foram obtidos com base nas categorias relativas a seu peso: magro ou muito magro, normal, gordo ou muito gordo. A análise desses resultados mostra que, no País, 55,9% dos escolares do 9º ano incluíam-se em um padrão de normalidade em relação a sua autoimagem corporal. Observa-se ainda que 18,3% deles declararam ser gordos ou muito gordos. A proporção de meninas que se achavam gordas (21,8%) superava a de meninos (14,6%). As Regiões Sul e Sudeste apresentaram os maiores percentuais de meninas que tinham essa autoimagem, 27,3 e 24,1%, respectivamente, e a Região Nordeste, o mais baixo, 16,9%. O Gráfico 17 demonstra que a Unidade da Federação com a maior proporção de meninas que se declararam gordas era a do Rio Grande do Sul, com 29,0% e o Maranhão, a menor, com 12,7% (Tabela de Resultados 1.1.18.3).

Nas escolas privadas, 50,7% dos alunos do 9º ano relataram ter peso normal enquanto que 56,8% dos escolares das escolas públicas o fizeram. Quanto aos escolares que se consideravam gordos ou muito gordos, o percentual nas escolas privadas era maior, 24,4%, do que o encontrado para as públicas, 17,3% (Tabela de Resultados 1.1.18.3).

Analisando-se os resultados para os Municípios das Capitais, no período de 2009 a 2015, observa-se que há uma redução no percentual dos alunos que se viam dentro de um padrão de normalidade. A tendência das meninas em se considerar gordas ou muito gordas variou desde 21,3%, em 2009, até 23,8%, em 2015 (Tabela de Resultados 1.2.18.3).

Os Municípios das Capitais da Região Sul tinham os maiores índices de alunos que se julgavam gordos. Porto Alegre destaca-se com 29,1% das meninas e 16,6% dos meninos declarando-se como gordo ou muito gordo. Os Municípios das Capitais das Regiões Norte e Nordeste tinham os menores percentuais de escolares com autoimagem de gordos ou muito gordos (Tabela de Resultados 1.2.18.3).

**Gráfico 17 - Percentual de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental que se achavam gordos ou muito gordos, com indicação do intervalo de confiança de 95%, por sexo, segundo as Unidades da Federação - 2015**



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

Nota: Dados referentes à Amostra 1.

## Atitude em relação ao peso corporal

Mantendo a mesma estrutura da última edição da PeNSE, em 2015 a temática sobre condutas em relação ao peso corporal contemplou quatro questões que versavam sobre: atitudes em relação à perda ou ganho de peso; prática de vômito ou uso de laxantes para provocar perda de peso; e uso de fórmulas ou remédios para promover perda ou ganho de peso.

Embora 18,3% dos escolares, em 2015, tenham relatado ser gordos ou muito gordos, quando indagados sobre o que estavam fazendo em relação ao peso, um percentual maior, 25,6%, manifestou o desejo de emagrecer. Observa-se que, entre as meninas, 21,8% reportou ser gorda ou muito gorda, mas quase um terço delas (30,3%) respondeu que queria perder peso. A Região Sul apresentava a proporção mais elevada de alunas do 9º ano do ensino fundamental que queriam emagrecer, 36,6%, sendo que, dentre as Unidades da Federação, o maior percentual encontrava-se no Rio Grande do Sul, 39,2%. No que se refere aos Municípios das Capitais, Curitiba (40,3%), Florianópolis (38,7%) e Rio de Janeiro (38,1%) apresentavam as maiores proporções de meninas que tentavam perder peso (Tabelas de Resultados 1.1.18.4 e 1.2.18.4).

O percentual de meninos de queria ganhar peso/massa muscular era de 17,2%, no País, um pouco superior ao das meninas, sendo que os maiores percentuais encontravam-se nas Regiões Norte (20,9%) e Nordeste, (19,9%), destacando-se os Estados do Pará, (22,7%) e o do Rio Grande do Norte (22,4%). Mais de um terço (35,7%) dos alunos de escolas particulares tentava perder peso, enquanto que nas escolas públicas o percentual era menor, 23,9%. Essa diferença percentual é ainda mais elevada nos Estados do Amapá (37,8% e 20,7%, respectivamente) e do Mato Grosso (42,9% e 25,3%, respectivamente) (Tabela de Resultados 1.1.18.4).

A inadequação entre o ideal de um corpo magro, amplamente aceito na sociedade, e a forma pela qual o próprio corpo é percebido pelos adolescentes, leva-os à realização de atitudes extremas e prejudiciais à saúde, para perder ou manter o peso, como a indução de vômito ou a ingestão de laxantes, ou ainda a ingestão de medicamentos ou fórmulas, sem acompanhamento médico.

Os resultados da Amostra 1 da PeNSE 2015 revelam que 7,0% dos estudantes do 9º ano do ensino fundamental do País declararam ter induzido o vômito ou tomado laxantes nos últimos 30 dias, como meio de perder peso ou de evitar ganhar peso. A análise por sexo mostra que entre os meninos, esta proporção era de 6,5% e entre as meninas, de 7,5%. Esta tendência se inverte em alguns estados das Regiões Norte e Nordeste. O Estado do Amazonas apresentou percentuais de 11,0% de meninos e 10,5% de meninas que utilizaram este recurso para perder ou manter o peso. No Estado do Tocantins, a diferença era ainda maior: 10,8% dos meninos e 8,2% das meninas relataram ter induzido o vômito ou ingerido laxantes com o mesmo objetivo. O Estado do Maranhão também apresentou uma maior proporção de meninos (10,2%) utilizando esta prática. Entre as meninas, esta proporção era de 7,3% (Tabela de Resultados 1.1.18.5).

Nas outras regiões do País, os percentuais de meninas que tomaram esta atitude eram superiores aos dos meninos. Nas escolas públicas, 7,2% dos alunos utilizaram-se deste método para perder ou manter o peso, proporção um pouco superior à das escolas privadas (5,9%), no conjunto do País (Tabela de Resultados 1.1.18.5).

De acordo com os resultados da Amostra 1 da PeNSE 2015, a atitude de ingerir medicamentos, fórmulas ou algum produto para perder peso, sem acompanhamento médico, era, no País, mais comum entre os meninos (6,8%) do que entre as meninas (5,2%). Destacam-se, na Região Norte, o Estado do Tocantins, com maior diferença percentual, com 10,7% dos meninos e 5,2% das meninas utilizando este procedimento, e o Estado de Mato Grosso, em que 10,2% dos meninos e 5,4% das meninas o faziam. Na Região Sul, esta tendência se inverte, sendo que no Estado do Rio Grande do Sul registra-se a maior diferença em relação a este comportamento: 6,1% das meninas e 3,9% dos meninos usaram este recurso para perda de peso (Tabela de Resultados 1.1.18.6).

Quando a intenção é ganhar peso ou massa muscular, aumenta a diferença percentual entre meninos e meninas que fazem uso de medicamento, fórmula ou outro produto. No nível nacional, 8,6% dos meninos e 5,6% das meninas reportaram ter adotado esse procedimento nos últimos 30 dias. Isto porque um corpo forte e musculoso é o objetivo da maioria dos rapazes, enquanto um corpo magro e com curvas é o propósito almejado pelas meninas (Tabela de Resultados 1.1.18.7).

As Regiões Norte e Centro-Oeste detêm as maiores proporções de meninos que relataram ter ingerido medicamento ou fórmula para ganhar peso ou massa muscular nos 30 dias anteriores à pesquisa, 11,1% e 9,9%, respectivamente. O Estado do Tocantins



detinha a maior proporção de meninos que tinham recorrido a este recurso (14,2%), seguido dos Estados do Amazonas, Roraima e Acre, com percentuais em torno de 12,0%. A Unidade da Federação que apresentava a maior parcela de meninas que ingeriram medicamentos, fórmulas ou outros produtos para ganhar peso ou massa muscular, em 2015, era o Maranhão, com 7,8% (Tabela de Resultados 1.1.18.7).

Com relação aos Municípios das Capitais, Boa Vista e Cuiabá detinham os maiores percentuais de alunos do sexo masculino que ingeriram, nos últimos 30 dias, medicamentos, fórmulas ou outros produtos para ganhar peso ou massa muscular, em torno de 12,0% (Tabela de Resultados 1.2.18.7).

## Saúde mental

Segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS (World Health Organization - WHO), não existe uma definição oficial de saúde mental (PROMOTING..., 2004). O termo é utilizado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva e emocional dos indivíduos em determinada sociedade, podendo portanto variar bastante, de acordo com a época, a cultura e o local. A saúde mental pode também ser definida como um conjunto de comportamentos que possibilitam um relacionamento pessoal e social saudável do indivíduo com os demais membros da sociedade.

No caso da adolescência, fase de grande instabilidade emocional, questionamentos e conflitos, são frequentes os problemas de saúde mental e, por isso, os adolescentes merecem uma maior atenção das políticas públicas de saúde. A PeNSE 2015, assim como a edição de 2012, investigou temas relacionados à questões como ansiedade, insônia, solidão, e também a existência ou não de amigos próximos.

Cerca de 16,4% dos alunos do 9º ano do ensino fundamental do País responderam ter se sentido só, na maioria das vezes ou sempre, nos 12 meses que antecederam a pesquisa. O percentual de estudantes do sexo feminino que relatou ter se sentido só era de 22,3%, mais do que o dobro daquele reportado por estudantes do sexo masculino (10,2%), conforme indicado no Gráfico 18. O Estado do Rio Grande do Sul registrou a maior proporção de estudantes que se sentiram sós nos últimos 12 meses. Quase um terço (30,1%) das alunas do 9º ano fundamental do Estado do Rio Grande do Sul responderam ter se sentido só, na maior parte do tempo, nos últimos 12 meses (Tabela de Resultados 1.1.19.1).

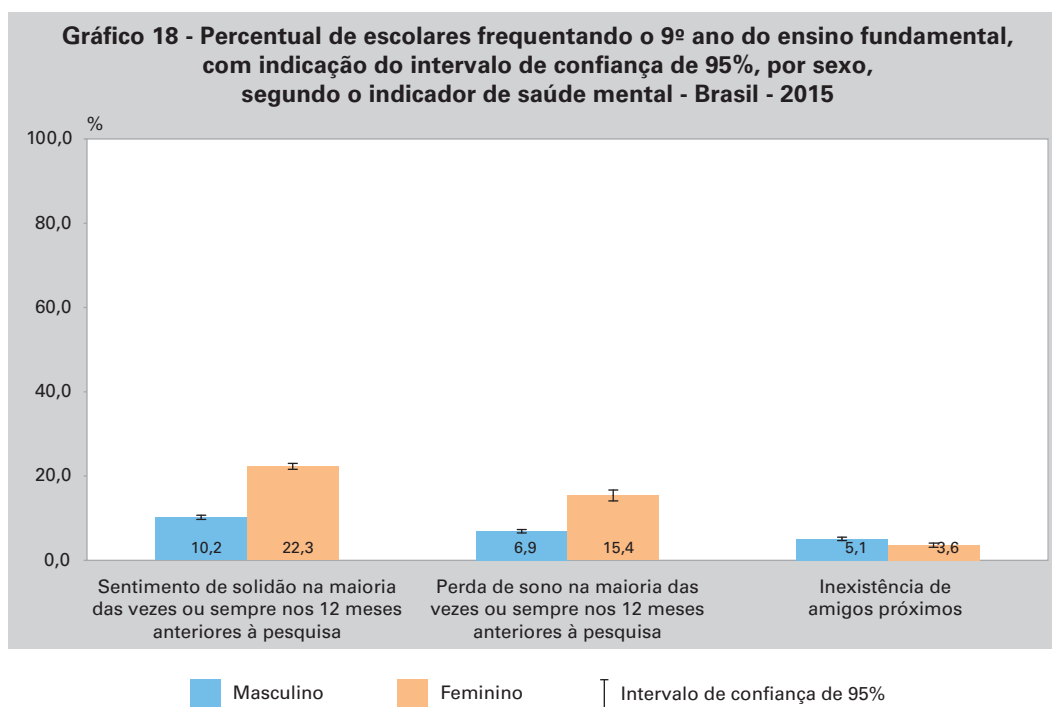
Em todas as Grandes Regiões, a proporção de meninas que se sentiam sós era mais do que o dobro do que a dos meninos (Tabela de Resultados 1.1.19.1). Quanto aos Municípios das Capitais, Campo Grande apresentava o maior percentual de estudantes do sexo feminino com sentimento de solidão, 27,9%, seguido por Goiânia (27,7%) e Macapá (27,4%) (Tabela de Resultados 1.2.19.1).

A existência de amigos, assim como de um ambiente familiar favorável e de um meio social acolhedor são fatores fundamentais para promover a saúde mental, conforme avalia a OMS (GROWING..., 2016).

Em 2015, apenas 4,3% dos estudantes brasileiros de 9º ano informaram não ter nenhum amigo. Entre aqueles do sexo masculino, o percentual era de 5,1% e entre

os de sexo feminino, 3,6% (Gráfico 18). Embora estes percentuais sejam baixos, não ter nenhum amigo próximo, entre os adolescentes, pode ter consequências bastante sérias no que se refere à saúde mental (Tabela de Resultados 1.1.19.3). Em todas as Grandes Regiões e Unidades da Federação, à exceção do Estado do Pará, os percentuais de meninos que não tinham amigos, eram superiores aos de meninas. As Grandes Regiões que apresentavam proporções mais elevadas de alunos sem amigos foram as Regiões Sudeste (5,6%) e Centro-Oeste (5,4%). O Estado de São Paulo (6,3%), o Distrito Federal (6,1%) e o Estado de Mato Grosso (6,0%) detinham os maiores percentuais de alunos do sexo masculino sem amigos próximos (Tabela de Resultados 1.1.19.3). Quanto aos Municípios das Capitais, Palmas, Porto Velho e Goiânia apresentavam as maiores proporções de estudantes do 9º ano, de ambos os sexos, sem amigos próximos, superiores a 5,0% (Tabela de Resultados 1.2.19.3).

A ansiedade e as preocupações afetavam os alunos do 9º ano do ensino fundamental, a tal ponto que 12,5% deles, no âmbito dos Municípios das Capitais, relataram ter perdido o sono, na maioria das vezes, ou sempre, nos últimos 12 meses que antecederam a pesquisa (Tabela de Resultados 1.2.19.2). Em nível nacional, esse percentual de estudantes com distúrbios de sono era de 11,3%. Destaca-se a diferença entre os números de meninos e meninas que relataram ter perdido o sono devido a preocupações. A proporção de meninas (15,4%) era mais de duas vezes superior à dos meninos (6,9%), no País (Gráfico 18). A Unidade da Federação que apresentou o maior percentual de meninas que relataram insônia foi o Rio de Janeiro, com 19,1%. Não foram encontradas diferenças significativas entre os percentuais de estudantes que perderam o sono devido a preocupações, nas escolas da rede pública e da rede privada (Tabela de Resultados 1.1.19.2).



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

Nota: Dados referentes à Amostra 1.



## Uso de serviços de saúde

A utilização de serviços de saúde é a concretização do acesso ao cuidado de saúde, resultado da interação, entre outros, da disponibilidade de unidades de saúde, da capacidade de pagamento, da informação, além de aspectos subjetivos como autopercepção do estado de saúde e expectativas de profissionais e usuários quanto ao tratamento, conforme apontam estudos de Borges e outros (2014), da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico - OCDE (Organisation for Economic Co-operation and Development - OECD) (HEALTH..., 2015) e de Oliveira e outros (2015).

Considerando a velocidade das mudanças físicas, emocionais e psicológicas vivenciadas durante a adolescência e que redundarão no estabelecimento de comportamentos de saúde e de risco, como indicado pela Organização Mundial da Saúde - OMS (World Health Organization - WHO) (GROWING..., 2016), é razoável supor que o grau de subjetividade associado ao uso de serviços, nessa faixa etária, seja ainda maior. Portanto, o conhecimento desse perfil de utilização subsidia o desenvolvimento de estratégias de cuidado direcionadas às demandas daquele grupo.

Em 2015 a temática da utilização dos serviços de saúde foi ampliada na PeNSE, com a inclusão de quesitos sobre autopercepção do estado de saúde, absenteísmo às aulas por questões de saúde, motivos de procura por atendimento em Unidade Básica de Saúde e vacinação contra o Papilomavírus Humano (HPV).

A ausência à escola por motivos de saúde nos 12 meses anteriores à pesquisa foi relatada por 53,7% dos escolares brasileiros, sendo esse percentual maior entre alunos da rede privada (62,7%) que entre aqueles oriundos de escolas públicas (52,2%); pouco mais de 57% das meninas e 50,2% dos escolares do sexo masculino relataram absenteísmo (Tabela de Resultados 1.1.20.2).

A procura por profissional ou serviço de saúde nos 12 meses anteriores à pesquisa, no Brasil, foi referida por 55,3% dos escolares do 9º ano; a comparação com 2012 evidencia crescimento de 14,8%. Dados por Unidades da Federação, para 2015, revelam oscilação nos percentuais: estes variaram de 47,3%, no Pará, a 60,1%, no Espírito Santo. Adicionalmente, observou-se que 67,9% dos alunos de escolas privadas procuraram serviço de saúde, percentual esse superior ao encontrado entre estudantes da rede pública de ensino (53,2%) (Tabela de Resultados 1.1.20.3).

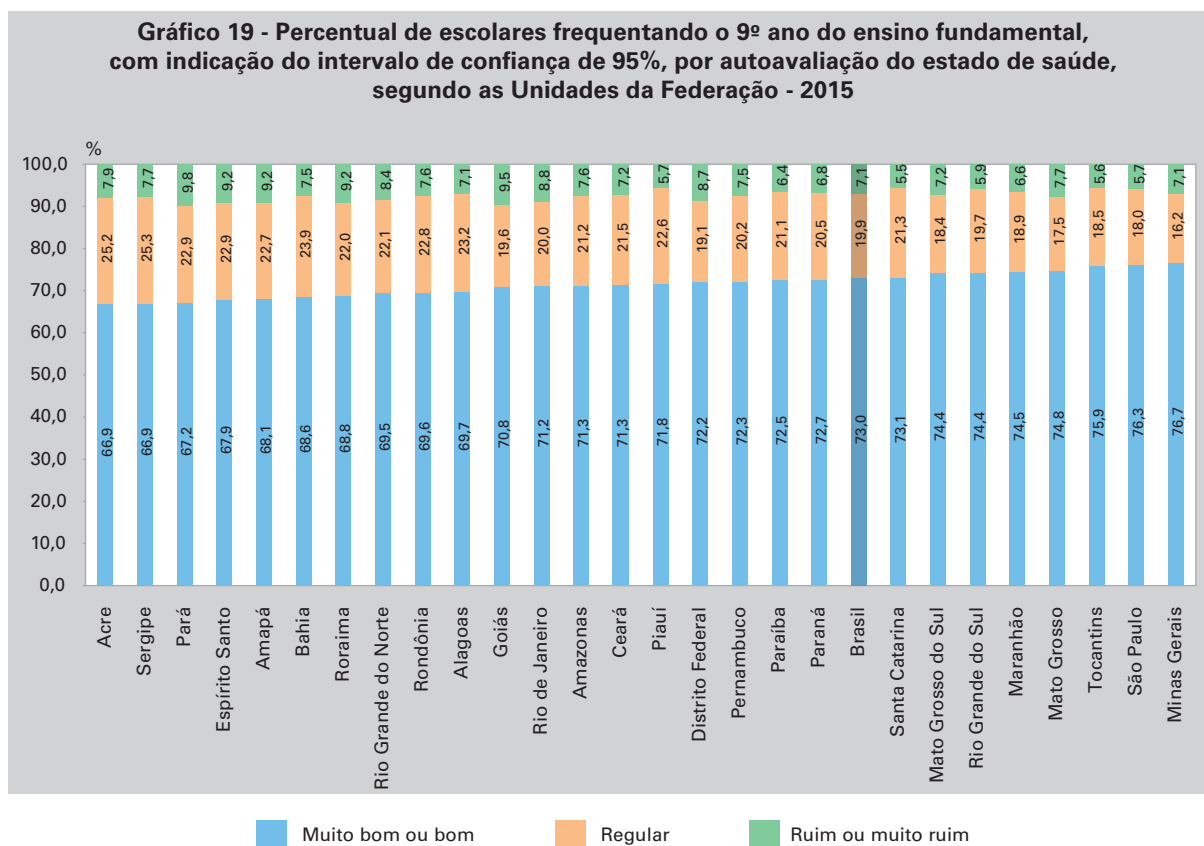
Entre os serviços de saúde mais procurados por estudantes brasileiros do 9º ano figuram a Unidade Básica de Saúde (45,1%), seguido por consultório médico particular ou clínica particular, referido por 22,8% (Tabela de Resultados 1.1.20.4).

## Autoavaliação de saúde

Não obstante sua natureza subjetiva, de modo geral, a autoavaliação de saúde é comumente utilizada em inquéritos populacionais, sendo considerada um bom preditor de mortalidade e futura utilização dos serviços (HEALTH..., 2015). Para adolescentes, ela reflete, além de morbidade, uma melhor compreensão geral de si mesmo (GROWING..., 2016).

Os dados da PeNSE 2015 revelam que, de modo geral, a maioria dos estudantes brasileiros de 9º ano do ensino fundamental tem uma avaliação positiva da própria saúde: 73,0% deles classificaram seu estado de saúde como muito bom ou bom, 19,9%, como regular e 7,1% consideraram ruim ou muito ruim (Gráfico 19). Foram

encontradas diferenças entre gênero, corroborando achados da OMS (GROWING..., 2016): as alunas fizeram avaliações mais negativas de seu estado de saúde (68,6% muito bom ou bom; 23,7% regular; 7,7% ruim ou muito ruim) em comparação aos escolares do sexo masculino (77,7% muito bom ou bom; 15,8% regular; 6,5% ruim ou muito ruim) (Tabela de Resultados 1.1.20.1).



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.  
Nota: Dados referentes à Amostra 1.

## Vacinação contra o Papilomavírus Humano (HPV)

A vacinação contra o Papilomavírus Humano (HPV) teve início em 2014 com a inclusão, no calendário básico de vacinação do Sistema Único de Saúde - SUS, da respectiva vacina. Esta tem por objetivo reduzir prevalências de câncer do colo do útero, entre outros, sendo a população-alvo as meninas de 9 a 13 anos (BRASIL, 2014b).

Os dois quesitos sobre o tema abordaram, respectivamente, o conhecimento dos estudantes sobre a campanha de vacinação e, exclusivamente para as meninas, o recebimento da vacina HPV.

Quando questionados em relação ao conhecimento sobre a campanha, 88,0% dos escolares brasileiros do 9º ano afirmaram conhecê-la; os Estados de Sergipe e Mato Grosso, apresentaram, respectivamente, o maior (91,6%) e o menor (84,2%) índices. A desagregação por sexo revela que os percentuais atingem 95,6% entre as meninas e 80,0% dos meninos (Tabela de Resultados 1.1.20.7).

Já o recebimento da vacina foi referido por pouco mais de 74,2% de escolares brasileiros do sexo feminino. Os menores percentuais foram encontrados nas Regiões Norte e Nordeste, respectivamente, 68,9% e 69,7%. Na Região Sudeste, 78,8% das alunas afirmaram ter recebido a vacina, maior percentual no Brasil. Entre as Unidades da Federação, a proporção de alunas que recebeu vacina HPV superou 80,0% no Distrito Federal e em São Paulo. Por outro lado, a Bahia registrou o menor percentual (62,6%) (Tabela de Resultados 1.1.20.8).

## Asma

A asma é uma doença inflamatória crônica cuja manifestação dos sintomas começa, em quase metade dos casos, antes de 5 anos de idade. Ressalta-se que o aumento da prevalência de sintomatologia e a persistência da mortalidade associadas à morbidade causam preocupação. No Brasil, não obstante a elevada prevalência em vários municípios, a verdadeira magnitude da doença é desconhecida, fato esse que dificulta o planejamento e a execução de programas de prevenção e controle (BARRETO et al., 2014).

A PeNSE 2015 manteve os quesitos que tratam da ocorrência de asma e sintomatologia associada.

Para o País como um todo, o percentual de escolares que tiveram chiado no peito nos últimos 12 meses era de 22,4%. Estes sintomas apresentaram-se na forma de chiados no peito, e sua manifestação foi maior entre escolares do sexo feminino (25,4%) do que entre os do sexo masculino (19,2%) (Tabela de Resultados 1.1.21.1).

Para o conjunto do País, não se registrou diferenças nas ocorrências de sintomas de asma entre alunos das escolas públicas e privadas. O maior percentual de estudantes com chiado no peito ocorreu nas Regiões Sudeste (24,1%) e Sul (23,6%). A Região Nordeste apresentou o menor percentual, 19,0%. Os Estados de São Paulo (29,4%) e do Rio Grande do Sul (29,4%) apresentaram os maiores percentuais de meninas que relataram chiado no peito nos 12 meses que antecederam a PeNSE 2015 (Tabela de Resultados 1.1.21.1).

Quanto ao indicador existência de episódio de asma alguma vez na vida, o valor para o País foi de 16,0% e o mais elevado ocorreu na Região Norte (20,2%). Esta também é a única Grande Região com maiores percentuais de meninos do que de meninas que reportaram episódio de asma alguma vez na vida (Tabela de Resultados 1.1.21.2)

## Amostra 2

Os múltiplos fatores, já destacados na seção Introdução, que caracterizam a adolescência como um período de maior vulnerabilidade à saúde do indivíduo, acrescidos de diferenças socioeconômicas, de idade e sexo exigem atenção especial para adequação de políticas direcionadas a esse público-alvo. Em geral, os jovens mais expostos a riscos e carências, são também aqueles que sofrem com inadequação, ausência e/ou insuficiência de cuidados com saúde, educação, segurança, alimentação, higiene, atividade física e lazer, entre outros. Esses desafios envolvem custos sociais, econômicos e humanos significativos, que demandam planejamento adequado, além do estabelecimento de prioridades, metas e acompanhamento dos resultados.

Assim, visando contribuir nesse contexto, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PeNSE 2015 traz resultados usando um novo plano amostral (Amostra 2) para

fornecer a informação para cada uma das idades ou grupo de idades, ampliando sua faixa de cobertura para que possa representar os escolares de 13 anos a 17 anos de idade. Esses dados, assim disponibilizados, também permitirão comparações mais precisas com dados de pesquisas internacionais, como, por exemplo, os indicadores gerados pela Organização Mundial da Saúde - OMS (World Health Organization - WHO), contemplando mais de 100 países, por meio do estudo transnacional Global School-based Student Health Survey - GSHS e outros.

Aspectos metodológicos e características da Amostra 2 foram descritos anteriormente, nesta publicação, compondo a seção **Notas técnicas**. Vale destacar que a Amostra 2 foi desenvolvida para permitir análises de indicadores que tenham necessidade de considerar a idade dos escolares. Para tanto, foi ampliado o escopo de turmas a serem selecionadas no ensino fundamental (do 6º ao 9º ano) e incluído o ensino médio (da 1ª a 3ª série). Por tratar-se de uma amostra mais abrangente e de menor tamanho, as desagregações por idade, sexo e dependência administrativa, apresentadas no plano tabular, devem ser utilizadas com cautela, observando os intervalos de confiança, no sentido de não se extrair análises e conclusões de dados que podem tornar-se imprecisos para níveis maiores de desagregação.

Este tópico apresenta os indicadores obtidos para os escolares, separados em dois grupos etários (13 a 15 anos e 16 a 17 anos de idade), contemplando, além da caracterização geral da população estudada, os seguintes temas: contexto familiar; hábitos alimentares; prática de atividade física; cigarro, álcool e outras drogas; saúde sexual e reprodutiva; violência, segurança e acidentes; hábitos de higiene pessoal; percepção da imagem corporal; saúde mental; uso de serviços de saúde; e asma. Adicionalmente, é apresentada, ao final, uma análise dos dados de antropometria aferida, exclusivamente para alunos da Amostra 2. Cabe ressaltar que os resultados da Amostra 2 também estão disponíveis, no portal do IBGE na Internet, em tabelas desagregadas por faixa etária, sexo e dependência administrativa da escola para Brasil e Grandes Regiões.

Para efeito deste tópico, atribuiu-se ao termo "escolares" a seguinte definição: alunos regularmente matriculados e frequentando escolas do 6º ao 9º ano do ensino fundamental e da 1ª a 3ª série do ensino médio, no período de realização da pesquisa.

## Caracterização geral da população estudada

A amostra da PeNSE 2015 estimou em 13 199 862, o número de escolares na faixa etária de 13 a 17 anos matriculados e frequentando o ensino fundamental e médio do País. Do total de escolares, 8 175 749 estavam na faixa de 13 a 15 anos de idade (61,9%) e 5 024 113 na faixa de 16 a 17 anos de idade (38,1%). A população formada por escolares do sexo masculino foi de 6 637 636 (50,3%) e de escolares do sexo feminino 6 562 226 (49,7%).

## Contexto familiar

Os indicadores na Tabela 8 exibem a relação dos escolares com a supervisão familiar. Os percentuais embora poucos diferenciados entre os escolares do sexo masculino e feminino, revela que os escolares do sexo masculino são mais supervisionados pelos pais ou responsáveis. O percentual de escolares cujos pais ou responsáveis verificaram se os deveres de casa foram feitos foi maior entre os

meninos nas faixas etárias de 13 a 15 anos (60,2%) e de 16 a 17 anos (44,6%) do que entre as meninas nas faixas etárias de 13 a 15 anos (51,6%) e de 16 a 17 anos (38,2%). No entanto, o percentual de escolares cujos pais ou responsáveis sabiam o que eles faziam durante o tempo livre, nos 30 dias anteriores à pesquisa, foi maior entre as meninas nas faixas etárias de 13 a 15 anos (79,8%) e de 16 a 17 anos (85,1%) do que entre os meninos de 13 a 15 anos (73,2%) e de 16 a 17 anos (80,0%).

**Tabela 8 - Indicadores de contexto familiar para escolares de 13 a 17 anos de idade, com indicação do intervalo de confiança de 95%, por sexo, segundo os grupos de idade selecionados - Brasil - 2015**

Indicadores de contexto familiar e grupos de idade selecionados (%)	Escolares de 13 a 17 anos de idade								
	Total			Sexo					
				Masculino			Feminino		
	Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%	
	Li- mite infe- rior	Li- mite su- pe- rior		Li- mite infe- rior	Li- mite su- pe- rior		Li- mite infe- rior	Li- mite su- pe- rior	
Escolares que faltaram às aulas ou à escola sem permissão dos pais ou responsáveis nos 30 dias anteriores à pesquisa									
13 a 15 anos	25,4	23,2	27,5	28,2	25,6	30,8	22,4	19,9	24,9
16 a 17 anos	29,3	26,6	32,0	29,9	26,9	33,0	28,8	25,4	32,1
Escolares cujos pais ou responsáveis sabiam o que eles faziam durante o tempo livre nos 30 dias anteriores à pesquisa									
13 a 15 anos	76,4	74,8	78,1	73,2	70,9	75,5	79,8	77,9	81,6
16 a 17 anos	82,6	80,8	84,3	80,0	77,3	82,6	85,1	83,2	86,9
Escolares cujos pais ou responsáveis verificaram se os deveres de casa (lição de casa) foram feitos nos 30 dias anteriores à pesquisa									
13 a 15 anos	56,0	53,8	58,2	60,2	57,3	63,1	51,6	49,1	54,1
16 a 17 anos	41,3	38,3	44,4	44,6	41,0	48,2	38,2	34,4	41,9
Escolares cujo algum dos responsáveis estava presente em ao menos uma refeição durante as refeições durante a semana									
13 a 15 anos	73,2	71,2	75,1	77,1	74,9	79,2	69,1	66,7	71,6
16 a 17 anos	61,4	58,1	64,7	64,2	60,6	67,8	58,6	54,8	62,5
Escolares cujos pais ou responsáveis entenderam seus problemas e preocupações nos 30 dias anteriores à pesquisa									
13 a 15 anos	66,3	64,7	68,0	67,9	65,8	69,9	64,7	62,4	67,0
16 a 17 anos	67,9	66,0	69,8	68,8	66,3	71,4	67,0	64,1	69,9
Escolares cujos pais ou responsáveis mexeram em suas coisas sem sua concordância nos 30 dias anteriores à pesquisa									
13 a 15 anos	31,8	30,5	33,1	32,7	30,7	34,7	30,8	28,8	32,9
16 a 17 anos	28,3	26,2	30,5	29,1	26,2	32,0	27,6	24,7	30,4

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

Nota: Dados referentes à Amostra 2.

## Hábitos alimentares

A Tabela 9 sintetiza alguns resultados acerca do perfil dos estudantes brasileiros de 13 a 17 anos de idade, no que tange aos hábitos alimentares.

**Tabela 9 - Indicadores de hábitos alimentares para escolares de 13 a 17 anos de idade, com indicação do intervalo de confiança de 95%, por sexo, segundo os grupos de idade selecionados - Brasil - 2015**

(continua)

Indicadores de hábitos alimentares e grupos de idade selecionados (%)	Escolares de 13 a 17 anos de idade								
	Total			Sexo					
				Masculino			Feminino		
	Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%	
Limite inferior		Limite superior	Limite inferior		Limite superior	Limite inferior		Limite superior	
Escolares que tomaram café da manhã cinco dias ou mais, nos sete dias anteriores à pesquisa									
13 a 15 anos	64,7	62,4	67,0	70,8	68,3	73,3	58,4	55,1	61,7
16 a 17 anos	61,6	59,2	64,0	67,0	63,5	70,4	56,5	53,7	59,3
Escolares que costumam almoçar ou jantar com os pais cinco dias ou mais, nos sete dias anteriores à pesquisa									
13 a 15 anos	73,2	71,2	75,1	77,1	74,9	79,2	69,1	66,7	71,6
16 a 17 anos	61,4	58,1	64,7	64,2	60,6	67,8	58,6	54,8	62,5
Escolares que costumam comer enquanto assistem televisão									
13 a 15 anos	58,6	56,5	60,7	61,2	58,4	64,0	55,9	53,3	58,6
16 a 17 anos	61,2	58,9	63,5	61,8	58,7	64,8	60,6	57,7	63,6
Escolares cuja escola oferece comida									
13 a 15 anos	74,7	71,5	77,9	73,4	70,2	76,5	76,1	72,3	79,9
16 a 17 anos	72,6	65,9	79,2	71,4	64,4	78,4	73,7	66,8	80,6
Escolares que costumam comer a comida oferecida pela escola									
13 a 15 anos	41,9	38,3	45,5	44,6	40,2	49,1	39,2	35,2	43,2
16 a 17 anos	41,4	36,2	46,5	41,2	35,6	46,7	41,6	35,5	47,6
Escolares com consumo de feijão igual ou superior a cinco dias, nos sete dias anteriores à pesquisa									
13 a 15 anos	58,5	55,9	61,2	61,5	58,5	64,4	55,5	52,0	59,0
16 a 17 anos	55,4	52,1	58,6	61,0	57,5	64,5	49,9	45,7	54,2
Escolares com consumo de salgados fritos igual ou superior a cinco dias, nos sete dias anteriores à pesquisa									
13 a 15 anos	13,9	12,7	15,1	13,1	11,2	14,9	14,8	13,4	16,2
16 a 17 anos	13,8	12,3	15,3	14,2	12,0	16,5	13,3	11,3	15,4
Escolares com consumo de legumes ou verduras igual ou superior a cinco dias, nos sete dias anteriores à pesquisa									
13 a 15 anos	37,1	35,2	39,0	37,0	34,4	39,7	37,2	34,6	39,8
16 a 17 anos	36,7	34,3	39,1	35,9	33,1	38,7	37,5	34,4	40,7
Escolares com consumo de guloseimas igual ou superior a cinco dias, nos sete dias anteriores à pesquisa									
13 a 15 anos	40,5	38,4	42,6	35,4	32,7	38,2	45,8	43,2	48,4
16 a 17 anos	40,6	38,3	42,9	33,9	30,7	37,1	47,1	43,8	50,3

**Tabela 9 - Indicadores de hábitos alimentares para escolares de 13 a 17 anos de idade, com indicação do intervalo de confiança de 95%, por sexo, segundo os grupos de idade selecionados - Brasil - 2015**

(conclusão)

Indicadores de hábitos alimentares e grupos de idade selecionados (%)	Escolares de 13 a 17 anos de idade								
	Total			Sexo					
				Masculino			Feminino		
	Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%	
	Li- mite infe- rior	Li- mite su- pe- rior		Li- mite infe- rior	Li- mite su- pe- rior		Li- mite infe- rior	Li- mite su- pe- rior	
Escolares com consumo de frutas frescas ou sala- da de frutas igual ou superior a cinco dias, nos sete dias anteriores à pesquisa									
13 a 15 anos	32,5	30,8	34,1	34,4	32,3	36,4	30,5	28,0	33,0
16 a 17 anos	28,5	26,1	30,8	28,6	25,3	31,9	28,3	25,7	31,0
Escolares com consumo de refrigerante igual ou superior a cinco dias, nos sete dias anteriores à pesquisa									
13 a 15 anos	27,4	25,3	29,6	28,7	26,3	31,2	26,1	23,2	29,1
16 a 17 anos	26,9	24,7	29,1	30,0	27,2	32,8	23,9	20,9	26,9
Escolares com consumo de alimentos industria- lizados/ultraprocessados salgados igual ou supe- rior a cinco dias, nos sete dias anteriores à pes- quisa"									
13 a 15 anos	30,5	28,4	32,5	28,6	26,1	31,1	32,4	29,6	35,2
16 a 17 anos	33,7	31,0	36,3	33,1	29,4	36,8	34,2	30,9	37,6
Escolares que comeram em restaurantes <i>fast- food</i> três dias ou mais nos sete dias anteriores à pesquisa									
13 a 15 anos	14,1	12,9	15,2	14,6	12,8	16,4	13,5	12,0	15,0
16 a 17 anos	16,7	14,3	19,2	18,2	15,2	21,2	15,3	12,7	18,0

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

Nota: Dados referentes à Amostra 2.

De modo geral, os dados não revelam diferenças entre os percentuais de consumo semanal de alimentos marcadores de alimentação saudável e não saudável para os grupos etários de 13 a 15 anos e 16 a 17 anos. Outrossim, entre os estudantes de 16 a 17 anos de idade, estão as maiores proporções daqueles que relataram práticas de realização de refeições em *fast-food* (16,7%) e os menores percentuais daqueles que costumam almoçar ou jantar com pais (61,4%).

## Prática de atividade física

Os dados apresentados na Tabela 10 mostram que maior proporção de escolares do sexo masculino referem realização de atividade física com mais intensidade do que àqueles do sexo feminino nas duas faixas etárias analisadas. A faixa etária de 16 a 17 anos concentra um percentual maior de escolares classificados como inativos. Quanto ao hábito de ficar sentado, por mais de três horas, usando o computador, jogando ou fazendo quaisquer outras atividades, os números apontam comportamento similar para ambas faixas etárias. Quando considerado exclusivamente o costume de ver televisão por mais de duas horas por dia, em ambos os sexos, esse hábito é mais frequente entre escolares



de 13 a 15 anos. Em relação às aulas de educação física, a ocorrência de nenhum dia de aulas de educação física, nos últimos sete dias, anteriores à data da pesquisa atinge com frequência relativa maior os escolares de 16 a 17 anos, mas para dois dias ou mais de aulas de educação física, os de 13 a 15 anos reportam mais vezes essa ocorrência.

**Tabela 10 - Indicadores de prática de atividade física para escolares de 13 a 17 anos de idade, com indicação do intervalo de confiança de 95%, por sexo, segundo os grupos de idade selecionados - Brasil - 2015**

Indicadores de prática de atividade física e grupos de idade selecionados (%)	Escolares de 13 a 17 anos de idade								
	Total			Sexo					
				Masculino			Feminino		
	Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%	
Li- mite infe- rior		Li- mite su- pe- rior	Li- mite infe- rior		Li- mite su- pe- rior	Li- mite infe- rior		Li- mite su- pe- rior	
Escolares que realizaram 300 minutos ou mais de atividade física globalmente estimada (1)									
13 a 15 anos	20,0	18,8	21,2	27,9	25,8	30,1	11,8	10,2	13,3
16 a 17 anos	19,2	17,3	21,0	27,2	24,6	29,7	11,4	9,4	13,3
Escolares que não realizaram atividade física por 60 minutos ou mais em nenhum dia, nos últimos sete dias, anteriores à data da pesquisa									
13 a 15 anos	34,4	32,3	36,4	23,7	21,8	25,6	45,4	42,6	48,2
16 a 17 anos	42,7	40,3	45,1	25,9	22,9	28,8	59,0	56,4	61,6
Escolares classificados como inativos pelo indicador de atividade física acumulada (2)									
13 a 15 anos	6,3	5,0	7,5	4,5	3,2	5,9	8,1	6,4	9,7
16 a 17 anos	10,5	8,5	12,5	6,4	4,7	8,2	14,4	11,3	17,6
Escolares classificados como ativos pelo indicador de atividade física acumulada (2)									
13 a 15 anos	32,4	30,7	34,1	42,1	39,6	44,7	22,4	20,5	24,2
16 a 17 anos	30,3	27,7	32,9	39,4	35,6	43,2	21,5	18,8	24,2
Escolares que costumam realizar atividades sentados(as), por mais de três horas									
13 a 15 anos	52,7	50,4	55,1	51,6	49,1	54,2	53,9	50,8	57,0
16 a 17 anos	53,3	50,8	55,8	52,3	49,0	55,7	54,2	50,8	57,5
Escolares que costumam assistir, semanalmente, mais de duas horas de televisão									
13 a 15 anos	57,6	55,6	59,7	55,7	53,3	58,1	59,6	56,7	62,6
16 a 17 anos	47,7	44,6	50,8	45,3	41,6	49,0	50,0	46,1	54,0
Escolares sem nenhum dia de aula de educação física, nos últimos sete dias, anteriores à data da pesquisa									
13 a 15 anos	19,3	15,6	23,0	20,0	15,8	24,2	18,5	14,6	22,4
16 a 17 anos	32,3	25,9	38,7	30,1	23,8	36,4	34,4	27,1	41,7
Escolares com um dia de aula de educação física, nos últimos sete dias, anteriores à data da pesquisa									
13 a 15 anos	40,2	35,3	45,1	39,6	34,4	44,9	40,8	35,6	46,0
16 a 17 anos	41,1	35,3	46,9	43,7	37,3	50,0	38,7	32,8	44,6
Escolares com dois dias ou mais de aulas de educação física, nos últimos sete dias, anteriores à data da pesquisa									
13 a 15 anos	40,5	35,8	45,2	40,3	35,7	45,0	40,7	35,4	45,9
16 a 17 anos	26,6	21,0	32,2	26,2	20,5	31,9	26,9	20,8	33,0

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

Nota: Dados referentes à Amostra 2.

(1) Escolares que declararam fazer pelo menos uma hora por dia de atividade física em cinco ou mais dias, nos últimos sete dias anteriores à data da pesquisa. (2) Compõem o indicador de atividade física acumulada o produto entre o número de dias e o tempo médio que os escolares gastam em atividades físicas, nos últimos sete dias, anteriores à data da pesquisa, calculados para os seguintes domínios: ir à escola e voltar, aulas de educação física e outras atividades extraescolares.



## Cigarro, álcool e outras drogas

### Cigarro e outros produtos do tabaco

A Tabela 11 contém o conjunto de indicadores de risco à saúde relacionados ao consumo do tabaco para os escolares de 13 a 17 anos de idade no Brasil. No que se refere à experimentação do cigarro ela tem um crescimento relativo de aproximadamente 53,0% entre as duas faixas de idade analisadas. No grupo etário de 13 a 15 anos a experimentação é de 19,0%, chegando a pouco mais de 29,0% entre os escolares na faixa etária de 16 a 17 anos. No grupo de idades de 16 a 17 anos, 10,0% dos escolares experimentaram cigarros antes dos 14 anos de idade, aproximadamente 8,0% consumiram cigarros pelo menos uma vez nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa, 53,0% estiveram em presença de pessoas que faziam uso de cigarros e em torno de 24,0% possuíam pais fumantes. Quanto ao consumo de outros produtos do tabaco, pouco mais de 8,0% dos escolares de 16 a 17 anos de idade declararam fazer uso.

**Tabela 11 - Indicadores de consumo de tabaco para escolares de 13 a 17 anos de idade, com indicação do intervalo de confiança de 95%, por sexo, segundo os grupos de idade selecionados - Brasil - 2015**

Indicadores de consumo de tabaco e grupos de idade selecionados (%)	Escolares de 13 a 17 anos de idade								
	Total			Sexo					
				Masculino			Feminino		
	Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%	
Li-mite inferior		Li-mite superior	Li-mite inferior		Li-mite superior	Li-mite inferior		Li-mite superior	
Escolares que já experimentaram cigarros									
13 a 15 anos	19,0	17,2	20,9	19,2	16,7	21,7	18,9	16,7	21,1
16 a 17 anos	29,1	26,9	31,4	32,0	29,3	34,8	26,3	23,2	29,5
Escolares que experimentaram cigarros antes dos 14 anos									
13 a 15 anos	13,9	12,2	15,6	13,7	11,5	15,9	14,1	11,9	16,3
16 a 17 anos	10,0	8,8	11,2	12,2	10,1	14,2	7,9	6,3	9,5
Escolares que fumaram nos 30 dias anteriores à pesquisa									
13 a 15 anos	5,4	4,7	6,2	5,3	4,3	6,3	5,6	4,5	6,6
16 a 17 anos	8,4	7,1	9,7	10,1	8,1	12,2	6,7	5,2	8,2
Escolares que usaram outros produtos de tabaco									
13 a 15 anos	6,4	5,2	7,7	5,9	4,6	7,1	7,0	5,4	8,6
16 a 17 anos	8,4	6,5	10,2	9,1	7,2	11,0	7,7	5,0	10,4
Escolares que estiveram em presença de pessoas que faziam uso de cigarro									
13 a 15 anos	49,3	47,6	51,1	48,0	45,5	50,6	50,7	48,0	53,4
16 a 17 anos	53,0	50,4	55,5	52,4	49,3	55,5	53,6	50,2	56,9
Escolares que possuem pais ou responsáveis fumantes									
13 a 15 anos	26,5	24,7	28,4	25,7	23,4	28,1	27,4	24,9	29,9
16 a 17 anos	23,7	21,4	26,0	23,7	20,8	26,6	23,7	20,8	26,6

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

Notas: 1. Dados referentes à Amostra 2.

2. Para o cálculo da prevalência considerou-se como denominador o total estimado de escolares respondentes.

## Álcool

Os dados apresentados na Tabela 12 validam a percepção de que com o aumento da idade também aumenta a exposição ao risco à saúde por meio do consumo de bebida alcoólica pelos escolares brasileiros. Na faixa etária de 16 a 17 anos, 73,0% dos escolares já experimentaram uma dose de bebida alcoólica. Nesse grupo de idades, pouco mais de 21,0% dos escolares tomaram a primeira dose de bebida alcoólica com menos de 14 anos de idade e cerca de 60,0% possuíam amigos que consomem bebidas alcoólicas. O indicador de consumo atual de bebida alcoólica, considerando as duas faixas de idade analisadas, cresceu 56,5%, passando de pouco mais de 24,0% entre os escolares de 13 a 15 anos de idade para quase 38,0% no grupo etário de 16 a 17 anos. Em torno de 37,0% dos escolares de 16 a 17 anos de idade já sofreram com episódios de embriaguez e aproximadamente 12,0% deles tiveram problemas, com família ou amigos, porque haviam bebido.

**Tabela 12 - Indicadores de consumo de bebida alcoólica para escolares de 13 a 17 anos de idade, com indicação do intervalo de confiança de 95%, por sexo, segundo os grupos de idade selecionados - Brasil - 2015**

Indicadores de bebida alcoólica e grupos de idade selecionados (%)	Escolares de 13 a 17 anos de idade								
	Total			Sexo					
				Masculino		Feminino			
	Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%	
Li- mite infe- rior		Li- mite su- pe- rior	Li- mite infe- rior		Li- mite su- pe- rior	Li- mite infe- rior		Li- mite su- pe- rior	
Escolares que já tomaram uma dose de bebida alcoólica									
13 a 15 anos	54,3	51,3	57,4	52,3	48,9	55,6	56,5	52,6	60,3
16 a 17 anos	73,0	70,9	75,0	72,9	70,4	75,4	73,0	70,3	75,7
Escolares que experimentaram bebida alcoólica antes dos 14 anos (prevalência)									
13 a 15 anos	36,3	33,6	39,0	36,3	33,1	39,4	36,4	32,8	39,9
16 a 17 anos	21,4	19,7	23,2	25,0	22,7	27,3	18,0	15,5	20,5
Escolares que consumiram ao menos uma dose nos 30 dias anteriores à pesquisa (prevalência)									
13 a 15 anos	24,1	22,0	26,3	22,0	19,7	24,4	26,3	23,4	29,2
16 a 17 anos	37,8	35,2	40,3	39,0	35,9	42,1	36,6	33,1	40,0
Escolares que sofreram algum episódio de embriaguez na vida (prevalência)									
13 a 15 anos	21,0	19,0	23,0	20,3	17,7	22,8	21,7	19,3	24,2
16 a 17 anos	37,2	34,5	40,0	39,6	36,2	43,0	34,9	31,6	38,2
Escolares que tiveram problemas com família ou amigos porque tinham bebido									
13 a 15 anos	7,4	6,4	8,5	8,1	6,5	9,7	6,8	5,6	7,9
16 a 17 anos	12,4	10,9	13,8	13,1	10,9	15,3	11,6	9,6	13,6
Escolares que possuem amigos que consomem bebidas alcoólicas									
13 a 15 anos	42,3	39,9	44,8	38,6	35,9	41,3	46,2	43,0	49,3
16 a 17 anos	60,4	57,8	63,1	60,0	56,3	63,7	60,9	57,7	64,0

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

Notas: 1. Dados referentes à Amostra 2.

2. Para o cálculo da prevalência considera-se como denominador o total estimado de escolares respondentes.

## Uso de drogas ilícitas

Conforme mostra a Tabela 13, a experimentação de drogas ilícitas alguma vez na vida pelos escolares, no Brasil, aumenta de forma expressiva com a idade. Partindo de cerca de 9,0% na faixa etária de 13 a 15 anos, o indicador de experimentação de drogas ilícitas alcança o nível de aproximadamente 17,0% entre os escolares de 16 a 17 anos de idade, um aumento superior a 82,0% no indicador. A experimentação antes dos 14 anos de idade ocorre em quase 3,0% dos escolares na faixa etária de 16 a 17 anos. Quanto ao consumo atual de drogas ilícitas, ele também aumenta com a idade. Para a maconha, o consumo atual foi de 7,2% entre os escolares de 16 a 17 anos de idade. Nessa faixa etária, em torno de um quarto dos escolares possuíam amigos usuários de drogas ilícitas.

**Tabela 13 - Indicadores de consumo de drogas para escolares de 13 a 17 anos de idade, com indicação do intervalo de confiança de 95%, por sexo, segundo os grupos de idade selecionados - Brasil - 2015**

Indicadores de consumo de drogas e grupos de idade selecionados (%)	Escolares de 13 a 17 anos de idade								
	Total			Sexo					
				Masculino			Feminino		
	Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%	
Li-mite inferior		Li-mite superior	Li-mite inferior		Li-mite superior	Li-mite inferior		Li-mite superior	
<b>Escolares que experimentaram drogas ilícitas</b>									
13 a 15 anos	9,1	8,1	10,1	8,9	7,4	10,5	9,3	7,9	10,7
16 a 17 anos	16,6	14,2	18,9	18,5	15,5	21,6	14,7	11,9	17,5
<b>Escolares que experimentaram drogas ilícitas antes dos 14 anos</b>									
13 a 15 anos	5,1	4,4	5,9	5,2	4,0	6,3	5,1	4,0	6,3
16 a 17 anos	2,6	1,8	3,4	3,1	1,8	4,4	2,1	1,1	3,0
<b>Escolares que consumiram drogas ilícitas nos últimos 30 dias anteriores à data da pesquisa</b>									
13 a 15 anos	4,2	3,5	4,9	4,4	3,3	5,4	4,0	3,1	5,0
16 a 17 anos	7,4	6,1	8,6	9,1	7,3	10,9	5,8	4,3	7,2
<b>Escolares que consumiram maconha nos últimos 30 dias anteriores à data da pesquisa</b>									
13 a 15 anos	4,2	3,5	4,8	4,2	3,1	5,2	4,2	3,2	5,1
16 a 17 anos	7,2	5,9	8,5	8,6	6,8	10,4	5,8	4,2	7,4
<b>Escolares que possuem amigos que são usuários de drogas ilícitas</b>									
13 a 15 anos	18,7	17,0	20,5	16,5	14,2	18,9	21,0	18,8	23,2
16 a 17 anos	25,1	22,6	27,7	25,3	22,1	28,4	25,0	21,7	28,2

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

Notas: 1. Dados referentes à Amostra 2.

2. Para o cálculo da prevalência considera-se como denominador o total estimado de escolares respondentes.

## Saúde sexual e reprodutiva

A Tabela 14 mostra as características de saúde sexual e reprodutiva dos escolares de 13 a 17 anos de idade. O percentual de escolares que já tiveram iniciação sexual aumenta com a idade, considerando que no grupo etário de 13 a 15 anos o percentual era

27,0%, enquanto no grupo etário de 16 a 17 anos, mais da metade dos alunos já tiveram relação sexual (54,7%). Os resultados indicaram ainda que, 34,5% dos escolares de 13 a 15 anos de idade, do sexo masculino, já tiveram relação sexual alguma vez, enquanto que, entre as meninas deste grupo etário, o percentual era de 19,3%. Na faixa etária de 16 a 17 anos, 59,9% dos escolares do sexo masculino já haviam tido relação sexual, enquanto que para a mesma faixa etária, o percentual entre as meninas foi de 49,7%. A análise por grupos de idade mostrou que os escolares mais jovens de 13 a 15 anos de idade que já iniciaram a vida sexual, 59,7% usaram preservativo na primeira relação. No grupo etário de 16 a 17 anos o percentual foi de 68,2%. Os resultados que se referem ao uso de preservativo na última relação sexual indicam que o comportamento dos escolares pouco se altera na comparação com o percentual de uso de preservativo na iniciação sexual. No grupo de escolares de 13 a 15 anos de idade, 60,3% responderam usar preservativo na última relação sexual; no grupo etário de 16 a 17 anos, esse percentual foi de 65,6%. No que se refere ao uso de método contraceptivo e de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) na última relação, os resultados indicaram que 69,5% dos escolares com idades de 16 a 17 anos usaram algum método para se protegerem. Assim como observado no indicador de uso de preservativo na primeira relação, os mais jovens foram os que menos se protegeram (59,6%).

**Tabela 14 - Indicadores de saúde sexual e reprodutiva para escolares de 13 a 17 anos de idade, com indicação do intervalo de confiança de 95%, por sexo, segundo os grupos de idade selecionados - Brasil - 2015**

Indicadores de saúde sexual e reprodutiva e grupos de idade selecionados (%)	Escolares de 13 a 17 anos de idade								
	Total			Sexo					
				Masculino			Feminino		
	Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%	
	Li- mite infe- rior	Li- mite su- pe- rior		Li- mite infe- rior	Li- mite su- pe- rior		Li- mite infe- rior	Li- mite su- pe- rior	
Escolares que tiveram relação sexual alguma vez									
13 a 15 anos	27,0	25,1	28,9	34,5	31,6	37,4	19,3	17,3	21,2
16 a 17 anos	54,7	51,1	58,3	59,9	55,7	64,1	49,7	45,6	53,8
Escolares dentre aqueles que já tiveram relação sexual, que usaram preservativo (camisinha) na primeira relação sexual									
13 a 15 anos	59,7	56,8	62,5	56,0	51,8	60,1	66,5	62,1	70,8
16 a 17 anos	68,2	65,1	71,3	62,6	58,9	66,4	74,7	70,1	79,4
Escolares dentre aqueles que já tiveram relação sexual, que usaram preservativo (camisinha) na última relação sexual									
13 a 15 anos	60,3	56,8	63,9	59,5	55,1	63,9	61,8	56,7	67,0
16 a 17 anos	65,6	62,3	68,9	70,6	66,3	75,0	59,7	55,9	63,5
Escolares dentre aqueles que já tiveram relação sexual, que usaram algum método para evitar gravidez e/ou DSTs									
13 a 15 anos	59,6	56,4	62,7	53,6	49,4	57,8	70,7	65,9	75,5
16 a 17 anos	69,5	67,1	71,9	65,1	61,8	68,3	74,7	70,8	78,6

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

Nota: Dados referentes à Amostra 2.

Na Tabela 15, os resultados indicaram que o percentual de escolares que receberam orientação sobre prevenção de gravidez na faixa etária de 13 a 15 anos foi de 70,6%, enquanto que para aqueles do grupo de 16 a 17 anos de idade o percentual é um pouco maior, 75,9%. Os resultados indicaram também que 78,9% de escolares de 13 a 15 anos de idade e 84,3% dos escolares do grupo etário de 16 a 17 anos responderam ter recebido informações sobre AIDS ou outras DSTs. Quanto ao acesso à informação sobre como obter preservativo gratuitamente, 60,3% de escolares na faixa entre 13 a 15 anos de idade tiveram este tipo de orientação. Entre os adolescentes de 16 a 17 anos de idade, o percentual é mais elevado (75,2%).

**Tabela 15 - Indicadores de educação sexual na escola para escolares de 13 a 17 anos de idade, com indicação do intervalo de confiança de 95%, por sexo, segundo os grupos de idade selecionados - Brasil - 2015**

Indicadores de educação sexual na escola e grupos de idade selecionados (%)	Escolares de 13 a 17 anos de idade								
	Total			Sexo					
				Masculino		Feminino			
	Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%	
Li-mite inferior		Li-mite superior	Li-mite inferior		Li-mite superior	Li-mite inferior		Li-mite superior	
Escolares que, na escola, receberam orientação sobre Prevenção de Gravidez									
13 a 15 anos	70,6	67,8	73,4	67,9	65,0	70,8	73,4	69,9	76,8
16 a 17 anos	75,9	73,4	78,3	75,3	72,3	78,4	76,4	72,8	80,0
Escolares que, na escola, receberam orientação sobre AIDS ou outras DSTs									
13 a 15 anos	78,9	76,6	81,2	76,8	74,3	79,4	81,1	78,4	83,8
16 a 17 anos	84,3	82,2	86,4	83,2	80,5	85,9	85,4	82,7	88,0
Escolares que, na escola, receberam orientação de como conseguir preservativo gratuitamente									
13 a 15 anos	60,3	56,8	63,8	59,8	56,2	63,5	60,9	56,5	65,2
16 a 17 anos	75,2	73,1	77,3	75,3	72,4	78,2	75,1	72,2	78,1

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

Nota: Dados referentes à Amostra 2.

## Violência, segurança e acidentes

Os indicadores da Tabela 16 revelam que os escolares mais jovens (13 a 15 anos de idade) foram os que expressaram maior percepção de insegurança. Nessa faixa etária, o percentual de absenteísmo dos estudantes por insegurança no trajeto casa-escola-casa foi de 13,5%. Para os escolares na faixa etária de 16 a 17 anos o percentual foi de 12,4%. O percentual de absenteísmo por insegurança na escola foi de 11,4% para os escolares com 13 a 15 anos de idade e de 8,1% para os escolares do grupo etário de 16 a 17 anos.

Quanto à pergunta sobre a frequência com que os colegas de escola os trataram bem ou foram prestativos, os resultados mostraram que 59,9% dos escolares brasileiros na faixa etária de 13 a 15 anos e 67,0% daqueles com 16 a 17 anos de idade responderam que foram bem-tratados pelos colegas na maior parte do tempo ou sempre. As alunas são as que mais declararam terem sido bem-tratadas pelos colegas, 64,4% entre aquelas de 13 a 15 anos de idade, e 69,4% para o grupo etário de 16 a 17 anos.

**Tabela 16 - Indicadores de segurança no ambiente escolar para escolares de 13 a 17 anos de idade, com indicação do intervalo de confiança de 95%, por sexo, segundo os grupos de idade selecionados - Brasil - 2015**

Indicadores de segurança no ambiente escolar e grupos de idade selecionados (%)	Escolares de 13 a 17 anos de idade								
	Total			Sexo					
				Masculino			Feminino		
	Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%	
Li-mite inferior		Li-mite superior	Li-mite inferior		Li-mite superior	Li-mite inferior		Li-mite superior	
Escolares que deixaram de ir à escola porque não se sentiam seguros no caminho de casa para a escola ou da escola para casa, nos 30 dias anteriores à pesquisa									
13 a 15 anos	13,5	12,1	14,9	14,6	12,9	16,3	12,3	10,3	14,4
16 a 17 anos	12,4	10,7	14,1	12,5	10,3	14,7	12,3	10,2	14,5
Escolares que deixaram de ir à escola porque não se sentiam seguros na escola, nos 30 dias anteriores à pesquisa									
13 a 15 anos	11,4	10,3	12,5	13,2	11,6	14,9	9,5	8,1	11,0
16 a 17 anos	8,1	6,7	9,5	8,2	6,5	9,8	8,0	6,1	9,8
Escolares por frequência com que os colegas de escola os trataram bem e/ou foram prestativos com eles nos 30 dias anteriores à pesquisa									
13 a 15 anos	59,9	57,8	62,0	55,5	52,7	58,4	64,4	61,9	67,0
16 a 17 anos	67,0	64,9	69,1	64,4	61,5	67,4	69,4	66,6	72,3

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

Nota: Dados referentes à Amostra 2.

No que se refere à exposição aos riscos de andar como passageiro em um veículo motorizado (Tabela 17), verificou-se que 18,4% dos escolares do sexo masculino na faixa etária de 13 a 15 anos, e 20,0% daqueles de 16 a 17 anos de idade não usaram cinto segurança no banco dianteiro de veículos motorizados. A negligência quanto ao uso de cinto de segurança aumenta quando o uso se refere ao banco traseiro de veículo motorizado, visto que, em torno de 40,0% dos escolares brasileiros, na faixa de 16 a 17 anos de idade, não usaram cinto de segurança no banco traseiro nos 30 dias anteriores à pesquisa. Por outro lado, entre os mais jovens, a taxa de não uso do cinto de segurança no banco traseiro foi menor (29,8%). As meninas foram as que declararam menos uso do cinto de segurança no banco traseiro: 31,8% entre aquelas

na faixa de 13 a 15 anos de idade e 42,0 % entre aquelas na faixa etária de 16 a 17 anos. No caso de motos ou motocicletas, o uso de capacete por parte dos escolares é bastante elevado em ambas as faixas etárias analisadas, havendo pouca diferenciação entre meninos e meninas.

**Tabela 17 - Indicadores de segurança no trânsito para escolares de 13 a 17 anos de idade, com indicação do intervalo de confiança de 95%, por sexo, segundo os grupos de idade selecionados - Brasil - 2015**

Indicadores de segurança no trânsito e grupos de idade selecionados (%)	Escolares de 13 a 17 anos de idade								
	Total			Sexo					
				Masculino			Feminino		
	Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%	
Li- mite infe- rior		Li- mite su- pe- rior	Li- mite infe- rior		Li- mite su- pe- rior	Li- mite infe- rior		Li- mite su- pe- rior	
Escolares que não usaram o cinto de segurança dianteiro enquanto andava como passageiro em veículo motorizado, nos 30 dias anteriores à pesquisa									
13 a 15 anos	18,9	16,8	21,0	18,4	15,8	20,9	19,5	16,9	22,1
16 a 17 anos	19,9	16,5	23,4	20,0	16,1	23,9	19,9	16,2	23,5
Escolares que não usaram o cinto de segurança traseiro enquanto andava como passageiro em veículo motorizado, nos 30 dias anteriores à pesquisa									
13 a 15 anos	29,8	27,7	32,0	27,9	25,1	30,6	31,8	29,3	34,3
16 a 17 anos	39,8	36,8	42,7	37,4	34,3	40,5	42,0	38,0	46,1
Escolares que usaram capacete ao andar de motocicleta, nos 30 dias anteriores à pesquisa									
13 a 15 anos	84,7	82,4	86,9	85,4	82,8	88,0	83,8	81,0	86,7
16 a 17 anos	84,5	80,8	88,1	83,9	80,3	87,5	85,1	80,0	90,2

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

Nota: Dados referentes à Amostra 2.

Na Tabela 18 os indicadores revelam que a exposição ao risco no trânsito é ainda maior quando se observa menores de idade não habilitados conduzindo veículos automotores. Os dados indicaram que 29,8% dos escolares na faixa etária de 13 a 15 anos e 33,7 % dos escolares de 16 a 17 anos de idade tinham conduzido algum veículo motorizado nos últimos 30 dias. Verificou-se que 40,5% dos escolares do sexo masculino e 18,8% dos escolares do sexo feminino, com 13 a 15 anos, tinham conduzido veículo automotor, enquanto entre aqueles de 16 a 17 anos de idade, o percentual de escolares do sexo masculino foi de 49,0% e escolares do sexo feminino, 18,8 %. Os riscos no trânsito são potencializados quando o condutor ingere bebidas alcoólicas. O percentual de escolares que andaram em veículo motorizado, cujo condutor havia ingerido bebida alcoólica foi de 25,4% para os escolares de ambas as faixas etárias. Os escolares do sexo masculino foram os que mais reportaram essa situação: 27,0% para o grupo etário de 13 a 15 anos e, 26,5% para o grupo de 16 a 17 anos de idade.

**Tabela 18 - Indicadores de violência no trânsito para escolares de 13 a 17 anos de idade, com indicação do intervalo de confiança de 95%, por sexo, segundo os grupos de idade selecionados - Brasil - 2015**

Indicadores de violência no trânsito e grupos de idade selecionados (%)	Escolares de 13 a 17 anos de idade								
	Total			Sexo					
				Masculino			Feminino		
	Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%	
	Li- mite infe- rior	Li- mite su- pe- rior		Li- mite infe- rior	Li- mite su- pe- rior		Li- mite infe- rior	Li- mite su- pe- rior	
Escolares que dirigiram um veículo motorizado, nos 30 dias anteriores à pesquisa									
13 a 15 anos	29,8	28,0	31,7	40,5	38,0	43,1	18,8	16,7	20,8
16 a 17 anos	33,7	30,6	36,7	49,0	45,2	52,9	18,8	15,9	21,7
Escolares que andaram em veículo motorizado dirigido por alguém que tinha ingerido bebida alcoólica									
13 a 15 anos	25,4	23,9	26,9	27,0	25,0	29,0	23,7	21,4	26,1
16 a 17 anos	25,4	23,3	27,6	26,5	23,9	29,1	24,4	21,5	27,3

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

Nota: Dados referentes à Amostra 2.

Na Tabela 19 os indicadores mostram que 14,7% dos escolares de 13 a 15 anos de idade responderam ter sofrido agressão física por algum adulto da família nos 30 dias anteriores à pesquisa. No mesmo grupo de idade, 17,3% informaram ter sofrido agressão física ao menos uma vez nos 12 meses anteriores à pesquisa: 18,5% dos escolares do sexo masculino e 16,0% dos escolares do sexo feminino.

Os que mais reportaram sofrer agressão física e que também envolveram-se em alguma briga e/ou luta física nos 12 meses anteriores à pesquisa foram os escolares de 13 a 15 anos de idade (23,3%). Nessa faixa etária informaram envolvimento em briga e/ou luta física, 30,2% dos escolares do sexo masculino e 16,2% dos escolares do sexo feminino.

Questionados sobre a frequência com que se sentiram humilhados por provocações de colegas da escola, os meninos de 13 a 15 anos (8,4%) e aqueles de 16 a 17 anos de idade (4,9%) foram os que mais afirmaram sentirem-se humilhados, na maior parte do tempo ou sempre.

Ainda no contexto de violência sofrida, os resultados indicaram que 4,7% dos escolares com idades de 13 a 15 anos e 4,5% dos escolares de 16 a 17 anos de idade já foram forçados a ter relação sexual. A diferenciação entre os sexos é maior na faixa etária dos 13 a 15 anos, sendo 5,2% o percentual para o sexo masculino e 4,3% o percentual para o sexo feminino.



**Tabela 19 - Indicadores de agressão física e psicológica para escolares de 13 a 17 anos de idade, com indicação do intervalo de confiança de 95%, por sexo, segundo os grupos de idade selecionados - Brasil - 2015**

Indicadores de agressão física e psicológica e grupos de idade selecionados (%)	Escolares de 13 a 17 anos de idade								
	Total			Sexo					
				Masculino			Feminino		
	Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%	
Li-mite inferior		Li-mite superior	Li-mite inferior		Li-mite superior	Li-mite inferior		Li-mite superior	
Escolares que foram agredidos (as) fisicamente por um adulto da família nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa									
13 a 15 anos	14,7	13,4	16,0	14,9	13,0	16,8	14,4	12,9	15,9
16 a 17 anos	11,1	9,5	12,7	11,5	9,4	13,7	10,7	8,7	12,6
Escolares que sofreram agressão física alguma vez nos 12 meses anteriores à pesquisa									
13 a 15 anos	17,3	15,9	18,7	18,5	16,6	20,4	16,0	14,5	17,5
16 a 17 anos	16,3	14,5	18,0	18,1	15,6	20,6	14,4	12,5	16,4
Escolares que se envolveram em alguma briga e/ou luta física nos 12 meses anteriores à pesquisa									
13 a 15 anos	23,3	21,8	24,8	30,2	28,1	32,3	16,2	14,4	17,9
16 a 17 anos	18,2	16,7	19,8	26,2	23,7	28,6	10,6	8,7	12,5
Escolares por frequência com que se sentiram humilhados por provocações de colegas da escola nos 30 dias anteriores à pesquisa									
13 a 15 anos	7,4	6,4	8,5	8,4	7,0	9,7	6,5	5,3	7,7
16 a 17 anos	5,2	4,2	6,1	4,9	3,5	6,3	5,4	3,9	6,9
Escolares que responderam terem sido forçados(as) a ter relação sexual									
13 a 15 anos	4,7	4,0	5,5	5,2	4,1	6,2	4,3	3,4	5,2
16 a 17 anos	4,5	3,6	5,4	4,1	3,0	5,3	4,8	3,5	6,2

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

Nota: Dados referentes à Amostra 2.

## Hábitos de higiene pessoal

Os indicadores de higiene bucal e das mãos encontram-se descritos na Tabela 20. A frequência de lavagem das mãos antes de comer, nunca ou raramente, foi relatada por 13,2% dos escolares do grupo etário de 13 a 15 anos e 13,8% entre aqueles de 16 a 17 anos de idade. A baixa frequência (nunca ou raramente) de lavagem das mãos após uso do banheiro foi proporcionalmente maior nos estudantes de 13 a 15 anos de idade.

A frequência diária de escovação igual ou superior a três vezes ao dia foi descrita por mais de 70,0% dos escolares brasileiros, sendo maior entre aqueles do grupo etário de 13 a 15 anos (72,5%).

**Tabela 20 - Indicadores de hábitos de higiene para escolares de 13 a 17 anos de idade, com indicação do intervalo de confiança de 95%, por sexo, segundo os grupos de idade selecionados - Brasil - 2015**

Indicadores de hábitos de higiene e grupos de idade selecionados (%)	Escolares de 13 a 17 anos de idade								
	Total			Sexo					
				Masculino			Feminino		
	Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%	
Li- mite infe- rior		Li- mite su- pe- rior	Li- mite infe- rior		Li- mite su- pe- rior	Li- mite infe- rior		Li- mite su- pe- rior	
Escolares que nunca ou raramente lavaram as mãos antes de comer, nos 30 dias anteriores à pesquisa									
13 a 15 anos	13,2	11,9	14,5	11,6	10,0	13,2	14,9	13,3	16,6
16 a 17 anos	13,8	12,3	15,3	12,7	10,5	14,9	14,9	12,8	17,0
Escolares que nunca ou raramente lavaram as mãos após utilização de banheiro ou vaso sanitário, nos 30 dias anteriores à pesquisa									
13 a 15 anos	7,7	6,8	8,6	8,1	6,8	9,4	7,3	6,0	8,5
16 a 17 anos	5,8	4,9	6,8	6,8	5,2	8,3	4,9	3,7	6,2
Escolares que nunca ou raramente utilizaram sabão ou sabonete quando lavaram as mãos, nos 30 dias anteriores à pesquisa									
13 a 15 anos	8,6	7,7	9,6	8,9	7,6	10,3	8,3	7,0	9,6
16 a 17 anos	7,4	6,2	8,5	7,5	6,0	9,0	7,3	5,5	9,0
Escolares com frequência diária de escovação igual ou superior a três vezes, nos 30 dias anteriores à pesquisa									
13 a 15 anos	72,5	70,9	74,1	70,5	68,5	72,6	74,5	72,5	76,6
16 a 17 anos	70,4	68,0	72,9	68,6	65,5	71,7	72,2	69,2	75,2
Escolares que tiveram dor de dente (excluída aquela causada pelo uso de aparelho), nos seis meses anteriores à pesquisa									
13 a 15 anos	20,8	19,3	22,3	17,9	16,0	19,7	23,8	21,8	25,8
16 a 17 anos	21,8	19,9	23,6	19,8	17,4	22,2	23,7	21,3	26,1

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

Nota: Dados referentes à Amostra 2.

## Percepção da imagem corporal

A Tabela 21 discrimina alguns indicadores de imagem corporal de escolares de 13 a 17 anos de idade. Uma parcela expressiva dos escolares sentia-se satisfeito ou muito satisfeito com o próprio corpo, variando o percentual desde 66,6%, no grupo etário de 16 a 17 anos, até 72,4% nos escolares de 13 a 15 anos de idade. As proporções são menores entre as meninas quando comparadas aos meninos, em ambas as faixas etárias.

Outrossim, mais de 80,0% dos estudantes de 13 a 17 anos de idade consideravam a própria imagem corporal importante ou muito importante, sendo os maiores percentuais encontrados entre os escolares mais velhos e do sexo feminino; nas alunas da faixa etária de 16 a 17 anos, esse percentual atingiu 85,7%.

**Tabela 21 - Indicadores de percepção da imagem corporal para escolares de 13 a 17 anos de idade, com indicação do intervalo de confiança de 95%, por sexo, segundo os grupos de idade selecionados - Brasil - 2015**

Indicadores de percepção da imagem corporal e grupos de idade selecionados (%)	Escolares de 13 a 17 anos de idade								
	Total			Sexo					
				Masculino			Feminino		
	Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%	
	Li- mite infe- rior	Li- mite su- pe- rior		Li- mite infe- rior	Li- mite su- pe- rior		Li- mite infe- rior	Li- mite su- pe- rior	
Escolares que consideravam o próprio corpo magro ou muito magro									
13 a 15 anos	27,2	25,8	28,7	27,1	24,9	29,3	27,4	25,5	29,2
16 a 17 anos	28,2	26,3	30,2	31,0	27,8	34,2	25,6	23,1	28,0
Escolares que consideravam o próprio corpo normal									
13 a 15 anos	53,4	51,6	55,2	57,2	54,9	59,6	49,4	47,0	51,8
16 a 17 anos	51,0	49,1	53,0	54,8	51,7	57,9	47,4	44,7	50,1
Escolares que consideravam o próprio corpo gordo ou muito gordo									
13 a 15 anos	19,4	17,9	20,8	15,6	13,6	17,6	23,2	21,2	25,2
16 a 17 anos	20,7	19,1	22,3	14,2	12,3	16,1	27,0	24,7	29,3
Escolares que consideravam a própria imagem corporal importante ou muito importante									
13 a 15 anos	83,2	82,0	84,4	81,1	79,4	82,8	85,4	83,9	86,9
16 a 17 anos	85,2	83,6	86,7	84,7	82,5	86,9	85,7	83,8	87,5
Escolares que se sentiam satisfeitos ou muito satisfeitos com o próprio corpo									
13 a 15 anos	72,4	70,6	74,1	78,1	76,2	80,1	66,5	63,8	69,1
16 a 17 anos	66,6	63,9	69,2	72,3	68,9	75,6	61,1	58,2	63,9

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

Nota: Dados referentes à Amostra 2.

Corroborando os indicadores sobre sentimento de satisfação em relação ao próprio corpo, observa-se, na Tabela 22 que a menor proporção de escolares que não fizeram qualquer tentativa de modificação do peso corporal (35,0%) foi encontrada entre as alunas de 16 a 17 anos de idade.

Cabe ainda destacar que as maiores proporções de escolares que tentaram perder peso corporal foram, mais uma vez, encontradas entre estudantes do sexo feminino, atingindo, respectivamente, 30,2% e 32,6% nos grupos etários de 13 a 15 anos e 16 a 17 anos.

Entre os meninos, foram encontrados os maiores percentuais escolares que tentaram ganhar peso ou massa corporal: 17,9% dos escolares de 13 a 15 anos de idade e 22,6% na faixa etária de 16 a 17 anos.

**Tabela 22 - Indicadores de atitude em relação ao peso corporal para escolares de 13 a 17 anos de idade, com indicação do intervalo de confiança de 95%, por sexo, segundo os grupos de idade selecionados - Brasil - 2015**

Indicadores de atitude em relação ao peso corporal e grupos de idade selecionados (%)	Escolares de 13 a 17 anos de idade									
	Total			Sexo						
				Masculino			Feminino			
	Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%		
Li- mite infe- rior		Li- mite su- pe- rior	Li- mite infe- rior		Li- mite su- pe- rior	Li- mite infe- rior		Li- mite su- pe- rior		
Escolares que não fizeram qualquer tentativa de modificação do próprio peso corporal										
13 a 15 anos	41,4	39,9	43,0	42,2	40,1	44,2	40,7	38,3	43,0	
16 a 17 anos	39,4	37,3	41,6	44,1	41,3	46,9	35,0	31,9	38,0	
Escolares que tentaram perder peso corporal										
13 a 15 anos	25,7	24,2	27,2	21,3	19,3	23,3	30,2	28,1	32,4	
16 a 17 anos	25,3	23,5	27,0	17,6	15,5	19,7	32,6	29,9	35,3	
Escolares que tentaram ganhar peso corporal										
13 a 15 anos	15,8	14,6	17,0	17,9	16,1	19,7	13,6	12,1	15,1	
16 a 17 anos	19,6	17,4	21,7	22,6	20,1	25,0	16,7	14,1	19,2	
Escolares que tentaram manter o peso corporal										
13 a 15 anos	17,1	15,8	18,4	18,6	17,0	20,3	15,5	13,7	17,4	
16 a 17 anos	15,8	14,1	17,4	15,7	13,3	18,2	15,8	13,7	17,8	
Escolares que vomitaram ou usaram laxantes para perder peso ou evitar ganhar peso nos 30 dias anteriores à pesquisa										
13 a 15 anos	8,4	7,4	9,4	9,3	7,8	10,9	7,4	6,2	8,6	
16 a 17 anos	5,7	4,8	6,7	4,8	3,6	6,1	6,6	5,4	7,8	
Escolares que tomaram algum remédio, fórmula ou outro produto para perder peso, sem acompanhamento médico, nos 30 dias anteriores à pesquisa										
13 a 15 anos	7,5	6,3	8,6	9,2	7,5	11,0	5,7	4,5	6,8	
16 a 17 anos	5,5	4,4	6,6	5,5	4,1	7,0	5,4	4,0	6,8	
Escolares que tomaram algum remédio, fórmula ou outro produto para ganhar peso ou massa muscular, sem acompanhamento médico, nos 30 dias anteriores à pesquisa										
13 a 15 anos	7,8	6,8	8,8	10,0	8,4	11,5	5,6	4,6	6,7	
16 a 17 anos	9,3	8,1	10,6	11,9	10,0	13,8	6,9	5,5	8,3	

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

Nota: Dados referentes à Amostra 2.

## Saúde mental

Conforme dados apresentados na Tabela 23, o sentimento de solidão e a insônia foram relatados, em maior proporção, entre as meninas.

O sentimento de solidão na maior parte das vezes ou sempre, nos 12 meses anteriores à pesquisa, foi de 15,5% para os estudantes nos dois grupos etários analisados. Entre escolares do sexo masculino, de ambas as faixas etárias, o indicador superou 10,0%. Para o sexo feminino, foi superior a 20,0% em ambos os grupos de idade.

Por outro lado, maior proporção de escolares do sexo masculino relata inexistência de amigos próximos. Esse percentual atinge 6,1% dos meninos de 13 a 15 anos de idade e 4,9% no grupo etário de 16 a 17 anos. Entre as alunas, o indicador variou desde 3,2%, nos mais jovens, até 3,4% nas idades mais avançadas.

**Tabela 23 - Indicadores de saúde mental para escolares de 13 a 17 anos de idade, com indicação do intervalo de confiança de 95%, por sexo, segundo os grupos de idade selecionados - Brasil - 2015**

Indicadores de saúde mental e grupos de idade selecionados (%)	Escolares de 13 a 17 anos de idade								
	Total			Sexo					
				Masculino			Feminino		
	Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%	
Li-mite inferior		Li-mite superior	Li-mite inferior		Li-mite superior	Li-mite inferior		Li-mite superior	
Escolares que sentiram-se sozinhos na maior parte das vezes ou sempre, nos 12 meses anteriores à pesquisa									
13 a 15 anos	15,5	14,2	16,7	10,6	9,2	12,1	20,5	18,6	22,4
16 a 17 anos	15,5	14,0	17,1	10,4	8,3	12,5	20,5	18,1	22,8
Escolares que perderam o sono, devido a preocupações, na maioria das vezes ou sempre nos 12 meses anteriores à pesquisa									
13 a 15 anos	11,2	10,2	12,2	7,3	6,0	8,5	15,3	13,8	16,9
16 a 17 anos	11,4	10,3	12,6	7,6	6,1	9,1	15,2	13,1	17,2
Escolares que não tinham amigos próximos									
13 a 15 anos	4,7	4,0	5,4	6,1	5,1	7,2	3,2	2,4	3,9
16 a 17 anos	4,1	3,3	4,9	4,9	3,6	6,1	3,4	2,4	4,3

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

Nota: Dados referentes à Amostra 2.

## Uso de serviços de saúde

De acordo com os dados apresentados na Tabela 24, mais de 70,0% dos escolares brasileiros classificaram seu estado de saúde como bom ou muito bom. Cabe destacar que essa classificação tende a ser menos frequente entre estudantes do sexo feminino de 16 a 17 anos de idade (66,4%).

O absenteísmo escolar por motivo de saúde foi relatado por mais da metade dos escolares brasileiros de 13 a 17 anos de idade.

O conhecimento da campanha de vacinação contra o Papilomavírus Humano (HPV) foi relatado por mais de 80,0% dos escolares, atingindo 84,9% na faixa etária de 13 a 15 anos. Adicionalmente, a cobertura da vacina atingiu 68,5% das estudantes do sexo feminino de 13 a 15 anos de idade.

**Tabela 24 - Indicadores de uso de serviços de saúde para escolares de 13 a 17 anos de idade, com indicação do intervalo de confiança de 95%, por sexo, segundo os grupos de idade selecionados - Brasil - 2015**

Indicadores de uso de serviços de saúde e grupos de idade selecionados (%)	Escolares de 13 a 17 anos de idade								
	Total			Sexo					
				Masculino			Feminino		
	Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%	
	Li- mite infe- rior	Li- mite su- pe- rior		Li- mite infe- rior	Li- mite su- pe- rior		Li- mite infe- rior	Li- mite su- pe- rior	
Escolares que classificaram seu estado de saúde como muito bom ou bom									
13 a 15 anos	74,3	72,7	75,9	78,2	76,1	80,3	70,2	68,2	72,2
16 a 17 anos	71,4	69,6	73,2	76,6	74,4	78,7	66,4	63,6	69,3
Escolares que faltaram aula por motivos relacionados à própria saúde nos 12 meses anteriores à pesquisa									
13 a 15 anos	51,5	49,4	53,6	47,8	45,5	50,0	55,3	52,3	58,3
16 a 17 anos	55,8	53,1	58,5	49,7	46,4	52,9	61,7	58,6	64,8
Escolares que procuraram algum serviço de saúde nos 12 meses anteriores à pesquisa									
13 a 15 anos	54,5	52,7	56,4	50,9	48,3	53,4	58,3	55,9	60,7
16 a 17 anos	60,4	58,1	62,6	54,9	51,9	57,9	65,6	62,7	68,5
Escolares que já conhecem e/ou ouviram falar sobre a campanha de vacinação contra o Papilomavírus Humano (HPV)									
13 a 15 anos	84,9	83,6	86,3	76,2	74,0	78,3	94,0	92,9	95,0
16 a 17 anos	82,6	80,8	84,4	74,2	71,4	77,1	90,7	88,9	92,4
Escolares que do sexo feminino que foram vacinadas contra o Papilomavírus Humano (HPV)									
13 a 15 anos	68,5	65,5	71,5	..	..	..	68,5	65,5	71,5
16 a 17 anos	18,2	15,7	20,8	..	..	..	18,2	15,7	20,8

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

Nota: Dados referentes à Amostra 2.

## Asma

Conforme a Tabela 25, os episódios de chiado ou piado no peito entre escolares de 13 a 17 anos de idade foram relatados por 22,0% dos estudantes na faixa etária de 13 a 15 anos e 20,3% daqueles no grupo de 16 a 17 anos de idade. Já a ocorrência de asma foi relatada por mais de 15,0% dos estudantes de ambas as faixas etárias.

**Tabela 25 - Indicadores de asma para escolares de 13 a 17 anos de idade, com indicação do intervalo de confiança de 95%, por sexo, segundo os grupos de idade selecionados - Brasil - 2015**

Indicadores de asma e grupos de idade selecionados (%)	Escolares de 13 a 17 anos de idade								
	Total			Sexo					
				Masculino			Feminino		
	Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%	
Li-mite inferior		Li-mite superior	Li-mite inferior		Li-mite superior	Li-mite inferior		Li-mite superior	
Escolares que tiveram chiado ou piado no peito nos 12 meses anteriores à pesquisa									
13 a 15 anos	22,0	20,9	23,1	20,0	18,4	21,7	24,1	22,3	25,8
16 a 17 anos	20,3	18,6	22,0	17,0	14,6	19,4	23,5	21,3	25,7
Escolares que tiveram episódio de asma alguma vez na vida									
13 a 15 anos	16,2	14,6	17,7	16,7	15,0	18,3	15,6	13,8	17,4
16 a 17 anos	15,3	13,8	16,8	15,7	13,5	17,9	14,9	13,1	16,7

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

Nota: Dados referentes à Amostra 2.

## Antropometria: peso e altura aferidos

Na Amostra 2 da PeNSE 2015, os estudantes selecionados, além de responderem ao questionário da pesquisa tiveram as medidas de peso e altura aferidos.

A mensuração do peso e altura, associado à idade permite avaliar o estado nutricional da população-alvo, que é de suma importância para analisar a saúde e a condição de vida.

As medidas aferidas de todos os estudantes selecionados foram submetidas a um processo de críticas e imputação, sendo que, na análise da avaliação nutricional a faixa etária trabalhada, foi a dos escolares de 13 a 17 anos de idade.

## Tratamento das informações antropométricas

A coleta dos dados antropométricos (peso e altura) está sujeita a diversos tipos de erros que podem afetar os resultados do levantamento. Esses erros surgem de diferentes fontes como: a técnica de mensuração adotada, a precisão do equipamento utilizado, a habilidade do antropometrista e finalmente os erros de não resposta.

A tomada do peso é um procedimento relativamente simples e a qualidade das medidas obtidas depende essencialmente da precisão do equipamento utilizado. A tomada da altura é mais complexa e a qualidade da medida obtida depende, neste caso, tanto do equipamento utilizado, quanto da técnica de mensuração (posicionamento do indivíduo que está sendo medido, por exemplo) e da habilidade do antropometrista.

A ausência de resposta surge quando ocorre perda das informações motivadas por diversos fatores, como por exemplo, impossibilidade do aluno, falta de cooperação e outros.

Foi utilizado o tratamento conhecido como imputação para tratar a não resposta, bem como os erros de resposta associados a valores rejeitados na etapa de crítica de consistência.

## **Crítica e imputação dos dados**

As variáveis peso e altura foram submetidas a uma análise de crítica de valores, com o objetivo de identificar valores que fossem considerados discrepantes em relação ao conjunto de dados, segundo faixa de idade. Esses valores foram transformados em valor zero, para posterior imputação. Esses registros com valor zero, bem como aquelas situações definidas como não resposta, foram completados segundo um processo controlado de imputação.

Para esta etapa, foi utilizado um conjunto de rotinas computacionais na linguagem do pacote SAS (Statistical Analysis System - SAS) (SAS/STAT..., 2011), integradas à Metodologia CIDAQ (Crítica e Imputação de Dados Quantitativos) (SILVA, 1989).

Sobre os aspectos metodológicos pertinentes, vale ressaltar que a Metodologia CIDAQ incorpora:

- Tratamento multivariado de dados, onde os dados foram avaliados levando-se em consideração o comportamento conjunto de todas as variáveis dos registros: idade, sexo, peso, altura;
- Análise exploratória prévia e transformação de dados, que permite trabalhar com distribuições padronizadas;
- Estimção robusta de parâmetros, a partir de dados incompletos, que implementa pesos diferentes para observações mais distantes do conjunto das observações;
- Detecção de casos suspeitos (outliers); e
- Imputação dos dados faltantes ou rejeitados, mantida a distribuição dos dados originalmente coletados.

## **Avaliação com a Metodologia CIDAQ**

Inicialmente, as variáveis peso e altura foram dispostas segundo os grupos de sexo e idade de ano em ano. Para cada grupo de sexo e idade foi montado um diagrama de dispersão com o objetivo de identificar distorções nos registros das medidas associadas a cada pessoa, que foram avaliados no seu todo, ou seja, considerando todas as informações ali contidas: idade, sexo, peso, altura. Esses valores considerados muito destoantes dos demais, que podem estar associados a erros de medida, foram marcados para a etapa de imputação.

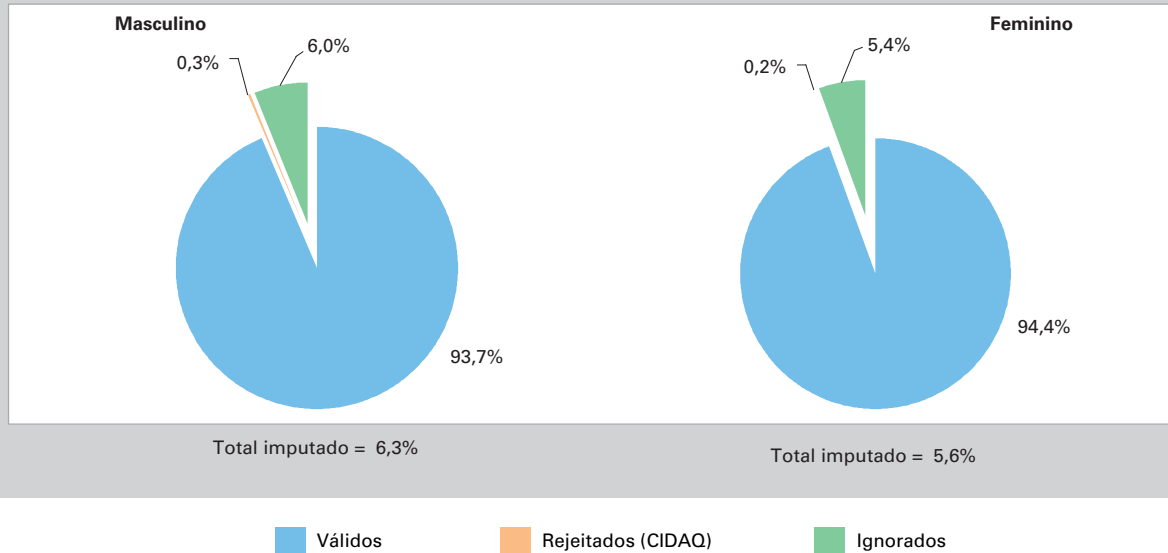
Após esta etapa, os dados foram então submetidos às rotinas automáticas de identificação de valores suspeitos à distribuição e de imputação automática.

O Gráfico 20 apresenta a distribuição percentual dos valores válidos e imputados, segundo os critérios de avaliação, ou seja, imputação por rejeição ou por



falta de informação de peso e/ou altura, para os escolares do 6º ao 9º ano do ensino fundamental e da 1ª a 3ª série do ensino médio, por sexo.

Gráfico 20 - Distribuição percentual de valores válidos e imputados das medidas antropométricas dos escolares do 6º ao 9º ano do ensino fundamental e da 1ª a 3ª série do ensino médio, por critério de avaliação das medidas, segundo o sexo - Brasil - 2015



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.  
Nota: Dados referentes à Amostra 2.

## Avaliação do estado nutricional dos escolares de 13 a 17 anos

A antropometria é um método de investigação em nutrição baseado na medição das variações físicas e na composição corporal global. Além do método antropométrico representar um importante recurso para a avaliação do estado nutricional da pessoa, oferece ainda dados para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da população.

Seguindo recomendações da OMS para a avaliação do perfil antropométrico nutricional de populações de adolescentes, o índice utilizado foi o índice de massa corporal (peso em kg dividido pelo quadrado da altura em metro) IMC-para-idade<sup>17</sup>, expresso em escore z, que corresponde ao valor padronizado deste índice em relação a uma distribuição de referência (ONIS et al., 2007).

A partir do cálculo desse índice, expresso em escore z, segundo recomendações do Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional - SISVAN, da Secretaria de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011), foram estimadas as prevalências de baixo peso, eutrofia (IMC-para-idade adequado), sobrepeso, excesso de peso e obesidade. Foi diagnosticado como baixo peso os estudantes que obtiveram índices antropométricos inferiores a -2 escores z da distribuição de referência, eutróficos expresso em escore z entre -2 e

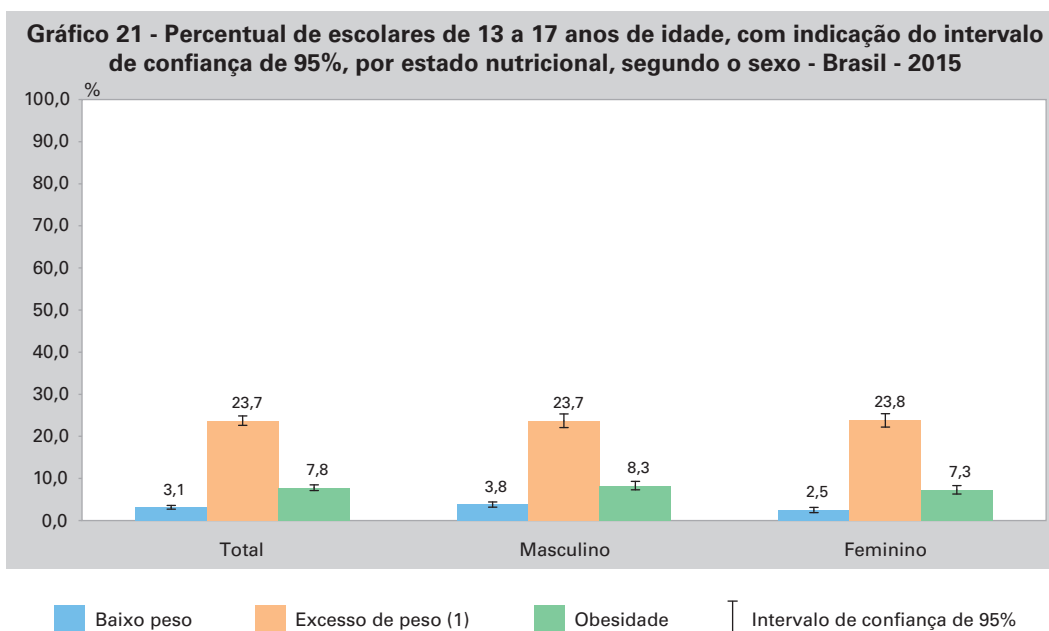
<sup>17</sup>IMC-para-idade é o índice calculado segundo sexo e idade da pessoa.

1, sobrepeso os que obtiveram índices superior ou igual a 1 escore z e inferior a 2 escores z, e obesidade foram diagnosticados por valores do IMC-para-idade superior a 2 escores z (ONIS et al., 2007).

Excesso de peso foram os estudantes diagnosticados por valores do IMC-para-idade superior a 1 escore z da distribuição de referência, ou seja, é o resultado da soma dos percentuais dos estados nutricionais de sobrepeso e obesidade

O Gráfico 21 apresenta estimativas de baixo peso, excesso de peso e obesidade, para os escolares de 13 a 17 anos, por sexo.

A prevalência de baixo peso, estimada pela PeNSE 2015, para os escolares com idade entre 13 e 17 anos de idade, foi de 3,1 %, ficando um pouco mais elevada para os escolares do sexo masculino (3,8%), contra 2,5% do sexo feminino, indicando assim frequência pequena de desnutrição na população de escolares (Tabela de Resultados 2.15.1).



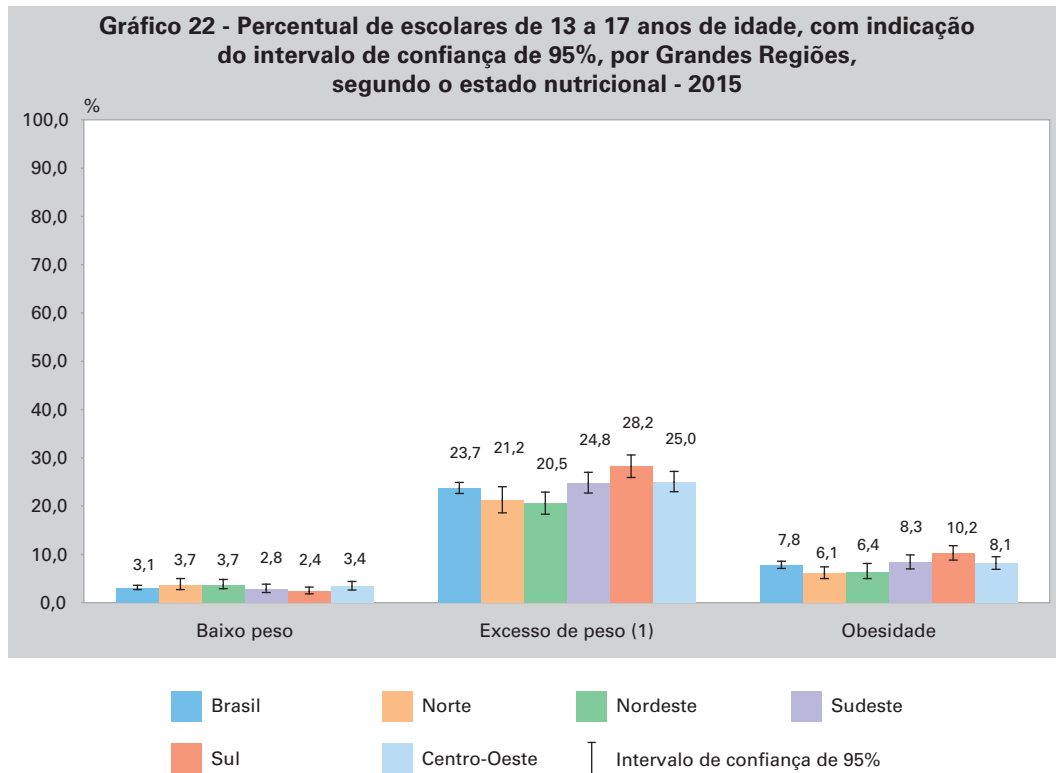
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

Nota: Dados referentes à Amostra 2.

(1) Referente a soma dos percentuais de sobrepeso e obesidade.

Quanto ao indicador de excesso de peso nos escolares, a prevalência ficou mais elevada, com cerca de 23,7%, que corresponde um total estimado de 3 milhões de escolares, mostrando pouca variação entre os dois sexos (23,7% para o sexo masculino e 23,8% para o feminino). Obesos representam mais de um terço do total de escolares do sexo masculino com excesso de peso e um pouco menos de um terço no caso das escolares do sexo feminino com excesso de peso. No total da população-alvo, 8,3% dos meninos e 7,3% das meninas, foram considerados obesos pela metodologia adotada (Tabela de Resultados 2.15.2).

O Gráfico 22 apresenta estimativas de baixo peso, excesso de peso e obesidade, para os escolares de 13 a 17 anos de idade, por Grandes Regiões.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

Nota: Dados referentes à Amostra 2.

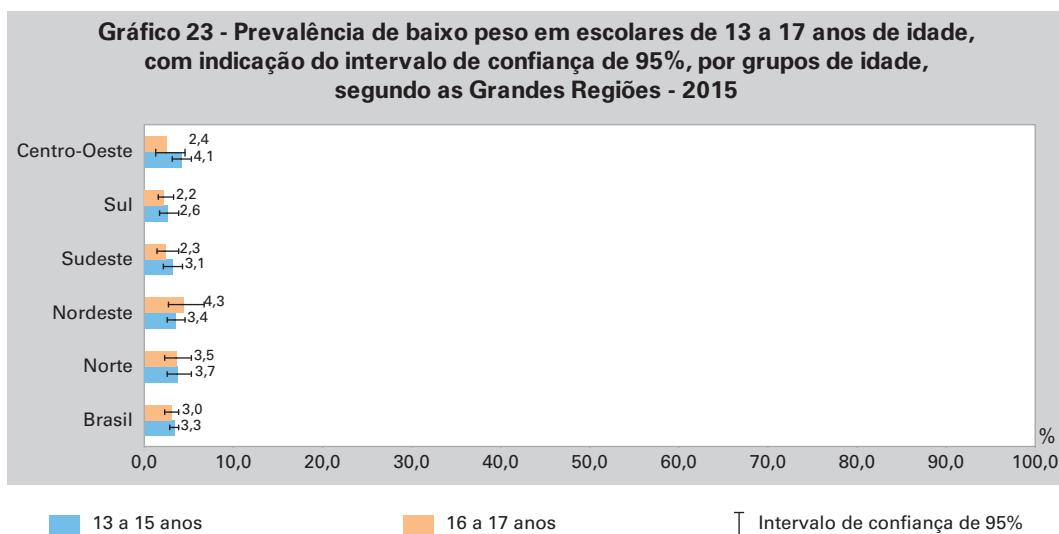
(1) Referente a soma dos percentuais de sobrepeso e obesidade.

A distribuição da população de escolares, segundo as Grandes Regiões, evidencia que a prevalência de baixo peso ficou mais elevada nas Regiões Norte e Nordeste (3,7%) sendo a Região Sul a que apresentou o menor índice de baixo peso (2,4%) (Tabela de Resultados 2.15.1).

Em todas as Grandes Regiões o indicador de excesso de peso ultrapassou 20,0%, sendo a Região Sul a mais elevada com 28,2% e a Região Nordeste com menor índice de prevalência (20,5%) (Tabela de Resultados 2.15.2).

A distribuição da prevalência de obesidade, nas Grandes Regiões, foi similar a distribuição do excesso de peso. Prevalências maiores foram observadas para os escolares da Região Sul, com 10,2 %, contra 6,1% no caso dos escolares da Região Norte (Tabela de Resultados 2.15.1).

O Gráfico 23 apresenta estimativas para os escolares de 13 a 17 anos de idade com baixo peso, por faixa etária, segundo Brasil e Grandes Regiões.

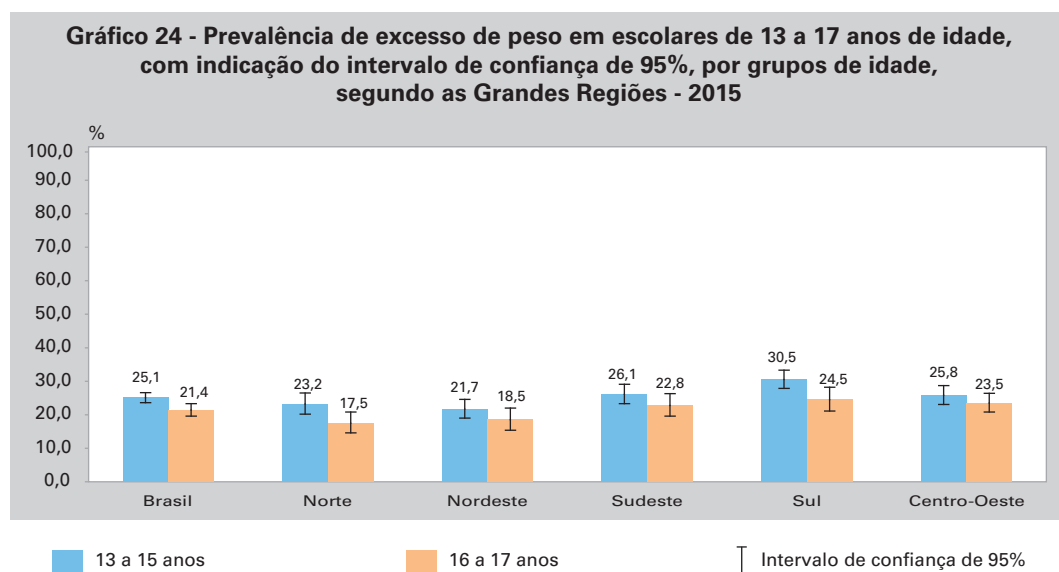


Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

Nota: Dados referentes à Amostra 2.

Conforme se pode observar no Gráfico 23, o indicador de prevalência de baixo peso nos escolares de 13 a 15 anos de idade, tanto no Brasil quanto nas Grandes Regiões, apresentaram sempre um percentual maior em relação ao grupo etário de 16 a 17 anos, com exceção da Região Nordeste que apresentou a maior prevalência de baixo peso no grupo de idade de 16 a 17 anos (4,3%). Sendo que na Região Centro-Oeste a diferença entre os dois grupos de idade foi mais distinta, apresentando uma prevalência de 4,1% para o grupo de 13 a 15 anos contra 2,4% do grupo de 16 a 17 anos (Tabela de Resultados 2.15.1).

O Gráfico 24 apresenta estimativas para os escolares de 13 a 17 anos de idade com excesso de peso, por faixa etária, segundo Brasil e Grandes Regiões.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

Notas: 1. Dados referentes à Amostra 2.

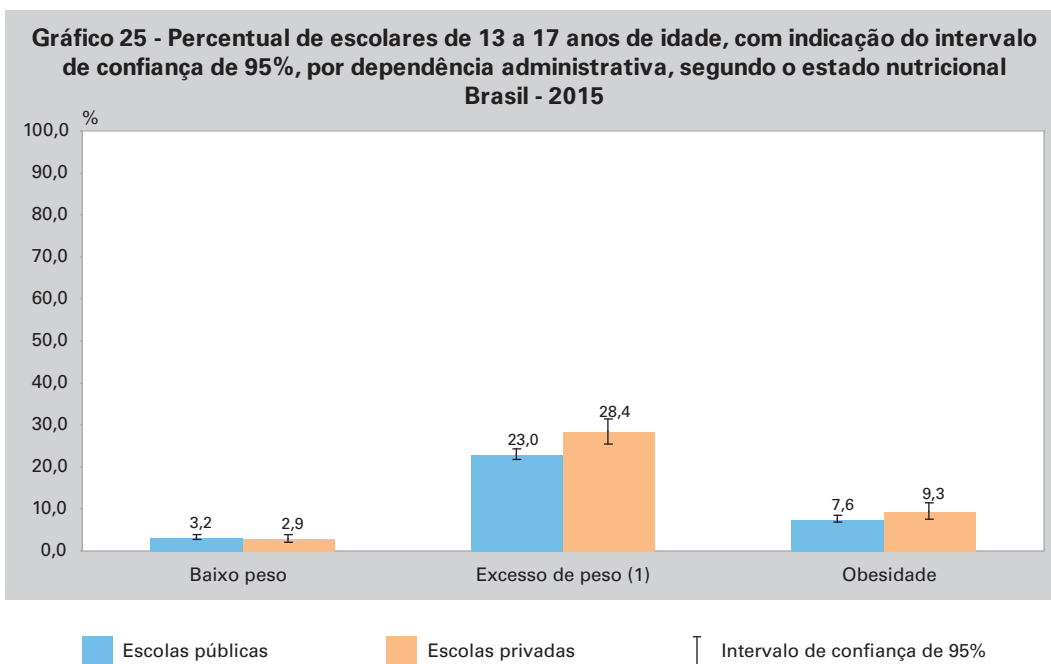
2. Excesso de peso é a soma dos percentuais de sobrepeso e obesidade.

Segundo a PeNSE, a prevalência do excesso de peso para o grupo de escolares brasileiros com idades de 13 a 15 anos, em 2015, foi de 25,1%. Na PeNSE 2009, quando foram investigados os escolares que frequentavam o 9º ano do ensino fundamental para o conjunto dos municípios das capitais, o indicador de excesso de peso foi estimado em 23,2%.

O comportamento da prevalência de escolares com excesso de peso em relação aos grupos de idade, evidencia que, tanto no Brasil como em todas as Grandes Regiões, o grupo etário de 16 a 17 anos apresentou uma frequência relativa sempre menor que aquele de 13 a 15 anos de idade. Este padrão de comportamento já pode ser observado nos adolescentes entrevistados na Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF 2008-2009, que apresentaram uma prevalência de excesso de peso no Brasil de 19,9% e 14,7%, respectivamente (PESQUISA..., 2010a).

Na comparação entre as Grandes Regiões, a Sul apresentou a maior frequência de escolares com excesso de peso, com 30,5% para escolares com a idade na faixa de 13 a 15 anos e 24,5% para o grupo etário de 16 a 17 anos. Já as Regiões Norte e Nordeste apresentam as menores prevalências de excesso de peso, tanto no grupo etário de 13 a 15 anos, quanto do grupo de 16 a 17 anos de idade (Tabela de Resultados 2.15.2).

O Gráfico 25 apresenta estimativas de baixo peso, excesso de peso e obesidade para os escolares de 13 a 17 anos idade, por dependência administrativa da escola.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

Nota: Dados referentes à Amostra 2.

(1) Referente a soma dos percentuais de sobrepeso e obesidade.

Na comparação dos resultados por dependência administrativa das escolas, para o estado nutricional de baixo peso, não foram observadas diferenças significativas entre as redes pública e privada: prevalência de 3,2% em escolares de escolas públicas e 2,9 % em alunos de escolas privadas (Tabela de Resultados 2.15.1).

Quanto à prevalência de excesso de peso por dependência administrativa da escola, ficou mais elevada entre os escolares de escolas privadas (28,4%) quando comparada àqueles de escolas públicas (23,0%) (Tabela de Resultados 2.15.2).

A distribuição da prevalência de obesidade, por dependência administrativa da escola, foi similar a distribuição do excesso de peso, com frequência de 9,3% para escolares de escolas privadas e 7,6% para aqueles de escolas públicas (Tabela de Resultados 2.15.1).

---

## Referências

ACOMPANHANDO a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável: subsídios iniciais do sistema das Nações Unidas no Brasil sobre a identificação de indicadores nacionais referentes aos objetivos de desenvolvimento sustentável. Brasília, DF: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD Brasil, 2015. 291 p. Disponível em: <[http://www.pnud.org.br/Docs/Acompanhando\\_Agenda2030-Subsidios\\_iniciais-Brasil.pdf](http://www.pnud.org.br/Docs/Acompanhando_Agenda2030-Subsidios_iniciais-Brasil.pdf)>. Acesso em: jul. 2016.

ADOLESCENTS' health-related behaviours: key points. In: HEALTH for the world's adolescents: a second chance in the second decade. Geneva: World Health Organization - WHO, 2014. Seção 4. Disponível em: <<http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section4>>. Acesso em: jul. 2016.

ALBERGA, A. S. et al. Overweight and obese teenagers: why is adolescence a critical period? *Pediatric Obesity*, Hoboken: Wiley; London: International Association for the Study of Obesity, v. 7, n. 4, p. 261-273, Aug. 2012.

ANDRADE, S. S. C. de A. et al. Relação entre violência física, consumo de álcool e outras drogas e bullying entre adolescentes escolares brasileiros. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP, v. 28, n. 9, p. 1725-1736, set. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v28n9/v28n9a11.pdf>>. Acesso em: jul. 2016.

AZEREDO, C. M. et al. Dietary intake of Brazilian adolescents. *Public Health Nutrition*, Cambridge: Cambridge Journal; London: Nutrition Society, v. 18, n. 7, p. 1215-1224, May 2015. Disponível em: <[http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FPHN%2FPHN18\\_07%2FS1368980014001463a.pdf&code=0aca0a858070f126559d97c60a9e146d](http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FPHN%2FPHN18_07%2FS1368980014001463a.pdf&code=0aca0a858070f126559d97c60a9e146d)>. Acesso em: jul. 2016.

BARRETO, M. L. et al. Prevalência de sintomas de asma entre escolares do Brasil: pesquisa nacional em saúde do escolar (PeNSE 2012). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco, v. 17, supl. 1, p. 106-115, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2014000500106&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000500106&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: jul. 2016.

BOLFARINE, H.; BUSSAB, W. O. *Elementos de amostragem*. São Paulo: E. Blücher, 2005. 274 p.

BORGES, D. et al. *O impacto da violência no acesso à saúde nas comunidades de baixa renda*. Rio de Janeiro: Instituto Igarapé: Humanitarian Action in Situations other than War - Hasow, 2014. 39 p. (Discussion paper, 13). Disponível em: <<https://igarape.org.br/wp-content/uploads/2016/04/O-impacto-da-viol%C3%Aancia-no-acesso.pdf>>. Acesso em: jul. 2016.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, [2016]. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br/legislacao>>. Acesso em: jul. 2016.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, ano 144, n. 234, 6 dez. 2007. Seção 1, p. 2-3. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br/legislacao>>. Acesso em: jul. 2016.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 7.984, de 8 de abril de 2013. Regulamenta a lei n. 9.615, de 24 de março de 1998, que institui normas gerais sobre desporto. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, ano 150, n. 67, 9 abr. 2013a. Seção 1, p. 5-10. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br/legislacao>>. Acesso em: jul. 2016.

\_\_\_\_\_. Lei n. 8.069, de 13 de julho 1990. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, ano 128, n. 135, 16 jul. 1990. Seção 1, p. 13563-13577. Retificada no Diário, 27 set. 1990, p. 18551. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br/legislacao>>. Acesso em: jul. 2016.

\_\_\_\_\_. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, ano 134, n. 248, 23 dez. 1996. Seção 1, p. 27833-27841. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br/legislacao>>. Acesso em: jul. 2016.

\_\_\_\_\_. Lei n. 11.947, de 16 de junho de 2009. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do programa dinheiro direto na escola aos alunos da educação básica; altera as leis n. 10.880, de 9 de junho de 2004, 11.273, de 6 de fevereiro de 2006, 11.507, de 20 de julho de 2007; revoga dispositivos da medida provisória n. 2.178-36, de 24 de agosto de 2001, e a lei n. 8.913, de 12 de julho de 1994; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, ano 146, n. 113, 17 jun. 2009. Seção 1, p. 2-4. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br/legislacao>>. Acesso em: jul. 2016.



\_\_\_\_\_. Lei n. 13.185, de 6 de novembro de 2015. Institui o programa de combate à intimidação sistemática (bullying). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, ano 152, n. 213, 9 nov. 2015a. Seção 1, p. 1-2. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br/legislacao>>. Acesso em: jul. 2016.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. *Guia alimentar para a população brasileira*. 2. ed. Brasília, DF, 2014a. 152 p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_alimentar\\_populacao\\_brasileira\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf)>. Acesso em: jul. 2016.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. *Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do sistema de vigilância alimentar e nutricional - Sisvan*. Brasília, DF, 2011. 71 p. (Série G. Estatística e informação em saúde). Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/orientacoes\\_coleta\\_analise\\_dados\\_antropometricos.p](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.p)>. Acesso em: jul. 2016.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Informe técnico sobre a vacina contra o papilomavírus humano (HPV) na atenção básica*. Brasília, DF, 2014b. Adaptado pelo Programa Estadual de Imunizações-RS. Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/upload/1391701778\\_Informe%20Tecnico\\_Introducao%20vacina%20HPV.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1391701778_Informe%20Tecnico_Introducao%20vacina%20HPV.pdf)>. Acesso em: jul. 2016.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Prevalência e distribuição de importantes doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2013: análise da pesquisa nacional de saúde (PNS). In: \_\_\_\_\_. *Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas*. Brasília, DF, 2015b. p. 203-216. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2014\\_analise\\_situacao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2014_analise_situacao.pdf)>. Acesso em: jul. 2016.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Viva: sistema de vigilância de violências e acidentes: 2009, 2010 e 2011*. Brasília, DF, 2013b. 162 p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema\\_vigilancia\\_violencia\\_acidentes.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_vigilancia_violencia_acidentes.pdf)>. Acesso em: jul. 2016.

BURTON, M. et al. The effect of handwashing with water or soap on bacterial contamination of hands. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Basel: Multidisciplinary Digital Publishing Institute - MDPI, v. 8, n. 1, p. 97-104, Jan. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3037063/pdf/ijerph-08-00097.pdf>>. Acesso em: jul. 2016.

CAMPOS, H. M.; SCHALL, V.T.; NOGUEIRA, M. J. Saúde sexual e reprodutiva de adolescentes: interlocuções com a pesquisa nacional de saúde do escolar (PeNSE). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - Cebes, v. 37, n. 97, p. 336-346, abr./jun. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042013000200015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000200015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: jul. 2016.

CENSO escolar 2013/2015: microdados para download. Brasília, DF: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - INEP, [2016]. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/basicalevantamentos-acessar>> . Acesso em: jul. 2016.

CHAU, K.; BAUMANN, M.; CHAU, N. Socioeconomic inequities patterns of multi-morbidity in early adolescence. *International Journal for Equity in Health*, Toronto: International Society for Equity in Health - ISEqH; London: BioMed Central, v. 12, n. 65. p. 1-12, Aug. 2013. Disponível em: <<http://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-12-65>>. Acesso em: jul. 2016.

COCHRAN, W. G. *Sampling techniques*. 3rd. ed. New York: Wiley, c1977. 428p. (Wiley series in probability and mathematical statistics).

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (Brasil). Resolução n. 1, de 3 de fevereiro de 2005. Atualiza as diretrizes curriculares nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação para o ensino médio e para a educação profissional técnica de nível médio às disposições do decreto n. 5.154/2004. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, ano 142, n. 48, 11 mar. 2005. Seção 1, p. 9. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br/legislacao>>. Acesso em: jul. 2016.

COUTO, S. de F. et al. Frequência de adesão aos "10 passos para uma alimentação saudável" em escolares adolescentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco, v. 19, n. 5, p. 1589-1599, maio 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000501589&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000501589&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: jul. 2016.

CURTIS, V. et al. Hygiene: new hopes, new horizons. *The Lancet Infectious Diseases*, London: The Lancet Publications; Oxford: Elsevier, v. 11, p. 312-321, Apr. 2011. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/laninf/PIIS1473-3099\(10\)70224-3.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/laninf/PIIS1473-3099(10)70224-3.pdf)>. Acesso em: jul. 2016.

DEL CIAMPO, L. A.; DEL CIAMPO, I. R. L. Adolescência e imagem corporal. *Adolescência & Saúde*, Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ, Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente - NESA, v. 7, n. 4, p. 55-59, out./dez. 2010. Disponível em: <[http://www.adolescenciaesaude.com/audiencia\\_pdf.asp?aid2=246&nomeArquivo=v7n4a08.pdf](http://www.adolescenciaesaude.com/audiencia_pdf.asp?aid2=246&nomeArquivo=v7n4a08.pdf)>. Acesso em: jul. 2016.

DISTRITO FEDERAL (Brasil). Decreto n. 36.900, de 23 de novembro de 2015. Regulamenta a lei n. 5.146, de 19 de agosto de 2013, que estabelece diretrizes para a promoção da alimentação adequada e saudável nas escolas da rede de ensino do Distrito Federal. *Diário Oficial do Distrito Federal*, Brasília, DF, ano 154, n. 225, 24 nov. 2015. Seção 1, p. 32-33. Disponível em: <<http://www.buriti.df.gov.br/ftp/>>. Acesso em: jul. 2016.

ESTUDO de carga de doença global: gerando evidências, informando políticas de saúde. Seattle: Instituto de Métrica e Avaliação em Saúde/Institute for Health Metrics and Evaluation - IHME, 2013. 50 p. Disponível em: <[http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy\\_report/2013/GBD\\_GeneratingEvidence/IHME\\_GBD\\_GeneratingEvidence\\_FullReport\\_PORTUGUESE.pdf](http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2013/GBD_GeneratingEvidence/IHME_GBD_GeneratingEvidence_FullReport_PORTUGUESE.pdf)>. Acesso em: jul. 2016.

GHOSH, M.; MEEDEN, G. *Bayesian methods for finite population sampling*. London: Chapman & Hall, 1997. 289 p. (Monographs on statistics and applied probability, 79).

GLOBAL status report on alcohol and health 2014. Geneva: World Health Organization - WHO, 2014. 376 p. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf)>. Acesso em: jul. 2016.

GROWING up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being: health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey. Copenhagen: World Health Organization - WHO, Regional Office for Europe, 2016. 276 p. (Health policy for children and adolescents, n. 7). Disponível em: <[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/303438/HSBC-No7-Growing-up-unequal-full-report.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/303438/HSBC-No7-Growing-up-unequal-full-report.pdf?ua=1)>. Acesso em: jul. 2016.

HALLAL, P. C. et al. Adolescent physical activity and health: a systematic review. *Sports Medicine*, New York: Springer, v. 36, n. 12, p. 1019-1030, Dec. 2006. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/6675438\\_Adolescent\\_physical\\_activity\\_and\\_health\\_a\\_systematic\\_review](https://www.researchgate.net/publication/6675438_Adolescent_physical_activity_and_health_a_systematic_review)>. Acesso em: jul. 2016.

HALLAL, P. C. et al. Prática de atividade física em adolescentes brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco, v. 15, supl. 2, p. 3035-3042, out. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000800008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000800008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: jul. 2016.

HAWKINS J. D.; CATALANO R. F.; MILLER, J. Y. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, Washington, DC: American Psychological Association - APA, v. 112, n. 1, p. 64-105, July 1992.

HEALTH at a glance 2015: OECD indicators. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development - OECD, 2015. 216 p. Disponível em: <[http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015\\_health\\_glance-2015-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015_health_glance-2015-en)>. Acesso em: jul. 2016.

HERON, J. et al. Patterns of alcohol use in early adolescence predict problem use at age 16. *Alcohol and Alcoholism*, Oxford: Oxford University Press, v. 47, n. 2, p. 169-177, Mar. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3284685/>>. Acesso em: jul. 2016.

HONG, J. S. et al. A conceptual framework for understanding the association between school bullying victimization and substance misuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, Washington, DC: American Psychological Association - APA, v. 84, n. 6, p. 696-710,

Nov. 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4291077/>>. Acesso em: jul. 2016.

JOHNSTON, L. D. et al. *Monitoring the future: national survey results on drug use 1975-2013: 2014 overview, key findings on adolescent drug use*. Ann Arbor: University of Michigan, Institute for Social Research - ISR, 2015. 90 p. Disponível em: <<http://www.monitoringthefuture.org/pubs/monographs/mtf-overview2014.pdf>>. Acesso em: jul. 2016.

KREMER, M. M.; REICHERT, F. F.; HALLAL, P. C. Intensidade e duração dos esforços físicos em aulas de educação física. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo: Universidade de São Paulo - USP, Faculdade de Saúde Pública, v. 46, n. 2, p. 320-326, abr. 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/33107>>. Acesso em: jul. 2016.

KYU, H. H. et al. Global and national burden of diseases and injuries among children and adolescents between 1990 and 2013: findings from the global burden of disease 2013 study. *JAMA Pediatrics*, Chicago: American Medical Association - AMA, v. 170, n. 3, p. 267-287, Mar. 2016. Disponível em: <<http://www.healthdata.org/research-article/global-and-national-burden-diseases-and-injuries-among-children-and-adolescents>>. Acesso em: jul. 2016.

LOUZADA, M. L. da C. et al. Alimentos ultraprocessados e perfil nutricional da dieta no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo: Universidade de São Paulo - USP, Faculdade de Saúde Pública, v. 49, n. 38, p. 1-11, jul. 2015. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/101882/100346>>. Acesso em: jul. 2016.

MADRUGA, S. W. et al. Manutenção dos padrões alimentares da infância à adolescência. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo: Universidade de São Paulo - USP, Faculdade de Saúde Pública, v. 46, n. 2, p. 376-386, abr. 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/33114/35838>>. Acesso em: jul. 2016.

MAHFOUZ, M.; ESAID, A. A. Dental caries prevalence among 12-15 year old palestinian children. *International Scholarly Research Notices*, Cairo: Hindawi, v. 4, p. 1-4, 2014. Disponível em: <<http://www.hindawi.com/journals/isrn/2014/785404/>>. Acesso em: jul. 2016.

MALTA, D. C. et al. Saúde sexual dos adolescentes segundo a pesquisa nacional de saúde dos escolares. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco, v. 14, supl. 1, p. 147-156, set. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v14s1/a15v14s1.pdf>>. Acesso em: jul. 2016.

MALTA, D. C. et al. Tendências dos fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescents, pesquisa nacional de saúde do escolar (PeNSE 2009 e 2012). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco, v. 17, supl. 1, p. 77-91, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2014000500077&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000500077&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: jul. 2016.

McCAMBRIDGE, J.; McALANEY, J.; ROWE, R. Adult consequences of late adolescent alcohol consumption: a systematic review of cohort studies. *PLOS Medicine*, San Francisco: Public Library of Science - PLOS, v. 8, n. 2, p. 1-13, Feb. 2011. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371%2Fjournal.pmed.1000413>>. Acesso em: jul. 2016.

MEDIR o progresso na luta contra o trabalho infantil: estimativas e tendências mundiais 2000-2012. Genebra: Organização Internacional do Trabalho - OIT, Programa Internacional para a Eliminação do Trabalho Infantil, 2013. 48 p. Disponível em: <[http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed\\_norm/@ipecc/documents/publication/wcms\\_221799.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_norm/@ipecc/documents/publication/wcms_221799.pdf)>. Acesso em: jul. 2016.

OLIVEIRA, M. M. de et al. Fatores associados à procura de serviços de saúde entre escolares brasileiros: uma análise da pesquisa nacional de saúde do escolar (PeNSE), 2012. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP, v. 31, n. 8, p. 1603-1614, ago. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2015000801603&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000801603&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: jul. 2016.

ONIS, M. de et al. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, v. 85, n. 9, p. 660-667, Sept. 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v85n9/a10v85n9.pdf>>. Acesso em: jul. 2016.

PALMER, R. H. C. et al. Developmental epidemiology of drug use and abuse in adolescence and young adulthood: evidence of generalized risk. *Drug and Alcohol Dependence*, Limerick: Elsevier Scientific Publishers Ireland; Philadelphia: College on Problems of Drug Dependence - CPDD, v. 102, n. 1-3, p. 78-87, June 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2746112/>>. Acesso em: jul. 2016.

PECHANSKY, F.; SZOBOT, C. M.; SCIVOLETTO, S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo: Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP, v. 26, supl. 1, p. 14-17, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26s1/a05v26s1.pdf>>. Acesso em: jul. 2016.

PELTZER, K.; PENGPID, S. Oral and hand hygiene behaviour and risk factors among in-school adolescents in four southeast asian countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Basel: Multidisciplinary Digital Publishing Institute - MDPI, v. 11, n. 3, p. 2780-2792, Mar. 2014. Disponível em: <<http://www.mdpi.com/1660-4601/11/3/2780/htm>>. Acesso em: jul. 2016.

PESQUISA de orçamentos familiares 2002-2003: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no

Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2004. 76 p. Acompanha 1 CD-ROM. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2002analise/default.shtm>>. Acesso em: jul. 2016.

PESQUISA de orçamentos familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010a. 127 p. Acompanha 1 CD-ROM. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008\\_2009\\_enca/default.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_enca/default.shtm)>. Acesso em: jul. 2016.

PESQUISA nacional de saúde do escolar 2009: avaliação do estado nutricional dos escolares do 9o ano do ensino fundamental: municípios das capitais e Distrito Federal. Rio de Janeiro: IBGE, 2010b. 45 p. Acompanha 1 CD-ROM. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense\\_avaliacao\\_nutricional\\_2009/default.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense_avaliacao_nutricional_2009/default.shtm)>. Acesso em: jul. 2016.

PESQUISA nacional de saúde do escolar 2012. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. 254 p. Acompanha 1 CD-ROM. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/2012/default.shtm>>. Acesso em: jul. 2016.

PESQUISA nacional de saúde do escolar 2015: manual de instrução. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 87 p.

PHYSICAL activity. Geneva: World Health Organization - WHO, 2015. Fact sheet n. 385, jan. 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>>. Acesso em: mar. 2016.

POLONIA, A. da C.; DESSEN, M. A. Em busca de uma compreensão das relações entre família e escola: relações família-escola. *Psicologia Escolar e Educacional*, Campinas: Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional - Abrapee, v. 9, n. 2, p. 303-312, dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pee/v9n2/v9n2a12.pdf>>. Acesso em: jul. 2016.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. dos. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. *Psicologia em Estudo*, Maringá: Universidade Estadual de Maringá - UEM, Departamento de Psicologia, v. 12, n. 2, p. 247-256, maio/ago. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v12n2/v12n2a05>>. Acesso em: jul. 2016.

PROMOTING mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report. Geneva: World Health Organization - WHO, 2004. 67 p. Abaixo do título: A report from the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. Disponível em: <[http://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/promoting\\_mhh.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf)>. Acesso em: jul. 2016.

RAISING even more clean hands: advancing health, learning and equity through WASH in schools. New York: United Nations Children's



Fund - Unicef, 2012. 32 p. Disponível em: <[http://www.unicef.org/wash/schools/files/Raising\\_Even\\_More\\_Clean\\_Hands\\_Web\\_17\\_October\\_2012.pdf](http://www.unicef.org/wash/schools/files/Raising_Even_More_Clean_Hands_Web_17_October_2012.pdf)>. Acesso em: jul. 2016.

REGULAMENTAÇÃO da comercialização de alimentos em escolas no Brasil: experiências estaduais e municipais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2007. 72 p. (Série B. Textos básicos de saúde). Disponível em: <[http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/regula\\_comerc\\_alim\\_escolas\\_exper\\_estaduais\\_municipais.pdf](http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/regula_comerc_alim_escolas_exper_estaduais_municipais.pdf)>. Acesso em: jul. 2016.

RIBEIRO, M. A.; FERRIANI, M. das G. C.; REIS, J. N. dos. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP, v. 20, n. 2, p. 456-464, mar./abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/13.pdf>>. Acesso em: jul. 2016.

SANTOS, A. M. A. dos; JACINTO, P. de A.; TEJADA, C. A. O. Causalidade entre renda e saúde: uma análise através da abordagem de dados em painel com os estados do Brasil. *Estudos Econômicos*, São Paulo: Universidade de São Paulo - USP, Faculdade de Economia, Administração, e Contabilidade - FEA, v. 42, n. 2, p. 229-261, abr./jun. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-41612012000200001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-41612012000200001&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: jul. 2016.

SÄRNDAL, C-E.; SWENSSON, B.; WRETMAN, J. H. *Model assisted survey sampling*. New York: Springer-Verlag, 1992. 694 p. (Springer series in statistics).

SAS/STAT 9.3 (R): user's guide. Cary: SAS Institute, 2011. Disponível em: <<https://support.sas.com/documentation/cdl/en/statug/63962/HTML/default/viewer.htm#titlepage.htm>>. Acesso em: jul. 2016.

SCHREIER, H. M. C., CHEN, E. Socioeconomic status and the health of youth: a multi-level, multi-domain approach to conceptualizing pathways. *Psychological Bulletin*, Washington, DC: American Psychological Association - APA, v. 139, n. 3, p. 606-654, May 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3500451/pdf/nihms396483.pdf>>. Acesso em: jul. 2016.

SILVA, P. L. do N. *Crítica e imputação de dados quantitativos utilizando o SAS*. 1989. Dissertação (Mestrado)–Instituto de Matemática Pura e Aplicada - IMPA, Rio de Janeiro, 1989.

SILVA, P. V. C.; COSTA JUNIOR, A. L. Efeitos da atividade física para a saúde de crianças e adolescentes. *Psicologia Argumento*, Curitiba: Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUC-PR, Escola de Saúde e Biociências, v. 29, n. 64, p. 41-50, jan./mar. 2011. Disponível em: <[www2.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=4525&dd99=pdf](http://www2.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=4525&dd99=pdf)>. Acesso em: jul. 2016.

SÍNTESE de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2014. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. 212 p. (Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica, n. 34). Acompanha 1 CD-ROM. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2014/default.shtm>>. Acesso em: jul. 2016.

SÍNTESE de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2015. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 132 p. (Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica, n. 35). Acompanha 1 CD-ROM. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2015/default.shtm>>. Acesso em: jul. 2016.

SOCIAL determinants of health and well-being among young people: health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen: World Health Organization - WHO, Regional Office for Europe, 2012. 252 p. (Health policy for children and adolescents, n. 6). Disponível em: <[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf)>. Acesso em: jul. 2016.

SOUZA, A. de M. et al. Alimentos mais consumidos no Brasil: inquérito nacional de alimentação 2008-2009. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo: Universidade de São Paulo - USP, Faculdade de Saúde Pública, v. 47, supl. 1, p. 190s-199s, fev. 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/76724/80550>>. Acesso em: jul. 2016.

STRAUCH, E. S. et al. Uso de álcool por adolescentes: estudo de base populacional. *Revista de Saude Pública*, São Paulo: Universidade de São Paulo - USP, Faculdade de Saúde Pública, v. 43, n. 4, p. 647-655, ago. 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/32647>>. Acesso em: jul. 2016.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs. Education. In: \_\_\_\_\_. *Sustainable development knowledge platform*. New York, [2016]. Disponível em: <<https://sustainabledevelopment.un.org/topics/education>>. Acesso em: jul. 2016.

VINER, R. M. et al. Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet*, London: The Lancet Publications; Oxford: Elsevier, v. 379, n. 9826, p. 1641-1652, Apr. 2012. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(12\)60149-4.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(12)60149-4.pdf)>. Acesso em: jul. 2016.

WHO report on the global tobacco epidemic, 2015: raising taxes on tobacco. Geneva: World Health Organization - WHO, 2015. 198 p. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178574/1/9789240694606\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178574/1/9789240694606_eng.pdf?ua=1&ua=1)>. Acesso em: jul. 2016.

WOLKE, D.; LEREYA, S. T. Long-term effects of bullying. *Archives of Disease in Childhood*, London: BMJ: Royal College of Pediatrics and



Child Health - RCPCH, v. 100, n. 9, p. 879-885, Sept. 2015. Disponível em: <<http://adc.bmj.com/content/100/9/879.full.pdf+html>>. Acesso em: jul. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. Geneva: WHO, 2013. 103 p. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf)>. Acesso em: jul. 2016.

\_\_\_\_\_. *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva: WHO, 2010. 58 p. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf)>. Acesso em: jul. 2016.

\_\_\_\_\_. *Guideline: sugars intake for adults and children*. Geneva: WHO, 2015. 49 p. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149782/1/9789241549028\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149782/1/9789241549028_eng.pdf)>. Acesso em: jul. 2016.

---

## Glossário

**acesso na escola a informações sobre sexualidade** Condição declarada pelo escolar sobre receber, na escola, orientações sobre DSTs/AIDS, aquisição gratuita de preservativo e/ou prevenção de gravidez.

**atitude em relação ao peso corporal** Condição declarada pelo escolar sobre a atitude tomada em relação ao próprio peso corporal, com base nas seguintes opções: nenhuma atitude; tentando perder peso; tentando ganhar peso; ou tentando manter o peso.

**atitude para ganhar peso ou massa muscular sem acompanhamento médico** Condição declarada pelo escolar que tomou algum remédio, fórmula ou outro produto para ganhar peso ou massa muscular sem acompanhamento médico nos 30 dias anteriores à data da pesquisa.

**atitude para perder peso ou evitar ganhar peso** Condição declarada pelo escolar que vomitou ou tomou laxantes para perder peso ou evitar ganhar peso nos 30 dias anteriores à data da pesquisa.

**atitude para perder peso sem acompanhamento médico** Condição declarada pelo escolar que tomou algum remédio, fórmula ou outro produto para perder peso sem acompanhamento médico nos 30 dias anteriores à data da pesquisa.

**atividade física acumulada** Indicador obtido somando-se, cumulativamente, os tempos de atividade física nos sete dias anteriores à data da pesquisa, investigados por meio de questões que tratam de deslocamento da casa para a escola e da escola para casa, aulas de educação física na escola e outras atividades físicas extraescolares.

**atividade física globalmente estimada** Indicador obtido a partir da condição declarada pelo escolar sobre a realização de atividade física por, no mínimo, 60 minutos diários nos sete dias anteriores à data da pesquisa.

**atividade sexual** Condição declarada pelo escolar que já teve relação sexual alguma vez na vida.

**autopercepção da imagem corporal** Condição declarada pelo escolar sobre a própria imagem corporal, com base nas seguintes opções: muito magro(a); magro(a); normal; gordo(a); ou muito gordo(a).

**chiado (ou piado) no peito** Condição declarada pelo escolar que teve chiado (ou piado) no peito nos 12 meses anteriores à data da pesquisa.

**conhecimento dos pais ou responsáveis sobre o uso do tempo livre dos filhos** Condição declarada pelo escolar sobre a frequência com que os pais ou responsáveis sabiam o que ele fazia durante o tempo livre nos 30 dias anteriores à data da pesquisa.

**consumo atual de bebidas alcoólicas** Condição declarada pelo escolar que consumiu um copo ou uma dose de bebida alcoólica nos 30 dias anteriores à data da pesquisa. *Ver também* experimentação de bebida alcoólica.

**consumo atual de cigarros** Condição declarada pelo escolar que consumiu cigarros nos 30 dias anteriores à data da pesquisa. *Ver também* experimentação de cigarro.

**consumo atual de drogas ilícitas** Condição declarada pelo escolar que fez uso de drogas ilícitas nos 30 dias anteriores à data da pesquisa. *Ver também* experimentação de drogas ilícitas.

**consumo de alimentos marcadores de alimentação não saudável** Condição declarada pelo escolar sobre a frequência semanal de consumo de alimentos considerados marcadores de alimentação não saudável (guloseimas, salgados fritos, refrigerantes e alimentos ultraprocessados salgados) nos sete dias anteriores à data da pesquisa.

**consumo de alimentos marcadores de alimentação saudável** Condição declarada pelo escolar sobre a frequência semanal de consumo de alimentos considerados marcadores de alimentação saudável (feijão, legumes ou verduras e frutas frescas) nos sete dias anteriores à data da pesquisa.

**consumo de comida (merenda/almoço) oferecida pela escola** Condição declarada pelo escolar sobre o consumo de merenda/almoço oferecido pela escola. *Ver também* oferta de comida pela escola.

**consumo semanal de alimentos** Indicador obtido mediante a frequência de consumo, igual ou superior a cinco dias nos sete dias anteriores à data da pesquisa, de alimentos marcadores de alimentação saudável e não saudável.

**cor ou raça** Condição declarada pelo escolar, com base nas seguintes opções: branca, preta, amarela, parda ou indígena.

**direção de veículo motorizado** Condição declarada pelo escolar que dirigiu um veículo motorizado (carro, motocicleta, voadeira, barco) nos 30 dias anteriores à data da pesquisa.

**dose de bebida alcoólica** Quantidade correspondente a um copo de *chopp*, uma lata de cerveja, uma taça de vinho, uma dose de cachaça/pinga ou uma dose de uísque.

**entendimento dos pais ou responsáveis quanto aos problemas e preocupações dos filhos** Condição declarada pelo escolar sobre os pais ou responsáveis terem entendido seus problemas e preocupações nos 30 dias anteriores à data da pesquisa.

**envolvimento em briga com arma branca** Condição declarada pelo escolar sobre o envolvimento em briga em que alguma pessoa usou arma, como faca, canivete, peixeira, pedra, pedaço de pau ou garrafa, nos 30 dias anteriores à data da pesquisa.

**envolvimento em briga com arma de fogo** Condição declarada pelo escolar sobre o envolvimento em briga em que alguma pessoa usou arma de fogo, como revólver ou espingarda, nos 30 dias anteriores à data da pesquisa.

**episódio de embriaguez** Condição declarada pelo escolar que, alguma vez na vida, bebeu tanto que ficou realmente bêbado.

**escolaridade materna** Condição declarada pelo escolar sobre o nível de ensino (grau) que a mãe estudou ou estuda, com base nas seguintes opções: não estudou; ensino fundamental incompleto; ensino fundamental completo; ensino médio incompleto; ensino médio completo; nível superior incompleto; nível superior completo; ou não sabe.

**existência de episódio de asma** Condição declarada pelo escolar que teve episódio de asma alguma vez na vida.

**existência de pelo menos um dos pais ou responsáveis fumante** Condição declarada pelo escolar que possui, pelo menos, um dos pais ou responsáveis fumante.

**experimentação de bebida alcoólica** Condição declarada pelo escolar que já tomou uma dose de bebida alcoólica alguma vez na vida. *Ver também* dose de bebida alcoólica.

**experimentação de cigarro** Condição declarada pelo escolar que, alguma vez na vida, fumou cigarro, mesmo uma ou duas tragadas.

**experimentação de drogas ilícitas** Condição declarada pelo escolar que, alguma vez na vida, fez uso de drogas ilícitas, como maconha, cocaína, *crack*, cola, loló, lança perfume, *ecstasy*, oxy etc.

**falta à aula por insegurança na escola** Condição declarada pelo escolar que não compareceu à escola, por motivo de insegurança na escola, pelo menos um dia, nos 30 dias anteriores à data da pesquisa.

**falta à aula por insegurança no trajeto casa-escola-casa** Condição declarada pelo escolar que não compareceu à escola, por motivo de insegurança no trajeto casa-escola-casa, pelo menos um dia, nos 30 dias anteriores à data da pesquisa.

**falta à aula sem permissão dos pais ou responsáveis** Condição declarada pelo escolar que não compareceu à aula, sem permissão dos pais ou responsáveis, em um ou mais dias, nos 30 dias anteriores à data da pesquisa.

**frequência de aulas de educação física na escola** Condição declarada pelo escolar sobre a frequência semanal de aulas de Educação Física na escola nos sete dias anteriores à data da pesquisa.

**oferta de comida (merenda/almoço) pela escola** Condição declarada pelo escolar sobre a oferta de merenda/almoço, pela escola, excluídos lanches/comida comprados na cantina.

**presença dos pais ou responsáveis durante as refeições** Condição declarada pelo escolar sobre a frequência semanal com que costuma almoçar ou jantar com os pais ou responsáveis.

**relato de dor de dente** Condição declarada pelo escolar sobre dor de dente nos seis meses anteriores à data da pesquisa, excluída a dor de dente causada por uso de aparelho.

**tempo assistindo TV** Condição declarada pelo escolar sobre o número de horas, por dia, que assiste televisão em um dia de semana comum, excluídos sábados, domingos e feriados.

**transporte em veículo motorizado dirigido por pessoa que havia consumido bebida alcoólica** Condição declarada pelo escolar que andou, nos 30 dias anteriores à data da pesquisa, em veículo motorizado cujo condutor ingeriu bebida alcoólica.

**uso de cinto de segurança no banco dianteiro** Condição declarada pelo escolar, dentre aqueles que andaram em carro/automóvel, *van* ou táxi como passageiro no banco da frente, nos 30 dias anteriores à data da pesquisa, sobre a frequência do uso cinto de segurança

**uso de cinto de segurança no banco traseiro** Condição declarada pelo escolar, dentre aqueles que andaram em carro/automóvel, *van* ou táxi como passageiro no banco de trás, nos 30 dias anteriores à data da pesquisa, sobre a frequência do uso cinto de segurança.

**uso de preservativo na primeira relação sexual** Condição declarada pelo escolar sobre o uso de preservativo (camisinha) na primeira relação sexual.

**uso de preservativo na última relação sexual** Condição declarada pelo escolar sobre o uso de preservativo (camisinha) na última relação sexual.

**verificação dos deveres de casa pelos pais ou responsáveis** Condição declarada pelo escolar sobre a verificação de seus deveres de casa (lições de casa) pelos pais ou responsáveis nos 30 dias anteriores à data da pesquisa.

---

# Equipe técnica

## **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE**

### **Diretoria de Pesquisas**

#### **Coordenação de População e Indicadores Sociais**

Bárbara Cobo Soares

#### **Gerência de Estudos e Pesquisas Sociais**

Cristiane dos Santos Moutinho

#### **Gerência da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar**

Marco Antonio Ratzsch de Andreazzi

#### **Planejamento da pesquisa, apuração e análise de consistência dos dados**

Alessandra Maria Silva Pinto

Fátima de Carvalho Madeira

Isabel Luzia Nori dos Santos

Klivia Brayner de Oliveira

Marco Antônio Ratzsch de Andreazzi

Maria Goreth Santos

Sandra Rosa Pereira

Silvia Reise Bregman

#### **Análise dos resultados e elaboração dos textos analíticos**

Alessandra Maria Silva Pinto

Betina Fresneda

Cristiane Soares

Isabel Luzia Nori dos Santos

Klivia Brayner de Oliveira

Marco Antônio Ratzsch de Andreazzi

Maria Goreth Santos

Nadir Balthazar dos Santos (consultora)

Sandra Rosa Pereira  
Sílvia Reize Bregman  
Thamires Romualdo Vasques (estagiária)

#### **Coordenação de Métodos e Qualidade**

Sonia Albieri

#### **Gerência de Metodologia Estatística**

Antônio José Ribeiro Dias

#### **Plano amostral e tabulações dos resultados**

Antônio José Ribeiro Dias  
André Wallace Nery da Costa

### **Diretoria de Informática**

#### **Coordenação de Informatização de Processos**

Claudio Mariano Fernandes

#### **Gerência de Sistemas de Censos**

Ataide Jose de Oliveira Venancio  
Carlos Emilio de Mattos Strauch  
Davi Faria Rocha  
Luciane Calixto de Araujo  
Marcos Rodrigues Pinto  
Douglas Lima Franco da Silva

#### **Gerência de Sistemas Populacionais e Sociais**

Solange Ferreira Pinto  
Rosangela Koehler Pulcinelli

#### **Coordenação de Administração de Dados e Cadastros**

Luiz Antônio Vivacqua Correa Meyer

#### **Gerência de Administração de Dados e Sistemas de Interoperabilidades**

Luigino Italo Palermo  
Eduardo da Costa Romero  
Said Jorge Miguel Passos Filho  
Rodrigo Carvalho de Faria  
André Luiz da Fonseca Carvalho

#### **Gerência de Suporte e Desenvolvimento de Sistemas de Dados**

##### **Agregados**

Luiz Antonio Gauziski de Araújo Figueiredo  
Anderson Almeida França

#### **Gerência de Suporte e Desenvolvimento de Sistemas de Microdados**

Bianca Fernandes Sotelo  
Marcello Willians Messina Ribeiro

#### **Analistas de Sistemas**

Antonio Fernando Guimaraes Dias  
Magali Ribeiro Chaves  
Marcos Vieira Petrunaro  
Patrícia de Oliveira dos Santos

**Coordenação de Operações e Serviços de Informática**

Bruno Gonçalves Santos  
Edson Orofino de Souza  
Maria da Penha Ferreira da Silva  
Filipe de Abreu Saraiva  
Osmar Alves de Araujo

**Responsáveis pela Supervisão da Pesquisa nos Estados**

RO – Antony dos Santos Souza  
AC – Adriano Costa da Rocha  
AM - Sandra Maria Torres de Brito  
RR - Lucas da Silva Gomes  
PA – Paulo Sergio de Moraes Borges  
AP – Ezequiel de Amorim Brito  
TO – Roniglese Pereira de Carvalho Tito  
MA – Patricia de Oliveira Borges e Souza  
PI - Wilma Barbosa de Sousa Leite  
CE - Antônio Nogueira Amora  
RN - Telma Maria Galvão de Azevedo  
PB - Deodato Fortunato de Sousa  
PE - Isailda Maria Barros Pereira  
AL - Cláudia Saldanha Ribeiro  
SE – Andir do Carmo Wanderley  
BA – Luciana de Mendonça Machado  
MG - Cláudia Pinelli Magalhães  
ES - Jairo Ramos de Souza  
RJ – Luiz Carlos Lima dos Santos  
SP - Marco Antônio Ornelas  
PR - Mateus Cisson Fonseca  
SC - Darcio Francisco Borges  
RS – Marcelo Gomes Larratea  
MS - Loide Bueno de Souza  
MT – Helito Serra/Deajan David Montanha  
GO - Alessandro de Siqueira Arantes  
DF – Maiara Santos Santana Paula

**Ministério da Saúde****Coordenação da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar**

Deborah Carvalho Malta  
Maria de Fátima Marinho de Souza

**Planejamento e análise da Pesquisa**

Deborah Carvalho Malta  
Lenildo de Moura  
Marta Maria Alves da Silva  
Maryane Oliveira Campos  
Max Moura de Oliveira



**Colaboradores****Ministério da Saúde**

Laura Augusta Barufaldi  
Lucélia Silva Nico  
Maria Aline Siqueira Santos  
Maryane Oliveira Campos  
Patricia Pereira Vasconcelos de Oliveira  
Silvânia Caribé de Araujo Andrade  
Simoni Urbano da Silva  
Valdelaine Etelvina Miranda de Araújo

**Ministério da Educação**

Marta Klumb Oliveira Rabelo  
Eduardo de São Paulo

**Universidade Federal de Minas Gerais**

Deborah Carvalho Malta  
Francisco Carlos Feliz Lana  
Isis Eloah Machado  
Gustavo Velasques  
Luana Giatti  
Sandhi Maria Barreto  
Rafael Moreira Claro

**Universidade de São Paulo**

Carlos Augusto Monteiro  
Wolney Lisboa Conde  
Patricia Constance Jaime

**Treinamento antropometria**

Wolney Lisboa Conde  
Carlos Augusto Monteiro  
Ana Elisa M. Rinaldi  
Ana Carolina Feldenheimer da Silva  
Fabiana Dias Bellao  
Giulia Marcelino Mainardi  
Marcia Regina de O. Pedroso  
Natalia utikava  
Regismeire Viana Lima  
Sara Araujo da Silva

**USP Ribeirão Preto**

Carvalho M. Mello  
Marta Iossi

**Universidade de Brasília**

Elisabeth Duarte

**Organização Panamericana de Saúde- OPAS**

Lenildo de Moura  
Zohra Abaakouk

## **Projeto Editorial**

### **Centro de Documentação e Disseminação de Informações**

#### **Coordenação de Produção**

Marise Maria Ferreira

#### **Gerência de Editoração**

##### **Estruturação textual, tabular e de gráficos**

Beth Fontoura

Katia Vaz Cavalcanti

Marisa Sigolo

##### **Diagramação tabular e de gráficos**

Beth Fontoura

Maria da Graça Fernandes de Lima

##### **Diagramação textual**

Maria da Graça Fernandes de Lima

##### **Programação visual da publicação**

Luiz Carlos Chagas Teixeira

##### **Produção do *e-book***

Roberto Cavararo

#### **Gerência de Documentação**

##### **Pesquisa e normalização bibliográfica**

Ana Raquel Gomes da Silva

Karina Pessanha da Silva (Estagiária)

Lioara Mandoju

Nadia Bernuci dos Santos

Solange de Oliveira Santos

Vera Lúcia Punzi Barcelos Capone

##### **Normalização textual e Padronização de glossários**

Ana Raquel Gomes da Silva

##### **Elaboração de quartas capas**

Ana Raquel Gomes da Silva

#### **Gerência de Gráfica**

##### **Impressão e acabamento**

Maria Alice da Silva Neves Nabuco

#### **Gráfica Digital**

##### **Impressão**

Ednalva Maia do Monte

# PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE DO ESCOLAR 2015

Com este lançamento, o IBGE apresenta comentários analíticos sobre os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PeNSE, realizada, em 2015, a partir de convênio celebrado com o Ministério da Saúde e o apoio do Ministério da Educação. A pesquisa, efetuada em consonância com as normas e diretrizes utilizadas em âmbito internacional e nacional para levantamentos envolvendo sujeitos humanos, em particular, adolescentes, teve por objetivo conhecer e dimensionar os diversos fatores de risco e de proteção à saúde desse grupo populacional.

Nesta terceira edição da pesquisa, a ampliação de sua abrangência geográfica permitiu a desagregação dos dados por Unidades da Federação, além dos níveis já apresentados em edições anteriores. Outras inovações importantes foram introduzidas, dentre as quais se destaca a disponibilização de informações oriundas de dois planos amostrais distintos, que contemplam, respectivamente, escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental, e escolares de 13 a 17 anos de idade frequentando as etapas do 6º ao 9º ano do ensino fundamental (antigas 5ª a 8ª séries) e da 1ª a 3ª série do ensino médio, no ano de referência da pesquisa. A primeira amostra, tradicional da PeNSE, permite a comparação temporal entre os Municípios das Capitais e o Distrito Federal nas três edições da pesquisa – 2009, 2012 e 2015. A segunda amostra surge da demanda por dados passíveis de comparação com indicadores nacionais e internacionais sobre adolescentes e possibilita, entre outros aspectos, melhor identificação e acompanhamento de fatores relacionados ao desenvolvimento físico-biológico e ao tempo de exposição às condições de risco para esse grupo.

A publicação apresenta os procedimentos metodológicos que nortearam a elaboração do levantamento, destacando-se os critérios relacionados à delimitação da população-alvo, ao duplo plano de amostragem e aos aspectos técnicos e éticos envolvidos na coleta dos dados. A análise dos resultados, ilustrada graficamente, ressalta as principais questões observadas em cada uma das amostras, fornecendo um perfil da situação dos escolares no que tange aos temas investigados. O glossário, ao final, reúne os termos e conceitos considerados essenciais para a compreensão dos resultados.

A realização da PeNSE amplia significativamente o conhecimento das características de saúde da população adolescente brasileira, contribuindo com informações para o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco de Doenças Crônicas não Transmissíveis, do Ministério da Saúde.

As informações ora divulgadas também podem ser acessadas no portal do IBGE na Internet, que disponibiliza ainda o plano tabular completo da pesquisa.



ISBN 978-85-240-4387-1

