



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ

**ESCOLA DE SAÚDE E BIOCÊNCIAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO – SAÚDE COLETIVA**

EDENY APARECIDA TERRA LOYOLA

**RESILIÊNCIA E USO DE CIGARROS INDUSTRIALIZADOS
POR ADOLESCENTES DO GÊNERO FEMININO**

CURITIBA

2015

EDENY APARECIDA TERRA LOYOLA

**RESILIÊNCIA E USO DE CIGARROS INDUSTRIALIZADOS
POR ADOLESCENTES DO GÊNERO FEMININO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Odontologia, Área de Concentração em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Simone Tetu Moysés
Coorientadores: Prof. Dr. Samuel Jorge Moysés
Prof^ª. Dr^ª Renata Iani Werneck

CURITIBA

2015

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central

L923r 2015	<p>Loyola, Edeny Aparecida Terra</p> <p>Resiliência e uso de cigarros industrializados por adolescentes do gênero feminino / Edeny Aparecida Terra Loyola ; orientadora, Simone Tetu Moysés ; coorientadores, Samuel Jorge Moysés, Renata Iani Werneck. – 2015. 59 f. : il. ; 30 cm</p> <p>Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2015</p> <p>Inclui bibliografias Texto em português e inglês</p> <p>1. Odontologia. 2. Adolescentes (Meninas). 3. Saúde. 4. Resiliência (Traço da personalidade) em adolescentes. 5. Fumo. I. Moysés, Simone Tetu. II. Moyses, Samuel Jorge. III. Werneck, Renata Iani. IV. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. V. Título.</p> <p>CDD 20. ed. – 617.6</p>
---------------	---



Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Escola Saúde e Biociências
Programa de Pós-Graduação em Odontologia


TERMO DE APROVAÇÃO

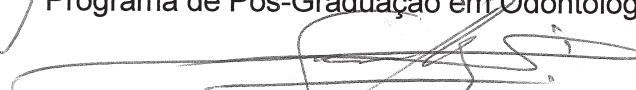
EDENY APARECIDA TERRA LOYOLA

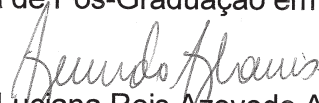
RESILIÊNCIA E USO DE CIGARROS INDUSTRIALIZADOS POR ADOLESCENTES DO GÊNERO FEMININO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como parte dos requisitos parciais para a obtenção do Título de **Doutor em Odontologia**, Área de Concentração em **Saúde Coletiva**.


Orientador (a):


Prof^a Dr^a Simone Tetu Moysés
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, PUCPR


Prof. Dr. Samuel Jorge Moysés
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, PUCPR


Prof^a Dr^a Luciana Reis Azevedo Alanis
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, PUCPR


Prof^a Dr^a Maria Gabriela Haye Biazevic
Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas, FOU SP


Prof^a Dr^a Mitsue Fujimaki
Programa de Pós-Graduação em Odontologia Integrada, UEM

Curitiba, 22 de abril de 2015.

A todas as adolescentes
resilientes, que ainda iniciando suas
trajetórias de vida, um dia se tornarão
mulheres capazes de transformar o
mundo para melhor.

AGRADECIMENTOS

Finalizando importante etapa da minha vida, muito tenho a agradecer. Esta tese é, pois, resultado de muito trabalho e dedicação que só foi possível graças a colaboração de muitas pessoas.

Primeiramente agradeço a Deus, Criador e Pai Eterno, pela dádiva da vida e pela liberdade de escolha, que me proporcionou protagonizar esta história, resultando em crescimento intelectual e pessoal.

À querida professora orientadora Simone Tetu Moysés, minha profunda gratidão pelos ensinamentos e orientações, ao longo da jornada. Educadora, mestre e amiga por excelência, sua participação foi fundamental!

Ao professor Samuel Jorge Moysés, portador de imensa bagagem e de conhecimento inesgotável, por suas contribuições sempre tão importantes em todo percurso desta caminhada.

À professora Márcia Cubas pelos ensinamentos e apoio na pesquisa.

À professora Renata Iani Werneck e ao professor Sergio Ignácio, pelas orientações estatísticas, apoio teórico metodológico, carinho e amizade.

À Rede Paranaense de Controle do Tabaco em Mulheres, a University of Alabama at Birmingham – UAB, e as professoras Regina C. Cruz e Isabel C. Scarinci (UAB), que em parceria com a PUCPR, oportunizaram uma parte deste estudo. Obrigada pela formação teórica do curso para pesquisadores interessados no tema tabaco e mulheres, por terem apostado em mim e escolhido meu projeto como parte integrante de um programa desenvolvido por essas Entidades.

À Neide Borges, secretária do Programa de Pós-Graduação, sempre dedicada e disponível às nossas demandas, atendidas com carinho e profissionalismo impecáveis.

À equipe que colaborou com a coleta dos dados.

À CAPES pelo apoio financeiro.

À Prefeitura Municipal de Araucária, representada pela Secretaria Municipal de Saúde, pela Coordenação da Unidade de Saúde e pela Equipe de Saúde Bucal da UBS São Francisco de Assis, pelo apoio, pela compreensão das horas que estive ausente e pelo carinho com que fui acolhida.

À equipe de saúde da UBS Riacho Doce em São José dos Pinhais, pelo carinho e compreensão pelas minhas ausências.

Aos amigos - que compartilharam comigo a caminhada desde o Mestrado, Sandra Ulinski e Gerson - agradeço as horas alegres, troca de ideias, apoio, incentivo e por tudo que tenho aprendido com vocês nestes vários anos de convívio.

Aos colegas do doutorado: Sandra Katsue, Ana Carla, Ana Cristina, Carolina, Gracinda, Ernesto, Antônio, Pedro Cezar, Cláudio, Maria Helena e William agradeço a partilha dos momentos agradáveis que passamos juntos e as contribuições ao meu estudo...

A todos os meus amigos! Obrigada por vocês fazerem parte da minha história. Sem vocês a vida seria completamente sem graça! Um agradecimento especial à querida amiga Solange Aparecida Paulin, companheira de todas as horas, por compartilhar comigo os momentos bons - e os nem tanto - durante esta jornada. Muito obrigada pela força, carinho e colaboração.

Às escolas participantes da pesquisa – Diretores, pedagogos, professores e demais funcionários - pelo acolhimento e confiança.

Às adolescentes que fizeram parte desta pesquisa, o meu sincero agradecimento! Obrigada pela disposição em dividir um pouco das suas vidas em prol deste estudo.

Muito obrigada à minha família! Porto seguro e apoio em todas as horas. À minha mãe, Reny (in memoriam) que me ensinou valores, princípios e a perseverar sempre e, ao meu pai, Edevar, presença constante e carinhosa durante toda a minha vida.

Aos meus irmãos, Eliane e Luciano, companheiros da caminhada da vida, cada qual de nós com suas próprias lutas, mas sempre unidos por amor fraternal.

Ao meu esposo Marco Aurélio, companheiro de toda uma existência, pelo incentivo, apoio e paciência, e, principalmente por todo carinho e amor.

Aos meus filhos, Vinicius e Leonardo, por fazerem parte da minha vida. Eternos amores de minha alma!

Finalmente, a todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho!

“Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes”.

Paulo Freire

SUMÁRIO

RESUMO.....	10
ABSTRACT.....	12
APRESENTAÇÃO.....	14
INTRODUÇÃO.....	16
ARTIGO 1 – Resiliência: uma abordagem para promoção de saúde de adolescentes - revisão sistemática.....	26
Resumo.....	27
Introdução.....	29
Materiais e Métodos.....	31
Resultados.....	34
Discussão.....	45
Referências.....	47
ARTIGO 2 – Alto potencial de resiliência: fator de proteção ao uso de cigarros industrializados por adolescentes do gênero feminino.....	53
Resumo.....	54
Introdução.....	57
Método.....	61
Resultados.....	64
Discussão.....	71
Referências.....	74
ARTICLE 2 –High potential of resilience: a protective factor for the use of manufactured cigarettes by females adolescents.....	79
Abstract.....	80
Introduction.....	81
Method.....	85
Results.....	88
Discussion.....	94
References.....	97
ARTIGO 3 – Discursos das adolescentes sobre prevenção ao uso de cigarros industrializados.....	102
Resumo.....	103
Introdução.....	104
Método.....	106
Resultados e Discussão.....	110
Considerações Finais.....	119
Referências.....	120

CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE.....	126
REFERÊNCIAS GERAIS.....	128
ANEXOS.....	138
Anexo A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR.....	139
Anexo B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da University of Alabama at Birmingham.....	140
Anexo C - Normas para submissão da Revista Panamericana de Salud Pública.....	143
Anexo D - Normas para submissão do Journal of Adolescent Health.....	154
Anexo E - Normas para submissão Cadernos de Saúde Pública.....	175
APÊNDICES.....	178
Apêndice A - Termo de consentimento livre e esclarecido – Artigo 2	179
Apêndice B – Termo de consentimento livre e esclarecido – Artigo 3.....	183
Apêndice C – Instrumento para coleta de dados.....	184

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi explorar a relação entre a experimentação e uso de cigarros industrializados em adolescentes do gênero feminino, e o perfil de resiliência. Definida como um processo, resiliência é capacidade de dizer “não” em situações de vulnerabilidade, com resultados positivos de saúde. O modelo de resiliência proposto pela Resiliency Initiatives, Canada foi eleito como marco referencial teórico neste estudo por identificar sua multidimensionalidade e pela capacidade de mensuração da resiliência. A tese constitui-se de três estudos distintos. O estudo 1 trata de uma revisão sistemática da literatura sobre resiliência como abordagem para promoção da saúde na adolescência. Para esta revisão, foram adaptados os critérios de qualidade *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews* (PRISMA), como proposta para uma metassumariação qualitativa. A busca foi realizada na Base de Dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), entre os anos de 2009 a 2013. De 156 artigos encontrados, 24 contemplaram os critérios de inclusão propostos. A literatura reforça que a resiliência pode ser considerada parte do conceito ampliado de saúde, reforçando comportamentos saudáveis, promovendo recursos de enfrentamento de vulnerabilidades e riscos, o que pode dar suporte a resultados desejáveis em eventos de saúde. O estudo 2, quantitativo, transversal e analítico, teve como objetivo identificar o impacto de fatores relacionados à resiliência no uso de cigarros industrializados pelas adolescentes pesquisadas. A amostra foi composta de 324 adolescentes, na faixa etária de 12 a 14 anos, estudantes de escolas da rede pública em Curitiba. Entre os fatores intrínsecos associados ao não uso de cigarros industrializados, a autossuficiência (OR=0,37,95% IC: 0,16-0,84 p=0,01) e a autodisciplina (OR=0,24,95% IC: 0,09-0,60 p=0,00) demonstraram associação estatisticamente significativa. Os fatores extrínsecos associados ao uso de cigarros industrializados foram pressão dos colegas e repetência escolar. Ter o melhor amigo que fuma foi considerado um fator de risco para usar cigarros industrializados (OR=3,41 95% IC: 1,57-7,38 p= 0,00). Adolescentes que reprovaram

uma ou mais vezes na escola eram mais propensas a fumar cigarros industrializados que adolescentes que nunca repetiram (OR=3,81,95%IC:1,80-8,07p=0,00). As conclusões deste estudo reforçam que intervenções voltadas para o controle da experimentação e uso de cigarros industrializados por adolescentes no ambiente da escola deveriam encorajar o desenvolvimento do autocontrole e independência. Além disso, medidas de promoção da saúde ampliadas na escola são importantes para incrementar o suporte entre pares e evitar o agrupamento de comportamentos de risco entre adolescentes. O estudo 3, com abordagem qualitativa, explorou os discursos das adolescentes sobre o uso de cigarros industrializados. Foram conduzidos três grupos focais com 20 adolescentes selecionadas pelo alto potencial de resiliência, estudantes de uma escola pública. Os discursos das adolescentes revelaram que fatores extrínsecos (família, amigos, escola e comunidade) e intrínsecos (autocontrole e autoconceito) têm influência na decisão de não fumar. Os aspectos intrínsecos da personalidade foram relatados nos discursos como importante fator de proteção. Com base no resultado dos três estudos, concluiu-se que o perfil de resiliência associado a fatores intrínsecos positivos (autossuficiência, autodisciplina, autoconceito) combinados aos fatores externos (amigos que não fumam, apoio dos pais, mentores adultos, comunidade cuidadosa) cria oportunidades de aprender e praticar habilidades de enfrentamento ao uso de cigarros industrializados por adolescentes. Sendo assim, o suporte para o desenvolvimento da resiliência parece ser um importante fator de proteção ao uso de cigarros industrializados por adolescentes.

Palavras-chave: Adolescente do Gênero Feminino, Cigarros Industrializados; Resiliência; Saúde Coletiva.

ABSTRACT

The aim of this research was to explore the relationship between experimentation and use of manufactured cigarettes in female adolescents, aged 12-14 years and the resilience profile. Defined as a process, resilience is the ability to say "no" in vulnerable situations, with positive health outcomes. The resilience model proposed by Resiliency Initiatives, Canada was elected as a theoretical reference point in this study to identify its multidimensionality and the measurability of resilience. The thesis consists of three separate studies. The study 1 is a systematic review of the literature on resilience as an approach to health promotion in adolescence. For this review, the quality criteria adapted from the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews (PRISMA) were used, as a proposal for a qualitative meta summarization. The search was conducted in the Virtual Health Library (BVS), between the years 2009 to 2013. From 156 articles founded, 24 contemplated the proposed inclusion criteria. The literature emphasizes that resilience can be considered part of the expanded concept of health, reinforcing healthy behaviors, promoting coping resources of vulnerabilities and risks, which can support the desirable outcomes in health events. The study 2, cross-sectional descriptive with quantitative approach, aimed to identify the impact of factors related to resilience at the use of manufactured cigarettes by surveyed adolescents. The sample consisted of 324 adolescents, students of public schools in Curitiba. Among the intrinsic factors associated with non-use of manufactured cigarettes, self-sufficiency (OR = 0.37, 95% CI: 0.16 to 0.84 p = 0.01) and self-discipline (OR = 0.24, 95% CI: 0.09 to 0.60 p<0.01) showed statistically significant association. Extrinsic factors associated with tobacco use were schoolmates' pressure and school failure. Having the best friend as a smoking friend was considered a risk factor for use manufactured cigarettes (OR=3.4, 95% CI: 1.57 to 7.38 p<0.01). Adolescents who have failed one or more grades at school were more likely to smoke manufactured cigarettes that adolescents who never failed (OR=3.81, 95% CI: 1.80 to 8.07 p<0.01). The findings of this study support that interventions aimed at controlling the experimentation and use of manufactured cigarettes by adolescents in the school environment should encourage the development of self-control and independence. In addition, health promotion measures extended in school are important to increase the peer support and

avoid clustering of risk behaviors among adolescents. The study 3, with a qualitative approach, explored the discourses of adolescents on strategies to control the use of manufactured cigarettes. Three focus groups with 20 adolescents selected by the high potential of resilience, students of a public school, were conducted. The discourse of adolescents revealed that extrinsic factors (family, friends, school and community) and intrinsic factors (self-control and self-concept) influence the decision not to smoke. The intrinsic aspects of the personality were reported in speeches as an important protective factor. Based on the results of the three studies, it was concluded that the resilience profile associated with positive intrinsic (self-reliance, self-discipline, self-concept) combined with external factors (friends who do not smoke, parental support, adult mentors, caring community) creates opportunities to learn and practice coping skills to the use of manufactured cigarettes by adolescents. Therefore, the support for the development of resilience appears to be an important protective factor to the use of manufactured cigarettes by adolescents.

Keywords: Gender Adolescent Female; Industrialized Cigarettes; Resilience; Public Health.

APRESENTAÇÃO

Estudos realizados no Brasil (INCA, 2011; LARANJEIRAS et al, 2013) revelaram que apesar do decréscimo do número de tabagistas no país, os Estados do Sul, entre eles o Paraná, detêm os maiores índices de tabagismo entre as mulheres.

A Rede Paranaense para o Controle do Tabaco em Mulheres, criada em 2008 a partir de uma parceria entre a Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR e a University of Alabama at Birmingham – UAB, visa colaborar com a redução do tabagismo e da exposição à poluição tabágica ambiental entre mulheres paranaenses.

Como parte de suas atividades, a Rede propôs a realização de curso de capacitação de pesquisadores interessados no tema Mulheres e Tabaco, direcionado à comunidade acadêmica, profissionais e estudantes de diferentes áreas do conhecimento. O conteúdo do curso incluiu a discussão de temas ligados ao uso de tabaco no Brasil e no mundo, metodologia da pesquisa, epidemiologia e bioestatística, entre outras disciplinas. Ao término do curso, os alunos-pesquisadores elaboraram projetos de pesquisa, os quais foram apresentados aos membros da Rede. Aqueles considerados mais qualificados e relevantes em relação aos objetivos da Rede poderiam ser selecionados para apoio com financiamento do National Institute of Health (EUA).

A Prof^a Simone Tetu Moysés sugeriu a nossa participação no referido curso, uma vez que naquele momento, concluindo Mestrado em Odontologia, em 2011, na área de concentração em Saúde Coletiva na PUCPR, nossa linha de pesquisa era a epidemiologia do câncer bucal no Paraná. O fato do tabagismo se constituir em um dos principais fatores de risco para o câncer bucal gerou interesse em aprofundar o conhecimento sobre tema com tamanha relevância para a Odontologia. Iniciamos a capacitação na primeira turma composta por pesquisadores interessados nesse assunto.

Com o decorrer das aulas e o aprofundamento do estudo sobre o tópico, a oportunidade de colaborar com a prevenção do uso de cigarros por adolescentes do gênero feminino foi tomando corpo. A ideia central da pesquisa foi analisar o papel da resiliência juvenil como fator de proteção ao uso de cigarros.

O foco no estudo da resiliência como fator de proteção ao uso de cigarros industrializados por este grupo foi motivado por estudos anteriores sobre o tema durante a Especialização em Saúde Coletiva (2008-09).

Desta maneira, ao término do curso para capacitação de pesquisadores interessados no tema Tabaco e Mulheres, elaboramos um projeto de estudo que, após concluído, foi submetido à avaliação da Rede e selecionado para receber apoio. Portanto, esta tese é parte de um projeto maior da Rede Paranaense de Controle do Tabaco em Mulheres, ainda em curso.

INTRODUÇÃO

O uso do tabaco pela Humanidade é descrito na literatura desde épocas remotas (1000 a.C) e, por volta do século XV, Cristóvão Colombo introduziu o uso do tabaco na Europa, após observar que os índios o utilizavam em cerimônias religiosas e para fazer predições, aspirando a fumaça de rolos feitos de suas folhas através de canudos, mascando-o ou ainda inalando-o sob a forma de pó (OBID, 2007).

Porém, o aumento na produção e no consumo de cigarros industrializados em todo o mundo se deu a partir da invenção das máquinas de fabricar cigarros, seguida de um *marketing* agressivo, por volta de 1880 (ERIKSEN, MACKAY e ROSS, 2012).

O consumo de cigarros industrializados é hoje mundialmente disseminado, e é considerado como a principal causa de doenças evitáveis, constituindo-se como o único fator de risco compartilhado pelas quatro maiores doenças crônicas não transmissíveis - doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doença respiratória crônica (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008)

O uso de cigarros industrializados faz parte do cotidiano das pessoas e a exposição à fumaça do cigarro em longo prazo leva ao tabagismo, doença causada pela dependência química à nicotina, similar à dependência de drogas como heroína ou cocaína, sendo classificado no grupo de transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID – 10, 2008).

Não são poucos os fatores e a complexidade envolvendo uso de cigarros, incluindo determinantes distais e proximais. Entre os determinantes distais estão o *lobby* econômico e político, o baixo preço e a facilidade do acesso ao produto e as estratégias de *marketing* das indústrias tabagistas (TAVARES, BERIA & LIMA, 2004; SCHENKER & MINAYO, 2005; INCA, 2007).

Devido às leis de controle do tabaco proibirem toda publicidade, promoção e patrocínio, as estratégias de *marketing* desenvolvidas pelas indústrias tabágicas consideraram que a publicidade deveria ser mais sutil, porém não menos sugestiva e indutora ao uso. Para tanto, elegeram os pontos de venda como forma eficiente para vender cigarros industrializados. A aposta é que estes pontos são especialmente eficazes para atrair jovens e pessoas que estão parando de fumar (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

As mensagens pró-fumo como, por exemplo, colocar doces e itens infantis próximos a anúncios de cigarro ou próximo às carteiras de cigarros e com grande visibilidade, incentiva as crianças a enxergarem o cigarro como produto rotineiro e inofensivo (BARNOYA et al, 2010, QUEDLEY et al, 2008).

Outro determinante distal particularmente importante para o Estado do Paraná é o contrabando de cigarros industrializados procedentes da Tríplice Fronteira (Brasil, Argentina e Paraguai) que ingressa em terras brasileiras pela cidade de Foz do Iguaçu, localizada no extremo sudoeste do Estado, fazendo sua rota de passagem pelo Paraná. O Paraguai produz 65 bilhões de cigarros/ano e desse total, mais de 90% (cerca de 60 bilhões de unidades) são destinadas ao mercado negro brasileiro (SILVA et al, 2014).

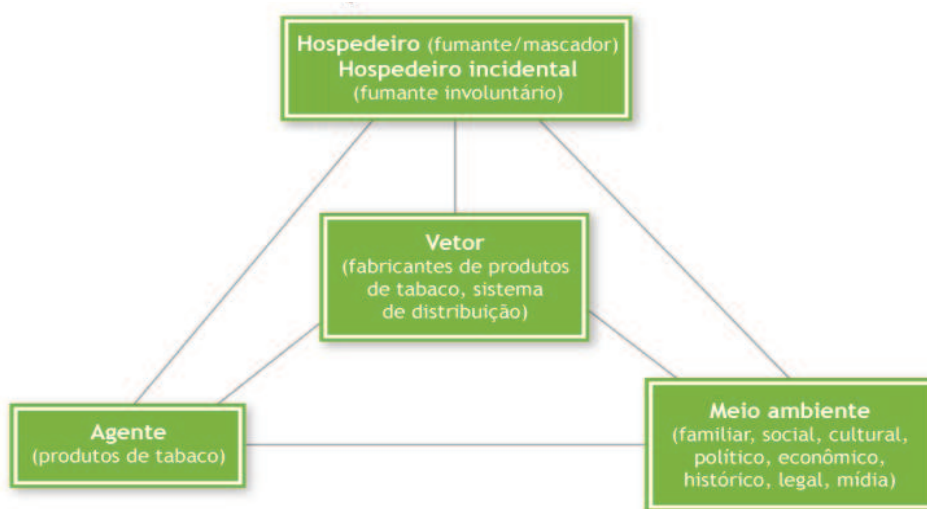
No Brasil, apesar da alta tributação de impostos, como medida para conter o avanço no consumo, o cigarrro paraguaio chega ao país com preço

baixo, favorecendo a aquisição do produto pelos brasileiros. Estima-se que cerca de 40% do cigarro consumido no país é proveniente de contrabando (SILVA et al, 2014; CARNEIRO FILHO, 2012).

Os determinantes mais proximais referem-se às características sociodemográficas, à predisposição e às atitudes individuais (TAVARES, BERIA & LIMA, 2004; SCHENKER & MINAYO, 2005; INCA, 2007).

Giovino (2014) apresentou um modelo que explica a epidemia do tabaco no mundo, utilizando um modelo epidemiológico que considera o agente como o próprio tabaco, o vetor, a indústria tabagista, e o hospedeiro, o ser humano, conforme a Figura 1 (GIOVINO, 2014).

FIGURA 1- Modelo epidemiológico do controle do tabaco e da dependência da nicotina



Fonte: GIOVINO, 2014

No Brasil estima-se que, a cada ano, 200 mil brasileiros morram precocemente devido ao fumo, e o uso de cigarros industrializados configura-se como a segunda droga mais consumida entre os jovens, perdendo apenas para as bebidas alcoólicas (INCA, 2009; LARANJEIRAS et al, 2013). A literatura demonstra que a idade do início de uso de cigarros é cada vez mais

precoce e para as mulheres os efeitos do uso, além dos efeitos comuns a todos os fumantes, envolve agravantes específicos de gênero, decorrentes da própria constituição orgânica da mulher. Os efeitos deletérios na gestação, na menopausa, no uso de pílulas anticoncepcionais, os cânceres de colo uterino e mama, entre outros agravos sistêmicos, podem estar atrelados ou serem agravados pelo uso de cigarros (LION, 2009; OMS, 2010).

A investigação sobre o que determina que mulheres e adolescentes do gênero feminino façam ou não uso de cigarros industrializados envolve vários fatores, entre eles a divulgação pela indústria tabagista, a partir da década de 1960, fazendo crer que o cigarro é um símbolo de emancipação e independência, além de sensualidade. Esta estratégia de *marketing* influenciou o consumo pelo público feminino, sendo inclusive criadas marcas de cigarro direcionadas especificamente às mulheres (JATEGAONKAR, 2014).

A decisão de fumar, portanto, parece ser não apenas pautada na vontade individual, mas existem aspectos culturais e contextuais que podem influenciar o uso de cigarros (UNGAR, 2012; RESILIENCY INITIATIVES CANADA, 2012).

A identificação dos fatores causais do fumo no gênero feminino aponta para o perfil de resiliência de adolescentes como um fator de proteção em situações de alta vulnerabilidade, como por exemplo, no uso de substâncias psicoativas (HODDER et al, 2011; XAVIER, CONCHÃO, CARNEIRO, 2011).

Etimologicamente a palavra *resiliência* tem sido utilizada no meio científico desde o início do século XIX, primeiramente como terminologia própria da Física e da Engenharia, para descrever a energia de deformação máxima que um material é capaz de armazenar sem sofrer deformações

permanentes (FARIAS, 1967; TIMOSHEIBO, 1983; SARAIVA, 2000). Mais tarde o termo passou a ser utilizado também no campo das Ciências Sociais e Ciências da Saúde, porém com significado e particularidades diferentes (ANGST, 2009).

No campo da saúde, *resiliência* é um constructo relativamente novo e sofreu aproximações sucessivas na definição, até chegar à atual (ANGST, 2009). Entre as décadas de 1970 e 1980, pesquisadores pioneiros estudaram as características que algumas pessoas possuíam de permanecerem saudáveis apesar de expostas a severas adversidades, e denominaram o fenômeno de *resiliência* (NORONHA, CARDOSO, MORAES, 2009; BRANDÃO, MAHFOUD, GIORDANELI-NASCIMENTO, 2011). Nesta perspectiva, a “resistência” ao estresse e à adversidade definiam as pessoas denominadas resilientes. Estas pessoas eram aquelas que, como uma bola de borracha ou um vergalhão de aço, seriam capazes de sobreviver a prolongadas situações de estresse sem apresentar qualquer tipo de dano definitivo em sua saúde emocional ou competência cognitiva. A resiliência estabelecia, assim, o conceito de “resistência total” e, considerada como escudo protetor, fazia com que nenhum problema atingisse a pessoa resiliente, tornando-a resistente a todas as adversidades (ANGST, 2009).

Uma segunda geração de pesquisadores (UNGAR, 2013; BRANDÃO, MAHFOUD, GIORDANELI-NASCIMENTO, 2011; MASTEN, 2007; PESCE et al, 2005) surge na década de 1990, e diferentemente da concepção inicial do conceito de resiliência, instituiu uma nova perspectiva, expandindo o tema resiliência em dois aspectos.

O primeiro aspecto faz referência à noção de que a *resiliência* é um processo que implica na dinâmica entre fatores de proteção e de risco da pessoa por um lado e as influências do ambiente por outro, que interagindo de maneira recíproca, fazem com que o indivíduo identifique qual a melhor atitude a ser tomada em determinado contexto, com resultados positivos para sua vida (BRANDÃO, MAHFOU, GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011; POLETTO & KOLLER, 2006; LUTHAR, 2006).

Os fatores de proteção podem ser considerados como as influências que modificam ou melhoram a resposta de uma pessoa a algum perigo que predispõe a um resultado não adaptativo, e que parecem mudar ou reverter circunstâncias potencialmente negativas, estabelecendo a autoestima e criando oportunidades para reverter os efeitos do estresse (UNGAR, 2013). Por outro lado, os fatores de risco são variáveis que aumentam a possibilidade de desadaptação da pessoa diante de uma situação adversa (BRANDÃO, MAHFOU, GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011; CARVALHO ET AL, 2007; POLETTO & KOLLER, 2006).

O segundo aspecto é relativo à busca de modelos para promover resiliência de forma efetiva, e a relevância do estudo da resiliência em saúde está na identificação dos recursos pessoais e contextuais que podem ser usados para enfrentar as adversidades que impactam negativamente na saúde das pessoas (UNGAR, 2013; EBERSÖHN, FERREIRA, 2011; BRANDÃO, MAHFOU, GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011; PESCE et al, 2005)

A partir desta abordagem, amplia-se a valorização do conceito de resiliência, em especial como instrumento para a promoção da saúde, favorecendo aspectos saudáveis e a melhoria nas condições de saúde das

peças, nas diversas coletividades e nos diferentes ciclos da vida (EBERSÖHN, FERREIRA, 2011).

O Modelo de Resiliência proposto pela Resiliency Initiatives, Canada em 2012 (RESILIENCY INICIATIVES CANADA, 2012) foi eleito como marco referencial teórico nesta pesquisa por identificar dimensões interdependentes da resiliência e influências vivenciadas pelos adolescentes no processo de construção de seu perfil de resiliência. Tais dimensões abrangem a interação entre fatores intrínsecos e extrínsecos relacionados ao contexto familiar, de amigos, escola e comunidade (Figura 1).

FIGURA 1 – Modelo Teórico de Resiliência



Fonte: Adaptado de RESILIENCY INITIATIVES, CALGARY, 2012.

Deste modo, a hipótese que o potencial de resiliência pode influenciar o uso de substâncias psicoativas por adolescentes norteou o presente estudo, que se propôs a explorar a relação entre a experimentação e uso de cigarros industrializados em adolescentes do gênero feminino, na faixa etária de 12 a 14 anos, e o perfil de resiliência.

Pretende-se que os resultados deste estudo possam contribuir com a elaboração de políticas públicas voltadas para o fortalecimento do perfil de resiliência das adolescentes, que levem em consideração a especificidade dos fatores associados ao uso de cigarros industrializados por este grupo populacional.

Esta pesquisa iniciou como parte de um projeto maior desenvolvido em parceria com a Rede Paranaense para o Controle do Tabaco em Mulheres, apoiada pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR e a University of Alabama at Birmingham – UAB e resultou em uma tese composta de três estudos.

O primeiro estudo apresenta uma revisão sistemática da literatura sobre o uso da resiliência nas áreas de saúde, visando aprofundar o estudo a respeito da promoção da saúde e do bem-estar do adolescente por meio de abordagem do perfil de resiliência.

O segundo estudo, descritivo de corte transversal e quantitativo, realizado com uma amostra de 324 adolescentes, procurou analisar o impacto de fatores relacionados ao perfil de resiliência e o uso de cigarros industrializados pelas adolescentes.

O terceiro estudo analisa os discursos das adolescentes para prevenção do uso de cigarros industrializados de 20 adolescentes selecionadas pelo alto

potencial de resiliência, estudantes de uma escola pública participante do estudo 2.

Devido à amplitude do tema e a complexidade das variáveis envolvidas no uso de tabaco por adolescentes do gênero feminino não se pretendeu com este estudo esgotar o assunto, mas contribuir para o enfrentamento deste desafio pela sociedade.

As indústrias do tabaco ambicionam que as pessoas pensem que o cigarro é apenas um produto natural que cresce na terra, é colhido, posto dentro de um papel e servido. Mas não é! É um produto meticulosamente projetado cujo objetivo é fornecer nicotina – uma droga viciante.

Jeffrey Wigand

In: Global Tobacco Control: Learning from the Experts Course. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health - 2014.

ARTIGO 1¹

RESILIÊNCIA – UMA ABORDAGEM PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE ADOLESCENTES: REVISÃO SISTEMÁTICA

RESILIENCE – AN APPROACH TO HEALTH PROMOTION IN ADOLESCENTS: A SYSTEMATIC REVIEW

Edeny Aparecida Terra Loyola
Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR)
Bolsista Capes
E-mail: edenyloyola@hotmail.com
Endereço: Rua Professor Brasília Ovídio da Costa, nº 71. Curitiba – PR. Brasil

Samuel Jorge Moysés
Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR)
E-mail: s.moyses@pucpr.br

Renata Iani Werneck
Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR)
E-mail: renata.iani@pucpr.br

Simone Tetu Moysés
Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR)
E-mail: simone.moyses@pucpr.br

¹ Artigo submetido para publicação à Revista Pan-Americana de Saúde Pública.

RESUMO

Objetivo. Sistematizar a literatura sobre resiliência como abordagem para promoção da saúde na adolescência.

Métodos. Trata-se de uma revisão sistemática, com metassumarização qualitativa. Foram utilizados os critérios de qualidade adaptados do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews (PRISMA). Os descritores padronizados pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) “resiliência”, “saúde” e “adolescente” foram utilizados de forma combinada por expressão booleana “and” nas bases da Biblioteca Virtual em Saúde (LILACS, IBECs, MEDLINE, Biblioteca Cochrane e SciELO), no período de 2009 a 2013. Os artigos selecionados foram agrupados de acordo com o modelo teórico de referência para estudo da resiliência, em artigos que abordavam fatores intrínsecos e extrínsecos.

Resultados. De 156 artigos encontrados, 24 contemplaram os critérios de inclusão propostos, sendo que sete artigos se referiram somente a fatores intrínsecos, cinco abordaram fatores extrínsecos e doze estudos referiram-se a ambos.

Conclusões. A metassumarização permitiu identificar as dimensões propostas pelo modelo teórico de resiliência como importantes promotores da saúde. A literatura reforça que a resiliência pode ser considerada parte do conceito ampliado de saúde, reforçando comportamentos saudáveis, promovendo recursos de enfrentamento de vulnerabilidades e riscos, o que pode dar suporte a resultados desejáveis em eventos de saúde.

Palavras-chave: Resiliência psicológica. Promoção da Saúde. Saúde do Adolescente.

ABSTRACT

Objective. *Systematize the literature on resilience as an approach to health promotion in adolescence.*

Methods. *This is a systematic review with qualitative meta summarization. The quality criteria adapted from the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews (PRISMA) were used. The standard descriptors "resilience", "health" and "adolescent" were used in combination by boolean expressions "and" to search the databases of the Virtual Health Library (LILACS, IBECS, MEDLINE, Cochrane Library, and SciELO) in the period 2009 to 2013. The selected articles were grouped according to the theoretical model of reference for the study of resilience on articles that addressed both intrinsic and extrinsic factors.*

Results. *Of 156 articles retrieved, 24 met the proposed inclusion criteria, with seven articles referred only to intrinsic factors, extrinsic factors were discussed by five articles, and twelve studies have referred to both.*

Conclusions. *The meta summarization identified the dimensions proposed by the theoretical model of resilience as a major health promoters. The literature emphasizes that resilience can be considered as part of the wider concept of health, reinforcing healthy behaviors and promoting coping resources of vulnerabilities and risks, which can support desirable outcomes in health events.*

Keywords: *Psychological Resilience. Health Promotion. Adolescent Health.*

INTRODUÇÃO

No campo da saúde, resiliência é um constructo relativamente novo (1-4). Entre as décadas de 1970 e 1980, pesquisadores estudaram as características que algumas pessoas possuíam de permanecerem saudáveis apesar de expostas a severas adversidades, e denominaram o fenômeno de *resiliência* (5,6). Nesta perspectiva, a “resistência” ao estresse e à adversidade poderia definir as pessoas denominadas resilientes.

Uma segunda geração de pesquisadores na década de 1990 (6-13) instituíram novas perspectivas sobre resiliência em saúde, expandindo o tema em dois aspectos. O primeiro aspecto faz referência à noção de que a resiliência é um processo que implica na dinâmica entre fatores de proteção e de risco da pessoa por um lado, e as influências do ambiente por outro, que, interagindo de maneira recíproca, fazem com que o indivíduo identifique qual a melhor atitude a ser tomada em determinado contexto, com resultados positivos para sua vida (6-10).

O outro aspecto explorado na literatura aponta para a busca de modelos para promover resiliência de forma efetiva e aponta a relevância do estudo da resiliência em saúde na identificação dos recursos pessoais e contextuais que podem ser usados para enfrentar as adversidades que apresentam alto impacto na saúde das pessoas (6-11). Esta abordagem amplia o conceito de resiliência, em especial como instrumento para a promoção da saúde, favorecendo aspectos saudáveis e a melhoria das condições de saúde nas diversas coletividades em diferentes ciclos da vida (12,13).

A adolescência é uma etapa do desenvolvimento onde ocorrem mudanças capazes de gerar impacto no autoconceito e na autoestima do jovem (14,15), tornando-o mais vulnerável aos fatores de risco à sua saúde. Por ser vivenciada como um processo complexo de emancipação, deflagra o enfrentamento entre fatores de proteção e de risco

versus influências do ambiente, e as mudanças envolvem dimensões interdependentes no contexto de gênero, familiar, comunitário e de experiência de vida (14).

O Modelo de Resiliência proposto pela Resiliency Initiatives, Canadá, em 2012 (16) aponta dimensões e influências vivenciadas pelos adolescentes no processo de construção de seu perfil de resiliência. Tais dimensões abrangem a relação entre fatores intrínsecos e extrínsecos atrelados ao contexto familiar, de amigos, escola e comunidade (figura 1).

FIGURA 1 – Modelo de Resiliência



Fonte: Adaptado de Resiliency Initiatives, Calgary, Alberta, Canada, 2012 (16).

Compreendido desta forma, o perfil de resiliência de adolescentes pode ser utilizado tanto para explicar seu papel na produção social da saúde, como para apoiar estratégias de fortalecimento da resiliência como ação de promoção da saúde deste grupo, com impacto na incorporação de valores, atitudes e hábitos saudáveis.

Este artigo se propõe a identificar e sistematizar a literatura que aborda a resiliência como dimensão da promoção da saúde de adolescentes.

MATERIAIS E MÉTODOS

A presente revisão sistemática, com metassumarização qualitativa (17), foi conduzida em março de 2014, por meio da busca em base de dados eletrônica, realizada por dois pesquisadores independentes. A estratégia de busca foi realizada de acordo com a diretriz adaptada de *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis* - PRISMA (18).

Fontes de informação e descritores

A base de dados utilizada foi a BIREME/BVS - Biblioteca Virtual em Saúde, que engloba a literatura indexada na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Índice Bibliográfico Español em Ciencias de La Salud (IBECS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Biblioteca Cochrane e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)/BIREME/BVS: *resiliência*, *saúde* e *adolescente*, em português e inglês, com a expressão booleana AND, a fim de serem localizados os registros onde ocorressem simultaneamente os descritores mencionados.

Critérios de inclusão

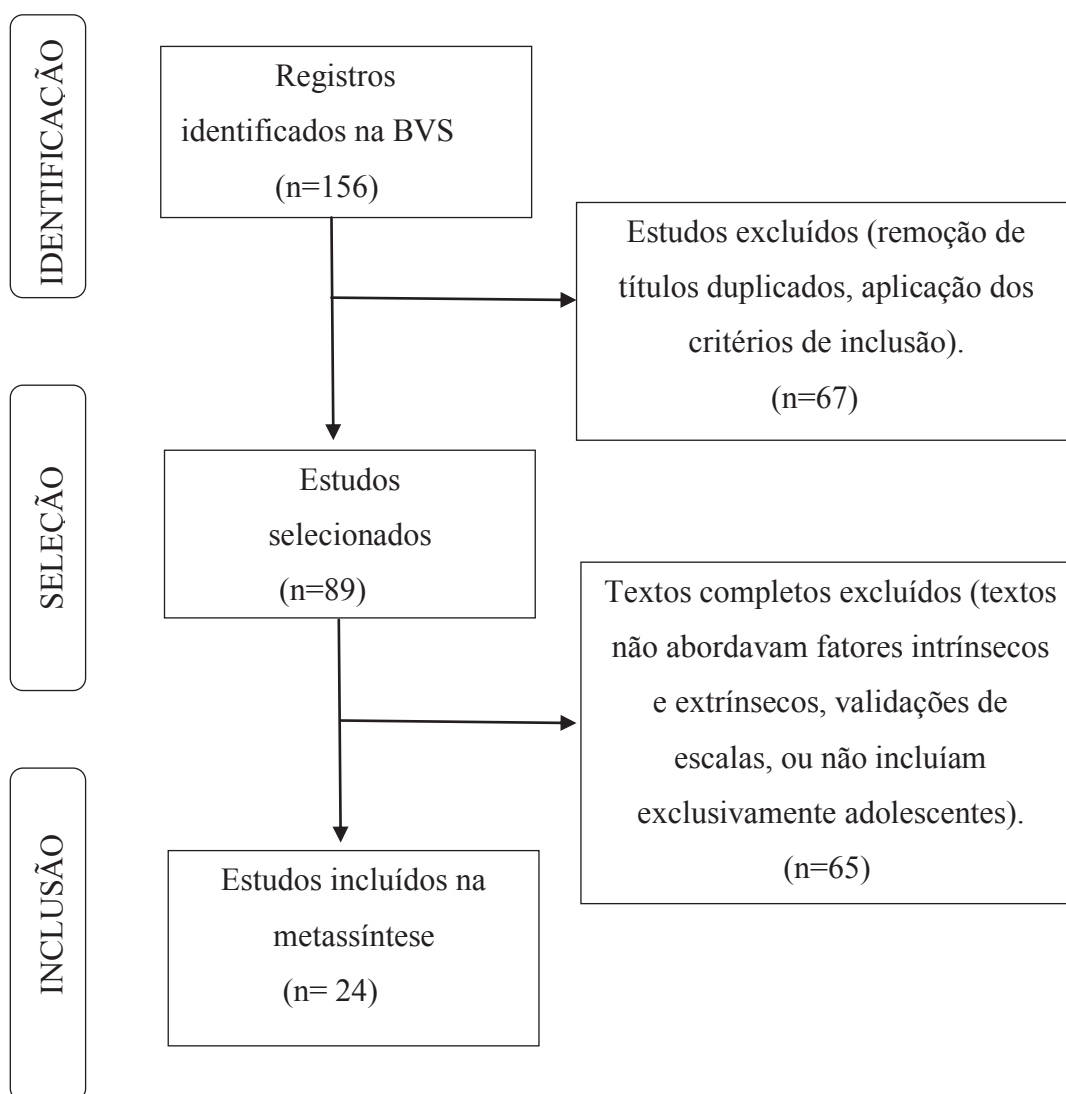
Os critérios adotados para a inclusão foram: ano de publicação dos artigos, definido de janeiro de 2009 a dezembro de 2013; publicações nos idiomas português,

inglês e espanhol; artigos publicados em periódicos, excluindo-se teses. Seguindo o modelo teórico de resiliência (16), foram selecionados artigos que abordassem fatores intrínsecos – relacionados às características pessoais do adolescente, extrínsecos – família, amigos, escola e comunidade - ou ambos.

Seleção dos estudos

Foram identificados 156 estudos nas bases de dados. Foi realizada inicialmente a leitura dos títulos, com o objetivo de verificar o idioma, tipo de publicação, a pertinência dos registros em relação ao objetivo da presente revisão e a ocorrência de artigos duplicados. A etapa seguinte consistiu na leitura dos resumos, visando aproximar ao objeto da pesquisa. Após a aplicação destes critérios, permaneceram 89 estudos, os quais foram lidos na íntegra para análise de qualidade. Deste total, 65 foram excluídos por não abordarem os fatores intrínsecos ou extrínsecos, serem validações de escalas de resiliência e pesquisas não direcionadas somente a adolescentes, incluindo outras faixas etárias. Ao final, 24 artigos foram incluídos na metassumariação qualitativa. A figura 2 apresenta o diagrama da seleção dos artigos que compõem esta revisão sistemática.

FIGURA 2. Diagrama do fluxo de informações nas diferentes fases da revisão sistemática de literatura.



Processo de extração dos dados

Os textos foram lidos e resumidos, observando-se aspectos de autoria, ano de publicação, características amostrais e detalhes do método. Foram avaliados os efeitos significativos de programas com delineamento experimental ou quase-experimental, preferencialmente com grupo de comparação equivalente, que cumprissem critérios de

validade, ou ainda protocolos que atendessem à pesquisa de fatores intrínsecos e extrínsecos relacionados à resiliência.

RESULTADOS

Do total de artigos identificados, vinte e quatro atenderam ao objetivo proposto nesta revisão. As características dos estudos revisados são apresentadas na Tabela 1.

Quanto ao desenho de estudo, treze utilizaram abordagem quantitativa, cinco estudos eram qualitativos, dois utilizaram abordagem mista, três eram revisões de literatura, sendo duas delas revisões sistemáticas, e um era estudo de protocolo.

Os fatores intrínsecos foram abordados em sete artigos (25,26,30,31,36,37,42), cinco abordaram fatores extrínsecos (28,38-41) e 12 estudos abordaram fatores intrínsecos e extrínsecos (19-24,27,29,32-35).

Os artigos selecionados incluíram estudos realizados nos Estados Unidos da América, Brasil, Austrália, Reino Unido, Itália, Romênia, Japão, Afeganistão, Taiwan, Israel, além de um estudo conduzido em 10 países da Europa e Ásia.

TABELA 1. Sumarização dos estudos sobre a abordagem de resiliência associada a eventos de saúde em adolescentes, entre os anos de 2009 a 2013.

Autor/ano	Desenho do estudo/Características da população estudada	Fatores analisados	Principais resultados
Kubicek et al., 2013 (19)	Estudo transversal, abordagem quali e quantitativa com 263 jovens homossexuais nos EUA.	Fatores intrínsecos e extrínsecos	Na abordagem para prevenção do HIV, os autores reforçam a construção de intervenções baseadas nos pontos fortes, usando conceitos de resiliência, incluindo aceitação, criatividade social, apoio social e voluntariado.
Stoddard et al., 2013 (20)	Estudo longitudinal de comportamento violento entre adolescentes urbanos, com 726 adolescentes, nos EUA, mensurando fatores de risco acumulados e de proteção na adolescência.	Fatores intrínsecos e extrínsecos	Fatores protetores (características individuais, colegas, família e influências da comunidade) podem ajudar a reduzir a carga de risco cumulativo para a violência juvenil.
Brody et al., 2013 (21)	Estudo longitudinal com 489 jovens (11-13 anos até os 19 anos) afro americanos, moradores de área rural nos EUA. Avaliaram riscos relacionados com o status socioeconômico e sintomas depressivos com competência auto-relatada e relatada por professores.	Fatores intrínsecos e extrínsecos	Jovens afro americanos são duas vezes mais propensos que os americanos de origem europeia de morrer de doenças cardíacas, câncer e diabetes, apesar de possuírem elevado grau de autocontrole e resiliência.
Tol et al., 2013 (22)	Revisão sistemática de literatura composta por 53 estudos focados na capacidade de resistência e de saúde mental em adolescentes afetados por conflitos armados em países de baixa e média renda.	Fatores intrínsecos e extrínsecos	A resiliência é um processo dinâmico complexo e impulsionado por variáveis dependentes do contexto - tempo e o equilíbrio entre os fatores de proteção e de risco.

Autor/ano	Desenho do estudo/Características da população estudada	Fatores analisados	Principais resultados
Betancourt et al, 2013 (23)	Revisão sistemática de literatura sobre crianças que foram soldados associado com as forças armadas e grupos armados. Foram analisados 21 estudos quantitativos desenvolvidos em 10 países.	Fatores extrínsecos e intrínsecos	Aceitação da família, apoio social e oportunidades de educação foram associados com um melhor ajustamento psicossocial.
Caldeira dos Santos et al, 2013 (24)	Estudo exploratório, de corte transversal e abordagem quantitativa de qualidade de vida (teste WHOQOL – Bref) realizado com 20 adolescentes hospitalizados, que sofriam de doenças crônicas, Brasil.	Fatores intrínsecos e extrínsecos	Os fatores de proteção mais relatados foram os baseados nos fatores individuais e nos fatores relacionados ao apoio do ambiente do paciente.
Perfect e Jaramillo, 2012 (25)	Estudo quantitativo desenvolvido com 45 pares (pais/filhos). Investigou a relação entre resiliência e a autogestão da diabetes conforme gravidade, incapacidade e qualidade de vida, no Arizona, EUA.	Fatores intrínsecos	O autodomínio foi correlacionado com menor agravo da diabetes. Segundo relatos dos pais, boas notas escolares e menos problemas relacionados com ausências na escola e com o professor, promovem menor impacto da doença.
Smorti, 2012, (26)	Estudo exploratório, quantitativo de caso-controle com 32 adolescentes com fim do tratamento de câncer ósseo bem sucedido, sobre as expectativas otimistas do futuro, estratégias de resiliência e de enfrentamento, na Itália.	Fatores intrínsecos	Adolescentes com experiência com o câncer tinham expectativas mais otimistas do futuro e maior resiliência global, maior controle dos impulsos e tendiam a usar mais estratégias de prevenção em comparação com o grupo controle.
Greeff et al., 2012 (27)	Estudo exploratório, quantitativo e de corte transversal com o objetivo de identificar qualidades associadas com a resiliência em 68 famílias com crianças/adolescentes com deficiência física.	Fatores intrínsecos e extrínsecos	Recursos e qualidades como a força familiar, avaliação de uma situação estressante como um desafio, o nível de escolaridade do pai e o apoio social foram identificados como redefinição positiva de uma situação estressante.

Autor/ano	Desenho do estudo/Características da população estudada	Fatores analisados	Principais resultados
Hodder et al., 2012 (28)	Protocolo de intervenção randomizado realizado com grupo controle na Austrália. Fundamentado na resiliência em contexto escolar (32 escolas). O objetivo era diminuir o uso de tabaco, álcool e uso de drogas ilícitas por adolescentes que frequentam as escolas secundárias em zonas desfavorecidas.	Fatores extrínsecos	Sugerem que a intervenção na escola, utilizando grupos formados por professores, funcionários e pais, anteriormente capacitados para atuação com os jovens, com o objetivo de aprofundar o vínculo e a promoção da autoestima, incrementou a proteção de fatores de resistência, diminuindo o uso de tabaco, álcool e maconha por adolescentes.
McNamara, 2012 (29)	Estudo transversal quantitativo avaliativo sobre taxas de suicídio em vários programas de saúde pública para aumentar a conscientização da comunidade sobre a saúde mental, particularmente depressão, para promover o bem-estar, com ênfase na resiliência (aspectos individuais e familiares e comunitários), Austrália.	Fatores intrínsecos e extrínsecos	O desenvolvimento dos programas cria um foco nacional para a educação da comunidade, prevenção e tratamento da depressão, diminuindo as taxas de suicídio entre jovens.
Atkins et al., 2012 (30)	Estudo transversal, qualitativo, realizado com entrevistas com pais de 9 crianças que estiveram internadas em UTI pediátrica no Reino Unido.	Fatores intrínsecos	Os participantes destacaram a importância da aceitação de uma nova condição de saúde como sendo importante para a recuperação biopsicossocial.
Brassai et al., 2011 (31)	Estudo transversal, quantitativo. Os participantes eram 1.977 alunos matriculados nas escolas secundárias na Região da Transilvânia, Romênia. Foram usados questionários como um método de coleta de dados, incluindo itens sobre objetivo de vida delimitado e saúde psicológica.	Fatores intrínsecos	O objetivo de vida delimitado desempenhou um papel protetor em relação a comportamentos de risco, exceto o tabagismo e consumo excessivo de álcool.

Autor/ano	Desenho do estudo/Características da população estudada	Fatores analisados	Principais resultados
Xavier et al., 2011 (32)	Pesquisa-ação, em abordagem qualitativa com grupo de conversa, para identificar estratégias para ações que diminuíam situações de vulnerabilidades, em jovens em situação de vulnerabilidade social na cidade de Santo André, São Paulo - Brasil.	Fatores intrínsecos e extrínsecos	A promoção da resiliência permitiu aproximação e resultados mais efetivos com grupo-alvo, mostrando-se promissora para os programas e as ações dirigidas a eles por agentes públicos.
Ginsburg KR; Carlson EC. 2011 (33)	Estudo longitudinal. Aplicação de abordagem baseada nos pontos fortes em um ambiente de saúde, estimulando que as pessoas tomem decisões de promoção da saúde quando possuem informações suficientes para querer mudar, a motivação para levá-los para a mudança, e o conjunto de habilidades para agir e manter comportamentos saudáveis, nos EUA.	Fatores intrínsecos e extrínsecos	Deve-se estabelecer conexão entre promoção da saúde e as forças individuais existentes, monitorando os riscos no contexto. Ampliar os pontos fortes, oferecendo estratégias positivas de enfrentamento para os adolescentes.
Puskar et al., 2010 (34)	Estudo transversal, quantitativo com 193 alunos, utilizando três escalas sobre autoestima e otimismo na área rural da Pensilvânia, EUA.	Fatores intrínsecos e extrínsecos	Autoestima e otimismo estão associados com práticas de saúde (compulsão alimentar e controle de massa corpórea), a interação social, o apego, resiliência e identidade pessoal. Adolescentes do gênero feminino tiveram pontuação mais baixa do que os adolescentes do gênero masculino, tanto na autoestima como no otimismo.
Ishibashi et al., 2010 (35)	Estudo de caso com sete adolescentes com câncer e suas mães para explorar a forma como os mesmos desenvolvem resiliência durante a experiência da doença no Japão.	Fatores intrínsecos e extrínsecos	Embora os adolescentes tivessem a sensação de incerteza sobre a sua saúde, o apoio social, bem-estar psicológico e resiliência influenciaram positivamente no desenvolvimento da força, otimismo e uma apreciação mais profunda da vida.

Autor/ano	Desenho do estudo/Características da população estudada	Fatores analisados	Principais resultados
Eggerman e Panter-Tijolo, 2010 (36)	Estudo transversal, qualitativo de análise documental (entrevistas) cuja amostra foi composta por 1011 pares de aluno / cuidador com estudantes de 11-16 anos de idade no norte do Afeganistão.	Fatores intrínsecos	Os resultados mostram que a resiliência para os jovens no Afeganistão está baseada em sentimento de esperança e crença (fé religiosa) de que a adversidade pode vir a ser superada.
Chou e Hunter, 2009 (37)	Estudo transversal, quali-quantitativo utilizado para avaliar a relação entre sobreviventes de leucemia e câncer cerebral em 98 adolescentes participantes. Dados foram coletados em Taiwan.	Fatores intrínsecos	A melhor qualidade de vida foi atribuída a fatores de proteção mais positivos, e menos doenças relacionadas. Qualitativamente, os participantes acreditavam que melhor qualidade de vida significa capitalizar seus pontos fortes, para diminuir os riscos individuais e promover o autocontrole.
Gelkopf, Berger, 2009 (38)	Estudo quasi-experimental com grupo controle. Participaram 114 alunos para a intervenção ES (ERASE STRESS) na escola, para avaliação de medidas de sintomatologia pós-traumática, depressão, sintomas somáticos e problemas funcionais, em Israel.	Fatores extrínsecos	O programa ES foi benéfico na redução das reações de estresse pós-traumático e melhorou a resiliência dos alunos.
Leve et al., 2009 (39)	Estudo avaliativo do método de Tratamento Multidimensional Foster Care (MTFC), para a redução de psicopatologia infanto-juvenil a partir de 03 estudos randomizados.	Fatores extrínsecos	Os pais e os pares são o alvo da intervenção para prevenir e melhorar as interações positivas com a criança ou adolescente e promoção de resiliência.

Autor/ano	Desenho do estudo/Características da população estudada	Fatores analisados	Principais resultados
Barreto e Santos, 2009 (40)	Estudo descritivo de natureza qualitativa, para analisar a vulnerabilidade à doença sexualmente transmissível (DST) no Brasil.	Fatores extrínsecos	Evidenciou-se que as adolescentes ao conviverem, em núcleos familiares não coesos, são menos resilientes e, conseqüentemente, mais vulneráveis a contrair DST.
Baker et al., 2009 (41)	Estudo transversal com 103 pais de crianças ou jovens adultos com fissura lábio palatina, no Reino Unido.	Fatores extrínsecos	O apoio social, da família e de amigos foi associado com menos impacto negativo, menor angústia, e melhor ajuste da criança com fissura lábio palatina.
Mistry et al., 2009 (42)	Estudo transversal com 4010 adolescentes de ambos os sexos, explorando comportamentos de risco, na Califórnia-EUA.	Fatores intrínsecos	Existe um <i>cluster</i> de comportamentos de risco que inclui tabagismo, uso de álcool, baixo consumo de frutas / verduras e sedentarismo. Particularmente para as adolescentes do gênero feminino, intervenções que diminuem a depressão podem ser especialmente importantes.

A análise dos artigos foi agrupada de acordo com as dimensões pesquisadas pelos autores e seguindo o modelo teórico utilizado (16), sendo considerado o estudo dos fatores intrínsecos, fatores extrínsecos ou ambos os fatores estudados simultaneamente.

Fatores intrínsecos

Os fatores intrínsecos importantes para o desenvolvimento da resiliência foram explorados isoladamente em sete estudos, a maioria deles envolvendo aspectos individuais em pessoas com doenças/condições crônicas. Outros temas analisados foram: associação da resiliência com a promoção da saúde; a resiliência e o enfrentamento nas adversidades da vida diária e a resiliência como abordagem na prevenção de comportamentos de risco.

Entre os artigos que exploraram as condições crônicas, destaca-se o autodomínio do adolescente na ingestão de açúcar como meio para controle dos índices glicêmicos da diabetes (25); o otimismo em relação ao futuro (26) e a capitalização de pontos fortes, como o autocontrole, para diminuir os riscos individuais presentes em jovens com experiência de tratamentos bem sucedidos de câncer (37); e a aceitação de um “novo normal” ou uma nova condição de saúde, em pacientes tratados em Unidades de Terapia Intensiva – UTI(30).

Estudo apresentando análise temática a partir das narrativas de adversidade, sofrimento e resiliência de adolescentes no Afeganistão (36), revelou que a forte fé religiosa e o esforço individual constituíram-se em resposta positiva aos estressores da vida diária.

A importância do jovem ter um objetivo definido na vida foi explorada como fator protetor frente a comportamentos de risco (31). Mistry *et al.* (42) caracterizaram em sua pesquisa um *cluster* de comportamentos de risco entre adolescentes que incluem

tabagismo, uso de álcool, baixo consumo de frutas / verduras e sedentarismo, destacando que a depressão pode ser especialmente um fator que influencia estes comportamentos, particularmente entre adolescentes do gênero feminino. Assim, recomendam que intervenções de promoção da saúde devam abordar vários comportamentos de risco à saúde de forma integrada.

Fatores extrínsecos

Os cinco artigos que exploraram fatores extrínsecos (28,38-41) abordaram dimensões envolvidas na resiliência como a força familiar (28,39-41), o perfil da escola (28,38,39), o apoio dos amigos (39,41) e dos mentores adultos (28,38) como capazes de induzir menor impacto negativo, menor angústia e menor desgaste na vivência de adversidades.

A importância do papel da família no estímulo à resiliência entre adolescentes e suporte em situações de adversidade foram exploradas na literatura pesquisada, como a redução de psicopatologias por meio da interação positiva com o adolescente (39), e o melhor ajuste da criança e adolescente com fissura lábio palatina quando recebiam apoio da família, em conjunto com o apoio de amigos e da rede social (41). Por outro lado, pesquisa conduzida no Brasil com adolescentes sobre doenças sexualmente transmissíveis evidenciou menor resiliência e aumento da vulnerabilidade naqueles convivendo com famílias não coesas (40).

Entendida como ambiente propício a intervenções, a escola foi importante cenário na redução no consumo de tabaco, álcool e maconha por adolescentes. Grupos formados por professores, funcionários e pais, anteriormente capacitados para atuação com os jovens, incrementou a ação protetora de fatores de resistência (28) e apoiou a

redução das reações de estresse pós-traumático, depressão e sintomas somáticos vivenciados por estes grupos (38).

Fatores intrínsecos e extrínsecos

Os fatores intrínsecos e extrínsecos analisados simultaneamente foram objeto de pesquisa em doze registros. Numa perspectiva ampliada, estes estudos exploraram a importância do reforço a forças individuais, além do monitoramento de riscos no contexto de adolescentes e suporte a criatividade e apoio social.

Dentre os artigos que exploraram o impacto da resiliência de adolescentes vivenciando doenças e condições crônicas, um deles avaliou o benefício do apoio social e familiar em adolescentes com câncer no Japão e o aumento do otimismo, mesmo com a sensação de incerteza sobre a sua saúde (35). Pesquisa exploratória qualitativa realizada com adolescentes brasileiros hospitalizados acometidos por doenças crônicas não transmissíveis ressaltou que fatores de proteção como o apoio familiar, da rede social e dos profissionais responsáveis pelo cuidado, influenciam fortemente a forma como eles percebem o mundo e enfrentam a adversidade (24). Outro estudo evidenciou que qualidades associadas com a resiliência de famílias com adolescentes com deficiência física, como a força familiar, a avaliação da situação como um desafio, o nível de escolaridade do pai e o apoio social, foram identificados como suporte para a redefinição positiva da situação (27).

O papel da autoestima e do otimismo associados com práticas de saúde (compulsão alimentar e controle de massa corpórea) e a qualidade da interação social foi pesquisado na área rural da Pensilvânia (34). Este estudo demonstrou que adolescentes do gênero feminino foram menos otimistas e possuíam autoestima mais baixa que o gênero masculino, impactando mais fortemente em práticas alimentares.

As duas revisões sistemáticas identificadas nesta revisão analisaram eventos importantes e estressores ligados à guerra. Uma delas explorou a resiliência e saúde mental em crianças e adolescentes que vivem em área de conflito armado em vários países de baixa e média renda da Europa e Ásia, concluindo que a resiliência é um processo dinâmico complexo, impulsionado por variáveis individuais e dependentes do contexto - tempo e o equilíbrio entre os fatores de proteção e de risco (22). A outra revisão pesquisou eventos em 10 países do mundo e averiguou o trauma vivenciado por crianças-soldados ressaltando que a aceitação da família, o apoio social e oportunidades de educação foram associados com um melhor ajustamento psicossocial (23).

Apenas um dos estudos identificados (21) não estabeleceu correlação entre resiliência e saúde geral, pois, apesar de jovens afro americanos possuírem elevado grau de autocontrole e competência, apresentavam taxas de morbidade e mortalidade maior que pessoas de outras etnias, sendo duas vezes mais propensos que os americanos europeus de morrer de doenças crônicas.

Os estudos que exploravam intervenções voltadas para diminuição da vulnerabilidade social por meio do desenvolvimento da resiliência apontam para a importância de estratégias de apoio social, incluindo aceitação, criatividade social, apoio social e voluntariado, além do aumento da conscientização comunitária para promover o bem-estar, bem como estratégias de fortalecimento das características intrínsecas e de personalidade (19, 29, 32).

Dentre os estudos que fizeram parte desta revisão, dois estudos longitudinais desenvolvidos nos EUA se destacaram (20,33). O primeiro concluiu que fatores protetores (características individuais, colegas, família e influências da comunidade) podem ajudar a reduzir a carga de risco cumulativo para a violência juvenil (20). O

segundo estudo procurou ampliar os pontos fortes, oferecendo estratégias positivas de enfrentamento à violência por meio do apoio social aos adolescentes (33).

DISCUSSÃO

O resultado desta revisão aponta para a adequação do modelo teórico metodológico que serviu de guia do presente estudo. A maioria dos estudos pesquisados mostrou fatores intrínsecos e extrínsecos operando simultaneamente em dimensões que se intercomunicam e se interpenetram, em um processo dinâmico, resultando em resposta positiva frente a uma dada situação de vulnerabilidade ou adversidade.

Zimmerman (43) reforça esses achados e confirma que a resiliência é dependente de vários fatores que interagem mutuamente, ou seja, fatores extrínsecos e intrínsecos, que atuam como equilíbrio entre proteção e risco - com impactos sobre a saúde mental e associados com um melhor ajustamento biopsicossocial. Destaca ainda que existem dois tipos de fatores de proteção: os ativos e os recursos. Ativos e recursos fornecem aos jovens atributos necessários para o desenvolvimento saudável. Nesta perspectiva, fatores positivos individuais (intrínsecos), tais como a autoeficácia e autoestima, são definidos como ativos. Recursos referem-se a fatores externos (extrínsecos), por exemplo, o apoio dos pais, mentores adultos e programas para a juventude que fornecem aos jovens a oportunidade de aprender e praticar habilidades (43).

Outros estudos descritos na literatura (42,44,45) confirmam que os fatores intrínsecos como autonomia, forte orientação social, combinada com senso de independência e uma visão otimista de suas experiências de vida, mesmo entre o sofrimento, são atributos de crianças e adolescentes resilientes, e que provocam respostas positivas e habilidades de enfrentamento de adversidades (44,45).

A família, importante fator extrínseco, foi identificada como um recurso fundamental para o desenvolvimento da juventude saudável e para uma variedade de resultados de saúde. Explorar o potencial de influências positivas dos pais foi considerado um recurso essencial para a melhoria das competências de condução dos adolescentes para resultados positivos. O apoio familiar, incluindo a estrutura e coesão da família, as interações de apoio entre pais e filhos, podem favorecer ambientes estimulantes ao adolescente (45).

Pesquisas desenvolvidas em escolas consideraram que jovens resilientes contribuíam para a diminuição de situações de violência urbana (32) e manutenção da saúde mental após situações traumáticas (38). A importância do contexto escolar ainda foi tema de eleição para a elaboração de protocolo abrangente desenvolvido com o objetivo de prevenção ao uso de tabaco, álcool e uso de drogas ilícitas (28).

Estes estudos reforçam o papel da escola como um espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações promotoras de saúde, por proporcionar o estabelecimento de vínculo entre educador e educandos, e pela perspectiva de proteção à saúde. Depois da família, a escola é o meio essencial para que crianças e adolescentes adquiram as competências necessárias para enfrentar e superar adversidades, tornando-se sujeitos livres e responsáveis, capazes de protagonizar suas histórias (47).

A importância dos amigos e pares na construção da resiliência é explicada pelo importante papel de influência em uma fase de afirmação da identidade como ocorre na adolescência. Nesta etapa da vida, o adolescente busca a independência dos pais, e para sua aceitação e identificação, passa a reproduzir os comportamentos do grupo (19,20,39,41,48).

Várias pesquisas citaram o apoio social (19,20,23,24,27,29,36,42) como essencial para o desenvolvimento da resiliência em adolescentes e as dimensões de apoio

referidas compreenderam os amigos, a vizinhança, profissionais – psicólogos, assistentes sociais, professores, dentre outros, além dos ambientes e estruturas sociais.

Fatores de proteção da comunidade incluem a prevenção precoce e implantação de programas de segurança nos bairros, serviços de apoio adequados, instalações e programas de lazer, acessibilidade aos serviços de saúde, oportunidades econômicas para famílias e organizações religiosas e espirituais (44).

Com base nesta revisão sistemática é possível concluir que a resiliência é utilizada em vários momentos da vida dos adolescentes e é considerada uma abordagem adequada a ser desenvolvida em eventos e situações adversas de natureza variada que envolvem saúde e que requerem manejo adequado para a sua superação.

O desenvolvimento do adolescente é um processo complexo, interativo, que abrange indivíduos, famílias, grupos de pares, instituições e comunidades. A capacidade de responder positivamente à multiplicidade de riscos inerentes ao crescimento e desenvolvimento pode ser considerada a partir do aprendizado da resiliência. Fazendo parte do conceito ampliado de saúde, a resiliência pode reforçar comportamentos saudáveis da pessoa, promovendo recursos de enfrentamento e incentivo às emoções positivas, auxiliando na obtenção de resultados desejáveis em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Angst R. Psicologia e resiliência: Uma revisão de literatura. *Psicol. Argum.* (Curitiba) 2009; 27(58): 253-260.
2. Noronha MGRCS, Cardoso PS, Moraes TNP, Centa ML. Resiliência: nova perspectiva na Promoção da Saúde da Família? *Cienc. Saude Colet.* (Rio de Janeiro) 2009; 14(02): 497-506.

3. Brandão JM, Mahfoud M, Gianordoli-Nascimento IF. A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. *Paidéia* (Ribeirão Preto). 2011; 21(49) 263-271.
4. Masten AS. Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Dev and Psychopathol*, (Cambridge) 2007; 19(03): 921-930.
5. Luthar SS. Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In: Cicchetti D & Cohen DJ. *Dev Psychopathol* (New York): Wiley; 2006: 739-795.
6. Poletto M, Koller SH. Resiliência: uma perspectiva conceitual e histórica. In: Aglio, DDD, Koller SH, Yunes MAM. *Resiliência e Psicologia Positiva: Interfaces do Risco à Proteção*. São Paulo: Casa do psicólogo, 2006: 19-44.
7. Carvalho FT, Morais NA, Koller SH, Piccinini CA. Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Cad. Saude Publica* (Rio de Janeiro) 2007; 23(9): 2023-2033.
8. Ungar M. Resilience after maltreatment: The importance of social services as facilitators of positive adaptation. *Child Abuse & Neglect* 2013; 37 (2): 110–151.
9. Barreira DD & Nakamura AP. Resiliência e a auto-eficácia percebida: Articulação entre conceitos. *Aletheia* (Goiânia) 2006; (23), 75-80
10. Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias J V, Carvalhaes R. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cad. Saude Publica* (Rio de Janeiro) 2005; 21(2): 436-448.
11. Lasmar MMO, Ronzani TM. Qualidade de vida e resiliência: uma interface com a promoção da saúde. *Rev. APS* (Juiz de Fora) 2009; 12(3): 339-350.
12. Ebersöhn L, Ferreira R. Coping in an HIV/AIDS-dominated context: teachers promoting resilience in schools. *Health Educ Res* 2011; 26 (4): 596–613.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As cartas de promoção da saúde*. Brasília; 2002.
14. Moysés ST, Beltrão CR, Pecharki G. Famílias com Adolescentes. In: Moysés ST, Kriger L, Moysés SJ (coordenadores). *Saúde Bucal das Famílias/Trabalhando com Evidências*. São Paulo: Artes Médicas, 2008: 223-29.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. (Brasília) 2010:131
16. Resiliency Initiatives, Calgary, Alberta, Canada. 2012. Disponível em: <http://www.resil.ca/> Acessado em 12 de fevereiro de 2014
17. Sandelowski M, Barroso J. Sandbar Digital Library Project. Qualitative metasummary method. Chapel Hill: University of North Carolina at Chapel Hill School of Nursing; 2004. Disponível em: <http://sonweb.unc.edu/sandbar/index.cfm?fuseaction=about#> Acessado em 02 de março 2014.
18. Welch V, Petticrew M, Tugwell P, Moher D, O'Neill J, et al. PRISMA-Equity 2012 Extension: Reporting Guidelines for Systematic Reviews with a Focus on Health Equity. *Rev Panam Salud Publica.* 2013; 34(1): 60-67. doi:10.1371/journal.pmed.1001333.
19. Kubicek K, McNeeley M, Holloway IW, Weiss G, Kipke MD. "It's Like Our Own Little World": Resilience as a Factor in Participating in the Ballroom Community Subculture. *AIDS Behav* 2013; 17:1524–1539
20. Stoddard SA, Whiteside L, Zimmerman MA, Cunningham RM, Chermack ST, Walton MA. The Relationship Between Cumulative Risk and Promotive Factors and Violent Behavior Among Urban Adolescents. *Am J Community Psychol* 2013; 51:57–65
21. Brody, GH, Yu T, Chen E, Miller GE, Kogan SM, Beach SRH. Is Resilience Only Skin Deep? Rural African Americans' Socioeconomic Status–Related Risk and Competence in Preadolescence and Psychological Adjustment and Allostatic Load at Age 19. *Psychological Science* 2013; 24 (7): 1285-1293.
22. Tol WA, Song S, Jordans MJD. Annual Research Review: Resilience and mental health in children and adolescents living in areas of armed conflict – a systematic review of findings in low- and middle-income countries. *J Child Psychol and Psychiatry* 2013; 54(4): 445–46.
23. Betancourt TS, Borisova I, Williams TP, Meyers-Ohki SE, Rubin-Smith JE, Annan J, Kohrt BA. Research Review: Psychosocial adjustment and mental health in former child soldiers – a systematic review of the literature and recommendations for future research. *J Child Psychol and Psychiatry* 2013; 54(1): 17–36
24. Caldeira dos Santos MS, Beretta L L, Berardinelli LM, Quintanilha BMD, Fuly PSC, Aquino, J H W. Resiliência em adolescentes que sofrem de doenças não transmissíveis: um estudo transversal. *OBJN Online Braz J Nurs.* vol. 12, n 4 (2013).

25. Perfect MM, Jaramillo E. Relations Between Resiliency, Diabetes-Related Quality of Life, and Disease Markers to School-Related Outcomes in Adolescents With Diabetes. *School Psychol Quart*; 2012; 27 (1): 29–40
26. Smorti M. Adolescents' struggle against bone cancer: an explorative study on optimistic expectations of the future, resiliency and coping strategies. *Eur J Cancer Care*; 2012; 21: 251–258
27. Greeff AP; Vansteenwegen A; Gillard J. Resilience in families living with a child with a physical disability. *Rehabil Nurs*; 2012; 37(3): 97-104
28. Hodder RK, Daly J, Freund M, Bowman J, Hazell T, Wiggers J. A school-based resilience intervention to decrease tobacco, alcohol and marijuana use in high school students. *BMC Public Health* 2012; 11: 722-732.
29. McNamara PM. Adolescent suicide in Australia: Rates, risk and resilience. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2012; 18(3) 18: 351-369.
30. Atkins E, Colville G, Johna M. A 'biopsychosocial' model for recovery: A grounded theory study of families' journeys after a Paediatric Intensive Care Admission. *Intensive Crit. Care Nurs*. 2012; 28: 133—140.
31. Brassai L, Piko B F, Steger M F. Meaning in Life: Is It a Protective Factor for Adolescents' Psychological Health? *Int.J. Behav. Med*. 2011; 18: 44–51.
32. Xavier KR, Conchão S, Carneiro Junior N. Juventude e resiliência: uma experiência com jovens em situação de vulnerabilidade. *Rev. Bras. Cresc. e Desenv. Hum*. 2011; 21(1): 140-145.
33. Ginsburg KR; Carlson EC. Resilience in action: an evidence-informed, theoretically driven approach to building strengths in an office-based setting. *Adolesc Med State Art Rev*. 2011; 22(3): 458-481.
34. Puskar KR, Bernardo LM, Ren D, Haley TM, Tark KH, Switala JA, Siemon L. Self-esteem and optimism in rural youth: Gender differences. *Contemp Nurse*. 2010; 34(2): 190–198.
35. Ishibashi A, Ueda R, Kawano Y, Nakayama H, Matsuzaki A, Matsumura T. How to Improve Resilience in Adolescents with Cancer in Japan. *J Pediatric Oncology Nurs*. 2010; 27(2) 73–9.
36. Eggermann M, Panter-Tijolo C. Suffering, hope, and entrapment: resilience and cultural values in Afghanistan. *Soc Med Sci*. 2010; 71 (1-2): 71-83.
37. Chou LN, Hunter A. Factors affecting quality of life in Taiwanese survivors of childhood cancer. *J Adv Nurs*. 2009; 65(10): 2131- 2141.

38. Gelkopf M, Berger R. A school-based, teacher-mediated prevention program (ERASE-Stress) for reducing terrorrelated traumatic reactions in Israeli youth: a quasi-randomized controlled trial. *J Child Psychol Psychiatry*. 2009; 50(8): 962–971.
39. Leve LD, Fisher PA, Chamberlain P. Multidimensional Treatment Foster Care as a Preventive Intervention to Promote Resiliency Among Youth in the Child Welfare System. *J Pers*. 2009; 77(6): 1869–1902.
40. Barreto ACM, Santos RS. A vulnerabilidade da adolescente às DST. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009; 13 (4): 809-816.
41. Baker SR, Owens J, Stern M, Willmot D. Coping Strategies and Social Support in the Family Impact of Cleft Lip and Palate and Parents' Adjustment and Psychological Distress. *Cleft Palate–Craniofacial Journal*. 2009; 46 (3): 229- 236.
42. Mistry R, McCarthy W J, Yancey A K, Lu Y, Patel M. Resilience and patterns of health risk behaviors in California adolescents. *Prev Med*. 2009; 48 (3): 291–297.
43. Zimmerman, MA. Resiliency Theory: A Strengths-Based Approach to Research and Practice for Adolescent Health. *Health Educ Behav*. 2013; 40(4): 381–3
44. Benzies K, Mychasiuk R. Promover a resiliência familiar: Uma revisão dos principais fatores de proteção. *Child & Family*. 2009; 14: 103-114.
45. Bianchini DCS, Dell’Aglío DD. Processos de resiliência no contexto de hospitalização: Um estudo de caso. *Paidéia*. 2006; 16(35): 427-436.
46. Zolkoski SM, Bullock LM. Resilience in children and youth: A review. *Child Youth Serv Rev*. 2012; 34(12): 2295-2303.
47. Fajardo IN, Minayo MCS, Moreira COF. Resiliência e prática escolar: uma revisão crítica. *Educ. Soc. (Campinas)* 2013; 34 (122): 213-224.
48. Abreu MNS, Souza CF, Caiaffa WT. Tabagismo entre adolescentes e adultos jovens de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: influência do entorno familiar e grupo social. *Cad. Saude Publica (Rio de Janeiro)*. 2011; 27(5): 935-943.

Os jovens são os clientes de reposição para a indústria do tabaco – reposição dos adultos dependentes que morrem ou que cessam a cada dia.

Mitch Zeller

In: Global Tobacco Control: Regulamentação dos produtos de tabaco. Learning from the Experts (Course online). Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health - 2014.

ARTIGO 2¹

ALTO POTENCIAL DE RESILIÊNCIA: FATOR DE PROTEÇÃO AO USO DE CIGARROS INDUSTRIALIZADOS POR ADOLESCENTES DO GÊNERO FEMININO

HIGH POTENTIAL OF RESILIENCE: A PROTECTIVE FACTOR FOR THE USE OF MANUFACTURED CIGARETTES BY FEMALE ADOLESCENTS

Edeny Aparecida Terra Loyola
Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR)
Bolsista Capes
E-mail: edenyloyola@hotmail.com
Endereço: Rua Professor Brasília Ovídio da Costa, nº 71. Curitiba – PR.
Brasil

Isabel C. Scarinci
University of Alabama at Birmingham - Birmingham – USA
E-mail: iscarinci@uabmc.edu

Regina C. Cruz
Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR)
E-mail: regina.cruz@pucpr.br

Sérgio Aparecido Ignácio
Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR)
E-mail: s.ignacio@pucpr.br

Renata Iani Werneck
Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR)
E-mail: renata.iani@pucpr.br

Samuel Jorge Moysés
Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR)
E-mail: s.moyses@pucpr.br

Simone Tetu Moysés
Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR)
E-mail: simone.moyses@pucpr.br

¹ Artigo submetido ao Journal of Adolescent Health

RESUMO

Objetivo: Identificar o impacto de fatores relacionados à resiliência no uso de cigarros industrializados por adolescentes do gênero feminino entre 12 e 14 anos de idade. **Método:** Estudo quantitativo, transversal e analítico. A população foi constituída de 324 adolescentes, estudantes de escolas públicas de Curitiba. O estudo explorou o impacto de fatores intrínsecos e extrínsecos associados ao perfil de resiliência das adolescentes. O desfecho foi o uso de cigarros industrializados nos últimos trinta dias. Teste do Chi-quadrado e análise de regressão logística foram utilizados para analisar a associação entre variáveis. **Resultados:** A autossuficiência (OR = 0,37, 95% IC: 0,16-0,84 p= 0,01), e autodisciplina (OR = 0,24, 95%CI:0,09-0,60 p=0,00) foram fatores intrínsecos significativamente associados com o não uso do tabaco, e, portanto considerados como fatores de proteção. Os fatores extrínsecos associados ao uso do cigarro industrializado foram a pressão dos colegas e repetência escolar. Ter um melhor amigo que fuma foi considerado um fator de risco para usar cigarros industrializados (OR=3,41 95% IC:1,57-7,38 p= 0,00). Adolescentes que reprovaram uma ou mais vezes na escola eram mais propensas a fumar cigarros industrializados que adolescentes que nunca reprovaram (OR = 3,81 95%IC: 1,80-8,07 p = 0,00). **Conclusão:** As intervenções para controlar a experimentação e uso de cigarros industrializados no ambiente escolar, focada na capacidade de resiliência das adolescentes, devem incentivar o desenvolvimento de controle pessoal e independência. Medidas multimodais de promoção da saúde em escolas são importantes para aumentar o apoio positivo dos colegas e ajudar a evitar a agregação de comportamentos de risco à saúde na adolescência.

Palavras-chave: Cigarros Industrializados, Adolescente do Gênero Feminino, Resiliência, Questões de Gênero.

ABSTRACT

Objective: To identify the impact of factors related to youth resilience in the use of manufactured cigarettes among female adolescents between 12 and 14 years of age. **Method:** This was a quantitative, transversal and analytical study. The study population consisted of 324 female adolescents attending public schools in Curitiba, Brazil. The study explore the impact of intrinsic and extrinsic factors associated with the resilience profile of adolescents. The outcome variable was the tobacco use within the past thirty days. Chi-square test and logistic regression analysis were used to analyze associations between variables. **Results:** Self-reliance (OR=0.37, 95% CI: 0.16 to 0.84 p=0.01), and self-discipline (OR=0.24, 95% CI: 0.09 to 0.60, p<0.01) were the significant intrinsic factors associated with the lack of manufactured cigarettes use, considered as protective factors. The extrinsic factors associated with manufactured cigarettes use were peer pressure and failing grades at school. Having a best friend that smokes is a risk factor to manufactured cigarettes use (OR=3.41, 95% CI: 1.57 to 7.38 p<0.01). Female adolescents who have failed one or more grades at school were more likely to smoke manufactured cigarettes than female adolescents who never failed (OR=3.81, 95% CI: 1.80 to 8.07 p<0.01). **Conclusion:** Interventions to control female adolescents' experimentation and use of manufactured cigarettes at the school environment focused on resilience, must encourage the development of personal control and independency. Multimodal health promotion measures at schools are important

to increase positive peer support and help avoid clustering of health-risk behaviors in adolescence.

Keywords: Manufactured Cigarettes, Adolescent Females, Resilience, Gender.

INTRODUÇÃO

O uso de tabaco é considerado fator de risco à vida e deve ser controlado com alta prioridade, tendo em vista a elevada ocorrência de óbitos associados ao seu uso em escala mundial [1]. Estima-se que em 2030, se não houver redução nas tendências de consumo de cigarros industrializados, estes serão responsáveis pela mortalidade de mais de 10 milhões de pessoas no mundo [1,2].

No Brasil, segundo país a assinar a Convenção Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), o perfil do uso e exposição ao tabaco pela população tem sido explorado por estudos locais e nacionais [3-6]. Em pesquisa nacional realizada em 2012 [2], concluiu-se que a porcentagem de mulheres que usavam cigarros industrializados no Brasil vem se mantendo menos expressiva, sendo menor (13,0%) comparada aos homens (21,5%). Embora este dado seja bastante favorável, o relatório final do Segundo Levantamento Nacional de Álcool e Drogas – II LENAD ressaltou que, apesar da importante redução no número de fumantes, observou-se que o número de cigarros fumados por dia aumentou de 13,1 para 14 cigarros/dia por fumante, inclusive entre as mulheres [2].

Na Região Sul, responsável por 95% da produção de tabaco do país, a porcentagem de mulheres que usavam tabaco (15,9%) excedia a média nacional [1].

Em um estudo realizado em 2009, em sete cidades do Estado do Paraná, na Região Sul do país, destacou-se a prevalência do uso de cigarros industrializados por mulheres acima de 18 anos, variando de 10% a 17,1%. Ao todo, 70,0% delas relataram ter iniciado antes dos 18 anos [4].

A alta prevalência de experimentação e uso de cigarros industrializados por adolescentes no Brasil foi recentemente apontada pelos resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE 2012 [6], realizada com os estudantes do 9º ano do ensino fundamental. Do total de adolescentes pesquisados, 19,6% descreveram já ter experimentado cigarros industrializados, sendo a maior prevalência de experimentação observada na Região Sul (28,6%). Curitiba registrou a segunda maior prevalência nacional entre as capitais dos Estados brasileiros (31,7%), com maior experimentação ao uso de cigarros nos últimos 30 dias, na ocasião da pesquisa, por adolescentes do gênero feminino (9,4%) que do gênero masculino (6,6%) [6]. Ainda no nível nacional, a frequência de experimentação foi maior entre os estudantes das escolas públicas (20,8%) que das escolas privadas (13,8%), e a idade igual ou inferior a 13 anos para experimentação de cigarros foi citada por 15,4% dos adolescentes brasileiros [6]. Outros estudos [7,8] evidenciam que no Brasil a maioria dos adolescentes começou a fumar entre 12 e 15 anos, reforçando dados encontrados no último inquérito da PeNSE [6].

Para fazer frente à vulnerabilidade de crianças e adolescentes, incluindo o início do uso de cigarros industrializados, o governo brasileiro estabelece políticas públicas para atingir este grupo, como por exemplo, o Programa Saúde na Escola (PSE), cujo objetivo é contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos à saúde e atenção à saúde. Apesar da contribuição destas ações na redução da prevalência de uso de cigarros por adolescentes, seus impactos precisam ser melhor compreendidos [9].

A iniciação ao uso de cigarros industrializados por mulheres e adolescentes do gênero feminino frequentemente está associada a fatores culturais, psicossociais e socioeconômicos. A indução de consumo de drogas, entre elas o de cigarros industrializados pela mídia, explicita-se pela associação ao padrão estético feminino de magreza, além da pressão dos pares [7, 10].

Alguns estudos evidenciam a interação entre características individuais (sexo, idade, classe social, grau de ansiedade) e do entorno social (meio familiar e ambiente escolar, por exemplo) como importantes fatores na aquisição e manutenção do uso de cigarros industrializados por adolescentes [11-20]. A decisão de fumar ou não, deste modo, pode não estar pautada apenas na determinação individual de cada jovem, mas sim ser a resultante da interação das características próprias do adolescente com o meio onde vive [18,20-23].

É importante conhecer o que leva adolescentes a não ceder às pressões, a desenvolver a capacidade de dizer “não” em situações de risco para estabelecer uma abordagem preventiva específica e ampliada, reduzindo a tendência de aumento do uso de cigarros industrializados por este grupo populacional [21-24]. O perfil de resiliência de adolescentes tem sido apontado como um fator de proteção em situações de alta vulnerabilidade, como por exemplo, no uso de substâncias psicoativas [25,26].

Revisões sistemáticas da literatura demonstraram alguma eficácia de intervenções baseadas na escola usando uma abordagem de resiliência destinada ao controle e prevenção da experimentação de drogas e uso por adolescentes. A maioria delas abordava o desenvolvimento de competências e

influências individuais e sociais, incluindo aspectos psicossociais genéricos [27,28, 29].

O modelo de resiliência proposto pela Resiliency Calgary, Canadá, em 2012 [30], foi adaptado e utilizado nesta pesquisa como referencial teórico metodológico neste estudo. Ele suporta a investigação dos aspectos multidimensionais relacionados com a capacidade de resistência de adolescentes e a associação com o uso de cigarros industrializados (Figura 1). O modelo explora fatores intrínsecos e extrínsecos relacionados à resiliência, ou seja, fatores relacionados às características individuais, e fatores ligados ao ambiente, incluindo a família, amigos, escola e comunidade.

FIGURA 1 – Modelo Teórico de Resiliência



Fonte: Adaptado de Resiliency Initiatives, Calgary, Alberta, Canada, 2012 [30]

Frente à complexidade de fatores que contribuem para a decisão de não fumar pela adolescente, o presente estudo buscou identificar o impacto de fatores intrínsecos e extrínsecos relacionados à resiliência no uso de cigarros industrializados por adolescentes do gênero feminino entre 12 e 14 anos de idade. A especificidade desses fatores deve ser considerada por políticas públicas voltadas para o fortalecimento do perfil de resiliência das adolescentes, como proteção para o uso de cigarros industrializados.

Esta pesquisa faz parte das intervenções desenvolvidas pela Rede de Controle do Tabagismo Mulheres no Paraná, um projeto em parceria entre a Universidade do Alabama, em Birmingham - UAB e da Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR.

MÉTODO

Esta pesquisa caracteriza-se como um estudo quantitativo, transversal e analítico. A população estudada compreendeu adolescentes do gênero feminino, com idade entre 12 a 14 anos, estudantes de escolas públicas em Curitiba, Paraná, Brasil.

O tamanho da amostra foi calculado com base no número total de adolescentes do gênero feminino para a faixa etária nas escolas selecionadas, utilizando um erro máximo de 5% e um poder estatístico de 90% para teste para prevalência. A escolha das cinco escolas participantes da pesquisa, localizadas na Região Centrosul da cidade, foi baseada em características geográficas e populacionais, envolvendo grupos de baixa renda familiar, bem como sua participação no Programa Saúde na Escola – PSE. Do total de adolescentes convidadas a participar da pesquisa, foram incluídas aquelas cujos pais assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido e que se

encontravam na escola no momento da coleta de dados. A amostra final incluiu 324 adolescentes do gênero feminino.

Um questionário autoaplicável para caracterização sociodemográfica da população estudada, adaptado do instrumento empregado por Horta et al [31], foi utilizado para explorar características sociais e demográficas da população estudada. O questionário foi aplicado em salas de aula da escola por uma equipe de pesquisadores calibrados.

A variável de desfecho foi o uso de cigarros industrializados nos últimos trinta dias, seguindo os critérios adotados na pesquisa PeNSE [6]. As variáveis independentes de interesse foram agregadas em quatro blocos:

1 - Perfil sócio demográfico: idade, ano escolar, raça/cor da pele (segundo a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE).

2 - Experimentação/iniciação e uso de cigarros industrializados: idade que fumou pela primeira vez, principal motivo para a experimentação.

3 – Fatores Intrínsecos: valorização cultural do uso do cigarro (percepção de benefício no uso de cigarros industrializados), e potencial individual de resiliência medido pela Escala de Resiliência, desenvolvida por Wagnild e Young, adaptada e validada transculturalmente por Pesce et al [32]. Esta escala mede níveis de adaptação psicossocial positiva em face a eventos de vida importantes. O instrumento inclui 25 questões com respostas em escala Likert, com pontuação variando de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente), para cada uma das 25 afirmativas apresentadas. Os escores, portanto, poderiam variar de 25 a 125 pontos, com altos valores indicando elevado potencial individual de resiliência, associada a fatores intrínsecos. Com

o objetivo de explorar características individuais das adolescentes, foi também conduzida uma análise em separado das 25 afirmativas que compõem a escala.

4 – Fatores extrínsecos: ligados à interação da adolescente com o contexto de vida: família, escola, amigos e comunidade.

- *Fatores extrínsecos associados à família:* com quem residia, quantas pessoas residiam na moradia, renda familiar, escolaridade da mãe e do pai, suporte familiar (aprovação dos pais quanto ao uso de cigarro industrializado pela adolescente) e modelo familiar (número de pessoas que fumavam e quem fumava em casa, gênero do fumante);

- *Fatores extrínsecos associados aos amigos:* Influência dos pares no uso de cigarros industrializados (seu melhor amigo/a fumava);

- *Fatores extrínsecos associados à escola:* desempenho escolar (repetência escolar) e escola cuidadosa (ações de prevenção ao uso de cigarro na escola);

- *Fatores extrínsecos associados à comunidade:* facilidade de comprar cigarros na comunidade.

Os dados obtidos foram sistematizados em banco de dados, o qual foi submetido inicialmente à análise de frequências e associações entre as variáveis. Para a análise de associações a variável de desfecho – uso de cigarro industrializado nos últimos 30 dias, foi dicotomizada. Na análise da associação entre variáveis foi utilizado o teste Qui-quadrado. Posteriormente, análise de regressão logística binária bivariada e multivariada foi conduzida para avaliar as razões de chance (OR) relacionadas às variáveis independentes, também dicotomizadas, associadas a variável de desfecho. A

média do escore da Escala de Resiliência foi utilizada como valor de corte para a construção de uma variável dicotômica caracterizando valores para alto e baixo potencial individual de resiliência. Variáveis dicotômicas foram criadas para cada uma das 25 questões da Escala de Resiliência, categorizadas em 1=sim (categorias: concordo e concordo totalmente) e 0=não (categorias: discordo totalmente, discordo e neutro). Para a análise multivariada foram selecionadas as variáveis com $p \leq 0,05$ na análise bivariada.

O projeto recebeu parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR sob o número 005194/11, em 27/07/2011 e da University of Alabama at Birmingham sob o número X070813006, em 31/10/2011.

RESULTADOS

Das 324 adolescentes pesquisadas, 94 adolescentes (28,7%) afirmaram ter experimentado cigarros industrializados alguma vez em suas vidas, sendo que 40 delas (43%) relataram ter fumado cigarros nos últimos 30 dias, o que demonstrou a continuidade do uso.

Dentre as 94 adolescentes, 55,3% delas relataram que a idade para a experimentação de cigarros industrializados ocorreu entre os onze e doze anos. Os principais motivos de experimentação relatados foram fatores individuais (43,6%) e influência dos amigos (33,0%). Os fatores individuais relatados incluíram a curiosidade, vontade de experimentar para saber qual era o gosto e vivência de situações de estresse associados a sentimento de raiva e separação dos pais. A maioria das usuárias (67,5%) relatou usar cigarros industrializados esporadicamente durante a semana.

A Tabela 1 apresenta a distribuição de frequência de fatores ligados ao perfil sócio demográfico em relação ao uso de cigarros industrializados nos últimos 30 dias.

Tabela 1- Distribuição de frequência de fatores ligados ao perfil sócio demográfico em usuárias e não usuárias de cigarros industrializados nos últimos 30 dias. Curitiba, 2012.

<i>Variável</i>	<i>Frequência n= 324 n (%)</i>	<i>Usuárias de cigarro n= 40 n(%)</i>	<i>Não usuárias de cigarro n= 284 n(%)</i>	<i>p</i>
<i>Idade</i>				
12 anos	135 (41,7%)	11 (27,5%)	124 (43,7%)	0,12
13 anos	119 (36,7%)	17 (42,5%)	102 (35,9%)	
14 anos	70 (21,6%)	12 (30,0%)	58 (20,4%)	
<i>Ano escolar</i>				
6º ano	3 (0,9%)	2 (5,0%)	1 (0,4%)	0,41
7º ano	82 (25,3%)	10 (25,0%)	72 (25,4%)	
8º ano	162 (50,0%)	19 (47,5%)	143 (50,4%)	
9º ano	77 (23,8%)	9 (22,5%)	68 (23,9%)	
<i>Raça/cor</i>				
Branca	152 (46,9%)	15 (37,5%)	137 (48,2%)	0,56
Preta	16 (4,9%)	2 (5,0%)	14 (4,9%)	
Amarela	3 (0,9%)	0 (0%)	3 (1,1%)	
Parda	150 (46,3%)	23 (57,5%)	127 (44,7%)	
Indígena	3 (0,9%)	0 (0%)	3 (1,1%)	

Fonte: Dados da Pesquisa

Não houve diferenças estatisticamente significativas entre o perfil sócio demográfico e o uso de cigarros industrializados nos últimos 30 dias por adolescentes do gênero feminino.

Entre as variáveis vinculadas aos fatores intrínsecos, foi observada associação estatisticamente significativa ($p= 0,00$) entre a valorização cultural e o uso de cigarros industrializados nos últimos 30 dias. Do total da população pesquisada, 20 adolescentes (6,2%) relataram benefícios no uso de cigarros industrializados, comparado com 304 (93,8%) que não observaram benefício algum. Os benefícios citados incluíam o favorecimento de relacionamento positivo com os pares ou aceitação do grupo, controle do estresse e a sensação de prazer. Apesar disso, todas as usuárias apontaram inconvenientes do uso de cigarros, entre eles prejuízos à saúde e à estética, custo, odor e sabor desagradáveis.

A média do escore da Escala de Resiliência [31], utilizada para avaliar o potencial individual de resiliência para a amostra estudada, foi de 93,8 (desvio padrão 10,8). Do total de adolescentes, 155 (47,5%) apresentou baixo potencial de resiliência, enquanto que 169 (52,5%) apresentou alto potencial de resiliência. Não houve associação estatisticamente significativa entre o uso de cigarros industrializados por adolescentes do gênero feminino nos últimos 30 dias e o escore final da escala ($p=0,31$). Porém, a análise em separado das 25 afirmativas que compõem a escala demonstrou associação estatisticamente significativa entre o uso ou não de cigarros com as afirmações: *Eu sou capaz de depender de mim mais que de qualquer outra pessoa (autocontrole - $p=0,01$)*; *Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo (autodeterminação - $p=0,01$)*; e *Eu sou disciplinada (autodisciplina - $p=0,00$)*.

A análise de associação com fatores extrínsecos explorou aspectos ligados à família, amigos, escola e comunidade. A Tabela 2 apresenta a distribuição de frequência das variáveis estudadas para o grupo de usuárias e não usuárias de cigarros industrializados nos últimos trinta dias.

Tabela 2 – Distribuição de frequência de fatores extrínsecos relacionados à família, amigos e comunidade entre usuárias e não usuárias de cigarros industrializados nos últimos 30 dias. Curitiba, 2012

<i>Variável</i>	<i>Frequência n= 324 n (%)</i>	<i>Usuárias de cigarro n= 40 n(%)</i>	<i>Não usuárias de cigarro n= 284 n(%)</i>	<i>p</i>
Família				
Com quem mora				
Somente mãe	119 (36,7%)	19 (47,5%)	100 (35,2%)	0,17
Somente pai	12 (3,7%)	03 (7,5%)	9 (3,2%)	
Pai e mãe	175 (54,0%)	16 (40,0%)	159 (56,0%)	
Somente parentes	18 (5,6%)	02 (5,0%)	16 (5,6%)	
Quantos moram na casa				
Até 4 pessoas	173 (53,4%)	21 (52,5%)	152 (53,5%)	0,50
5 pessoas ou mais	151 (46,6%)	19 (47,5%)	132 (46,5%)	
Quantos trabalham				
Até 2 pessoas	247 (76,2%)	31 (77,5%)	216 (76,1%)	0,14
Mais de 2 pessoas	77 (23,8%)	09 (22,5%)	68 (23,9%)	
Renda Familiar				
Até US\$ 320,00	30 (9,3%)	5 (12,5%)	25 (8,8%)	

US\$ 321.00 a US\$ 640.00	126 (38,9%)	21 (52,5%)	105 (37,0%)	
US\$ 641.00 a US\$ 1,600.00	77 (23,8%)	03 (7,5%)	74 (26,1%)	0,08
Mais que US\$ 1,601.00	32 (9,9%)	05 (12,5%)	27 (9,5%)	
Não sabe/não respondeu	59 (18,2%)	06 (15,0%)	53 (18,7%)	
Escolaridade mãe	10 (3,1 %)	02 (5,0%)	8 (2,8%)	
Nunca estudou	126 (38,9%)	15 (37,5%)	111 (39,1%)	0,15
Ensino Fundamental	101 (31,2%)	07 (17,5%)	94 (33,1%)	
Ensino Médio	28 (8,6%)	06 (15,0%)	22 (7,7%)	
Ensino Superior	59 (18,2%)	10 (25,0%)	49 (17,3%)	
Não sabe/não respondeu				
Escolaridade pai				
Nunca estudou	8 (2,5%)	1 (2,5%)	7 (2,5%)	
Ensino Fundamental	114(35,2 %)	19 (47,5%)	95 (33,5%)	0,33
Ensino Médio	88 (27,2%)	6 (15,0%)	82 (28,9%)	
Ensino Superior	29 (9,0%)	3 (7,5%)	26 (9,2%)	
Não sabe/não respondeu	85 (26,2%)	11 (27,5%)	74 (26,1%)	
Quem fuma em casa				
Mãe	47 (14,5%)	9 (22,5%)	38 (13,4%)	
Pai	40 (12,3%)	4 (10,0%)	36 (12,7%)	0,68
Pai e mãe	24 (7,4%)	4 (10,0%)	20 (7,0%)	
Outros parentes	34 (10,5%)	5 (12,5%)	29 (10,2%)	
Ninguém	179 (55,2%)	18 (45,0%)	155 (56,7%)	
Aprovação dos pais quanto ao uso de cigarro industrializado pela adolescente				
Sim	8 (2,5%)	2 (5,0%)	6 (2,1%)	0,25
Não	316 (97,5%)	38 (95,0%)	278 (97,9%)	
Amigos				
Seu melhor amigo (a) fuma				
Sim	63 (19,4%)	19 (47,5%)	44 (15,5%)	0,00
Não	261(80,6%)	21 (52,5%)	240 (84,5%)	
Escola				
Desempenho escolar (Repetência na escola)				
Sim	98 (30,2%)	17 (42,5%)	75 (26,4%)	0,00
Não	226 (69,8%)	23 (57,5%)	209 (73,6%)	
Ações de prevenção ao uso de cigarro na escola				
Sim	84 (25,9%)	6 (15%)	78 (27,5%)	
Não	240 (74,1%)	34 (85%)	206 (72,5%)	0,09
Comunidade				
Facilidade de aquisição do cigarro				
Sim	242 (74,7%)	25 (62,5%)	217 (76,4%)	0,06
Não	82 (25,3%)	15 (37,5%)	67 (23,6%)	

Fonte: Dados da pesquisa

Não houve diferenças estatisticamente significativas em relação ao perfil familiar quando comparado a distribuição de frequências entre adolescentes usuárias e não usuárias de cigarros industrializados. Entretanto, alguns aspectos ligados ao contexto familiar foram observados. Do total de 324

adolescentes, havia pelo menos um fumante em 29,3% das famílias, e em 45,3% dos casos, as adolescentes tiveram contato com cigarro industrializado em seu local de moradia. Em 34,3% foi observado que os pais (só mãe, só pai ou ambos) fumavam, sendo que mães fumantes totalizaram 21,9%. Famílias onde somente mulheres fumavam totalizaram 13,3%. Além disso, foi expressiva a frequência de adolescentes que afirmaram que seus pais não aprovariam que suas filhas fumassem (97,5%).

Associação estatisticamente significativa foi encontrada entre o uso de cigarros pelas adolescentes e por seu melhor amigo ($p=0,00$). Dentre as 40 adolescentes que fumaram nos últimos 30 dias, 19 delas (47,5%) relataram que seu melhor amigo (a) fumava.

Entre as 324 adolescentes participantes da pesquisa, 98 (30,2%) delas declararam que repetiram pelo menos um ano escolar. No grupo das usuárias esta porcentagem foi de 42,5%, maior que entre as não usuárias (26,4%). Esta diferença foi estatisticamente significativa ($p=0,00$).

Ações de prevenção na escola não apresentaram significância estatística neste estudo.

Considerado como um fator extrínseco associado à comunidade, a maioria da amostra (74,7%) mencionou facilidade de aquisição do cigarro, sendo que 215 (66,4%) indicou o comércio próximo à escola como referência de compra do produto, não sendo observada diferença entre usuárias e não usuárias.

A Tabela 3 apresenta os resultados da análise bivariada e multivariada entre a variável fumar nos últimos trinta dias e variáveis independentes exploradas. Apesar de ter sido demonstrada associação estatisticamente

significativa entre a variável de desfecho e a valorização do uso de cigarros industrializados pelas adolescentes, esta variável não foi incluída no modelo de regressão logística devido à pequena amostra entre as adolescentes usuárias.

Tabela 3- Análise bivariada e multivariada entre fumar nos últimos trinta dias e variáveis independentes. Curitiba, 2012

	Não fumou nos últimos trinta dias n(%) n=284		Fumou nos últimos trinta dias n(%) n=40		p	Análise bivariada OR (IC95%)	p	Análise multivariada OR (IC95%)
FATORES INTRINSECOS								
POTENCIAL DE RESILIÊNCIA								
Autossuficiência	Sim	134 (47,1 %)	11 (27,5 %)	0,02	0,01	0,42 (0,020 ≤ OR ≤ 0,88)	0,01	0,37 (0,16 ≤ OR ≤ 0,84)
	Não	150 (52,9 %)	29 (72,5 %)					
Autocontrole	Sim	103 (36,3%)	9 (22,5 %)	0,09		0,51 (0,23 ≤ OR ≤ 1,00)		
	Não	181 (67,7 %)	31 (77,5 %)					
Autodeterminação	Sim	213 (75,%)	21 (52,5 %)	0,00	0,12	0,36 (0,18 ≤ OR ≤ 0,72)		0,54 (0,24 ≤ OR ≤ 1,18)
	Não	71 (25%)	19 (47,5 %)					
Autodisciplina	Sim	144 (50,7 %)	7 (17,5 %)	0,00	0,00	0,20 (0,08 ≤ OR ≤ 0,48)		0,24 (0,09 ≤ OR ≤ 0,60)
	Não	140 (49,3 %)	33 (82,5 %)					
FATORES EXTRINSECOS								
AMIGOS								
Melhor amigo fuma	Sim	44 (15,5 %)	19 (47,5 %)	0,00	0,00	4,93 (2,45 ≤ OR ≤ 9,92)		3,41 (1,57 ≤ OR ≤ 7,38)
	Não	240 (84,5 %)	21 (52,5%)					
ESCOLA								
Reprovação na escola	Sim	75 (26,4 %)	23 (57,5 %)	0,00	0,00	3,77 (1,91 ≤ OR ≤ 7,44)		3,81 (1,80 ≤ OR ≤ 8,07)
	Não	209 (73,6 %)	17 (42,5 %)					

Fonte: Dados da pesquisa

O modelo de regressão multivariada demonstrou associação estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) entre as características individuais relacionadas com a autossuficiência e autodisciplina. Os fatores intrínsecos mostraram efeito protetor. As adolescentes que relataram estar mais confiantes em si mesmas que nos outros eram mais propensas a não fumar (OR = 0,37; 95%IC:0,16-0,84 $p=0,01$). Do mesmo modo, as adolescentes que se consideravam disciplinadas (OR = 0,24; 95%IC: 0,09 - 0,60 $p = 0,00$), eram mais propensas a não fumar do que aquelas que não se sentiam assim em relação a si mesmas.

Entre os fatores extrínsecos, o melhor amigo que fuma (OR = 3,41; 95% IC: 1,57-7,38 $p = 0,00$) e o desempenho escolar, caracterizado por repetência escolar (OR = 3,81; 95% IC: 1,80-8,07 $p = 0,00$), foram variáveis estatisticamente significativas relacionadas ao maior risco para adolescentes fumarem nos últimos trinta dias.

As variáveis relacionadas com autocontrole e autodeterminação perderam a significância estatística na análise multivariada.

DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi investigar o impacto dos fatores associados à resiliência da adolescente no uso de cigarros industrializados por adolescentes do gênero feminino na faixa etária de 12 a 14 anos. Os resultados obtidos apontam que os fatores intrínsecos e extrínsecos específicos desempenham neste grupo um papel tanto como fator de proteção como também como fator de risco ao uso de cigarros industrializados. No entanto, fatores extrínsecos parecem ter um forte impacto sobre o comportamento de fumar nas adolescentes do gênero feminino.

Fatores intrínsecos como autossuficiência e autodisciplina parecem ampliar a habilidade das adolescentes a resistir à pressão social e não ceder ao uso de cigarros. Estas características foram classificadas como atributos de autocontrole no modelo teórico metodológico utilizado neste estudo [30].

A autossuficiência está relacionada a iniciativa, a ausência de dependência excessiva sobre os outros e um senso de controle sobre a própria vida [33]. Assim, este fator intrínseco pode ser uma característica protetora para evitar comportamentos desviantes e melhorar a resiliência em situações de pressão e vulnerabilidade.

Autodisciplina é a habilidade de manter o foco nas tarefas necessárias para atingir seus objetivos, sem se desviar e mantendo consistência [34-37]. Considera-se que sem ela não há estabilização das decisões tomadas. Portanto, as habilidades em desenvolvimento, como a autoconfiança e autodisciplina, levam ao controle pessoal e independência [36]. Em face do exposto, pode-se concluir que os programas de suporte para desencorajar a experimentação e o uso de produtos que causam dependência, como cigarros industrializados, devem incluir abordagens para estimular o indivíduo a experimentar uma maior sensação de controle sobre sua vida, mesmo quando vivenciar situações estressantes [35].

O papel dos pares parece ser especialmente importante para a iniciação de comportamentos de risco, como o tabagismo, o que pode ser explicado pela influência que os amigos têm em um período de afirmação de identidade. Nesta fase da vida, a busca do adolescente para sentir-se independente dos pais, e sua aceitação e identificação com os pares, pode levar a repetir comportamentos, hábitos e atitudes permissivas adotadas pelo grupo [8,18,27,37].

No presente estudo o mau desempenho escolar foi um fator extrínseco de risco significativo para o uso de cigarros industrializados. A literatura [21,27,37,38] confirma a associação entre repetência escolar e uso de cigarros industrializados, drogas e outros comportamentos de risco.

Estudos recentes [39,40,41] demonstram a tendência de adolescentes para agregação de comportamentos de risco relacionados à saúde, indicando que padrões de comportamentos específicos, como mau desempenho escolar, uso de substâncias psicoativas, incluindo cigarros e outras drogas, padrões alimentares e de atividade física, estão interligados no contexto individual.

Estes resultados são particularmente importantes para apoiar estratégias multimodais de promoção da saúde desta população, em especial no ambiente escolar, em vez de estratégias focadas em comportamentos específicos [27,39].

Os resultados desta pesquisa sugerem que abordagens baseadas na escola com foco em fatores intrínsecos e extrínsecos específicos relacionados com o potencial de resiliência dos adolescentes deve considerar o apoio à autossuficiência e autodisciplina, juntamente com o apoio dos pares, a fim de enfrentar o desafio de pressão para experimentar e usar cigarros industrializados.

Este estudo possui algumas limitações. A pouca idade das adolescentes poderia influenciar a compreensão de algumas das afirmações contidas na escala de resiliência aplicada, com possibilidade de algumas imprecisões relatadas. Além disso, a própria natureza das características da adolescência já relatadas, que incluem medos e comportamentos instáveis [21,23,42], pode influenciar a esconder o uso de cigarros industrializados.

AGRADECIMENTOS

Este projeto recebeu apoio financeiro do National Institutes of Health (RO1 DA 24875). A pesquisa foi também apoiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, por meio de concessão de bolsa de estudos para Doutorado.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Instituto Nacional do Câncer/Organização Pan-Americana de Saúde. Pesquisa Especial de Tabagismo - PETab: Relatório Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011.
- [2] Laranjeira R, Madruga C, Pinsky I, Caetano R, Ribeiro M, Mitsuhiro S. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD II)-Consumo de Álcool no Brasil: Tendências entre 2006/2012. INPAD, São Paulo Disponível em : http://inpadorgbr/wp-content/uploads/2013/04/LENAD_ALCOOL_Resultados-Preliminarespdf Acessado em 01abr.2015.
- [3] Instituto Nacional do Câncer (INCA). Tabagismo: Um grave Problema de Saúde Pública. 1.^a ed. Rio de Janeiro: INCA, 2007.
- [4] Instituto Nacional do Câncer (INCA). "Por que aprovar a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco?" Organização Mundial da Saúde (OMS). Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/framework/en/index.html>>. Acessado em 10 set. 2013.
- [5] Scarinci IC, Bittencourt L, Person S, et al. Prevalência do uso de produtos derivados do tabaco e fatores associados em mulheres no Paraná, Brasil. Cad Saude Publica 2012; 28(8): 1450-58.
- [6] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa nacional de saúde escolar – PeNSE: 2012. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/2012/pense_2012.pdf>._Acessado em 10 jun.2013.
- [7] Borges MTT, Barbosa RHS. As marcas de gênero no fumar feminino: uma aproximação sociológica do tabagismo em mulheres. Cienc Saude Colet, 2009,14(4): p.1129-13.
- [8] Abreu MNS, de Souza CF, Caiaffa WT. Tabagismo entre adolescentes e adultos jovens de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: influência do entorno familiar e grupo social. Cad Saude Publica, 2011; 27(5): 935-43.

- [9] Fonseca FF, Sena RKR, Rocky Santos LA, et al. The vulnerabilities in childhood and adolescence and the Brazilian public policy intervention. *Rev Paul Pediatr* 2013; 31(2): 258-64.
- [10] Souza MRR, Oliveira JF, Nascimento ER et al. Droga de corpo! Imagens e Representações do corpo feminino em revistas brasileiras. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2013; 34(2): 62-69
- [11] World Health Organization. Gender, women, and the tobacco epidemic. Geneva; 2008. Disponível em:
<http://www.who.int/tobacco/publications/gender/en_tfi_gender_women_summary_overview.pdf> Acessado em 20 jun. 2013.
- [12] Henry SL, Jammer LD, Whalen CK. I (should) need a cigarette: Adolescent social anxiety and cigarette smoking. *Ann Behav Med* 2012; (43): 383-93.
- [13] Malta DC, Porto DL, Melo FCM, et al. Família e proteção ao uso de tabaco, álcool e drogas em adolescentes, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. *Rev Bras Epidemiol* 2011; 14(1): 166-77.
- [14] Sousa S, Ramos E, Dias I, et al. Representações sociais do comportamento de fumar em adolescentes de 13 anos. *Rev Port Pneumol* 2011; 17(1): 27-31.
- [15] Hallal ALC, Gotlieb SLD, Alemida, LM, et al. Prevalência e fatores associados ao tabagismo em escolares da Região Sul do Brasil. *Rev de Saude Publica* 2009; 43: 779-88
- [16] Machado Neto AS, Andrade TM, Napoli C, et al . Determinantes da experimentação do cigarro e do início precoce do tabagismo entre adolescentes escolares em Salvador (BA). *J Bras Pneumol* 2010; 36: 674-82.
- [17] Moreno RS, Ventura RN, Bretras JRS. O uso de álcool e tabaco por adolescentes do município de Embu, São Paulo, Brasil. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44: 969-77.
- [18] Seo D-C, Huang Y. Systematic review of network analysis in adolescent cigarette smoking behavior. *J Sch Health* 2012; 82: 21-7.
- [19] Thomas RE, Baker PRA, Lorenzetti, D. Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, n. 1, CD004493. DOI:10.1002/14651858.CD004493.pub2
- [20] Vitória PD, Silva AS, Vries HD. Longitudinal evaluation of smoking prevention program for adolescents. *Rev Saude Publica* 2011; 45(2): 343-54.

[21] Organização Mundial da Saúde (OMS). Inequalities young people's health: key findings from the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2005/2006 survey. Fact sheet. Copenhagen: World Health Organization, 2008.

[22] Tavares BF, Beira J U, Lima MS de. Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. Rev Saude Publica 2004; 38(6):787-96.

[23] Amos A, Greaves L, Nichteret AL. Women and Tobacco: a call for including gender in tobacco control research, policy and practice. Tob Control 2012; 21: 236-43.

[24] Instituto Nacional do Câncer (INCA). Jovem / Mulher e Tabaco. Brasília, DF; 2009-. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=jovem&link=namira.htm>> Acessado em 23 mar. 2013.

[25] Hodder RK, Daly J, Freund M et al. A school-based resilience intervention to decrease tobacco, alcohol and marijuana use in high school students. BMC Public Health 2011; 11(722): 1471-58.

[26] Xavier KR, Conchão S, Carneiro Junior N. Juventude e resiliência: uma experiência com jovens em situação de vulnerabilidade. Rev Bras Cresc e Desenv Hum 2011; 21(1):140-45.

[27] Hodder RK, Freund M, Wolfenden L, et al. Systematic review of universal school-based resilience interventions targeting adolescent tobacco, alcohol or illicit drug use: review protocol. BMJ Open 2014; 4:e004718. doi:10.1136/bmjopen-2013-004718.

[28] Faggiano F, Vigna-Taglianti FD, Versino E, et al. School-based prevention for illicit drugs' use. Cochrane Database Syst Rev 2005;(2):CD003020.

[29] Thomas RE, McLellan J, Perera R. School-based programmes for preventing smoking. Cochrane Database Syst Rev 2013(4):CD001293.

[30] Resiliency Canada. 2012. Disponível em: <http://www.resil.ca/>. Acessado em 28 mai. 2012.

[31] Horta BL, Calheiros P, Pinheiros RT et al. Smoking in urban adolescents in southern Brazil. Rev Saude Publica 2001; 35(2): 159-64.

[32] Pesce et al. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. Cad Saude Publica 2005; 21(2): 436-48

[33] Kyaw MT. A study os self-reliance, attachment and psychosocial adjustment during late adolescence. Educ Res J 2009; 1(1): 153-64

- [34] Pitzer LM, Fingerman. Psychosocial Resources and Associations Between Childhood Physical Abuse and Adult Well-being. Oxford University Press 2010:425-33.
- [35] Bureau JS, Mageau GA, Vallerand RJ, et al. Self-Determination: A buffer against suicide ideation. Journal of the American Association of Suicidology. Suicide Life Threat Behav 2012; 42(4):377-93.
- [36] Sutherland JA, Cook L, Stetina P, et al. Women in Substance Abuse Recovery. Measures of resilience and Self-Differentiation. West J Nurs Res 2009 ; 31(7): 905-22.
- [37] Cortés BGM, Cruz LP. Resiliencia: ¿Es posible medir la e influir em ella? Salud Mental 2011; 34: 237-46.
- [38] Fonseca AC, Simões MCT. Os malefícios do tabaco na infância e na adolescência. Rev Port de Pedag 2010; 44(1): 217-236.
- [39] Wiefferink CH, Peters L, Hoekstra F, et al. Clustering of health-related behaviors and their determinants: possible consequences for school health interventions. Prev Sci 2006; 7(2):127-149.
- [40] Spring B, Moller AC, Coons MJ. Multiple health behaviours: overview and implications. J Public Health 2012; 34(Suppl 1):i3-10.
- [41] Chiolerio A, Wietlisbach V, Ruffieux C, et al. Clustering of risk behaviors with cigarette consumption: A population-based survey. Prev Med 2006; 42(5): 348-53.
- [42] Horta RL, Horta BL, Pinheiro RT, et al. Tabaco, álcool e outras drogas entre adolescentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: uma perspectiva de gênero. Cad Saude Publica 2007; 23(4): 775-83.

Eles representam o negócio de cigarros amanhã. À medida que o grupo etário de 14 a 24 anos amadurece, ele se tornará a parte chave do volume total de cigarros, no mínimo pelos próximos 25 anos.

J. W. Hind

R.J. Reynolds Tobacco, memorando interno, 23 de janeiro de 1975. Fonte: INCA, 2008

ARTICLE 2¹

HIGH POTENTIAL OF RESILIENCE: A PROTECTIVE FACTOR FOR THE USE OF MANUFACTURED CIGARETTES BY FEMALE ADOLESCENTS

Edeny Aparecida Terra Loyola
Pontifical Catholic University of Paraná – PUCPR, Brazil.
E-mail: edenyloyola@hotmail.com
Adress: 71, Professor Brasília Ovídio da Costa Street. Curitiba – PR. Brazil

Isabel C. Scarinci
University of Alabama at Birmingham - Birmingham – USA
E-mail: iscarinci@uabmc.edu

Regina C. Cruz
Pontifical Catholic University of Paraná – PUCPR, Brazil
E-mail: regina.cruz@pucpr.br

Sérgio Aparecido Ignácio
Pontifical Catholic University of Paraná – PUCPR, Brazil
E-mail: s.ignacio@pucpr.br

Renata Iani Werneck
Pontifical Catholic University of Paraná - PUCPR, Brazil
E-mail: renata.iani@pucpr.br

Samuel Jorge Moysés
Pontifical Catholic University of Paraná – PUCPR, Brazil
E-mail: s.moyses@pucpr.br

Simone Tetu Moysés
Pontifical Catholic University of Paraná - PUCPR, Brazil
E-mail:simone.moyses@pucpr.br

¹ Artigo formatado conforme as normas do Journal of Adolescent Health

ABSTRACT

Objective: To identify the impact of factors related to youth resilience in the use of manufactured cigarettes among female adolescents between 12 and 14 years of age. **Method:** This was a quantitative, transversal and analytical study. The study population consisted of 324 female adolescents attending public schools in Curitiba, Brazil. The study explores the impact of intrinsic and extrinsic factors associated with the resilience profile of adolescents. The outcome variable was the tobacco use within the past thirty days. Chi-square test and logistic regression analysis were used to analyze associations between variables. **Results:** Self-reliance (OR=0.37, 95% CI: 0.16 to 0.84 p=0.01), and self-discipline (OR=0.24, 95% CI: 0.09 to 0.60, p<0.01) were the significant intrinsic factors associated with the lack of manufactured cigarettes use, considered as protective factors. The extrinsic factors associated with manufactured cigarettes use were peer pressure and failing grades at school. Having a best friend that smokes is a risk factor to manufactured cigarettes use (OR=3.41, 95% CI: 1.57 to 7.38 p<0.01). Female adolescents who have failed one or more grades at school were more likely to smoke manufactured cigarettes than female adolescents who never failed (OR=3.81, 95% CI: 1.80 to 8.07 p<0.01). **Conclusion:** Interventions to control female adolescents' experimentation and use of manufactured cigarettes at the school environment focused on resilience, must encourage the development of personal control and independency. Multimodal health promotion measures at schools are important to increase positive peer support and help avoid clustering of health-risk behaviors in adolescence.

Keywords: Manufactured Cigarettes, Adolescent Females, Resilience, Gender.

INTRODUCTION

Smoking is considered a risk factor for death, and bringing it under control should be considered a high priority in view of the large number of deaths around the world associated with cigarette consumption [1]. It is estimated that unless consumption of tobacco products falls, by 2030, these will be responsible for more than 10 million deaths worldwide [1,2].

In Brazil, the second country to sign the World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control (FCTC), the tobacco use and exposure to tobacco among the population has been investigated [3-6]. In a national survey conducted in 2012 [2] it was concluded that the percentage of women using manufactured cigarettes in Brazil has remained less significant, being lower (13.0%) compared to men (21.5%). Although this data is very favorable, the final report of the Second National Survey on Alcohol and Drugs - II LENAD emphasized that, despite the significant reduction in the number of smokers, it was observed that the number of cigarettes smoked per day increased from 13.1 to 14 cigarettes / day for smokers, even among women [2]. In the southern region, accounts for 95% of the country's tobacco production, the percentage of women using manufactured cigarettes (15.9%) exceeded the national average [1]. In the southern region of the country, which accounts for 95% of tobacco production, the percentage of women who smoked (15.9%) was higher than the national average [1]. In a study carried out in 2009 in seven cities in the state of Paraná, in the South of Brazil, the prevalence of tobacco use by women over the age of 18 years was particularly notable and varied from 10% to 17%. In all, 70% of the women in the study reported having started to use tobacco products before the age of 18 [4].

The high prevalence of experimentation and use of tobacco products among adolescents in Brazil was reported by the National Study of Students' Health - PeNSE 2012 [6], in which students in the ninth year of junior high school were surveyed. Of all the studied population, 19.6% reported having experimented tobacco products, and the highest prevalence of experimentation was observed in the southern region (28.6%). Curitiba had the second highest prevalence among all the Brazilian state capitals (31.7%), with more female (9,4%) than male (6,6%) adolescents smoking in the past thirty days [6]. Experimentation was higher among public school (20.8%) than private school students (13.8%). Moreover, 15.4% of adolescents reported that they had the first experimentation at the age of 13 or younger [6]. Other studies [7,8] showed that the majority of Brazilian adolescents started to smoke between 12 and 15 years of age.

In order to face vulnerability of children and adolescents, including early use of manufactured cigarettes, the Brazilian government establishes public politics to achieve this group, such as the School Health Program (PSE), which seeks to contribute to the formation full of students through health promotion, disease prevention and health problems and health care. Despite the contribution of these actions in reducing the prevalence of cigarette smoking among adolescents, their impacts need to be better understood [9]. Initiation to the use of manufactured cigarettes by women and female adolescents is often associated with cultural, psychosocial and socioeconomic factors. The induction of drug use, including the cigarettes manufactured by the media, explicata by the association to the female aesthetic standards of thinness, beyond peer pressure [7, 10].

The interaction between individual characteristics (sex, age, social class and degree of anxiety) and the social environment (family and school environments) are important factors for the acquisition and maintenance of smoking habits by adolescents [11-20]. The decision to smoke or not may be, therefore, not only an individual choice, but also a consequence of interactions between the individual's own characteristics and the environment in which he/she lives [18, 20-23].

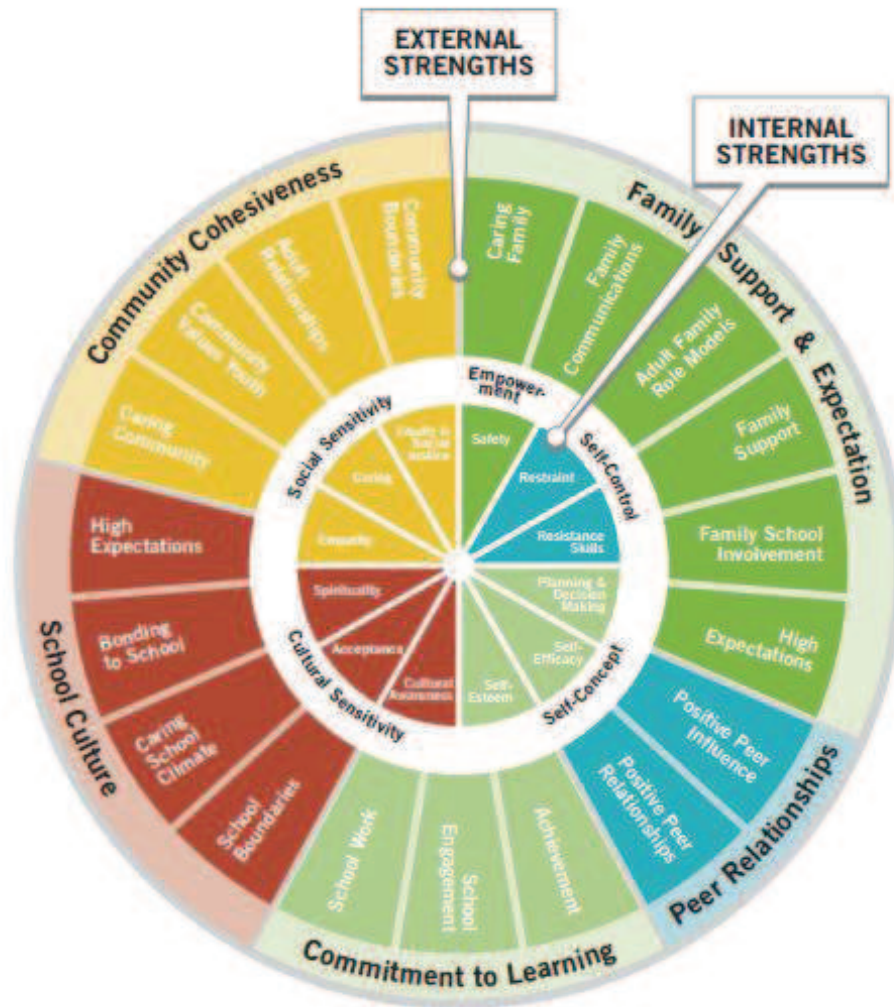
It is important to identify what leads adolescents not to give in to pressure and to develop the ability to say “no” in risk situations. More comprehensive preventive measures can be drawn up to counteract the trend for increasing use of manufactured cigarettes by this population group [21-24]. Adolescent resilience has been identified as a protective factor in situations where they are more vulnerable, such as those involving the pressure to use psychoactive substances [25, 26].

Systematic reviews of the literature on school-based interventions using a resilience approach aimed for the control and prevention of drugs experimentation and use by adolescents have demonstrated some effectiveness. The majority of them focused on the development of individual and social competencies and influences, as well as generic psychosocial aspects [27,28, 29].

The model proposed by the Resiliency Initiative, Alberta, Canada, in 2012 [30], was adapted and used as the theoretical basis for this study. It supports the investigation of the multidimensional aspects related to adolescents' resilience and its association with smoking (Figure 1). The model explores intrinsic and extrinsic factors associated with resilience, that means, factors related to

individual characteristics, and to her environment, including family, friends, school and community.

Figure 1. Theoretical Model of Resilience



Source: Adapted from Resiliency Initiatives, Calgary, Alberta, Canada, 2012 [30].

Considering the complexity of factors that contribute to the adolescent's decision not to smoke, this study sought to identify the impact of intrinsic and extrinsic factors related to resilience in the use of manufactured cigarettes among female adolescents between 12 and 14 years of age. The specificity of these factors should be considered by public policies aimed to strength adolescent's resilience profile as a protection factor to the use of manufactured cigarettes.

This research is part of the interventions developed by the Network for Women Tobacco Control in Paraná, a project in partnership between the University of Alabama at Birmingham - UAB and the Pontifical Catholic University of Paraná - PUCPR.

METHOD

This was a quantitative, cross-sectional and analytical study. The study population encompassed 12- to 14-year-old female adolescents attending five public schools in Curitiba, Brazil.

The selection of the five participating schools research, located in Region Centrosul of the town, was based on geography and population characteristics, involving groups of low family income, as well as their participation in the School Health Program - PSE. Of all the adolescents invited to participate in the study were included those parents signed the Informed Consent Term and who were in school at the time of data collection. The final sample included 324 female adolescents.

A self-administered questionnaire, adapted from the instrument described by Horta et al. [31], was used to explore social and demographic features of the studied population. To collect the data, the questionnaire was applied in school classrooms by a trained researchers team.

The outcome variable was the use of manufactured cigarettes in the last thirty days following the criteria adopted in PeNSE research [6]. The independent variables of interest were classified into four groups:

1 – *Sociodemographic profile*: age, school year, race/skin color (according to the Brazilian Institute of Geography and Statistics, IBGE).

2 – *Experimentation of manufactured cigarettes*: age at which the individual smoked for the first time; main reason for experimentation.

3 – *Intrinsic factors*: cultural importance attached to smoking (perception of the benefits of smoking manufactured cigarettes), the individual's potential of resilience measured by the Resilience Scale, adapted and validated for use in Brazil by Pesce et al. [32] and adjusted for the present study. This scale measures levels of positive psychosocial adaptation in the face of important life events. The instrument includes twenty-five questions with answers presented on a Likert scale and scores varying from one (strongly disagree) to five (strongly agree) for each statement. The total score can vary from 25 to 125 points; high values indicates a high individual resilience potential associated with intrinsic factors. Each statement was also analyzed separately in order to explore specific intrinsic characteristics.

4 – *Extrinsic factors*: associated with interaction between the adolescent and their environment: family, school, friends and community.

- *Extrinsic factors associated with the family*: who the individual lives with, how many people live in the home, family income, parent's level of education, family support (parental approval of the adolescent's smoking manufactured cigarettes) and family model (number of people who smoked at home, who were they and their gender);

- *Extrinsic factors associated with friends*: peer pressure to smoke manufactured cigarettes (their best friend smoke);

- *Extrinsic factors associated with the school*: performance at school (failing at school), school profile of care (measures to prevent smoking at school);

- *Extrinsic factors associated with the community*: perception of the easy of buying manufactured cigarettes in the community.

The data was first analyzed to determine the frequency distribution of the variables and the associations between them. For the association analysis, the outcome variable (having smoked manufactured cigarettes in the past thirty days) was dichotomized. The chi-square test was used to explore associations between variables. A bivariate and multivariate logistic regression was performed to determine the odds ratios (ORs) for the independent variables associated with the outcome variable. The mean score on the Resilience Scale was used as the cut-off value to build a dichotomous variable representing high and low values of individual resilience potential. Dichotomous variables were created for each of the 25 questions of the Resilience Scale with the values 1= yes (categories: I agree and I strongly agree) and 0 = no (I strongly disagree, I disagree and neutral). For the multivariate analysis, variables with $p \leq 0.05$ in the bivariate analysis were included in the model.

The project was approved by the Pontifical Catholic University of Paraná Ethics Research Committee under reference no. 005194/11 on July 27th, 2011, and the University of Alabama at Birmingham Ethics Committee under reference no. X070813006 on October 31st, 2011.

RESULTS

From the 324 adolescents surveyed, 94 adolescents (28.7%) reported having used cigarettes manufactured some time in their lives, and 40 of them (43%) reported having smoked cigarettes in the past 30 days, which demonstrated the continued use.

Among the 94 adolescents, 55.3% of them reported that the age for the experimentation of the manufactured cigarettes occurred between eleven and twelve years old. The main reasons for experimentation were individual factors (43.6%) and the influence of friends (33.0%). Individual factors reported included curiosity, a desire to try cigarettes to find out what they tasted like, and experiencing stressful situations associated with a feeling of anger and parents splitting up. Most of those who smoked (67.5%) reported smoking manufactured cigarettes sporadically during the week.

Table 1 shows the frequency distribution of sociodemographic factors among individuals who had and who had not smoked manufactured cigarettes in the past thirty days.

Table 1. Frequency distribution of sociodemographic factors among individuals who had and who had not smoked manufactured cigarettes in the past thirty days. Curitiba, 2012.

<i>Variable</i>	<i>Frequency n=324 n (%)</i>	<i>Smokers n=40 n (%)</i>	<i>Non- smokers n=284 n (%)</i>	<i>p</i>
Age				
12 years	135 (41.7%)	11 (27.5%)	124 (43.7%)	0.12
13 years	119 (36.7%)	17 (42.5%)	102 (35.9%)	
14 years	70 (21.6%)	12 (30.0%)	58 (20.4%)	
School grade				
6 th grade	3 (0.9%)	2 (5.0%)	1 (0.4%)	0.41
7 th grade	82 (25.3%)	10 (25.0%)	72 (25.4%)	
8 th grade	162 (50.0%)	19 (47.5%)	143 (50.4%)	
9 th grade	77 (23.8%)	9 (22.5%)	68 (23.9%)	
Race/color				
White	152 (46.9%)	15 (37.5%)	137 (48.2%)	0.56
Black	16 (4.9%)	2 (5.0%)	14 (4.9%)	
Yellow	3 (0.9%)	0 (0%)	3 (1.1%)	
Brown/Mixed	150 (46.3%)	23 (57.5%)	127 (44.7%)	
Indigenous	3 (0.9%)	0 (0%)	3 (1.1%)	

Source: Study Data

There were no statistically significant differences in the frequencies of the variables related to sociodemographic profile between adolescents who had smoked manufactured cigarettes in the past thirty days and those who had not.

Among the variables related to intrinsic factors, a statistically significant association ($p < 0.01$) was observed between cultural importance and having smoked manufactured cigarettes in the past thirty days. From the total, 20 adolescents (6.2%) reported benefits associated with smoking, while 304 (93.8%) did not report any benefits of it. The benefits mentioned included a more positive relationship with peers or group acceptance, control of stress and a feeling of pleasure. In spite of this, all users reported disadvantages associated with smoking cigarettes, including damage to their health and appearance, cost, and an unpleasant smell and taste.

The mean score on the resilience scale used to assess individual resilience potential was 93.8 (sd 10.8). Of all adolescents, 155 (47.5%) had low resilience potential, while 169 (52.5%) had high resilience potential. There was no statistically significant association between smoking manufactured cigarettes in the past thirty days by female adolescents and the final score of the Resilience Scale ($p = 0.31$). However, analysis of each of the twenty-five statements of the scale revealed a statistically significant association between smoking or not smoking and the following statements: *I am able to depend on myself more than on anybody else* (self-reliance) ($p = 0.01$); *I feel that I can deal with various things at the same time* (self-control) ($p = 0.01$); *I am determined* (self-determination) ($p = 0.01$); and *I am disciplined* (self-discipline) ($p < 0.01$).

Association analysis of extrinsic factors examined factors related to family, friends, school and community. Table 2 shows the frequency distribution of

extrinsic factors among individuals who had and who had not smoked manufactured cigarettes in the past thirty days.

Table 2. Frequency distribution of extrinsic factors related to family, friends, school, and community among adolescents who had and who had not smoked manufactured cigarettes in the past thirty days. Curitiba, 2012.

<i>Variable</i>	<i>Frequency n=324 n (%)</i>	<i>Smokers n=40 n (%)</i>	<i>Non-smokers n=284 n (%)</i>	<i>p</i>
Family				
With whom they live				
Mother only	119 (36.7%)	19 (47.5%)	100 (35.2%)	0.17
Father only	12 (3.7%)	03 (7.5%)	9 (3.2%)	
Mother and father	175 (54.0%)	16 (40.0%)	159 (56.0%)	
Only relatives	18 (5.6%)	02 (5.0%)	16 (5.6%)	
Number of people living at same house				
Up to four people				0.50
Five people or more	173 (53.4%) 151 (46.6%)	21 (52.5%) 19 (47.5%)	152 (53.5%) 132 (46.5%)	
Number of people working				
Up to two people	247 (76.2%)	31 (77.5%)	216 (76.1%)	0.14
More than two people	77 (23.8%)	09 (22.5%)	68 (23.9%)	
Family Income				
Up to US\$ 320.00	30 (9.3%)	5 (12.5%)	25 (8.8%)	0.08
US\$ 321.00 to US\$ 640.00	126 (38.9%)	21 (52.5%)	105 (37.0%)	
US\$ 641.00 to US\$ 1,600.00	77 (23.8%)	03(7.5%)	74 (26.1%)	
More than US\$ 1,601.00	32 (9.9%)	05 (12.5%)	27 (9.5%)	
Did not know/ Did not answer	59 (18.2%)	06 (15.0%)	53 (18.7%)	
Level of education (mother)				
Never studied	10 (3.1 %)	02 (5.0%)	8 (2.8%)	0.15
Primary school	126 (38.9%)	15 (37.5%)	111 (39.1%)	
High school	101 (31.2%)	07 (17.5%)	94 (33.1%)	
College	28 (8.6%)	06 (15.0%)	22 (7.7%)	
Did not know/ Did not answer	59 (18.2%)	10 (25.0%)	49 (17.3%)	
Level of education (father)				
Never studied	8 (2.5%)	1 (2.5%)	7 (2.5%)	0.33
Primary school	114(35.2 %)	19 (47.5%)	95 (33.5%)	
High school	88 (27.2%)	6 (15.0%)	82 (28.9%)	
College	29 (9.0%)	3 (7.5%)	26 (9.2%)	
Did not know/ Did not answer	85 (26.2%)	11 (27.5%)	74 (26.1%)	
Smokes at home				
Mother	47 (14.5%)	9 (22.5%)	38 (13.4%)	0.68
Father	40 (12.3%)	4 (10.0%)	36 (12.7%)	
Mother and father	24 (7.4%)	4 (10.0%)	20 (7.0%)	
Other relatives	34 (10.5%)	5 (12.5%)	29 (10.2%)	
Nobody	179 (55.2%)	18 (45.0%)	155 (56.7%)	
Parental approval for adolescents to smoke				
Yes	8 (2.5%)	2 (5.0%)	6 (2.1%)	0.25
No	316 (97.5%)	38 (95.0%)	278 (97.9%)	
Friends				

Best friend smokes				
Yes	63 (19.4%)	19 (47.5%)	44 (15.5%)	0.00
No	261(80.6%)	21 (52.5%)	240 (84.5%)	
<hr/>				
School				
<hr/>				
School performance (fail at school)				
Yes				
No	98 (30.2%)	17 (42.5%)	75 (26.4%)	0.00
	226 (69.8%)	23 (57.5%)	209 (73.6%)	
Anti-smoking measures at school				
Yes				
No	84 (25.9%)	6 (15%)	78 (27.5%)	0.09
	240 (74.1%)	34 (85%)	206 (72.5%)	
<hr/>				
Community				
<hr/>				
Easy of buying manufactured cigarettes in the community				
Yes	242 (74.7%)	25 (62.5%)	217 (76.4%)	0.06
No	82 (25.3%)	15 (37.5%)	67 (23.6%)	

Source: Study Data

There were no statistically significant differences in frequency distribution between adolescent smokers and non-smokers in terms of family profile. However, some particular aspects of the family context must be considered. There was at least one smoker in 29.3% of the families; 45.3% of all adolescents had had contact with manufactured cigarettes at home; and 34.3% of the adolescents' parents (mother, father or both) were smokers, the mothers being 21.9% of them. On the other hand, a significant number of adolescents stated that their parents would not approve they smoke (97.5%).

A statistically significant association was found between cigarette smoking by adolescents and their best friend smoking ($p=0.00$). Of the 40 adolescents who had smoked in the past thirty days, 19 (47.5%) said that their best friend smokes.

Of the 324 adolescents who took part in the study, 98 (30.2%) said they had repeated at least one school year. Among smokers, the percentage was 42.5%, higher than among non-smokers (26.4%). This difference was statistically significant ($p<0.01$). Anti-smoking measures at school was not statistically

significan associated with smoking. The ease with which cigarettes could be obtained, an extrinsic factor, was mentioned by the majority of the sample (74.7%). Of the 242 individuals who mentioned this, 215 (66.4%) referred to the shops near their school as being where they bought cigarettes. There was no significant difference between smokers and non-smokers.

Table 3 shows the results of the bivariate and multivariate analysis

Table 3. Bivariate and multivariate analyses between having smoked in the past thirty days and independent variables. Curitiba, 2012.

		Non-smokers n (%) n=284	Smokers n (%) n=40	p	Bivariate analysis OR (CI 95%)	p	Multivariate analysis OR (CI 95%)
INTRINSIC FACTORS							
RESILIENCE POTENTIAL							
Self-reliance	Yes	134 (47.1 %)	11 (27.5 %)	0.02	0.42 (0.20 ≤ OR ≤ 0.88)	0.01	0.37 (0.16 ≤ OR ≤ 0.84)
	No	150 (52.9 %)	29 (72.5 %)				
Self-control	Yes	103 (36.3%)	9 (22.5 %)	0.09			
	No	181 (67.7 %)	31 (77.5 %)		0.51 (0.23 ≤ OR ≤ 1.11)		
Self-determination	Yes	213 (75.%)	21 (52.5 %)	0.00	0.36(0.18 ≤ OR ≤ 0.72)	0.12	0.54 (0.24 ≤ OR ≤ 1.18)
	No	71 (25%)	19 (47.5 %)				
Self-discipline	Yes	144 (50.7 %)	7 (17.5 %)	0.00	0.20 (0.08 ≤ OR ≤ 0.48)	0.00	0.24 (0.09 ≤ OR ≤ 0.60)
	No	140 (49.3 %)	33 (82.5 %)				
EXTRINSIC FACTORS							
FRIENDS							
Best friend smokes	Yes	44 (15.5 %)	19 (47.5 %)	0.00	4.93 (2.45 ≤ OR ≤ 9.92)	0.00	3.41 (1.57 ≤ OR ≤ 7.38)
	No	240 (84.5 %)	21 (52.5%)				
SCHOOL							
Fail at school	Yes	75 (26.4 %)	23 (57.5 %)	0.00	3.77 (1.91 ≤ OR ≤ 7.44)	0.00	3.81 (1.80 ≤ OR ≤ 8.07)
	No	209 (73.6 %)	17(42.5 %)				

Source: Study Data

The multivariate logistic regression model showed that there was a statistically significant association between individual features related to self-reliance and self-discipline, and the behavior of smoke.

The intrinsic factors showed a protective effect. Adolescents who reported being more reliant on themselves than on others were more likely not to smoke (OR=0.37; IC 95%: 0.16 – 0.84, p=0.01). At the same way, adolescents who considered themselves disciplined (OR=0.24; IC 95%: 0.09 – 0.60, p<0.01), were more likely not to smoke than those who did not feel this way about themselves.

Among the extrinsic factors, a best friend that smokes (OR=3.41; IC 95%: 1.57 – 7.38 p<0.01) and the school performance, expressed by fail at school (OR=3.81; IC 95%: 1.80 – 8.07 p<0.01), was statistically significant variables related to adolescents smoking manufactured cigarette.

The variables related with self-control and self-determination lost their statistical significance in the multivariate analysis.

DISCUSSION

The aim of this study was to investigate the impact of factors associated with adolescent resilience in the use of manufactured cigarettes by female adolescents between 12 and 14 years of age. The results showed that specific intrinsic and extrinsic factors play a role either as a protective or as risk factors for smoking by this group. However, extrinsic factors appear to have a stronger impact on female adolescents' smoking behavior.

Intrinsic factors such as self-reliance and self-discipline appear to increase adolescents' ability to resist the social pressure and not smoke. These characteristics were classified as attributes of personal control in the theoretical model of resilience used in this study [30].

Self-reliance is related to initiative, absence of excessive dependency on others and a sense of control over one's life. Adolescent self-reliance is associated with emotional and behavioural autonomy and influence their capacity to make independent decisions regarding all kinds of behaviours [33]. So, it could be a protective characteristic to prevent deviant behaviors and to improve resilience in situations of pressure and vulnerability. Self-discipline is the ability to remain focused on the tasks needed to achieve one's goals without being distracted and to maintain consistency [34-37]. Without it, any decisions taken are short-lived. Therefore, developing abilities such as self-reliance and discipline leads to personal control and independence [32]. In light of the above, it can be concluded that support programs to discourage experimentation and the use of products that cause dependence, such as manufactured cigarettes, should include approaches to stimulate the individual to have greater sense of control over her life, even when experiencing stressful situations [36].

The role of peers appears to be especially critical for initiation of risk behaviors, such as smoking, which may be explained by the influence that friends have in a period of identity affirmation. At this stage of life, the adolescent quest for independence from parents, and their acceptance and identification with peers that can provide emotional support may lead to repeat behaviors, habits and permissive attitudes adopted by the group [8,18, 27, 37].

In the present study, poor performance at school was a significant extrinsic risk factor for smoking manufactured cigarettes. The literature [21,27,37,39] have confirmed the association between fail at school and smoking, drug abuse and other risk behaviors.

Recent studies [38,40,41] confirm the tendency for adolescents to combine health-risk behaviors, indicating a cluster pattern for specific behaviors, such as poor performance at school, the use of psychoactive substances, including cigarettes and other drugs, and eating and physical activity habits, being interconnected at the individual level. These findings are particularly important to support multimodal strategies to promote health among this population, particularly in the school environment, instead of strategies focused on specific behaviors in isolation [27,39].

The findings of this research suggested that school-based approaches focused on specific intrinsic and extrinsic factors related to the adolescents' resilience potential must consider the support for self-reliance and self-discipline, together with peer support, in order to face the challenge of pressure to experiment and use industrialized cigarettes.

This study has some limitations. The low age of respondents could influence the understanding of some of the statements included in the resilience scale used, with possibilities of some reported inaccuracies. In addition, the very nature of the psychological characteristics of adolescence, which include fears and unstable behavior [21,23,42], may influence the hid of their smoking.

ACKNOWLEDGMENTS

This project received financial support from the National Institutes of Health (RO1 DA 24875). The research was also supported by the Higher Education Personnel Training Coordination – CAPES by means of concession for PhD scholarship.

REFERENCES

- [1] Brasil. National Institute of Cancer/Pan American Health Organization. Special Survey of Tobacco Use - PETab: Brazil Report . Rio de Janeiro: INCA 2011.
- [2] Laranjeira R, Madruga C, Pinsky I, Caetano R, Ribeiro M, Mitsuhiro S. Second National Alcohol and Drug Survey (LENAD II) Alcohol - Consumption in Brazil: trends between 2006/2012. Available at: http://inpadorgbr/wp-content/uploads/2013/04/LENAD_ALCOOL_Resultados-Preliminarespdf Accessed April 3, 2015.
- [3] National Institute of Cancer (INCA). Smoking: A serious Public Health Problem. 1st ed. Rio de Janeiro: INCA 2007.
- [4] National Institute of Cancer (INCA). "Why approving the Framework Convention for Tobacco Control?" World Health Organization. Available at: <http://www.who.int/tobacco/framework/en/index.html>. Accessed September 10, 2013.
- [5] Scarinci IC, Bittencourt L, Person S et al. Prevalence of use of tobacco products and associated factors in women in Parana, Brazil. *Cad Saude Publica* 2012; 28(8): 1450-58.
- [6] Brazilian Institute of Geography and Statistics - IBGE. National survey of school health - PeNSE: 2012. Rio de Janeiro: IBGE 2013. Available at: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/2012/pense_2012.pdf Accessed June 10, 2013.
- [7] Borges MTT, Barbosa RHS. Gender signs in female smoking: a sociological approach of smoking in women. *Cien Saude Colet* 2009,14(4): p.1129-139.
- [8] Abreu MNS, Souza CF, Caiaffa WT. Smoking among adolescents and young adults from Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil: influence of family and social group environment. *Cad Saude Publica* 2011; 27(5): 935-43.
- [9] Fonseca FF, Sena RKR, Rocky Santos LA, et al. The vulnerabilities in childhood and adolescence and the Brazilian public policy intervention. *Rev Paul Pediatr* 2013; 31(2): 258-64.
- [10] Souza MRR, Oliveira JF, Nascimento ER et al. Images and representations of the female body in Brazilian magazines. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2013; 34(2): 62-69
- [11] World Health Organization. Gender, women, and the tobacco epidemic. Geneva:WHO 2008. Available at: http://www.who.int/tobacco/publications/gender/en/tfi_gender_women_summary_overview.pdf . Accessed Jun 20, 2013.

- [12] Henry SL, Jammer LD, Whalen, CK. I (should) need a cigarette: Adolescent social anxiety and cigarette smoking. *Ann Behav Med* 2012; (43): 383-93.
- [13] Malta DC, Porto DL, Melo FCM et al. Family and protection for the use of tobacco, alcohol and drugs among adolescents, National Survey of School Health. *Rev Bras Epidemiol*. 2011; 14(1): 166-77.
- [14] Sousa S, Ramos E, Dias I, et al. Social representations of smoking behavior in 13 years old adolescents. *Rev Port de Pneumol* 2011; 17(1): 27-31.
- [15] Hallal ALC, Gotlieb SLD, Alemida LM et al. Prevalence and factors associated with smoking among schoolchildren from Southern Brazil. *Rev de Saude Publica* 2009; 43: 779-88.
- [16] Machado Neto AS, Andrade TM, Napoli C et al. Determinants of smoking experimentation and early onset of smoking among school adolescents in Salvador (BA). *J Bras Pneumol* 2010; 36: 674-82.
- [17] Moreno RS, Ventura RN, Bretras JRS. The use of alcohol and tobacco by adolescents in Embu, São Paulo, Brazil. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44: 969-77.
- [18] Seo D-C, Huang Y. Systematic review of network analysis in adolescent cigarette smoking behavior. *J Sch Health*. 2012; 82: 21-7.
- [19] Thomas RE, Baker PRA, Lorenzetti, D. Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, Issue 1. Art. No.: CD004493. DOI:10.1002/14651858.CD004493.pub2
- [20]. Vitória PD, Silva AS, Vries HD. Longitudinal evaluation of smoking prevention program for adolescents. *Rev Saude Publica* 2011; 45(2): 343-54.
- [21] World Health Organization. Inequalities in young people's health: key findings from the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2005/2006 survey. Copenhagen: WHO 2008.
- [22] Tavares BF, Beira JU, Lima MS. Factors associated with drug use among adolescent students. *Rev Saude Publica* 2004; 38(6):787-96.
- [23] Amos A, Greaves L, Nichter M et al. Women and Tobacco: a call for including gender in tobacco control research, policy and practice. *Tob Control* 2012; 21: 236-43.
- [24] National Cancer Institute. Youth / Women and Tobacco. Brasília, Brazil:INCA 2000. _____ Available at:

<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=jovem&link=namira.htm>. Accessed March 23, 2013.

[25] Hodder RK, Daly J, Freund M et al. A school-based resilience intervention to decrease tobacco, alcohol and marijuana use in high school students. *BMC Public Health* 2011; 11(722): 1471-58.

[26] Xavier KR, Conchão S, Carneiro Junior N. Youth and resiliency: an experience with young people in vulnerable situations. *Rev Bras Cresc e Desenv Hum* 2011; 21(1):140-45.

[27] Hodder RK, Freund M, Wolfenden L, et al. Systematic review of universal school-based resilience interventions targeting adolescent tobacco, alcohol or illicit drug use: review protocol. *BMJ Open* 2014; 4:e004718. doi:10.1136/bmjopen-2013-004718.

[28] Faggiano F, Vigna-Taglianti FD, Versino E, et al. School-based prevention for illicit drugs' use. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(2):CD003020.

[29] Thomas RE, McLellan J, Perera R. School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database Syst Rev* 2013(4):CD001293.

[30] Resiliency Initiatives. Calgary, Alberta, Canada 2012. <http://www.resil.ca/> (accessed 28 May 2012).

[31] Horta B L, Calheiros P, Pinheiros RT et al. Smoking in urban adolescents in southern Brazil. *Rev Saude Publica* 2001; 35(2): 159-64.

[32] Pesce et al. Cross-cultural adaptation, reliability and validity of the resilience scale. *Cad Saude Publica* 2005; 21(2): 436-48

[33] Kyaw MT. A study os self-reliance, attachment and psychosocial adjustment during late adolescence. *Yangon Univeristy of Distance Education Research Journal* 2009 1(1): 153-64.

[34] Pitzer LM, Fingerman. Psychosocial resources and associations between childhood physical abuse and adult well-being. Oxford University Press 2010. :425-33.

[35] Bureau JS, Mageau GA, Vallerand RJ et al. Self-determination: a buffer against suicide ideation. *Suicide Life Threat Behav* 2012; 42(4):377-93.

[36] Sutherland JA, Cook L, Stetina P et al. Women in substance abuse recovery. Measures of resilience and self-diferrentiation. *West J Nurs Res* 2009; 31(7): 905-22.

[37] Cortés BGM, Cruz LP. Resiliencia: ¿Es posible medir la e influir em ella?. *Salud Mental* 2011; 34: 237-46

[38] Fonseca AC, Simões MCT. The dangers of smoking in childhood and adolescence. *Rev Port Pedag* 2010; 44(1): 217-236.

[39] Wiefferink CH, Peters L, Hoekstra F. Clustering of health-related behaviors and their determinants: possible consequences for school health interventions. *Prev Sci* 2006; 7(2):127-149.

[40] Spring B, Moller AC, Coons MJ. Multiple health behaviours: overview and implications. *J Public Health* 2012; 34(Suppl 1):i3-10.

[41] Chiolero A, Wietlisbach V, Ruffieux C, et al. Clustering of risk behaviors with cigarette consumption: A population-based survey. *Prev Med* 2006; 42(5): 348-53.

[42] Horta RL, Horta BL, Pinheiro RT et al. Tobacco, alcohol and other drugs among adolescents in Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil: a gender perspective. *Cad Saude Publica* 2007; 23(4): 775-83.

Atingir o jovem pode ser mais eficiente mesmo que o custo para atingi-los seja maior, porque eles estão desejando experimentar, eles têm mais influência sobre os outros da sua idade do que eles terão mais tarde, e porque eles são muito mais leais à sua primeira marca.

Escrito por um executivo da Philip Morris em 1957.

Fonte: INCA, 2008

ARTIGO 3¹

**DISCURSOS DAS ADOLESCENTES SOBRE PREVENÇÃO AO USO DE
CIGARROS INDUSTRIALIZADOS**

**DISCURSOS DE ADOLESCENTES SOBRE PREVENCIÓN PARA EL
USO DE LOS CIGARRILLOS MANUFACTURADOS**

**SPEAKING OF ADOLESCENTS ABOUT THE PREVENTION USE OF
MANUFACTURED CIGARETTES**

Edeny Aparecida Terra Loyola
Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR)
Bolsista Capes
E-mail: edenyloyola@hotmail.com
Endereço: Rua Professor Brasília Ovídio da Costa, nº 71. Curitiba – PR.
Brasil

Márcia Regina Cubas
Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR)
E-mail: m.cubas@pucpr.br

Samuel Jorge Moysés
Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR)
E-mail: s.moyses@pucpr.br

Renata Iani Werneck
Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR)
E-mail: renata.iani@pucpr.br

Simone Tetu Moysés
Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR)
E-mail: simone.moyses@pucpr.br

¹Artigo submetido para publicação à Revista Cadernos de Saúde Pública.

RESUMO

A quase totalidade dos fumantes inicia o uso de cigarros durante a adolescência. Considerando que construir evidências sobre fatores de proteção é importante para apoiar ações de controle da iniciação e uso de cigarros por adolescentes do gênero feminino, este estudo procurou identificar estratégias para prevenção do uso de cigarros. Por meio de abordagem qualitativa, foram conduzidos três grupos focais com adolescentes selecionadas pelo alto potencial de resiliência, estudantes de uma escola pública em Curitiba – Paraná. O discurso das adolescentes, analisado segundo o método de análise de discurso de Fiorin, evidenciou que fatores extrínsecos (família, amigos, escola e comunidade) e intrínsecos (autocontrole e autoconceito) têm influência na decisão de não fumar cigarros industrializados. Concluiu-se que o apoio social e a valorização dos pontos fortes da personalidade podem ampliar a resiliência da adolescente propensa ao uso de cigarros, impedindo-a de fumar.

Palavras chave: Adolescentes do gênero feminino, Cigarros Industrializados, Resiliência, Análise de Discurso.

RESUMEN

Casi todos los fumadores empiezan a fumar durante la adolescencia. Considerando que reunir pruebas sobre los factores de protección es importante para apoyar los esfuerzos y controlar la iniciación del uso de la cigarrillos por las adolescentes, este estudio buscó identificar estrategias para la prevención del consumo de tabaco. A través de un enfoque cualitativo, tres grupos focales se llevaron a cabo para las adolescentes con alto potencial de resiliencia, estudiantes de una escuela pública en Curitiba-Paraná. El discurso de adolescentes, analizados de acuerdo con el método de análisis del discurso de Fiorin, mostró que los factores extrínsecos (familia, amigos, escuela y comunidad) e intrínsecos (auto-control y auto-concepto) tienen influencia en la decisión de no fumar. Se concluyó que el apoyo social y la valoración de los puntos fuertes de la personalidad pueden aumentar la resistencia de los adolescentes propensos al uso de los cigarrillos, que le impide fumar.

Palabras clave: Adolescentes del sexo femenino, Cigarrillos manufacturados, Resiliencia, Análisis del Discurso.

ABSTRACT

Almost all smokers start smoking during adolescence. Whereas build evidence on protective factors for this population group is important to support efforts to control the initiation and cigarette use by female adolescents, this study sought to identify strategies to control tobacco use. Through a qualitative approach, three focus groups wich selected high potential for resilience.adolescents students at a public school in Curitiba – Paraná were conducted. Speaking of teenagers, analyzed according to the method of discourse analysis of Fiorin, showed that extrinsic factors (family, friends, school and community) and intrinsic (self-control and self-concept) have influence on the decision not to smoke. It was concluded that social support and appreciation of the strengths of personality may enhance resilience prone to adolescent use of cigarettes, preventing her from smoking.

Keywords: Female adolescent, Manufactured Cigarettes, Resilience, Discourse Analysis

INTRODUÇÃO

Segundo dados publicados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), entre os anos de 2020 a 2040, o tabagismo estará diretamente relacionado a 10 milhões de mortes a cada ano. Considera-se que o uso de cigarros industrializados seja o principal agente de doenças evitáveis, tornando alarmante a expectativa de que seja a maior causa de morte evitável no século XXI¹.

A quase totalidade dos fumantes iniciará o uso de cigarros industrializados durante a adolescência² entre os 12 e 15 anos de idade, e a literatura atual²⁻⁷ reforça este dado, confirmando que a idade do início do uso de cigarros é cada vez mais precoce. Entre estudos brasileiros, destaca-se a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE 2012⁴, realizada com estudantes do 9º ano do ensino fundamental. Do total de adolescentes pesquisados, 19,6% descreveram já ter experimentado cigarros industrializados, sendo que Curitiba - PR registrou a segunda maior prevalência nacional entre as capitais dos Estados brasileiros (31,7%), com maior experimentação ao uso de cigarros nos últimos 30 dias. Na ocasião da pesquisa, a prevalência foi maior entre adolescentes do gênero feminino (9,4%) que do gênero masculino (6,6%)⁴.

A pesquisa concluiu ainda que, independente da frequência ou intensidade do consumo, 5,1% dos escolares pesquisados haviam fumado cigarro nos últimos 30 dias, e a frequência de experimentação foi maior entre os estudantes das escolas públicas (20,8%) que das escolas privadas (13,8%)⁴.

A dependência à nicotina se instala mais fácil e fortemente na adolescência, faixa etária que compreende dos 12 aos 18 anos, e segundo Paulilo e Jeolás⁷, algumas características deste momento de transitoriedade são fatores que aumentam a vulnerabilidade da pessoa. Tais características incluem

a ambiguidade (percepção de ser nem criança, nem adulto); autonomia e responsabilidade relativas; conflito com o mundo adulto (necessidade de opor-se para se autoafirmar no processo de construção de identidade); crise potencial com emergência de um novo corpo, nova imagem de si mesmo e vivência da sexualidade; sentimento de invulnerabilidade; ansiedade frente às exigências pouco definidas e às demandas difíceis de serem cumpridas em relação à família, trabalho, lazer e consumo.

Do mesmo modo, é neste período da vida que os jovens formam suas crenças e incorporam hábitos e comportamentos da vida adulta, tornando-se mais suscetíveis às mensagens veiculadas ao seu redor, entre eles o uso de cigarros industrializados ⁶.

Alguns estudos ⁷⁻¹⁵ evidenciam a interação entre características individuais (sexo, idade, classe social, grau de ansiedade) e do entorno social (meio familiar e ambiente escolar, por exemplo) como importantes fatores na aquisição e manutenção do uso de cigarros industrializados por adolescentes.

Em relação ao gênero feminino, na Região Sul do Brasil a porcentagem de mulheres que fumam (15,9%) excede a média nacional (13%)¹⁶ e a iniciação pode estar associada a fatores culturais, psicossociais e socioeconômicos, estando atrelada à imagem corporal, crença de que fumar a mantém magra e a pressão dos pares⁷.

Assim, experimentar o novo, buscar diferentes emoções ou desafios, ser aceito por um grupo de iguais, e a interação das características próprias do adolescente com o meio onde vive, são razões que podem levar ao primeiro contato com cigarros industrializados⁸.

O alto potencial de resiliência de adolescentes tem sido apontado na literatura como um fator de proteção em situações de alta vulnerabilidade, como por exemplo, no uso de substâncias psicoativas^{17,18}.

Diante destas evidências, este estudo procurou conhecer os discursos das adolescentes na faixa etária de 12 a 14 anos sobre o uso de cigarros industrializados, a fim de amparar ações de controle da iniciação.

MÉTODO

Este estudo utilizou abordagem qualitativa, envolvendo 20 adolescentes do gênero feminino, de 12 a 14 anos, estudantes de uma escola pública em Curitiba, classificadas previamente com alto potencial de resiliência.

A escolha de adolescentes do gênero feminino foi embasada nos resultados de pesquisas anteriores que demonstraram importante prevalência na experimentação e uso de cigarros por adolescentes do gênero feminino que do gênero masculino^{2,4}.

A opção por esta faixa etária específica seguiu os critérios já adotados anteriormente em pesquisas realizadas no país^{2,4} que ressaltam que o uso de cigarros industrializados inicia-se por volta de 13 a 15 anos de idade. O ambiente escolar foi eleito como cenário pela facilidade de acesso a um grande número de adolescentes na faixa etária escolhida.

Foram incluídas na pesquisa adolescentes com alto potencial de resiliência por se considerar que estas poderiam servir como referência para replicação de comportamentos adequados ao não uso de cigarros industrializados às demais adolescentes.

Primeiramente foi realizado um questionário autoaplicável, respondido por 324 adolescentes do gênero feminino em cinco escolas da rede pública de

Curitiba. Este instrumento foi adaptado do instrumento empregado por Horta et al¹⁹ e foi utilizado para explorar características sociais, demográficas e ligadas à experimentação e uso de cigarros industrializados pelas adolescentes.

Para explorar o potencial de resiliência das adolescentes utilizou-se o potencial individual de resiliência medido pela Escala de Resiliência, desenvolvida por Wagnild e Young, adaptada e validada transculturalmente por Pesce et al²⁰. Esta escala mede níveis de adaptação psicossocial positiva em face a eventos de vida importantes. O instrumento inclui 25 questões com respostas em escala Likert, com pontuação variando de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente), para cada uma das 25 afirmativas apresentadas. Os escores, portanto, poderiam variar de 25 a 125 pontos, com altos valores indicando elevado potencial individual de resiliência, associada a fatores intrínsecos.

A média do escore da Escala de Resiliência (93,8) foi utilizada como valor de corte para a construção de uma variável dicotômica caracterizando valores para alto e baixo potencial individual de resiliência.

Para preenchimento deste questionário autoaplicável, as adolescentes foram deslocadas de suas salas de aulas em pequenos grupos (de até 15 adolescentes) e foram levadas a um ambiente mais apropriado, com o suporte de uma equipe de pesquisadores já calibrada anteriormente para aplicação do instrumento.

Em um segundo momento elegeu-se uma escola e foram convidadas a participar do presente estudo 72 adolescentes caracterizadas com alto potencial de resiliência que não haviam fumado nos últimos trinta dias antes da aplicação do questionário.

Dentre as 72 adolescentes, 20 adolescentes com potencial de resiliência variando de 94 a 114, aceitaram o convite para participar de três grupos focais²¹. Foi realizada uma reunião no ambiente escolar com cada grupo (dois grupos compostos por 07 adolescentes e um grupo composto por 06 adolescentes), por uma equipe composta por uma pesquisadora principal, auxiliada por outros três componentes que desempenharam funções de observação, operador de filmagem e operador de gravação das reuniões.

Antes de iniciar, foi lembrado às adolescentes que as reuniões seriam filmadas e gravadas, conforme explicado no termo de consentimento previamente assinado.

As discussões dos grupos tiveram duração aproximada de uma hora e meia, foram gravadas por 02 gravadores (Panasonic RQ- L), filmadas (filmadora Sony DCR-PJ5) e posteriormente transcritas. Para análise das discussões dos grupos foi utilizada a técnica de análise de discurso proposta por Fiorin²³. A observação da comunicação não verbal, como por exemplo, pausas na comunicação, acenos com a cabeça, gestos e postura corporal, também foram registrados.

Foram apresentadas questões guia com perguntas de investigação abertas, favorecendo a livre participação, explorando categorias ligadas à resiliência.

Elegeu-se como abordagem de análise das categorias nesta pesquisa o Modelo de Resiliência proposto pela Resiliency Initiatives em 2012²³ por suportar a investigação dos aspectos multidimensionais relacionados com a capacidade de resistência de adolescentes e a associação com o uso de cigarros

industrializados (Figura 1). Frente à complexidade de fatores que contribuem para a decisão de não fumar pela adolescente, este modelo explora fatores intrínsecos e extrínsecos relacionados à resiliência, ou seja, fatores relacionados às características individuais (autoconceito, autoestima, autodisciplina, dentre outros), e fatores ligados ao ambiente, incluindo a família, amigos, escola e comunidade.

FIGURA 1 – Modelo Teórico de Resiliência



Fonte: Adaptado de Resiliency Initiatives, Calgary, Alberta, Canada, 2012²³

Depois de concluídos os grupos focais, os passos para organização e análise envolveram: 1. Transcrição literal; 2. Leitura exaustiva do texto, com destaque para identificação de figuras (substantivos, adjetivos e verbos); 3. Organização dos recortes (frases temáticas) em planilha eletrônica; 4. Identificação das categorias temáticas de análise; 5. Revisitação dos dados com base no modelo teórico; 6. Organização dos discursos por categorias e subcategorias, conforme demonstrado na Tabela 1.

TABELA 1 - Categorias e subcategorias

Categoria	Subcategorias
FATORES EXTRÍNSECOS	Família Escola Amigos Comunidade
FATORES INTRÍNSECOS	Auto Controle Auto Conceito
CATEGORIAS EMERGENTES	Novas Formas de Consumo de Tabaco O Uso de Cigarros e a Saúde

Fonte: Dados da Pesquisa

O projeto recebeu parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR sob o número 005194/11. Todos os sujeitos envolvidos na pesquisa foram representados por seus pais, que assinaram um termo de consentimento atestando que as adolescentes participaram livremente e receberam a garantia de sigilo sobre a sua identidade. Para preservar a identidade dos participantes, nomes fictícios aparecem nas citações de seus relatos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 20 participantes, 12 adolescentes tinham 13 anos de idade e 70% frequentavam o 8º ano do Ensino Fundamental.

Treze adolescentes se declararam da raça branca, cinco eram pardas e duas da raça amarela, segundo critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

A maioria delas (15 adolescentes) morava com seus pais, quatro adolescentes moravam apenas com a mãe e uma residia com a avó.

Os pais não fumavam em 60% das famílias das adolescentes, mas havia contato com alguém que fumava em 100% dos casos (avós, tios, irmãos ou amigos). Nenhuma das adolescentes havia reprovado algum ano escolar e a renda familiar era em torno de 2 a 5 salários mínimos.

Os relatos dos três grupos mostraram saturação do tema quanto às respostas para as principais questões de pesquisa. No início das reuniões, verificaram-se pausas e silêncios, além de manifestações mais rápidas e hesitantes, o que pode ser atribuído à utilização de filmagem. Porém, os instrumentos passaram despercebidos no decorrer das reuniões, quando as adolescentes puderam colocar-se à vontade e falar abertamente sobre o tema.

Durante as discussões, procurou-se garantir a participação de todas as adolescentes.

FATORES EXTRÍNSECOS

Em relação a subcategoria família o discurso das adolescentes evidenciou a crença de que o cuidado, o modelo, a comunicação e o suporte familiar são importante apoio para a adolescente não fumar.

A família aparece como considerável modelo para iniciação ou não do uso de cigarros industrializados. Sendo entendida como exemplo a ser seguido quando ninguém da família é fumante ou quando estabelece limites, ou

exercendo a autoridade paterna na prevenção ao uso de cigarros industrializados bem como negativamente, quando os pais ou algum familiar fuma, o que é reforçado nas seguintes frases temáticas:

*“É... não fumando dentro de casa para as crianças não fumarem também”.
“Não deixando ficar nas ruas também. Que é na maioria das vezes que a criança fica na rua que aprende a fumar.”* **Jasmim**

“Muitas vezes a gente está em casa e o pai fuma, a mãe fuma, o irmão fuma. Tem um cigarro lá e você está sozinho. Você vai lá, vê o cigarro e... - Ah, o cigarro está ali né, vou fumar”. **Margarida**

“Além de não deixar o filho saí(r) muito nas ruas, os pais têm que controlarem...e controlar os amigos também. Não deixar a filha sair muito... de noite! Proibir o que não presta...Que tem muita gente que vende droga no meio da rua...” **Azaléia**

Por outro lado, as adolescentes percebem que o fato de pais ou familiares fumarem cigarros industrializados é um alerta para os malefícios do uso deste produto, e por este motivo deve ser evitado.

“ Não é porque os pais fumam que você vai ser obrigado a fumar” **Rosa.**

Para Malta et al⁶ o papel da família, apesar de não ser a única influência para a proteção ao uso de tabaco nesta fase da vida, é importante na prevenção quando acolhe, orienta, supervisiona e apoia o adolescente. A presença do pai, da mãe ou ambos no domicílio parece ter efeito protetor quanto ao uso de tabaco.

Estudo realizado nos Estados Unidos com 2.232 adultos reforçou a importância do papel dos pais, concluindo que pais que exerciam autoridade paternal na infância e adolescência proporcionaram maior bem estar psicológico e redução no abuso de substâncias químicas, que pais mais indulgentes²⁴.

Assim, programas envolvendo a família parecem ter um impacto importante na prevenção do tabagismo na adolescência²⁵.

Na subcategoria escola, o discurso das adolescentes reafirmou a importância das características da escola desempenhando sua função de ser cuidadosa, segura, envolvida com os alunos, com normas claras de comportamento e de limites²⁶, conforme apontadas pelo modelo teórico metodológico utilizado neste estudo. Entretanto, no discurso se verifica que estas características não são identificadas na escola frequentada pelas adolescentes.

Foi destacada a necessidade de oportunizar discussões utilizando abordagens mais participativas na prevenção ao uso de cigarros, e a identificação de não cumprimento de regras para sua utilização.

“Mas eu acho legal se tivesse pesquisa (sobre cigarro). Tipo, o ano passado a professora de Ciências deu um trabalho pra gente sobre bulimia e essas coisas assim sabe, e a gente teve que pesquisá e estudou muito sobre isso. Eu acho isso super legal. Eu na verdade nunca participo de vários trabalhos... assim eu nunca participei, só que desse eu participei. Nossa, amei! É bem legal. Eu gostei!” Hortência

“Em reunião que teve, ela (professora) falou que ia ter o pessoal pra revistar, ver se tem drogas. Só que (eles) nunca vieram. Isso faz mais de um mês. Daí agora quando tem celular ou quando usam boné, eles evitam. Celular é uma coisa, mas daí quando as pessoas vem de canivete, faca, maconha, cigarro, outras coisas lá, não falam nada.” Dália

Estudos consideram o ambiente escolar como um espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações promotoras, preventivas e de educação para a saúde²⁶, e a atuação multidimensional coordenada pelas escolas, com participação conjunta da escola, dos pais e da comunidade, configurando-se em estratégias bem sucedidas de prevenção ao uso^{27,28,29}. Estudo longitudinal realizado na Austrália²⁷ com 1.205 adolescentes durante três anos reforçam esta perspectiva. Com o objetivo de melhorar a resiliência de estudantes de 7^a a 10^a

séries em três escolas de ensino médio para redução da prevalência do tabagismo, álcool e maconha na adolescência, os resultados sugerem que a intervenção na escola, utilizando grupos formados por professores, funcionários e pais, anteriormente capacitados para atuação com os jovens e com o objetivo de aprofundar o vínculo e a promoção da autoestima, incrementou a proteção de fatores de resistência, diminuindo o uso de tabaco, álcool e maconha por adolescentes.

Outra pesquisa que exemplifica a atuação multidimensional é um estudo de caso-controle, desenvolvido em Hong-Kong em Escolas Promotoras de Saúde, corroborando a proposição de envolvimento dos pais e professores nas mudanças positivas na saúde geral e bem-estar psicológico, favorecendo o reforço da resiliência de crianças e adolescentes²⁸.

O discurso que agregou a subcategoria amigos ressalta que ter amigos que fumam e pressionam para que elas também fumem faz parte de seu cotidiano. Desta forma, é reconhecida a dificuldade para não ceder, pois muitas vezes fumar junto com os amigos implica em fazer parte do grupo, em não ser rejeitado por ele.

*“Eles sempre perguntam. E a gente sempre recusa”. **Violeta***

*“E se ver os amigos fumando você vai querer fumar”. É, mas eles falam - Cuida da tua vida! Eles acham chato entendeu? Acham que a pessoa é chata”. **Camélia***

Ao focalizar a pergunta sobre o que poderia dar suporte para a tomada de decisão contra a iniciação e o uso de cigarros industrializados, as adolescentes apontam tanto aspectos individuais, quanto a necessidade de estratégias de suporte entre amigos.

*“É, não tanto, porque a pessoa vai fumar se quiser”. **Dália***

“...Que os amigos próximos não fumassem!!”.“Eu acho que é até mais importante (apoiar os amigos a não fumar), porque tem muita gente que ouve mais os amigos do que os pais” **Rosa**

Segundo Abreu et al¹⁵, ter amigos fumantes aumenta consideravelmente o risco de o adolescente experimentar e continuar o uso de cigarros industrializados. Esta evidência é explicada pelo importante papel de influência que os amigos têm em uma fase de afirmação da identidade, busca pela independência dos pais, e para sua aceitação e identificação, favorecendo a reprodução de comportamentos do grupo.

Estudo conduzido por Ivanovic et al.²⁹ em escolares do ensino básico e médio do Chile revelam um risco 9,8 vezes para iniciação ao uso de produtos derivados do tabaco em adolescentes com amigos fumantes. Seo e Huang¹², referindo-se a causalidade do uso do cigarro, afirmam que o fato dos amigos fumarem é um motivo mais forte que os pais fumarem, e que a rede social do adolescente afeta seu comportamento de fumar por proporcionar suporte emocional.

Como última subcategoria extrínseca, destacaram-se no discurso das adolescentes aspectos da comunidade relacionados com a convivência com fumantes e a facilidade de comprar cigarros no entorno de casa ou da escola.

“A minha vizinhança é muito difícil de não acontecer de ninguém fumar”
Íris

“Olha... Dizem que só vendem pra maior, mas, qualquer lugar aí vende pra menor” **Hortência**

“Tinha que ter um lugar que você não encontrasse cigarro pra comprar”
Rosa

“Padaria, em qualquer lugar (qualquer estabelecimento comercial) é fácil encontrar cigarros...” **Hortência**

A associação do cigarro a imagens de pessoas bonitas, jovens, esportistas, bem-sucedidas e sensuais tornam a droga um atrativo especial para os jovens³⁰ e esta tática das empresas de tabaco faz parte da estratégia de venda para manter os lucros. As indústrias de cigarros industrializados procuram substituir seus clientes que pararam de fumar ou morreram por novos fumantes, e a substituição de fumantes visa, muitas vezes, os jovens, que são atraídos para o uso de cigarros³¹.

A facilidade de aquisição do cigarro relatada, indicando o comércio próximo à escola como referência de compra do produto e o estímulo à compra de cigarros industrializados direcionado para mulheres, reforça a necessidade de maior vigilância e intervenção nestes estabelecimentos e a importância do cumprimento das leis vigentes no Brasil de proteção aos jovens^{32,33}. Estudos internacionais^{34,35} reforçam a contribuição do monitoramento da indústria de cigarros industrializados, mídia, política e intervenções específicas para mudanças observadas na comercialização e o declínio da exposição ao tabaco.

FATORES INTRÍNSECOS

A fala das adolescentes mostrou-se permeada de alusões à importância do autocontrole e do autoconceito da adolescente. A análise do discurso reforça a importância destes fatores de proteção para minimizar a influência dos fatores de risco individuais, como a carência de habilidades sociais, intelectuais e psicológicas no relacionamento com o contexto social que as adolescentes vivem.

Na subcategoria autocontrole, a habilidade de resistência e a contenção são características que estiveram presentes nos discursos das adolescentes.

“Será que depende tanto dos pais fumarem ou não? ... Eu acho que não. Vai da cabeça da pessoa. Meu pai já usou de tudo, minha mãe também, e eu não fumo.” (acenando negativamente com a cabeça) **Açucena**

“Ah, eu tenho uma amiga que ela estava fumando e me ofereceu, e daí eu falei que não, daí ela me ameaçou, falou que se eu não fumasse ela ia me bater com as amigas dela, daí eu falei - vem então, você pode me bater, porque eu não vou fumar, porque eu não vou estragar minha vida por causa que você vai me bater, então pode me bater, porque eu não vou fumar”. **Tulipa**

O autocontrole possibilita à pessoa, após reflexão inicial, conhecer a sensação de liberdade para apoiar suas ações, decidindo o que é pessoalmente importante e vitalizante para a sua vida³⁶.

Estudo no Arizona analisou o papel do auto-domínio, resistência e controle emocional no controle da glicose entre 45 adolescentes com diabetes, sugerindo que a presença destes atributos positivos dos adolescentes, especialmente os componentes de auto-domínio e de resistência, auxiliam no gerenciamento da doença e também no desempenho escolar³⁷.

Outra subcategoria analisada segundo o Modelo de Resiliência²³ foi o autoconceito, que envolve a autoestima, a autoeficácia e o planejamento para a sua vida, seguido da tomada de decisão. Estes conceitos estiveram presentes no discurso das adolescentes.

“Eu tenho amigos que fumam, mas eu falo assim - Quer fumar fuma, mas não fuma perto de mim”. **Hortência**

“Eu perguntei assim, porque você fuma maconha? Porque você fuma cigarro? Daí eu perguntei pra ele “Pra esquecer os problemas? Pra ser feliz?” daí ele “É”, daí eu falei pra ele - Então você é muito burro, eu não preciso fumar nada e sou feliz, nem esquecer os problemas”. **Tulipa**

“Eu acho que tipo, tem muitas pessoas que não sabem dos... Isso... O mal que o cigarro faz. Na caixinha do cigarro... não tem...as leis e tal? Então as pessoas não fumam porque causa mal estar. Elas fumam porque elas querem”
Rosa

Abordagens para estimular o aumento da autoestima e o autocuidado de adolescentes podem demonstrar o impacto positivo sobre sua tomada de decisão. Estudo qualitativo realizado com jovens em situação de vulnerabilidade em Santo André - São Paulo³⁸, empregando o conceito de resiliência, concluiu que a exposição dos sonhos e desejos dos jovens fez com que eles percebessem o seu potencial, acreditando mais na sua capacidade de ser e de agir, o que propiciou aumento da autoestima, do autocuidado, e da autonomia.

Em pesquisa realizada com 32 adolescentes após o tratamento do câncer ósseo na Itália³⁹ que investigou a relação entre expectativas de futuro, capacidade de resistência e estratégias de enfrentamento, demonstrou que adolescentes que tinham expectativas mais otimistas em relação ao futuro, com planejamento e tomada de decisão em relação as suas vidas, tendiam a usar mais estratégias de prevenção que adolescentes que possuíam visão menos otimista em relação ao futuro.

Desta forma, estratégias para reduzir a vulnerabilidade de jovens podem incluir a explorar sua capacidade de planejar e perseguir projetos futuros, reforçando a autoestima e o autoconceito, de forma a favorecer impactos positivos na sua saúde e na saúde da comunidade onde estão inseridas.

CATEGORIAS EMERGENTES

Na subcategoria relacionada a novas formas de consumo de produtos de tabaco foi relatada atração por substâncias que mascaram o sabor e o cheiro, que parecem estar cada vez mais presentes no contexto dos adolescentes. Em especial o *narguilé*, pode favorecer a iniciação e uso de produtos derivados de tabaco.

“Qualquer amiguinho assim que tem, tem um narguilé...” Orquídea

“É porque é assim, está numa roda e daí vai um e fuma, daí passa a vez, daí conversa e até voltar, é legal. Mas eu também não sou viciada. Às vezes todo mundo está fumando e eu não. Fico só conversando com eles, e está todo mundo fumando e eu não. E é assim.” **Margarida**

Em pesquisa realizada em três cidades brasileiras por Szklo *et al* em 2011⁴⁰, destacou-se o alto consumo de *narguilé* entre jovens. Os autores associam o aumento de consumo deste tipo de produto de tabaco a queda da prevalência de fumantes de cigarro industrializados observada nos últimos anos no Brasil e as estratégias da indústria do tabaco para se contrapor as ações de controle do tabaco vigentes nos países, buscando novos mercados de consumidores entre os jovens. Ressaltam ainda a importância de direcionar intervenções para prevenir a aceitação social desse produto e contradizer a crença de que ele não é nocivo.

Outra subcategoria levantada é a relação entre o uso do cigarro e a saúde. As adolescentes reconheceram que o uso do cigarro não traz benefício e demonstraram bom conhecimento acerca dos prejuízos que pode causar à saúde e a estética.

“Por causa que tem uma guria da minha sala que de tanto fumar está ficando com os dentes tudo podre.” **Dália**

“O cheiro né. Também dá câncer de pulmão...” **Íris**

“Por causa dos dentes também né. É isso aí. Como que vai passar batom com o dente amarelo?” **Jasmim**

“Isso é veneno também.” **Margarida**

A indução de consumo de drogas, entre elas o tabaco, pela mídia, associando a possibilidade de manutenção do padrão estético feminino de magreza, certamente tem impacto sobre adolescentes⁴¹. Entretanto, as próprias

adolescentes reconhecem ser importante a necessidade de destacar o impacto positivo de uma vida sem tabaco na saúde geral e na estética feminina, elencando, por exemplo, os efeitos do envelhecimento precoce pelo uso do cigarro, a importância de alimentação saudável para manter a massa corporal e a jovialidade, dentes mais brancos sem o uso de tabaco, maior disposição para atividades cotidianas, e maior saúde reprodutiva, como explorado por Matos *et al*⁴². Esta pesquisa evidenciou que fatores extrínsecos e intrínsecos influenciam na decisão das adolescentes do gênero feminino a não fumar, sendo que os aspectos intrínsecos da personalidade foram relatados nos discursos como importante fator de proteção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os discursos das adolescentes revelaram como importantes fatores extrínsecos ligados à autoridade paterna na prevenção ao uso de cigarros industrializados; a escola como cenário para ações promotoras, preventivas e de educação para a saúde; o fortalecimento de redes sociais mais saudáveis; a necessidade de maior vigilância e intervenção em estabelecimentos que vendem cigarros a adolescentes e a importância do cumprimento das leis vigentes no Brasil de proteção aos jovens. Importante enfatizar que as proibições de publicidade, promoção e patrocínio do cigarro devem incluir os pontos de vendas.

Os fatores intrínsecos considerados pelas adolescentes como primordiais para a prevenção foram o autocontrole e do autoconceito da adolescente. Foi citado ainda o uso de *narguilé*, embora sem o conhecimento de várias adolescentes que se trata de uma forma diferente de consumir tabaco e questões ligadas ao comprometimento da estética feminina com o uso de cigarros industrializados.

Desta maneira a análise crítica do discurso acentuou a hipótese de que as estratégias de enfrentamento à iniciação e uso de cigarros industrializados por adolescentes devem contemplar não só as dimensões do contexto onde ela vive – incluindo família, escola, amigos e comunidade – mas também a valorização e o reforço dos pontos fortes da personalidade que auxiliam a construir e fortalecer sua resiliência.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). The Tobacco Atlas. Fourth Edition. Completely Revised and updated. Published by the American Cancer Society, Inc. 250 Williams Street Atlanta, Georgia, USA. www.cancer.org. 2012.
2. Laranjeira R, Madruga C, Pinsky I, Caetano R, Ribeiro M, Mitsuhiro S. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD II)-Consumo de Álcool no Brasil: Tendências entre 2006/2012. INPAD, São Paulo Disponível em : http://inpadorgbr/wp-content/uploads/2013/04/LENAD_ALCOOL_Resultados-Preliminarespdf. Acesso em 01/04/2015.
3. World Health Organization (WHO). Inequalities young people's health: key findings from the Health Behaviour in School-aged Children (HSBC) 2005/2006 survey. Copenhagen: World Health Organization, 2008. Disponível em: www.who.int/tobacco/mpower Originally published on World NoTobacco Day. 2010. Acesso em 20/02/2014.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde Escolar - PeNSE 2012. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/2012/pense_2012.pdf. Acesso em 10/06/2014.
5. World Health Organization. Gender, women, and the tobacco epidemic, Geneva: 2008. Disponível em: http://www.who.int/tobacco/publications/gender/en_tfi_gender_women_summary_overview.pdf . Acesso em 20/02/2014.
6. Malta DC, Porto DL, Melo FCM, Monteiro RA, Sardinha LMV, Lessa BH. Família e proteção ao uso de tabaco, álcool e drogas em adolescentes, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. Rev Bras Epidemiol. 2011; 14(1): 166-77.

7. Paulilo MAS, Jeolás LS. Jovens, Drogas, Risco e Vulnerabilidade: Aproximações Teóricas. In: Prevenção ao Uso Indevido de Drogas. Secretaria de Estado da Educação do Paraná. Superintendência da Educação. Diretoria de Políticas e Programas Educacionais. Coordenação de Desafios Educacionais Contemporâneos. Curitiba: SEED/PR. 2008.
8. Schenker M, Minayo MCS. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Cienc. Saude Colet*. 2005; 10: 707-717.
9. Henry SL, Jammer LD, Whalen, CK. I (should) need a cigarette: Adolescent social anxiety and cigarette smoking. *Ann Behav Med* 2012; (43): 383-93.
10. Sousa S, Ramos E, Dias I, Barros H. Representações sociais do comportamento de fumar em adolescentes de 13 anos. *Rev Port Pneumol*, 2011; 17: 27-31.
11. Hallal ALC, Gotlieb SLD, Alemida, LM, Casado, L. Prevalência e fatores associados ao tabagismo em escolares da Região Sul do Brasil. *Rev Saude Publica* 2009; 43: 779-788.
12. Machado Neto AS, Andrade TM, Napoli C, Abdon, LCSL, Garcia MR, BASTOS FI. Determinantes da experimentação do cigarro e do início precoce do tabagismo entre adolescentes escolares em Salvador (BA). *J Bras Pneumol* 2010; 36: 674-682.
13. Seo D-C, HuangY. Systematic review of network analysis in adolescent cigarette smoking behavior. *J Sch Health* 2012; 82: 21-27.
14. Stramar LM, Kurtz M, Silva LCC. Prevalência e fatores associados ao tabagismo em estudantes de medicina de uma universidade em Passo Fundo (RS). *J Bras Pneumol* 2009; 35: 442-448.
15. Abreu MNS, Souza, CF, Caiaffa, WT. Tabagismo entre adolescentes e adultos jovens de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: influência do entorno familiar e grupo social. *Cad Saude Publica* 2011; 27: 935-943.
16. Brasil. Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico Brasília: Ministério da Saúde 2013. 136 p.
17. Xavier KR, Conchão S, Carneiro Junior N. Juventude e resiliência: uma experiência com jovens em situação de vulnerabilidade. *Rev Bras Cresc e Desenv Hum* 2011; 21: 140-45.
18. Hodder RK, Freund M, Wolfenden L, et al. Systematic review of universal school-based resilience interventions targeting adolescent tobacco, alcohol or illicit drug use: review protocol. *BMJ Open* 2014; 4:e004718. doi:10.1136/bmjopen-2013- 004718.

19. Horta BL, Calheiros P, Pinheiros RT et al. Smoking in urban adolescents in southern Brazil. *Rev Saude Publica* 2001; 35: 159-64.
20. Pesce et al. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cad Saude Publica* 2005; 21: 436-48
21. Westphal MF, Bógus CM, Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Bol Oficina Panam* 1996; 120: 472-81.
22. Fiorin JL. Elementos de análise do discurso. 10 ed. São Paulo: Contexto, 2001.
23. Resiliency Initiatives, Calgary, Alberta, Canada 2012 Disponível em: <<http://www.resil.ca/>>. Acesso em 02/10/2014.
24. Rothrauff TC, Cooney TM, An JS. Remembered parenting styles and adjustment in middle and late adulthood. *J Gerontology: Social Sciences* 2009. *64B (1)*: 137–146.
25. Thomas RE, Baker PRA, Lorenzetti, D. Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 1. Art. No.: CD004493. DOI:10.1002/14651858.CD004493.pub2.
26. Brasil. Presidência da República. Decreto no 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 dez. 2007. Seção 1, p. 2.* Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/849614/pg-2-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-06-12-2007/pdfView>. Acesso em 02/10/ 2014.
27. Hodder RK, Daly J, Freund M, Bowman J, Hazell T, Wiggers J. A school-based resilience intervention to decrease tobacco, alcohol and marijuana use in high school students. *BMC Public Health* 2011, 11: 722-732.
28. Wong MCS, Sun J, Lee A, Stewart D, Cheng FFK, Kan W et al. The impact of a newly designed resilience-enhancing programme on parent-and teacher-perceived resilience environment among Health Promoting Schools in Hong Kong. *J Epidemiol Community Health* 2009; 63:209–214.
29. Ivanovic MD, Castro GC, Ivanovic MR. Factores que inciden en el habito de fumar de escolares de educación basica y media del Chile. *Rev Saude Publica* 1997; 3: 30-43.
30. Lemos T. Ações e efeitos das drogas de abuso. In: *Prevenção ao Uso Indevido de Drogas*. Secretaria de Estado da Educação do Paraná. Superintendência da Educação. Diretoria de Políticas e Programas

Educacionais. Coordenação de Desafios Educacionais Contemporâneos. Curitiba: SEED/PR. 2008.54p.

31. World Health Organization - WHO. Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package. Geneva; 2008.
32. Brasil. Lei n.º 8.069 de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: http://www.prdu.unicamp.br/vivamais/ambiente_livre_de_tabaco/leisfederais.pdf . Acesso em 11/06/2012.
33. Brasil. Lei n.º 10.702 de 14 de julho de 2003. Altera a Lei n.º 9.294/96, proibindo a venda de produtos fumígenos derivados do tabaco a menores de 18 anos. Disponível em: http://www.prdu.unicamp.br/vivamais/ambiente_livre_de_tabaco/leisfederais.pdf. Acesso em 11/06/2014.
34. Roeseler A, Feighery EC, Cruz TB. Tobacco marketing in California and implications for the future. *Tob Control*. 2010. Doi: 10.1136/tc.2009.031963 .Acesso em 17/08/2012.
35. Arora M, Mathur N, Gupta VK et al. Tobacco use in Bollywood movies, tobacco promotional activities and their association with tobacco use among Indian adolescents. *Tob Control* 2012; 21: 482-487
36. Guedes RN, Fonseca RMGS. A autonomia como necessidade estruturante para o enfrentamento da violência de gênero. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45: 1731-1735.
37. Perfect MM, Jaramillo E. Relations Between Resiliency, Diabetes-Related Quality of Life, and Disease Markers to School-Related Outcomes in Adolescents With Diabetes. *School Psychol Quart* 2012, 27: 29–40.
38. Xavier KR, Conchão S, Carneiro Junior N. Juventude e resiliência: uma experiência com jovens em situação de vulnerabilidade. *Rev Bras Cresc e Desenv Hum* 2011; 21: 140-145.
39. Smorti M. Adolescents' struggle against bone cancer: an explorative study on optimistic expectations of the future, resiliency and coping strategies. *Eur Journal of Cancer Care* 2012, 21: 251–258.
40. Szko AS, Sampaio MMA, Fernandes EM, Almeida LM. Perfil de consumo de outros produtos de tabaco fumado entre estudantes de três cidades brasileiras: há motivo de preocupação? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 201; 27: 2271-2275.
41. Souza MRR, Oliveira JF, Nascimento ER, Carvalho ESS. Droga de corpo! Imagens e representações do corpo feminino em revistas brasileiras. *Rev Gaucha Enferm* 2013; 34: 62-69.

42. Matos MG, Gaspar T G, Vitória P, Clemente M P. Comportamentos e atitudes sobre o tabaco em adolescentes portugueses fumadores. *Psicologia, Saúde & Doenças* 2003; 4: 205-219.

CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE

Em relação aos objetivos propostos para esta tese, os resultados evidenciaram associação positiva entre alguns fatores intrínsecos e extrínsecos específicos do modelo de resiliência estudado e o uso de cigarros industrializados.

O artigo de revisão evidenciou que a resiliência pode ser empregada como abordagem em várias situações adversas que envolvem saúde, vivenciadas por adolescentes, com resultados positivos.

O segundo artigo identificou como importantes fatores intrínsecos para a prevenção ao uso de cigarros industrializados o autocontrole e autodisciplina. Destacou também os fatores extrínsecos, percebidos como fatores de risco para a experimentação ao uso de cigarros, o fato de ter amigos que fumam e a repetência escolar.

O discurso das adolescentes, explorado no terceiro artigo, aprofundou questões relacionadas ao papel do ambiente de vida na indução ou não do uso de cigarros industrializados. Foram citados fatores ligados à autoridade paterna; a escola como cenário para ações promotoras, preventivas e de educação para a saúde; o fortalecimento de redes sociais mais saudáveis; a necessidade de maior vigilância e intervenção em estabelecimentos que vendem cigarros a adolescentes e a importância do cumprimento das leis vigentes no Brasil de proteção aos jovens, com ênfase de que as proibições de publicidade, promoção e patrocínio do cigarro incluam os pontos de vendas.

Conclui-se, portanto, que o momento de construção da identidade vivida na adolescência é também quando seu perfil de resiliência é definido. Características individuais ligadas ao autocontrole e autodisciplina podem fazer

com que a adolescente seja movida por pressões externas (fatores extrínsecos), e a resposta ao uso do cigarro seja regulada por pressões internalizadas, ou mesmo incapacidade para conduzir a própria vida (fatores intrínsecos).

Nesta perspectiva, medidas multimodais de promoção da saúde, com ações desenvolvidas intersetorialmente, envolvendo o campo da saúde, educação, bem como com o suporte da família e da comunidade, precisam ser desenvolvidas com o objetivo de enfrentar a experimentação e uso de cigarros industrializados por este grupo específico.

Finalmente, esta tese pretende contribuir com a elaboração de Políticas Públicas voltadas para o fortalecimento do perfil de resiliência das adolescentes, que levem em consideração a especificidade dos fatores associados ao uso de cigarros industrializados.

REFERÊNCIAS GERAIS

ABREU, M. N. S.; SOUZA, C.F.; CAIAFFA, W.T. Tabagismo entre adolescentes e adultos jovens de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: influência do entorno familiar e grupo social. **Cad Saude Publica**, v. 27, n.5, p. 935-943, 2011.

AMOS, A.; GREAVES, L.; NICHTERET, A.L. Women and Tobacco: a call for including gender in tobacco control research, policy and practice. **Tob Control**, p.236-243, 2012.

ANGST, R. Psicologia e resiliência: Uma revisão de literatura. **Psicol Argum**, v.27, n. 58, p.253-260, 2009.

ARORA, M. et al. Tobacco use in Bollywood movies, tobacco promotional activities and their association with tobacco use among Indian adolescents. **Tob Control**, v.21, p. 482-487, 2012.

ATKINS, E.; COLVILLE, G.; JOHNA, M. A 'biopsychosocial' model for recovery: A grounded theory study of families' journeys after a Paediatric Intensive Care Admission. **Intensive Crit Care Nurs**, v.28, p.133—140, 2012.

BAKER, S.R. et al. Coping Strategies and Social Support in the Family Impact of Cleft Lip and Palate and Parents' Adjustment and Psychological Distress. **Cleft Palate -Cran J**, v. 4 p. 229-236, 2009.

BARNOYA, J.; MEJIA, R.; SZEINMAN, D. et al. . Tobacco point-of-sale advertising in Guatemala City, Guatemala and Buenos Aires, Argentina. **Tob Control**. v.19, n.4, p. 338- 41, 2010.

BARREIRA, D. D.; NAKAMURA, A.P. Resiliência e a auto-eficácia percebida: Articulação entre conceitos. **Aletheia**, v. 23, p.75-80, 2006.

BARRETO, A.C.M.; SANTOS, R.S. A vulnerabilidade da adolescente às DST. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 3, n.4, p. 809-816, 2009.

BENZIES, K.; MYCHASIUK, R. Promover a resiliência familiar: Uma revisão dos principais fatores de proteção. **Child & Family**, v.14, p. 103-114, 2009.

BETANCOURT, T. S et al. Research Review: Psychosocial adjustment and mental health in former child soldiers – a systematic review of the literature and recommendations for future research. **J Child Psychol Psychiatry**, v. 54, n.1, p. 17–36, 2013.

BIANCHINI, D. C. S.; DELL'AGLIO, D. D. Processos de resiliência no contexto de hospitalização: Um estudo de caso. **Paidéia**, v.16, n. 35, p. 427-436, 2006.

BORGES, M. T. T.; BARBOSA, R. H. S. As marcas de gênero no fumar feminino: uma aproximação sociológica do tabagismo em mulheres. **Cien Saude Colet**, p. 1129-139, 2009.

BRANDÃO, J.M.; MAHFOUD, M.; GIANORDOLI-NASCIMENTO, I. F. A. Construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. **Paidéia** (Ribeirão Preto), p. 263-271, 2011.

BRASIL. **Lei n.º 10.702, de 14 de julho de 2003**. Altera a Lei n.º 9.294/96, proibindo a venda de produtos fumígenos derivados do tabaco a menores de 18 anos. 2003.

_____. **Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990** – Estatuto da Criança e do Adolescente. 1990

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde**. Brasília, 2010

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas de promoção da saúde**. Brasília; 2002.

_____. **Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico** Brasília: Ministério da Saúde, 2013, 136p.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 5 dez 2007.

BRASSAI, L.; PIKO, B. F.; STEGER, M. F. Meaning in Life: Is It a Protective Factor for Adolescents' Psychological Health? **Int J Behav Med**, p. 44–51, 2011.

BRODY, G. H. et al. Is Resilience Only Skin Deep? Rural African Americans' Socioeconomic Status–Related Risk and Competence in Preadolescence and Psychological Adjustment and Allostatic Load at Age 19. **Psychological Science**, p. 1285-1293, 2013.

BUREAU, J.S. et al. Self-Determination: A buffer against suicide ideation. *Journal of the American Association of Suicidology*. **Suicide Life Threat Behav**, p. 377-93, 2012.

CALDEIRA DOS SANTOS, M. S. et al. Resiliência em adolescentes que sofrem de doenças não transmissíveis: um estudo transversal. *OBJN Online* **Braz J Nurs** , 2013.

CARNEIRO FILHO. Tríplice Fronteira Brasil-Argentina-Paraguai: Transfronteirização através do crime. **Relações Internacionais no Mundo Atual**. v.2, n. 16, p. 85-101. 2012

CARVALHO, F. T. et al. Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. **Cad Saude Publica**, v.23, n.9, p.2023-2033, 2007.

CHIOLERO, A. et al. Clustering of risk behaviors with cigarette consumption: A population-based survey. **Prev Med**, v.42, n.5, p. 348-53, May, 2006.

CHOU, L. N.; HUNTER, A. Factors affecting quality of life in Taiwanese survivors of childhood cancer. **J Adv Nurs**, v. 65, n.10, p.2131- 2141, 2009.

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID). 10ª revisão. 2008. Disponível em: <http://www.medicinanet.com.br/cid10/c.htm>. Acesso em 10/04/2014.

CORTÉS, B. G. M.; CRUZ, L.P. Resiliencia: ¿Es posible medir la e influir em ella? **Salud Mental**, v.34, p. 237-246, 2011.

EBERSÖHN, L.; FERREIRA, R. Coping in an HIV/AIDS-dominated context: teachers promoting resilience in schools. **Health Educ Res**, v. 26, n.4, p. 596–613, 2011.

EGGERMANN, M.; PANTER-TIJOLO, C. Suffering, hope, and entrapment: resilience and cultural values in Afghanistan. **Soc Med Sci**, v.71 p. 71-83, 2010.

ERIKSEN, M.; MACKAY, J.; ROSS, H. **Tobacco Atlas**. 4ª edição. Atlanta, American Cancer Society, 2012.

FAGGIANO, F. et al. School-based prevention for illicit drugs' use. **Cochrane Database Syst Rev**, (2):CD003020, 2005.

FAJARDO, I.N.; MINAYO, M. C. S.; MOREIRA, C.O.F. Resiliência e prática escolar: uma revisão crítica. **Educ Soc**, v. 34 n.122, p. 213-224, 2013.

FARIA, E. **Dicionário escolar latino-português**. 4a ed. Rio de Janeiro: Departamento Nacional de Educação/Ministério da Educação e Cultura, 1967.

FIORIN, J. L. **Elementos de análise do discurso**. 10. Edição. São Paulo: Contexto, 2001.

FONSECA, A. C.; SIMÕES, M. C. T. Os malefícios do tabaco na infância e na adolescência, **Rev Port Pedag**, v.44, n.1, p. 217-236, 2010.

FONSECA, F.F.; SENA, R.K.R.; ROCKY SANTOS, L.A. et al.. The vulnerabilities in childhood and adolescence and the Brazilian public policy intervention. **Rev Paul Pediatr**; v. 31, n.2, p. 258-264, 2013.

GELKOPF, M.; BERGER, R. A school-based, teacher-mediated prevention program (ERASE-Stress) for reducing terrorrelated traumatic reactions in Israeli youth: a quasi-randomized controlled trial. **J Child Psychol Psychiatry**, v. 50, n.8, p. 962–971, 2009.

GINSBURG, K. R.; CARLSON, E. C. Resilience in action: an evidence-informed, theoretically driven approach to building strengths in an office-based setting. **Adolesc Med State Art Rev**, v. 22, n. 3, p. 458-481, 2011.

GIOVINO, G. A. **Vigilância e avaliação do tabaco**: Uma atualização. In: Global Tobacco Control: Learning from the Experts. (Course online). School of Public

Health and Health Professions. Johns Hopkins Bloomberg Scholl of Public Health, 2014.

GREEFF, A. P.; VANSTEENWEGEN, A.; GILLARD, J. Resilience in families living with a child with a physical disability. **Rehabil Nurs**, v. 37. n.3, p. 97-104, 2012.

GUEDES, R.N.; FONSECA, R. M. G. S. A autonomia como necessidade estruturante para o enfrentamento da violência de gênero. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, p. 1731-1735, 2011.

HALLAL, A. L. C. et al. Prevalência e fatores associados ao tabagismo em escolares da Região Sul do Brasil. **Rev Saude Publica**, v. 43, p.779-788, 2009.

HENRY, S.L.; JAMMER, L.D.; WHALEN, C.K. I (should) need a cigarette: Adolescent social anxiety and cigarette smoking. **Ann Behav Med**, v. 43, p.383-93, 2012.

HODDER, R. K. et al. A school-based resilience intervention to decrease tobacco, alcohol and marijuana use in high school students. **BMC Public Health**, v. 11, p. 722-732, 2011.

HODDER, R.K. et al. Systematic review of universal school-based resilience interventions targeting adolescent tobacco, alcohol or illicit drug use: review protocol. **BMJ Open**; 4:e004718. doi:10.1136/bmjopen-2013-004718. 2014.

HORTA, B. L. et al. Tabagismo em adolescentes de área urbana na região Sul do Brasil. **Rev Saude Publica**, v. 35, n.2, p. 159-64, 2001.

HORTA, R. L. et al. Tabaco, álcool e outras drogas entre adolescentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: uma perspectiva de gênero. **Cad Saude Publica**, v. 23, n. 4, p.775-83, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa nacional de saúde escolar – PeNSE**: 2012. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

Disponível em:

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/2012/pense_2012.pdf
Acesso 10/06/2014.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **"Por que aprovar a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco?"** Organização Mundial da Saúde (OMS). Disponível em: <<http://www.who.int/tobacco/framework/en/index.html>. Acesso em: 23/03/mar. 2014.

_____. Jovem / Mulher e Tabaco. Brasília, DF; 2009?-. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/publications/gender/en_tfi_gender_women_summary_overview.pdf >. Acesso 23/03/mar. 2014.

_____. **Tabagismo**: um grave problema de saúde pública. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em:

http://www.opas.org.br/coletiva/UploadArq/Tabagismo_grave_problema.pdf. Acesso em 01/02/2014

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER/ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Pesquisa Especial de Tabagismo - PETab**: Relatório Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

ISHIBASHI, A. et al. How to Improve Resilience in Adolescents with Cancer in Japan. **J Pediatric Oncology Nurs**, v.27, n.2, p.73–79, 2010.

IVANOVIC, M. D.; CASTRO, G.C.; IVANOVIC, M. R. Factores que inciden en el habito de fumar de escolares de educación basica y media del Chile. **Rev Saude Publica**, v. 31, n.1, p. 30-43, 1997.

JATEGAONKAR, N. **As mulheres e o tabaco**. In: Global Tobacco Control: Learning from the Experts (Course online). School of Public Health and Health Professions. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2014.

JINEZ, M. L. J.; SOUZA, J. R. M.; PILLON, S.C. Uso de drogas e fatores de risco entre estudantes de ensino médio. **Rev Latino-Am Enferm**, v. 17, n.2, s.p, 2009.

KUBICEK, K. et al. “It’s Like Our Own Little World”: Resilience as a Factor in Participating in the Ballroom Community Subculture. **AIDS Behav**, v. 17, p.1524–1539, 2013.

KYAW, M.T. A study os self-reliance, attachment and psychosocial adjustment during late adolescence. **Educ Res J** , v. 1, n 1, p. 153-64, 2009.

LARANJEIRA, R. et al. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD II)—Consumo de Álcool no Brasil: Tendências entre 2006/2012. **INPAD**, São Paulo. Available in: http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2013/04/LENAD_ALCOOL_Resultados-Preliminares.pdf. Acesso em 29/03/ 2015.

LASMAR, M. M. O.; RONZANI, T. M. Qualidade de vida e resiliência: uma interface com a promoção da saúde. **Rev APS** (Juiz de Fora), v. 12, n. 3, p. 339-350, 2009.

LEMOS T. **Ações e efeitos das drogas de abuso**. In: **Prevenção ao Uso Indevido de Drogas**. Secretaria de Estado da Educação do Paraná. Curitiba, SEED/PR, 54 p, 2008.

LEVE, L. D.; FISHER, P. A.; CHAMBERLAIN, P. Multidimensional Treatment Foster Care as a Preventive Intervention to Promote Resiliency Among Youth in the Child Welfare System. **J Pers**, 77(6), 1869–1902, 2009.

LION, E. A. V. Tabagismo e Saúde Feminina. **Aliança de Controle do Tabagismo. 2009** Disponível em: http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/213_TABAGISMO_E_SAUDE_FEMININA_FINAL.pdf. Acesso em 15/09/2014.

LUTHAR, S.S. Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In: CICCETTI, D. & COHEN, D.J. **Dev Psychopathol**: Risk, disorder and adaptation:New York, p. 739-795, 2006.

MACHADO NETO, A.S.; ANDRADE, T.M.; NAPOLI, C. et al. Determinantes da experimentação do cigarro e do início precoce do tabagismo entre adolescentes escolares em Salvador (BA). **J Bras Pneumol**, v. 36, p. 674-82, 2010.

MALCON, M. C et al. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes na América do Sul: uma revisão sistemática da literatura. Washington, D.C: Pan American Health Organization /**Pan Am J Public Health**, v. 13, n. 4, p. 222-228, 2003.

MALTA, D.C. et al. Família e proteção ao uso de tabaco, álcool e drogas em adolescentes, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. **Rev Bras Epidemiol**, v. 14, n 1, p.166-77, 2011.

MASTEN; A. S. Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. **Dev Psychopathol**, v. 19, n. 03, p. 921-930, 2007.

MATOS, M. G.et al. Comportamentos e atitudes sobre o tabaco em adolescentes portugueses fumadores. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 4, n.2, p. 205-219, 2003.

McNAMARA, P. M. Adolescent suicide in Australia: Rates, risk and resilience. **Clin Child Psychol Psychiatry**, v. 18, n. 3, p. 351-369, 2013

MISTRY, R. et al. Resilience and patterns of health risk behaviors in California adolescents. **Prev Med**, v. 48, n. 3, p. 291–297, 2009.

MORENO, R. S.; VENTURA, R.N.; BRETRAS, J. R. S. O uso de álcool e tabaco por adolescentes do município de Embu, São Paulo, Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, p. 969-77, 2010.

MOYSÉS, S. T.; BELTRÃO, C. R.; PECHARKI, G. Famílias com Adolescentes. In: MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J.; (coordenadores). **Saúde Bucal das Famílias/Trabalhando com Evidências**. São Paulo: Artes Médicas, p. 223-229. 2008.

NORONHA, M. G. R. C. S. et al. Resiliência: nova perspectiva na Promoção da Saúde da Família? **Cienc Saude Colet**, v. 14, n. 02, p. 497-506, 2009.

OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS (OBID). **Informações sobre Drogas – Histórico e Definições**. Disponível em: http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11287&rastr=INFORMA%C3%87%C3%95ES+SOBRE+DROGAS%2FTipos+de+drogas/Tabaco#historico. Acesso em 08/09/2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Inequalities young people's health: key findings from the Health Behaviourin School-aged Children (HBSC) 2005/2006 survey. Copenhagen: World Health Organization, 2008. Disponível em: www.who.int/tobacco/mpower Originally published on World **No Tobacco Day**. 2010. Acesso em 20/02/2014.

_____. **Relatório da OMS sobre a epidemia global do tabaco, 2008: o pacote MPOWER**. Genebra. Disponível em: http://www.who.int/tobacco/mpower/gtcr_download/en/index.html. Acesso em 08/09/2014.

PAULILO, M. A. S.; JEOLÁS, L. S. **Jovens, Drogas, Risco e Vulnerabilidade: Aproximações Teóricas**. In: **Prevenção ao Uso Indevido de Drogas**. Secretaria de Estado da Educação do Paraná. Superintendência da Educação. Diretoria de Políticas e Programas Educacionais. Coordenação de Desafios Educacionais Contemporâneos. Curitiba: SEED/PR. p.54, 2008.

PERFECT, M. M.; JARAMILLO, E. Relations Between Resiliency, Diabetes-Related Quality of Life, and Disease Markers to School-Related Outcomes in Adolescents With Diabetes. **School Psychol Quart**; v. 27, n. 1, p. 29–40, 2012.

PESCE, R. P. et al. R. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. **Cad Saude Publica**:Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 436-448, 2005.

PITZER, L.M.; FINGERMAN. Psychosocial Resources and Associations Between Childhood Physical Abuse and Adult Well-being. Oxford **University Press** on behalf of The Gerontological Society of America. p. 425-33, 2010.

POLETTI, M.; KOLLER, S. H. Resiliência: uma perspectiva conceitual e histórica. In: AGLIO, D. D. D, KOLLER, S. H; YUNES, M. A. M. **Resiliência e Psicologia Positiva: Interfaces do Risco à Proteção**. São Paulo: Casa do psicólogo, p. 19-44, 2006.

QUEDLEY, M.; SAPRE, N.; BLAKISTON, M. et al. In sight, in mind: Retailer compliance with legislation on limiting retail tobacco displays. **Nicotine Tob Res**. v. 10, n. 8, p.1347-54, 2008.

PUSKAR, K. R. et al. Self-esteem and optimism in rural youth: Gender differences. **Contemp Nurse**, v. 34, n. 2, p. 190–198, 2010.

RESILIENCY INITIATIVES, Calgary, Alberta, Canada. 2012. Disponível em: <http://www.resil.ca/>. Acesso em 17/08/2012.

ROESELER, A.; FEIGHERY, E.C.; CRUZ, T.B. Tobacco marketing in California and implications for the future. **Tob Control**, 2010. Doi: 10.1136/tc.2009.031963. Acesso em 17/08/2012.

ROTHRAUFF, T.C.; COONEY, T. M. Remembered parenting styles and adjustment in middle and late adulthood. **J Gerontology: Social Sciences**, v. 64B, n. 1, p. 137–146, 2009.

SANDELOWSKI, M; BARROSO, J.; Sandbar. Digital Library Project. Qualitative metasummary method. Chapel Hill: University of North Carolina at Chapel Hill School of Nursing; 2004. Disponível em: <http://sonweb.unc.edu/sandbar/index.cfm?fuseaction=about#> Acesso em 02/03/ 2014.

SARAIVA, F. R. S. **Novíssimo dicionário latino-português**. 11a ed. Rio de Janeiro: Livraria Garnier; 2000.

SCARINCI, I.C. et al. Prevalência do uso de produtos derivados do tabaco e fatores associados em mulheres no Paraná, Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 28, n. 8, p.1450-1458, 2012.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Cienc Saude Colet**, v. 10, n. 3, p. 707-717, 2005.

SEO, D. C.; HUANG, Y. Systematic review of network analysis in adolescent cigarette smoking behavior. **J Sch Health**, v. 82, p. 21-27, 2012.

SILVA, C. P.; VOIGT, C.L.; CAMPOS, S.X. Determinação de íons metálicos em cigarros contrabandeados no Brasil. **Rev. Virtual Quim**, v.6, n.5, p. 1249-1259, 2014

SILVA, M. P.; SILVA, R. M. V. G.; BOTELHO, C. Fatores associados à experimentação do cigarro em adolescentes. **J Bras Pneumol**, v. 34, p. 927-35, 2008.

SMORTI, M. Adolescents' struggle against bone cancer: an explorative study on optimistic expectations of the future, resiliency and coping strategies. **Eur J Cancer Care**, v.21, p. 251–258, 2012.

SOUSA, S.; RAMOS E; DIAS,I. et al. Representações sociais do comportamento de fumar em adolescentes de 13 anos. **Rev Port Pneumol**, v. 17, n. 1, p. 27-31, 2011.

SOUZA, M. R. R. et al. Droga de corpo! Imagens e representações do corpo feminino em revistas brasileiras. **Rev Gaucha Enferm**, v. 34, n. 2, p. 62-69, 2013.

SPRING, B.; MOLLER, A. C.; COONS, M. J. Multiple health behaviours: overview and implications. **J Public Health**, v. 34, n.1, p.3-10. Mar 2012.

STODDARD, S. A. et al. The Relationship Between Cumulative Risk and Promotive Factors and Violent Behavior Among Urban Adolescents. **Am J Community Psychol**, v. 5, p. 57–65, 2013.

STRAMAR, L.M.; KURTZ, M.; SILVA, L. C. C. Prevalência e fatores associados ao tabagismo em estudantes de medicina de uma universidade em Passo Fundo (RS). **J Bras Pneumol**, v. 35, p. 442-48, 2009.

SUTHERLAND, J. A et al. Women in Substance Abuse Recovery. Measures of resilience and Self- Differentiation, **Western J Nurs Res**, v. 31, n.7, p.905-922, 2009.

SZKO, A. S. et al. Perfil de consumo de outros produtos de tabaco fumado entre estudantes de três cidades brasileiras: há motivo de preocupação? **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2271-2275, 2011.

TAVARES, B. F.; BERIA, J. U.; LIMA, M. S. de. Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v. 38, n. 6, 2004.

THOMAS, R. E.; BAKER, P. R. A.; LORENZETTI, D. Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v.1 2007. DOI:10.1002/14651858.CD004493.pub2

THOMAS, R.E.; McLELLAN, J.; PERERA, R. School-based programmes for preventing smoking. **Cochrane Database Syst Reviews**, v. 4, 2013 CD001293.
TIMOSHEIBO, S.P. **History of strength of materials**. Mineola, New York: Dover Publications, 1983.

TOL, W. A.; SONG, S.; JORDANS, M. J. D. Annual Research Review: Resilience and mental health in children and adolescents living in areas of armed conflict – a systematic review of findings in low- and middle-income countries. **J Child Psychol Psychiatry**, v. 54, n.4, p.445–546, 2013.

UNGAR, M. Resilience after maltreatment: The importance of social services as facilitators of positive adaptation. **Child Abuse & Neglect**, v. 37, n.2, p.110–151, 2013.

VITÓRIA, P. D.; SILVA, A. S.; VRIES, H.D. Avaliação longitudinal de programa de prevenção do tabagismo para adolescentes. **Rev Saude Publica**, v.45, n. 2, p.343-54, 2011.

WELCH, V. et al. PRISMA - Equity 2012 Extension: Reporting Guidelines for Systematic Reviews with a Focus on Health Equity. **Rev Panam Salud Publica**, v. 34, n. 1, p.60-67, 2013. doi:10.1371/journal.pmed.1001333.

WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C.M.; FARIA, M. M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Bol Oficina Panam**, v. 120, n. 6, p. 472-81, 1996

WIEFFERINK, C. H.; PETERS, L.; HOEKSTRA, F. et al. Clustering of health-related behaviors and their determinants: possible consequences for school health interventions. **PrevSci**, v. 7, n. 2, p. 127-149, Jun, 2006.

WONG, M. C. S. et al. The impact of a newly designed resilience-enhancing programme on parent- and teacher-perceived resilience environment among Health Promoting Schools in Hong Kong. **J Epidemiol Community Health**, v. 63, p. 209–214, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Framework Convention on Tobacco Control, Art. 13, parágrafo. 2. Geneva:2003.

_____ Gender, women, and the tobacco epidemic. Geneva; 2008.

Disponível em:

http://www.who.int/tobacco/publications/gender/en_tfi_gender_women_summary_overview.pdf . Acesso em 20/02/2014.

XAVIER, K. R.; CONCHÃO, S.; CARNEIRO JUNIOR, N. Juventude e resiliência: uma experiência com jovens em situação de vulnerabilidade. **Rev Bras Cresc e Desenv Hum**, v. 21, n.1, p.140-145, 2011.

ZIMMERMAN, M. A. Resiliency Theory: A Strengths-Based Approach to Research and Practice for Adolescent Health. **Health Educ Behav**, v. 40, n. 4, p.381–383, 2013.

ZOLKOSKI, S. M.; BULLOCK, L.M. Resilience in children and youth: A review. **Child Youth Serv Rev**, v. 34, n.12, p.2295-2303, 2012.

ANEXOS

Anexo A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
Núcleo de Bioética
Comitê de Ética em Pesquisa
Ciência com Consciência

PARECER CONSUBSTANCIADO DE PROTOCOLO DE PESQUISA

Parecer Nº **0005194/11**

Protocolo CEP Nº **6188**

Título do projeto: **RESILIÊNCIA JUVENIL: FATOR DE PROTEÇÃO AO TABAGISMO FEMININO**

Grupo

Versão 2

Protocolo CONEP **0221.0.084.000-11**

Pesquisador responsável **EDENY APARECIDA TERRA LOYOLA**

Instituição **Curitiba - Pr**

Objetivos

OBJETIVO(S) GERAL(ES)

Construir um programa de prevenção ao uso do tabaco por adolescentes, do sexo feminino na faixa etária de 12 a 14 anos, com base na percepção de adolescentes resilientes no contexto da escola.

OBJETIVO(S) ESPECÍFICO(S)

- Analisar comparativamente o uso de tabaco em meninas de 12 a 14 anos, entre as capitais dos Estados do Brasil e Curitiba, em banco de dados de acesso ao público e elaborado pelo Ministério da Saúde.
- Comparar dados sobre o perfil de tabagismo na família e a adolescente e a percepção dos pais sobre tabagismo da filha, entre as capitais dos Estados do Brasil e Curitiba, em banco de dados de acesso ao público e elaborado pelo Ministério da Saúde.
- Mensurar o potencial de resiliência das adolescentes em escolas da rede pública em Curitiba.
- Identificar e quantificar o uso de tabaco pelas adolescentes em escolas da rede pública em Curitiba;
- Analisar a associação entre o perfil sócio-demográfico, potencial de resiliência e uso de tabaco pelas adolescentes em escolas da rede pública em Curitiba;
- Identificar adolescentes com alto potencial de resiliência em escolas da rede pública em Curitiba;
- Identificar e analisar estratégias de intervenção ampliada às adolescentes para controle de tabagismo, por meio da percepção de adolescentes resilientes.

Comentários e considerações

Este estudo é caracterizado por três etapas distintas. A etapa preparatória do estudo visa uma análise comparativa entre a população de adolescentes e será realizado por meio de análise em bancos de dados de acesso ao público.

A segunda etapa do estudo contará com uma amostra composta por 500 adolescentes na faixa etária de 12 a 14 anos, informações tais como idade, estrutura e renda familiar, bem como o perfil de tabagismo das adolescentes e suas famílias serão obtidas por meio de questionário auto-aplicável, com base no questionário utilizado por Florbela et al. (2001).

Na terceira fase, serão conduzidos 4 grupos focais com 12 adolescentes em cada grupo. Participarão adolescentes com alto potencial de resiliência, entre as adolescentes não fumantes e as que experimentaram e cessaram o uso.

A pesquisa apresenta a seguinte relação risco/benefício:

Benefício: são relacionados a um melhor conhecimento a respeito dos males provocados pelo uso do tabaco na população adolescente da Escola no sentido de prevenção ao hábito de fumar, ou seja, um alerta para o seu não uso. A partir dos resultados encontrados na pesquisa, as adolescentes poderão participar de ações de prevenção ao uso de tabagismo mais efetivas. **Riscos:** os riscos ou desconfortos decorrentes do estudo se relacionam a possível inibição da adolescente em responder as perguntas ou participar dos grupos de discussão. Caso isso ocorra, terão liberdade de se desligarem a qualquer momento ou fase da pesquisa, sem sofrerem nenhum dano ou constrangimento.

Termo de consentimento livre e esclarecido e/ou Termo de compromisso para uso de dados.

Presente e corrigido de acordo com as nomenclaturas técnicas da primeira versão

Conclusões

Aprovado:

Devido ao exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR, de acordo com as exigências das Resoluções Nacionais 196/96 e demais relacionadas a pesquisas envolvendo seres humanos, em reunião realizada no dia: **27/07/2011**, manifestou-se por considerar o projeto **Aprovado**.



Anexo B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da University of Alabama at Birmingham

UAB		Project Revision/Amendment Form		irb
Form version: October 26, 2010				
<p><i>In MS Word, click in the white boxes and type your text; double-click checkboxes to check/uncheck.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Federal regulations require IRB approval before implementing proposed changes. See Section 14 of the IRB Guidebook for investigators for additional information. Change means any change, in content or form, to the protocol, consent form, or any supportive materials (such as the Investigator's Brochure, questionnaires, surveys, advertisements, etc.). See Item 4 for more examples. 				
1. Today's Date		10-31-11		
2. Principal Investigator (PI)				
Name (with degree)		Isabel C. Scarinci		Blazer ID
Department		Medicine		Division (if applicable)
Office Address		MT 609		Office Phone
E-mail		scarinci@uab.edu		Fax Number
				Preventive Medicine
				975-7177
				934-7950
Contact person who should receive copies of IRB correspondence (Optional)				
Name		E-Mail		
Phone		Fax Number		
		Office Address (if different from PI)		
3. UAB IRB Protocol Identification				
3.a. Protocol Number		X070913006		
3.b. Protocol Title		<i>Network for Tobacco Control Among Women in Paraná, Brazil (Rede Paranaense para Controle do Tabagismo entre Mulheres)</i>		
3.c. Current Status of Protocol—Check ONE box at left; provide numbers and dates where applicable				
<input type="checkbox"/>	Study has not yet begun	No participants, data, or specimens have been entered.		
<input checked="" type="checkbox"/>	In progress, open to accrual	Number of participants, data, or specimens entered: 2,333		
<input type="checkbox"/>	Enrollment temporarily suspended by sponsor			
<input type="checkbox"/>	Closed to accrual, but procedures continue as defined in the protocol (therapy, intervention, follow-up visits, etc.)			
	Date closed:	Number of participants receiving Interventions:		
		Number of participants in long-term follow-up only:		
<input type="checkbox"/>	Closed to accrual, and only data analysis continues			
	Date closed:	Total number of participants entered:		
4. Types of Change				
Check all types of change that apply, and describe the changes in Item 5.c. or 5.d. as applicable. To help avoid delay in IRB review, please ensure that you provide the required materials and/or information for each type of change checked.				
<input type="checkbox"/>	Protocol revision (change in the IRB-approved protocol) In Item 5.c., if applicable, provide sponsor's protocol version number, amendment number, update number, etc.			
<input checked="" type="checkbox"/>	Protocol amendment (addition to the IRB-approved protocol) In Item 5.c., if applicable, provide funding application document from sponsor, as well as sponsor's protocol version number, amendment number, update number, etc.			
<input checked="" type="checkbox"/>	Add or remove personnel In Item 5.c., include name, title/degree, department/division, institutional affiliation, and role(s) in research, and address whether new personnel have any conflict of interest. See "Change in Principal Investigator" in the IRB Guidebook if the principal investigator is being changed.			
	— Add graduate student(s) or postdoctoral fellow(s) working toward thesis, dissertation, or publication In Item 5.c., (a) identify these individuals by name; (b) provide the working title of the thesis, dissertation, or publication; and (c) indicate whether or not the student's analysis differs in any way from the purpose of the research described in the IRB-approved HSP (e.g., a secondary analysis of data obtained under this HSP)			
<input type="checkbox"/>	Change in source of funding; change or add funding In Item 5.c., describe the change or addition in detail. Include the applicable OGCA tracking number(s), and provide a copy of the application as funded (or as submitted to the sponsor if pending). Note that some changes in funding may require a new IRB application.			

<input type="checkbox"/>	Add or remove performance sites In Item 5.c., identify the site and location, and describe the research-related procedures performed there. If adding site(s), attach notification of permission or IRB approval to perform research there. Also include copy of subcontract, if applicable. If this protocol includes acting as the Coordinating Center for a study, attach IRB approval from any non-UAB site added.
<input type="checkbox"/>	Add or change a genetic component or storage of samples and/or data component—this could include data submissions for Genome-Wide Association Studies (GWAS) To assist you in revising or preparing your submission, please see the IRB Guidebook for Investigators or call the IRB office at 934-3789.
<input type="checkbox"/>	Suspend, re-open, or permanently close protocol to accrual of individuals, data, or samples (IRB approval to remain active) In Item 5.c., indicate the action, provide applicable dates and reasons for action; attach supporting documentation.
<input type="checkbox"/>	Report being forwarded to IRB (e.g., DSMB, sponsor or other monitor) In Item 5.c., include date and source of report, summarize findings, and indicate any recommendations.
<input type="checkbox"/>	Revise or amend consent, assent form(s) Complete Item 5.d.
<input checked="" type="checkbox"/>	Addendum (new) consent form Complete Item 5.d.
<input type="checkbox"/>	Add or revise recruitment materials Complete Item 5.d.
<input type="checkbox"/>	Other (e.g., investigator brochure) Indicate the type of change in the space below, and provide details in Item 5.c. or 5.d. as applicable. Include a copy of all affected documents, with revisions highlighted as applicable.

5. Description and Rationale
In Item 5.a. and 5.b, check Yes or No and see instructions for Yes responses.
In Item 5.c. and 5.d, describe—and explain the reason for—the change(s) noted in Item 4.

<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No	5.a. Are any of the participants enrolled as normal, healthy controls? If yes, describe in detail in Item 5.c. how this change will affect those participants.
<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	5.b. Does the change affect subject participation, such as procedures, risks, costs, location of services, etc.? If yes, FAP-designated units complete a FAP submission and send to fap@uab.edu . Identify the FAP-designated unit in Item 5.c. For more details on the UAB FAP, see www.uab.edu/cfo .

5.c. Protocol Changes: In the space below, briefly describe—and explain the reason for—all change(s) to the protocol.

▶ *As documented in the initial IRB submission, this is a Community-Based Participatory Research project in which the community decides what to do it, how to do it, etc. The community is represented by the Network members who represent different segments of the society and geographic areas across the state. One of the priorities identified by the network was an epidemiological survey to determine prevalence of smoking in the seven participating towns across the state. This component was approved by the IRB, and the survey was administered to 2,153 women. Based on the results, network members determined smoking prevention was one of the priorities for intervention. As part of a recent amendment, we requested IRB approval to conduct focus groups with girls between the ages of 12 and 14, parents, and teachers (which have been concluded and we are in the process of data analysis). This amendment requests approval to administer a quantitative questionnaire to assess resilience among girls between the ages of 12 and 14. Based on these findings and the findings of the focus groups, we will develop an intervention to promote smoking initiation prevention among girls between the ages of 12 and 14 within the public school system in Curitiba, PR.*

▶ *METHODOLOGY: Self-administered questionnaire to girls between the ages of 12 and 14. We plan to approach the girls in the classroom and if they are interested in participating, they will be asked to take the consent form home for parental consent. Once consent is obtained, girls will be administered the questionnaire. We plan to enroll (325) participants. Added 5 IRB*

▶ *We also ask permission to waive the witness signature since the investigator will not be present while parents sign the consent form at home.*

▶ *This amendment is under review by the IRB at Pontificia Universidade Católica do Paraná. All documents have been developed in Portuguese. The English versions are only used for IRB purposes. We*

have included the following attachments:

- ▶ Questionnaire (English and Portuguese versions)
- ▶ Consent forms (English and Portuguese versions)

▶ Through this amendment we are also asking the inclusion of Edeny Loyola to the protocol. She is a graduate student at Pontificia Universidade Católica do Paraná under the supervision of Dr. Moysés (Co-Investigator). She is also a scholar in this project where she is acquiring knowledge and skills in tobacco control research. She designed this component of the research and she will be responsible for data collection and analysis. She has gone through the IRB training at Pontificia Universidade Católica do Paraná.

5.d. Consent and Recruitment Changes: In the space below,

- (a) describe all changes to IRB-approved forms or recruitment materials and the reasons for them;
- (b) describe the reasons for the addition of any materials (e.g., addendum consent, recruitment); and
- (c) indicate either how and when you will re-consent enrolled participants or why re-consenting is not necessary (not applicable for recruitment materials).

Also, indicate the number of forms changed or added. For new forms, provide 1 copy. For revised documents, provide 3 copies:

- a copy of the currently approved document (showing the IRB approval stamp, if applicable)
- a revised copy highlighting all proposed changes with "tracked" changes
- a revised copy for the IRB approval stamp.

▶ As described above, we have not changed any of the existing consent forms. The attached consent forms are new and were developed specifically for this component of the research. All the individuals approached for this component will be "new" research participants, and there will be no overlap with participants who already consented for the other components of the study (i.e., network partners, women working in tobacco farming, door-to-door epidemiological survey, girls who participated in the focus groups).

Signature of Principal Investigator Sharini Date 10-31-11

FOR IRB USE ONLY

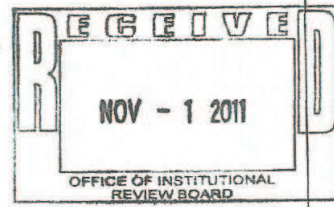
- Received & Noted Approved Expedited* To Convened IRB

Mariem Das 12-2-11
Signature (Chair, Vice-Chair, Designee) Date

DOLA 7-1-11

Change to Expedited Category Y / N / NA

*No change to IRB's previous determination of approval criteria at 45 CFR 46.111 or 21 CFR 56.111



Anexo C - Normas para submissão da Revista Panamericana de Salud Pública.

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Objetivos](#)
- [Critérios para a aceitação de manuscritos](#)
- [Conteúdo da revista](#)
- [Instruções para a apresentação de manuscritos propostos para publicação](#)
- [Bibliografia](#)

Objetivos

A **Revista Panamericana de Salud Pública / Pan American Journal of Public Health** é a principal revista de informação técnica e científica da Organização Pan-Americana da Saúde - **OPAS**, substituindo os antigos **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana** e **Bulletin of the Pan American Health Organization**. A revista é um importante veículo para divulgar os avanços mais recentes da pesquisa em saúde pública nas Américas, em função dos objetivos fundamentais da OPAS: promover as ações e coordenar os esforços dos países da Região para preservar a saúde, combater as doenças, prolongar a vida e estimular a melhoria da qualidade física, mental e social de seus habitantes.

A Revista objetiva divulgar informações de interesse para a saúde pública, sobretudo as relacionadas com os programas de cooperação técnica da Organização, bem como notícias sobre políticas, ações e resultados da própria OPAS e dos Estados Membros na busca por melhorar as condições de saúde e fortalecer o setor de saúde em todo o hemisfério.

Critérios para a aceitação de manuscritos

A RPSP/PAJPH reserva todos os direitos legais de reprodução de seu conteúdo. Os manuscritos aprovados para publicação somente são aceitos com o entendimento de que não tenham sido publicados, parcial ou totalmente, em nenhuma outra parte e de que não o serão republicados sem a autorização expressa da OPAS. Os artigos serão considerados simultaneamente para publicação em inglês, espanhol ou português (ver seção II.C - [Idioma](#)).

A seleção do material proposto para publicação se baseia nos seguintes critérios gerais: grau de prioridade do tema para a Organização e os Estados Membros; solidez científica, originalidade, atualidade e oportunidade da informação; possibilidade de que a experiência descrita seja aplicável em âmbito regional e não somente no lugar de origem; respeito às normas de ética médica no que se refere à experimentação com seres humanos e animais; respeito pelos Estados Membros e pelos povos que representam; variedade dos temas e da procedência geográfica da informação. A aceitação ou recusa de um manuscrito depende de um processo de seleção objetivo que está descrito mais adiante (ver seção II.O - [Processo de seleção](#)).

Enfatiza-se especialmente a importância de que o trabalho tenha uma apresentação apropriada (forma de abordar o problema proposto e plano para alcançar o objetivo do estudo), uma vez que as falhas nesse aspecto invalidam toda a informação e são a causa mais freqüente da recusa de manuscritos.

Os manuscritos apresentados em reuniões e conferências não os qualificam necessariamente como artigos científicos, já que não se ajustam aos objetivos e estrutura requeridos. Não são aceitos artigos sobre resultados preliminares, mas

somente os definitivos. Em geral, tampouco são aceitos artigos destinados à publicação em série relacionados a diversos aspectos de uma única investigação.

As opiniões expressas pelos autores são de sua exclusiva responsabilidade, não refletindo necessariamente os critérios nem a política da Organização Pan-Americana da Saúde, nem dos Estados Membros. A menção de determinadas sociedades comerciais ou do nome comercial de certos produtos não implica que a OPAS os aprove ou recomende preferencialmente a outros similares.

Conteúdo da revista

Os artigos originais sobre saúde pública e disciplinas afins formam a parte principal da RPSP/PAJPH. Informações sobre os princípios, decisões e resultados da PAHO também são publicadas.

Entre os temas específicos que são abordados figuram os de saúde materna e infantil doenças transmissíveis, doenças crônicas, alimentação e nutrição, prevenção de acidentes, saúde mental, saúde do trabalhador, saúde dos idosos, assistência aos incapacitados, saúde dental, higiene ambiental, desastres, saúde pública veterinária, epidemiologia, estatística sanitária, informática, pesquisa e tecnologia, informação científica e técnica, administração, legislação, políticas, planejamento estratégico, sistemas e serviços de saúde, recursos humanos, financiamento e custos, participação comunitária, educação para a saúde, coordenação intersetorial e muitos outros.

O conteúdo é organizado da seguinte forma:

1. **Reflexões do Diretor.** À moda de editorial, divulga os princípios políticos da Organização, as tendências atuais e prioridades da saúde pública na Região das Américas.
2. **Artigos.** Podem ser informes de pesquisas originais, revisões críticas, revisões bibliográficas ou comunicações de experiências particulares aplicáveis em âmbito regional. Ocasionalmente, são publicadas comunicações breves com o objetivo de divulgar novas técnicas ou metodologias ou resultados que ofereçam interesse particular.
3. **Temas da atualidade.** Esta seção inclui comentários de menor extensão que os artigos, relatos de experiências e acontecimentos nacionais e regionais, informes sobre o desenvolvimento de projetos e programas, resultados de reuniões, simpósios e conferências nos quais participam a Organização e os países membros, bem como outras comunicações relativas à prática da saúde.
4. **Instantâneos** (somente em espanhol). Nesta seção aparecem resumos de artigos recém-publicados em outras revistas destacadas ou em jornais, assim como *press releases*. Os materiais são selecionados segundo a sua pertinência no contexto da saúde pública da Região.
5. **Publicações.** Aqui são apresentados pequenos resumos de novas publicações, assim como resenhas esporádicas de livros recém-publicados sobre os diversos aspectos da saúde pública e temas afins. Os leitores são convidados a enviar resenhas de obras sobre temas no campo de sua competência, com o entendimento de que a sua publicação é responsabilidade da equipe editorial e dependerá em grande medida da observação das normas para a redação de resenhas. Estas serão enviadas por correio sob solicitação.
6. **Cartas.** Cartas dirigidas à Redação são publicadas com a intenção de esclarecer, discutir ou comentar de maneira construtiva as idéias expostas na RPSP/PAJPH. Devem ser assinadas pelo autor, e incluir sua afiliação profissional e endereço completo.

Instruções para a apresentação de manuscritos propostos para publicação

A. Especificações

A RPSP/PAJPH segue, em geral, as normas definidas no documento "Requisitos uniformes para preparar manuscritos enviados a revistas biomédicas", elaborado pelo Comitê Internacional de Diretores de Revistas Médicas (5a. ed., 1997). Tais normas são conhecidas também como "normas de Vancouver" (ver [Bibliografia](#)).

A seguir, são oferecidas instruções práticas para elaborar o manuscrito, ilustradas com exemplos representativos. Os autores que não obedecerem as normas de apresentação se expõem à recusa imediata de seus artigos.

B. Envio do manuscrito

O original, três cópias e um disquete com o texto completo do manuscrito (ver seção II.E - [Extensão e apresentação](#)) devem ser enviados ao Chefe do [Programa de Publicações](#) e Serviços Editoriais (DBI), que acusará o recebimento do manuscrito mediante carta ao autor.

C. Idioma

A RPSP/PAJPH publica artigos em espanhol, inglês e português, embora sejam aceitos manuscritos redigidos em qualquer dos idiomas oficiais da OPAS (inglês, francês, português e espanhol). É recomendado encarecidamente aos autores que escrevam em sua língua materna; o uso inadequado de uma língua estrangeira obscurece o sentido e enfraquece o rigor científico.

Os artigos selecionados para a RPSP/PAJPH nem sempre serão publicados no idioma em que foram originalmente escritos; o idioma de publicação será decidido segundo a procedência do público para o qual o conteúdo apresente maior interesse científico e prático.

D. Direitos de autor (Copyright)

Cada artigo deverá ser acompanhado de uma declaração especificando que o manuscrito não foi publicado previamente e que não será apresentado a nenhuma outra revista antes de a decisão da OPAS ser conhecida. Os autores anexarão ainda uma declaração assinada indicando que, se o manuscrito for aceito para publicação, os direitos de autor pertencerão à OPAS.

Solicita-se aos autores que incluam informações completas sobre qualquer bolsa de estudos ou subvenções recebidas da OMS, da OPAS ou de outro organismo para custear o trabalho no qual o artigo é baseado.

Os autores assumirão a responsabilidade de obter as permissões necessárias para reproduzir qualquer material protegido por direitos autorais. O manuscrito deverá ser acompanhado da carta original outorgando essa permissão; nela deverá ser especificado com exatidão o número do quadro ou figura ou o texto exato que será citado e como será usado, além da referência bibliográfica completa (ver seção II.J - [Referências bibliográficas](#)).

Somente devem constar como autores aqueles que tenham participado diretamente da pesquisa ou da elaboração do artigo, e que poderão ser publicamente responsabilizados pelo seu conteúdo. A inclusão de outras pessoas como autores, por amizade, reconhecimento ou outras razões não científicas, constitui falta de ética.

E. Extensão e apresentação

O manuscrito completo não deverá exceder 15 a 20 folhas tamanho carta (8,5 x 11") ou ISO A4 (212 x 297 mm). Estas devem ser datilografadas com tinta preta em um só lado do papel, com espaço duplo ou triplo e com margens superior e inferior de cerca de 2,4 cm. As margens direita e esquerda deverão medir pelo menos 2,4 cm. As palavras não deverão ser hifenizadas ao final das linhas. As páginas deverão ser numeradas sucessivamente. O original deverá ser acompanhado de três cópias de

boa qualidade. Não serão aceitas cópias feitas com carbono.

Dá-se preferência aos manuscritos preparados em computador ou processador de textos, sendo que uma versão em disquete (de 3,5" ou 5,25") deve ser enviada junto com a versão final impressa. Embora seja aceito qualquer equipamento compatível com IBM ou Macintosh, o melhor programa é Microsoft Word. O autor deve indicar o programa que foi usado na elaboração do artigo.

Não serão aceitos manuscritos que não cumpram as especificações aqui detalhadas. No caso de trabalhos ou citações traduzidos, em parte ou na sua totalidade, uma cópia do texto no idioma original deverá acompanhar o manuscrito.

Os artigos aceitos serão submetidos a um processamento editorial que pode incluir, se necessário, a condensação do texto e a supressão ou adição de quadros, ilustrações e anexos. A versão editada será remetida ao autor para sua aprovação.

F. Título e autores

O título deve limitar-se a 10 palavras, se possível, e não deve exceder 15. Deve descrever o conteúdo de forma específica, clara, breve e concisa. Palavras ambíguas, jargões e abreviaturas deverão ser evitados. Um bom título permite aos leitores identificar o tema facilmente e, além disso, ajuda aos centros de documentação a catalogar e classificar o material com exatidão.

Imediatamente sob o título, deverão figurar o nome e o sobrenome de cada autor, bem como o nome da instituição em que trabalha. A RPSP/PAJPH não publica os títulos, distinções acadêmicas etc. dos autores.

É preciso informar o endereço completo do autor principal ou daquele que deverá se encarregar de responder toda a correspondência relativa ao artigo. Se uma caixa postal for usada, também é necessário indicar outro endereço onde possa chegar um serviço de entrega comercial.

G. Resumo e palavras-chave

Cada trabalho, incluindo as comunicações breves, deverá ser acompanhado de um resumo — de cerca de 150 palavras se for descritivo, ou de 250 se for estruturado — que indique claramente: a) os propósitos do estudo; b) lugar e datas de sua realização; c) procedimentos básicos (seleção de amostras e métodos de observação e análise); d) resultados principais (dados específicos e, se for o caso, sua interpretação estatística); e e) as principais conclusões. Deve-se enfatizar os aspectos novos e relevantes.

Nenhuma informação ou conclusão que não apareça no texto deverá ser incluída. É conveniente redigi-lo em estilo impessoal e não incluir abreviaturas, remissões ao texto principal ou referências bibliográficas.

O resumo permite aos leitores determinar a pertinência do conteúdo e decidir se lhes interessa ler o documento em sua totalidade. De fato, é a única parte do artigo que muitas pessoas lêem e, junto com o título, a que é incluída nos sistemas de disseminação de informação bibliográfica, como o Index Medicus.

Depois do resumo, 3 a 10 palavras-chave ou frases curtas devem ser indicadas para fins de indexação em bases de dados como o Index Medicus, cuja lista "Cabeçalhos de assuntos médicos" (*Medical Subject Headings*) deve servir de guia.

H. Corpo do artigo

Em geral, os trabalhos que apresentam pesquisas ou estudos se dividem nas seguintes seções correspondentes ao chamado "formato IMRED": introdução, materiais e métodos, resultados e discussão. Os trabalhos de atualização e revisão bibliográfica costumam requerer outros títulos e subtítulos de acordo com o conteúdo.

No caso das comunicações breves, as divisões habituais deverão ser suprimidas, mantendo-se entretanto essa seqüência no texto.

I. Notas de rodapé

São as explicações que, num tipo de letra menor, aparecem na parte inferior de uma página. Serão utilizadas para identificar a afiliação (instituição e departamento) e endereço dos autores e algumas fontes de informação inéditas (ver seção J.4 - Fontes inéditas e resumos). Essas notas deverão ser separadas do texto mediante uma linha horizontal e identificadas por números consecutivos ao longo do artigo, colocados como expoentes.

J. Referências bibliográficas

São essenciais para identificar as fontes originais de conceitos, métodos e técnicas provenientes de pesquisas, estudos e experiências anteriores; para apoiar os fatos e opiniões expressos pelo autor, e orientar o leitor interessado a informar-se com maior detalhe sobre determinados aspectos do conteúdo do documento.

Com exceção dos artigos de revisão bibliográfica e das comunicações breves, a RPSP/PAJPH requer no mínimo 20 referências bibliográficas pertinentes e atualizadas. Os artigos de revisão em geral terão um maior número de fontes, e as comunicações breves, um máximo de 15.

Todas as referências devem ser citadas no texto com números consecutivos, entre parênteses, da seguinte forma:

"Observou-se (3, 4) que..."

Ou:

"Vários autores (1-5) assinalaram que..."

A lista de referências deverá ser numerada consecutivamente seguindo a ordem das citações no texto. Por sua vez, as fontes bibliográficas consultadas mas não citadas no texto serão denominadas "bibliografia" e serão ordenadas alfabeticamente pelo sobrenome dos autores.

A lista de referências ou a bibliografia deverá ser apresentada em folhas separadas, ao final do artigo, e elaborada de acordo com as normas descritas a seguir.

1. Artigos de revistas. É necessário fornecer a seguinte informação: autor(es), título do artigo, título abreviado da revista em que foi publicado (sublinhado ou em itálico); ano; volume (em números arábicos), número (pode ser omitido se a revista tiver paginação contínua ao longo de um volume) e páginas inicial e final. Toda a informação será apresentada na língua original do trabalho citado. Os seguintes exemplos ilustram o "estilo de Vancouver" para a elaboração e pontuação de citações bibliográficas que devem ser observadas.

a. Autores individuais. Os sobrenomes e iniciais dos primeiros seis autores deverão ser mencionados; se são mais, a expressão "et al." deverá ser usada. Exemplos:

Brownie C, Habicht JP, Cogill B. Comparing indicators of health and nutritional status. *Am J Epidemiol* 1986;124:1031-1044.

Herrero R, Brinton L, Hartge P, Reeves W, Brenes M, Urcuyo R, et al. Determinants of the geographic variation of invasive cervical cancer in Costa Rica. *Bull Pan Am Health Organ* 1993; 27:15-25.

b. Artigos que possuem várias partes

Fitzharding PM, Stevens EM. The small-for-date infant: II, neurological and intellectual sequelae. *Pediatrics* 1972; 50:50-57.

c. Autor corporativo. Se consta de vários elementos, mencionar da maior para a menor. Em revistas publicadas por organismos governamentais ou internacionais, os trabalhos sem autor podem ser atribuídos ao organismo responsável:

Pan American Health Organization, Expanded Program on Immunization. Strategies for the certification of the eradication of wild poliovirus transmission in the Americas. *Bull Pan Am Health Organ* 1993; 27:287-295.

d. Artigo sem autor dentro de uma seção regular de uma revista:

World Health Organization. Tuberculosis control and research strategies for the 1990s: memorandum from a WHO meeting. *Bull World Health Organ* 1992;70:17-22.

e. Tipos especiais de artigos e outras comunicações. São indicados entre colchetes:

Wedeen RD. In vivo tibial XFR measurement of bone lead [editorial]. *Archives Environ Health* 1990; 45:69-71.

f. Suplemento de um volume:

Maheshwari RK. The role of cytokines in malaria infection. *Bull World Health Organ* 1990; 68 (suppl):138-144.

2. Trabalhos apresentados em conferências, congressos, simpósios etc. Somente devem constar nas referências se as atas correspondentes tiverem sido publicadas.

Koeberle F. Pathologic anatomy of entero-megaly in Chagas' disease. *Proceedings of the 2nd biennial meeting of the Bockus Alumni International Society of Gastroenterology*, Rio de Janeiro. 1962;92-103.

3. Livros e outras monografias. Deverão ser incluídos os sobrenomes e iniciais de todos os autores (ou editores, compiladores etc.) ou o nome completo da entidade coletiva; título sublinhado (ou em itálico); número da edição; lugar de publicação, casa publicadora e ano. Quando procedente, os números do volume e as páginas consultadas deverão ser acrescentados, assim como a série a que pertence e o seu número correspondente na série.

a. Autores individuais:

Eisen HN. *Immunology: an introduction to molecular and cellular principles of immune response*. 5th ed. New York: Harper and Row; 1974: 215-217.

b. Autor corporativo que é também editor:

World Health Organization. *The SI for the health professions*. Geneva: WHO; 1977.

c. Como citar um capítulo:

Weinstein L, Swartz MN. Pathogenic properties of invading microorganisms. In: Sodeman WA Jr, Sodeman WA, eds. *Pathologic physiology: mechanisms of disease*. Philadelphia: WB Saunders; 1974:457-472.

d. Como indicar o número de volumes ou citar um volume em particular:

Pan American Health Organization. Volume II: *Health conditions in the Americas*. 1990 ed. Washington, DC: PAHO;1990. (Scientific publication 524).

Pan American Health Organization. *Health conditions in the Americas*. 1990 ed. Washington, DC: PAHO; 1990. (Scientific publication 524; 2 vol).

e. Como citar um volume que tem título próprio:

World Health Organization, Volume 2: *Instruction manual*. In: *International Classification of Diseases and Related Health Problems*. 10th rev. Geneva: WHO; 1992.

f. Atas publicadas de congressos, simpósios, conferências etc.:

DuPont B. Bone marrow transplantation in severe combined immunodeficiency with an unrelated MLC compatible donor. In: White HJ, Smith R, eds. *Proceedings of the third annual meeting of the International Society for Experimental Hematology*. Houston: International Society for Experimental Hematology; 1974: 44-46.

g. Informes e documentos completos sem autor. Somente serão oferecidos detalhes sobre informes escritos que os leitores possam solicitar e obter. É importante indicar o nome exato da entidade coletiva responsável pelo documento, título completo, cidade, ano e número. Se possível, deve-se dar a fonte do documento. Exemplos:

National Center for Health Services Research. *Health technology assessment reports*, 1984. Rockville, Maryland: National Center for Health Services Research; 1985; DHHS publication no (PHS) 85-3373. Available from: National Technical Information Service, Springfield, VA 22161.

4. Fontes inéditas e resumos (abstracts). Não são consideradas referências apropriadas os resumos (*abstracts*) de artigos, os artigos que ainda não tenham sido aceitos para publicação, as teses quando ainda são inéditas e os trabalhos não publicados mesmo que tenham sido apresentados em conferências. Excetua-se os artigos já aceitos mas ainda não publicados (no prelo). Se for absolutamente necessário citar fontes inéditas, deve-se mencioná-las no texto (entre parênteses) ou como notas de rodapé. A citação no texto deverá ser feita da seguinte maneira:

Observou-se¹ que . . .

e ao pé da mesma página do manuscrito aparecerá a nota correspondente:

¹ Herrick JB, [and others]. [Letter to Frank R Morton, Secretary, Chicago Medical Society]. Herrick papers. [1923]. Located at: University of Chicago Special Collections, Chicago, Illinois.

No caso de artigos já aceitos mas ainda não publicados (no prelo), deve-se seguir o exemplo:

It has been demonstrated (Little DA, Ecology Center of New York, unpublished observations, 1990) that . . .

5. Comunicações pessoais. Devem ser incluídas unicamente quando oferecerem informação essencial não obtível de uma fonte pública. Somente figuram no texto entre parênteses, sem nota de rodapé, da seguinte forma:

Dr. D.A. Little (Ecology Center of New York, personal communication, 1991) has pointed out that . . .

6. Outros materiais. Devem seguir em geral as indicações para referenciar um livro, especificando sua procedência (autores ou entidade responsável), título, tipo do material, local de publicação e data. Também devem ser descritos os sistemas necessários para o uso de informação em formatos eletrônicos.

a. Videocassetes:

World Health Organization. *Before disaster strikes* [videocassette]. Geneva: WHO; 1991.

b. Diapositivos (slides):

Sinusitis: a slide lecture series of the American Academy of Otolaryngology—Head and Neck Surgery Foundation [slide show]. Washington DC: The Academy; 1988. [54 slides and a guide by HC Pillsbury and ME Johns].

c. Programas de computador:

Wechsler interpretation system [computer program]. Wakefield, Rhode Island:

Applied Innovations; 1983. [1 diskette; 1 guide].

d. Audiocassetes:

Clark RR, et al, eds. American Society for Microbiology prods. *Topics in clinical microbiology* [audiocassette]. Baltimore: Williams and Wilkins; 1976. [24 audiocassettes: 480 min; accompanied by 120 slides and one manual].

e. Bases de dados / CD-ROMs:

Compact library: AIDS [CD-ROM database updated quarterly]. Version 1.55a. Boston: Massachusetts Medical Society, Medical Publishing Group; 1980. [1 compact disk; operating system: IBM PC, PS/2 or compatible; 640K memory; MS-DOS 3.0 or later].

f. Sites na Internet:

Pritzker TJ. *An early fragment from Central Nepal* [Internet site]. Ingress Communications. Available: <http://www.ingress.com/~astanart/pritzker/pritzker.html>. Accessed 8 June 1995.

g. Materiais instrucionais:

Card No. 8 Use of cervical mucus examination as a method for avoiding pregnancy. In: World Health Organization and Blithe Centre for Health and Medical Education. *Education on family fertility: instructional materials on natural methods of family planning for use by educators* [pamphlets, cards, and posters]. Geneva: WHO; 1982.

K. Quadros (ou tabelas)

Os quadros são conjuntos ordenados e sistemáticos de valores agrupados em linhas e colunas. Devem ser usados para apresentar informação essencial de tipo repetitivo — em termos de variáveis, características ou atributos — em uma forma facilmente compreensível para o leitor. Podem mostrar freqüências, relações, contrastes, variações e tendências mediante a apresentação ordenada da informação. Devem ser compreensíveis por si mesmos e complementar — não duplicar — o texto. Os quadros não devem conter excesso de informação estatística porque resultam incompreensíveis, diminuem o interesse do leitor e podem chegar a confundi-lo.

Cada quadro deve ser apresentado em uma folha separada ao final do artigo, e ser identificado com um número correspondente. Deverá apresentar um título breve e claro de maneira que o leitor possa determinar sem dificuldades quais dados foram tabulados e o que indicarão, além do lugar, data e fonte da informação. O cabeçalho de cada coluna deve incluir a unidade de medida e ser o mais breve possível; a base das medidas relativas (porcentagens, taxas, índices) deve ser indicada claramente quando forem utilizadas. Somente devem ser deixados em branco os espaços correspondentes a dados que não são aplicáveis; se falta informação porque não foram feitas observações, os espaços deverão ser preenchidos por um pontilhado.

Linhas verticais não deverão ser usadas, assim como somente três horizontais deverão aparecer: uma após o título, outra após os cabeçalhos de coluna e a última ao final do quadro, antes das notas, se houver. As chamadas para as notas ao final do quadro deverão ser feitas mediante letras colocadas como expoentes, em ordem alfabética; cifras, asteriscos ou outros símbolos quaisquer não deverão ser utilizados com esse propósito.

As comunicações breves poderão apresentar até o limite máximo de dois quadros ou figuras.

L. Figuras

As ilustrações (gráficos, diagramas, desenhos lineares, mapas, fotografias etc.) devem ser utilizadas para destacar tendências e ilustrar comparações de forma clara e exata. Devem ser fáceis de compreender e agregar informação, não duplicá-la. As figuras deverão ser apresentadas em forma de desenhos manuais ou fotografias em branco e preto em papel brilhante, ou geradas por computador. Os desenhos e

legendas devem ser bem elaborados para que possam ser reproduzidos diretamente; deverão ser enviados entre folhas de papelão duro que os protejam durante o transporte. Todas as figuras deverão ser perfeitamente identificadas no verso. Seus títulos serão tão concisos quanto possível e, ao mesmo tempo, bastante explícitos. Notas não deverão ser utilizadas na figura, mas a fonte deverá ser indicada no caso de haver sido retirada de outra publicação.

Os títulos de todas as figuras deverão ser anotados em ordem numérica numa folha separada. Se houver espaço suficiente, a explicação dos gráficos ou mapas poderá ser incluída dentro da própria figura, mas se não for possível, será incorporada ao título da figura. Os mapas e desenhos apresentarão uma escala em unidades SI (ver seção II.N - Unidades de medida).

As fotografias são preferíveis em branco e preto, devendo ter grande nitidez e excelente contraste, e incluir antecedentes, escala, fonte de origem e data. Cada fotografia deverá ser identificada no verso com um número e incluir um título claro e breve. Essa informação deverá ser escrita numa etiqueta adesiva no verso da fotografia.

O excesso de quadros, material gráfico ou ambos diminui o efeito que se deseja alcançar. Essa razão, mais o fato de que os quadros e ilustrações são custosos e ocupam muito espaço, obriga a uma seleção cuidadosa para realçar o texto.

M. Abreviaturas e siglas

Serão utilizadas o menos possível. É preciso definir cada uma delas na primeira vez em que aparecer no texto, escrevendo o termo completo e em seguida a sigla ou abreviatura entre parênteses, por exemplo, Programa Ampliado de Imunização (PAI). Serão citadas em espanhol ou português, por exemplo, DP (desvio padrão) e não SD (standard deviation), exceto quando correspondam a entidades de alcance nacional (FBI) ou sejam conhecidas internacionalmente por suas siglas não espanholas ou portuguesas (UNICEF), ou se refiram a substâncias químicas cujas siglas inglesas estejam estabelecidas como denominação internacional, como GH (hormônio do crescimento), e não HC. (Ver também a seção II.N - Unidades de medida).

N. Unidades de medida

Deverão ser usadas as unidades do Sistema Internacional (SI), que é essencialmente uma versão ampliada do sistema métrico decimal (ver bibliografia).

De acordo com esse sistema, os símbolos das unidades não são expressos no plural (5 km e não 5 kms), nem são seguidos de ponto (10 mL e não 10 mL.), salvo se estiverem no final de uma frase e que por razões ortográficas deverão levá-lo. Em português, os números decimais são expressos usando-se a vírgula. As cifras devem ser agrupadas em trios, dispostos à direita e à esquerda da vírgula decimal, e separados entre si por um espaço simples. Não devem ser separados por nenhum sinal de pontuação.

Forma correta:

12 500 350 (doze milhões quinhentos mil trezentos cinqüenta)

1 900,05 (mil novecentos e cinco centavos)

Formas incorretas:

12,500,350 / 1.900,05 / 1,900.05

O. Processo de seleção

Os manuscritos recebidos passam por um processo de seleção mediante o sistema de arbitragem por especialistas na matéria. Numa primeira revisão, é determinado se o manuscrito obedece os critérios gerais descritos anteriormente. Na segunda revisão, são examinados o valor científico do documento e a utilidade de sua publicação; esta parte é responsabilidade de profissionais especialistas no tema, que

avaliam os manuscritos independentemente.

Na terceira revisão, baseando-se nos critérios gerais, no valor científico do artigo e na utilidade de sua publicação, toma-se uma decisão que pode ser: recusa, em cujo caso o documento é devolvido ao autor; aceitação condicional, segundo a qual se solicita ao autor para redigir um novo texto revisado, incorporando os comentários e recomendações dos especialistas; ou aceitação definitiva.

Os textos revisados são submetidos a uma quarta revisão para verificar se as condições e exigências feitas na aceitação condicional foram cumpridas; se sim, o manuscrito é aceito de forma definitiva; do contrário, é recusado.

Toda decisão é comunicada por escrito ao autor com a maior rapidez possível. O prazo depende da complexidade do tema e da disponibilidade de revisores especialistas.

P. Publicação do artigo aceito

Os manuscritos serão aceitos com o entendimento de que o editor se reserva o direito de fazer revisões visando uma maior uniformidade, clareza e conformidade do texto com o estilo da RPSP/PAJPH.

Os manuscritos aceitos para publicação serão editados e enviados ao autor responsável pela correspondência para que responda às perguntas ou esclareça dúvidas editoriais, aprove as correções. As provas tipográficas não serão enviadas aos autores, razão pela qual estes deverão ler detidamente o manuscrito editado. Recomenda-se enfaticamente a devolução do manuscrito aprovado pelo autor no prazo indicado na carta que o acompanha, para que a programação do número correspondente da revista possa ser cumprida. Salvo circunstâncias excepcionais, decorrem aproximadamente três meses entre a data do recebimento do artigo aprovado pelo autor e sua publicação.

Q. Exemplares enviados ao autor

O autor receberá 10 exemplares da revista em que aparece seu artigo tão logo seja publicada.

Bibliografia

American Medical Association. *Manual for authors and editors: editorial style and manuscript preparation*. 7th ed. Los Altos, California: Lange Medical Publications; 1981.

Day RA. *How to write and publish a scientific paper*. 3rd ed. Phoenix, Arizona: Oryx Press; 1988.

Fishbein M. *Medical writing: the technique and the art*. 4th ed. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas, Publisher; 1972.

Huth EJ. *How to write and publish papers in the medical sciences*. 2nd ed. Philadelphia, Pennsylvania: ISI Press; 1986.

Huth EJ. *Medical style and format: an international manual for authors, editors and publishers*. Philadelphia, Pennsylvania: ISI Press; 1986.

International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *J Am Med Assoc* 1993; 269: 2282-2286.

Riegelman RK, Hirsch RP. *Studying a study and testing a test: how to read the medical literature*. 2nd ed. Boston: Little, Brown; 1989.

Style Manual Committee, Council of Biology Editors. *Scientific style and format: the CBE manual for authors, editors, and publishers*. 6th ed. Cambridge: Cambridge University Press; 1994.

World Health Organization. *The SI for the health professions: prepared at the request of the thirtieth World Health Assembly*. Geneva: WHO; 1977.

[\[Home\]](#) [\[Sobre a revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)

PAHO Publications Program
525 Twenty-third Street, NW
Washington DC 20037, USA
Fax: (202) 338.0869



publiper@paho.org

Anexo D – Normas para submissão do Journal of Adolescent Health

“Submission Checklist”

Types of articles

The *Journal of Adolescent Health* publishes the following types of articles. Word count limits apply only to the main body of the manuscript and do not include the title, references, or figure and table captions.

Original Articles are scientific reports on the results of original research. Text is limited to 3500 words with a 250-word structured abstract, 5 tables/figures, and 40 references. Original articles should include a 50-word Implications and Contribution summary statement.

Adolescent Health Briefs are scientific reports of original research that represent preliminary findings, small samples, and newly described associations in unique populations. Briefs are limited to 1000 words, with a structured abstract of 150 words or less. A combined total of 2 figures and/or tables and a maximum of 10 references will be accepted. Briefs should include a 50-word Implications and Contribution summary statement.

Review articles generally are solicited by the editors. If you would like to submit a review article to the *Journal*, please submit a proposal letter, a detailed outline, and a preliminary reference list to the Managing Editor by e-mail (tor.berg@ucsf.edu). Systematic reviews and meta-analyses are preferred, though strong, evidence-based integrative and narrative proposals will be considered. One or more of the Associate Editors will review the proposal and will advise the authors on proceeding to a full manuscript. This internal review will take place within four weeks of receipt of the proposal. The final format of the article should include the introduction, review of the relevant literature, discussion, summary and implications section. Each review article must have a 200-word summary abstract. Review articles are limited to 4500 words, 5 tables/figures, and an unlimited number of references. Review articles should include a 50-word Implications and Contribution summary statement.

Clinical Observations: These case reports represent rare and new observations in the clinical arena. Papers in this format are limited to 1000 words and should include an introduction, concise discussion of the clinical observation, and discussion. Clinical observations should include a 200-word summary abstract. A combined total of 1 figure, table, or illustration and 10 references will be accepted.

Editorial Correspondence: Letters regarding articles published in the *Journal* within the

preceding 6 months are strongly preferred. Letters should not exceed 400 words. This correspondence is published at the discretion of the Editor-in-Chief and the Associate Editors. The author(s) of the article that is the subject of the correspondence will be invited to respond.

Commentaries: Commentaries are invited only and will be solicited solely by the editors. Commentaries serve as a forum for changes in adolescent healthcare training, economic issues, governmental health policies, international health, medical/scientific ethics, and meeting reports.

The Editorial Process

Acceptance for Review

Manuscripts submitted to the *Journal of Adolescent Health* are reviewed internally for interest and relevance. Approximately half of all submitted manuscripts are returned to the authors without full peer review. That decision is made quickly, within 10 days of submission.

Peer Review and Decision

Manuscripts accepted for peer review are sent to three external reviewers. Reviewers are anonymous; authors' names are revealed. The *Journal's* goal is to complete peer review and reach a decision within six weeks of submission.

Manuscripts will either be declined based on reviewer comments or referred back to the authors for revision. This is an invitation to present the best possible paper for further review; it is not an acceptance.

Authors are asked to complete revisions within 30 days. If the authors do not respond within 30 days, the editors may decline to consider the revision. The editors reciprocate by providing a final decision quickly upon receipt of the revision.

Acceptance for Publication

All manuscripts accepted for publication will require a written assignment of the copyright from the author(s) to the Society for Adolescent Health and Medicine. Elsevier Inc. will maintain all records of the copyright for the Society for Adolescent Health and Medicine. No part of the published material may be reproduced elsewhere without written permission from the publisher.

Authors will receive typeset galley proofs via e-mail from the Journal Manager at Elsevier. Proofs should arrive approximately four to six weeks following acceptance. The article will be published in the print edition of the *Journal* approximately three to five months after acceptance.

Articles Online First

The *Journal of Adolescent Health* publishes articles online ahead of print publication in the Articles Online First section of our web site. Articles are published online approximately six to eight weeks following the galley proofs. The online article is identical to the version subsequently published in the print journal and is citable by the digital object identifier (DOI) assigned at the time of online publication.

Fast-Tracking for Critical Issues in Adolescent Health and Medicine

The *Journal of Adolescent Health* has developed a fast-tracking system in order to facilitate and encourage the submission of high-quality manuscripts with documented findings that may change the content of clinical practice or assist with the national and/or international dialogue about critical issues affecting adolescents and young adults. Manuscripts accepted for a fast-track review will be forwarded to two reviewers from our Editorial Board, who are given two weeks to conduct an expedited review. The *Journal* will notify authors of the outcome of the review within three weeks of submission. If the review is favorable, fast-track authors will be asked to complete any necessary revisions within two weeks.

Upon acceptance, fast-track manuscripts are prioritized for publication and should appear in print within two months.

Fast tracking is a rare event intended for high-priority findings and should not be viewed simply as a mechanism for an expedited review. The article should be prepared in the same manner as an Original Article.

Release to Media

Until the time of publication on the *Journal of Adolescent Health's* website, it is a violation of the copyright agreement to disclose the findings of an accepted manuscript to the media or the public. If you require an embargo date for your article, please contact the editorial office.

Supplements

The *Journal of Adolescent Health* publishes funded supplements after approval and review by the editorial office. Initial inquiries and proposals for supplements should be directed to the editorial office and to Elsevier's Senior Supplements Editor:

Craig Smith

Elsevier Supplements Department

360 Park Avenue South

New York, NY 10010

Tel: (212) 462-1933

Fax: (212) 462-1935

E-mail: c.smith@elsevier.com

Contact details for submission

Editor

Charles E. Irwin, Jr., M.D., Editor-in-Chief

Tor D. Berg, Managing Editor

Phone: 415-502-1373

E-mail: tor.berg@ucsf.edu

Editorial Office, *Journal of Adolescent Health*

University of California, San Francisco

Research and Policy Center for Childhood & Adolescence

3333 California Street, Suite 245

San Francisco, CA 94118-6210

Publisher

Andrea Boccelli, Publisher

Phone: 215-239-3713

E-mail: a.boccelli@elsevier.com

Elsevier

1600 John F. Kennedy Blvd, Suite 1800

Philadelphia, PA 19103

☞ <http://www.jahonline.org/>

☞ <http://ees.elsevier.com/jah/>



Before You Begin

Ethics in publishing

For information on Ethics in publishing and Ethical guidelines for journal publication

see ☞ <http://www.elsevier.com/publishingethics> and ☞ <http://www.elsevier.com/journal-authors/ethics>.

Human and animal right

Studies of human subjects must document that approval was received from the appropriate institutional review board. When reporting experiments utilizing human subjects, it must be stated in writing, in the Methods section, that the Institution's Committee on Human Subjects or its equivalent has approved the protocol. The protocol for obtaining informed consent should be briefly stated in the manuscript. The Editor-in-Chief may require additional information to clarify the safeguards about the procedures used to obtain informed consent. Within the United States, the authors should verify compliance with the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) prior to submission. When reporting experiments on animal subjects, it must be stated that the institution's animal care and use committee has approved the protocol.

Authors must immediately disclose to the *Journal of Adolescent Health* in writing the existence of any investigation or claim related to the manuscript with respect to the use of human or animal subjects that may be initiated by an institutional, regulatory, or official body at any time, including investigations or claims arising subsequent to manuscript submission, approval, or publication.

Conflict of Interest

According to the World Association of Medical Editors (WAME):

"...a conflict of interest (competing interest) is some fact known to a participant in the publication process that if revealed later, would make a reasonable reader feel misled or deceived (or an author, reviewer, or editor feel defensive). Conflicts of interest may influence the judgment of authors, reviewers, and editors; these conflicts often are not

immediately apparent to others. They may be personal, commercial, political, academic, or financial. Financial interests may include employment, research funding (received or pending), stock or share ownership, patents, payment for lectures or travel, consultancies, nonfinancial support, or any fiduciary interest in the company. The perception of a conflict of interest is nearly as important as an actual conflict, since both erode trust."

Authors are required to disclose on the title page of the initial manuscript any potential, perceived, or real conflict of interest. Authors must describe the role of the study sponsor(s), if any, in (1) study design; (2) the collection, analysis, and interpretation of data; (3) the writing of the report; and (4) the decision to submit the manuscript for publication. Authors should include statements even when the sponsor had no involvement in the above matters. Authors should also state who wrote the first draft of the manuscript and whether an honorarium, grant, or other form of payment was given to anyone to produce the manuscript. If the manuscript is accepted for publication, the disclosure statements may be published. See also <http://www.elsevier.com/conflictsofinterest>. Further information and an example of a Conflict of Interest form can be found at: http://help.elsevier.com/app/answers/detail/a_id/286/p/7923.

Submission declaration

Submission of an article implies that the work described has not been published previously (except in the form of an abstract or as part of a published lecture or academic thesis or as an electronic preprint, see <http://www.elsevier.com/postingpolicy>; poster and platform presentations and abstracts are not considered duplicate publications but should be noted in the manuscript's cover letter and Acknowledgements section of the manuscript); that it is not under consideration for publication elsewhere; that its publication is approved by all authors and tacitly or explicitly by the responsible authorities where the work was carried out; and that, if accepted, it will not be published elsewhere including electronically in the same form, in English or in any other language, without the written consent of the copyright-holder.

If the submitted manuscript contains data that have been previously published, is in press, or is currently under review by another publication in any format, the authors are required to submit a reprint of the published article or a copy of the other manuscript to the Editor-in-Chief with a clarification of the overlap and a justification for consideration of the current submitted manuscript.

The editors encourage authors to report fully the complete findings of their studies. The editors recognize that large and longitudinal datasets often result in multiple publications both on different topics and on the same topics across the span of development. Therefore, it is the authors' strict responsibility both to notify the editors

of the existence of multiple manuscripts arising from the same study and to cross-reference all those that are relevant.

Manuscripts accepted for peer review may be submitted to the iThenticate plagiarism checker. iThenticate compares a given manuscript to a broad range of published and in-press materials, returning a similarity report, which the editors will then examine for potential instances of plagiarism and self-plagiarism.

Failure to disclose multiple or duplicate manuscripts may result in censure by the relevant journals and written notification of the appropriate officials at the authors' academic institutions.

Changes to authorship

This policy concerns the addition, deletion, or rearrangement of author names in the authorship of accepted manuscripts:

Before the accepted manuscript is published in an online issue: Requests to add or remove an author, or to rearrange the author names, must be sent to the Journal Manager from the corresponding author of the accepted manuscript and must include: (a) the reason the name should be added or removed, or the author names rearranged and (b) written confirmation (e-mail, fax, letter) from all authors that they agree with the addition, removal or rearrangement. In the case of addition or removal of authors, this includes confirmation from the author being added or removed. Requests that are not sent by the corresponding author will be forwarded by the Journal Manager to the corresponding author, who must follow the procedure as described above. Note that: (1) Journal Managers will inform the Journal Editors of any such requests and (2) publication of the accepted manuscript in an online issue is suspended until authorship has been agreed.

After the accepted manuscript is published in an online issue: Any requests to add, delete, or rearrange author names in an article published in an online issue will follow the same policies as noted above and result in a corrigendum.

Clinical trials registration

In order to foster a comprehensive, publicly available database of clinical trials, journals are increasingly requiring the registration of clinical trials. At this time, registration is not required for submission or publication in the *Journal of Adolescent Health*. However, the editors strongly recommend registration of clinical trials in an appropriate registry. Please provide the site of registration and the registration number on the title page.

One such registry is ClinicalTrials.gov, a service of the U.S. National Institutes of Health, at <http://www.clinicaltrials.gov/>. A number of other registries are available.

Copyright

Upon acceptance of an article, authors will be asked to complete a 'Journal Publishing Agreement' (for more information on this and copyright, see <http://www.elsevier.com/copyright>). An e-mail will be sent to the corresponding author confirming receipt of the manuscript together with a 'Journal Publishing Agreement' form or a link to the online version of this agreement.

Subscribers may reproduce tables of contents or prepare lists of articles including abstracts for internal circulation within their institutions. Permission of the Publisher is required for resale or distribution outside the institution and for all other derivative works, including compilations and translations (please consult <http://www.elsevier.com/permissions>). If excerpts from other copyrighted works are included, the author(s) must obtain written permission from the copyright owners and credit the source(s) in the article. Elsevier has preprinted forms for use by authors in these cases: please consult <http://www.elsevier.com/permissions>.

Author rights

As an author you (or your employer or institution) have certain rights to reuse your work. For more information see <http://www.elsevier.com/copyright>.

Role of the funding source

You are requested to identify who provided financial support for the conduct of the research and/or preparation of the article and to briefly describe the role of the sponsor(s), if any, in study design; in the collection, analysis and interpretation of data; in the writing of the report; and in the decision to submit the article for publication. If the funding source(s) had no such involvement then this should be stated.

Funding body agreements and policies

Elsevier has established a number of agreements with funding bodies which allow authors to comply with their funder's open access policies. Some authors may also be reimbursed for associated publication fees. To learn more about existing agreements please visit <http://www.elsevier.com/fundingbodies>.

After acceptance, open access papers will be published under a noncommercial license. For authors requiring a commercial CC BY license, you can apply after your manuscript is accepted for publication

Open access

This journal offers authors a choice in publishing their research:

Open access

- Articles are freely available to both subscribers and the wider public with permitted reuse
- An open access publication fee is payable by authors or on their behalf e.g. by their research funder or institution

Subscription

- Articles are made available to subscribers as well as developing countries and

patient groups through our universal access programs

(⇒ <http://www.elsevier.com/access>).

• No open access publication fee payable by authors.

Regardless of how you choose to publish your article, the journal will apply the same peer review criteria and acceptance standards.

For open access articles, permitted third party (re)use is defined by the following Creative Commons user licenses:

Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs (CC BY-NC-ND)

For non-commercial purposes, lets others distribute and copy the article, and to include in a collective work (such as an anthology), as long as they credit the author(s) and provided they do not alter or modify the article.

Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike (CC BY-NC-SA)

Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike (CC BY-NC-SA)

The open access publication fee for this journal is \$3000, excluding taxes. Learn more about Elsevier's pricing policy: ⇒ <http://www.elsevier.com/openaccesspricing>.

The open access publication fee for this journal is USD 3000, excluding taxes. Learn more about Elsevier's pricing policy: ⇒ <http://www.elsevier.com/openaccesspricing>.

Language (usage and editing services)

Please write your text in good English (American or British usage is accepted, but not a mixture of these). Authors who feel their English language manuscript may require editing to eliminate possible grammatical or spelling errors and to conform to correct scientific English may wish to use the English Language Editing service available from Elsevier's WebShop (⇒ <http://webshop.elsevier.com/languageediting/>) or visit our customer support site (⇒ <http://support.elsevier.com>) for more information.

Submission

Manuscript Preparation

General information

Submission to this journal proceeds totally online, and you will be guided stepwise through the creation and uploading of your files. The system automatically converts source files to a single PDF file of the article, which is used in the peer-review process. Please note that even though manuscript source files are converted to PDF files at submission for the review process, these source files are needed for further processing after acceptance. All correspondence, including notification of the Editor's decision and requests for revision, takes place by e-mail, removing the need for a paper trail.

Manuscript documents must comply with layout and length requirements outlined below. All accepted manuscripts may be subject to editing and revision by the editors and their agents. Authors should take care to avoid redundancy within the text and between the tables, figures, and text. Due to page limitations, the editors may decide that figures, appendices, tables, acknowledgments, and other materials be published

online only and referenced in the print edition of the *Journal*.

Online submission

Manuscripts must be submitted online via the Elsevier Editorial System (EES). To access EES, go to <http://ees.elsevier.com/jah/> and register as a new user. You will be guided stepwise through the creation and uploading of the various files and data. Once the uploading is done, the system automatically generates an electronic (PDF) proof, which is then used for reviewing. All correspondence regarding submitted manuscripts will be handled via e-mail through EES.

For the purposes of EES, a manuscript submission consists of a minimum of two distinct files: a Cover Letter and the Manuscript itself including the Title Page (with any Acknowledgments) and the Abstract. EES accepts files from a broad range of word processing applications. Both files should be set in 12-point double-spaced type, and all pages should be numbered consecutively. The file should follow the general instructions on style/arrangement, and, in particular, the reference style.

In addition, Tables and Figures should be included as separate and individual files. If electronic submission is not possible, please contact Tor Berg, the Managing Editor, at tor.berg@ucsf.edu, or by phone at 415-502-1373 or by mail at: Editorial Office, *Journal of Adolescent Health*, University of California, San Francisco, Research and Policy Center for Childhood and Adolescence, 3333 California Street, Suite 245, San Francisco, CA 94118.

Cover Letter

A Cover Letter must accompany all submissions. The Cover Letter should describe the manuscript's unique contribution and provide the following information in accordance with the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication available at <http://www.icmje.org>:

- Disclosure of any prior publications or submissions with any overlapping information, including Methods, or a statement that there are no prior publications or submissions with any overlapping information;
- A statement that the work is not and will not be submitted to any other journal while under consideration by the *Journal of Adolescent Health*;
- A statement of any potential conflict of interest, real or perceived, the role of the study sponsor, and additional disclosures, if any; potential conflicts must also appear on the Title Page

Submit your article

Referees

To assist with a prompt, fair review process, authors are asked to provide the names, institutional affiliations, and e-mail addresses of 5 potential reviewers who have the appropriate expertise to evaluate the manuscript. Failure to provide 5 potential reviewers may result in delays in the processing of your manuscript. Do not refer

potential reviewers with whom you have a current or past personal or professional relationship. Do not recommend members of the *Journal's* editorial board. Authors may also provide the names of persons who should not be asked to review the manuscript. Ultimately, the editors reserve the right to choose reviewers.

Proprietary Products

Authors should use nonproprietary names of drugs or devices unless mention of a manufacturer is pertinent to the discussion. If a proprietary product is cited, the name and location of the manufacturer must also be included.



Preparation

Use of word processing software

It is important that the file be saved in the native format of the word processor used. The text should be in single-column format. Keep the layout of the text as simple as possible. Most formatting codes will be removed and replaced on processing the article. In particular, do not use the word processor's options to justify text or to hyphenate words. However, do use bold face, italics, subscripts, superscripts etc. When preparing tables, if you are using a table grid, use only one grid for each individual table and not a grid for each row. If no grid is used, use tabs, not spaces, to align columns. The electronic text should be prepared in a way very similar to that of conventional manuscripts (see also the Guide to Publishing with Elsevier: <http://www.elsevier.com/guidepublication>). Note that source files of figures, tables and text graphics will be required whether or not you embed your figures in the text. See also the section on Electronic artwork.

To avoid unnecessary errors you are strongly advised to use the 'spell-check' and 'grammar-check' functions of your word processor.

Article structure

Subdivision

Divide your article into clearly defined sections. Each subsection is given a brief heading. Each heading should appear on its own separate line. Subsections should be used as much as possible when cross-referencing text: refer to the subsection by heading as opposed to simply 'the text.'

The text of Original Articles and Briefs should usually, but not necessarily, be divided into the following sections: Introduction, Methods, Results, and Discussion. Additionally, the *Journal* requests an Implications and Contribution summary statement.

Implications and Contribution: In addition to the abstract, please include a summary statement at the beginning of your manuscript. This summary should be no more than 50 words in length and should describe the significance of your study's findings and its contribution to the literature in plain language. These summaries appear on the published articles and in various digests and newsletters.

Introduction: The introduction should clearly state the purpose(s) of the article and

summarize the rationale for the study of observation. Please do not include an "Introduction" heading, just text. Only pertinent references should be used.

Methods: The selection of observational or experimental subjects (patients or experimental animals, including controls) should be clearly described in the Methods section. The methods, apparatus, and procedures used should be described in enough detail to allow other workers to reproduce the results. References should be provided for established methods, including statistical methods. Methods that are not well known should be concisely described with appropriate references. Any new or substantially modified method(s) should be carefully described, reasons given for its use, and an evaluation made of its known or potential limitations. All drugs and chemicals used should be identified by generic name(s), dosage(s), and route(s) of administration. The numbers of observations and the statistical significance of findings should be included when appropriate. Patients' names, initials, or hospital numbers should not be used.

*Note that when reporting experiments utilizing human subjects, approval of the protocol by the sponsoring Institution's Committee on Human Subjects or its equivalent must be stated explicitly within the Methods section of the manuscript. In addition, the protocol for obtaining informed consent should be briefly described.

Results: Results should be presented in a logical sequence in the text, table(s), and illustration(s). Only critical data from the table(s) and/or illustration(s) should be repeated in the text.

Discussion: Emphasis in the Discussion section should be placed on the new and important aspects of the study and the conclusions that can be drawn. Detailed data from the results section should not be repeated in the discussion. The discussion should include the implications and limitations of the findings and should relate the observations to other relevant studies. The link between the conclusion(s) and the goal(s) of the study should be carefully stated, avoiding unqualified statements and conclusions not completely supported by the data. The author(s) should avoid claiming priority and alluding to work that has not yet been completed. New hypotheses, when stated, should be clearly identified as such. Recommendations, when appropriate, may be included.

Grammar, punctuation, and scientific writing style should follow the *AMA Manual of Style*, 10th edition.

Appendices

If there is more than one appendix, they should be identified as Appendix A, Appendix B, etc. Tables and figures in appendices should be given separate numbering: Table A1, Fig. A1, etc.

Essential Title Page Information

- **Title.** Concise and informative (titles are limited to 150 characters). Titles are often used in information-retrieval systems. Avoid abbreviations and formulae where

possible.

- *Author names and affiliations.* Where the family name may be ambiguous (e.g., a double name), please indicate this clearly. Include the full names of all authors, as well as the highest academic degrees (excluding bachelor-level degrees) and the departmental and institutional affiliation of each. Please note that the *Journal* does not list fellowships of professional or certifying organizations as credentials. Relevant sources of financial support and potential conflicts of interest should be reported for all authors. Present the authors' affiliation addresses (where the actual work was done) below the names. Indicate all affiliations with a lower-case superscript letter immediately after the author's name and in front of the appropriate address. Provide the full postal address of each affiliation, including the country name and, if available, the e-mail address of each author.

- *Corresponding author.* Clearly indicate who will handle correspondence at all stages of refereeing and publication, also post-publication. Ensure that phone and fax numbers (with country and area code) are provided in addition to the e-mail address and the complete postal address. Contact details must be kept up to date by the corresponding author.

- *Present/permanent address.* If an author has moved since the work described in the article was done, or was visiting at the time, a 'Present address' (or 'Permanent address') may be indicated as a footnote to that author's name. The address at which the author actually did the work must be retained as the main, affiliation address. Superscript Arabic numerals are used for such footnotes.

- *Acknowledgments.* The title page should also include an Acknowledgments section, listing any sources of support such as grants, equipment, or drugs; and any acknowledgments of persons who have made a substantive contribution to the study. Authors should obtain written permission from anyone that they wish to list in the Acknowledgments section. The corresponding author must also affirm that he or she has listed everyone who contributed significantly to the work in the Acknowledgments. Previous oral or poster presentations at local, regional, national or international meetings should be reported here.

Authorship Criteria

As a condition of authorship, all named authors must have seen the final draft of the manuscript, approve of its submission to the *Journal*, and be willing to take responsibility for it in its entirety.

All named authors must complete a signed Statement of Authorship. The *Journal's* Statement can be downloaded in PDF format

at http://cdn.elsevier.com/promis_misc/jah_soa.pdf. We prefer an electronic copy of the statement: please electronically sign the PDF using Acrobat or print the PDF, sign it by hand, and scan it. Completed forms should be uploaded with your manuscript submission. We can also receive statements by email at jaheditorial@ucsf.edu or by fax at (415) 476-6106, though it may delay processing of your manuscript.

If there are concerns about how all persons listed as authors meet the criteria for authorship according to the *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication* available at www.icmje.org, we will request further information from the corresponding author and, if necessary, request written documentation of each person's work on the report. The *Journal* does not list corporate authors, such as research networks, professional societies, or think tanks. Only individuals meet the *Journal's* criteria for authorship. The names, along with any conflicts of interest, funding sources, and industry-relation, of persons who have contributed substantially to a study but who do not fulfill the criteria for authorship are to be listed in the Acknowledgments section. This section should include individuals who provided any writing, editorial, statistical assistance, etc.

Abstract

A concise and factual abstract is required. The abstract should state briefly the purpose of the research, the principal results and major conclusions. An abstract is often presented separately from the article, so it must be able to stand alone. For this reason, References should be avoided, but if essential, then cite the author(s) and year(s).

The abstract should be provided in a structured table format with the following bolded headings: Purpose, Methods, Results, and Conclusions. Emphasis should be placed on new and important aspects of the study or observations. Only common and approved abbreviations are acceptable, and they must be defined at their first mention in the abstract itself. Three to 10 key words or short phrases should be identified and placed below the abstract. These key words will be used to assist indexers in cross-indexing the article and will be published with the abstract. For this, terms from the Medical Subject Headings list in the Index Medicus should be used whenever possible.

Graphical abstract

Although a graphical abstract is optional, its use is encouraged as it draws more attention to the online article. The graphical abstract should summarize the contents of the article in a concise, pictorial form designed to capture the attention of a wide readership. Graphical abstracts should be submitted as a separate file in the online submission system. Image size: Please provide an image with a minimum of 531 × 1328 pixels (h × w) or proportionally more. The image should be readable at a size of 5 × 13 cm using a regular screen resolution of 96 dpi. Preferred file types: TIFF, EPS, PDF or MS Office files. See <http://www.elsevier.com/graphicalabstracts> for examples.

Authors can make use of Elsevier's Illustration and Enhancement service to ensure the best presentation of their images and in accordance with all technical requirements: [Illustration Service](#).

Highlights

Highlights are mandatory for this journal. They consist of a short collection of bullet

points that convey the core findings of the article and should be submitted in a separate editable file in the online submission system. Please use 'Highlights' in the file name and include 3 to 5 bullet points (maximum 85 characters, including spaces, per bullet point). See <http://www.elsevier.com/highlights> for examples.

Abbreviations

Authors should provide a list of abbreviations on the title page. All acronyms in the text should be expanded at first mention, followed by the abbreviation in parentheses. The acronym may appear in the text thereafter. Do not use abbreviations in the title. Acronyms may be used in the abstract if they occur 3 or more times therein. Generally, abbreviations should be limited to those defined in the *AMA Manual of Style*, 10th edition.

Units

Follow internationally accepted rules and conventions: use the international system of units (SI). If other units are mentioned, please give their equivalent in SI.

Math formulae

Please submit math equations as editable text and not as images. Present simple formulae in line with normal text where possible and use the solidus (/) instead of a horizontal line for small fractional terms, e.g., X/Y. In principle, variables are to be presented in italics. Powers of e are often more conveniently denoted by exp. Number consecutively any equations that have to be displayed separately from the text (if referred to explicitly in the text)

Artwork

Electronic Artwork

General points

- Make sure you use uniform lettering and sizing of your original artwork.
- Embed the used fonts if the application provides that option.
- Aim to use the following fonts in your illustrations: Arial, Courier, Times New Roman, Symbol, or use fonts that look similar.
- Number the illustrations according to their sequence in the text.
- Use a logical naming convention for your artwork files.
- Provide captions to illustrations separately.
- Size the illustrations close to the desired dimensions of the printed version.
- Submit each illustration as a separate file.

A detailed guide on electronic artwork is available on our website:

<http://www.elsevier.com/artworkinstructions>

You are urged to visit this site; some excerpts from the detailed information are given here.

Formats

If your electronic artwork is created in a Microsoft Office application (Word, PowerPoint, Excel) then please supply 'as is' in the native document format. Regardless of the application used other than Microsoft Office, when your electronic

artwork is finalized, please 'Save as' or convert the images to one of the following formats (note the resolution requirements for line drawings, halftones, and line/halftone combinations given below):

EPS (or PDF): Vector drawings, embed all used fonts.

TIFF (or JPEG): Color or grayscale photographs (halftones), keep to a minimum of 300 dpi.

TIFF (or JPEG): Bitmapped (pure black & white pixels) line drawings, keep to a minimum of 1000 dpi.

TIFF (or JPEG): Combinations bitmapped line/half-tone (color or grayscale), keep to a minimum of 500 dpi.

Please do not:

- Supply files that are optimized for screen use (e.g., GIF, BMP, PICT, WPG); these typically have a low number of pixels and limited set of colors;
- Supply files that are too low in resolution;
- Submit graphics that are disproportionately large for the content.

Letters and symbols should be clear and even throughout and of sufficient size that when figures are reduced for publication (to approximately 3 inches wide), each item will still be legible. When symbols, arrows, numbers, or letters are used to identify parts of the illustrations, each should be identified and clearly explained in the legend.

If photomicrographs are to be submitted, the requirements for their presentation should be obtained from the Editor-in-Chief prior to submission.

If photographs of persons are used, either the subjects must not be identifiable or their pictures must be accompanied by written permission to publish the photograph.

If an illustration has been published, the original source must be acknowledged and accompanied by written permission from the copyright holder to reproduce the material. Permission is required regardless of authorship or publisher except for documents in the public domain.

Color artwork

Please make sure that artwork files are in an acceptable format (TIFF (or JPEG), EPS (or PDF), or MS Office files) and with the correct resolution. If, together with your accepted article, you submit usable color figures then Elsevier will ensure, at no additional charge, that these figures will appear in color online (e.g., ScienceDirect and other sites) regardless of whether or not these illustrations are reproduced in color in the printed version. For color reproduction in print, you will receive information regarding the costs from Elsevier after receipt of your accepted article. **Please indicate your preference for color: in print or online only.** For further information on the preparation of electronic artwork, please see <http://www.elsevier.com/artworkinstructions>.

Please note: Because of technical complications that can arise by converting color figures to 'gray scale' (for the printed version should you not opt for color in print) please submit in addition usable black and white versions of all the color illustrations.

Illustration services

Elsevier's WebShop (<http://webshop.elsevier.com/illustrationservices>) offers Illustration Services to authors preparing to submit a manuscript but concerned about the quality of the images accompanying their article. Elsevier's expert illustrators can produce scientific, technical and medical-style images, as well as a full range of charts, tables and graphs. Image 'polishing' is also available, where our illustrators take your image(s) and improve them to a professional standard. Please visit the website to find out more.

Figure captions

Ensure that each illustration has a caption. Supply captions separately, not attached to the figure. A caption should comprise a brief title (not on the figure itself) and a description of the illustration. Keep text in the illustrations themselves to a minimum but explain all symbols and abbreviations used.

Tables

Tables should be submitted as separate and individual files. Number tables consecutively in accordance with their appearance in the text. Each table should be given a brief title; explanatory matter should be placed in a table footnote. Place footnotes to tables below the table body and indicate them with superscript lowercase letters. Any nonstandard abbreviation should be explained in a table footnote. Avoid vertical rules. Be sparing in the use of tables and ensure that the data presented in tables do not duplicate results described elsewhere in the article. Statistical measures should be identified as measures of variation such as SD or SEM. If data from another published or unpublished source are used, permission must be obtained and the source fully acknowledged. EES will accept files from a wide variety of table-creation software.

References

Citation in Text

Authors are responsible for the accuracy of references. References should be numbered consecutively in the order in which they are first mentioned in the text. References cited only in tables or figure captions should be numbered in accordance with the sequence established by the first identification in the text of the particular table or figure. Identify references in text, tables, and captions by Arabic numerals in brackets. Please ensure that every reference cited in the text is also present in the reference list (and vice versa). Any references cited in the abstract must be given in full. An effort should be made to avoid using abstracts as references. Unpublished observations and personal communications are not acceptable as references, although references to written, not verbal, communications may be inserted into the text in

parentheses. Citation of a reference as 'in press' implies that the item has been accepted for publication. References to manuscripts accepted but not yet published should designate the journal followed by (in press). All references must be verified by the authors against the original documents.

Reference links

Increased discoverability of research and high quality peer review are ensured by online links to the sources cited. In order to allow us to create links to abstracting and indexing services, such as Scopus, CrossRef and PubMed, please ensure that data provided in the references are correct. Please note that incorrect surnames, journal/book titles, publication year and pagination may prevent link creation. When copying references, please be careful as they may already contain errors. Use of the DOI is encouraged.

Reference style

The titles of journals should be abbreviated according to the style used in the list of Journals Indexed for MEDLINE, posted by the NLM on the Library's web site, ⇨ <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>. Reference style should follow that of the *AMA Manual of Style*, 10th edition, as shown in the following examples:

Journals

1. *Standard journal article:*

References should list all authors when four or fewer; when more than four, only the first three should be listed, followed by 'et al.'

Aalsma MA, Tong Y, Wiehe SE, et al. The impact of delinquency on young adult sexual risk behaviors and sexually transmitted infections. *J Adolesc Health* 2010;46:17-24. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2009.05.018.

2. *Corporate Author:*

Center for Health Promotion and Education. Guidelines for effective school health education to prevent the spread of AIDS. *J Sch Health* 1988;58:142-8.

Books and Monographs

1. *Personal Author(s) :*

Romer D. *Reducing Adolescent Risk: Toward an Integrated Approach*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2003.

2. *Editor(s), Compiler(s), Chairman as Author(s) :*

Rosen DS, Rich M, eds. The adolescent male. In: *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews*. vol 14. Philadelphia, PA: Hanley & Belfus, 2003.

3. *Chapter in a Book:*

Marcell AV, Irwin CE Jr. Adolescent substance use and abuse. In: Finberg L, Kleinman RE, eds. *Saunders Manual of Pediatric Practice*. 2nd ed. Philadelphia, PA: WB Saunders, 2002:127-139.

4. *Agency Publication:*

America's Children: Key National Indicators of Well-Being 2009. Washington, DC: Federal Interagency Forum on Child and Family Statistics, 2009.

Web sites

World Health Organization. Good information practice essential criteria for vaccine safety web sites. Available at: http://www.who.int/vaccine_safety/good_vs_sites/en. Accessed January 13, 2010.

Video data

The *Journal of Adolescent Health* accepts video material and animation sequences to support and enhance your scientific research. Authors who have video or animation files that they wish to submit with their article are strongly encouraged to include links to these within the body of the article. This can be done in the same way as a figure or table by referring to the video or animation content and noting in the body text where it should be placed. All submitted files should be properly labeled so that they directly relate to the video file's content. In order to ensure that your video or animation material is directly usable, please provide the files in one of our recommended file formats with a preferred maximum size of 50 MB. Video and animation files supplied will be published online in the electronic version of your article on JAHOnline.org and Elsevier's ScienceDirect: <http://www.sciencedirect.com>. Please supply 'stills' with your files: you can choose any frame from the video or animation or make a separate image. These will be used instead of standard icons and will personalize the link to your video data. For more detailed instructions please visit our video instruction pages at <http://www.elsevier.com/artworkinstructions>. Note: since video and animation cannot be embedded in the print version of the journal, please provide text for both the electronic and the print version for the portions of the article that refer to this content.

Supplementary data

The *Journal of Adolescent Health* accepts electronic supplementary material to support and enhance your scientific research. Supplementary files offer the author additional possibilities to publish supporting applications, high-resolution images, background datasets, sound clips and more. Supplementary files supplied will be published online alongside the electronic version of your article on JAHOnline.org and Elsevier's ScienceDirect: <http://www.sciencedirect.com>. In order to ensure that your submitted material is directly usable, please provide the data in one of our recommended file formats. Authors should submit the material in electronic format together with the article and supply a concise and descriptive caption for each file. For more detailed instructions please visit our artwork instruction pages at <http://www.elsevier.com/artworkinstructions>.

Submission Checklist

The following list will be useful during the final checking of an article prior to sending it to the *Journal* for review. Please consult this Guide for Authors for further details of any item.

Ensure that the following items are present:

Cover letter

- **Disclosure of any prior publications or submissions with any overlapping information**
- **A statement that the work is not under consideration elsewhere**
- **Disclosure of any potential conflict of interest, real and perceived, for all named authors**
- **Names and contact information for 5 potential reviewers**

Statements of Authorship

- **Please submit a separate statement for each named author**

Title page

- **Article title**
- **Full names, academic degrees (Masters level and above), and affiliations of all authors**
- **Name, address, e-mail address, telephone and fax number of the corresponding author**
- **Sources of funding and acknowledgements of support and assistance**
- **Disclosure of potential conflicts, real and perceived, for all named authors**
- **Clinical trials registry site and number**
- **List of abbreviations**

Abstract

- **Structured for Original Articles and Briefs, summary for Review Articles and Clinical Observations**
- **List of keywords**

Manuscript

- **Please double-space**
- **Implications and Contributions statement**
- **IRB statement in the Methods section**
- **References should be in the correct format for this journal; all references mentioned in the Reference list are cited in the text, and vice versa**
- **Figure legends should be on a new page**
- **Manuscript has been 'spell-checked' and 'grammar-checked'**

Tables

- **Including title and footnotes, each saved as a separate document**

Figures

- **Each saved as a separate file, with captions**
- **Color figures are clearly marked as being intended for color reproduction on the Web (free of charge) and in print, or to be reproduced in color on the Web (free of charge) and in black-and-white in print; if only color on the Web is required, black-and-white versions of the figures are also supplied for printing purposes**
- **Permission has been obtained for use of copyrighted material from other sources**

(including the Web)

- Copies of prior and/or in press publications related to the current submission can be uploaded as separate files or e-mailed to the Managing Editor
- For any further information please visit our customer support site at <http://support.elsevier.com>.



After Acceptance

Use of the Digital Object Identifier

The Digital Object Identifier (DOI) may be used to cite and link to electronic documents. The DOI consists of a unique alpha-numeric character string which is assigned to a document by the publisher upon the initial electronic publication. The assigned DOI never changes. Therefore, it is an ideal medium for citing a document, particularly 'Articles in press' because they have not yet received their full bibliographic information. Example of a correctly given DOI (in URL format; here an article in the journal *Physics Letters B*):

<http://dx.doi.org/10.1016/j.physletb.2010.09.059>

When you use a DOI to create links to documents on the web, the DOIs are guaranteed never to change.

Proofs

One set of page proofs (as PDF files) will be sent by e-mail to the corresponding author (if we do not have an e-mail address then paper proofs will be sent by post) or, a link will be provided in the e-mail so that authors can download the files themselves.

Elsevier now provides authors with PDF proofs which can be annotated; for this you will need to download Adobe Reader version 9 (or higher) available free from <http://get.adobe.com/reader>. Instructions on how to annotate PDF files will accompany the proofs (also given online). The exact system requirements are given at the Adobe site: <http://www.adobe.com/products/reader/tech-specs.html>.

If you do not wish to use the PDF annotations function, you may list the corrections (including replies to the Query Form) and return them to Elsevier in an e-mail. Please list your corrections quoting line number. If, for any reason, this is not possible, then mark the corrections and any other comments (including replies to the Query Form) on a printout of your proof and return by fax, or scan the pages and e-mail, or by post. Please use this proof only for checking the typesetting, editing, completeness and correctness of the text, tables and figures. Significant changes to the article as accepted for publication will only be considered at this stage with permission from the Editor. We will do everything possible to get your article published quickly and accurately. It is important to ensure that all corrections are sent back to us in one communication: please check carefully before replying, as inclusion of any subsequent corrections cannot be guaranteed. Proofreading is solely your responsibility.

Offprints

The corresponding author, at no cost, will be provided with a personalized link providing 50 days free access to the final published version of the article on ScienceDirect. This link can also be used for sharing via email and social networks. For an extra charge, paper offprints can be ordered via the offprint order form which is sent once the article is accepted for publication. Both corresponding and co-authors may order offprints at any time via Elsevier's WebShop ([☞ http://webshop.elsevier.com/myarticleservices/offprints](http://webshop.elsevier.com/myarticleservices/offprints)). Authors requiring printed copies of multiple articles may use Elsevier WebShop's 'Create Your Own Book' service to collate multiple articles within a single cover ([☞ http://webshop.elsevier.com/myarticleservices/booklets](http://webshop.elsevier.com/myarticleservices/booklets)).



Author Inquiries

For inquiries relating to the submission of articles (including electronic submission) please send an email to jaheditorial@ucsf.edu. For detailed instructions on the preparation of electronic artwork, please visit [☞ http://www.elsevier.com/artworkinstructions](http://www.elsevier.com/artworkinstructions). Contact details for questions arising after acceptance of an article, especially those relating to proofs, will be provided by the publisher. You can track accepted articles at [☞ http://www.elsevier.com/trackarticle](http://www.elsevier.com/trackarticle). You can also check our Author FAQs at [☞ http://www.elsevier.com/authorFAQ](http://www.elsevier.com/authorFAQ) and/or contact Customer Support via [☞ http://support.elsevier.com](http://support.elsevier.com).

The open access publication fee for this journal is \$3,000, excluding taxes. Learn more about Elsevier's pricing policy: [☞ http://www.elsevier.com/openaccesspricing](http://www.elsevier.com/openaccesspricing)

Anexo E – Normas para submissão Cadernos de Saúde Pública

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Recomendamos instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em : recomendação específica para sua elaboração. ([Leia mais](#))

1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS
 - 1.1 - **Artigo:** resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras) dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois modelos: na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa;
 - 1.2 - **Revisão:** Revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à área de saúde pública (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). ([Leia mais](#));
 - 1.3 - **Ensaio:** texto original que desenvolve um argumento sobre temática de saúde pública (máximo de 6.000 palavras) ([Leia mais](#));
 - 1.4 - **Comunicação Breve:** relatando resultados preliminares de pesquisas originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras);
 - 1.5 - **Debate:** análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que sejam críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
 - 1.6 - **Seção temática:** seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem enviar o artigo para a seção temática de Saúde Coletiva (máximo de 1.700 palavras);
 - 1.7 - **Perspectivas:** análises de temas conjunturais, de interesse imediato para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);
 - 1.8 - **Questões Metodológicas:** artigos cujo foco é a discussão, comentários metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos quantitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo ao modelo de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);
 - 1.9 - **Resenhas:** resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de saúde pública (máximo de 1.200 palavras);
 - 1.10 - **Cartas:** crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.000 palavras)
2. NORMAS PARA ENVIO
 - 2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam publicados em outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no formulário de identificação da publicação ou submissão simultânea em outro periódico constante da submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constante do Cadernos de Saúde Pública.
 - 2.2 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês, Espanhol e Francês.
 - 2.3 - Notas de rodapé e anexos.
 - 2.4 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências.
 - 2.5 - Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para temas referentes ao artigo publicado.
3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS
 - 3.1 - Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem ser acompanhados do número e entidade de registro.
 - 3.2 - Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Internacional de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a serem publicados a International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE).
 - 3.3- As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:
 - [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
 - [ClinicalTrials.gov](#)
 - [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)
 - [Netherlands Trial Register \(NTR\)](#)
 - [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](#)
 - [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#)
4. FONTES DE

- 4.1 - Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.
- 4.2 - Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).
- 4.3 - No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.
5. **CONFLITO DE INTERESSES**
- 5.1 - Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.
6. **COLABORADORES**
- 6.1 - Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.
- 6.2 - Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.
7. **AGRADECIMENTOS**
- 7.1 - Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.
8. **REFERÊNCIAS**
- 8.1 - As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva ¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos (*Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos*).
- 8.2 - Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).
- 8.3 - No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.
9. **NOMENCLATURA**
- 9.1 - Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.
10. **ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS**
- 10.1 - A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na *Declaração de Helsinki* (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.
- 10.2 - Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.
- 10.3 - Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).
- 10.4 - Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.
- 10.5 - O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.
11. **PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE**
- 11.1 - Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do site do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.
- 11.2 - Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.
- 11.3 - Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".
- 11.4 - Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.
12. **ENVIO DO ARTIGO**
- 12.1 - A submissão online é feita na área restrita de gerenciamento de artigos <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".
- 12.2 - A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 - Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 - O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 - O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 - As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde [BVS](#).

12.7 - *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo em Português, Inglês e Espanhol. Cada resumo pode ter no máximo 1.100 caracteres com espaço.

12.8 - *Agradecimentos*. Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 - Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 - Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 - O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 - O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 - O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 - Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 - *Ilustrações*. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 - Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

12.17 - Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 - *Tabelas*. As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.19 - *Figuras*. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 - Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 - Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 - As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 - Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 - As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 - Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 - *Formato vetorial*. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 - *Finalização da submissão*. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 - *Confirmação da submissão*. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO

13.1 - O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO

14.1 - Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o link "Submeter nova versão".

15. PROVA

DE

15.1 - Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/>

15.2 - A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas devem ser enviadas à secretaria editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou pelo prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.

APÊNDICES

Apêndice A –Termo de consentimento livre e esclarecido (Artigo 2)

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA E INFORMADA APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO E GRUPO DE TRABALHO - JOVENS

De acordo com a resolução N° 196, de 10 de Outubro de 1996, Comitê Nacional de Saúde/
Ministério da Saúde

TÍTULO DA PESQUISA: **ESTRATÉGIAS PREVENTIVAS PARA
CONTROLE DA INICIAÇÃO E USO DE
TABACO POR ADOLESCENTES DO SEXO
FEMININO: UM ESTUDO QUASI
EXPERIMENTAL.**

NÚMERO DO PROTOCOLO NA COMISSÃO DE ÉTICA NA UAB: X070813006

INVESTIGADOR: Dra. Isabel Scarinci

FINANCIADOR: National Institute of Health (NIH – USA)

Explicação dos Procedimentos

O objetivo deste estudo é desenvolver e avaliar estratégias preventivas para o controle da iniciação e uso de tabaco por adolescentes do sexo feminino no ambiente escolar. Para tal, aplicaremos um questionário com adolescentes do sexo feminino com idades entre 12 e 14 anos para obter informações sobre perfil familiar, pensamentos sobre o uso do tabaco e estratégias para prevenir o uso de tabaco, e também realizaremos grupos de trabalho com adolescentes, pais e professores, para ao final elaborarmos, em conjunto, um programa de intervenção que seja eficaz para a prevenção da iniciação do uso de produtos de tabaco por adolescentes em idade escolar.

O que pediremos para você fazer: Como uma adolescente com idade entre 12 e 14 anos, você foi convidada a responder a um questionário que também será aplicado a outras adolescentes. Se você optar por participar, você responderá perguntas sobre suas características individuais (idade, raça/cor), familiares (renda familiar, perfil de tabagismo na família, percepção dos pais sobre tabagismo da filha), escolares (estratégias de promoção da saúde na escola focadas no controle de uso de tabaco) e comunitárias (amigos tabagistas, disponibilidade de acesso a produtos de tabaco nos arredores da escola). Você não é obrigada a responder as perguntas que você não quiser. O preenchimento do questionário terá a duração de aproximadamente 20 minutos.

O mesmo questionário será aplicado após 6 e 8 meses da primeira aplicação.

Além de responder ao questionário, você será convidada a participar de grupos de trabalho, onde você poderá dar a sua opinião sobre seus interesses, seus hábitos para se manter

saudável, e sobre como seria para você um programa de intervenção eficaz para a prevenção da iniciação do uso de produtos de tabaco por adolescentes em idade escolar.

Em conjunto com o grupo, composto também por pais e professores, pensaremos na delimitação dos objetivos desta intervenção, seleção de métodos e estratégias, desenho e organização do programa de intervenção, desenvolvimento de um plano de implementação e de um plano de avaliação da intervenção.

Riscos e Desconfortos

Os riscos em participar deste projeto são mínimos, uma vez que não envolve nenhum tipo de teste ou procedimento médico. Os riscos e desconforto em participar deste estudo não são maiores que os riscos e desconfortos do dia-a-dia.

Benefícios

Pode não haver nenhum benefício pessoal da sua participação nesta pesquisa; no entanto, esperamos que suas respostas nos ajudem a elaborar um novo programa para ajudar os jovens a desenvolver habilidades de liderança e se absterem de usar produtos do tabaco.

Alternativas

Uma vez que este estudo não oferece nenhum procedimento médico ou medicações, não há tratamento alternativo. Você poderá optar por não participar deste estudo.

Confidencialidade

A informação obtida sobre você neste estudo será mantida em sigilo, conforme previsto por lei. Nós não iremos compartilhar suas respostas com ninguém, nem mesmo com seus pais ou professores. Entretanto, Informações da pesquisa que possam lhe identificar poderão ser compartilhadas com o Comitê de Ética da University of Alabama at Birmingham, EUA, assim como outras entidades que são responsáveis pelo cumprimento da lei no que diz respeito à pesquisa incluindo pessoas, do Instituto Nacional de Saúde nos Estados Unidos e o Departamento de Proteção de Participantes em Pesquisa (OHRP) nos Estados Unidos; e a Universidade brasileira que faz parte deste estudo – o Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Informações sobre a sua participação serão utilizadas apenas para fins de pesquisa, do ensino e divulgação científica. No entanto, sua identidade não será divulgada. Se for do seu interesse, você poderá receber uma cópia dos resultados deste estudo ligando para a Dra. Simone Tetu Moysés, no telefone (41) 9957-2108.

Recusa ou Desistência sem penalidade

A participação neste estudo é de sua escolha. Não há nenhuma penalidade se você decidir não participar do estudo. Se você decidir não participar deste estudo você não perderá nenhum benefício que lhe é de direito. Você está livre para desistir deste estudo a qualquer momento. Sua escolha de sair do estudo não prejudicará a sua relação com a University of Alabama at Birmingham ou com a Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Custo da Participação

Não há nenhum custo para você participar desta pesquisa.

Pagamento para participação na Pesquisa

Não haverá nenhum tipo de remuneração para participação nesta pesquisa. A participação é voluntária.

Perguntas

Se você tiver qualquer pergunta sobre este estudo, por favor, entre em contato com a Dra. Simone Tetu Moysés pelo telefone (41) 9957-2106, ou com a Dra. Isabel Scarisci, pelo telefone (00 peradora) (1) (205) 975-7177. A Dra. Isabel Scarinci está nos Estados Unidos, e seu telefonema para ela será de longa distância internacional. Entretanto, a Dra. Simone Moysés está em Curitiba.

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante da pesquisa, você poderá entrar em contato com a Sra. Sheila Moore, Diretora do escritório do Comitê de Ética na UAB, no número (00 operadora) (1) (205) 934-3789, de Segunda a Sexta-feira, das 08:00h às 17:00h. Esta seria uma ligação internacional. Ou então, você poderá fazer uma ligação local para (41) 3271-2292 e falar com o Prof. Dr. Sérgio S. de Siqueira, que é a pessoa indicada pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Seus Direitos

Participando deste estudo você não estará abrindo mão dos seus direitos ou outros benefícios já adquiridos anteriormente.

Assinaturas

Você está tomando uma decisão se quer ou não que sua filha participe deste estudo. Sua assinatura indica que você leu (ou alguém leu para você) as informações prestadas acima e decidiu permitir que sua filha participe. Você receberá uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

ASSINATURA DO PAI OU REPRESENTANTE LEGAL AUTORIZADO Data

ASSINATURA DA TESTEMUNHA Data

ASSINATURA DA PESSOA OBTENDO O CONSENTIMENTO Data
(caso não seja o pesquisador)

Assinatura da criança / menor

_____ (nome da criança/menor) concordou
participar da pesquisa intitulada “Estratégias Preventivas para Controle da Iniciação e Uso de
Tabaco por Adolescentes do Sexo Feminino: Um Estudo Quasi Experimental”

ASSINATURA DA CRIANÇA/MENOR Data

Revisado por:

ASSINATURA DO PESQUISADOR PRINCIPAL REVISANDO O TERMO DE
CONSENTIMENTO

DATA:

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Artigo 3

_____ (nome completo do estudante), _____ anos (idade), _____ (nacionalidade), estudante, residente em _____ (endereço) e de RG _____, neste ato representado por mim, _____ (nome completo do responsável), _____ anos (idade), _____ (nacionalidade), _____ (parentesco com o estudante) _____ (estado civil), e de RG _____, está sendo convidado a participar de um estudo denominado “Resiliência Juvenil: Fator de Proteção ao Tabagismo Feminino”, cujo objetivo é construir um programa de prevenção ao uso do tabaco por adolescentes, do sexo feminino na faixa etária de 12 a 14 anos, com base na visão das próprias adolescentes não fumantes. Resiliência ao tabaco significa a capacidade que as pessoas apresentam em não se deixar convencer a ter o hábito de fumar. Por isso se torna importante saber de minha representada quais são esses fatores para se construir o programa de prevenção para adolescentes.

A participação da estudante refere-se à participação em grupos onde será abordado temas sobre o que a jovem considera uma família, amigos, escola e vizinhança ideais, para uma menina não fumar.

Os avanços na área das ciências ocorrem através de estudos como este, por isso a participação da sua representada é importante para nós.

Fui alertado de que, da pesquisa a se realizar, posso esperar que a participação da minha representada contribua para a elaboração de um programa de prevenção ao uso do tabaco na faixa etária de 12 a 14 anos.

Estou ciente de que as reuniões dos grupos serão gravadas e filmadas, posteriormente transcritas e destruídas após realização da pesquisa.

Recebi, por outro lado, esclarecimentos de que os riscos ou desconfortos decorrentes do estudo podem se referir à adolescente ficar inibida em participar do grupo, e os benefícios serão relacionados a um melhor conhecimento a respeito da prevenção ao uso do tabaco na população adolescente em geral. A partir dos resultados encontrados na pesquisa, as adolescentes poderão participar de ações de prevenção ao uso do tabagismo mais efetivas.

Estou ciente de que sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, a identificar, será mantido em sigilo.

Também fui informado de que pode haver recusa à participação da minha representada no estudo, ou retirada do meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar.

As pesquisadoras envolvidas com o referido projeto são Edeny Aparecida Terra Loyola com quem poderei manter contato pelo telefone (41) 8853-6598 e Profª Simone Tetu Moysés/ telefone (41) 9957-2108. É assegurada a assistência da minha representada durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas conseqüências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da sua participação.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, autorizo a participação da minha representada na pesquisa, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação.

Caso ocorra algum dano decorrente da participação no estudo, esta será devidamente indenizada conforme determina a lei.

Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo devo ligar para o CEP PUCPR (41) 3271-2292 ou mandar um *email* para nep@pucpr.br

Curitiba, _____ de _____ de 2012

(assinatura e RG do representante legal do sujeito da pesquisa)

Edeny Aparecida Terra Loyola
Pesquisadora responsável

Prof. Simone Tetu Moyses
Orientador

Apêndice C - Questionário autoaplicável

REDE PARANAENSE PARA CONTROLE DO TABACO EM MULHERES QUESTIONÁRIO PARA ADOLESCENTES

Data	Código da escola	Tipo 1. Pública 2. Privada	Código da adolescente
------	------------------	----------------------------------	-----------------------

1. Série: _____

2. Idade: _____

3. Qual a sua raça/cor:

Branca

Preta

Amarela

Parda

Indígena

4. Você já repetiu de ano alguma vez?

Sim

Não

5. Com quem você mora?

6. Quantas pessoas moram na sua casa, contando com você? _____ pessoas

7. Quantas dessas pessoas trabalham? _____

8. Qual a renda de sua família?

Até R\$ 699,00

Entre R\$700,00 e R\$1.399,00

Entre R\$1.400,00 até R\$3.500,00

Mais que R\$3.500,00

9. Qual a escolaridade da sua mãe?

Nunca estudou

Ensino Fundamental

Ensino Médio

Ensino Superior

Não sei

11. Qual a escolaridade de seu pai?

Nunca estudou

Ensino Fundamental

Ensino Médio

Ensino Superior

Não sei

11. Alguém na sua casa fuma?

Sim - Quem? () pai () mãe () irmã () irmão () Outras pessoas _____

Não

12. Seus pais aprovariam que você fumasse?

Sim

Não

13. Sua(seu) melhor amiga(o) fuma?

Sim

Não

14. Você já experimentou cigarros industrializados, mesmo 1 ou 2 tragadas?

Sim

Não. PULE PARA A QUESTÃO 20

15. Quantos anos você tinha quando experimentou o primeiro cigarro industrializado?

_____ anos

16. Qual o principal motivo que a levou experimentar cigarros industrializados?

17. Você fumou cigarros um ou mais dias nos últimos 30 dias?

Sim. Quantos cigarros você fumou?

Fumei _____ cigarros por semana, OU

Fumei _____ cigarros por dia.

Não. PULE PARA A QUESTÃO 20.

18. Como você adquire cigarros?

Eu compro

Peço para alguém comprar para mim

Quando alguém me oferece

Pego escondido

Outro _____

19. Para você, quais são os benefícios do uso de cigarro?

20. Para você, quais são os inconvenientes do uso de cigarro?

21. Você reconhece alguma ação em sua escola para prevenir o uso de cigarros pelos alunos?

Sim

Não

Se sim, descreva estas ações:

22. É fácil conseguir cigarros ou outros produtos de tabaco nos arredores da sua escola?

Sim. Onde? _____

Não

ESCALA DE RESILIÊNCIA

Instruções para responder as questões 23 a 47

Marque cada alternativa usando pontuação de 1 a 5.

Responda todas as perguntas e marque somente uma resposta para pergunta

Pontuação

1. Discordo totalmente
2. Discordo
3. Neutro
4. Concordo
5. Concordo totalmente

		1	2	3	4	5
23	Quando eu faço planos, eu levo até o fim					
24	Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra					
25	Eu sou capaz de depender de mim mais que de qualquer outra pessoa					
26	Manter interesse nas coisas é importante para mim					
27	Eu posso estar por minha conta se eu precisar					
28	Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida					
29	Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação					
30	Eu sou amiga de mim mesma					
31	Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo					
32	Eu sou determinada					
33	Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas					
34	Eu faço as coisas um dia de cada vez					
35	Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes					
36	Eu sou disciplinada					
37	Eu mantenho interesse nas coisas					
38	Eu normalmente posso achar motivo para rir					
39	Minha crença em mim mesma me leva a atravessar tempos difíceis					
40	Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar					
41	Eu posso geralmente olhar uma situação em diversas maneiras					
42	Às vezes eu me obrigo fazer as coisas querendo ou não					
43	Minha vida tem sentido					
44	Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas					
45	Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída					
46	Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer					
47	Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim					