

Vulnerabilidade em saúde na região de fronteira e Habilidades Sociais de adolescentes

Health vulnerability in border region and Social Skills in adolescents

Rafael Corrêa^{1,2,3}; Carmem Beatriz Neufeld⁵; Margarida Gaspar de Matos⁴, Ana Maria de Almeida²

¹ University of Lisbon, Faculty of Human Kinetics, Lisbon, Portugal. ² University of São Paulo, Ribeirão Preto School of Nursing, São Paulo, Brazil. ³ FAG University Center, Cascavel Brazil. ⁴ University of Lisbon, Institute of Environmental Health, Lisbon, Portugal. ⁵ University of São Paulo, Faculty of Philosophy, Sciences and Languages of Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil.

RESUMEN

Introdução: Estudo buscou analisar a associação da vulnerabilidade em saúde na região de fronteira e as habilidades sociais de adolescentes.

Métodos: Estudo de coorte transversal realizado com 722 adolescentes. A relação da vulnerabilidade com as Habilidades Sociais foi analisada no grupo geral e estratificada por gênero. O Teste Chi-quadrado e a Regressão Logística Binomial foram usados.

Resultados: Demonstrou-se uma associação entre fatores de risco em saúde e as habilidades sociais de adolescentes, sendo relevantes: 1) O consumo de álcool, sentimento de solidão e envolvimento em brigas com o auto-controle; 2) Indicadores mais amplos de saúde sexual com as habilidades sociais; 3) O bullying, regulação parental com a empatia, e por fim 4) A atividade física, regulação parental com a desenvoltura social.

Conclusões: O estudo demonstra a associação entre o repertório de habilidades sociais e a vulnerabilidade em saúde de adolescentes em região de fronteira, apontando evidências de programas para futuras pesquisas.

PALAVRAS-CHAVE

Adolescência, Vulnerabilidade, Fatores de risco, Habilidades Sociais, Região de fronteira.

ABSTRACT

Introduction: The study sought to analyze the association between health vulnerability in the border region and the social skills of adolescents.

Methods: Cross-sectional cohort study carried out with 722 adolescents. The relationship between vulnerability and Social Skills was analyzed in the general group and stratified by gender. Chi-square Test and Binomial Logistic Regression were used.

Results: An association was demonstrated between health risk factors and adolescents' social skills, the following being relevant: 1) Alcohol consumption, feelings of loneliness and involvement in fights with self-control; 2) Broader indicators of sexual health with social skills; 3) Bullying, parental regulation with empathy, and finally 4) Physical activity, parental regulation with social resourcefulness.

Conclusions: The study demonstrates the association between the repertoire of social skills and the health vulnerability of adolescents in the border region, pointing to evidence of programs to instrument future research.

KEYWORDS

Adolescence, Vulnerability, Risk factors, Social Skills, Border region.

Recibido: 26/11/2022; aceptado: 01/12/2022

Correspondencia: Rafael Corrêa, Prof. Hélio Lourenço Street, 3900 - Monte Alegre Village, Ribeirão Preto - SP, 14040-902; (16) 3315-4321; E-mail: r.correa@edu.ulisboa.pt

Vulnerabilidade em saúde de adolescentes em região de fronteira

Estudos sobre vulnerabilidade demonstram uma diversidade de perspectivas, expressando a amplitude de um conceito que encontra-se em construção e que tem sido utilizado por vários campos da ciência (Schumann & Moura, 2015). Essa diversidade de significado do termo vulnerabilidade proporciona uma ampla possibilidade de utilização no campo da pesquisa, entretanto se corre o risco de perder o seu propósito pelo uso indiscriminado do termo na sociedade, por isso, se faz necessário o posicionamento teórico e conceitual para a definição do campo de estudo, metodologia e aplicação prática (Virokannas, et al., 2020; Herring, 2016).

Existem duas escolas predominantes no estudo da vulnerabilidade, a primeira defende uma visão mais ampla do termo, entendendo a vulnerabilidade como uma condição universal do ser humano (Carlson, 2014; Fineman, 2013; Jordan, 2008), enquanto a segunda demonstra interesse no estudo da vulnerabilidade com foco em regiões e grupos de pessoas que apresentam características em comum (Luna 2019; Clark & Preto, 2018; ten Have, 2014; (Buck et al., 2005; Buck et al., 2005).

Outros autores fazem uma distinção entre as duas abordagens enfatizando a questão inata e situacional, entendendo que a primeira busca identificar pessoas em uma condição permanente de risco, enquanto a segunda identifica situações específicas de exposição (Virokannas et al., 2020).

A concepção de vulnerabilidade como algo inato ao ser humano, muitas vezes, pode incorrer

em uma tentativa velada de justificar algumas limitações na estrutura de um sistema de atendimento a população. Nessa direção seria encorajado aos pesquisadores interrogar o primeiro conceito, buscando assim, fomentar a discussão para criação de mecanismos, medidas e indicadores sociais e de saúde que auxiliem na ampliação da compreensão do conceito de vulnerabilidade para um entendimento mais contextual (Schumann & Moura, 2015; Brown, 2011).

A discussão sobre a importância da definição da vulnerabilidade ocorre também a partir de duas esferas distintas, conceitual e prática, relatando que a resposta para as duas não é uma tarefa fácil. Na esfera conceitual é comumente utilizada a metáfora dos rótulos, buscando identificar populações específicas na tentativa de explicação de um problema mais complexo da sociedade, entretanto, essa definição acaba desconsiderando a quais vulnerabilidades o grupo está exposto e a sua relação com o contexto (Luna, 2019).

A diferenciação entre as questões teóricas e práticas da vulnerabilidade foram, inicialmente, analisadas a partir do campo da ética em pesquisa em direção ao campo das tecnologias de cuidado em saúde, entendendo que pessoas, populações e até mesmo países podem ser considerados como vulneráveis (ten Have, 2014). Essa concepção ainda avança no entendimento de que quanto maior a exposição a riscos físicos, psicológicos e sociais, entendidos como uma consequência da influência dos determinantes sociais da saúde, maior será a incapacidade de defender as próprias necessidades (Clark & Preto, 2018; Hurst, 2008).

Primeiramente, o conceito a partir da metáfora dos rótulos gera um estereótipo de um grupo de pessoas e essa compreensão acaba naturalizando a vulnerabilidade, criando uma visão estática e de difícil superação. O autor ainda destaca que se a vulnerabilidade é vista como um fato natural, ou seja, se o ser humano é vulnerável por natureza, não haveria a necessidade da realização de estudos e intervenções para um grupo específico de pessoas na sociedade (Luna, 2019).

Partindo para a análise da esfera estrutural ou funcional da vulnerabilidade, o mesmo autor utiliza a metáfora das camadas, reportando a vários estratos que poderiam ser adquiridos ou removidos a partir da relação do indivíduo com as condições do seu contexto. Essa compreensão permite a identificação das diferentes condições de vulnerabilidade em um mesmo grupo de pessoas, considerando as necessidades e recursos dos envolvidos, visando a criação de mecanismos de fortalecimento e empoderamento (Luna, 2019).

Na visão de Luna (2019), a vulnerabilidade deve ser analisada a partir de uma variedade de fatores, através da sua relação com o contexto e envolvendo várias áreas e em diferentes grupo e populações. O autor ainda identifica dois níveis de ação na esfera prática da vulnerabilidade: 1) identificação de estratos da vulnerabilidade; e 2) consideração de uma cascata de camadas envolvidas na situação. O segundo nível de ação compreende que a condição de vulnerabilidade está diretamente ligada a situação sócio-política, identificada por fatores originários e consequenciais.

Essa concepção da cascata de camadas é muito comum na área da saúde pública, que

compreende a vulnerabilidade a partir da epidemiologia social (Hutcheon & Lashewicz, 2014), buscando a relação através das condições do indivíduo com o contexto, relações que as políticas públicas teriam condições de priorizar e intervir (Luna, 2019).

Essa concepção vai ao encontro do entendimento da vulnerabilidade na América Latina, que a compreende a partir da ampliação da análise de questões referente a renda, bens e problemas sociais (Abramovay, 2002), conduzindo estudos que consideram a exposição das pessoas ao risco em saúde, através de um conjunto de aspectos individuais, coletivos e contextuais, resultando na maior suscetibilidade, a partir de uma maior ou menor disponibilidade de recursos em todas as esferas de proteção (Ayres, 2003).

A definição adotada por Ayres (2018; 2003; 2002) propõe que a vulnerabilidade deve ser entendida a partir de três componentes: o individual, o social e o programático, apresentados na Figura 1:

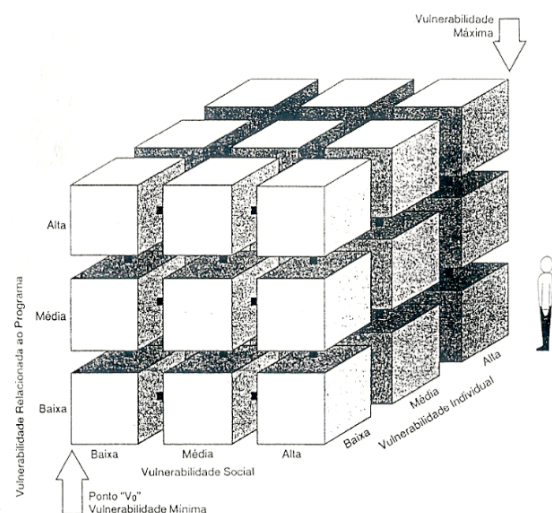


Figura 1. Esferas individual, social e programática do conceito de vulnerabilidade.

Fonte: Ayres, Paiva & França (2018).

O componente individual indica as características pessoais, comportamentais e relacionais, constituídas a partir do nível de informação que o indivíduo dispõe sobre a situação, auxiliando na capacidade de transformar as condições de risco em saúde em práticas protetoras para o bem-estar (Ayres, 2018; 2003; 2002).

O componente social corresponde à relação com o contexto social, como o acesso a educação, recursos materiais, meios de comunicação, etc, culminando na capacidade de influenciar na participação e no enfrentamento de barreiras sociais, culturais e políticas. Nessa dimensão incluem-se questões educacionais, econômicas, de segurança e de cidadania, exigindo um maior envolvimento em questões coletivas da sociedade (Ayres, 2018; 2003; 2002).

O componente programático da vulnerabilidade envolve uma leitura dos recursos mais estruturais e gerenciais relacionados às instituições públicas e privadas, direcionados a proteção dos riscos por meio de projetos, programas e políticas públicas de prevenção e promoção da saúde. Nesse ponto exige-se esforços de vários setores da sociedade (Ayres, 2018; 2003; 2002).

Considerando os três componentes, ainda é importante ressaltar algumas características do conceito de vulnerabilidade: Multidimensionalidade, que entende que em algumas condições de agravos demonstra-se maior ou menor vulnerabilidade; Continuidade, apresenta gradações de acordo com a exposição ao risco; e Variabilidade, sendo assim, as pessoas estão

vulneráveis a alguma situação, em certo ponto do tempo e do espaço (Brêtas, 2010).

O estudo utilizou o modelo de Ayres (2018; 2003, 2002) para compreensão da vulnerabilidade de adolescentes, permitindo realizar uma análise a partir da influência dos componentes individual e social, reconhecendo a influência dos determinantes sociais no processo saúde-doença especialmente diante das características relacionadas a região de fronteira. A Figura 2 apresenta as características geográficas da região de fronteira entre Brasil, Paraguai e Argentina.

A região de tríplice fronteira demonstra desafios a partir da influência da migração e o comércio entre os três países. Essas atividades comerciais normalmente ocorrem de maneira informal, por meio do transporte de produtos e serviços como bebidas alcóolicas, cigarros, *cannabis*, cocaína, produtos eletrônicos, armas, entre outros e, envolve crianças e adolescentes no processo de transporte e comercialização (Aguiar, 2012).

Essa dinâmica da tríplice fronteira proporciona aos adolescentes uma rápida ascensão financeira, entretanto os expõe a uma rede social que favorece o desenvolvimento de comportamentos de risco em saúde (Aguiar, 2012). Pesquisas apontam uma exposição dos adolescentes em região de fronteira a condições como violência, uso de álcool e tabaco (Priotto, et al., 2015; Priotto & Silva, 2019), iniciação sexual precoce (< 14 anos de idade) (Priotto et al., 2018) e episódios de *bullying* (Corrêa & Almeida, 2017).

Nessa relação pessoa-ambiente entende-se a adolescência como um período de desen-



Figura 2. Localização da tríplice fronteira Foz do Iguazu (Brasil), Puerto Iguazú (Argentina), Ciudad del Este (Paraguay).
Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2011). Instituto Geográfico Militar do Paraguai (2004). Secretaria de Turismo da Argentina (2007).

volvimento que está relacionado a maturação biológica, psicológica e relacional em que os indivíduos podem se expor a diferentes condições de vulnerabilidade em saúde. Nesse caso, se concebem várias condições para a definição do termo adolescência, considerando a relação com o contexto sociocultural e durante um período determinado no tempo histórico (Brêtas, 2010; Brasil, 2008).

Nesse caso, a adolescência foi relacionada por muitos anos com questões de risco em saúde, devido a comportamentos como iniciação sexual precoce (< 14 anos de idade), gravidez não planejada, uso e consumo excessivo de substâncias, *bullying*, violência, etc, aspectos considerados negativos no processo de desenvolvimento. Essa concepção segue

uma visão do estado de bem estar social, que planeja intervenções baseadas na diminuição dos riscos, entretanto se adotarmos o conceito de vulnerabilidade proposto por Ayres (2018; 2003, 2002) para compreender as experiências dos adolescentes, poderemos desenvolver intervenções mais amplas frente a esse desafio, incluindo aspectos gerais do contexto com questões emocionais, comportamentais e relacionais nessa faixa etária (Brêtas, 2010).

Nessa direção se entende que o estudo do risco social e de saúde na adolescência passa a se modificar com o passar do tempo, inicialmente baseou-se em questões socioeconômicas e de privação de direito, com o tempo se concebeu como algo ligado a interações sociais (Brêtas, 2010). Por esse motivo se jus-

tifica a intenção de estudar a vulnerabilidade integrada a atenção a saúde, pois a partir dessa definição, busca-se desenvolver pesquisas, programas e políticas públicas bem como alocar recursos respeitando a equidade social no cuidado em saúde (Clark & Preto, 2018; Brown 2011).

Pesquisas apresentam discussões de que enquanto permanecer hierarquia nas relações interpessoais e sociais existirá uma responsabilidade de cuidado e proteção da parte de quem dispõem de condições para prover esse cuidado (Clark & Preto, 2018; ten Have, 2014). Essa responsabilidade também foi analisada em documentos internacionais, sugerindo que investigadores, trabalhadores e gestores de saúde teriam essa função ética de elaborar propostas em direção as necessidades dos adolescentes (Public Health Agency of Canada, 2015).

Ainda na tentativa da compreensão da vulnerabilidade na adolescência autores apresentam três pontos importantes de reflexão: 1) a visão paternalista e opressora por meio do controle social, aumentando a estigmatização e exclusão de grupos específicos da população (Brown, 2011); 2) a dependência dos usuários ao sistemas de atendimento público, sendo que por outro lado, poderiam se focar nas possibilidades de mudança e autonomia (Fawcett, 2009); e 3) a "Agenda da redução da vulnerabilidade", buscando erradicar toda condição vulnerável, no intuito do desenvolvimento de seres humanos ideais e perfeitos (Clark & Preto, 2018).

Sendo assim o termo vulnerabilidade precisa ser utilizado com bastante cuidado e re-

flexão, porque a partir de sua definição estarão implicadas intervenções com indivíduos e populações (Piggott, 2015). Nesse sentido, a compreensão a partir da relação de fatores internos e externos dos adolescentes nos estimula a criar oportunidades na tentativa de diminuir a influência de fatores etiológicos na iniquidade em saúde tornando-os mais autônomos e integrados em questões da sociedade (Clark & Preto, 2018).

Habilidades Sociais na adolescência

As relações interpessoais na adolescência fazem parte do processo do desenvolvimento humano e apresentam uma relação entre vários contextos sociais como pares, família, escola e comunidade (Fogaça, et al., 2019; Nilsen, et al., 2018; Vera, et al., 2017; Del Prette & Del Prette, 2017a; Sklad, et al., 2012).

O termo habilidades sociais integra um vasto campo teórico e prático das ciências humanas, sendo a atuação mais específica na área da Psicologia. As habilidades sociais, por apresentarem contribuições para o desenvolvimento das relações interpessoais de adolescentes, têm sido discutidas amplamente no âmbito científico e no campo da educação e da saúde (Souza, et al., 2019; Tan, et al., 2018; Del Prette & Del Prette, 2017b).

Estudos têm apresentado resultados sobre a relevância das habilidades sociais e sua relação com indicadores de desenvolvimento socioemocional e bem-estar de adolescentes (Ximenes, et al., 2019; Akelaitis & Lisinskiene, 2018; Pereira-Guizzo, et al., 2018; Silva, et al., 2018; Romero-Olivaa et al., 2017; Uzunian & Vi-

talle, 2015; Lv & Takami, 2015; Holopainen, et al., 2012).

As habilidades sociais também apresentam evidências positivas, em estudos com adolescentes, demonstrando a sua função protetora para problemas de comportamento e transtornos psicológicos (Santana, et al., 2017; Stan & Beldean, 2014; Bolsoni-Silva & Loureiro, 2014; Feitosa, 2013). Por esse motivo, tem crescido o interesse de pesquisadores no aprofundamento de intervenções em habilidades e competências sociais para adolescentes. Entretanto, Del Prette & Del Prette (2017a) ressaltam a importância do caráter instrumental, considerando sim o impacto direta aos adolescentes, mas também apontam a responsabilidade do

compromisso ético dos estudos e suas contribuições para os diferentes contextos sociais envolvidos.

Além das evidências científicas, o termo habilidades sociais está relacionado com outros recursos teóricos do campo das relações interpessoais, que foram sendo aprimorados por meio de estudos teóricos e intervenções práticas, essa relação é apresentada na Figura 3:

De acordo com Del Prette & Del Prette (2017a) as habilidades sociais são aprendidas ao longo do desenvolvimento humano, expressões essas aceitas e apoiadas pelo contexto cultural na relação entre as pessoas, vindo a contribuir para o desenvolvimento da competência social, quando as condições ambien-

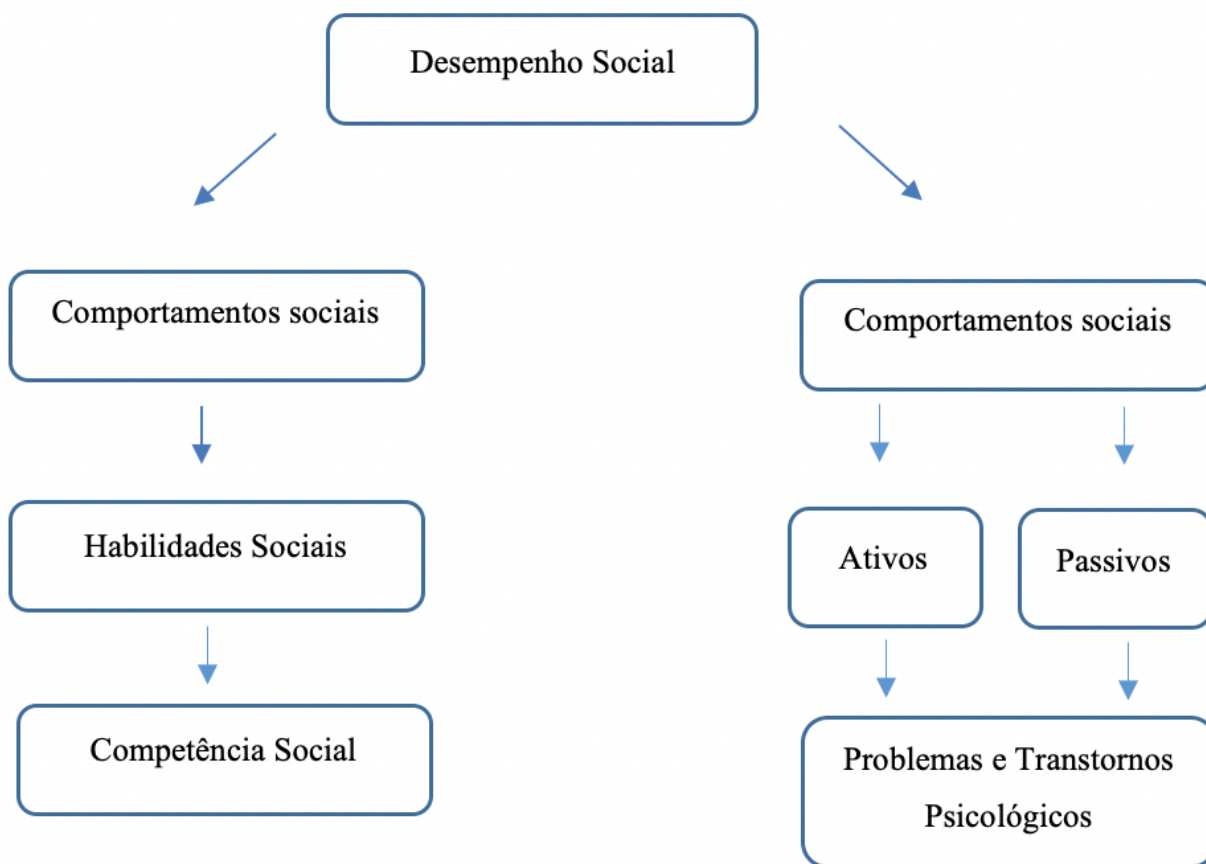


Figura 3. Classificação dos desempenhos sociais.
Fonte: Del Prette & Del Prette, 2017a.

tais são favoráveis. Entretanto, quando essas condições não são favoráveis ou as ações não recebem apoio do contexto sociocultural, desenvolvem-se *deficits* e como consequência os comportamentos sociais indesejáveis, necessitando de apoio terapêutico.

O desempenho social se refere a qualquer expressão de comportamentos nas relações interpessoais, incluindo os que favorecem e os que dificultam o processo de desenvolvimento e qualidade nos relacionamentos sociais. As competências sociais estão efetivamente relacionadas com o desempenho das habilidades sociais demonstradas a partir da expressão do pensamento, sentimento e comportamento de forma coerente, assumindo uma conotação avaliativa com o uso de critérios instrumentais e éticos. Dessa forma, o desempenho social é caracterizado por dois grupos de comportamentos sociais: 1) desejáveis, que auxiliam a competência social; e 2) indesejáveis, que desenvolvem problemas de comportamento e transtornos psicológicos (Del Prette & Del Prette, 2017b,c).

O grupo de comportamentos sociais indesejáveis é subdividido em ativos e passivos. O desempenho indesejável ativo é demonstrado por comportamentos como agressão verbal ou física (*bullying*), ingestão de álcool e outras substâncias, transtornos alimentares, iniciação sexual precoce e sem proteção, assim como outros comportamentos reprovados pela sociedade. O desempenho indesejável passivo, corresponde a reações de aceitação, evitação e conformismo, preditores de problemas emocionais e cognitivos como ansiedade, depressão, sedentarismo, etc. (Ismayilova & Terlikba-

eva, 2018; Curran, et al., 2016; Terroso, et al., 2016; Donola Cardoso & Malbergier, 2013).

Cabe aqui um destaque para a relevância da identificação dos tipos de *deficits* no processo de tomada de decisão para o desenvolvimento de ações e programas de intervenção em habilidades sociais para adolescentes. Essa definição de *deficits* ou prioridades também vem ao encontro da identificação de classes e subclasses das habilidades sociais integrada ao repertório geral dos adolescentes. As classes/ subclasses são apresentadas no Quadro 1.

Os *deficits* em habilidades sociais podem ser divididos em três tipos, independentes da faixa etária, entretanto costumam ser identificados na infância e adolescência, porque na fase adulta, normalmente os comportamentos são escondidos ou camuflados: 1) *Déficit* de aquisição: habilidade que ainda não foi integrada ao repertório geral de habilidades sociais, por falta de conhecimento ou aprendizagem; 2) *Déficit* de desempenho: habilidade que foi adquirida, mas o desempenho costuma ser baixo, não impactando na competência social; 3) *Déficit* de fluência: habilidade que é desempenhada com uma frequência, entretanto o resultado é abaixo do esperado no contexto, gerando um alto custo/ dificuldade do adolescente (Del Prette & Del Prette, 2017a,b).

Os indicadores de *deficits* costumam estar associados a comportamentos de risco em saúde e social como o uso/ abuso de álcool e outras substâncias, ansiedade, depressão, evasão escolar, dificuldades de inserção do mercado de trabalho etc., demonstrando como fator agravante o comprometimento

Quadro 1. Classes de habilidades sociais para adolescentes.

Classe/subclasse	Definição
Empatia	Identificação de problemas e reações emocionais nas outras pessoas, expressando entendimento, compreensão e suporte social.
Autocontrole	Reação emocional e comportamental equilibrada e socialmente coerente as situações sociais que normalmente geram sentimentos de desconforto, raiva ou humilhação.
Civilidade	Traquejo social através do cumprimento de padrões e normas básicas de convivência social.
Assertividade	Afirmação e posicionamento adequado com relação a proteção da própria opinião e defesa de direitos sociais e humanos.
Abordagem afetiva	Estabelecimento de contato afetivo e/ou sexual por meio de expressão de satisfação/ insatisfação aos contatos verbais e físicos.
Desenvoltura social	Exposição social através de conversas, encontros sociais e apresentação de trabalhos a uma audiência.

Fonte: Del Prette & Del Prette 2014.

de funções sociais adaptativas. Por outro lado, um repertório de habilidades sociais satisfatório pode ser identificado como um fator de proteção contra o desenvolvimento de problemas de comportamento e transtornos psicossociais (Nunes & Mota, 2017; Leme, et al., 2016; Wagner & Oliveira, 2009).

Estudos têm demonstrado que o treino de habilidades sociais para adolescentes pode ser um componente importante para a prevenção de transtornos psicológicos e problemas comportamentais, entretanto em outros contextos atua de forma complementar para recuperação de outros problemas relacionados as relações interpessoais e de risco em saúde (Pereira-Guizzo, et al., 2018; Silva, et al., 2018; Fekkes, et al., 2016; Uzunian & Vitale, 2015). Assim, a avaliação criteriosa do repertório de habilidades sociais deve nortear o planejamento de pesquisas e intervenções com adolescentes (Souza, et al., 2019).

Os programas de habilidades sociais buscam a superação de *déficits* e a prevenção de

comportamentos de risco em saúde e social, que em geral, são conduzidos no campo da educação e da saúde (de Mendonça Fernandes, et al., 2018; Del Prette & Del Prette, 2017c). Pesquisas brasileiras apontaram alguns aspectos relacionados aos estudos conduzidos para o desenvolvimento de habilidades sociais com adolescentes, alguns são destacados a seguir: necessidade de envolver a compreensão da influência do contexto social no desenvolvimento das habilidades e competências sociais (Longhini, et al., 2017; Biasotto, 2014); Necessidade de avaliação criteriosa de programas na área das habilidades sociais (Campos, et al., 2018; Murta, et al., 2013); Necessidade da utilização da teoria e prática do campo das habilidades sociais para aplicação em diferentes contextos e problemas (Leme, et al. 2015).

Em revisão da literatura nacional sobre intervenções em habilidades sociais para adolescentes identificou-se que ainda não foram desenvolvidos programas considerando as características estruturantes da teoria com es-

tratégias, técnicas e procedimentos rigorosos (Leme, et al., 2015; Leme, et al., 2016; Murta, et al., 2016; Murta, et al., 2009, 2013; Pereira-Guizzo, et al., 2018; Murta, et al., 2009a), o que já foi consolidado em pesquisas a nível internacional (Haug, et al., 2018; van der Stouwe, et al., 2018; Hau,g et al., 2017; Melnyk, et al., 2013; Roberts, et al., 2011).

Sendo assim, ainda existe uma lacuna na literatura brasileira sobre programas de habilidades sociais com desenhos experimentais ou quase experimentais direcionados especificamente para adolescentes que apresentem comportamentos de risco em saúde em região de fronteira, no entanto, pesquisas têm desenvolvido programas de intervenções em prevenção e promoção de saúde mental que incluem, outras estratégias em conjunto com as habilidades sociais (Silva, et al., 2018a; Silva, et al. 2018b; Del Prette & Del Prette, 2017c).

Essa concepção não restringe a importância da dimensão instrumental e funcional nas intervenções em habilidades sociais, na tentativa de responder a demandas individuais e de grupos específicos de adolescentes. Entretanto, considerando a dimensão ética, de direito social e de saúde, os programas em habilidades sociais poderiam estar relacionados com intervenções diretamente relacionadas a políticas públicas na tentativa de atender uma maior parcela da população de forma estruturada e cotinuada (Del Prette & Del Prette, 2017c; García-Poole, et al., 2018). Sendo assim, a hipótese desse estudo é que adolescentes que apresentam alta vulnerabilidade em saúde na região de fronteira demonstrariam um baixo repertório de habilidades sociais.

Método

Desenho do estudo

Estudo de corte transversal realizado com adolescentes da cidade de Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil. A pesquisa apresenta uma etapa descritiva e analítica, objetivando produzir um diagnóstico da situação da saúde populacional, descrever a distribuição e amplitude das condições de saúde dos adolescentes, fornecer dados para o planejamento, realização e avaliação de estratégias e projetos em saúde pública (Sitta et al., 2010).

Procedimento e participantes

O estudo foi autorizado pelo Núcleo Regional de Educação (NRE)/ Secretaria de Estado da Educação (SEED) e pelo Instituto Federal do Paraná (IFPR) - Campus Foz de Iguaçu. A coleta de dados foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) (CAAE 58652016.7.0000.0107) e posteriormente autorizado o uso do banco de dados pelo CEP da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP) (CAAE 02537118.1.0000.5393), resguardando as questões éticas relacionadas a integridade da participação dos adolescentes, conforme a Resolução nº 466/2012 Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012).

Os participantes foram adolescentes de 15 a 17 anos de idade, estudantes de colégios da rede pública de ensino na cidade de Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil. O processo de escolha dessa faixa etária e nível de escolarização envolveu a probabilidade aumentada da exposi-

ção dos adolescentes às vulnerabilidades em saúde (dos Reis et al., 2013).

A amostra foi composta por duas unidades de análises. De um total de 29 colégios estaduais, 27 ofereciam turmas de Ensino Médio (E.M.) e 2 de Ensino Técnico/ Profissionalizante (E.P). Uma unidade primária de análise (UPA) foi composta pelas salas de aulas, que foram representadas por conglomerados de tamanho desigual, sendo contabilizadas a partir de um total de 281 salas de aulas existentes. Para obter uma amostra homogênea optou-se por realizar uma amostra probabilística por conglomerados, selecionada proporcionalmente ao seu tamanho, compostos por uma média de nove *clusters* por escola, obtendo uma amostra de 40 salas de aulas.

Os adolescentes do Ensino Médio e Técnico/ Profissionalizante (E.M/ E.P) de colégios estaduais foram considerados unidades secundárias de análise (USA), em um total de 9.720 adolescentes matriculados no ano de 2016, uma média de 291 adolescentes por escola, foi realizada assim uma amostra aleatória simples (ASS). O grupo de adolescentes (*cluster*) foi selecionado a partir de um intervalo amostral a ser avaliado, posteriormente aleatorizado a partir de um número inicial e na sequência selecionados os *clusters*, considerando o número acumulado de adolescentes por salas de aulas. A amostra final foi de 743 adolescentes, incluindo três adolescentes a mais em comparação ao cálculo amostral (740), correção necessária considerando a partilha adequada da amostra, a partir do peso de cada conglomerado.

Considerando que a caracterização desse estudo prevê estimativas de parâmetro populacional em que a medida de proporção deve ser considerada para calcular o tamanho da amostra. Optou-se por uma frequência de desfecho na população alvo de 50%, devido a escassez de pesquisas relacionando a vulnerabilidade em saúde em região de fronteira e as habilidades sociais de adolescentes.

Uma medida de variabilidade foi considerada no cálculo do tamanho amostral, a partir de variáveis dicotômicas, tal medida foi calculada como $Var(X) = P(1 - P)$ em que $Var(X)$ corresponde a variância da variável dicotômica X , e P corresponde a proporção da população; partindo do princípio que o valor P é desconhecido buscou-se considerar a alternativa da estimativa da variância referente ao cenário em que se considera a máxima variabilidade; onde tal valor é atingido quando $P = 0,5$ (Luiz & Magnanini, 2000).

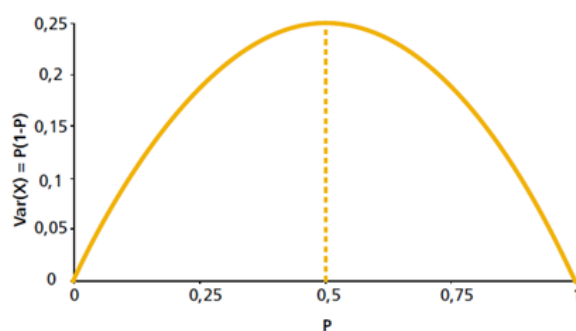


Figura 4. Variabilidade máxima obtida ao utilizar $p=0,5$.

O tamanho da amostra foi calculado pela fórmula abaixo, considerando que a diferença absoluta da proporção de interesse estimada e a proporção da população não deve ultrapassar $d=0,05$ (erro amostral) e uma probabilidade

de 95% (coeficiente de confiança), fazendo uso dessa alternativa para estimar a variabilidade (Szwarcwald & Damacena, 2008).

$$\text{Fórmula a) } n = \frac{z_{\alpha}^2 * (p * q)}{d^2} = \frac{1,96^2 * (0,5 * 0,5)}{0,05^2} \cong 384$$

Tamanho de amostra para proporção populacional
n = tamanho da amostra

z_{α} = valor crítico da distribuição normal padrão (1,96)

p = proporção esperada do desfecho na população

q = complemento da proporção do desfecho

d = erro amostral

Utilizou-se o valor *deff* (*design effect*) que corresponde a razão das imprecisões relacionadas as estimativas a partir da amostra aleatória simples (AAS). Esse valor foi utilizado a partir da necessidade da correção da amplitude da amostra a partir do tamanho dos conglomerados para garantir a precisão (Barros & Hirakata, 2003). Foi utilizado um tamanho médio de conglomerados (salas de aulas) de 35 adolescentes e um coeficiente de correlação interclasse estimado $\rho=0,045$, resultando em um *deff* de 1.928.

$$\text{Fórmula c) } n_c = n * deff = 384 * 1.928 = 740$$

Adaptação da amostra aleatória simples para amostra de conglomerados

n_c = amostra de conglomerados

deff = efeito do delineamento amostral

A Tabela 1 apresenta a relação dos colégios onde ocorreu a coleta de dados nos turnos da manhã, tarde e noite, de acordo com a descrição anterior.

Foi utilizada uma cota de 25% do valor representado por *cluster*, considerando ausên-

cias, desistências ou exclusão devido ao critério de inclusão da pesquisa.

De acordo com a descrição do processo de amostragem e reposição anterior a amostra final foi composta por 722 adolescentes, devido 13 ausências e 8 recusas em 5 colégios.

Instrumentos

Foi utilizado o questionário da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), versão 2015 (Brasil, 2016). A PeNSE é uma pesquisa populacional realizada com adolescentes brasileiros em parceria entre o Ministério da Educação (MEC) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (Oliveira, et al., 2017). O questionário é autoaplicável, composto por 105 questões, abordando indicadores de risco e proteção em saúde do adolescente. Este estudo utilizou os seguintes grupo de fatores: condições sociodemográficas, comportamento alimentar, atividade física, uso de cigarro, álcool, droga ilícitas, situações vivenciadas em casa e na rua, saúde sexual e reprodutiva, segurança, imagem corporal, saúde mental e uso de serviço de saúde.

O outro instrumento utilizado foi o Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes (IHSA-Del Prette) (Del Prette & Del Prette, 2014). O inventário de auto-reporte é composto por 38 afirmativas divididas em seis subescalas: F1 – Empatia; F2 – Autocontrole; F3 – Cívildade; F4 – Assertividade; F5 - Abordagem Afetiva e F6 – Desenvoltura Social e Habilidades Sociais Totais. As questões são apresentadas em uma escala tipo Likert de 0 a 4 pontos identificando a frequência e a dificuldade do comportamento analisado. O instrumento apresentou

Tabela 1. Relação dos colégios, salas de aula, turno, número de adolescentes participantes e reposição. Foz do Iguaçu-PR, Brasil. 2016.

N	Colégio	Série	Turma	Turno	nº alunos	nº rep
1	A.S., (E.F./ E.M.)	1º	A	Manhã	16	4
2	A.B., (E.F./ E.M.)	1º	A	Manhã	19	5
2	A. B., (E.F./ E.M.)	3º	B	Manhã	19	5
2	A. B., (E.F./ E.M.)	2º	B	Noite	21	5
3	A. S. S., (E.F./ E.M.)	1º	C	Manhã	17	4
3	A. S. S., (E.F./ E.M.)	2º	B	Noite	19	5
4	B. M., (E.F./ E.M.)	2º	A	Manhã	18	5
4	B. M., (E.F./ E.M.)	1º	A	Noite	21	5
6	C. D. A., (E.F./ E.M.)	1º	B	Noite	17	4
8	C. B., (E.F./ E.M.)	1º	A	Manhã	17	4
8	C. B., (E.F./ E.M.)	1º	B	Manhã	16	4
8	C. B., (E.F./ E.M.)	3º	B	Manhã	23	6
9	C. I., (E.F./ E.M.)	2º	A	Noite	20	5
10	C. E. E. P. M. M. P. (E.F./ E.M./ P)	3	TEC	Noite	7	2
11	C. S., (E.F./ E.M.)	1º	A	Noite	21	5
13	F. W., (E.F./ E.M./ P)	1º	D	Noite	29	7
13	F. W., (E.F./ E.M./ P)	3º	A	Manhã	22	6
12	M.G., - E.F. E.M. P.	3º	A	Manhã	19	5
14	I. F.T.P (E.F./ E.M./ P)	1º	TEC	Manhã	18	5
15	I. R., (E.F./ E.M.)	1º	B	Manhã	19	5
16	J. S., (E.F./ E.M./ P)	1º	B	Manhã	18	5
16	J. S., (E.F./ E.M./ P)	2º	D	Noite	21	5
17	J. K. O., (E.F./ E.M.)	2º	A	Manhã	20	5
17	J. K. O., (E.F./ E.M.)	3º	A	Noite	18	5
18	M. C. P., (E.F./ E.M.)	1º	C	Noite	17	4
19	P. F., (E.F./ E.M.)	1º	A	Manhã	20	5
19	P. F., (E.F./ E.M.)	2º	A	Noite	18	5
20	D. P. II, (E.F./ E.M.)	2º	A	Manhã	19	5
20	D. P. II, (E.F./ E.M.)	2º	B	Noite	18	5
21	P., (E.F./ E.M.)	1º	C	Manhã	15	4
22	R. B., (E.F./ E.M./ P)	2º	B	Manhã	20	5
23	S. M., (E.F./ E.M./ P)	1º	C	Noite	16	4
24	T., (E.F./ E.M.)	1º	D	Manhã	19	5
24	T., (E.F./ E.M.)	2º	A	Noite	20	5
25	T. A. N., (E.F./ E.M.)	2º	A	Manhã	15	4
25	T. A. N., (E.F./ E.M.)	3º	B	Noite	20	5
26	T. S., (E.F./ E.M.)	1º	A	Noite	15	4
27	T. F., (E.F./ E.M.)	3º	A	Manhã	19	5
28	U. G., (E.F./ E.M./ P)	1º	A	Manhã	17	4
Total					743	190

uma consistência interna de 0,82 (Leme, et al., 2016).

A digitação foi realizada em um processo de dupla digitação dos questionários. Para análise e correção entre os digitadores foi utilizado o coeficiente *Kappa*, buscando atingir 100% de concordância.

Análise dos dados

O processo de análise dos dados foi realizado utilizando a estatística descritiva buscando caracterizar a distribuição da população estudada, resultando em tabelas de frequência e porcentagem para os fatores do estudo, no grupo total e por gênero.

Para analisar a relação entre a vulnerabilidade em saúde e as habilidades sociais de adolescentes utilizou-se o teste Qui-quadrado. Para os fatores que apresentaram relação significativa nas análises bivariadas, utilizou-se a Regressão Logística Binomial para análise do impacto das variáveis independentes na frequência e dificuldade das habilidades sociais, utilizando o método "ENTER".

Todos os testes realizados levaram em consideração um *alfa* (α) bidirecional de 0,05 e intervalo de confiança (IC) de 95%. Os programas utilizados foram SPSS 27 (*Statistical Package for the Social Sciences*).

Resultados, discussões e considerações finais

A vulnerabilidade individual e social (Ayres, 2018; 2003; 2002) obtiveram influência mutua identificada na associação com as classes específicas de habilidades sociais em adolescentes na região de fronteira. Essa relação proporcio-

na um nível de atuação que possibilita direcionar pesquisas e intervenções envolvendo os adolescentes, seus pares, pais e responsáveis e profissionais, responsabilizando-se pelos comportamentos de risco ou proteção, potencializando estudos e práticas futuras.

O resultados dos estudos desenvolvidos estão apresentados na Tabela 2.

A dinâmica das relações na fronteira percebida no envolvimento de adolescentes em comportamentos de risco (Aguiar, 2012; Priotto, et al., 2015; Priotto & Silva, 2019; Priotto et al., 2018; Corrêa & Almeida, 2017), demonstraram influência no repertório de habilidades sociais. Sendo assim, o estudo confirma a hipótese de que os adolescentes em região de fronteira que apresentam alta vulnerabilidade demonstrariam baixas habilidades sociais, e essa associação aponta linhas de ações direcionadas para:

A redução do consumo de álcool, sentimento de solidão e do envolvimento em brigas e o desenvolvimento do auto-controle;

O aumento de orientações de prevenção de gravidez na escola, da classificação do estado de saúde, do uso de serviço de saúde e da regulação parental com o foco nas habilidades sociais gerais;

A diminuição da vitimização de *bullying*, aumento da regulação parental e o desenvolvimento da empatia;

O aumento da atividade física e regulação parental com a promoção de desenvoltura social.

Outro foco de ações e programas seria o desempenho social classificado como indesejável, ativo e passivo (Del Prette & Del Prette,

Tabela 2. Resultados dos estudos. Foz do Iguaçu, Brasil, 2016.

N	Objetivo	Resultados
1	Analisar a associação entre autocontrole, indicadores de consumo e fatores de risco no comportamento de adolescentes. (Corrêa, Tome, Branquinho, Neufeld, Matos & Almeida, 2021).	Os meninos mostraram uma relação entre o autocontrole reduzido com indicadores não específicos de uso de substâncias, enquanto as meninas mostraram uma relação entre o autocontrole diminuído com o consumo de álcool e maconha. Foi identificada associação entre autocontrole, envolvimento em brigas, consumo de álcool e sentimento de solidão.
2	Analisar a associação entre habilidades sociais e saúde sexual em adolescentes de uma região de fronteira (Corrêa, Reis, Neufeld, Almeida & Matos, 2022).	Os meninos demonstraram uma relação entre a baixa habilidade social com o não uso de método para prevenção de gravidez, baixa classificação do estado de saúde, não ter recebido orientação sobre prevenção de gravidez na escola, não uso de serviço de saúde e maior sentimento de solidão. As meninas apresentaram uma relação entre a baixa classificação do estado de saúde e menor regulação parental com a baixa habilidade social.
3	Analisar a associação entre empatia, regulação parental e violência em adolescentes (Corrêa, Rebessi, Gaspar, Neufeld, Matos & Almeida, 2022).	A ausência de regulação parental e o envolvimento em brigas indicaram relação com menor frequência de empatia pelas meninas. O aumento da dificuldade de empatia esteve relacionado à agressão física na família e a automutilação para os meninos, e para as meninas com ausência de regulação parental. Ser intimidado foi relacionado ao aumento da dificuldade de empatia para ambos os sexos.
4	Analisar a associação entre desenvoltura social, regulação parental e atividade física em adolescentes (Corrêa, Marques, Neufeld, Almeida & Matos, 2022)	Para as meninas, a relação entre a diminuição da desenvoltura social ocorreu para o sentimento de solidão. Para os meninos ocorreu uma relação entre a diminuição da atividade física e a diminuição da desenvoltura social. Ocorreu uma associação entre a desenvoltura social, a regulação parental e atividade física em adolescentes.

2017a), que foi observada na pesquisa com adolescentes em região de fronteira com uma diferença para ambos os sexos.

Para os meninos ações visando o aumento da prática de atividade física, uso de serviço de saúde, diminuição da iniciação sexual, aumento do uso de método para prevenção de gravidez, redução da agressão física na família, envolvimento em brigas e autolesão. Enquanto para as meninas programas com foco na regulação parental, ressignificação da percepção de saúde e imagem corporal bem como práticas de reeducação alimentar e alimentação saudável, sentimento de solidão e vitimização de bullying, prevenção ao uso/consumo de

álcool, consumo de maconha e sensibilização com relação ao uso de preservativo.

Esses indicadores demonstram influência no desenvolvimento social dos adolescentes em região de fronteira, sendo ressaltada a diferença na questão de gênero, apesar dos comportamentos de risco serem identificados como experiências desadaptativas, nessa etapa da adolescência são esperados uma maior prevalência, devido ao período de desenvolvimento e formação da identidade através da influência de grupos sociais. Sendo assim o manejo entre as demandas do ambiente e os recursos utilizados por parte dos adolescentes deveriam ser acompanhados por profissionais

e familiares quando esses necessitarem de suporte (Donola & Malbergier, 2013; Ismayilova & Terlikbayeva, 2018).

Além da importância da identificação dos fatores de risco para o desenvolvimento de programas futuros, o repertório de habilidades sociais de adolescentes, potenciais indicadores de proteção, igualmente deveriam ser destacados para o desenho de futuros estudos e intervenções (Del Prette & Del Prette, 2017a,b; García-Poole & Rodrigo, 2018). Os participantes da pesquisa na região de fronteira demonstraram um bom repertório nos indicadores de empatia, autocontrole, desenvoltura social e habilidades sociais gerais, entretanto apresentaram alta dificuldade.

Portanto as estratégias deveriam ter como foco tanto os indicadores de risco como os fatores de proteção, identificação nos indicadores de habilidades sociais, os que apresentam maior dificuldade e maior frequência na amostra de adolescentes, caracterizando-se como um investimento importante para o desenvolvimento de programas preventivos nessas áreas do comportamento, buscando o aprimoramento dos repertório de habilidades sociais e a redução de ansiedade, medo e insegurança para um melhor desempenho social, caminhos que deveriam ser foco de atuação para a Psicologia na educação e saúde pública com adolescentes em região de fronteira.

O estudo demonstrou a influência do contexto na relações interpessoais de adolescentes, principalmente de condições de vulnerabilidade em saúde em região de fronteira nas habilidades sociais, entretanto se faz necessário a consideração de indicadores socioeconômicos

e indicadores programáticos e seu impacto nos fatores de risco e proteção que poderiam influenciar nas relações interpessoais nessa faixa etária.

Esse impacto depende de esforços além do conhecimento científico produzido por investigadores, sendo necessário o envolvimento integrado e contínuo entre gestores, profissionais, pesquisadores, adolescentes e a própria comunidade no planejamento de programas e políticas públicas. Um exemplo de programa visando a prevenção e promoção de saúde para adolescentes na escola é o Programa Saúde na Escola, sendo voltado para indicadores de saúde e com ações para o desenvolvimento de saúde geral de adolescentes brasileiros. A busca da integração das evidências de práticas em Treino de Habilidades Sociais (THS) em conjunto com ações e programas que integram as políticas públicas voltadas aos adolescentes seria uma possibilidade para o desenvolvimento socioemocional visando a qualidade de vida e o bem estar de adolescentes.

Os investigadores e gestores teriam o compromisso no desenvolvimento de estudos voltados a prevenção e promoção da saúde, considerando os indicadores de risco da região de fronteira visando atender as necessidades dos adolescentes, pais e instituições, com intervenções sistemáticas para o bem estar dos adolescentes e compromisso ético de um impacto nos demais contextos da sociedade.

Estudos futuros em THS em região de fronteira direcionados a adolescentes em condições de vulnerabilidade em saúde deveriam considerar esses possíveis avanços e limitações nos programas de THS, identificando *défi-*

cits e problemas de comportamento com foco em intervenções que apresentam alta evidência científica, sendo utilizadas estratégias de instruções e atividades semanais e estratégias eletrônicas de auto gestão (Correa et al., 2020). Para tanto, seria importante o desenvolvimento de programas com subclasses específicas de habilidades sociais para o enfrentamento de fatores de risco associados a indicadores de proteção em saúde identificados na pesquisa, buscando assim uma avaliação da integridade dos estudos, demonstrando o compromisso com o rigor científico bem como a resolutividade de fatores de risco que impactam no contexto do relacionamento interpessoal, de saúde, educacional e demais contextos.

O desenvolvimento teórico-prático no campo das habilidades sociais em adolescentes na região de fronteira apresenta um *gap*, entre tanto pesquisas e intervenções têm tentado superar esta lacuna, conduzindo estudos através de procedimentos alternativos, com pequenas amostras de adolescentes, constituindo como um potencial avanço na eficácia de programas de THS direcionados a adolescentes brasileiros (Del Prette & Del Prette, 2017a,b; Murta, 2017; Leme et al., 2015; Leme et al., 2016) o que foi caracterizado como uma limitação na discussão do estudo, considerando a escassez de pesquisas analisando a relação dos indicadores de vulnerabilidade em saúde de adolescentes e habilidades sociais em região de fronteira.

A nível internacional foram encontrados delineamentos de estudos com intervenção em THS com uma linha de base e rastreamento ampliado, análise de dados com nível de

significância e confiabilidade nas alterações comportamentais e avaliação de seguimento, ampliando a confiança na validade interna e externa dos resultados obtidos (Haug et al., 2017; Melnyk et al., 2013; Roberts et al., 2011; van der Stouwe et al., 2018).

A avaliação rigorosa de intervenções em THS para adolescentes ainda é detectada como um desafio, pois grande parte dos estudos publicados apresentam uma metodologia descritiva, que utilizam o próprio grupo como controle, com medidas pré e pós intervenção, com o uso de procedimentos de informações e interação social (Murta, 2017; Del Prette & Del Prette, 2017d; Pereira-Guizzo et al., 2018), apresentando baixa qualidade de evidência científica em uma revisão sistemática (Correa et al., 2020).

Com base nos resultados disponíveis sobre as intervenções listada em um estudo de revisão sistemática (Corrêa, et al., 2020), identificou-se um panorama diversificado de contextos e condições de vulnerabilidade em saúde de adolescentes, sendo que os programas foram direcionados às áreas de educação e saúde. Sendo assim, as intervenções em habilidades sociais podem ser consideradas como Práticas Psicológicas Baseadas em Evidência (PPBE) sendo uma estratégia relevante para as relações interpessoais (APA, 2006).

Referências

- Abramovay, et al. (2002). *Juventude, Violência e Vulnerabilidade Social na América Latina: Desafios para Políticas Públicas*.
- Aguiar, J. C. G. (2012). Cities on edge: Smuggling and neoliberal policies at the Iguazú triangle. *Singapore Journal of*

- Tropical Geography*, 33(2), 171–183. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9493.2012.00463.x>
- Akelaitis, A. V., & Lisinskiene, A. R. (2018). Social emotional skills and prosocial behaviour among 15-16-year-old adolescents. *European Journal of Contemporary Education*, 7(1), 21–28.
- APA. Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist*, 61 (4), 271-285.
- Ayres, J. R., Paiva, V., & França, I. (2018). De la historia natural de la enfermedad a la vulnerabilidad: conceptos y prácticas en transformación en la salud pública contemporánea. In: Paiva, V., Ayres, J. R., Capriati, A. J., Amuchástegui, A., & Pecheny, M. Prevención, Promoción y Cuidado: Enfoques de la vulnerabilidad y derechos humanos. TeseoPress; p.35-64.
- Ayres, J. R., França Junior, I., Calazans, G. J., Filho, H. C. S. (2003). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM. (orgs.) Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Editora FioCruz; p.117-139.
- Ayres, J. R. (2002). Sobre o risco: para compreender a epidemiologia. São Paulo: Hucitec.
- Ayres, J. R., França Junior, I., Calazans, G. J., Salletti, H. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: Barbosa, R., Parker, R. (1999) Sexualidade pelo avesso: direitos, identidade e poder. Rio de Janeiro: Relume Dumará; p.50-71.
- Barros AJD, Hirakata VN. (2003). Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Medical Research Methodology* 3:21
- Biasotto, F. (2014). La depresión por la perspectiva biopsicosocial y la función protectora de las Habilidades Sociales. *Psicologia Ciencia e Profissao*, 34(2), 488–499.
- Bolsoni-Silva, A. T., & Loureiro, S. R. (2014). The role of social skills in social anxiety of university students. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 24(58), 223–232.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2016). Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2015. In *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE*. <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>
- Brasil. (2008). *Saúde do Adolescente: Competências e Habilidades*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, & Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.
- Brêtas, J. (2010). Vulnerabilidade e adolescência. *Revista Da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, 10(2), 89–96.
- Brown, K. (2011). 'Vulnerability': Handle with Care. *Ethics and Social Welfare*, 5(3), 313–321. <https://doi.org/10.1080/17496535.2011.597165>
- Buck, A., Balmer, N., & Pleasence, P. (2005). Social exclusion and civil law: Experience of civil justice problems among vulnerable groups. *Social Policy and Administration*, 39(3), 302–322. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2005.00441.x>
- Campos, J. R., Aparecida, Z., Del, P., & Prette, A. Del. (2018). Relações entre depressão, habilidades sociais, sexo e nível socioeconômico em grandes amostras de adolescentes. *Psic.Teor e Pesq*, 34(3446), 1–10.
- Carlson, J. (2014). The Equalizer? Crime, Vulnerability, and Gender in Pro-Gun Discourse. *Feminist Criminology*, 9(1), 59–83. <https://doi.org/10.1177/1557085113502518>
- Clark, B., & Preto, N. (2018). Exploring the concept of vulnerability in health care. *Cmaj*, 190(11), E308–E309. <https://doi.org/10.1503/cmaj.180242>
- Corrêa, R. S.; Rebessi, I.; Gaspar, S.; Neufeld, C. B. ; Matos, M. G.; & Almeida, A. M. (2022) Social resourcefulness, parental regulation

- and physical activity in adolescents: a cohort study. *Research, Society and Development, [Prelo]*,
- Corrêa, R. S.; Marques, A.; Neufeld, C. B. ; Almeida, A. M. de; & Matos, M. G. (2022) Social resourcefulness, parental regulation and physical activity in adolescents: a cohort study. *Research, Society and Development, [S. l.]*, v. 11, n. 8, p. ISSN 2525-3409. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i8.308181>
- Corrêa, R.; Reis, M.; Neufeld, C.; Almeida, A. M. & Matos, M. G. (2022). Social skills and sexual health of adolescents in a border region. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*. vol. 23, nº. 1, 168-177, ISSN 2182-8407. <https://doi.org/10.15309/22psd230116>
- Corrêa, R.; Tomé, G.; Branquinho, C.; Neufeld, C.; Matos, M. G.; & Almeida, A. M. (2021). Self-control, consumption indicators and risk factors in brazilian adolescents. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*. vol. 22, nº. 3, ISSN 2182-8407. <https://doi.org/10.15309/21psd220321>
- Correa, R., Prado da Cruz, L., Gomez Baya, D., De Almeida, A. M., & Gaspar de Matos, M. (2020). Intervenções em competências sociais com adolescentes e o desenvolvimento de atitudes positivas em situação de vulnerabilidade: uma revisão sistemática. *Análisis y Modificación de Conducta*, 46(173–4).
- Corrêa. R. S., Almeida, A. M. (2017). *Vulnerabilidade em saúde de adolescentes em região de fronteira*. N. In *Dissertação de Mestrado, apresentada à Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE. Área de Concentração: Saúde Pública em Região de Fronteira*.
- Curran, T. M., Monahan, J. L., Samp, J. A., Coles, V. B., DiClemente, R. J., & Sales, J. (2016). Sexual Risk Among African American Women: Psychological Factors and the Mediating Role of Social Skills. *Communication Quarterly*, 64(5), 536–552.
- Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2017a). Habilidades sociais e competência social para uma vida melhor. São Carlos: UFSCAR.
- Del Prette A. & Del Prette, Z. A. (2017b). *Competência Social e Habilidades Sociais: manual teórico-prático*. Petrópolis: Vozes.
- Del Prette A. & Del Prette, Z. A. (2017c). *Habilidades Sociais: intervenções efetivas em grupo*. São Paulo: Pearson.
- Del Prette, A. & Del Prette, Z. A. P. (2014). *Inventário de habilidades sociais para adolescentes (IHSA-Del-Prette): manual de aplicação, apuração e interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- de Mendonça Fernandes, L., Leme, V. B. R., dos Santos Elias, L. C., & Soares, A. B. (2018). Predictors of academic achievement at the end of middle school: History of repetition, social skills and social support. *Trends in Psychology*, 26(1), 215–242.
- Donola Cardoso, L. R., & Malbergier, A. (2013). Habilidades sociais e uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas em adolescentes. *Psicologia Argumento*, 31(75), 761–768.
- Fawcett B. (2009). Vulnerability: questioning the certainties in social work. *Int Soc Work* 2009;52:473-484. <https://doi.org/10.1177/0020872809104251>
- Feitosa, F. B. (2013). Habilidades sociais e sofrimento psicológico. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*; Rio de Janeiro, 65 (1): 38-50.
- Fekkes, M., van de Sande, M. C. E., Gravesteyn, J. C., Pannebakker, F. D., Buijs, G. J., Diekstra, R. F. W., & Kocken, P. L. (2016). Effects of the Dutch Skills for Life Program on the health behavior, bullying, and suicidal ideation of secondary school students. In *Health Education* (Vol. 116, Issue 1, pp. 2–15).co. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 65(1), 38–50.
- Fineman, M. A. (2013). Equality, autonomy, and the vulnerable subject in Law and politics. In M. A. Fineman, & A. Grear (Eds.), *Vulnerability: Reflections on a new ethical foundation for law and politics* (pp. 13–28). Surrey: Ashgate.
- Fogaça, F. F. S., Tatmatsu, D. I. B., Como, C. N., Del Prette, Z. A. P., Del Prette, A. (2019). The development of social skills in adolescence as behavioral cusp. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 21(2), 217–231.

- García-Poole, C., Byrne, S., & Rodrigo, M. J. (2018). Adolescent lifestyle profiles and personal and community competences. *European Journal of Developmental Psychology, 15*(5), 531–547.
- Donola, L. R., & Malbergier, A. (2013). Habilidades sociais e uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas em adolescentes. *Psicologia Argumento, 31*(75), 761–768.
- Glynn, L. (2006). A critical appraisal tool for library and information research. *Library Hi Tech, 24*, 387–399. Recuperado de <https://www.emerald.com/insight/publication/issn/0737-8831>
- Haug, S, Paz Castro, R., Wenger, A., & Schaub, M. P. (2018). Efficacy of a mobile phone-based life-skills training program for substance use prevention among adolescents: study protocol of a cluster-randomised controlled trial. *BMC Public Health, 18*(1), 1102.
- Haug, Severin, Paz Castro, R., Meyer, C., Filler, A., Kowatsch, T., & Schaub, M. P. (2017). A Mobile Phone-Based Life Skills Training Program for Substance Use Prevention Among Adolescents: Pre-Post Study on the Acceptance and Potential Effectiveness of the Program, Ready4life. *JMIR MHealth and UHealth, 5*(10), 143.
- Herring, J. (2016). *Vulnerable adults and the Law*. Oxford: Oxford University Press.
- Holopainen, L., Lappalainen, K., Junttila, N., & Savolainen, H. (2012). The Role of Social Competence in the Psychological Well-being of Adolescents in Secondary Education. *Scandinavian Journal of Educational Research, 56*(2), 199–212.
- Hurst, S. A. (2008). Vulnerability in research and health care; Describing the elephant in the room? *Bioethics, 22*(4), 191–202. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2008.00631.x>
- Hutcheon, E., & Lashewicz, B. (2014). Theorizing resilience: Critiquing and unbounding a marginalizing concept. *Disability and Society, 29*(9), 1383–1397
- Ismayilova, L., Terlikbayeva, A. (2018). Building Competencies to Prevent Youth Substance Use in Kazakhstan: Mixed Methods Findings From a Pilot Family- Focused Multimedia Trial. *J. Adolesc Health, 63*(3), 301–312.
- Jordan, J. V. (2008). Valuing vulnerability: New definitions of courage. *Women and Therapy, 31*(2–4), 209–233. <https://doi.org/10.1080/02703140802146399>
- Kirby, P. (2006). Theorising globalisation's social impact: Proposing the concept of vulnerability. *Review of International Political Economy, 13*(4), 632–655. <https://doi.org/10.1080/09692290600839915>
- Leme, V. B. R., Fernandes, L. de M., Jovarini, N. V., Achkar, A. M. El, & Del Prette, Z. A. P. (2016). Social Skills Program for Adolescents in Vulnerable Social Contexts. *Psico USF, 21*(3), 595–608.
- Leme, V. B. R., Del Prette, Z. A. P., Koller, S. H., Del Prette, A. (2015). Habilidades Sociais e o Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano: Análise e Perspectivas. *Psicologia & Sociedade, 28*(1), 181–193. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-03102015aop001>
- Leme, V B R, Del Prette, Z. A. P., & Coimbra, S. (2015). Social skills, social support and well-being in adolescents of different family configurations. *Paideia, 25*(60), 9–17. [43272560201503&partnerID=40&md5=1a9f626e9be91e90eb8318e8de58c84d](https://doi.org/10.43272560201503&partnerID=40&md5=1a9f626e9be91e90eb8318e8de58c84d)
- Longhini, L. Z., Rios, B. F., Peron, S., & Neufeld, C. B. (2017). Characterization of Social Skills of Teenagers in a School Context. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 13*(2), 131–137.
- Luiz, R. R.; Magnanini, M. M. F. (2000). A lógica da determinação do tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. *Cadernos de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p. 9-28.*
- Luna, F. (2019). Identifying and evaluating layers of vulnerability – a way forward. *Developing World Bioethics, 19*(2), 86–95. <https://doi.org/10.1111/dewb.12206>
- Lv, L., & Takami, K. (2015). The relationship between social skills and sports activities among Chinese college students. In *Psychology* (Vol. 6, Issue 4, pp. 393–399).
- Melnyk, B. M., Jacobson, D., Kelly, S., Belyea, M., Shaibi, G., Small, L., O'Haver, J., & Marsiglia, F. F. (2013). Promoting healthy lifestyles in high school adolescents: A randomized

- controlled trial. *American Journal of Preventive Medicine*, 45(4), 407–415.
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M.,... & Stewart, L. A. (2015). Preferred reporting items for systematic review and metaanalysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews*, 4, 1-9. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-4-1>
- Murta, S., Moore, R., Miranda, A., Cangussú, E., Santos, K., Bezerra, K., & Veras, L. (2016). Efeitos de um Programa de Prevenção à Violência no Namoro. *Psico-USF*, 21(2), 381–393.
- Murta, S. G., dos Santos, B. R. P., Nobre, L. A., de Araújo, I. F., Miranda, A. A. V., Rodrigues, Í. de O., & Franco, C. T. P. (2013). Prevenção á violência no namoroe promoção de habilidades de vida em adolescentes. *Psicologia USP*, 24(2), 263–288.
- Murta, S. G., Borges, F. A., Ribeiro, D. C., Rocha, E. P., Menezes, J. C. L. de, & Prado, M. de M. e. (2009a). Prevenção primária em saúde na adolescência: avaliação de um programa de habilidades de vida. *Estudos de Psicologia*, 14(3), 181–189.
- Murta, S. G., Borges, F. A., Ribeiro, D. C., Rocha, E. P., Menezes, J. C. L. de, & Prado, M. de M. e. (2009b). Prevenção primária em saúde na adolescência: avaliação de um programa de habilidades de vida TT - Primary prevention in health in adolescence: evaluation of a life skills program. *Estud. psicol. (Natal)*, 14(3), 181–189.
- Nilsen, W., Karevold, E. B., Kaasbøll, J., & Kjeldsen, A. (2018). Nuancing the role of social skills-A longitudinal study of early maternal psychological distress and adolescent depressive symptoms. *BMC Pediatrics*, 18(1), 1–12.
- Nunes, F., & Mota, C. P. (2017). Vinculação aos pais, competências sociais e ideação suicida em adolescentes. *Arq. bras. psicol. (Rio J. 2003)*, 69(3), 52–65.
- Oliveira, M. M. de, Campos, M. O., Andreazzi, M. A. R. de, & Malta, D. C. (2017). Características da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PeNSE. *Epidemiologia e Servicos de Saude : Revista Do Sistema Unico de Saude Do Brasil*, 26(3), 605–616. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300017>
- Pereira-Guizzo, C. de S., Del Prette, A., Del Prette, Z. A. P., & Leme, V. B. R. (2018). Social skills program for adolescents in preparing for work. *Psicologia Escolar e Educacional*, 22(3), 573–581.
- Priotto, E. M. T. P., Ferriani, M. G. C., Silva, M. A. I. (2015). Práticas educativas na convivência familiar e de adolescentes do Brasil, Paraguay e Argentina. *Rev Enferm UFPE*, 9(11). <https://doi.org/10.5205/reuol.8008-72925-1-ED.0911201507>
- Priotto, E., Führ, A., Gomes, L., & Barbosa, T. (2018). Iniciação sexual e práticas contraceptivas de adolescentes na tríplce fronteira entre Brasil, Argentina e Paraguai. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 1–9. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.16>
- Priotto, E. M. T. P., & Silva, M. A. I. (2019). Consumo de álcool e drogas e participação em violência por adolescentes de uma região trinacional. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição Em Português)*, 15(3), 1–9. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2019.000403>
- Piggott TW. (2015). Pursuing health: underserved populations in Canada. Ottawa: Canadian Public Health Agency.
- Public Health Agency of Canada. (2015). *REPORT Rio Political Declaration on Social Determinants of Health: A Snapshot of Canadian Actions 2015*.
- Roberts, C., Williams, R., Kane, R., Pintabona, Y., Cross, D., Zubrick, S., & Silburn, S. (2011). Impact of a mental health promotion program on substance use in young adolescents. *Advances in Mental Health*, 10(1), 72–82.
- Romero-Olivaa, C., Nunes, C., Coronado, C. M., Lemos, I., Gómez, Á. H., & Ayala-Nunes, L. (2017). Calidad de vida y competencias sociales: Un estudio comparativo entre adolescentes nativos e inmigrantes de España y Portugal. *Universitas Psychologica*, 16(3).
- Santana, M. L. S., Fukuda, C. C., & Carvalho, E. N. S. de. (2017). A Relação entre Sintomas Depressivos e Habilidades Sociais em

- Adolescentes. *Id on Line Revista de Psicologia*, 11(36), 295–312.
- Schumann, L. A., & Moura, L. B. A. (2015). Índices sintéticos de vulnerabilidade: Uma revisão integrativa de literatura. *Ciencia e Saude Coletiva*, 20(7), 2105–2120. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015207.10742014>.
- Silva, J. L. da, Oliveira, W. A. de, Zequinão, M. A., Lizzi, E. A. da S., Pereira, B. O., & Silva, M. A. I. (2018). Resultados de Intervenções em Habilidades Sociais na Redução de Bullying Escolar: Revisão Sistemática com Metanálise. *Trends Psychol*, 26(1), 509–522.
- Silva J. L., Oliveira, W. A., Carlos, D. M., Lizzi, E. A. S., Rosário, R., Silva, M. A. I. (2018).
- Sitta, E. I. et al. A contribuição de estudos transversais na área da linguagem com enfoque em afasia. *Rev. CEFAC*. 2010 Nov-Dez; 12(6):1059-1066.
- Intervention in social skills and bullying. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(3), 1085–1091.
- Sklad, M., Diekstra, R., Ritter, M., B. J. (2012). Effectiveness of school-based universal social, emotional, and behavioral programs: do they enhance students' development in the area of skill, behavior, and adjustment? *Psychology in the Schools*, 49(9).
- Souza, M. S., Soares, A. B., Freitas, C. P. P. (2019). Social Skills Training (SST) for students facing social vulnerability. *Psicologia: Teoria e Prática*, 21(3), 159–181.
- Stan, C., & Beldean, I. G. (2014). The Development of Social and Emotional Skills of Students-ways to Reduce the Frequency of Bullying-type Events. *Experimental Results. Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 114, 735–743.
- Szwarcwald CL, Damacena GN. (2008). Amostras complexas em inquéritos populacionais: planejamento e implicações na análise estatísticas dos dados. *Rev Bras Epidemiol*; 11(supl 1): 38-45.
- Tan, K., Oe, J. S., & Hoang Le, M. D. (2018). How does gender relate to social skills? Exploring differences in social skills mindsets, academics, and behaviors among high-school freshmen students. In *Psychology in the Schools* (Vol. 55, Issue 4, pp. 429–442).
- tenHave, H. (2014). The Principle of Vulnerability in the UNESCO Declaration on Bioethics and Human Rights. *Advancing Global Bioethics*, 2, 15–28. https://doi.org/10.1007/978-94-017-8736-9_3.
- Terroso, L. B., Wendt, G. W., Da Silva Oliveira, M., & De Lima Argimon, I. I. (2016). Social skills and bullying in adolescents. *Temas Em Psicologia*, 24(1), 251–259.
- Uzunian, L. G., & Vitalle, M. S. de S. (2015). Social skills: A factor of protection against eating disorders in adolescents. *Ciencia e Saude Coletiva*, 20(11), 3495–3508.
- van der Stouwe, T., Asscher, J. J., Hoeve, M., van der Laan, P. H., & Stams, G. J. J. M. (2018). Follow-up of a social skills training (SST) for juvenile delinquents: effects on reoffending. *Journal of Experimental Criminology*.
- Vera, E. M., Daskalova, P., Hill, L., Floro, M., Anderson, B., Roche, M., Aydin, F., Adams, K., Camacho, D., Raziuddin, A., & Carr, A. (2017). Parental Messages, School Belonging, Social Skills, and Personal Control as Predictors of Bullying in Ethnic Minority Adolescents. *School Mental Health*, 9(4), 347–359.
- Virokannas, E., Liuski, S., & Kuronen, M. (2020). The contested concept of vulnerability—a literature review: Vulnerability-käsitteen kiistanalaiset merkitykset—systemaattinen kirjallisuuskatsaus. *European Journal of Social Work*, 23(2), 327–339. <https://doi.org/10.1080/13691457.2018.1508001>.
- Wagner, M. F., & Oliveira, M. da S. (2009). Estudo das habilidades sociais em adolescentes usuários de maconha. *Psicologia Em Estudo*, 14(1), 101–110.
- Ximenes, V. S., Queluz, F. N. F. R., & Barham, E. J. (2019). Revisão sistemática sobre fatores associados à relação entre habilidades sociais e suporte social. *Psico*, 50(3).