

CONDUTAS DE SAÚDE DE ADOLESCENTES SEGUNDO O SEXO: UMA REVISÃO SISTEMATIZADA

Jakelline Raposo¹, Ana Carolina Costa¹, Monyque Silva², Josemaira Pereira¹, Paula Valença¹, Carolina da Franca¹✉, & Viviane Colares¹

¹Universidade de Pernambuco, Recife, Brasil, ²Centro de Formação, Aperfeiçoamento e Pesquisa – Ceffap, Recife, Brasil

RESUMO : Os papéis de gênero tradicional, guiados pelos caracteres sexuais, continuam a dominar a cultura de muitos países, principalmente naqueles em desenvolvimento e/ou com governos autoritários. A formação do que é ser masculino e feminino vem carregado de comportamentos estereotipados, inclusive em relação à saúde e são mais vivenciados durante a adolescência. Esta revisão sistematizada objetivou investigar as diferenças nas condutas de saúde de estudantes adolescentes de acordo com o sexo. Para tal foi realizada uma busca na base de dados *Pubmed* com os termos: "global school based student health survey" or "global school based student health survey questionnaire" and "female" and "male". A análise para seleção dos estudos foi efetuada por duas pesquisadoras de maneira independente e as divergências foram solucionadas em discussão mediada por uma terceira pesquisadora. Dos 36 artigos encontrados, 5 foram excluídos, dos quais, 3 apresentavam faixa etária diversa da pesquisa, 1 estava publicado no idioma chinês e 1 não abordava condutas de saúde. Foi identificado que os meninos foram mais propensos a relatar consumir bebidas alcoólicas, tabaco e drogas ilícitas; ter hábitos alimentares inadequados; comportamento sexual de risco; comportamentos de violência e lesões intencionais. As meninas obtiveram condutas de risco mais prevalentes nos comportamentos relacionados aos indicadores de estresse à saúde mental e nível de atividade física insuficiente. Pode-se concluir que os meninos apresentaram maiores prevalências de condutas de risco à saúde em comparação com as meninas.

Palavras-Chave: Adolescente. Comportamentos saudáveis; Sexo

HEALTH BEHAVIOR OF ADOLESCENTS ACCORDING TO SEX: A SYSTEMATIC REVIEW

ABSTRACT: Traditional gender roles are still dominant in many countries, especially in developing countries with authoritarian governments. The male and female roles learned since childhood include stereotyped behaviors even in relation to health. This systematic review was aimed at investigating the differences in health behaviors of adolescent students according to sex. The search was conducted in the *Pubmed* database using "global school based student health survey" or "global school based student health survey questionnaire" and "female" and "male" as descriptors. Two separate researchers selected the material and disagreements were solved mediated by a third researcher discussion. Among the 36 articles found, 5 were excluded. The age range in 3 of them did not match that in the survey, 1 was in Chinese and 1 did not address health behavior. It was found that boys were more likely to report consuming alcohol, tobacco and illicit drugs, poorer dietary habits, sexual risk

✉ Rua Jacobina, 45/apto 2102. Graças. Recife – PE – Brasil, 52011-180. Telf.: 55 81 32429708 / 55 81 96066850. E-mail: carolina.franca@upe.br

behavior, violent and intentional injuries. For girls, the most prevalent risk behaviors were those related to indicators of stress to mental health and insufficient level of physical activity. It can be concluded that, compared to girls, boys reported a higher prevalence of health risk behaviors.

Keywords: Adolescent. Health Behavior; Sex.

Recebido em 26 de Setembro de 2014/ Aceite em 05 de Abril de 2016

Os comportamentos estereotipados dos papéis de gênero são repassados através dos séculos por imposição cultural, social e econômica e eles se intensificam principalmente na adolescência em decorrência do aparecimento dos caracteres sexuais secundários e a pressão dos pares. A escolha do gênero no início da adolescência, geralmente é influenciada pelo sexo: o ser masculino e o ser feminino (Díaz-Aguado, & Martín, 2011; Fernández, 2010; Oliveira, Jesus, Arruda, Cunha, & Araújo, 2010; Santrock, 2014). Há uma urgência na definição do que se é e quais os comportamentos que o definem como homens ou mulheres (Fernández, 2010; Oliveira et al., 2010; Santrock, 2014).

A adoção de condutas de risco à saúde durante a adolescência pode repercutir negativamente na vida adulta (Ayele, Taye, Avele, & Gelayne, 2013; Barros, Ritti-Dias, Honda Barros, Mota, & Andersen, 2013; Blum, & Nelson-Mmari, 2004; Glasier, Gülmezoglu, Schmid, Moreno, & Look, 2006; Tassitano, Dumith, Chica, & Tenório, 2014). Comportamentos como: pouca atividade física, consumo baixo de frutas e hortaliças e consumo de álcool e tabaco, estão associados a maiores chances para desenvolver doenças crônicas não transmissíveis (Ayele et al., 2013; Barros et al., 2013; Tassitano et al., 2014). Além destas condutas, hábitos precários de higiene (Ayele et al., 2013), sexo desprotegido (Glasier et al., 2006) e violência (Blum, & Nelson-Mmari, 2004) também podem apresentar consequências negativas em curto prazo.

As questões relacionadas ao sexo e às condutas de saúde são de extrema importância na elaboração e implantação de políticas de saúde para homens e mulheres (Backhans, Burström, Leon, & Marklund, 2012). No geral, os meninos estão mais envolvidos em condutas de risco relacionadas à violência, ao consumo de drogas, à prática do sexo inseguro, às lesões intencionais e não intencionais; enquanto as meninas são mais expostas às condutas sedentárias e prejudiciais a saúde mental (Adams et al., 2013; Castro, Cunha, & Souza, 2011; Colares, Franca, & Gonzalez, 2009; Horta, Horta, Pinheiro, Morales, & Strey, 2007; Karevold, Røysamb, Gustavson, & Mathiesen, 2013; Lemogne et al., 2012; Nilsen, Paiva, Calazans, Venturi, & Dias, 2008). No entanto, esse quadro pode estar mudando, depois da revolução feminina de 1960 as mulheres começaram a buscar igualdade de direitos e de comportamentos (Arán, 2003; Díaz-Aguado, & Martín, 2011), incorporando algumas condutas quase que exclusivamente masculinas (Horta et al., 2007; Malbergier, Cardoso, Amaral, & Santos, 2012; Viejo, Sanchez, & Ortega-Ruiz, 2014; Wolle et al., 2011).

Dessa forma, o objetivo desse estudo foi verificar as diferenças nas condutas de saúde entre estudantes adolescentes de acordo com o sexo.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão sistematizada da literatura, conduzida entre os meses de junho e julho de 2014. Esse tipo de pesquisa busca sintetizar as informações disponíveis em certo momento sobre um tema específico de maneira objetiva e reprodutível.

CONDUTAS DE SAÚDE DE ADOLESCENTES SEGUNDO O SEXO

Foi realizado um levantamento dos artigos científicos na base de dados Pubmed com os termos: "global school based student health survey" OR "global school based student health survey questionnaire" AND "female" AND "male".

As condutas de saúde foram investigadas apenas por artigos que relataram ter usado o *Global School Based Student Health Survey* como instrumento, a fim de conseguir uma maior padronização nos métodos utilizados e nas descrições das variáveis. Esse questionário foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde com assistência técnica e financeira do *Center for Disease Control and Prevention* e já foi aplicado em cerca de 100 países em desenvolvimento (World Health Organization, 2014). O instrumento está dividido em 10 módulos que avaliam o consumo de álcool; comportamentos alimentares; consumo de drogas; higiene; saúde mental; atividade física; fatores de proteção; comportamento sexual; consumo de tabaco; violência e lesões não intencionais.

Os critérios de inclusão foram: artigos publicados nos idiomas inglês, português ou espanhol; na faixa etária de 10 a 19 anos; com variável sexo e que avaliassem as condutas de saúde investigadas através do *global school based student health survey*. Os critérios de exclusão foram: estudos de revisão e artigos de validação e adaptação de questionário. A seleção dos estudos foi realizada por duas pesquisadoras de maneira independente e as divergências foram solucionadas em discussão mediada por uma terceira pesquisadora.

Foi realizada uma padronização nas definições de cada conduta de acordo com os artigos incluídos (Quadro 1).

Quadro 1.

Descrição dos Pontos de Corte Adotados nos Estudos para Comparação dos Resultados

Nota. ^aNão informou.

| Conduta | Ponto de corte |
|------------------------------|--|
| Uso atual de álcool e tabaco | Consumo por pelo menos 1 dia nos últimos 30 dias (Bezerra et al., 2009; Carvalho, Barros, Lima, Santos, & Mélo, 2011; Fleming, & Jacobsen, 2009; Pierobon, Barak, Hazrati, & Jacobsen, 2013; Swahn, Ali, Palmier, Sikazwe, & Mayeya, 2011; Turagabeci, Nakamura, & Takano, 2008) ou nos últimos 6 meses (Singh, Maheshwari, Sharma, & Anand, 2006). |
| Uso de drogas | Consumo durante a vida (Carvalho et al., 2011; Pierobon et al., 2013, Fleming, & Jacobsen, 2009). |
| Atividade física | Nível de atividade física insuficiente: Prática física por menos que 5 dias (Barros et al., 2013; Guthold, Cowan, Autenrieth, Kann, & Riley, 2010; Tenório et al., 2010) ou não ser fisicamente ativo por pelo menos 3 dias por 60 minutos por dia em uma semana (Singh et al., 2006) ou prática de atividade física de 60 minutos durante a semana em 2 dias ou menos (Turagabeci et al., 2008). Nível de atividade física suficiente: Prática física por 5 dias ou mais por pelo menos 60 minutos por dia (Barros et al., 2013; Guthold et al., 2010) ou ser fisicamente ativo por pelo menos 60 minutos em 2 dias (Turagabeci et al., 2008). |
| Comportamento sedentário | Frequência de 3 horas ou mais sentado assistindo televisão (Guthold et al., 2010; Tassitano et al., 2010), jogando no computador, ou falando com os amigos (Guthold et al., 2010) em uma semana típica ou nos finais de semana (Tenório et al., 2010) ou frequência de 2 horas ou mais assistindo TV ou usando o computador (Rani, & Sathiyasekaran, 2013) ou não ser fisicamente ativo por pelo menos 60 minutos em 2 dias (Turagabeci et al., 2008). |

| | |
|--------------------------------------|---|
| Hábitos alimentares | Baixo consumo de frutas e verduras: Consumo de duas porções ou mais de frutas e três porções ou mais de vegetais por dia (Fleming, & Jacobsen, 2009) ou consumir menos que uma vez por dia (Rani, & Sathiyasekaran, 2013) ou não consumir frutas diariamente (Singh et al., 2006). Boa nutrição: consumo de duas ou mais porções de fruta e três ou mais porções de vegetais por dia (Turagabeci et al., 2008), sendo o inverso considerado má nutrição. |
| Hábitos de higiene | Comportamento higiênico: Lavar as mãos (antes de comer e preparar alimentos, após usar o banheiro, trocar fraldas ou outra exposição semelhante) e escovar os dentes ^a (Turagabeci et al., 2008), sendo o contrário considerado comportamento não higiênico. |
| Comportamento sexual | Atividade sexual: já ter feito sexo (Araújo, & Costa, 2009; Fleming, & Jacobsen, 2009; Foulger, Page, Hall, Crookston, & West, 2013; Page, & Hall, 2009; Peltzer, & Pengpid, 2011; Turagabeci et al., 2008). Conhecimento sobre HIV: Resposta a pergunta: conhece a doença: sim ou não (Boneberger, Rückinger, Guthold, Kann, & Riley, 2012). |
| Indicador de estresse à saúde mental | Relatar sentimento de tristeza, desesperança, solidão, dificuldades para dormir devido a preocupações “a maioria da vezes” ou “sempre” nos últimos 12 meses (Carvalho et al., 2011; Peltzer, & Pengpid, 2011; Pierobon et al., 2013;). |
| Violência e bullying | Envolvimento em briga física/exposição à violência física: ter relatado um ou mais episódios de briga corporal no último ano (Brown et al., 2009; Pierobon et al., 2013), para briga corporal frequente, 12 ou mais episódios no último ano; para vítima de agressão, 1 ou mais episódios no último ano (Brown et al., 2009). Bullying: uma ou mais vezes por dia, nos últimos 30 dias e bullying frequente 3 ou mais dias nos últimos 30 dias (Abdirahman, Bah, Shrestha, & Jacobsen, 2012; Fleming, & Jacobsen, 2009; Turagabeci et al., 2008; Wilson, Bovet, Viswanathan, & Suris, 2012). |

RESULTADOS

Foram encontrados inicialmente 36 artigos, após análise, 31 se enquadraram nos critérios de inclusão. Observou-se resultados de três dos cinco continentes, todos provenientes de regiões consideradas em desenvolvimento.

De acordo com os resultados obtidos, verificou-se que o consumo de álcool entre adolescentes apresentou significativamente maiores prevalências entre os meninos em quatro dos 11 estudos que investigaram essa conduta, com exceção do estudo realizado na Guatemala (Foulger et al., 2013) sem diferença entre os sexos (Quadro 2), contudo essa pesquisa envolveu uma amostra não probabilística e utilizou uma versão adaptada do instrumento, o que pode ter ocasionado a ausência de diferenças significativas. Os demais apresentaram percentuais mais altos entre os meninos, exceto a pesquisa realizada na Zâmbia (Swahn et al., 2011) com maior prevalência para as meninas.

O consumo de drogas foi significativamente maior entre os meninos em todas as regiões investigadas. Assim como o consumo do tabaco, com exceção de dois estudos recentes realizados na Argentina (Pierobon et al., 2013) e na Guatemala (Foulger et al., 2013) que não encontraram diferença

CONDUTAS DE SAÚDE DE ADOLESCENTES SEGUNDO O SEXO

significativa entre os sexos no consumo do tabaco (Quadro 3). Esse último estudo também foi o único a investigar o fumo passivo, que diferente do consumo de tabaco, foi avaliado nos últimos sete dias.

Três estudos abordaram hábitos alimentares, sendo dois na Índia (Rani, & Sathiyasekaran, 2013; Singh et al., 2006). Para essa região, ambos os sexos apresentaram baixo consumo de frutas e verduras, ao mesmo tempo em que os meninos consumiram mais bebidas carbonatadas e alimentos do tipo fast food. Enquanto que os níveis insuficientes de atividade física e comportamento sedentário nos finais de semana foram mais prevalentes nas meninas no Brasil (Barros et al., 2013; Tenório et al., 2010) e Argentina (Pierobon et al., 2013) (Quadro 4).

Uma pesquisa abordou higiene e quatro investigaram a presença dos pais na rotina dos adolescentes. Não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas no comportamento higiênico de ambos os sexos. Observou-se que um maior envolvimento dos pais na vida das meninas, exceto na Argentina (Pierobon et al., 2013), onde elas relataram que os pais nunca ou raramente checam os deveres de casa (Quadro 5).

A prática de atividade sexual, maior número de parceiros e relação sexual precoce foram mais, informadas pelos meninos. Só um estudo investigou o conhecimento sobre HIV na África e Ásia (Boneberger et al., 2012), onde mais de 60% dos estudantes informaram ter algum conhecimento, e sem diferenças significativas entre os sexos (Quadro 6).

A saúde mental foi investigada por nove artigos, com o envolvimento de diversas variáveis, dentre elas, destacam-se os pensamentos de tristeza, solidão e comportamentos suicidas, que foram significativamente mais prevalentes nas meninas com exceção de um estudo realizado na Guatemala e Índia (Foulger et al., 2013; Hasumi et al., 2012), onde o sentimento de tristeza não apresentaram diferenças significativas entre os sexos (Quadro 7). Com relação à violência e lesões não intencionais, os meninos apresentaram maiores prevalências de vitimização e envolvimento em briga física, com exceção da exposição à violência sexual, que foi investigada apenas no continente Africano (Brown et al., 2009), sendo maior entre as meninas (Quadro 7).

DISCUSSÃO

De maneira geral, observou-se que os meninos apresentaram percentuais mais altos de condutas de risco à saúde, especialmente nas condutas relacionadas ao consumo de álcool, de tabaco e drogas ilícitas; hábitos alimentares inadequados; comportamento sexual de risco; comportamentos relacionados à violência e lesões não intencionais. No entanto, em algumas regiões, condutas comumente masculinas apresentaram prevalências mais altas nas meninas como o consumo do álcool (Zâmbia-África), tabaco (Argentina) e violência (Zâmbia-África). Esses três estudos utilizaram dados secundários provenientes dos resultados do Global School Based Student Health Survey, que apresenta um método rigoroso e reprodutível, sendo representativo para os estudantes das regiões estudadas, isso leva a crer que o aumento do consumo de álcool e tabaco entre as meninas deva ser melhor explorado.

A maior prevalência entre os meninos pode ser explicada através da representação de gênero, sobre o que o define como homem, pois tanto as mudanças introduzidas pelo pensamento operacional formal como o crescente interesse pelas questões de identidade levam os adolescentes a refletirem e a redefinir suas atitudes e comportamentos (Oliveira et al., 2010; Santrock, 2014; Wiese & Saldanha, 2011). A masculinidade tradicional, por exemplo, inclui a prática de alguns comportamentos que apesar de não ter aprovação social, confirmam a masculinidade, tais como o comportamento sexual de risco e a violência (Santrock, 2014; Wiese & Saldanha, 2011).

Outro resultado preocupante observado nos meninos foi a associação de várias condutas de risco. Os comportamentos relacionados à violência (envolvimento em briga física, ser vítima de ataque físico e bullying), consumo de álcool, tabaco e uso de drogas, planos suicidas e já ter iniciado a vida sexual foram associados entre si positivamente (Bezerra et al., 2009; Carvalho et al., 2011; Page, & Hall, 2009; Pierobon et al., 2013; Turagabeci et al., 2008).

As meninas foram mais propensas a apresentar indicadores de estresse à saúde mental e baixo envolvimento em atividades físicas e desportivas e de maneira geral apresentaram menos condutas de risco do que os meninos. Os indicadores de estresse estiveram associados ao consumo de álcool e tabaco no sexo feminino (Carvalho et al., 2011; Pierobon et al., 2013). Além disso, as meninas expostas a violência física (Brown et al., 2009; Pierobon et al., 2013; Turagabeci et al., 2008) e sexual (Brown et al., 2009; Turagabeci et al., 2008) foram mais propensas a relatarem múltiplos parceiros sexuais (Tassitano et al., 2010; Turagabeci et al., 2008) e a relatarem uso de drogas (Pierobon et al., 2013; Turagabeci et al., 2008).

A presença dos pais na rotina dos adolescentes foi divergente em algumas regiões, mas com maior prevalência de baixo envolvimento dos pais na rotina dos meninos. Essa autonomia precoce dada aos meninos pode ser um fator de risco para adoção de condutas prejudiciais à saúde. Um estudo demonstrou resultado oposto (Pierobon et al., 2013), com o hábito dos pais de nunca ou raramente checarem os deveres de casa significativamente maior nas meninas. No entanto, essa exceção pode ser decorrente de justificativas opostas: ou esse comportamento dos pais se deve à confiança nas meninas ou de fato a ausência dos pais na rotina da vida das meninas.

O bullying demonstrou resultados controversos, pois ainda não se sabe se existe diferença entre os sexos. Por outro lado, esse tema é relativamente novo nos objetos de estudo. Tanto nas meninas quanto nos meninos a ocorrência de bullying e envolvimento em violência física foram associados ao consumo de bebidas alcoólicas, de cigarro e atividade sexual (Brown et al., 2009; Pierobon et al., 2013; Turagabeci et al., 2008).

Quanto aos fatores de proteção, o envolvimento dos pais e a assiduidade às aulas foram fatores protetores para pensamento e tentativa de suicídio para ambos os sexos (Bittecourt et al., 2009).

Apesar de todos os estudos incluídos nesta pesquisa serem do tipo transversal, podendo apresentar o viés de causalidade reversa, o consumo do álcool, principalmente nos meninos, esteve associado às outras condutas de risco, sendo também a droga mais utilizada pelos adolescentes em todas as regiões pesquisadas. A implantação de políticas públicas, leis específicas, assim como as restrições de propagandas podem ser eficazes para reduzir a adoção destas condutas (Swahn et al., 2011; Szklo et al., 2012).

Essa pesquisa teve como limitação a utilização em alguns estudos de uma versão adaptada do instrumento (Araújo, & Costa, 2009; Barros et al., 2013; Bezerra et al., 2009; Bittecourt et al., 2009; Carvalho et al., 2011; Foulger et al., 2013; Legnani et al., 2010; Rani, & Sathiyasekaran, 2013; Singh et al., 2006; Tassitano et al., 2010; Tenório et al., 2010), o que contribuiu para uma dificuldade na padronização das definições operacionais das variáveis.

O ponto forte dessa pesquisa se deve ao fator de reafirmar que existem diferenças entre os sexos nas condutas de risco à saúde nos países em desenvolvimento e que essas condutas estão mais presentes no sexo masculino. Porém alguns hábitos que já foram tidos como exclusivamente masculinos como o consumo de álcool, de tabaco e violência podem estar sendo incorporadas ao estilo de vida das meninas. Sugere-se um monitoramento dessas condutas, levando em consideração as diferenças entre os sexos para o planejamento nas ações de saúde.

CONCLUSÃO

Os meninos apresentaram maiores prevalências de comportamentos de risco à saúde em comparação com as meninas nos comportamentos relacionados ao consumo de álcool; hábito alimentar inadequado; consumo de drogas; comportamento sexual de risco; consumo de tabaco e comportamentos de violência. As adolescentes obtiveram condutas de risco mais prevalentes nos indicadores de estresse à saúde mental e nível de atividade física insuficiente.

REFERÊNCIAS

- Abdirahman, H.A., Bah, T.T., Shrestha, H.L., & Jacobsen, K.H. (2012). Bullying, mental health, and parental involvement among adolescents in the Caribbean. *The West Indian medical journal*, 61, 504-8. Retirado de <http://caribbean.scielo.org/pdf/wimj/v61n5/a07v61n5.pdf>.
- Abdirahman, H., Fleming, L.C., & Jacobsen, K.H., (2013). Parental involvement and bullying among middle-school students in North Africa. *Eastern Mediterranean health journal = La Revue De Santé De La Méditerranée Orientale = Al-Majallah Al-Sinnhiyah Li-Sharq Al-Mutawassit*, 19(3), 227-33. Retirado de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=e938e06f-db8e-4eea-b08e-e869ffd7fd05%40sessionmgr4005&vid=1&hid=4201>.
- Adams, M.A., Ding, D., Sallis, J.F., Bowles, H.R., Ainsworth, B.E., Bergman, P., & ...Craig, C.L. (2013). Patterns of neighborhood environment attributes related to physical activity across 11 countries: a latent class analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10, 34. Retirado de <http://www.ijbnpa.org/content/pdf/1479-5868-10-34.pdf>. doi: 10.1186/1479-5868-10-34.
- Arán, M. (2003). Os destinos da diferença sexual na cultura contemporânea. *Estudos Feministas*, 11, 360. Retirado de <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/9839/9068>.
- Araújo, M.S.P., & Costa, L.O.B.F. (2009). Comportamento sexual e contracepção de emergência entre adolescentes de escolas públicas de Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25, 551-62. doi: 10.1590/S0102-311X2009000300010.
- Ayele, F.A., Taye, B.W., Ayele, T.A., & Gelayne, K.A. (2013). Predictors of Dental caries among children 7-14 years old in Northwest Ethiopia: a community based cross-sectional study. *BMC Oral Health*, 13, 7. doi: 10.1186/1472-6831-13-7.
- Backhans, M., Burström, B., Leon, A.P., & Marklund, S. (2012). Is gender policy related to the gender gap in external cause and circulatory disease mortality? A mixed effects model of 22 OECD countries 1973-2008. *BMC Public Health* 12, 12-969 doi:10.1186/1471-2458-12-969.
- Barros, M.V.G., Ritti-Dias, R.M., Honda Barros, S.S., Mota, J., & Andersen, L.B (2013). Does self-reported physical activity associate with high blood pressure in adolescents when adiposity is adjusted for? *Journal of Sports Sciences*, 31, 387-95. doi: 10.1080/02640414.2012.734631.
- Bezerra, J., Barros, M.V.G., Tenório, M.C.M., Tassitano, R.M., Barros, S.S.H., & Hallal P.C. (2009). Religiosidade, consumo de bebidas alcólicas e tabagismo em adolescentes. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26, 440-6. doi: 10.1590/S1020-49892009001100009.

- Bittecourt, A.V., Aerts, D.R.G.C., Alves, G.G., Palazzo, L., Monteiro, L., Vieira, P.C., & Freddo, S.L. (2009). Sentimento de discriminação em estudantes: prevalência e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, 43, 236-45. doi: 10.1590/S0034-89102009005000008.
- Blum, R.W., & Nelson-Mmari, K. (2004). The Health of Young People in a Global Context. *Journal of Adolescent health*, 35, 402-418. doi: 10.1016/j.jadohealth.2003.10.007.
- Boneberger, A., Rückinger, S., Guthold, R., Kann, L., & Riley, L. (2012). HIV/AIDS related knowledge among school-going adolescents from the middle East and North Africa. *Sexual Health*, 9, 196-8. doi: 10.1071/SH11054.
- Brown, D.W., Riley, L., Butchart, A., Meddings, D.R., Kann, L., Harvey, A.P. (2009). Exposure to physical and sexual violence and adverse health behaviours in African children results from the Global School-Based Student Health Survey. *Bulletin of the World Health Organization*, 87, 447-55. doi: 10.2471/BLT.07.047423.
- Carvalho, P.D., Barros, M.V.G., Lima, R.A., Santos, C.M., & Mélo, E.N. (2011). Conduitas de risco à saúde e indicadores de estresse psicossocial em adolescentes estudantes do Ensino Médio. *Cadernos de Saúde Pública*, 27, 2095-105. doi: 10.1590/S0102-311X2011001100003.
- Castro, M.L., Cunha, S.S., & Souza, D.P.O. (2011). Comportamento de violência e fatores associados entre estudantes de Barra do Garças, MT. *Revista de Saúde Pública*, 45, 1054-61. doi: 10.1590/S0034-89102011005000072.
- Colares, V., Franca, C., & Gonzalez, E. (2009). Conduitas de saúde entre universitários: diferenças entre gêneros. *Cadernos de Saúde Pública*, 25, 521-8. doi: 10.1590/S0102-311X2009000300007.
- Cheng, Y., Tao, M., Riley, L., Kann, L., Ye, L., Tian, B., & ... Chen D. (2009). Protective factors relating to decreased risks of adolescent suicidal behaviour. *Child: care, health and development*, 35, 313-22. doi: 10.1111/j.1365-2214.2009.00955.x.
- Díaz-Aguado, M.J.J., & Martín, G.S. (2011). Convivencia y aprendizaje escolar em la adolescência desde uma perspectiva de género. *Psicothema*, 23, 252-259. Retirado de <http://www.psicothema.com/pdf/3879.pdf>.
- Fernández, J. (2010). El sexo y el género: dos dominios científicos diferentes que debieran se clarificados. *Psicothema*, 22, 256-262. Retirado de <http://www.psicothema.com/pdf/3724.pdf>.
- Fleming, L.C., & Jacobsen, K.H. (2009). Bullying among middle-school students in low and middle income countries. *Health promotion international*, 25, 73-84. doi: 10.1093/heapro/dap046.
- Foulger, L., Page, R.M., Hall, P.C., Crookston, B.T., & West, J.H. (2013). Health risk behaviors in urban and rural Guatemala adolescents. *International journal of adolescent medicine and health*, 25, 97-105. doi: 10.1515/ijamh-2013-0014.
- Glasier, A., Gülmezoglu, A.M., Schmid, G.P., Moreno, C.G., & Look, P.F.A.V. (2006). Sexual and reproductive health: a matter of life and death. *Lancet*, 368, 1595-607. doi: 10.1016/S0140-6736(06)69478-6.
- Guthold, R., Cowan, M.J., Autenrieth, C.S., Kann, L., & Riley, L.M. (2010). Physical activity and sedentary behavior among schoolchildren: A 34-country comparison. *The Journal of Pediatrics*, 157, 43-9. doi: 10.1016/j.jpeds.2010.01.019.

CONDUTAS DE SAÚDE DE ADOLESCENTES SEGUNDO O SEXO

- Hasumi, T., Ahsan, F., Couper, C.M., Aguayo, J.L., & Jacobsen, K. H. (2012). Parental Involvement and Mental Well-Being of Indian Adolescents. *Indian pediatrics*, 49, 915-8. Retirado de <http://www.indianpediatrics.net/nov2012/nov-915-918.htm>.
- Horta, R.L., Horta, B.L., Pinheiro, R.T., Morales, B., & Strey, M.N. (2007). Tabaco, álcool e outras drogas entre adolescentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: uma perspectiva de gênero. *Cadernos de Saúde Pública*, 23. doi: 10.1590/S0102-311X2007000400005.
- Innamorati, M., De-Leo, D., Rihmer, Z., Serafini, G., Brugnoli, R., Lester, D., & ... Girardi, P. (2011). Tobacco smoking and suicidal ideation in school-aged children 12-15 years old: impact of cultural differences. *Journal of addictive diseases*, 30, 359-67. doi: 10.1080/10550887.2011.609802.
- Lemogne, C., Niedhammer, I., Khlat, M., Ravaud, J.F., Guillemin, F., Consoli, S.M., & ... Chau, N. (2012) Gender differences in the association between depressive mood and mortality: A 12-year follow-up population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 136, 267-275. doi: 10.1016/j.jad.2011.11.041.
- Malbergier, A., Cardoso, L.R.D., Amaral, R.A., & Santos, V.C.V. (2012). Gender parity and drug use: are girls catching up with boys? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34. doi: 10.1590/S1516-44462012000100005.
- Nilsen, W., Karevold, E., Røysamb, E., Gustavson, K., & Mathiesen, K.S. (2013). Social skills and depressive symptoms across adolescence: Social support as a mediator in girls versus boys. *Journal of Adolescence*, 36, 11-20. doi: 10.1016/j.adolescence.2012.08.005.
- Oliveira, L.L, Jesus, D.C.A., Arruda, M.A.L., Cunha, M.C., & Araújo, R.M. (2010) Estereótipos de Gênero em Adolescentes: Uma Análise da Influência Escolar sobre a Formação, Manutenção e Mudanças dos Estereótipos. *Interação em Psicologia*, 14, 205-219. doi: 10.5380%2Fpsi.v14i2.7829.
- Owusu, A., Hart, P., Oliver, B., & Kang, M. (2011). The association between bullying and psychological health among senior high school students in Ghana, West Africa. *Journal of school health*, 81, 231-8. Retirado de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=02cb16b5-8df6-421d-b2f5-5e1292820c92%40sessionmgr112&vid=1&hid=121>.
- Page, R.M., & Hall, C.P. (2009). Psychosocial distress and alcohol use as factors in adolescent sexual behavior among sub-Saharan African adolescents. *The Journal of school health*, 79, 369-79. doi: 10.1111/j.1746-1561.2009.00423.x.
- Paiva, V., Calazans, G., Venturi, G., & Dias, R. (2008). Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, 42, 5-53. doi: 10.1590/S0034-89102008000800007.
- Pierobon, M., Barak, M., Hazrati, S., & Jacobsen, K.H. (2013). Alcohol consumption and violence among Argentine adolescents. *Jornal de Pediatria*, 89, 100-7. doi: 10.1016/j.jped.2013.02.015.
- Peltzer, K., & Pengpid, S. (2011). Prevalence and social correlates of sexual intercourse among school-going adolescents in Thailand. *The Scientific World Journal*, 11, 1812-20. doi: 10.1100/2011/532109.
- Peltzer, K., & Pengpid, S. (2012). Suicidal ideation and associated factors among school-going adolescents in Thailand. *International journal of environmental research and public health*, 9, 462-73. doi: 10.3390/ijerph9020462.
- Pengpid, S., & Peltzer, K. (2012). Alcohol use and associated factors among adolescent students in Thailand. *The West Indian medical journal*, 61, 890-6. Retirado de <http://caribbean.scielo.org/pdf/wimj/v61n9/a08v61n9.pdf>.
- Rani, M.A., & Sathiyasekaran, B.W.C. (2013). Behavioural Determinants for Obesity: A

- Cross-sectional Study Among Urban Adolescents in India. *Journal of preventive medicine and public health*, 46, 192-200. doi: 10.3961/jpmph.2013.46.4.192.
- Santrock, J.W. (2014) *Adolescência* (14ª ed.). Tradução A. B. Pinheiro de Lemos. Rio de Janeiro: ARTMED.
- Singh, A.K., Maheshwari, A., Sharma, N., & Anand, K. (2006) Lifestyle associated risk factors in adolescents. *The Indian Journal of Pediatrics*, 73, 901-6. Retirado de <http://medind.nic.in/icb/t06/i10/icbt06i10p901.pdf>.
- Swahn, M.H., Ali, B., Palmier, J.B., Sikazwe, G., & Mayeya, J. (2011). Alcohol marketing, drunkenness, and problem drinking among Zambian youth: findings from the 2004 Global School-Based Student Health Survey. *Journal of environmental and public health*, 1-8. doi: 10.1155/2011/497827.
- Swahn, M.H., Benegas-Segarra, A., & Sinson, F.A. (2013). Alcohol marketing and drunkenness among students in the Philippines: findings from the nationally representative Global Scholl-based Student Health Survey. *BMC Public Health*, 13,1159. doi: 10.1186/1471-2458-13-1159.
- Swahn, M.H., Gressard, L., Palmier, J.B., Yao, H., & Haberlen, M. (2013). The Prevalence of Very Frequent Physical Fighting among Boys and Girls in 27 Countries and Cities: Regional and Gender Differences. *Journal of environmental and public health*. doi: 10.1155/2013/215126. .
- Tassitano, R.M., Barros, M.V.G., Tenório, M.C.M., Bezerra, J., Florindo, A.A., & Reis, R.S. (2010). Enrollment in physical education in associated with health-related behavior among high school students. *Journal of School Health*, 80, 126-33. doi: 10.1111/j.1746-1561.2009.00476.x.
- Tassitano, R.M., Dumith, S.C., Chica, D.A.G., & Tenório, M.C.M. (2014). Agregamento dos quatro principais comportamentos de risco às doenças não transmissíveis entre adolescentes. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 465-478. doi: 10.1590/1809-4503201400020014.
- Tenório, M.C.M., Barros, M.V.G., Tassitano, R.M., Bezerra, J., Tenório, J.M., & Hallal, P.C. (2010). Atividade física e comportamento sedentário em adolescentes estudantes do ensino médio. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 13, 105-17. doi:10.1590/S1415-790X2010000100010.
- Turagabeci, A.R., Nakamura, K., & Takano, T. (2008). Healthy lifestyle behaviour decreasing risks of being bullied, violence and injury. *PLoS ONE*, 3, 1-6. doi: 10.1371/journal.pone.0001585.
- Viejo, C., Sanchez, V., & Ortega-Ruiz, R. (2014). Physical Dating Violence: the potential understating value of a bi-factorial model. *Anales de Psicologia*, 30, 171-179. doi: 10.6018/analesps.30.1.141341.
- Wiese, I.R.B., & Saldanha, A.A.W. (2011). Vulnerabilidade dos adolescentes às DST/AIDS: ainda uma questão de gênero? *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12, 105-118. Retirado de <http://sp-ps.pt/site/jr/12>.
- Wilson, M.L., Bovet, P., Viswanathan, B.V., & Suris J. (2012). Bullying among adolescents in a Sub-Saharan middle-income setting. *The Journal of adolescent health*, 51, 96-8. doi: 10.1016/j.jadohealth.2011.11.024.
- Wolle, C.C., Sanches, M., Zilberman, M.L., Caetano, R., Zaleski, M., Laranjeira, R.R., & Pinsky, I. (2011). Differences in drinking patterns between men and women in Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33. doi: 10.1590/S1516-44462011000400010.
- World Health Organization (2014). Encuesta Mundial de Salud a Escolares (GSHS) implementación. Retirado de <http://www.who.int/chp/gshs/country/es/index.html>.

ANEXOS

Quadro 2.

Distribuição dos estudos sobre consumo de álcool de acordo com o sexo

| Autor/Ano | País ou Continente | Participantes | Conduta | Sexo | | Valor de <i>p</i> |
|--|----------------------------|------------------|-------------------|-----------|-------|-------------------|
| | | | | M (%) | F (%) | |
| Bezerra et al., 2009 | Brasil | 4210 | Consumo de álcool | 38,6 | 24,8 | ** |
| Carvalho et al., 2011 | Brasil | 4210 | Consumo de álcool | 39,0 | 24,8 | ≤ 0,01 |
| Foulger et al., 2013 | Guatemala | 149 ^a | Consumo de álcool | 36,1 | 30,7 | 0,52 |
| | | | Embriaguez | 23,4 | 20,8 | 0,73 |
| Fleming, & Jacobsen, 2009 | África (09 países) | 104614 | Consumo de álcool | 21,2 | 16,0 | ≤ 0,001 |
| | Ásia (08 países) | | | | | |
| | América do Sul (03 países) | | | | | |
| Pengpid. & Peltzer, 2012 ^b | Tailândia | 2767 | Embriaguez | 24,7 | 13,6 | ** |
| Peltzer., & Pengíd, 2011 | Tailândia | 2758 | Consumo de álcool | 21,2 | 9,3 | ** |
| Pierobon et al., 2013 | Argentina | 1328 | Consumo de álcool | 55,0 | 49,2 | ≤ 0,05 |
| Singh et al., 2006 | Índia | 510 | Consumo de álcool | 30,1 | 26,8 | ** |
| Swahn, Benegas-Segarra, & Sinson, 2013 | Filipinas | 5290 | Consumo de álcool | OR: 1.86* | | ** |

| | | | Embriaguez | OR: 1.66* | | ** |
|-------------------------------------|--|-------|-------------------|--------------|------|----|
| Swahn et al., 2011 | Zâmbia | 2257 | Consumo de álcool | 38,9 | 45,5 | ** |
| | | | Embriaguez | 38,2 | 46,8 | ** |
| Turagabeci, Nakamura, & Takano,2008 | África (04 países) Ásia (03 países) América do Sul (02 países) | 32302 | Consumo de álcool | 22,6 | 15,9 | ** |

Notas: ^aSomente adolescentes da zona urbana. ^bFoi demonstrado apenas os resultados não explorados no estudo de 2011.

* Não descreveu em percentagem

** Não informou/descreveu

CONDUTAS DE SAÚDE DE ADOLESCENTES SEGUNDO O SEXO

Quadro3.

Distribuição dos estudos sobre consumo de drogas ilícitas e tabaco de acordo com o sexo

| Autor/Ano | País ou Continente | Participantes | Conduta | Sexo | | Valor de <i>p</i> |
|-----------------------------------|--|------------------|----------------|------|------|-------------------|
| | | | | M(%) | F(%) | |
| Consumo de drogas | | | | | | |
| Carvalho et al., 2011 | Brasil | 4210 | Uso de drogas | 10,1 | 4,8 | ≤ 0,01 |
| Fleming, & Jacobsen, 2009 | África (09 países) Ásia (08 países) América do Sul (03 países) | 104614 | Uso de drogas | 10,3 | 6,5 | ≤ 0,001 |
| Foulger et al., 2013 | Guatemala | 149 ^a | Uso de drogas | 15,8 | 10,2 | ** |
| Peltzer, & Pengíd, 2011 | Tailândia | 2758 | Uso de drogas | 11,1 | 1,3 | ** |
| Pierobon et al., 2013 | Argentina | 1328 | Uso de drogas | 11,9 | 6,1 | ≤ 0,001 |
| Consumo de tabaco | | | | | | |
| Bezerra et al., 2009 | Brasil | 4210 | Uso de cigarro | 9,8 | 6,2 | ** |
| Brown et al., 2009 | África | 22656 | Uso de cigarro | 10,0 | 6,0 | ≤ 0,001 |
| Carvalho et al., 2011 | Brasil | 4210 | Uso de cigarro | 9,8 | 6,2 | ≤ 0,01 |
| Foulger et al., 2013 ^a | Guatemala | 149 | Uso de cigarro | 29,6 | 20,4 | 0,24 |
| | | | Fumo passivo | 61,7 | 59,1 | 0,76 |
| Fleming, & Jacobsen, 2009 | África (09 países) Ásia (08 países) América do Sul (03 países) | 104614 | Uso de cigarro | 26,4 | 15,2 | ≤ 0,001 |

| | | | | | | |
|-------------------------|----------------------------|-------|-----------------------------------|------|------|------|
| Peltzer, & Pengíd, 2011 | Tailândia | 2758 | Uso de cigarro | 15,0 | 2,2 | ** |
| | | | Uso de outros derivados do tabaco | 13,4 | 1,3 | ** |
| Pierobon et al., 2013 | Argentina | 1328 | Uso de cigarro | 21,5 | 21,0 | 0,89 |
| Singh et al., 2006 | India | 510 | Uso de tabaco | 3,6 | 1,3 | ** |
| Turagabeci et al., 2008 | África (04 países) | 32302 | Uso de tabaco | 17,5 | 7,1 | ** |
| | Ásia (03 países) | | | | | |
| | América do Sul (02 países) | | | | | |

Notas: ^aSomente adolescentes da zona urbana.

* Não descreveu em porcentagem

** Não informou/descreveu

CONDUTAS DE SAÚDE DE ADOLESCENTES SEGUNDO O SEXO

Quadro 4.

Distribuição dos estudos sobre comportamentos alimentares e atividade física de acordo com o sexo

| Autor/Ano | País ou Continente | Participantes | Conduta | Sexo | | Valor de <i>p</i> |
|-----------------------------------|-----------------------------|---------------|---|------|------|-------------------|
| | | | | M(%) | F(%) | |
| Comportamentos alimentares | | | | | | |
| Rani, & Sathiyasekaran, 2013 | Índia | 1842 | Baixo consumo de frutas | 55,2 | 63,4 | ** |
| | | | Baixo consumo de verduras | 21,7 | 29,1 | ** |
| | | | Consumo de bebidas carbonatadas | 16,5 | 11,2 | ≤ 0,05 |
| | | | Alimentação com fast food mais de 3 dias na última semana | 25,8 | 19,0 | ≤ 0,05 |
| Singh et al., 2006 | Índia | 510 | Má nutrição | 61,0 | 64,6 | ** |
| | | | Alimentação com fast food mais de três vezes por semana | 34,4 | 29,4 | ** |
| Turagabeci et al., 2008 | África (04 países) | 32302 | Boa nutrição | 63,1 | 66,9 | ** |
| | Ásia (03 países) | | | | | |
| | América do Sul (02 países) | | Má nutrição | 36,9 | 33,1 | ** |
| Atividade Física | | | | | | |
| Barros et al., 2013 | Brasil | 4210 | Nível de atividade física insuficiente | 59,9 | 70,2 | ≤ 0,001 |
| Guthold et al., 2010 | África (14 países) | 72845 | Nível de atividade física suficiente | 23,8 | 15,4 | ** |
| | América do Sul (07 países) | | | | | |
| | América central (04 países) | | Nível de atividade física insuficiente e comportamento sedentário | 23,9 | 28,7 | ** |
| | Ásia (09 países) | | | | | |

| | | | | | | |
|---------------------------------------|--|-------|---|------|-----------|------------|
| Pengpid. & Peltzer, 2012 ^b | Tailândia | 2758 | Nível de atividade física insuficiente | 67,5 | 84,6 | ** |
| | | | Comportamento sedentário | 37,7 | 37,4 | ** |
| Pierobon et al., 2013 | Argentina | 1328 | Nível de atividade física insuficiente | 52,3 | 70,0 | ≤ 0,001 |
| Singh et al., 2006 | Índia | 510 | Nível de atividade física suficiente | 18,3 | 22,2 | ** |
| | | | Nível de atividade física insuficiente | 54,4 | 69,3 | ** |
| Tassitano et al., 2010 | Brasil | 4210 | Não participação nas aulas de educação física | 60,5 | 67,8 | ** |
| Tenório et al., 2010 | Brasil | 4210 | Nível de atividade física insuficiente | | OR: 1,69* | ≤ 0,001 |
| | | | Comportamento sedentário em dias de semana | 54,0 | 47,1 | 0,41 |
| | | | Comportamento sedentário nos finais de semana | | OR: 0,73* | ≤ 0,001 |
| Turagabeci et al., 2008 | África (04 países) Ásia (03 países) América do Sul (02 países) | 32302 | Comportamento sedentário | 32,8 | 38,9 | ** |

* Não descreveu em porcentagem

** Não informou/descreveu

CONDUTAS DE SAÚDE DE ADOLESCENTES SEGUNDO O SEXO

Quadro5.

Distribuição dos estudos sobre higiene e fatores de proteção de acordo com o sexo

| Autor/Ano | País ou Continente | Participantes | Conduta | Sexo | | Valor de p |
|---|--|---------------|---|-----------|-----------|------------|
| | | | | M(%) | F(%) | |
| Higiene | | | | | | |
| Turagabeci et al., 2008 | África (04 países) Ásia (03 países) América do Sul (02 países) | 32302 | Comportamento higiênico | 64,4 | 69,3 | * |
| | | | Comportamento não higiênico | 35,6 | 30,7 | * |
| Presença dos pais na rotina dos adolescentes | | | | | | |
| Abdirahman et al., 2013 | África (04 países) | 13000 | Pais checam os deveres de casa a maioria das vezes ou sempre | 30,4-59,9 | 30,1-55,2 | ≤ 0,001** |
| | | | Pais entendem os problemas e preocupações a maioria das vezes ou sempre | 27,2-37,9 | 27,4-39,0 | ≤ 0,001** |
| | | | Pais sabem o que fazem no tempo livre a maioria das vezes ou sempre | 37,2-47,2 | 44,4-53,8 | ≤ 0,001** |
| Hasumi et al., 2012 | Índia | 6721 | Pais checam os deveres de casa a maioria das vezes ou sempre | 46,0 | 45,2 | 0,84 |
| | | | Pais entendem os problemas e preocupações a maioria das vezes ou sempre | 57,0 | 59,1 | ≤ 0,05 |
| | | | Pais sabem o que fazem no tempo livre a maioria das vezes ou sempre | 49,5 | 53,7 | ≤ 0,001 |
| Peltzer, & Pengíd, 2011 | Tailândia | 2758 | Falta à escola sem permissão por 1 ou mais dias nos últimos 30 dias | 24,0 | 10,6 | * |
| | | | Apoio dos colegas | 34,4 | 48,5 | * |
| | | | Pais checam os deveres de casa a maioria das vezes ou sempre | 35,2 | 36,6 | * |
| | | | Pais entendem os problemas e preocupações a | 28,7 | 39,3 | * |

| | | | | maioria das vezes ou sempre | | | | | |
|-----------------------|-----------|------|--|---|------|------|-------|------|------|
| | | | | Pais sabem o que fazem no tempo livre a maioria das vezes ou sempre | 38,6 | 51,8 | * | | |
| | | | | Pais nunca ou raramente checam os deveres de casa | 36,1 | 44,5 | ≤0,01 | | |
| Pierobon et al., 2013 | Argentina | 1328 | Pais nunca ou raramente sabem o que fazem no tempo livre | | | | 27,4 | 25,3 | 0,38 |
| | | | Pais nunca ou raramente entendem os problemas e preocupações | | | | 27,1 | 29,7 | 0,30 |
| | | | Falta à escola sem permissão por dois ou mais dias nos últimos 30 dias | | | | 13,1 | 12,6 | 0,81 |

* Não informou/descreveu

** Exceto para Lúbia.

CONDUTAS DE SAÚDE DE ADOLESCENTES SEGUNDO O SEXO

Quadro 6.

Distribuição dos estudos sobre comportamentos sexuais e conhecimento sobre HIV de acordo com o sexo

| Autor/Ano | País ou Continente | Participantes | Conduta | Sexo | | Valor de p |
|--|--|---------------|---------------------------------------|---------------|---------------|------------|
| | | | | M(%) | F(%) | |
| Comportamentos sexuais e conhecimento sobre HIV | | | | | | |
| Araújo, & Costa, 2009 | Brasil | 4210 | Atividade sexual | 70,4 | 26,4 | ≤ 0,001 |
| | | | Relação sexual com ≥3 pessoas | 60,3 | 23,5 | ≤ 0,001 |
| | | | Uso de preservativo na última relação | 76,7 | 63,8 | * |
| Boneberger et al. 2012, | África (02 países) Ásia (05 países) | 23673 | Conhecimento sobre HIV | 62,6- 96,3 | 73,2- 98,7 | * |
| Brown et al., 2009 | África | 22656 | ≥2 parceiros sexuais | 20,0** | 10,0** | * |
| Fleming, & Jacobsen, 2009 | África (09 países) Ásia (08 países) América do Sul (03 países) | 104614 | Atividade sexual | 51,3 | 36,0 | ≤ 0,001 |
| | | | Atividade sexual | 23,9- 54,3 | 3,2-32,6 | ≤0,001 |
| | | | Atividade sexual nos últimos 12 meses | 8,4-22,0 | 3,2-11,9 | ≤ 0,001 |
| Page, & Hall, 2009 | África (06 países) | 22949 | ≥2 parceiros sexuais | 15,6- 32,0 | 4,8-23,3 | ≤ 0,001 |
| | | | Relação sexual antes dos 13 anos | 13,3- 30,3 | 3,7-20,7 | ≤ 0,001 |
| | | | Atividade sexual | 14,6 | 7,6 | <0,01 |
| Peltzer, & Pengid, 2011 ^b | Tailândia | 2758 | Relação sexual antes dos 13 anos | 8,0 | 1,3 | * |

≥2 parceiros sexuais 9,8 1,6 *

Notas: ^aSomente adolescentes da zona urbana. ^bFoi demonstrado apenas os resultados não explorados no estudo de 2011.

* Não informou/descreveu

** 1 em cada 5 e 1 em cada 10.

CONDUTAS DE SAÚDE DE ADOLESCENTES SEGUNDO O SEXO

Quadro 7.

Distribuição dos estudos sobre saúde mental e violência de acordo com o sexo

| Autor/Ano | País ou Continente | Participantes | Conduta | Sexo | Valor de p | |
|---------------------------|--|------------------|--|------|------------|--------|
| | | | | M(%) | F(%) | |
| Saúde Mental | | | | | | |
| Bittecourt et al., 2009 | Brasil | 1170 | Sentimento de discriminação | 14,2 | 27,2 | ≤0,01 |
| | | | Tristeza | 25,4 | 35,6 | ≤0,01 |
| | | | Solidão | 11,8 | 19,6 | ≤0,01 |
| Carvalho et al., 2011 | Brasil | 4210 | Insônia por preocupações | 6,5 | 14,6 | ≤0,01 |
| | | | Pensamento suicida | 7,1 | 14,0 | ≤0,01 |
| | | | Planos suicidas | 4,3 | 10,2 | ≤0,01 |
| Cheng et al., 2009 | China | 9015 | Pensamento suicida | 15,0 | 19,7 | ≤0,001 |
| | | | Tentativa de suicídio | 6,7 | 9,5 | ≤0,001 |
| Fleming, & Jacobsen, 2009 | África (09 países) Ásia (08 países) América do Sul (03 países) | 104614 | Tristeza e desesperança | 32,5 | 36,4 | ≤0,001 |
| | | | Solidão | 7,7 | 19,7 | 0,048 |
| | | | Tentativa de suicídio | 5,4 | 20,1 | 0,01 |
| Foulger et al., 2013 | Guatemala | 149 ^a | Tristeza e desesperança quase todos os dias por duas semanas ou mais | 15,0 | 26,5 | 0,10 |
| | | | Falta de amigos íntimos | 4,0 | 3,8 | 0,94 |
| | | | Solidão | 7,4 | 9,9 | ≤0,001 |
| Hasumi et al., 2012 | Índia | 6721 | Tristeza e desesperança quase todos os dias por duas semanas ou mais | 24,9 | 23,1 | 0,12 |
| | | | Dificuldade para dormir por preocupações | 6,6 | 8,4 | <0,01 |

| | | | | | | |
|--|--|--------|--|-----------|-----------|--------|
| | | | Falta de amigos íntimos | 11,0 | 10,6 | 0,724 |
| Innamorati et al.,2011 | Vários países | 32160 | Pensamento suicida | 40,3 | 47,2 | ** |
| Peltzer, & Pengpid, 2012 | Tailândia | 2758 | Pensamento suicida | 9,9 | 7,7 | ** |
| Pierobon et al., 2013 | Argentina | 1328 | Pensamento suicida | 12,8 | 18,9 | <0,01 |
| | | | Solidão | 25,5 | 44,0 | ≤0,001 |
| | | | Tristeza e desesperança quase todos os dias por duas semanas ou mais | 22,9 | 34,4 | ≤0,001 |
| | | | Dificuldade para dormir por preocupações | 29,7 | 41,6 | ≤0,001 |
| Violência e lesões não intencionais | | | | | | |
| Abdirahman et al., 2012 | América Central (04 países) | 6780 | Bullyng | 19,4-28,5 | 23,2-29,3 | 0,52 |
| Abdirahman et al., 2013 | África (04 países) | 13000 | Bullying | 36,8-62,9 | 23,4-57,3 | ≤0,001 |
| Brown et al., 2009 | África | 22656 | Exposição à violência física | OR: 1,21* | | ≤0,01 |
| | | | Exposição à violência sexual | | OR: 1,29* | ≤0,001 |
| Fleming, & Jacobsen, 2009 | África (09 países) Ásia (08 países) América do Sul (03 países) | 104614 | Bullying | 36,0 | 32,6 | ≤0,001 |
| Pengpid. & Peltzer, 2012 | Tailândia | 2758 | Envolvimento em briga física | 45,6 | 21,7 | ** |
| Pierobon et al.,2013 | Argentina | 1328 | Envolvimento em briga física | 41,9 | 16,4 | ≤0,001 |
| | | | Vítima de agressão física | 32,3 | 18,7 | ≤0,001 |
| Owusu et al., 2011 | Ghana | 7137 | Bullying | 41,2 | 38,8 | 0,27 |
| | | | Bullying físico | 29,7 | 16,7 | ≤0,001 |

Notas: ^aSomente adolescentes da zona urbana.

* Não descreveu em porcentagem

** Não informou/descreveu