



Psicologia: Teoria e Pesquisa

ISSN: 1980-6906

Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília

Maltoni, Juliana; de M. Lisboa, Carolina S.; De Matos, Margarida
G.; Teodoro, Maycoln L. M.; Neufeld, Carmem Beatriz
Adaptação cultural do Protocolo Health Behaviour in School-aged Children para a realidade brasileira
Psicologia: Teoria e Pesquisa, vol. 21, núm. 3, 2019, Setembro-Dezembro, pp. 61-76
Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=193875349003>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Avaliação Psicológica

Adaptação cultural do Protocolo Health Behaviour in School-aged Children para a realidade brasileira

Juliana Maltoni¹

 <https://orcid.org/0000-0003-0230-2320>

Carolina S. de M. Lisboa²

 <https://orcid.org/0000-0002-2199-9824>

Margarida G. de Matos³

 <https://orcid.org/0000-0003-2114-2350>

Maycoln L. M. Teodoro⁴

 <https://orcid.org/0000-0002-3021-8567>

Carmem Beatriz Neufeld¹

 <https://orcid.org/0000-0003-1097-2973>

Para citar este artigo: Maltoni, J., Lisboa, C. S. M., Matos, M. G., Teodoro, M. L. M., & Neufeld, C. B. (2019). Adaptação cultural do Protocolo Health Behaviour in School-aged Children para a realidade brasileira. *Psicologia: Teoria e Prática*, 21(3), 61–76.

Submissão: 02/05/2019

Aceite: 03/06/2019



Todo o conteúdo de *Psicologia: Teoria e Prática* está licenciado sob Licença Creative Commons CC – By 3.0

- 1 Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil.
- 2 Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil.
- 3 Universidade de Lisboa (ULisboa), Alvalade, Lisboa, Portugal.
- 4 Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil.

Resumo

A adolescência é uma fase de intensas transformações, podendo ser propícia ou apresentar riscos ao desenvolvimento. A saúde adolescente influencia diretamente em trajetórias futuras individuais e da sociedade como um todo, confirmando a necessidade de investigações acerca desse período do ciclo vital. A força-tarefa Health Behaviour in School-aged Children, com a World Health Organization (HBSC-WHO), vem realizando levantamentos da saúde há mais de 30 anos com um protocolo próprio, contando com aproximadamente 40 países da América do Norte e Europa. O objetivo deste trabalho foi apresentar o processo de tradução e adaptação cultural do instrumento HBSC para a realidade brasileira. Este é o primeiro estudo a realizar a adaptação desse instrumento no Brasil. O processo utilizou a tradução de juízes, um comitê da área, a avaliação em público-alvo e o estudo-piloto. Concluiu-se pela adaptação satisfatória do instrumento para a realidade brasileira, configurando-se Questionário HBSC Brasil.

Palavras-chave: tradução; adaptação cultural; levantamento de saúde; saúde do adolescente; HBSC.

CULTURAL ADAPTATION OF THE HEALTH BEHAVIOUR PROTOCOL IN SCHOOL-AGED CHILDREN FOR THE BRAZILIAN REALITY

Abstract

Adolescence is a period of intense transformations, and these may be inherent or present risks to development. Adolescent health directly influences on individual and society future trajectories, assuring the need for research about this life span stage. The Health Behavior in School-aged Children task force, together with World Health Organization (HBSC-WHO), has been conducting health surveys for more than 30 years with its protocol, with approximately 40 countries in North America and Europe. This work aimed to present the translation and cultural adaptation process of the HBSC instrument for the Brazilian reality. This is the first study to carry out the adaptation of this instrument in Brazil. The process used the translation of judges, a committee, evaluation in the target public, and pilot study. It was concluded by the satisfactory adaptation of the instrument to the Brazilian reality, being configured Questionnaire HBSC Brazil.

Keywords: translating; cultural adaptation; health surveys; adolescent health; HBSC.

ADAPTACIÓN CULTURAL DEL HEALTH BEHAVIOR PROTOCOL IN SCHOOL-AGED CHILDREN PARA LA REALIDAD BRASILEÑA

Resumen

La adolescencia es una fase de intensas transformaciones, pudiendo ser positiva o presentar riesgos al desarrollo. La salud adolescente influye directamente en trayectorias futuras individuales y de la sociedad, confirmando la necesidad de investigaciones acerca de este período del ciclo vital. La fuerza de trabajo Health Behavior in School-aged Children, con la World Health Organization (HBSC-WHO), ha realizado levantamientos de salud hace más de 30 años con un protocolo propio, contando con aproximadamente 40 países de América del Norte y Europa. El objetivo de este trabajo fue presentar el proceso de traducción y adaptación cultural del instrumento HBSC para la realidad brasileña. Este es el primer estudio a realizar la adaptación de este instrumento en Brasil. El proceso utilizó la traducción de jueces, un comité del área, evaluación en público objetivo y estudio piloto. Se concluyó por la adaptación satisfactoria del instrumento a la realidad brasileña, configurándose Cuestionario HBSC Brasil.

Palabras clave: traducción; adaptación cultural; encuestas epidemiológicas; salud del adolescente; HBSC.

1. Introdução

A adolescência compreende o período dos 10 aos 20 anos, assumindo certa variação dessa faixa a depender da literatura (Brasil, 1990; Papalia, Olds, & Feldman, 2010; World Health Organization, 2011, 2014). É marcada por transformações intensas de ordem física, biológica, social e cognitiva, e, apesar de ser considerada uma fase propícia ao desenvolvimento, também se caracteriza pela presença de comportamentos de risco, que podem influenciar na saúde física e mental na idade adulta (Bower, Carroll, & Ashman, 2012; Hallal, Victoria, Azevedo, & Wells, 2006; Inchley et al., 2016; Lansford, Dodge, Fontaine, Bates, & Pettit, 2014; Romer, Reyna, & Satterthwaite, 2017; Schneider, Dumith, Orlandi, & Assunção, 2017). Avaliar a saúde nesse período é indispensável para compreensão do estado e das demandas atuais desses indivíduos, dos indicadores e fatores de risco e proteção associados para desenvolvimento de intervenções e estratégias de prevenção adequadas.

No Brasil, um dos maiores estudos sobre a saúde adolescente é a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística –

ca, 2016), que possui três edições com amostras nacionais representativas dos diferentes estados brasileiros. Outro levantamento importante na área foi o VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras (Carlini et al., 2010), mas se pautou apenas nos indicadores e comportamentos relacionados ao consumo de substâncias.

No cenário internacional, figura o levantamento transnacional *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*,⁵ com o objetivo de investigar comportamentos e indicadores de saúde adolescente. A força-tarefa HBSC existe há mais de 30 anos, configurando-se como um *survey* transnacional que realiza levantamentos a cada quatro anos. O projeto é um estudo colaborativo da Organização Mundial da Saúde (OMS). Atualmente conta com 47 países europeus e norte-americanos nos levantamentos internacionais, cujo dados são publicados em relatórios nacionais e internacionais e no meio científico.

De acordo com o histórico traçado por Currie, Gabhainn, Godeau e International HBSC Network Coordinating Committee (2009), o estudo surgiu a partir da discussão de pesquisadores europeus em 1982, ao perceberem problemas com a comparação dos dados sobre tabagismo na juventude entre seus países. Foi, então, desenvolvido um protocolo de pesquisa em comum para que comparações transnacionais fossem feitas com maior segurança. O objetivo do estudo é compreender esses resultados como parte de um complexo sistema, reconhecendo as mudanças ao longo do tempo, e como se dão em diferentes realidades nacionais, culturais, sociais e econômicas. O estudo é realizado com adolescentes escolares de 11, 13 e 15 anos, com o objetivo de abarcar idades que representam o início e meio da adolescência – as transformações e os desafios iniciais, o aumento da autonomia e a tomada de decisões para o futuro e a carreira. Essa faixa também abarca as idades referentes à escolaridade obrigatória nos países investigados.

O projeto HBSC não objetiva ser um estudo epidemiológico comum, pois trabalha sob a ótica de que comportamentos relativos à saúde se formam e derivam de padrões interconectados com o estilo de vida e contexto do adolescente. O Protocolo HBSC utilizado objetiva a quantificação de padrões de comportamentos, indicadores e variáveis contextuais relacionadas à saúde, demonstrando as mudanças

5 <http://www.hbsc.org>

ocorridas na transição da infância para a idade adulta nas mais diversas áreas. Os eixos temáticos das questões pautam-se em fatores sociodemográficos, alimentação, higiene, corpo, consumo de substâncias, escola, qualidade de vida, bem-estar físico e psicológico, atividade física, comportamento sexual, provocação, lesões, relacionamento familiar, relacionamento com pares, tempo livre e comunicação por meio de equipamentos eletrônicos. O estudo é uma fonte válida e confiável acerca dos indicadores e comportamentos de saúde adolescente, e, em seu último levantamento, contou com aproximadamente 220 mil indivíduos (Inchley et al., 2016).

Com relação a pesquisas regionais (Braz, Barros, & Barros, 2013; Reis, Almeida, Miranda, Alves, & Madeira, 2013; Sousa et al., 2010) e levantamentos nacionais (Carlini et al., 2010; IBGE, 2016), o estudo HBSC possui maior foco sobre as diferenças em relação a sexo, idade e regiões do estudo, além de considerar a temática dos pares, relação com a escola e uso de mídias eletrônicas para comunicação. Além disso, conta com a avaliação de diversas esferas da saúde e realiza descrições e recomendações de diretrizes de intervenção, buscando avaliar as desigualdades implicadas na saúde entre os adolescentes. A amplitude das questões investigadas e sua validação internacional são indicativos da relevância desse projeto e dos ganhos em utilizá-lo no contexto nacional.

Em 2015, o Brasil teve sua inserção aprovada para atuar como International Linked Project, por meio da aprovação da candidatura brasileira no projeto HBSC. Essa é a primeira candidatura do tipo no país, permitindo a participação em conferências, divulgação de dados e fóruns científicos da área, possuindo como objetivo futuro a integração na força-tarefa dos levantamentos transnacionais. O projeto em desenvolvimento no Brasil ocorre desde de 2015, sendo considerado um estudo multicêntrico, com centro responsável em Ribeirão Preto, no estado de São Paulo. Atualmente, conta com outros cinco estados brasileiros – Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Paraná, Rondônia e Pernambuco –, totalizando oito cidades brasileiras. O objetivo desse projeto é avaliar a saúde e o bem-estar em adolescentes de 13 e 15 anos matriculadas na rede estadual de ensino do país, investigando as diferenças em relação ao sexo, às regiões de cada cidade e às regiões do país. Por se tratar de um estudo inicial com o questionário e metodologia HBSC, optou-se pela retirada da faixa etária de 11 anos. A amostra estimada do estudo é de três mil indivíduos. A inserção brasileira foi assessorada por uma equipe portuguesa atuante na área. O protocolo utilizado no levantamento de 2014 (Matos, Simões, Camacho,

Reis, & Equipa Aventura Social, 2015) foi cedido pela equipe de pesquisa portuguesa para que a tradução e adaptação brasileira fossem realizadas.

A adaptação de um instrumento internacional já existente foi escolhida considerando a abrangência e relevância do estudo HBSC, bem como pela possibilidade de comparar amostras com diferentes países participantes. A importância da tradução linguística aliada à adaptação cultural nos trabalhos transculturais de adaptação de instrumentos autoaplicáveis na área da saúde é bem estabelecida na literatura (Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz, 2000). De acordo com a revisão de Manzi-Oliveira, Balarini, Marques e Pasian (2011), a adaptação de instrumentos se justifica pela economia de recursos e pelos ganhos provenientes da comparação de resultados com amostras internacionais. O objetivo deste trabalho foi demonstrar o processo de tradução e adaptação cultural e linguística realizado pelo centro responsável deste estudo, inédito no Brasil.

2. Método

2.1 Procedimentos de pesquisa e de tradução do instrumento

O processo de tradução e adaptação linguística do instrumento foi realizado em duas etapas. A primeira foi relativa à tradução do instrumento para o português usado no Brasil por três juízes especialistas na área de Psicologia e sua respectiva avaliação de um comitê. Para a tradução e adaptação, foram utilizadas as versões em português de Portugal e inglesa do instrumento. A segunda etapa tratou da análise linguística e avaliação inicial do protocolo. Esta etapa contou com duas fases. A primeira foi um estudo de compreensão linguística, e a segunda, um estudo-piloto para avaliação inicial.

As etapas do processo de tradução e adaptação linguística e cultural foram pautadas no trabalho de Borsa, Damásio e Bandeira (2012), com exceção da tradução reversa. Considerou-se desnecessária a retrotradução, pois uma das versões originais estava em português falado em Portugal. O Protocolo HBSC 2013/2014 foi traduzido e adaptado para o português brasileiro, baseando-se na versão portuguesa de 2013/2014 (Matos et al., 2015) e na versão em inglês de 2009/2010 (Currie et al., 2012). A Figura 2.1 representa um esquema do processo de adaptação em questão, pautada no esquema metodológico de Borsa et al. (2012).

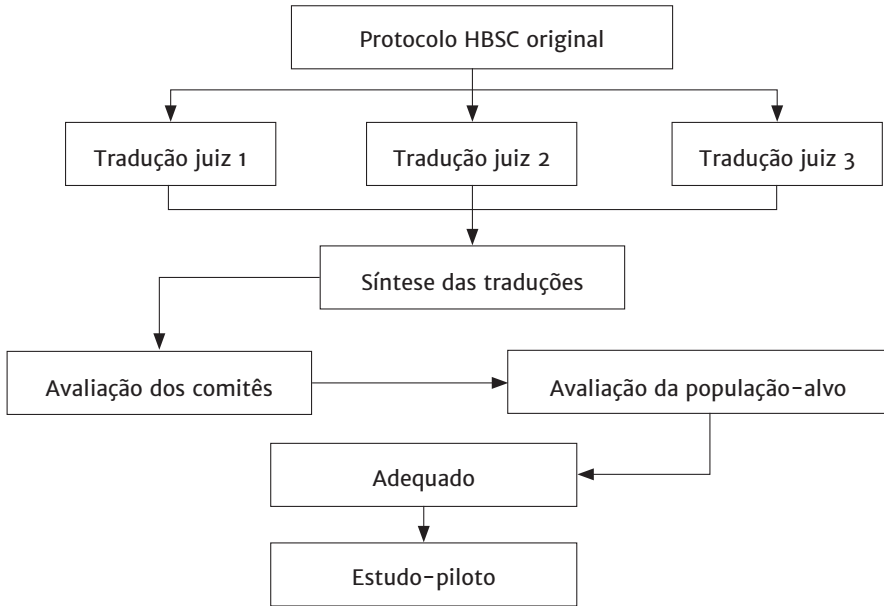


Figura 2.1. Processo de tradução e adaptação do Protocolo HBSC para a realidade brasileira.

A tradução e a adaptação conceitual do protocolo foram realizadas por três juízes da área, seguindo as recomendações contidas em Manzi-Oliveira et al. (2011). Cada juiz produziu uma versão traduzida, que foi encaminhada para posterior síntese por parte do comitê de avaliação (Beaton et al., 2000). O comitê decidiu pela versão final do protocolo, seguindo as recomendações e os itens na língua inglesa do protocolo de pesquisa HBSC–OMS 2009/2010 (Griebler et al., 2010).

Após a aprovação da síntese, o *layout* do instrumento foi adaptado de acordo com o questionário português. A segunda etapa do método teve por objetivo a verificação da compreensão acerca das instruções, dos itens e das respostas (Borsa et al., 2012). O método para essa avaliação foi qualitativo, pautado em aspectos relatados pelos participantes do estudo durante a coleta e a partir do questionamento individual ao final da aplicação.

A primeira fase da avaliação linguística do instrumento teve a participação de quatro meninas. A coleta de dados ocorreu em espaço reservado indicado pela escola, com uma pós-doutoranda e aluna de iniciação do projeto. As participantes

foram instruídas para leitura com atenção e para questionarem as aplicadoras em caso de dificuldades de compreensão, problemas com o *layout* ou erros. Foi também ressaltado que não havia respostas certas ou erradas. Ao final, as participantes foram questionadas individualmente sobre o instrumento.

A segunda fase da avaliação linguística foi realizada por meio de um estudo-piloto (Borsa et al., 2012). Participaram dessa etapa 11 meninos e 8 meninas de uma segunda escola da região, também contatada de forma aleatória. A coleta ocorreu em espaço reservado indicado pela escola, com as mesmas aplicadoras. Após a aplicação, foi realizada uma entrevista individual para explorar os itens do questionário e as respostas correspondentes, garantindo assim a equivalência do instrumento (Beaton et al., 2000). Também foi avaliada se a instrução do procedimento se mostrou adequada, bem como o *layout*.

Todos os participantes da pesquisa receberam autorizações dos pais ou responsáveis por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Além disso, os participantes assinaram, no momento da coleta de dados, o Termo de Assentimento (TA) para participação na pesquisa. Todos os participantes demonstraram capacidades de leitura e escrita adequadas, sendo perguntado inicialmente se possuíam alguma dificuldade.

2.2 Participantes

O processo de tradução e adaptação do instrumento para português utilizado no Brasil contou com a participação de três juízes brasileiros, doutores em Psicologia com *expertise* nas áreas avaliadas. Todos eram nativos e com língua portuguesa como materna, além de compreenderem e falarem a língua inglesa satisfatoriamente. A tradução inicial foi analisada por um comitê de avaliação, composto pela coordenadora do estudo, um dos tradutores e uma profissional da área da saúde.

A análise linguística inicial do instrumento traduzido foi feita por um grupo de quatro meninas com idade média de 13,50 anos (DP = 0,30). Na segunda fase dessa etapa, aplicou-se o instrumento em 18 adolescentes, sendo 44,44% do sexo feminino (n = 8), com idade média de 13,69 anos (DP = 0,35). Somando-se os participantes das duas fases, a avaliação linguística do protocolo traduzido e adaptado foi realizada por 22 adolescentes, sendo 54,50% (n = 12) do sexo feminino, com idade de 13 anos, com média de 13,50 anos (DP = 0,30). Os participantes es-

tavam matriculados no oitavo ano, em duas escolas estaduais de uma cidade do interior de São Paulo.

2.3 Instrumento

Protocolo HBSC 2013/2014: O início do desenvolvimento do questionário se deu pela força-tarefa HBSC em conjunto com a OMS em 1982. Desde então, vem sendo constantemente avaliado a cada levantamento. O último questionário desenvolvido foi aplicado em 2013/2014, em mais de 42 países da Europa e América do Norte.

O instrumento avalia indicadores e comportamentos relacionados à saúde e ao bem-estar, ao estilo de vida e às variáveis do contexto social em adolescentes de 11, 13 e 15 anos de idade. Contém aproximadamente 80 questões fechadas, mas cada país pode incluir questões. Os 16 eixos temáticos das questões pautam-se em: fatores sociodemográficos, alimentação, higiene oral, Índice de Massa Corporal, dieta, consumo de substâncias, escola, satisfação e qualidade de vida, bem-estar físico e psicológico, atividade física, sedentarismo, comportamento sexual, provocação, lesões, relacionamento familiar, pares, tempo livre e comunicação por meio de mídias eletrônicas. O instrumento é autoaplicável e pode ser administrado em papel ou digitalmente. Dura aproximadamente 40 minutos para ser finalizado.

2.4 Análise dos dados

As traduções realizadas pelos juízes foram analisadas pelo comitê de pesquisa brasileira. Todas as informações sobre a inteligibilidade dos itens e adequação do português para a população-alvo foram analisadas pelos autores da pesquisa.

3. Resultados

3.1 Tradução e adaptação do Protocolo HBSC

A versão final da versão brasileira do Protocolo HBSC foi definida pelo comitê. Em relação às versões originais, foram incluídos três itens referentes à cor autodeclarada (baseado no censo do IBGE), supervisão parental e autolesão (baseados em itens não obrigatórios do Protocolo HBSC incluídos no Protocolo HBSC português de 2013/2014). Esses itens foram também analisados pelos juízes e pelo comitê.

A Tabela 3.1.1 apresenta as principais divergências de tradução e adaptação de conceitos do questionário para a realidade brasileira entre os juízes. A partir da versão de cada juiz, 15 palavras foram adaptadas para o português e para a realidade brasileira, ficando a síntese a critério do comitê de avaliação. Alguns termos foram adaptados a partir do levantamento de expressões comumente utilizadas na realidade adolescente brasileira, como os sinônimos para maconha, embriaguez e chacotas/xingamentos entre pares, a partir da *expertise* dos juízes na área. Ao final, concluiu-se pela versão brasileira, integrada ao instrumento e avaliada satisfatoriamente pelos participantes.

Tabela 3.1.1. Quadro comparativo da tradução dos juízes do estudo entre a versão portuguesa e a brasileira do questionário HBSC.

Versão portuguesa	Juiz	Tradução dos juízes	Versão brasileira
Rebuçado	1	Doce	Doce
	2	Doce	
	3	Bala	
Substâncias	1	Substâncias	Substâncias
	2	Substâncias	
	3	Drogas	
Cigarro	1	Tabaco (cigarro, charuto, cachimbo)	Tabaco (cigarro, charuto, cachimbo)
	2	Tabaco (cigarro, charuto, cachimbo)	
	3	cachimbo)	
		Cigarro	
Passa (cigarro)	1	Tragada	Tragada
	2	Trago	
	3	Tragada	
Embriagado/ bebedeira	1	Bêbado/porre	Bêbado/tomou um porre
	2	Chapado	
	3	Bêbado	
Alcopops	1	Bebidas saborizadas/ aromatizadas	Bebidas aromatizadas/ saborizadas
	2	Sem modificações	
	3	Drinks	

(continua)

Tabela 3.1.1. Quadro comparativo da tradução dos juízes do estudo entre a versão portuguesa e a brasileira do questionário HBSC. (*conclusão*)

Versão portuguesa	Juiz	Tradução dos juízes	Versão brasileira
Erva, haxixe	1	Erva	Maconha (erva, beck, bagulho)
	2	Bagulho	
	3	Fuminho	
Relação sexual	1	Relação sexual	Relação sexual
	2	Relação sexual	
	3	Transar ou fazer sexo	
Gozar	1	Brincar/ “zoar”	Debochar/ “zoar”
	2	Sem modificações	
	3	Debochar	
Coito interrompido	1	Retirar o pênis da vagina e gozar/ Ejacular do lado de fora	Coito interrompido (Retirar o pênis da vagina na hora de gozar)
	2	Sem modificações	
	3	Retirar o pênis da vagina e gozar	
Luta	1	Luta devido a uma briga	Esteve envolvido numa luta devido a uma briga
	2	Briga	
	3	Briga	
Magoou/fez mal a si próprio	1	Lesão contra si mesmo	Se feriu de propósito
	2	Se feriu de propósito	
	3	Se feriu de propósito	
Zangado	1	Bravo	Bravo
	2	Bravo	
	3	Irritado	
Carro, carrinha ou outro meio de transporte	1	Carro, moto, van ou outro meio de transporte	Carro, van, caminhão, moto ou outro veículo motorizado
	2	Carro, moto, van ou outro meio de transporte	
	3	Carro, van, caminhão e moto	
Consola	1	Videogame	Videogame
	2	Videogame	
	3	Console	

3.2 Avaliação linguística do Protocolo HBSC

Nenhum participante relatou dificuldade de compreensão durante e após a aplicação do questionário. O *layout* de apresentação também foi facilmente compreendido pelos adolescentes, bem como as instruções de aplicação foram avaliadas como claras. A equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual (Manzi-Oliveira et al., 2011) do questionário foi atingida com base nas análises qualitativas por meio da avaliação verbal dos participantes sobre a compreensão do instrumento e posteriormente quando os questionários respondidos foram verificados. Nenhum participante relatou dificuldade de compreensão durante ou após a aplicação nas duas etapas do processo. A validação do instrumento não foi objetivo do presente trabalho.

As etapas realizadas para avaliação da tradução permitiram verificar a compreensão satisfatória do público-alvo ao qual se destina o questionário. A síntese foi avaliada pelo público-alvo, e não se observou nenhuma dificuldade durante a aplicação. A compreensão do instrumento também foi observada, uma vez que nenhuma adolescente reportou qualquer incompreensão ou dificuldade. No estudo-piloto, novamente, apesar de repetidas solicitações, não se verificaram dificuldades nem foram indicadas sugestões em relação às instruções, aos itens, às respostas e ao *layout* do instrumento. Os itens adicionados também foram adequadamente compreendidos pela amostra em questão.

4. Discussão

Apesar de não existir um consenso sobre a metodologia de adaptação de instrumentos, esse processo certamente vai além da mera tradução e deve seguir um rigor metodológico para garantir a confiabilidade e validade das medidas e dos constructos (Borsa et al., 2012). O presente trabalho teve por objetivo reconhecer a adaptação brasileira do questionário de saúde adolescente Health Behaviour in School-aged Children e demonstrar os processos de tradução e adaptação do instrumento. Todas as etapas seguiram as recomendações descritas na literatura (Borsa et al., 2012; Beaton et al., 2000; Manzi-Oliveira et al., 2011). Não houve dificuldades, como descritas por pesquisadores asiáticos (Smet, Maes, Clercq, Haryanti, & Winarno, 1999), em relação à tradução e à adaptação do questionário em um país em desenvolvimento, onde foram necessárias adequações em questões relativas a alimentação e alimentos consumidos, por exemplo, citando também a

influência de questões culturais e religiosas marcantes nesse processo, como na avaliação de comportamentos sexuais. O questionário derivado do presente trabalho pode ser considerado adequado para utilização em estudos brasileiros que avaliem a temática abordada dentro da faixa etária representada.

A importância da investigação acerca da saúde adolescente é clara na literatura da área. Atualmente, diversos estudos nacionais pesquisam indicadores e comportamentos da saúde nessa faixa etária, em seus diversos âmbitos e contextos (Braz et al., 2013; Reis et al., 2013; Sousa et al., 2010), mesmo em grandes levantamentos nacionais (Carlini et al., 2010; IBGE, 2016). No entanto, o diferencial do questionário HBSC recai sobre a amplitude dos conceitos investigados em um único instrumento – contemplando 16 esferas de saúde –, a sua validação em mais de 40 países com mais de 220 mil adolescentes e a consolidação como força-tarefa internacional, permitindo, assim, a comparação transnacional dos dados. A união do Brasil com a força-tarefa HBSC permitirá a realização do estudo no país e a consolidação do instrumento, com posterior objetivo de integrar os levantamentos internacionais, destacando a importância de uma adaptação adequada do instrumento em questão.

A principal limitação do estudo refere-se ao fato de que o questionário HBSC Brasil não foi validado, etapa complementar às etapas de adaptação de instrumentos. No entanto, merece destaque o cumprimento de diretrizes que garantem a qualidade do processo de adaptação do instrumento, como controles metodológicos referentes à escolha e ao critério de seleção de juízes, à descrição detalhada do método, à autorização formal e ao auxílio do país de origem para o instrumento utilizado (Borsa et al., 2012; Manzi-Oliveira et al., 2011). A validação será uma etapa posterior aos objetivos deste projeto nacional que vem sendo desenvolvido no país. Concluiu-se pela tradução e adaptação satisfatórias do Protocolo HBSC para a realidade brasileira, configurando-se como questionário HBSC Brasil 2016/2017.

Referências

- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186–3191.
- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: Algumas considerações. *Paidéia*, 22(53), 423–432. doi:10.1590/1982-43272253201314

- Bower, J. M., Carroll, A., & Ashman, A. F. (2012). Adolescent perspectives on schooling experiences: The interplay of risk and protective factors within their lives. *International Journal of Educational Research*, 53, 9–21. doi:10.1016/j.ijer.2011.12.003
- Brasil (1990). Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Câmara dos Deputados, Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. DOU de 16 jul. 1990. Brasília: DF.
- Braz, M., Barros, A. A. B., Filho, & Barros, M. B. A. (2013). Saúde dos adolescentes: Um estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(9), 1877–1888. doi:10.1590/0102-311X00169712
- Carlini, E. A., Noto, A. R., Sanchez, Z. M., Carlini, C. M. A., Locatelli, D. P., Abeid, L. R., ... Moura, Y. G. (2010). *VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras*. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Universidade Federal de São Paulo.
- Currie, C., Gabhainn, S. N., Godeau, E., & International HBSC Network Coordinating Committee (2009). The Health Behaviour in School-aged Children: WHO Collaborative Cross-National (HBSC) Study: Origins, concept, history and development 1982–2008. *International Journal of Public Health*, 54, 131–139. doi:10.1007/s00038-009-5404-x
- Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., Looze, M., Roberts, C., ... Barnekow, V. (Eds.). (2012). *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2009/2010 survey*. (Health policy for children and adolescents, n. 6). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Griebler, R., Molcho, M., Samdal, O., Inchley, J., Dur, W., & Currie, C. (Eds.) (2010). *Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization cross-national study, Research Protocol for the 2009/2010 survey*. Vienna: LBIHPR; Edinburg: CAHRU.
- Hallal, P. C., Victoria, C. G., Azevedo, M. R., & Wells, J. C. K. (2006). Adolescent physical activity and health. A systematic review. *Sports Medicine*, 36(12), 1019–1030.
- Inchley, J., Currie, D., Young, T., Samdal, O., Torsheim, T., Augustson, L., ... Barnekow, V. (Eds.). (2016). *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2013/2014 survey*. (Health policy for children and adolescents, n. 7). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2016). *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE): 2015*. Recuperado de www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/2015/
- Lansford, J. E., Dodge, K. A., Fontaine, R. G., Bates, J. E., & Pettit, G. S. (2014). Peer rejection, affiliation with deviant peers, delinquency, and risky sexual behavior. *Journal of Youth and Adolescence*, 43, 1742–1751. doi:10.1007/s10964-014-0175-y
- Manzi-Oliveira, A. B., Balarini, F. B., Marques, L. A. da S., & Pasian, S. R. (2011). Adaptação transcultural de instrumentos de avaliação psicológica: Levantamento dos estudos realizados no Brasil de 2000 a 2010. *Psico-USF*, 16(3), 367–381.
- Matos, G. M., Simões, C., Camacho, I., Reis, M., & Equipa Aventura Social (2015). *A saúde dos adolescentes portugueses em tempos de recessão – dados nacionais do estudo HBSC de 2014*. Lisboa: Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais, IHMT, UNL.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2010). *Desenvolvimento humano* (10a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Reis, D. C., Almeida, T. A. C., Miranda, M. M., Alves, R. H., & Madeira, A. M. F. (2013). Vulnerabilidades à saúde na adolescência: Condições socioeconômicas, redes sociais, drogas e violência. *Revista Latino-Americana de enfermagem*, 21(2), 1–9.
- Romer, D., Reyna, V. F., & Satterthwaite, T. D. (2017). Beyond stereotypes of adolescent risk taking: Placing the adolescent brain in developmental context. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 27, 19–34. doi:10.1016/j.dcn.2017.07.007
- Schneider, B. C., Dumith, S. C., Orlandi, S. P., & Assunção, M. C. F. (2017). Diet and body fat in adolescence and early adulthood: A systematic review of longitudinal studies. *Ciência e Saúde Coletiva*, 25(5), 1539–1552. doi:10.1590/1413-81232017225.13972015
- Smet, B., Maes, L., Clercq, L., Haryanti, K., & Winarno, R. D. (1999). The Health Behavior in School-Aged Children study in Semarang, Indonesia: methodological problems in cross-cultural research. *Health Promotion International*, 14(1), 7–16. doi:doi.org/10.1093/heapro/14.1.7
- Sousa, T. F., Silva, K. S., Garcia, L. M., Del Duca, G. F., Oliveira, E. S. A., & Nahas, M. V. (2010). Autoavaliação de saúde e fatores associados em adolescentes do Estado de Santa Catarina, Brasil. *Revista Paulista de Pediatria*, 28(4), 333–339.
- World Health Organization (2011). *Preventing early pregnancy and poorreproductive outcomes: Among adolescents in developing countries*. Geneva: WHO. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502214_eng.pdf?ua=1

World Health Organization (2014). *Health for the World's Adolescents. A second chance in the second decade*. Geneva: WHO. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112750/1/WHO_FWC_MCA_14.05_eng.pdf?ua=1

Nota dos autores

Juliana Maltoni, Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental (LaPICC), Universidade de São Paulo (USP); **Carolina S. de M. Lisboa**, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS); **Margarida G. de Matos**, Departamento de Educação, Ciências Sociais e Humanidades, Universidade de Lisboa (ULisboa); **Maycoln L. M. Teodoro**, Programa de Psicologia: Cognição e Comportamento, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); **Carmem Beatriz Neufeld**, Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental (LaPICC), Universidade de São Paulo (USP).

Correspondências referentes a este artigo devem ser encaminhadas para Juliana Maltoni Nogueira, Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, Ribeirão Preto, SP, Brasil. CEP 14040-901.

E-mail: julianamaltoni@gmail.com