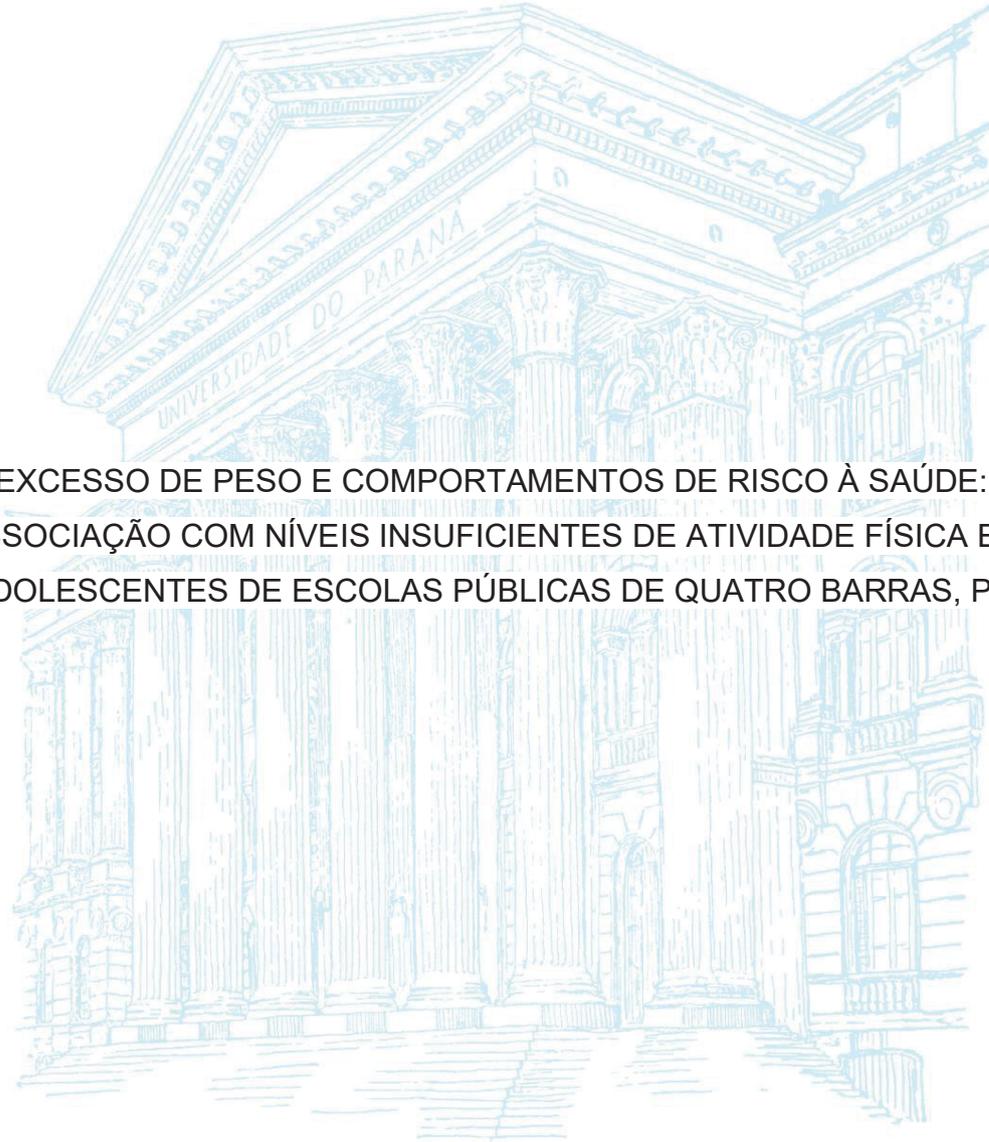


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

NAYRA VALENTIM HEIN



EXCESSO DE PESO E COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE:
ASSOCIAÇÃO COM NÍVEIS INSUFICIENTES DE ATIVIDADE FÍSICA EM
ADOLESCENTES DE ESCOLAS PÚBLICAS DE QUATRO BARRAS, PR

CURITIBA

2023

NAYRA VALENTIM HEIN

EXCESSO DE PESO E COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE:
ASSOCIAÇÃO COM NÍVEIS INSUFICIENTES DE ATIVIDADE FÍSICA EM
ADOLESCENTES DE ESCOLAS PÚBLICAS DE QUATRO BARRAS, PR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Setor de Ciências Biológicas, da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Educação Física

Orientador: Prof. Dr. Wagner de Campos

CURITIBA
2023

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SISTEMA DE BIBLIOTECAS – BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS

Hein, Nayra Valentim

Excesso de peso e comportamentos de risco à saúde: associação com níveis insuficientes de atividade física em adolescentes de escolas públicas de Quatro Barras, PR / Nayra Valentim Hein. – Curitiba, 2023. 1 recurso on-line : PDF.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Biológicas, Programa de Pós-Graduação em Educação Física.

Orientador: Prof. Dr. Wagner de Campos.

1. Sobrepeso. 2. Comportamentos de risco à saúde. 3. Atividade física. 4. Adolescentes. I. Campos, Wagner de. II. Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Educação Física. III. Título.

Bibliotecária: Giana Mara Seniski Silva. CRB-9/1406



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EDUCAÇÃO FÍSICA -
40001016047P0

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação EDUCAÇÃO FÍSICA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **NAYRA VALENTIM HEIN** intitulada: **EXCESSO DE PESO E COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE: ASSOCIAÇÃO COM NÍVEIS INSUFICIENTES DE ATIVIDADE FÍSICA EM ADOLESCENTES DE ESCOLAS PÚBLICAS DE QUATRO BARRAS, PR**, sob orientação do Prof. Dr. WAGNER DE CAMPOS, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 29 de Agosto de 2023.

Assinatura Eletrônica

29/08/2023 15:22:02.0

WAGNER DE CAMPOS

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

06/12/2023 22:16:42.0

SERGIO GREGORIO DA SILVA

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

29/08/2023 13:28:14.0

ANDERSON ZAMPIER ULBRICH

Avaliador Externo (PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA INTERNA E CIÊNCIAS DA SAÚDE - UFPR)

Novo Edifício do Departamento de Educação Física - Campus Centro Politécnico - Curitiba - Paraná - Brasil

CEP 81531-980 - Tel: (41) 3361-3072 - E-mail: pgedf@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 310465

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://siga.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp> e insira o código 310465

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação as pessoas mais importantes da minha vida, a minha mãe Julita, ao meu pai (in memoriam) Jorge, ao meu marido Juliano e aos meus filhos Ian e Maitê, que sempre estiveram comigo, acreditaram em mim e não mediram esforços para que fosse possível a realização deste sonho.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus pela oportunidade de aprender cada dia mais e chegar até aqui depois de tantas coisas que passaram no decorrer destes anos (como a tristeza da Pandemia e a alegria da minha gestação recente).

A Prefeitura de Quatro Barras por permitir que o estudo pudesse ser realizado na cidade em que trabalho e tanto me acolhe.

As escolas, aos pais e, principalmente, aos alunos que aceitaram participar deste estudo.

Aos amigos do CEAFS (Centro de Estudos em Atividade Física e Saúde) por me ajudarem em diversas etapas do estudo, em especial a Eliane, ao João, a Cristiane, a Ana e ao Piola.

Aos colegas Scheila e Lucas que deram todo o suporte nas escolas.

A todos os membros da banca examinadora, Prof. Dr. Anderson Ulbrich que acompanha a idealização deste projeto desde a qualificação e ao Prof. Dr. Sérgio Gregório da Silva que acompanha este sonho desde as aulas da Pós em Fisiologia, de quando fui sua aluna ouvinte, até as reuniões no laboratório em que eu levava a minha bebezinha.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Wagner de Campos, que confiou em mim para o desenvolvimento deste estudo.

A minha família, em especial a minha mãe Julita e ao meu marido Juliano que foram extremamente compreensivos, prestativos e pacientes.

Aos meus alunos e amigos que me apoiaram e me deram força.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Muito obrigada!!

RESUMO

A adolescência é uma fase caracterizada por transformações biopsicossociais, as quais facilitam a exposição a comportamentos de risco à saúde. O objetivo deste estudo foi verificar a associação do excesso de peso e comportamentos de risco à saúde com níveis insuficientes de atividade física em adolescentes, de ambos os sexos, do ensino médio diurno, da rede pública, da cidade de Quatro Barras, PR. Estudo descritivo correlacional com abordagem transversal. Participaram deste estudo 530 escolares (279 meninos e 251 meninas). As variáveis sociodemográficas avaliadas foram: sexo, idade e nível socioeconômico. O excesso de peso foi analisado pelo índice de massa corporal considerando o sexo e a idade. Além disto, foram avaliados, através de questionários autorreportados, os comportamentos de risco à saúde: comportamento sedentário (elevado tempo de TV e videogame), hábitos alimentares inadequados (baixo consumo de frutas e vegetais), consumo de bebidas alcoólicas, consumo de tabaco e droga ilícita (maconha), comportamento sexual de risco (sem preservativo) e violento, além do comportamento aditivo (*smartphone* e *tablet*), qualidade do sono e os níveis de atividade física. Para análise dos dados foi utilizada a regressão de Poisson com variância robusta para verificar a associação do excesso de peso e dos comportamentos de risco à saúde com os níveis insuficientes de atividade física, adotando $p < 0,05$. Pouco mais da metade (54,3%, $n = 288$) dos adolescentes são suficientemente ativos, sendo os meninos em maior proporção (67,7%, $n = 189$; $p = 0,001$). Adolescentes com comportamento violento apresentaram probabilidade 50% menor (RP= 0,50; IC95%= 0,35-0,72) de serem insuficientemente ativos. Com relação aos hábitos alimentares, para o baixo consumo de suco 100% natural observou-se probabilidade 74% maior (RP= 1,74; IC95%= 1,02-2,98) dos adolescentes serem insuficientemente ativos, assim como para o baixo consumo de frutas com 43% (RP= 1,43; IC95%= 1,06-1,93) e o baixo consumo de saladas verdes com 62% (RP= 1,62; IC95%= 1,13-2,31). No comportamento aditivo verificou-se probabilidade 23% maior (RP= 1,23; IC95% 1,02-1,49) dos adolescentes que usam *smartphone* serem insuficientemente ativos. O sexo moderou a associação do excesso de peso para meninas com sobrepeso e para o comportamento violento em ambos os sexos de forma positiva. Para o baixo consumo de frutas por meninos e saladas verdes por meninas a associação foi negativa. Todas as idades apresentaram associação positiva para o comportamento violento e os mais velhos (16 a 18 anos) que consumiram droga ilícita e com baixo consumo de saladas verdes foi negativa. Os adolescentes das classes média (B) e baixa (C/D/E) com comportamento violento apresentaram associação positiva, assim como para o baixo consumo de frutas pela classe baixa. Adolescentes de classe média que consumiram droga ilícita e de classe baixa com comportamento aditivo (*smartphone*) apresentaram associações negativas com atividade física. Conclui-se que as possíveis associações do excesso de peso e dos comportamentos de risco à saúde, destacando-se o baixo consumo de frutas e vegetais, o consumo de droga ilícita e o uso excessivo de *smartphone*, sobre os níveis insuficientes de atividade física variam conforme as características sociodemográficas dos adolescentes.

Palavras-chave: sobrepeso; comportamentos de risco à saúde; atividade física; adolescentes.

ABSTRACT

Adolescence is a phase characterized by biopsychosocial transformations, which facilitate exposure to health risk behaviors. The objective of this study was to verify the association of overweight and health risk behaviors with insufficient levels of physical activity in adolescents of both sexes from public high schools in the city of Quatro Barras, PR. This is a descriptive correlational study with a cross-sectional approach. A total of 530 students participated in this study (279 boys and 251 girls). The sociodemographic variables evaluated were: gender, age and socioeconomic status. Overweight was analyzed by body mass index considering gender and age. In addition, health risk behaviors were assessed through self-reported questionnaires: sedentary behavior (high TV and video game time), inadequate eating habits (low consumption of fruits and vegetables), alcohol consumption, tobacco and illicit drug (marijuana) consumption, risky (without a condom) and violent sexual behavior, as well as addictive behavior (smartphone and tablet), sleep quality and physical activity levels. Poisson regression with robust variance was used for data analysis to verify the association of overweight and health risk behaviors and insufficient levels of physical activity, adopting $p < 0.05$. Slightly more than half (54.3%, $n = 288$) of adolescents were sufficiently active, and boys were more active (67.7%, $n = 189$; $p = 0.001$). Adolescents with violent behavior were 50% less likely ($PR = 0.50$; $95\%CI = 0.35-0.72$) to be insufficiently active. With regard to eating habits, adolescents with a low consumption of 100% natural juice were 74% more likely ($PR = 1.74$; $95\%CI = 1.02-2.98$) to be insufficiently active, as were adolescents with a 43% low consumption of fruit ($PR = 1.43$; $95\%CI = 1.06-1.93$) and a 62% low consumption of green salads ($PR = 1.62$; $95\%CI = 1.13-2.31$). Addictive behavior showed a 23% higher probability ($PR = 1.23$; $95\%CI = 1.02-1.49$) of adolescents who use smartphones being insufficiently active. Gender positively moderated the association between excess weight for overweight girls and violent behavior for both genders. For low consumption of fruit by boys and green salads by girls, the association was negative. All ages showed a positive association for violent behavior and the oldest (16 to 18 years) who consumed illicit drugs and low consumption of green salads was negative. Middle-class (B) and lower-class (C/D/E) adolescents with violent behavior showed a positive association, as did lower-class adolescents with low fruit consumption. Middle-class adolescents who used illicit drugs and lower-class adolescents with addictive behavior (smartphone) showed negative associations with physical activity. We conclude that the possible associations of overweight and health risk behaviors, especially low fruit and vegetable consumption, illicit drug use and excessive smartphone use, on insufficient levels of physical activity vary according to the sociodemographic characteristics of adolescents.

Keywords: overweight; health risk behaviors; physical activity; adolescents.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	46
-------------------------------------	----

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – CARACTERÍSTICAS DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, TOTAL E ESTRATIFICADO POR SEXO, DOS ESCOLARES DE 14 A 18 ANOS DE QUATRO BARRAS/PR.....	56
TABELA 2 – CARACTERÍSTICAS DO EXCESSO DE PESO, ATIVIDADE FÍSICA E COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE, TOTAL E ESTRATIFICADO POR SEXO, DOS ESCOLARES DE 14 A 18 ANOS DE QUATRO BARRAS/PR.....	58
TABELA 3 – ASSOCIAÇÃO DO EXCESSO DE PESO E COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE COM NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA INSUFICIENTE DOS ESCOLARES DE 14 A 18 ANOS DE QUATRO BARRAS, PR.....	60
TABELA 4 – ASSOCIAÇÃO DO EXCESSO DE PESO E COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE COM NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA INSUFICIENTE, MODERADO POR SEXO, DOS ESCOLARES DE 14 A 18 ANOS DE QUATRO BARRAS, PR.....	63
TABELA 5 – ASSOCIAÇÃO DO EXCESSO DE PESO E COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE COM NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA INSUFICIENTE, MODERADO POR IDADE, DOS ESCOLARES DE 14 A 18 ANOS DE QUATRO BARRAS, PR.....	66
TABELA 6 – ASSOCIAÇÃO DO EXCESSO DE PESO E COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE COM NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA INSUFICIENTE, MODERADO POR NÍVEL SOCIOECONÔMICO, DOS ESCOLARES DE 14 A 18 ANOS DE QUATRO BARRAS, PR.....	69

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA	13
1.2 OBJETIVOS	19
1.2.1 Objetivo Geral	19
1.2.2 Objetivos Específicos	19
2 REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1 EXCESSO DE PESO	20
2.2 COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE	21
2.2.1 Comportamento sedentário	22
2.2.2 Hábitos alimentares	24
2.2.3 Consumo de bebidas alcoólicas	27
2.2.4 Consumo de tabaco	29
2.2.5 Consumo de drogas ilícitas	32
2.2.6 Comportamento sexual de risco	34
2.2.7 Comportamento violento.....	37
2.2.8 Qualidade do sono	40
2.3 NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA	43
3 METODOLOGIA	46
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	46
3.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO	46
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	47
3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	47
3.5 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS	47
3.5.1 Procedimentos de coleta de dados.....	47
3.5.2 Instrumentos utilizados	48
3.5.2.1 Identificação das variáveis sociodemográficas	48
3.5.2.2 Excesso de peso dos adolescentes.....	49
3.5.2.3 Comportamentos de risco à saúde dos adolescentes.....	50
3.5.2.4 Níveis de atividade física dos adolescentes.....	53
3.6 TRATAMENTO DOS DADOS E PROCEDIMENTO ESTATÍSTICO	54
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	55
5 CONCLUSÕES	78
REFERÊNCIAS	80

APÊNCICES.....	126
APÊNDICE 1 – CARTA PARA AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA ESTADUAL DE EDUCAÇÃO.....	127
APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MAIORES DE 12 ANOS E MENORES DE 18 ANOS.....	128
APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MAIORES DE 18 ANOS.....	130
APÊNDICE 4 – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	132
ANEXO.....	134
ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	135
ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO DE CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL.....	142
ANEXO 3 – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL.....	142
ANEXO 4 – QUESTIONÁRIO DE COMPORTAMENTO DE RISCO PARA JOVENS (YRBS).....	143
ANEXO 5 – ESCALA DE DEPENDÊNCIA DE SMARTPHONES – VERSÃO CURTA (SAS-SV).....	150
ANEXO 6 – ÍNDICE DE QUALIDADE DO SONO DE PITTSBURGH – VERSÃO BRASILEIRA (PSQI-BR).....	151
ANEXO 7 – QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADE FÍSICA PARA ADOLESCENTES.....	154

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA

A adolescência compreende o período entre 12 e 18 anos, mesmo que possa variar, pois pode ser o resultado das características de personalidade ou até mesmo da vivência de cada um (SANTOS; CARVALHO, 2006). De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8069/90, de 13 de julho de 1990, adolescente é a pessoa que tem entre 12 e 18 anos de idade (LOPES, 2013). Entretanto, para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018) adolescência é o período entre 10 e 19 anos.

Assim sendo, a adolescência é normalmente um período de transição entre a infância e a idade adulta permeada por várias mudanças a nível físico, biológico, psíquico e psicossocial e pode ser caracterizada como um período de vulnerabilidade e risco (BLUM; BASTOS; KABIRU, 2012; SANSORES; RAMÍREZ-VENEGAS, 2016). Apesar de existir uma tendência em caracterizar a adolescência como uma fase de conflitos, alterações de humor e dificuldades, tem-se enfatizado considerar que é uma fase de intensa exploração e descobertas (SENNA; DESSEN, 2012). Assim, com a influência das mídias, provocações de colegas e até mesmo de familiares em relação ao peso corporal, os adolescentes tendem adotar comportamentos de risco à saúde (GOLDFIELD *et al.*, 2010; LEME; PHILIPPI, 2013; ROJO-MORENO *et al.*, 2013; WEBB *et al.*, 2017).

Alguns comportamentos inadequados como pouca prática de exercícios, consumo de alimentos gordurosos, ricos em sódio e açúcares além do baixo consumo de frutas, legumes e verduras pode acarretar em excesso de peso e obesidade em adolescentes (CARNEIRO *et al.*, 2017).

Contudo, o excesso de peso, termo usado para se referir a indivíduos com sobrepeso ou obesidade, vem se tornando um problema epidêmico entre os adolescentes (ALVEZ *et al.*, 2020). Segundo Ogden *et al.* (2015), nos Estados Unidos, entre 2011-2014, 17% dos jovens eram obesos, sendo a prevalência de obesidade em adolescentes com idade entre 12 e 19 anos de 20,5%. Já no Sri Lanka, a prevalência de sobrepeso dos adolescentes foi de 11,0% e de obesos

2,4%; na Índia, 19,0% de sobrepeso e no Paquistão 11,0% de obesidade (JAYAWARDENA *et al.*, 2017). Estudo realizado por Bloch *et al.* (2016) com adolescentes, escolares de 124 municípios do Brasil, utilizando uma amostra de 73.399 sujeitos, concluiu que 17,1% dos adolescentes, com idades entre 12 e 17 anos, estavam acima do peso e que 8,4% dos jovens avaliados eram obesos. De acordo com o Ministério da Saúde, no ano de 2020, foi constatado excesso de peso em 19,4% (1,8 milhão de pessoas) dos adolescentes com idade entre 15 e 17, sendo que para o sexo feminino o índice foi de 22,9%, enquanto para o sexo masculino foi mais baixo, 16,0% (BRASIL, 2020).

Países com diferentes estágios de desenvolvimento socioeconômico tiveram aumento significativo na prevalência de sobrepeso entre crianças e adolescentes nas últimas décadas (WANG; MONTEIRO; POPKIN, 2002). Em 2016, aproximadamente 18% das crianças e adolescentes apresentavam sobrepeso ou obesidade a nível mundial, sendo que nas Américas a taxa era $\geq 10\%$ (WHO, 2018). Já no ano de 2018, no Brasil, a taxa variou entre 42,7% e 60,7% para sobrepeso e 15,7% e 23,0% para obesidade (BRASIL, 2019), o que mostra uma crescente tendência para obesidade (SILVA, 2021).

De acordo com o Atlas Mundial da Obesidade, nos próximos 10 anos, 20% das crianças e adolescentes com idade entre 5 e 19 anos serão diagnosticados com obesidade e a previsão é que o número ultrapasse 380 milhões até o ano de 2035 (WOA, 2023). Tal fato é preocupante, pois adolescentes obesos e com sobrepeso estão propensos a se tornarem adultos obesos (PAIM; DESCONSI; DE OLIVEIRA, 2022).

Segundo Polsky *et al.* (2016), um indivíduo desenvolve obesidade pela interação entre fatores genéticos, ambientais e comportamentais que agem no equilíbrio energético. Neste sentido, de acordo com a literatura, a obesidade de origem genética está relacionada a uma porcentagem muito baixa (2 a 5%), enquanto a obesidade exógena, que está associada ao sedentarismo e aos maus hábitos alimentares, é responsável por 95 a 98% dos casos (OLIVEIRA *et al.*, 2000).

Conforme Reuter *et al.* (2016), levando em consideração que uma menor porcentagem do desenvolvimento do sobrepeso e da obesidade é estabelecido por fatores genéticos, é preocupante notar qual a colaboração dos fatores

sociodemográficos como o nível socioeconômico, o sexo, as características das diferentes regiões da cidade e os níveis de atividade física diários dos adolescentes.

De acordo com o Ministério da Saúde (2017) o aumento da incidência de obesidade entre os jovens no Brasil é alarmante e, na maioria dos casos, não se apresenta isoladamente, favorecendo a ocorrência de morbidades associadas (JARDIM, 2014; BLOCH *et al.*, 2016). No estudo de Ferreira e Andrade (2021) foi ressaltado que a obesidade tem preocupado por conta do seu grau de interferência em outras patologias.

Frente a essa realidade, observa-se que adolescentes com excesso de peso estão mais suscetíveis a hipertensão arterial sistêmica, dislipidemias, síndrome metabólica, diabetes, depressão, baixa autoestima, baixo desempenho acadêmico e baixa qualidade de vida, além de chances aumentadas de morbimortalidade por doenças cardiovasculares e certos tipos de câncer (REILLY; KELLY, 2011; STABELINI NETO *et al.*, 2012; TURKE *et al.*, 2019).

Assim, com os avanços recentes voltados para a compreensão da dinâmica do comportamento dos adolescentes, é necessário que haja a promoção de ações que possam resultar em maior impacto no bem-estar desses indivíduos que estão numa fase de experimentação (SILVA; BEZERRA; MEDEIROS, 2019). Entretanto, as transformações experienciadas nesta fase, podem acarretar em comportamentos que contribuam de forma positiva ou negativa para um desenvolvimento saudável (AGOSTINI *et al.*, 2014).

Comportamento de risco tem sido descrito como qualquer conduta que pode colocar em ameaça à segurança e/ou o bem-estar da própria pessoa ou de outros indivíduos mediante um potencial de dano ou a infração às normas e regras sociais estabelecidas para evitar prejuízos (MASON *et al.*, 2013). Quanto aos comportamentos de risco que os adolescentes estão mais suscetíveis destacam-se: envolvimento em brigas, níveis de atividade física insuficientes, uso de tabaco, uso excessivo de bebidas alcoólicas, uso de drogas, alimentação inadequada, utilização ineficaz de métodos contraceptivos e exposição a doenças sexualmente transmissíveis (CAMPOS, 2019), além do uso excessivo

de mídias digitais (ZANCAN; TONO, 2018) e o tempo de sono inadequado (FELDEN *et al.*, 2016).

Segundo Farias Júnior (2008) a quantidade de adolescentes expostos a um ou mais comportamentos de risco à saúde tem se apresentado elevada em diversos países. Brito, Hardman e Barros (2015) ressaltam que 50% a 65% deles passam de dois ou mais comportamentos, além da exposição que ocorre concomitantemente a vários deles nessa fase da vida, bem como na idade adulta.

Recentemente têm-se elencado que os efeitos negativos da exposição ao comportamento sedentário são mais intensos em pessoas insuficientemente ativas (BISWAS *et al.*, 2018; KATZMARZYK *et al.*, 2019).

Diante disto, o estímulo à prática de atividades físicas em idades mais jovens deve ser uma prioridade em saúde pública, uma vez que o envolvimento em atividades físicas diárias exerce papel significativo na promoção da saúde e na prevenção de doenças hipocinéticas (PETROSKI; PELEGRINI, 2009). Assim, os benefícios para saúde resultantes da prática de atividade física na adolescência podem ser a curto ou a longo prazo (HALLAL *et al.*, 2010). Contudo, para que se possa atender as diretrizes mundiais de atividade física e atingir inúmeros benefícios, é recomendada a prática de atividade física na adolescência em média de 60 minutos diários de intensidade moderada a vigorosa ou pelo menos 420 minutos semanais (BULL *et al.*, 2020; BRASIL, 2021).

Apesar do acúmulo de conhecimento científico acerca dos benefícios da atividade física na adolescência para a saúde, diversos levantamentos nacionais apontam para baixos percentuais de jovens ativos (HALLAL *et al.*, 2006; BASTOS; ARAÚJO; HALLAL, 2008). De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2019) mostrou que 28,1% dos estudantes de 13 a 17 anos eram fisicamente ativos e a maior proporção para ambos os sexos foi nas regiões sul e nordeste. Neste sentido, estudo realizado por Santana *et al.* (2021), encontrou prevalência de atividade física insuficiente em crianças e adolescentes de 71 a 78%.

Segundo levantamento realizado por Hallal *et al.* (2012) em 122 países, constatou-se que 1/5 dos adolescentes não atingem níveis suficientes de

atividade física. Em metanálise feita por Barufaldi *et al.* (2012) com adolescentes brasileiros insuficientemente ativos encontraram prevalências com variação de 2 a 80% no sexo masculino e de 14 a 91% no feminino. Farias Júnior *et al.* (2014) ressaltam que 8 em cada 10 adolescentes são insuficientemente ativos.

Esse cenário que aponta grande parte dos adolescentes insuficientemente ativos acaba sendo uma preocupação mundial, do mesmo modo que o excesso de peso (STEPHANINI, 2021). Segundo Kohl *et al.* (2012) essa preocupação é justificada pelas consequências da inatividade física, na população geral, sendo responsável por mais de 5,3 milhões de óbitos por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), os quais poderiam ser evitados com mudanças no estilo de vida das pessoas.

Para Silva *et al.* (2018), no ambiente escolar, as aulas de Educação Física e o recreio são, por muitas vezes, oportunidades únicas de praticar alguma atividade física. Contudo, a escola pode assumir um papel importante na promoção da saúde de crianças e adolescentes por ser um local onde essa população passa a maior parte do seu tempo, ocupada com experiências motoras e intelectuais, que, além de contribuírem para a construção da identidade e da autoimagem, podem favorecer a promoção de um estilo de vida saudável (BRACCO *et al.*, 2003).

Entretanto, Bruscato *et al.* (2016) apontam que em escolares com idade entre 10 e 19 anos a obesidade foi consideravelmente mais prevalente nas escolas públicas, sugerindo forte participação do componente social, ambiental e educacional na sua origem.

De acordo com a literatura (ORTEGA; RUIZ; CASTILLO, 2013; RAUNER; MESS; WOLL, 2013), a alta prevalência de excesso de peso e de inatividade física podem ter relação entre si. Porém, no Brasil essa relação é dubitável, pois existem estudos que apontam a inexistência de associação entre excesso de peso e atividade física em adolescentes (HALLAL *et al.*, 2012; MELLO *et al.*, 2014).

Matias *et al.* (2018) ressaltam que os fatores modificáveis do estilo de vida como a atividade física e a alimentação são tidos como causa da obesidade na infância e adolescência.

Corroborando com isso, estudo realizado por Pena *et al.* (2016) aponta que o comportamento não saudável, como a prática insuficiente de atividade

física (32,8%) e baixa ingestão de frutas e verduras ou alto consumo de refrigerantes (61,2%) na população jovem, gera preocupação e acaba refletindo nos níveis observados para a população adulta atual, em que, normalmente, um fator está associado a outro. Já em revisão sistemática prévia realizada por Leech, McNaughton e Timperio (2014), que tinha como objetivo identificar os estudos de agregação de comportamentos de risco entre adolescentes, especialmente os níveis insuficientes de atividade física, o comportamento sedentário excessivo e a dieta inadequada, acabou identificando que dos 18 estudos selecionados, seis tinham também o consumo de bebidas alcoólicas e uso de tabaco e, em nove estudos identificaram associações com variáveis socioeconômicas, sendo que a maioria estava relacionada ao nível de instrução dos pais e renda familiar.

Outros estudos mostram que os comportamentos sedentários podem estar relacionados ao excesso de peso corporal (ALLENDER *et al.*, 2011; KESZTYUS *et al.*, 2013), em razão da alimentação inadequada ao mesmo tempo que estão assistindo à televisão ou expostos a propagandas de fast-foods (BOYLAND; HALFORD, 2013) ou ao consumo de álcool, que pode acontecer numa reunião de amigos socializando ou vendo jogos na televisão, além do consumo de tabaco, que normalmente acontece quando as pessoas estão sentadas tendo uma conversa ou em algum tempo ocioso (NERY *et al.*, 2020). De modo semelhante, pesquisas apresentam a relação entre o comportamento sedentário e indicadores do sono, como a qualidade e duração do mesmo (SOUZA NETO *et al.*, 2021). No mesmo contexto, estudo aponta que a prática de atividade física pode estar relacionada a melhor qualidade do sono (ZANUTO; CHRISTOFARO; FERNANDES, 2014), sendo a maneira não medicamentosa para prevenção e tratamento de doenças crônicas não transmissíveis (ZUO *et al.*, 2012).

Considerando a importância e impacto da obesidade e do sobrepeso em adolescentes, as consequências negativas dos comportamentos de risco a saúde e os baixos níveis de atividade física, torna-se relevante a realização de estudo com adolescentes do ensino médio da rede pública de ensino da cidade de Quatro Barras, PR.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Verificar a associação do excesso de peso e comportamentos de risco à saúde com os níveis insuficientes de atividade física dos adolescentes, de 14 a 18 anos, de ambos os sexos, do ensino médio, do período diurno, da rede pública de ensino da cidade de Quatro Barras, PR.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar as características sociodemográficas dos adolescentes de Quatro Barras, PR.
- Verificar a prevalência do excesso de peso dos adolescentes, total e estratificada por sexo.
- Verificar a prevalência dos comportamentos de risco à saúde dos adolescentes, total e estratificada por sexo.
- Verificar a prevalência dos níveis de atividade física dos adolescentes, total e estratificada por sexo.
- Verificar a associação do excesso de peso e comportamentos de risco à saúde com os níveis insuficientes de atividade física em adolescentes do ensino médio da rede pública da cidade de Quatro Barras, PR.
- Verificar o efeito moderador do sexo, da idade e do nível socioeconômico na associação do excesso de peso e comportamentos de risco à saúde com os níveis insuficientes de atividade física em adolescentes do ensino médio da rede pública da cidade de Quatro Barras, PR.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 EXCESSO DE PESO NA ADOLESCÊNCIA

Causado pelo acúmulo de gordura corporal sob a forma de tecido adiposo, o excesso de peso tem etiologia multifatorial, englobando fatores ambientais e genéticos (WHO, 2012; ZHENG *et al.*, 2018).

Diante disso, o excesso de peso na adolescência está relacionado com obesidade na vida adulta e constitui um importante fator de risco para doenças crônicas não transmissíveis (LOBSTEIN *et al.*, 2015; PATTON *et al.*, 2016). A prevalência mundial de sobrepeso e obesidade vem crescendo a cada ano e, entre 1975 e 2016, aumentou mais de quatro vezes entre crianças e adolescentes com idades entre 5 a 19 anos, com um salto de 4% para 18% (WHO, 2016). No Brasil, dados apontados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) mostraram que a parcela dos meninos de 10 a 19 anos de idade com excesso de peso passou de 3,7% (1974-75) para 21,7% (2008-09) e, entre as meninas, exatamente no mesmo período, o crescimento foi de 7,6% para 19,4%.

No estudo realizado por Bloch *et al.* (2016), apontou-se que, em 124 municípios do Brasil, 17,1% dos adolescentes com idades entre 12 e 17 anos estão com sobrepeso e 8,4% obesos, estando os meninos com maior porcentagem 10,8% e meninas 7,6%.

As características das alterações nos hábitos alimentares e atividade física da sociedade urbanizada atual levam à transição nutricional e colaboram para elevação dos níveis da obesidade na população mundial (POPKIN, 2001; VIGITEL, 2018).

Assim sendo, estudos têm mostrado que os adolescentes com excesso de peso têm se percebido como sendo fisicamente menos competentes na realização de atividade física ao se compararem com os seus pares normoponderais (GOLDFIELD *et al.*, 2007; MORANO *et al.*, 2012; VAQUERO-CRISTÓBAL *et al.*, 2013). Por consequência, estes indivíduos têm maior propensão de serem sedentários e apresentarem atitudes negativas com relação à prática de atividade física (SMOUTER; COUTINHO; MASCARENHAS, 2019). Contudo, o sedentarismo também é um agente determinante para o sobrepeso,

por essa razão é necessário praticar atividade física no intuito de combater e controlar a obesidade (FISBERG, 2004; ARAÚJO; BRITO; SILVA, 2010).

Estudo aponta que jovens com sobrepeso ou obesos tem tendência a apresentar maior incidência de problemas ligados à autoestima e ao autoconceito (FINATO *et al.*, 2013; CASARRUBIAS-JAIMEZ *et al.*, 2020), o que afeta diretamente no relacionamento interpessoal, podendo levar a adoção de comportamentos de risco à saúde (RENTZ-FERNANDES *et al.*, 2017).

Logo, estudar o excesso de peso corporal e os fatores relacionados a ele em adolescentes pode ajudar na elaboração de estratégias para sua prevenção e, por conseguinte, nos problemas de saúde associados (MELLO *et al.*, 2014). Assim, a hipertensão arterial, o diabetes tipo II, as dislipidemias e a síndrome metabólica aparecem como principais problemas ligados ao excesso de peso de crianças e adolescentes (LOBSTEIN; BAUR; UAUY, 2004; BERENSON *et al.*, 2011). Além do mais, o excesso de peso na adolescência gera efeitos psicológicos negativos, relativos à formação da imagem corporal, depressão e problemas comportamentais (PUDER; MUNSCH, 2010).

Assim sendo, é primordial ressaltar que a falta de atividade física é um dos fatores para excesso de peso e é a quarta principal causa de morte no mundo e está associada à redução de expectativa e da qualidade de vida (KOHL *et al.*, 2012; DING *et al.*, 2016).

2.2 COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE EM ADOLESCENTES

Enquanto uma fase de preparação para a vida adulta, a adolescência engloba características ligadas à exploração e descobertas de múltiplas oportunidades (SENNA; DESSEN, 2012; KALINA, 2017). Deste modo, adolescentes podem acabar adotando comportamentos de risco à saúde tanto física quanto mental (ZAPPE; DELL'AGLIO, 2016; COSTA; SOUSA; BARROSO, 2019). De acordo com a Ordem de Enfermeiros (2010), no processo complexo de crescimento e desenvolvimento, acontece o aperfeiçoamento de novas reflexões, tomadas de decisão e comportamentos que não haviam sido tentados, e que, com certa frequência, são encarados como abrangendo alguma forma de risco. Neste sentido, comportamentos de risco podem ser considerados uma ameaça à saúde dos adolescentes ou ao próprio futuro dos mesmos, não

somente com danos físicos, psicológicos, sociais, mas levar a morte (BRENER *et al.*, 2004; GUEDES; LOPES, 2010).

Becker e De-Oliveira (2001) dizem que ao considerar que os adolescentes podem adotar padrões de comportamentos pouco saudáveis, muitas ações em saúde já foram realizadas objetivando esclarecer e prevenir os adolescentes e jovens adultos sobre as implicações dos seus hábitos ou estilos de vida.

2.2.1 Comportamento sedentário

O comportamento sedentário é o termo denominado para se atribuir a atividades com baixo dispêndio energético, ou seja, com demanda $\leq 1,5$ equivalentes metabólicos (METs) (SEDTARY BEHAVIOR, 2012; TREMBLAY *et al.*, 2017). Por conseguinte, este, aparenta preencher a maior parte do dia dos adolescentes, quando estudos demonstram prevalências acima de 50% de elevado comportamento sedentário por adolescentes brasileiros (BARBOSA FILHO *et al.*, 2012). Vale ressaltar que deve ser visto como um comportamento independente da atividade física, pois se podem acumular elevadas quantidades de ambos os comportamentos durante o dia (MENEGUCI *et al.*, 2016).

Sendo assim, a escola tem se mostrado como um cenário propício para se intervir, pois pode colaborar para o engajamento de adolescentes em atividade física, disponibilizando oportunidades para serem fisicamente ativos tanto nas aulas de educação física como nos recreios (RIDGERS; STRATTON; FAIRCLOUGH, 2005; MCKENZIE *et al.*, 2009). Porém, para que isto seja possível, é necessário mudar o ambiente escolar, pois muitas vezes é determinado por atividades de caráter sedentário, onde os adolescentes assistem às aulas e fazem as atividades em posições sentadas por longo período de tempo (SALMON *et al.*, 2011; VAN STRALEN *et al.*, 2014) e passar muito tempo em comportamentos sedentários tem se revelado um fator de risco para doenças cardiometabólicas para essa população (EKELUND *et al.*, 2006; CARSON; JANSSEN, 2011; MITCHELL *et al.*, 2013; SANTOS *et al.*, 2014).

Além disto, adolescentes gastam maior tempo em atividades discricionárias sedentárias do entretenimento baseado em tela, por exemplo, estar frente à TV, a jogar videogame e a usar computador (BARBOSA FILHO; CAMPOS; LOPES, 2014). Estudos incluídos em revisões sistemáticas

apontavam que, entre os indicadores, a televisão era o aparelho mais usado para avaliar a exposição do tempo de tela e conseqüentemente o comportamento sedentário (TREMBLAY *et al.*, 2011; GUERRA; FARIAS JÚNIOR; FLORINDO, 2016). Porém, Salmon *et al.* (2011) aconselham que pesquisas futuras investiguem as outras situações de comportamento sedentário total e não somente o tempo de tela como é visto em grande parte dos estudos, visto que o tempo sentado de outros momentos também formam parte significativa do comportamento sedentário total, como tempo sentado para estudo, transporte passivo, uso de *smartphone/tablet* com acesso à internet, os quais vem ocupando (de fato) maior porcentagem do tempo sedentário despendido pelos adolescentes nos dias de hoje (SAUNDERS; CHAPUT; TREMBLAY, 2014; CARSON *et al.*, 2016). Portanto, é essencial que as informações sobre o possível tempo a mais despendido às novas tecnologias de tela (STRAATMANN *et al.*, 2016) com dispositivos mais chamativos e modernos, como por exemplo celulares *smartphones e tablets* (BUCKSCH *et al.*, 2014), sejam atualizadas.

Estudo realizado com australianos (com idades entre 17 e 25 anos) apontou que os principais motivos para utilização dos *smartphones* foi o prazer, a diversão, utilidade de serviços e, por último, a segurança (HILL; TROSHANI, 2010). Em outro estudo, realizado por Yang *et al.* (2019), com norte-americanos, verificou-se um aumento no tempo de tela e tempo despendido na posição sentada nos adolescentes. Contudo, nota-se a redução do contato físico, de atividades físicas, da concentração, da memória e o aumento da insônia, de dificuldades acadêmicas, além dos níveis de depressão e ansiedade e dificuldades na aprendizagem socioemocional (CHEN; YANG; NIE, 2021).

Pesquisas tem investigado consistentemente que “menor nível de atividade física” e “nível elevado de peso” tem associação significativa com comportamento sedentário nos adolescentes (GUERRA; FARIAS JÚNIOR; FLORINDO. 2016) e informações como: ser mais velho no âmbito escolar, nível socioeconômico elevado, não praticar Educação Física escolar, residir na zona urbana, ser menina (para tempo de televisão) e ser menino (para tempo de computador, videogame e celular) também possuem relação com o comportamento sedentário (TENÓRIO; BARROS; TASSITANO, 2010; PEARSON *et al.*, 2017).

De acordo com a literatura (GUERRA; FARIAS JÚNIOR; FLORINDO, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2017), tem-se utilizado o ponto de corte de duas horas diárias. Assim, os adolescentes que dedicam à atividade sedentária mais do que duas horas por dia são tidos sedentários (FERREIRA; ANDRADE, 2021; PEARSON; SHERAR; HAMER, 2019). Porém, mesmo com tal recomendação, têm sido apresentados elevados valores de tempo de tela (mais de 3 a 4h por dia) em adolescentes de diferentes nacionalidades (PATE *et al.*, 2011; ANDRADE NETO *et al.*, 2014; WEBSTER; MARTIN; STAIANO, 2019).

Segundo a “*Regional Center for studies on the development of the information society*” (2019), no Brasil, 89% da população com idades entre 9 a 17 anos eram usuários de Internet no ano de 2019, uma porção que retrata cerca de 24 milhões de crianças e adolescentes (da faixa etária mencionada). Já o celular sobressaiu como o dispositivo mais usado para acesso à Internet (95%) pela maioria dos adolescentes (da faixa etária). Outras duas tendências que tiveram destaque em relação aos dispositivos foram a redução no uso de computadores, de 44% em 2018 para 38% em 2019 e o aumento significativo no uso da televisão para acessar a Internet de 32% em 2018 para 43% em 2019.

No estudo realizado por Vasconcellos, Anjos e Vasconcellos (2013) verificou-se que quanto maior for o tempo de tela, menor será a prática de atividade física, por consequência, maior será o ganho de peso e a prevalência de obesidade na adolescência. Além disso, alguns estudos têm mostrado que o comportamento sedentário em jovens, como assistir por muito tempo televisão, está relacionado a uma dieta pouco saudável, como reduzido consumo de frutas e vegetais e um consumo maior de lanches com alto teor energético e bebidas com açúcar (SIGMUNDOVÁ *et al.*, 2014; HOBBS *et al.*, 2015).

2.2.2 Hábitos alimentares

Na adolescência, é visto que o hábito alimentar inadequado pode estar associado ao estilo de vida moderna, pois é um fator que se conecta ao desenvolvimento econômico e crescimento contínuo do processo de urbanização, causando modificações relevantes na forma de acesso e composição do próprio alimento (LIMA *et al.*, 2020).

Estudos apontam que os condicionantes mais relevantes de crianças e adolescentes apresentarem obesidade são o consumo de alimentos pobres nutricionalmente e com grandes quantidades de gorduras e açúcares, atividade física insuficiente e a alta recorrência de propagandas e mídias digitais (ABESO, 2016; NILSON *et al.*, 2019).

Uma alta incidência de excesso de peso na adolescência é extremamente preocupante, pois o peso aumentado neste período da vida é um fator preditor para a persistência desse estado nutricional na vida adulta (SENA *et al.*, 2020). Contudo, é importante salientar que a adolescência é uma fase marcada por alterações físicas, ambientais, nutricionais e psicológicas na qual o indivíduo começa a adquirir independência, inclusive alimentar (PEREIRA; SILVA; SÁ, 2015; BARUFALDI *et al.*, 2016).

Entretanto, os hábitos alimentares adquiridos na adolescência vêm sendo determinados pelo consumo exagerado de marcadores alimentares não saudáveis, como as bebidas açucaradas, os alimentos processados, com alto teor de gorduras saturadas, açúcar de adição e sódio, bem como baixa ingestão de frutas e hortaliças (TORAL; CONTI; SLATER, 2009; POPKIN, 2011).

O baixo consumo de frutas e hortaliças predispõe o aparecimento de carências nutricionais, o que pode acabar afetando no pleno crescimento e desenvolvimento do adolescente (LIMA *et al.*, 2020). De acordo com os dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) realizada em 2019, somente 28,8% dos escolares brasileiros consumiram legumes e verduras e 26,9% consumiram frutas frescas em 5 ou mais dias da semana (PENSE, 2019).

Ademais, não tomar o café da manhã ou substituir o jantar por lanches, são hábitos frequentemente relatados pelos adolescentes, os quais podem acabar resultando em baixa qualidade da dieta, ingestão inadequada de nutrientes e aumento do risco de sobrepeso e obesidade (RODRIGUES *et al.*, 2017; STEIL; POLL, 2017).

Este padrão alimentar tem influência, entre outros, pela adoção gradativa de comportamentos alimentares não saudáveis, bem como o hábito de se alimentar em frente à TV (CAMELO *et al.*, 2012) ou de não realizar refeições em família (LARSON *et al.*, 2013).

Estudos demonstram que praticar refeições em família colabora para ingestão de alimentos saudáveis e acaba protegendo contra o desenvolvimento de hábitos alimentares inadequados entre crianças e adolescentes (FULKERSON *et al.*, 2015; NEWMAN *et al.*, 2015), dando estímulo para maior disponibilidade e consumo de frutas, legumes e verduras e menor oferta de doces e bebidas com açúcar (CHRISTIAN *et al.*, 2013). Além disso, têm grande potencial como ambiente para aprendizagem, no qual os pais têm a chance de mostrar hábitos alimentares mais saudáveis e os filhos de aprenderem sobre certos alimentos e suas preparações (BANNA *et al.*, 2016).

Uma metanálise publicada no ano de 2018 que incluiu 57 estudos demonstrou que as refeições realizadas em família foram associadas a uma dieta saudável e um menor índice de massa corporal em crianças e adolescentes (DALLACKER; HERTWIG; MATA, 2018). Tais estudos foram feitos em países com renda elevada, sendo a maior parte nos Estados Unidos, seguidos pelos países da Europa (MARTINS *et al.*, 2019).

Além do mais, Passos, Gugelmin e Castro (2013) apontam que o adolescente faz uma relação direta entre a alimentação e o culto do corpo perfeito, o que acaba influenciando em suas atitudes e hábitos, chamando a atenção para os sentimentos conflituosos relativos à insatisfação e rejeição dos jovens obesos ao próprio corpo, refletidos de forma negativa nas suas relações sociais.

Posto isto, o comportamento alimentar na adolescência merece cuidados, pois no desejo de fazer parte de um determinado grupo, os adolescentes assumem comportamentos semelhantes aos demais colegas e amigos, reproduzindo, até mesmo, o comportamento alimentar destes (RUDNICKY *et al.*, 2019). Diante disto, alimentar-se ganha novos significados, informando muito mais que somente gostos e preferências (PRIORE *et al.*, 2014; DINIZ, 2017).

O grande acesso à mídia por adolescentes vem sendo relacionado ao ganho de peso e à baixa aptidão física na fase adulta, insatisfação com o corpo, inabilidade em controlar o peso corporal e comportamentos de risco para transtornos alimentares (BENOWITZ-FREDERICKS *et al.*, 2012). Entretanto, vale destacar que a obesidade está relacionada com a quantidade e qualidade da ingestão de alimentos de crianças e adolescentes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

É de extrema importância a implantação de um programa escolar que inclua a prática de atividade física e a adoção de hábitos alimentares saudáveis na adolescência para a prevenção de fatores de risco cardiovasculares (SCHERR *et al.*, 2019), prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e melhoria da qualidade de vida dos adolescentes (LOPES; NOGUEIRA; ROCHA, 2018). Porém, o modo de vida da sociedade atual tem apontado um padrão alimentar que, aliado ao sedentarismo, de uma forma geral não é nenhum pouco favorável à saúde da população, principalmente dos adolescentes (RONCA, 2017). Sendo relevante considerar um consumo alimentar baseado em alimentos saudáveis como frutas e saladas verdes, o qual poderá garantir um aporte de fibras alimentares, bem como auxiliar na diminuição das taxas de obesidade e incidência de doenças cardiovasculares (SVISCO *et al.*, 2019).

2.2.3 Consumo de bebidas alcoólicas

Nos dias de hoje o álcool é considerado a substância mais consumida entre os adolescentes, nos mais diversos locais sociais e muitos acabam sendo influenciados direta ou indiretamente no ambiente familiar a consumir a substância, gerando consequências para o seu desenvolvimento (VALIM; SIMIONATO; GASCON, 2017). No estudo realizado por Paiva *et al.* (2015) é ressaltado que de algum modo a precocidade do consumo de álcool leva a atitudes de risco à saúde, como: desenvolvimento psicossomático comprometido; baixo desempenho escolar; iniciação sexual precoce; comportamento violento; risco de suicídio; consumo de drogas ilícitas e dependência na vida adulta.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, 26,5% dos jovens com idades entre 15 a 19 anos, no mundo, beberam no último ano, representando cerca de 155 milhões de pessoas. As taxas atuais de consumo mais elevadas nessa faixa etária foram vistas na região Europeia da Organização Mundial da Saúde (43,8%), seguida das Américas (38,2%) (WHO, 2018).

Estudo feito na Nigéria, com 4.078 adolescentes escolares, verificou que, em todas as zonas geopolíticas, o uso de álcool teve maior prevalência dentre as substâncias analisadas (VIGNA-TAGLIANTI *et al.*, 2019).

No Brasil, segundo um levantamento feito pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicoativas (CEBRID), juntamente com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), realizado no ano de 2010, sobre o uso de drogas por estudantes do ensino fundamental e médio, foi apontado que pelo menos 5% dos estudantes da amostra tinham experimentado drogas antes dos 10 anos de idade e que cerca de 74% dos adolescentes já haviam feito uso de álcool ao menos uma vez na vida (CARLINI *et al.*, 2010).

Dados da PeNSE (2019) revelaram que 34,6% dos estudantes brasileiros com idade entre 13 e 17 anos já tinham tomado a primeira dose antes dos 14 anos de idade. O levantamento reforça que o álcool é a substância mais consumida entre os adolescentes e aponta que a tendência de seu uso é aumentar no decorrer do tempo (COUTINHO *et al.*, 2016; MEIRELES; CINTRA, 2018).

No estudo de Laranjeira *et al.* (2014) observou-se que aproximadamente 60% dos adolescentes iniciam o consumo antes dos 15 anos, com alto percentual de uso em um dia regular. Todavia, mesmo existindo leis proibitivas, os adolescentes não encontram tanta dificuldade no acesso a essa substância (ROMANO *et al.*, 2007). No entanto, estudo indica que o acesso à bebida acontece primeiro, por influência dos pais, no caso dos adolescentes jovens (HEARST *et al.*, 2007; WADOLOWSKI *et al.*, 2016).

Contudo, o consumo de álcool é considerado como comportamento socialmente tolerado e, de acordo com as pesquisas, quando tal comportamento está inserido nas relações familiares, sendo o consumo autorizado ou não, surge outro fator de risco para o desenvolvimento de estilo de consumo que conseqüentemente ocasione a dependência (ABAR *et al.*, 2015; PAPE; ROSSOW; STORVOLL, 2015).

Essa prática, mesmo que prejudicial, tem sido reforçada e não se procura evitá-la, tornando diferentes e fora do padrão todas as pessoas que não consomem bebida alcoólica, uma vez que o não consumo é visto como algo que foge do padrão de normalidade imposto pela sociedade (ACSELRAD, 2012).

Dentro do âmbito escolar, estudos revelam que o uso abusivo de álcool na adolescência está associado ao aumento da violência (BREWER, 2005), em especial a prática de *bullying* (PELEG-OREN *et al.*, 2012), e ao mau desempenho escolar (MILLER *et al.*, 2007), chamando atenção para a

importância de intervenções efetivas no incentivo a redução do consumo precoce e excessivo de bebida alcoólica (COSTA, 2017). Posto isto, a escola pode ser considerada como um ambiente favorável para o desenvolvimento de atividades de promoção de saúde e prevenção do uso de drogas (MOREIRA; VOVIO; MICHELI, 2015).

Assim sendo, por se tratar de um fator de risco modificável e com forte impacto nas doenças crônicas não transmissíveis, é primordial desenvolver intervenções que possibilitem alterar comportamentos de risco associados ao consumo de álcool, refletindo em fatores ambientais e comportamentais, que levam a um estilo de vida saudável (MARQUES, 2017; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Além do mais, o álcool pode contribuir para o excesso de peso, dependendo da quantidade, da frequência e o modo de consumo (KACHANI; BRASILIANO; HOCHGRAF, 2008; FANTINEL, 2023). Estudos apontam que um dos fatores que colaboram para o consumo de álcool entre adolescentes é a relação com a inatividade física (VIEIRA *et al.*, 2002; FARIAS *et al.*, 2023). Neste sentido, Barbosa Filho, Campos e Lopes (2014) salientam que o estilo de vida baseado em hábitos ruins como inatividade física, comportamentos sedentários, uso de álcool e cigarro tem relação direta com o comprometimento da saúde.

2.2.4 Consumo de tabaco

O tabagismo, considerado o responsável por elevadas taxas de morbimortalidade em todo o mundo, vem sendo iniciado de forma precoce, em sua maioria por adolescentes (MOOR *et al.*, 2015). Estudo colaborativo internacional realizado em 131 países evidenciou que adolescentes fazem parte do grupo de maior risco para iniciação do tabagismo, visto que a prevalência mundial de escolares tabagistas ativos foi 8,9%, na América 17,5%, na Europa 17,9% e inferior a 10% nas outras regiões avaliadas (WARREN *et al.*, 2006).

Estudos feitos por instituições brasileiras nos últimos dez anos mostram que a idade média em que os jovens experimentam o tabaco, em ambos os sexos, é de 16 anos, ficando em segundo lugar no ranking de substâncias psicoativas no país (DANTAS *et al.*, 2017). De acordo com Maciel (2016)

aproximadamente 1,8 milhão de adolescentes já consumiu pelo menos algum produto derivado de tabaco, estando na faixa etária de 12 a 17 anos.

O tabaco tem ocasionado aumento da mortalidade, mais de 8 milhões de pessoas tem morrido a cada ano, destas, mais de 7 milhões são consequência do uso direto do tabaco, enquanto cerca de 1,2 milhão são resultado de não-fumantes expostos ao fumo passivo (OMS, 2020). De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o tabaco é o maior agente de risco para o câncer e está associado a 55 tipos de doenças que causam a morte (INCA, 2007). Na fumaça do tabaco constatou-se mais de 4.700 componentes tóxicos, sendo que 60 deles são considerados cancerígenos (ALAVANJA; BARON; BROWNSON, 2004; INCA, 2016).

Assim sendo, a prevalência nacional do uso de tabaco entre os adolescentes também preocupa e merece atenção por parte das ações de saúde (ELICKER *et al.*, 2015). Segundo as mesmas autoras, isto se deve não só em vista das doenças provocadas pelo uso do cigarro, como câncer de pulmão, problemas cardíacos e de caráter respiratório ou acidente vascular encefálico, como também em virtude das consequências levadas ao âmbito escolar, visto que o mau desempenho acadêmico caminha em concomitância com o uso do tabaco.

Todavia, sendo o uso de cigarro considerado uma coisa comum e as razões de uso as mais diversas, percebe-se que o adolescente está sujeito a certas influências, onde familiares e amigos acabam despertando o desejo de provar algo diferente e isso acaba se tornando fator de risco à saúde (ANDRÉ *et al.*, 2022). Para Maggi *et al.* (2012), um dos principais fatores relacionados ao uso do cigarro na adolescência é o consumo de cigarro pelos pais. Machado Neto *et al.* (2010) ressaltam que se tratando de adolescentes com pais separados ou em processo de divórcio o risco de estes fumarem cigarro é maior.

Entretanto, a mídia estimula fortemente o uso do tabaco entre adolescentes, pois a partir de ilustrações sedutoras de fumantes a indústria tabagista induz jovens com baixa autoestima a adotar o uso do cigarro como forma de aumentar a autoconfiança e melhorar a própria imagem (VIEGAS, 2004). O mesmo autor salienta que adolescentes que residem em comunidades carentes e apresentam baixo nível socioeconômico têm maior tendência de se tornarem fumantes ativos na vida adulta.

Segundo Menezes *et al.* (2011), a frequência de uso de tabaco nos últimos 30 dias em estudantes em países desenvolvidos foi de 12,7% nos Estados Unidos (EUA) e 14,4% no Canadá. Já nos países em desenvolvimento, as taxas chegaram a 9,2% no Uruguai, 12,5% na Colômbia, 12,3% na Bolívia, 14,7% no Paraguai e 18,7% na Argentina.

No estudo realizado por Figueiredo *et al.* (2016) verificou-se que, dentre os adolescentes do Estudo de Risco Cardiovasculares em Adolescentes (ERICA), 18,5% fumaram pelo menos uma vez na vida, 5,7% fumavam no momento da pesquisa e 2,5% fumavam com frequência. Além disso, os que tinham idades entre 15 a 17 anos apresentaram prevalências mais elevadas em todos os indicadores quando comparados aos de 12 a 14 anos. Conforme os resultados da PeNSE, no ano de 2019 o total de fumantes entre escolares com idades entre 13 a 17 anos foi de 6,8%, sendo maior entre os meninos (7,1%) quando comparado às meninas (6,5%) (PENSE, 2019).

O narguilé é outra maneira de uso do tabaco que acabou se tornando uma prática sociável, o que reforça com misticismo de ser uma prática que não prejudica a saúde; adolescentes e jovens adultos estão entre os maiores admiradores. Sendo um tipo de consumo de droga lícita, é tido como precursor para a adoção do uso de outras formas de tabaco (GROSS, 2016).

Entretanto, incentivar a cessação do tabagismo e salientar sua importância se agregam ao conjunto de ações para o controle do uso de tabaco recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (INCA, 2021). Assim, para que as metas globais de redução do consumo de tabaco e mortes relacionadas sejam atingidas, é necessário ampliar de forma urgente a oferta de apoio aos tabagistas que querem abandonar o hábito de fumar (WHO, 2019).

A experimentação do tabaco ocorre mais entre estudantes da rede pública de ensino (INCA, 2020). Logo, a prevenção do tabagismo na adolescência pode acontecer até mesmo nas escolas, onde as políticas públicas de saúde alegam que é um local privilegiado para o desenvolvimento de ações promotoras, preventivas e de educação para a saúde (FERREIRA *et al.*, 2012). Sendo um ambiente onde o adolescente está inserido, no qual o mesmo está acostumado a passar grande parte do tempo dedicado aos estudos e desenvolvendo o

conhecimento, a escola pode propiciar informações que auxiliem os adolescentes na adoção de hábitos saudáveis (PORTO *et al.*, 2018).

Neste contexto, promover a atividade física é interagir de modo positivo com as estratégias para melhoria dos hábitos alimentares, desencorajamento do tabagismo e do consumo de álcool e drogas, redução da violência, aprimoramento da capacidade funcional e promoção da integração social (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2006).

2.2.5 Consumo de drogas ilícitas

A literatura tem evidenciado um aumento no uso de drogas ilícitas entre adolescentes (STAGMAN; SCHWARZ; POWERS, 2011; MARSCHALL-LÉVESQUE *et al.*, 2014; RAPOSO *et al.*, 2017). As drogas ilícitas são substâncias que, por causarem risco à saúde da sociedade em geral, não são permitidas pela legislação para a comercialização e consumo (GUIMARÃES; CANUTO; FERREIRA, 2006). Contudo, a estimativa aponta que seis em cada cem pessoas no mundo já tenham consumido algum tipo de droga ilegal (DEGENHARDT; HALL, 2012). Conforme alguns estudos, a maior parte dos usuários de drogas ilícitas no mundo usa mais de um tipo de droga concomitante (MARTIN, 2008; BESELIA; KIRTADZE; OTIASHVILI, 2019).

Neste sentido, ressalta-se que a adolescência corresponde a um período no qual se tem um cenário de vulnerabilidade diante de situações ambientais e socioeconômicas (BITTENCOURT; FRANÇA; GOLDIM, 2015).

É preocupante observar que muitos estudos apontam o álcool e o tabaco como as substâncias mais consumidas pelos adolescentes e que muitos acabam usando além destas, alguma substância ilícita (VIEIRA *et al.*, 2008; DE OLIVEIRA *et al.*, 2020). Estima-se que 271 milhões de pessoas acima de 15 anos já usaram drogas ilícitas, ou seja, 4,75% da população mundial (UNODC, 2019).

Segundo dados da PeNSE (2019), 13,0% dos estudantes brasileiros com idade entre 13 e 17 anos já usaram alguma droga em algum momento da vida. Estudo brasileiro com adolescentes revela que 4% já usaram maconha e 3% cocaína pelo menos uma vez na vida (LARANJEIRA *et al.*, 2012). Alguns estudos

ressaltam que o consumo da maconha, cocaína e inalantes pode atingir de forma direta o desenvolvimento físico, mental e social dos adolescentes, sendo relacionado a transtornos mentais, criminalidade, dependência, suicídio e morte (BAVA; TAPERT, 2010; DEGENHARDT; HALL, 2012).

Entretanto, na maioria das vezes, o adolescente consome a substância como uma forma de aceitação ou de inserção em grupo de amigos, além de servir como meio de fuga para enfrentar situações e sentimentos negativos, como inseguranças, medos, estresse, cobranças, entre outros (SILVA; ROSA, 2017). Assim sendo, o uso de substância é tido como um comportamento preocupante entre adolescentes no Brasil e no mundo (LARANJEIRA *et al.*, 2012; SWENDSEN *et al.*, 2012).

Alguns autores explicam que aspectos neurológicos constituem um importante fator no consumo de substâncias, por causa do sistema de recompensa cerebral e as funções de controle de impulsos que ainda estão em processo de desenvolvimento (STURMAN; MAGHADDAM, 2011; ALLEN *et al.*, 2012). Portanto, é de extrema importância destacar que os adolescentes pertencem a um grupo vulnerável, ou seja, de risco, tanto no contexto individual, quanto social (GALDURÓZ *et al.*, 2010; SILVA *et al.*, 2010; MACEDO *et al.*, 2014). Tal destaque não só revela a ausência de conhecimento sobre drogas e suas complicações, bem como para determinados fatores considerados de risco, os quais podem ser influenciados por processos biológicos, traços de personalidade, transtornos mentais, negligências, abuso na família, etc (UNODC, 2012).

Contudo, o uso de substâncias pode provocar consequências biopsicossociais na convivência em sociedade, relativas ao crime, assim como perdas financeiras, desrespeito às regras e valores e desenvolvimento de uma personalidade e conduta antissociais (NIMTZ *et al.*, 2016). Além do mais, as mesmas autoras destacam que o consumo habitual, abusivo e de forma constante afeta as relações sociais, familiares e de trabalho do indivíduo, prejudicando drasticamente sua qualidade de vida e principalmente sua saúde.

Infelizmente o uso de drogas entre adolescentes é um fenômeno bem comum em quase todos os países da América Latina e está relacionado aos elevados índices de violência e de assassinatos ocorridos com esta população (GARCIA; PILLON; SANTOS, 2011).

O VI Levantamento Nacional a respeito do Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais do Brasil indica que 42,4% dos estudantes já beberam álcool, 9,6% já fumaram tabaco e que 25,5% já usaram alguma droga em algum momento da vida, com exceção de álcool e tabaco (CARLINI *et al.*, 2010).

A escola sendo um ambiente voltado ao aprendizado e socialização, revela-se como um lugar ideal para a realização de atividades que possam estimular os alunos a escolherem viver de forma saudável (MOURA *et al.*, 2015). Além disso, estudos têm citado a criação de laços sociais, os quais envolvem família, escola ou amigos, como proteção para o consumo abusivo de drogas psicoativas e demais situações de vulnerabilidade na adolescência, com ênfase para a interlocução da família e da escola na prontidão para a escuta e o acolhimento de situações (como as de sofrimento), reconhecimento de mudanças e situações de risco na formação de uma rede de apoio singulares a esses adolescentes (HENRIQUES *et al.*, 2018; REIS; MALTA; FURTADO, 2018).

Guedes e Guedes (1994) apud Maia e Albuquerque (2002) sugerem que a escola, de modo geral, e a disciplina de Educação Física por suas características destinadas a atividade motora, desenvolvam programas que levem os alunos a notarem a importância de adotar um estilo de vida saudável, fazendo com que a atividade física direcionada a promoção da saúde vire um hábito diário na vida das pessoas. Neste sentido, é importante discutir sobre o uso de drogas nas escolas, para que os adolescentes criem entendimento e tenham percepção social das consequências negativas que o uso pode causar (TAVARES *et al.*, 2022), bem como estimular a prática de atividade física e outros hábitos saudáveis, os quais podem ser fortes aliados na melhoria da qualidade de vida e bem-estar da população (MARCINO *et al.*, 2018).

2.2.6 Comportamento sexual de risco

A população adolescente é a que mais gera preocupações com relação ao uso de drogas e comportamento sexual de risco (MUZA *et al.*, 1997; PERETTI-WATEL *et al.*, 2006; DUARTE DE SALES *et al.*, 2020). Assim sendo,

os adolescentes praticam comportamentos de risco, sobretudo pela busca de desafios e diferentes experiências, que podem propiciar o desenvolvimento psicológico e social à medida que a prova de riscos simplifica o relacionamento entre os pares e colabora para o desenvolvimento da independência (ZAPPE; ALVES; DELL'AGLIO, 2018).

Contudo, não utilizar o preservativo e relações sexuais relacionadas ao uso de álcool ou drogas tem sido desde o princípio considerado comportamentos sexuais de risco, em particular para adolescentes, visto a grande dificuldade destes em resolver as consequências negativas - como gravidez indesejada e/ou infecção com VIH/SIDA (Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome de Imunodeficiência Adquirida) ou outra infecção sexualmente transmissível – e no forte impacto destas consequências para o projeto de vida dos mesmos (UNAIDS, 2018).

Segundo dados de estudos populacionais, a prevalência de iniciação sexual em adolescentes entre 13 e 17 anos é de 41,2% nos EUA (CDC, 2016), e 28,1% no Brasil (BORGES *et al.*, 2016); 84% deles creem que seus colegas já tenham vida sexual ativa (ALBERT, 2012).

Hoje, tem-se observado que a iniciação sexual precoce é mais corriqueira entre os adolescentes que fumam, consomem bebidas alcoólicas e usam drogas (KAWAI *et al.*, 2008; NKANSAH-AMANKRA *et al.*, 2010; PELTZER; 2010; TURNER *et al.*, 2011; KIM; LEE, 2012; KASTBOM *et al.*, 2014; SHRESTHA; KARKI; COPENHAVER, 2015; PELTZER; PENGPID, 2016). O uso de substâncias psicoativas acaba fazendo com que o adolescente tenha alterações em suas funções normais, deixando-o mais vulnerável ao agir sem pensar, podendo acontecer relações sexuais sem proteção (TAQUETTE; VILHENA; PAULA, 2004; MIRANDA *et al.*, 2018; AGUIAR *et al.*, 2021).

Diante disto, pesquisa feita por Borges *et al.* (2016) que usou dados do Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes (ERICA) em adolescentes com idades entre 12 a 17 anos, verificou que mais de um quinto dos que tinham acima de 14 anos (21,4%) já tinham iniciado sua vida sexual e dos que tinham 12 anos com vida sexual ativa, somente 46,6% utilizaram preservativo masculino. De acordo com os dados do Ministério da Saúde, nos últimos 10 anos, ocorreu um acréscimo da taxa de detecção de HIV/AIDS entre jovens do sexo masculino na faixa etária entre 15 e 19 anos, sendo que do ano de 2006

para o de 2016, a taxa quase triplicou nesse grupo. Entre as mulheres, observa-se que nos últimos 10 anos a taxa de detecção vem mostrando uma tendência de queda na maioria das faixas etárias, com exceção entre as de 15 a 19 anos, nestas, o crescimento foi de 13,9%, quando comparados os anos de 2006 e 2016 (BRASIL, 2017). Segundo dados da PeNSE (2019), o uso de preservativo na primeira relação foi 63,3% dos escolares, sendo o uso em maior proporção pelo sexo feminino (66,1%).

Estudo destaca que quanto mais o adolescente estiver entorpecido pelo consumo de drogas, menor a chance de sentir prazer, na mesma proporção que cresce sua fragilidade emocional e física (VIEIRA; DIEHL, 2011). Neste sentido, é importante ressaltar que o início precoce da relação sexual e o uso inconsistente de preservativo são considerados comportamentos com risco de infecções por infecções sexualmente transmissíveis, as quais são bem comuns na fase da adolescência e gravidez precoce (SILVA *et al.*, 2015). Além disso, estudo apontou nível de conhecimento sobre sexualidade baixo e elevado índice de erros em perguntas simples, como por exemplo, a identificação de uma infecção sexualmente transmissível e sobre a sua prevenção, referidos pelos alunos de 13 a 16 anos de ambos os sexos da escola em Patos de Minas, Minas Gerais (ROSA *et al.*, 2020).

Portanto, a educação sobre sexualidade e a promoção da saúde precisam vir antes do início da vida sexual (KAESTLE *et al.*, 2005). Entender quais fatores estão ligados à atividade sexual precoce pode ajudar na criação de estratégias que diminuam os riscos desses comportamentos, direcionando recursos e planejamentos de forma mais efetiva (MORAIS; MORAIS, 2012).

Assim, jovens com conhecimentos sobre a sexualidade tem a tendência de não admitirem correr riscos, ao passo que os que têm poucos conhecimentos admitem com mais facilidade e submetem-se mais a situações de risco (REIS; MATOS, 2007).

Entretanto, sobrepeso e obesidade podem ter influência quanto ao comportamento sexual dos adolescentes, visto que um estudo aponta que o índice de massa corporal (IMC) tem associação com fatores psicológicos de atratividade física (NAGELKERKE *et al.*, 2006; KERSHAW *et al.*, 2011; LOWRY *et al.*, 2014). Com isto, o excesso de peso pode acometer a capacidade de ter

relacionamentos amorosos de forma positiva, bem como na negociação de práticas de sexo seguro, levando a um alto risco sexual (BAJOS *et al.*, 2010; LEECH; DIAS, 2012; BECNEL *et al.*, 2017).

Famílias, meios de comunicação e escola fazem parte de um contexto de extrema importância para a educação e a promoção de saúde e têm relacionamento direto com os contextos sociais em que estão inseridos (NEUFELD, 2015). Com isso, estar atento para as questões sobre a sexualidade dos adolescentes é fundamental para colaborar na diminuição dos problemas relacionados à sua vida pessoal e social (BRASIL, 2022). Neste sentido, é importante destacar o papel essencial da escola na educação sexual, por ser esse o local adequado para o aprendizado não somente da anatomia e da fisiologia do corpo humano, como também as formas de prevenção da gravidez precoce e das infecções sexualmente transmissíveis (CARNEIRO *et al.*, 2015). Porém, é possível observar que os educadores não estão preparados para abordar tal temática e, quando a fazem, abordam unicamente o enfoque biológico, desprezando a parte psicossocial e cultural (OLIVEIRA-CAMPOS *et al.*, 2014). Além disto, vale destacar a importância do incentivo a prática de atividade física, pois há dados que indicam que adolescentes com maior nível de atividade física estão menos propensos a comportamentos sexuais de risco, além de favorecer a aquisição de hábitos saudáveis (SAVAGE; HOLCOMB, 1999; EITLE; EITLE, 2002).

2.2.7 Comportamento violento

Violência é definida como a tentativa de retomar o poder de maneira ilegítima, pela força em atos ou equivalentes simbólicos contra o outro (DUARTE, 2016). As taxas de violência física atingem o ápice durante a adolescência e a população jovem sofre desproporcionalmente as consequências disto, como prisão, ferimentos e morte (MILLER, 2017).

Alguns dados apontam uma correlação positiva entre a prática de atos de violência física e a iniciação precoce do consumo de álcool, uso excessivo de álcool, ter amigos com condutas antissociais, recente vitimização por pares e envolvimento em situações perigosas em busca da sensação de prazer (HERRENKOHL *et al.*, 2012).

Contudo, a violência entre jovens tem se mostrado um problema social assustador e, embora a atividade física, e, principalmente, os esportes tenham ganhado destaque como instrumentos para o combate da violência e promoção da cultura de paz, muitas vezes tais práticas podem estar relacionadas aos comportamentos violentos (DISKIN; NOLETO, 2010; MALTA *et al.*, 2014).

Dentre as características básicas relacionadas à violência estão: a capacidade de modular as próprias emoções; a capacidade de resolver problemas; sentir que é aceito ou não pela família e pela comunidade em que vive; e, sobretudo, a qualidade da relação com os cuidadores (PHEBO; MOURA, 2005). Um estudo mostrou tendência crescente de agressão física entre jovens canadenses entre 1993 e 2010 (DJERBOUA; CHEN; DAVISON, 2016). Porém, nos Estados Unidos observou-se uma redução no envolvimento em brigas entre adolescentes de 2002 a 2014 (SALAS-WRIGHT *et al.*, 2017), sugerindo evoluções diferentes quanto a tendência de violência entre países. No Brasil, os dados da PeNSE (2019) apontaram que 10,6% dos estudantes brasileiros se envolveram em brigas (com luta física) e teve maior proporção entre os meninos (14,6%) quando comparados com as meninas (6,7%).

Evidências sobre violência entre escolares de todas as capitais do Brasil revelam episódios de embriaguez (22,1%), consumo de drogas ilícitas (8,7%), sentir-se inseguro no trajeto casa-escola (6,4%), sentir-se inseguro na escola (5,5%), briga com agressão física (12,9%), agressão física por algum adulto da família (9,5%), envolver-se em brigas nas quais houve utilização de arma branca (6,1%) e de fogo (4,0%). Constantemente os estudantes declaram humilhações resultantes de provocações de colegas da escola (5,4%), o que acaba refletindo a exposição à situação de risco à violência e colabora para morbidades decorrentes das agressões não fatais e incapacitantes (MALTA *et al.*, 2009; MALTA *et al.*, 2010).

Quando se questiona a razão de os jovens estarem violentos, é sabido que a falta de monitoramento familiar, a negligência, abuso físico, punição inconsistente e disciplina relaxada vivenciada por eles pode provocar comportamento violento (NEIVA; GOMIDE, 2005; ANDREWS; BONTA, 2010).

No estudo de Rocha e Calais (2014) foi enfatizado que o envolvimento com drogas causa atos de violência, para além das questões relacionadas ao tráfico de drogas, na proporção em que vícios requerem gastos financeiros a

estes jovens, e eles como em sua grande parte, não tem renda, acabam cometendo atos infracionais na procura de recursos que possam sustentar seus vícios.

Segundo Castro (2013), em seu estudo sobre a implementação do Programa Escolas da Paz, da UNESCO, nos revela como esse Programa, voltado à juventude, é decorrido da “formulação (invenção) de um problema - o jovem violento” (p. 13), para o qual são, então, pensadas soluções e são preparadas políticas públicas. O mesmo autor ressalta que, a partir das pesquisas, estudos e documentos das agências internacionais ou do governo federal, os dados estatísticos sobre juventude e a relação entre violência e juventude, mostram o processo como um todo e também como são fundamentais para a criação das políticas públicas.

Diante disto, a compreensão dos componentes que elevam o risco de os jovens desenvolverem o papel de vítima ou agressores de comportamentos violentos se torna primordial para que haja o planejamento de políticas e programas efetivos para refrear a violência (OMS, 2002; ALBUQUERQUE; STELKO-PEREIRA; WILLIAMS, 2013).

Dentre os comportamentos violentos considerados frequentes estão às agressões verbais, seguidas das agressões físicas, as quais acontecem em menor escala, como aponta um estudo feito com adolescentes entre os 12 e os 16 anos, o qual verificou que a maioria das agressões era do âmbito verbal, com os insultos a representar 52% e a humilhação 39% e as agressões físicas a corresponder 9% das agressões (ZEGARRA *et al.*, 2009; MAGALHÃES, 2010; IOSSI SILVA *et al.*, 2013).

Adolescentes expostos à violência tendem desenvolver transtornos mentais, comportamentos de risco (consumo de bebida alcoólica em excesso, consumo de drogas, consumo de tabaco e sexo sem preservativo), doenças crônicas não transmissíveis, doenças infecciosas, problemas sociais, envolvendo o desempenho escolar insatisfatório, a criminalidade e a violência em si (WHO, 2020).

Estudo realizado por Pinto *et al.* (2018) apontou que entre 2009 e 2010, 13% dos estudantes de 13 anos e 10% dos estudantes de 15 anos da Europa, América do Norte e Israel se envolveram em brigas. No Brasil, Waiselsz (2012) ressalta que no ano de 2011 dos 100 mil casos atendidos por violência física

pelo Sistema Único de Saúde, 25% eram de jovens com idades entre 10 e 19 anos.

Estudos epidemiológicos (ANDRADE *et al.*, 2012; DONATH *et al.*, 2012; SHIN; MILLER; TEICHER, 2013; MANICKAM *et al.*, 2014; MAT HUSSIN *et al.*, 2014) mostram que a violência física tem destaque no que concerne à saúde dos adolescentes, tendo maior prevalência no sexo masculino. A violência interpessoal (uso intencional de poder ou força contra alguém ou um grupo) foi a principal causa de morte de pessoas do sexo masculino com idade entre 10 e 24 anos no Brasil, e para as do sexo feminino da mesma faixa etária, foi a segunda, estando atrás apenas de acidentes de trânsito (MALTA *et al.*, 2021).

Estudo realizado por Lopes, Mielke e Da Silva (2015) na cidade de Pelotas/RS, com escolares da zona rural, verificou que aproximadamente 10% dos escolares se envolveram em brigas, onde os adolescentes obesos tiveram envolvimento cinco vezes maior que os eutróficos.

Entretanto, existe o *bullying* sofrido na escola que é uma das decorrências sociais da obesidade (BRADSHAW *et al.*, 2013; PONT *et al.*, 2017) e, segundo Albuquerque *et al.* (2015), é tido como um comportamento agressivo que se apresenta entre os jovens em idade escolar, tem um caráter intencional, prejudicial e persistente, podendo durar anos.

Outra questão levantada por alguns pesquisadores (COYNE *et al.*, 2018) é que eletrônicos, como os videogames, por serem interativos podem levar ao aumento da agressão e a redução de comportamentos de ajuda.

A escola como espaço social e político de formação e desenvolvimento humano, precisa estar atenta e atuar de forma preventiva contra a agressividade dos alunos através do ensino e do monitoramento (MONTEIRO; ASINELLI-LUZ, 2019).

2.2.8 Qualidade do sono

As recomendações atuais são de que os adolescentes devem atingir entre 8 e 10 horas diárias de sono (HIRSHKOWITZ *et al.*, 2015; PARUTHI *et al.*, 2016). Entretanto, em um estudo feito com 250 adolescentes, escolares de Pittsburgh (EUA), apontou que o período de sono variou de 6 a 7 horas durante a semana

(MATTHEWS; HALL; DAHL, 2014). Outro estudo com 15364 adolescentes dos EUA com 15 a 18 anos de idades observou que 68,5% deles dormiram menos de 8 horas por noite (MELDRUN; RESTIVO, 2014). Em adolescentes brasileiros, a prevalência de sono insuficiente e da percepção negativa da qualidade do sono aumentou em 10 anos de 31,2%, em 2001, para 45,9%, em 2011 (HOEFELMANN *et al.*, 2014).

É visto que a saúde depende de fatores genéticos, ambientais e comportamentais e, dentre os comportamentos e hábitos que tem influência, encontram-se a prática de atividade física e uma boa qualidade de sono (REID *et al.*, 2010). Contudo, alguns estudos indicam que os adolescentes que dormem pouco têm propensão a apresentar alterações no perfil lipídico (GANGWISCH *et al.*, 2010; KONG *et al.*, 2011) e aumento de peso (MARSHALL; GLOZIER; GRUNSTEIN, 2008; HITZE *et al.*, 2009; KONG *et al.*, 2011).

Estudo recente realizado por Oliveira, Da Silva e De Oliveira (2019) aponta que na adolescência, com o aumento da idade, há uma progressiva diminuição das horas de sono, estando associada a diversos fatores comportamentais, como maior ingestão de alimentos gordurosos e açucarados, consumo de bebida alcoólica, consumo de tabaco, redução na prática de atividade física e aumento no tempo de tela.

É importante salientar que durante a adolescência ocorrem mudanças na expressão do ciclo sono-vigília, determinado por horários de dormir e acordar mais tarde e tal tendência biológica pode ser acentuada pelo uso de mídias eletrônicas durante a noite e compromissos sociais no início da manhã, resultando em uma baixa duração do sono nos adolescentes (FELDEN *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2017).

Neste sentido, estudos sobre os efeitos da duração do sono e da ingestão alimentar vêm crescendo nos últimos anos, especialmente porque o sono pode ser um fator de risco modificável para o excesso de peso e outras doenças crônicas não transmissíveis (POT, 2018). Owens *et al.* (2014) descrevem que indivíduos que possuem restrição de sono consomem mais calorias e se exercitam menos e consomem uma alta porcentagem de calorias que derivam da gordura. O aumento do risco de obesidade associado ao sono insuficiente parece ser equivalente ou superior ao risco associado a outros fatores

fortemente correlacionado com o peso, como obesidade parental e o tempo que o adolescente permanece diante de telas como televisão, celulares e computadores (OTAVIO *et al.*, 2019).

Recentemente, vários estudos e revisões sistemáticas tem sugerido uma associação adversa entre o padrão do sono e o tempo de tela (AMRA *et al.*, 2017; GOZAL, 2017; LEBOURGEOIS *et al.*, 2017). Diante disto, em um estudo longitudinal, Lemola *et al.* (2015) descobriram que o tempo de tela à noite estava negativamente associado à duração do sono e positivamente associado a dificuldades com o sono em uma amostra de 362 adolescentes.

Já diminuição do tempo total do sono dos adolescentes, concomitantemente às obrigações com horários escolares, resulta no aumento dos níveis de sonolência diurna excessiva (FERREIRA; DE MARTINO *et al.* 2012). Com isso, as demandas curriculares, bem como os horários preenchidos para os estudos, podem desregular o padrão do sono, pois os alunos acabam sincronizando o ciclo vigília-sono de modo diferente do ciclo claro-escuro na tentativa de cumprir suas atividades, causando problemas na regularidade do sono (PEREIRA *et al.*, 2011). Para Chong *et al.* (2021), uma alta redução da duração do sono, pode estar fortemente relacionada às demandas escolares e aos fatores biológicos.

Ademais, o fato de dormir pouco está relacionado com diversos riscos à saúde (AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE, 2014; TAROKH; SALETIN; CARSKADON, 2016), pois o sono, a partir de seus efeitos fisiológicos, possibilita a termorregulação corporal, permite o restabelecimento das condições energéticas e auxilia na restauração dos sistemas corporais desgastados durante a vigília, funções estas que podem ser afetadas pela baixa duração do sono (MARTINS, MELLO; TUFIK, 2001).

Uma metanálise feita por Ruan *et al.* (2015) levantou dados de mais de 56 mil crianças e adolescentes com idade até 16 anos e mostrou que os participantes com menor duração no tempo de sono, tinham 76% mais chances de possuir diagnóstico de excesso de peso quando comparados com maior duração de sono, fora um ganho anual maior do índice de massa corporal. Porém, o aumento diário de 1 hora de sono resultou em 21% na diminuição do risco de sobrepeso ou obesidade.

Como tratamento não farmacológico para esse problema, pesquisadores têm recomendado a prática diária de atividade física por possuir mecanismos benéficos para a higiene do sono, melhorando a sua qualidade (CHENNAOUI *et al.*, 2015; HALE; GUAN, 2015; CHAPUT; DUTIL, 2016; LI *et al.*, 2016).

2.3 NÍVEIS DE ATIVIDADE FÍSICA NA ADOLESCÊNCIA

Dentre os vários comportamentos adquiridos durante a adolescência e transferidos para a idade adulta, ressalta-se o baixo nível de atividade física diária (WHO, 2010; CDC, 2010). Com isso, a adolescência é considerada um período fundamental em relação à atividade física, reforçando, então, a necessidade de estímulos e oportunidades para que os jovens tenham níveis adequados de atividades físicas (DUMITH *et al.*, 2012).

O Ministério da Saúde recomenda que crianças e adolescentes com idade entre 6 e 17 anos, pratiquem atividade física nos diferentes domínios (tempo livre, trabalho ou estudo, deslocamento e tarefas domésticas) em média 60 minutos/dia, com intensidade moderada a vigorosa, bem como atividades que visam fortalecer os músculos e ossos por pelo menos 3 dias na semana, como ferramenta de prevenção de doenças e promoção de saúde (BRASIL, 2021). Além disso, é recomendado limitar a quantidade de tempo em comportamento sedentário, especialmente as atividades recreativas diante das telas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2019).

Estudo envolvendo crianças e adolescentes de diferentes países, com o intuito de verificar os níveis de atividade física, entre 2001 e 2016, observou a evolução de 1,6 milhão de jovens estudantes em quase 300 pesquisas de âmbito escolar em 146 países e apontou que 8 em cada 10 crianças e adolescentes com idades entre 11 e 17 não praticavam atividade física suficiente (GUTHOLD *et al.*, 2020).

Segundo dados da PeNSE no ano de 2019, 28,1% dos estudantes brasileiros com idades entre 13 e 17 anos realizaram 300 minutos ou mais de atividades físicas na semana anterior à pesquisa, e foram classificados como fisicamente ativos, sendo 38,5% meninos e 18,0% meninas. Porém, 61,8% deles foram classificados como insuficientemente ativos, os quais praticaram alguma

atividade entre 1 e 299 minutos. Além disso, 8,7% foram considerados inativos, ou seja, não praticaram nenhuma atividade física (PENSE, 2019). Frente a esses dados, a situação da falta de atividade física na adolescência é preocupante, visto que estudos apontam que o investimento na saúde e bem-estar do adolescente poderá garantir benefícios triplos, ou seja, na atual fase, na vida adulta e para a geração que está por vir (PATTON *et al.*, 2016).

Neste contexto, alguns estudos epidemiológicos constataram que adolescentes que cumprem a recomendação tem menor possibilidade de possuir comportamentos de risco em relação à saúde, como o consumo precoce de bebidas alcoólicas, uso de tabaco, permanecer mais tempo em atividades sedentárias (CESCHINI *et al.*, 2009; CESCHINI *et al.*, 2015) e menor risco de mortalidade futura (MINTON *et al.*, 2013).

De acordo com literatura (HALLAL *et al.*, 2012; CONDESSA *et al.*, 2018; GUTHOLD *et al.*, 2020) a prevalência de inatividade física em adolescentes a nível mundial ultrapassa de 80%, quando levada em consideração a recomendação mínima de 60 min/dia de atividade física moderada ou vigorosa.

Assim sendo, Guthold *et al.* (2018) apontam que em 2016 a falta da prática da atividade física afetou 47% da população no Brasil. Barbosa *et al.* (2016) ressalta que os adolescentes escolares que são tidos como fisicamente ativos, ainda tem escores baixo de atividade física.

Contudo, durante a fase da adolescência, praticar atividade física regularmente contribui para a melhoria da densidade mineral óssea, do perfil lipídico, do sistema cardiovascular e da aptidão física, da saúde mental e redução da adiposidade (USDHHS, 2018). Além disso, Lobo, Batista e Delgado (2015) salientam que a atividade física pode propiciar um aumento da autoestima e estimular de forma positiva no rendimento escolar, comprovando que seus benefícios vão além do aspecto físico.

Mendes *et al.* (2006) reforçam que a atividade física apresenta muitos benefícios ao organismo, sendo considerada como uma ótima ferramenta para promoção da saúde para a população. Porém, tem-se observado elevado índice de sedentarismo na população jovem, como no estudo feito entre os anos 2001 e 2016, com adolescentes de vários países, em que destacou o Brasil, com prevalência de 83,6% de sedentarismo nesta população (com idade entre 10 a 19 anos) (TREMBLAY, 2020).

Apesar dos múltiplos benefícios da atividade física existentes para a saúde, muitas crianças e adolescentes acabam não cumprindo com as recomendações de AF, propendendo os níveis de atividade física a diminuir com o aumento da idade (BAPTISTA *et al.*, 2012; HALLAL *et al.*, 2012; MARTÍNEZ *et al.*, 2012; MARQUES *et al.*, 2014).

Um estudo de tendência temporal realizado na região sul do Brasil mostrou que as preferências e as atividades físicas mais praticadas pelos adolescentes tiveram mudanças no período de sete anos, determinadas pelo aumento na participação em exercícios físicos e pela redução da prática de esportes, principalmente em adolescentes do sexo feminino (COLL *et al.*, 2014). Com isso, meninos podem ser considerados mais ativos por terem mais estímulos à prática esportiva, o que acaba refletindo na inatividade física em meninas (MUSAIGER *et al.*, 2013). Entretanto, durante a adolescência acontecem muitas alterações maturacionais, comportamentais e socioculturais que podem influenciar na redução da participação em atividades físicas (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Estudos epidemiológicos apontam para alta prevalência de adolescentes classificados como insuficientemente ativos (MELLO *et al.*, 2014; KUMAR; ROBINSON; TILL, 2015). Simultaneamente a diminuição dos níveis de atividade física, a literatura aponta crescimento na prevalência de adolescentes com excesso de peso e obesos (ROVIO *et al.*, 2018).

Segundo dados da PeNSE (2019), 61,8% dos escolares brasileiros entre 13 e 17 anos foram considerados insuficientemente ativos e somente 28,1% fisicamente ativos, sendo a maior proporção no sexo masculino (38,5%).

A atividade física insuficiente, atualmente, traz graves consequências negativas à saúde durante todo o ciclo de vida e é uma peça essencial na abordagem da prevenção e tratamento das principais doenças crônicas não transmissíveis e na promoção da saúde. Logo, a inatividade física acaba se tornando um importante problema de saúde pública (FREITAS *et al.*, 2014).

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DE ESTUDO

Este estudo se caracteriza como transversal, descritivo, com cunho correlacional. Segundo Thomas, Nelson e Silverman (2012) a pesquisa correlacional é descritiva, com o intuito de examinar a relação existente entre determinadas variáveis.

FIGURA 1 – VARIÁVEIS DO ESTUDO

Variáveis independentes	Variável dependente	Variáveis moderadoras
Excesso de peso	Nível de atividade física insuficiente	Sexo
Comportamento sedentário (tempo de tela – TV e videogame)		Idade
Hábitos alimentares (consumo de frutas e vegetais)		Nível socioeconômico
Consumo (leve) de bebidas alcoólicas		
Consumo de tabaco		
Consumo de droga ilícita (maconha)		
Comportamento sexual de risco (sem preservativo)		
Comportamento violento		
Uso excessivo de Smartphone		
Qualidade do sono		

Fonte: O autor (2023).

3.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Com base no Censo Escolar (2020), realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) (INEP, 2020), a população deste estudo foi composta por 751 adolescentes, do Ensino Médio, de ambos os sexos, com idades entre 14 a 18 anos, pertencentes às 3 escolas estaduais, da rede pública de ensino da cidade de Quatro Barras, PR.

De acordo com os critérios de exclusão, atingiu-se a quantidade de 530 adolescentes. Com base neste número, o cálculo do poder estatístico foi realizado *a posteriori* no Programa GPower 3.1.7, para o intervalo de confiança de 95% ($\alpha=0,05$), e verificou-se que tem poder para detectar como significantes Razões de Prevalência (RP) para atividade física iguais ou superiores a 1,45 com poder de 84%.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

A pesquisa teve como critérios de inclusão alunos matriculados na rede pública de ensino, no período diurno, no município de Quatro Barras, PR, com idade entre 14 e 18 anos e que tenha aceitado participar do estudo (através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE pelos pais ou responsáveis e adolescentes com 18 anos completos assinavam o TCLE específico, e assinatura do Termo de Assentimento - TA pelos adolescentes).

3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Para diminuir possíveis variáveis intervenientes, adotou-se como critérios de exclusão os adolescentes com deficiência intelectual (apontada com laudo pelo professor responsável pela turma, que pudesse comprometer o resultado de alguma medida); que não concluíram todas as avaliações; que desistiram ou que se negaram a participar do estudo e adolescentes que estivessem grávidas.

3.5 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS

3.5.1 Procedimentos de coleta de dados

Para a realização deste estudo, entrou-se em contato com o Secretário de Educação do Município de Quatro Barras/PR para apresentar os objetivos e relevância do trabalho. A partir disso, foi entrado em contato com as três escolas e marcado um dia para expor os objetivos, esclarecer possíveis dúvidas à direção e verificar o número total de alunos.

Para a realização da coleta de dados, foi solicitada autorização da Secretaria Estadual de Educação (SEE) para o desenvolvimento do estudo (APÊNDICE 1).

O estudo seguiu as normas que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde (resolução no 466/2012) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Paraná (parecer 5.497.803; CAAE 59501822.2.0000.0102) (ANEXO1).

Em posse do documento de autorização do CEP, a pesquisadora entrou em contato com as escolas para agendar os dias de coleta de dados.

Um dia antes da coleta de dados foi entregue aos alunos o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) para os pais ou responsáveis assinarem autorizando seus filhos a participar da pesquisa (APÊNDICE 2). Para os maiores de 18 anos foi entregue o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 3) específico para que eles mesmos pudessem assinar. Adicionalmente foi entregue o Termo de Assentimento Livre Esclarecido (TALE) para que todos os adolescentes assinassem concordando em participar da pesquisa (APÊNDICE 4), os quais foram entregues no dia da coleta.

Vale ressaltar que foi respeitada a disponibilidade dos participantes e não foram colocados no trabalho identificação das escolas e dos alunos. As coletas foram realizadas no ambiente escolar, no período diurno, nos meses de setembro e outubro de 2022.

3.5.2 Instrumentos utilizados

3.5.2.1 Identificação das variáveis sociodemográficas

As características sociodemográficas coletadas no estudo foram: sexo (masculino e feminino), idade, em anos completos, determinada pela diferença entre a data de nascimento e a data de coleta de dados (categorizada em: 14 e 15 e 16 a 18 anos de idade), trabalho (sim e não), moradia (com pai e mãe, pai ou mãe e sozinho/outros), tipo de residência (casa, sobrado e apartamento/outros) e escolaridade do chefe da família (Analfabeto/

Fundamental I incompleto, Fund I completo/ Fund II incompleto, Fund II completo/ Médio incompleto, Médio completo/ Superior incompleto, Superior completo).

Foram utilizadas como variáveis moderadoras e de controle: sexo, idade e classe econômica. Para a avaliação do nível socioeconômico (NSE), foi aplicado o Questionário de Critério de Classificação Econômica Brasil (ANEXO 2) sugerido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP, 2021), o qual focaliza estimar o poder de compra das pessoas e das famílias (os alunos foram instruídos a responder se apresentavam em seu domicílio cada item da lista e a sua quantidade, o grau de instrução do chefe da família ou do responsável que o sustenta e a presença de serviço público (água encanada e rua pavimentada). Os escolares foram classificados nas classes econômicas A (alta), B (média) e C/D/E (baixa).

3.5.2.2 Excesso de peso dos adolescentes

Foi realizada uma avaliação antropométrica, na qual foram mensuradas massa corporal e estatura para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) (ANEXO 4), sendo o resultado obtido através da fórmula: $IMC = \text{Peso (Kg)} / \text{Estatura}^2 \text{ (m)}$ (HOEFELMANN *et al.*, 2014). Com relação à classificação do excesso de peso, foram adotados os pontos de corte propostos pela OMS através do Escore-z por sexo e idade para crianças e adolescentes (WHO, 2006). Os adolescentes foram classificados em: sem excesso de peso corporal (baixo peso + eutrófico) e com excesso de peso corporal (sobrepeso + obeso).

Para verificação da massa corporal, utilizou-se uma balança digital da marca Wincy®, com precisão de (100) gramas. Os avaliados deveriam estar descalços e com roupas leves, mantendo (o peso equilibrado entre os pés).

A estatura foi verificada através de uma fita métrica com escalas de 1 cm, fixada a parede sem rodapé. Os avaliados deveriam ficar de costas para a fita, com os calcanhares unidos, braços soltos no prolongamento do corpo e cabeça devidamente posicionada.

Os adolescentes foram avaliados de forma individual, em uma sala de aula destinada para esse fim, para que não houvesse constrangimentos. Os

resultados de massa corporal, estatura e idade foram anotados em uma ficha individual (ANEXO 3) e analisados apenas pela pesquisadora.

3.5.2.3 Comportamentos de risco à saúde

Para avaliação dos comportamentos de risco à saúde os adolescentes responderam o questionário (impresso) *Youth Risk Behavior Survey* (YRBS), criado pelo *Center for Disease Control and Prevention* (CDC, 2018) (ANEXO 4), o qual foi traduzido e validado (concordância média Kappa 68,6%) para adolescentes brasileiros (GUEDES; LOPES, 2010). A finalidade deste questionário foi investigar os comportamentos de risco para a saúde em categorias distintas que ajudam no desencadeamento de morbidades, mortalidades e problemas sociais entre jovens e adultos com idades entre 12 e 21 anos. Neste âmbito, para avaliar os comportamentos de risco à saúde dos adolescentes, foram usados os dados referente ao comportamento sedentário (tempo de TV e videogame); aos hábitos alimentares (consumo de frutas e vegetais); ao consumo (leve) de bebida alcoólica; ao consumo de tabaco; ao consumo de droga ilícita (maconha); ao comportamento sexual de risco (sem preservativo) e ao comportamento violento (ANEXO 4)

Comportamento sedentário (questões 74 e 75): Para avaliação do comportamento sedentário, foram considerados os indivíduos que possuem comportamento de risco à saúde aqueles que tiverem 2 horas ou mais em tempo de tela (televisão e videogame), em um dia com aula normal (CDC, 2018).

Hábitos alimentares (questões 65, 66, 67, 68, 69 e 70): Para avaliação dos hábitos alimentares foram considerados dois fatores: o consumo de frutas e o consumo de vegetais. Para o consumo de frutas foram considerados os indivíduos que possuem comportamento de risco à saúde aqueles que venham a consumir suco de frutas 100% natural ou frutas (sem considerar os sucos), menos que 2 vezes por dia, nos últimos 7 dias anteriores a pesquisa. Já para o consumo de vegetais, foram considerados os indivíduos que venham a ter um consumo de vegetais (saladas verdes, batatas, cenouras e outros vegetais)

menor que 2 vezes por dia, nos últimos 7 dias anteriores a pesquisa (CDC, 2018).

Consumo (leve) de bebidas alcoólicas (questão 34): para avaliação do consumo de bebidas alcoólicas foram considerados indivíduos que possuem comportamento de risco à saúde aqueles que venham a ter consumido pelo menos uma dose de bebida alcoólica nos 30 dias anteriores a pesquisa (CDC, 2018).

Consumo de tabaco (questão 23): para avaliação do tabagismo, foram considerados indivíduos que possuem comportamento de risco à saúde aqueles que venham a ter consumido no mínimo um cigarro nos 30 dias anteriores a pesquisa (CDC, 2018).

Consumo de droga ilícita (maconha) (questão 40): para avaliação do consumo de drogas ilícitas, foram considerados indivíduos que possuem comportamento de risco à saúde aqueles que venham a ter consumido maconha ao menos uma vez nos últimos 30 dias anteriores a pesquisa (CDC, 2018).

Comportamento sexual de risco (sem preservativo) (questão 56): para avaliação do comportamento sexual, foram considerados indivíduos que possuem comportamento de risco à saúde aqueles que não usaram preservativo na última relação sexual (CDC, 2018).

Comportamento violento (questão 11): para avaliação da prática de violência, foram considerados indivíduos que possuem comportamento de risco à saúde aqueles que se envolveram em luta corporal nos últimos 12 meses anteriores a pesquisa (CDC, 2018).

Mídia digital: para identificar o uso excessivo de *smartphone* e *tablet* foi utilizado um questionário específico o *Smartphone Addiction Scale-Short Version* (SAS-SV) (ANEXO 5).

A *Smartphone Addiction Scale* (SAS) foi criada na Coreia do Sul, com o intuito de identificar indivíduos adultos com adicção a *smartphone* (KWON *et al.*, 2013). Ela é uma escala de autorrelato, preparada para avaliar o nível de adicção a *smartphone* com alto nível de confiabilidade. (KWON, *et al.*, 2013). Com o objetivo de tornar a pesquisa da adicção a *smartphone* mais simples, objetiva e

incluir o público adolescente, foi criada a Smartphone Addiction Scale – Short Version (SAS-SV) (KWON *et al.*, 2013), a qual foi resumida e é composta por 10 perguntas, selecionadas por pelo menos seis especialistas, e mostraram boa eficácia para avaliar a adicção a smartphone (KWON *et al.*, 2013).

A versão brasileira da SAS-SV foi adaptada de forma transcultural por Mescollotto *et al.* (2019), a qual foi testada com estudantes e apresentou bom nível de confiabilidade, consistência interna e validade de construto apropriada (MESCOLLOTTO *et al.*, 2019). Ainda na versão curta, a escala (SAS-SV) foi validada para adolescentes por Andrade *et al.* (2020) e nela contém 10 questões com seis opções de resposta, as quais são pontuadas conforme uma escala *Likert* da seguinte forma: discordo totalmente = 1, discordo = 2, discordo parcialmente = 3, concordo parcialmente = 4, concordo = 5 e concordo totalmente = 6. A pontuação tem variação entre 10 e 60 e uma pontuação mais elevada aponta níveis mais altos de adicção a *smartphones* (MESCOLLOTTO *et al.*, 2019). Conforme a pontuação, os indivíduos são classificados em “sem adicção a *smartphone*” ou “com adicção a *smartphone*”, tendo como ponto de corte para a classificação de 31 para homens e 33 para mulheres (MESCOLLOTTO *et al.*, 2019).

Qualidade do sono: para verificar a qualidade do sono dos adolescentes foi utilizado o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh.

O *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI) original foi criado por Buysse (1989) nos Estados Unidos da América e sua finalidade é aferir de forma subjetiva e padronizada, as características e a qualidade do sono de adultos, levando em consideração os 30 dias anteriores à data de aplicação. O PSQI foi traduzido, adaptado e validado para o português (do Brasil), dando origem a versão brasileira, o PSQI-BR (BERTOLAZI *et al.*, 2011), o qual é considerado uma medida de fácil compreensão e interpretação, e também foi validado em outros idiomas como o espanhol, alemão, holandês, sueco, norueguês, hebreu, chinês, japonês e francês para o Canadá. (BERTOLAZI *et al.*, 2008).

Este questionário (PSQI-BR) (ANEXO 6) foi validado para adolescentes brasileiros por Passos *et al.* (2017), o qual contém 19 perguntas de autoavaliação e adicionalmente conta com 5 perguntas fundamentadas na percepção de um

provável companheiro ou colega de quarto, as quais são respondidas também pelo próprio participante e coletadas somente para obtenção de dados clínicos, não fazendo parte da pontuação. As 19 questões de autoavaliação têm o intuito de investigar os fatores relacionados ao sono, como: duração, latência, frequência e gravidade de problemas específicos, as quais são categorizadas em 7 domínios distintos (qualidade subjetiva do sono, latência do sono, duração do sono, eficiência habitual do sono, distúrbios do sono, uso de medicamentos para dormir e disfunção diurna), classificados em respostas cuja pontuação varia de 0 a 3 (BERTOLAZI *et al.*, 2011).

O somatório das pontuações dos domínios acarreta em uma pontuação geral com variação entre 0 a 21. Pontuações mais elevadas indicam pior qualidade do sono e são categorizadas da seguinte maneira: Pontuação de 0 a 4 = boa qualidade do sono; Pontuação de 5 a 10 = má qualidade do sono; Pontuação acima de 10 = presença de distúrbio do sono (BERTOLAZI *et al.*, 2011).

3.5.2.4 Níveis de atividade física dos adolescentes

Para avaliar os níveis de atividade física foi utilizado o Questionário de Atividade Física para Adolescentes (QAFA) (ANEXO 7), proposto e validado para adolescentes por Farias Júnior *et al.* (2012), o qual é composto por 24 opções de atividades físicas, sendo possível adicionar mais duas, além das propostas. A partir do uso deste instrumento foi possível avaliar a frequência (dias/sem), tipo e tempo (horas/min/dia) das atividades praticadas na última semana. Também foi possível aferir a viabilidade de realizar, segundo a recomendação para adolescentes, a estimativa do nível de atividade física (intensidade moderada a vigorosa (≥ 3 METs)), onde foi considerado o somatório do tempo gasto em cada uma delas pelas respectivas frequências na prática, sendo considerados suficientemente ativos aqueles adolescentes que praticaram atividade física igual ou superior a 420 minutos por semana e os que não atingiram esse limite foram considerados insuficientemente ativos (WHO, 2020; BRASIL, 2021). Por fim, ressalta-se a facilidade do preenchimento e realização do questionário (FARIAS JÚNIOR *et al.*, 2012).

3.6 TRATAMENTO DOS DADOS E PROCEDIMENTO ESTATÍSTICO

Para análise dos dados, primeiramente foi averiguada a normalidade dos dados pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. A estatística descritiva foi usada para caracterização dos participantes da pesquisa, com frequência absoluta e relativa para dados categóricos, total e estratificado por sexo. Para analisar as diferenças entre sexos foi utilizado o Teste do Qui-quadrado. Já para análise da associação entre as variáveis excesso de peso e comportamentos de risco à saúde com o nível insuficiente de atividade física foi usada a regressão de Poisson Robusta bruta e ajustada para sexo, idade e nível socioeconômico com intervalos de confiança de 95% (IC95%) e $\leq 0,05$. Para as análises de associação foram também realizadas análises de moderação por sexo, idade e nível socioeconômico. Os tratamentos dos dados foram feitos pelo software estatístico IBM SPSS® versão 22.0.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram deste estudo 530 adolescentes (279 meninos e 251 meninas), dos quais 62,1% (n= 329) tinham idades entre 16 e 18 anos, com diferença entre os sexos (68,5% do sexo masculino, n= 191; 55,0% do sexo feminino, n= 138; p= 0,002).

Na tabela 1 são apresentadas as características sociodemográficas como sexo, idade, trabalho remunerado, moradia, tipo de residência, escolaridade do chefe da família e nível socioeconômico.

Observa-se que a maioria dos adolescentes não trabalham (77,0%, n= 408), moram com ambos os pais (58,7%, n= 311), residem em casa (84,3%, n= 447), o chefe da família tem ensino médio completo ou superior incompleto (27,5%, n= 146) e pertencem a classe econômica média (B) (58,7%, n= 311), apresentando diferença entre os sexos (p= 0,035), onde 61,8% (n= 155) são do sexo feminino e 55,9% (n= 156) do sexo masculino.

Tabela 1 - Características das variáveis sociodemográficas, total e estratificada por sexo, dos adolescentes de 14 a 18 anos de Quatro Barras/PR (n=530).

Variáveis	Total		Masculino		Feminino		X ²	p
	n	%	n	%	n	%		
Sexo								
Masculino	279	52,6	-	-	-	-		
Feminino	251	47,4	-	-	-	-		
Faixa etária								
14 e 15 anos	201	37,9	88	31,5	113	45,0	9,63	0,002
16 a 18 anos	329	62,1	191	68,5	138	55,0		
Trabalho								
Sim	122	23,0	68	24,4	54	21,5	0,46	0,498
Não	408	77,0	211	75,6	197	78,5		
Moradia								
Com pai	37	7,0	20	7,2	17	6,8	1,48	0,223
Com mãe	120	22,6	53	19,0	67	26,7		
Com pais	311	58,7	172	61,6	139	55,4		
Sozinho/ Outros	62	11,7	34	12,2	28	11,2		
Tipo de residência								
Casa	447	84,3	234	83,9	213	84,9	0,08	0,772
Sobrado	59	11,1	32	11,5	27	10,8		
Apartamento/ Outros	24	4,5	13	4,7	11	4,4		
Escolaridade do chefe								
Analfabeto/ Fund. I incompleto	30	5,7	15	5,4	15	6,0	3,22	0,073
Fund. I completo/ Fund. II incompleto	77	14,5	39	14,0	38	15,1		
Fund. II completo/ Médio incompleto	139	26,2	67	24,0	72	28,7		
Médio completo/ Superior incompleto	146	27,5	76	27,2	70	27,9		
Superior completo	138	26,0	82	29,4	56	22,3		
Classe econômica								
A (alta)	90	17,0	59	21,1	31	12,4	4,47	0,035
B (média)	311	58,7	156	55,9	155	61,8		
C/D/E (baixa)	129	24,3	64	22,9	65	25,9		

FONTE: O autor (2023).

LEGENDA: Fund.= Fundamental; p≤0,05.

Na tabela 2, são apresentados o excesso de peso, o nível de atividade física e os comportamentos de risco à saúde (comportamento violento, consumo de tabaco, consumo (leve) de bebidas alcoólicas, consumo de droga ilícita (maconha), comportamento sexual de risco (sem preservativo), consumo de suco 100% natural, consumo de frutas, consumo de saladas verdes, de batatas, de cenouras, de outros vegetais, comportamento sedentário (tempo de tela – TV e videogame)), incluindo o uso de *smartphone* e a qualidade do sono.

A grande maioria dos adolescentes deste estudo encontram-se sem sobrepeso ou obesidade (68,7% considerados com baixo peso ou eutróficos, n= 364). Em contrapartida, 19,2% estão com sobrepeso (n= 102) e 12,1% são obesos (n= 64).

Com relação ao nível de atividade física, 54,3% (n= 288) foram classificados como suficientemente ativos, em que a porcentagem dos meninos ativos (67,7%, n= 189) foi maior que a das meninas (39,4%, n= 99) ($p= 0,001$). Por outro lado, 45,7% (n= 242) dos adolescentes foram considerados insuficientemente ativos (32,3% eram do sexo masculino, n= 90; 60,6% do sexo feminino, n= 152), ou seja, que não praticam o mínimo recomendado, utilizando um ponto de corte de 420 minutos semanais.

Dentre os comportamentos de risco, 17,7% (n=94) apresentaram comportamento violento (se envolveram em uma luta corporal), nos últimos 12 meses anteriores a pesquisa, apresentando diferenças significativas ($p=0,040$) entre meninos e meninas (21,1% (n=59) vs. 13,9% (n= 35)). Foi encontrado um baixo percentual de 7,5% (n= 40) para o consumo de tabaco nos últimos 30 dias anteriores a pesquisa. Para o consumo (leve) de bebidas alcoólicas 40,8% (n=216) reportaram terem consumido pelo menos 1 dose de bebida alcoólica, também nos últimos 30 dias anteriores a pesquisa, sendo mais frequente para o sexo feminino (46,6% (n= 117) x 35,6% (n=99), $p= 0,013$). Já para o consumo de droga ilícita o percentual foi de 5,7% (n=30) com maior porcentagem para as meninas do que para os meninos (8,0% (n= 20) x 3,6% (n= 10); $p= 0,046$). Com relação ao comportamento sexual de risco, 14,5% (n= 77) dos adolescentes não usaram preservativo na última vez que tiveram relação sexual, sendo 15,9% (n=40) para as meninas e 13,3% (n=37) para os meninos.

Para o baixo consumo de suco 100% natural e de frutas (<2x por dia) os percentuais foram de 93,0% (n= 493) e 82,1% (n= 435) respectivamente. Já para o baixo consumo de saladas verdes, batatas, cenouras e outros vegetais (<2x por dia) os percentuais foram de 85,5% (n= 453), 92,5% (n= 490), 96,8% (n= 513) e 91,7% (n= 486), respectivamente, nos últimos 7 dias anteriores a pesquisa, não apresentando diferenças significativas entre os sexos para os hábitos alimentares. E ainda, 32,8% (n= 174) apresentaram comportamento aditivo para o uso de *smartphone*, ficando a maior porcentagem para as meninas

(45,0% (n= 113) vs. 21,9% (n=61); p= 0,001) e com relação ao sono 54,9% (n=291) apontaram pobre qualidade do sono, também com maior proporção para o sexo feminino (63,7% (n=160) vs. 47,0% (131); p= 0,001).

Já para o comportamento sedentário foram analisados o tempo de tela para TV onde 32,6% (n= 173), ou seja, a menor parte dos adolescentes apresentaram este tipo de comportamento. Houve diferença significativa (p= 0,001) para o tempo de tela de videogame com um percentual de 42,3% (n= 224), onde os meninos tiveram destaque com 51,4% (n= 143) quando comparados com as meninas 32,3% (n= 81).

Tabela 2 - Características do excesso de peso, atividade física e comportamentos de risco à saúde, total e estratificada por sexo, dos adolescentes de 14 a 18 anos de Quatro Barras/PR (n=530).

(continua)

Variáveis	Total		Masculino		Feminino		X ²	P
	n	%	N	%	n	%		
Excesso de peso								
Sem sobrepeso/ obesidade	364	68,7	195	69,9	169	67,3	0,40	0,527
Sobrepeso	102	19,2	52	18,6	50	19,9		
Obesidade	64	12,1	32	11,5	32	12,7		
Atividade Física 420 minutos								
Insuficientemente ativo	242	45,7	90	32,3	152	60,6	41,52	0,001
Suficientemente ativo	288	54,3	189	67,7	99	39,4		
Comportamento violento								
Sem CR	436	82,3	220	78,9	216	86,1	4,22	0,040
CR	94	17,7	59	21,1	35	13,9		
Consumo de tabaco								
Sem CR	490	92,5	256	91,8	234	93,2	0,23	0,635
CR	40	7,5	23	8,2	17	6,8		
Consumo (leve) de bebida alcoólica								
Sem CR	313	59,2	179	64,4	134	53,4	6,16	0,013
CR	216	40,8	99	35,6	117	46,6		
Consumo de droga ilícita (maconha)								
Sem CR	500	94,3	269	96,4	231	92,0	3,97	0,046
CR	30	5,7	10	3,6	20	8,0		
Comportamento sexual de risco (sem preservativo)								
Sem CR	453	85,5	242	86,7	211	84,1	0,56	0,454
CR	77	14,5	37	13,3	40	15,9		
Consumo de suco 100% natural								
Sem CR	37	7,0	21	7,5	16	6,4	0,12	0,727
CR	493	93,0	258	92,5	235	93,6		

Tabela 2 - Características do excesso de peso, atividade física e comportamentos de risco à saúde, total e estratificada por sexo, dos adolescentes de 14 a 18 anos de Quatro Barras/PR (n=530).

(conclusão)

Variáveis	Total		Masculino		Feminino		X ²	P
	N	%	N	%	n	%		
Consumo de frutas								
Sem CR	95	17,9	52	18,6	43	17,1	0,11	0,735
CR	435	82,1	227	81,4	208	82,9		
Consumo de saladas verdes								
Sem CR	77	14,5	39	14,0	38	15,1	0,06	0,799
CR	453	85,5	240	86,0	213	84,9		
Consumo de batatas								
Sem CR	40	7,5	18	6,5	22	8,8	0,71	0,400
CR	490	92,5	261	93,5	229	91,2		
Consumo de cenouras								
Sem CR	17	3,2	10	3,6	7	2,8	0,07	0,786
CR	513	96,8	269	96,4	244	97,2		
Consumo de outros vegetais								
Sem CR	44	8,3	22	7,9	22	8,8	0,04	0,835
CR	486	91,7	257	92,1	229	91,2		
Comportamento sedentário - tempo de tela – TV								
Sem CR	357	67,4	193	69,2	164	65,3	0,72	0,397
CR	173	32,6	86	30,8	87	34,7		
Comportamento sedentário - tempo de tela - videogame								
Sem CR	305	57,7	135	48,6	170	67,7	19,07	0,001
CR	224	42,3	143	51,4	81	32,3		
Uso de Smartphone								
Sem CR	356	67,2	218	78,1	138	55,0	31,09	0,001
CR	174	32,8	61	21,9	113	45,0		
Qualidade do sono								
Sem CR	239	45,1	148	53,0	91	36,3	14,38	0,001
CR	291	54,9	131	47,0	160	63,7		

FONTES: O autor (2023).

LEGENDA: p= ≤0,05; CR= comportamento de risco.

Na tabela 3, é verificada a associação do excesso de peso e comportamentos de risco à saúde com nível de atividade física insuficiente.

Entre os comportamentos de risco à saúde, foram encontradas associações positivas com relação ao comportamento violento, em que apontou probabilidade 50% menor (RP= 0,50; IC95%= 0,35-0,72) dos adolescentes serem insuficientemente ativos, ou seja, adolescentes que apresentam este tipo de comportamento tendem ser suficientemente ativos.

Com relação aos hábitos alimentares, para o baixo consumo de suco 100% natural observou-se probabilidade 74% maior (RP= 1,74; IC95%= 1,02-2,98) dos adolescentes serem insuficientemente ativos, assim como para o baixo consumo de frutas que foi de 43% (RP= 1,43; IC95%= 1,06-1,93) e também para o baixo consumo de saladas verdes com 62% (RP= 1,62; IC95%= 1,13-2,31).

Para o comportamento aditivo verificou-se probabilidade 23% maior (RP= 1,23; IC95% 1,02-1,49) dos adolescentes que usam *smartphone* serem insuficientemente ativos.

Tabela 3 - Associação do excesso de peso e comportamentos de risco à saúde com nível de atividade física insuficiente dos adolescentes de 14 a 18 anos de Quatro Barras, PR (n=530).

(continua)

Variáveis	Análise Bruta			Análise Ajustada*		
	RP	IC95%	p	RP	IC95%	p
Excesso de peso						
Sem sobrepeso/ obesidade	1	-	-	1	-	-
Sobrepeso	0,85	(0,66-1,10)	0,223	0,85	(0,66-1,09)	0,192
Obesidade	0,96	(0,72-1,28)	0,777	0,95	(0,72-1,26)	0,732
Comportamento violento						
Sem CR	1	-	-	1	-	-
CR	0,46	(0,32-0,68)	0,001	0,50	(0,35-0,72)	0,001
Consumo de tabaco						
Sem CR	1	-	-	1	-	-
CR	0,93	(0,64-1,34)	0,684	1,10	(0,70-1,72)	0,677
Consumo (leve) de bebida alcoólica						
Sem CR	1	-	-	1	-	-
CR	0,94	(0,77-1,13)	0,501	0,96	(0,78-1,18)	0,728
Consumo de droga ilícita (maconha)						
Sem CR	1	-	-	1	-	-
CR	1,26	(0,91-1,75)	0,168	1,24	(0,83-1,84)	0,292
Comportamento sexual de risco (sem preservativo)						
Sem CR	1	-	-	1	-	-
CR	0,99	(0,76-1,30)	0,969	1,12	(0,85-1,46)	0,416
Consumo de suco 100% natural						
Sem CR	1	-	-	1	-	-
CR	1,74	(1,02-2,98)	0,043	1,37	(0,82-2,30)	0,225
Consumo de frutas						
Sem CR	1	-	-	1	-	-
CR	1,43	(1,06-1,93)	0,018	1,13	(0,85-1,51)	0,397
Consumo de saladas verdes						
Sem CR	1	-	-	1	-	-
CR	1,62	(1,13-2,31)	0,008	1,32	(0,91-1,94)	0,147
Consumo de batatas						
Sem CR	1	-	-	1	-	-
CR	1,44	(0,91-2,27)	0,119	1,16	(0,74-1,84)	0,516

Tabela 3 - Associação do excesso de peso e comportamentos de risco à saúde com nível de atividade física insuficiente dos adolescentes de 14 a 18 anos de Quatro Barras, PR (n=530).

Variáveis	Análise Bruta			Análise Ajustada*		
	RP	IC95%	p	RP	IC95%	P
(conclusão)						
Consumo de cenouras						
Sem CR	1	-	-	1	-	-
CR	1,57	(0,75-3,30)	0,233	1,06	(0,50-2,23)	0,881
Consumo de outros vegetais						
Sem CR	1	-	-	1	-	-
CR	1,37	(0,90-2,09)	0,143	1,02	(0,65-1,58)	0,934
Comportamento sedentário - tempo de tela – TV						
Sem CR	1	-	-	1	-	-
CR	1,16	(0,96-1,40)	0,129	1,13	(0,95-1,35)	0,169
Comportamento sedentário - tempo de tela - videogame						
Sem CR	1	-	-	1	-	-
CR	0,93	(0,77-1,12)	0,432	1,03	(0,86-1,24)	0,736
Uso de Smartphone						
Sem CR	1	-	-	1	-	-
CR	1,23	(1,02-1,49)	0,028	1,06	(0,88-1,27)	0,526
Qualidade do sono						
Sem CR	1	-	-	1	-	-
CR	1,01	(0,83-1,21)	0,982	0,92	(0,77-1,11)	0,391

FONTE: O autor (2023).

LEGENDA: RP = Razão de Prevalência; IC95%= intervalo de confiança de 95%; p<0,05; *ajustado para sexo, idade e nível socioeconômico; CR= comportamento de risco.

Na tabela 4, foi verificada a associação do excesso de peso e comportamentos de risco à saúde com nível de atividade física insuficiente, moderado por sexo. Observa-se que as adolescentes com sobrepeso apresentaram probabilidade 26% menor (RP= 0,74; IC95%= 0,55-1,01) de serem insuficientemente ativas.

Entre os comportamentos de risco à saúde, para o comportamento violento foi observada probabilidade 69% menor (RP= 0,31; IC95%= 0,15-0,64) para o sexo masculino e 32% (RP= 0,68; IC95%= 0,45-1,00) para o sexo feminino dos adolescentes serem insuficientemente ativos.

Com relação aos hábitos alimentares, para o baixo consumo de frutas, os meninos apresentaram probabilidade 1,35% maior (RP= 2,35; IC95%= 1,21-4,54) de serem insuficientemente ativos e para o baixo consumo de saladas verdes, as meninas apresentaram probabilidade 74% maior (RP= 1,74; IC95%= 1,09-2,78) de serem insuficientemente ativas.

O sexo não moderou o consumo de tabaco, o consumo (leve) de bebidas alcoólicas, de droga ilícita (maconha), o comportamento sexual de risco (sem

preservativo), o consumo de suco 100% natural, de batatas, de cenouras, de outros vegetais, o comportamento sedentário (tempo de tela - TV e videogame), o uso de *smartphone* e a qualidade de sono com o nível insuficiente de atividade física.

Tabela 4 – Associação do excesso de peso e comportamentos de risco à saúde com nível de atividade física insuficiente, moderado por sexo, dos adolescentes de 14 a 18 anos de Quatro Barras, PR (n= 530).

Variáveis	Análise Bruta				Análise Ajustada*					
	RP	Masculino IC95%	p	RP	Feminino IC95%	p	RP	Masculino IC95%	Feminino IC95%	p
Excesso de peso										
Sem sobrepeso/obesidade	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-
Sobrepeso	1,01	(0,65-1,57)	0,958	0,74	(0,55-1,01)	0,061	1,05	(0,68-1,60)	0,834	0,74 (0,55-1,01) 0,057
Obesidade	0,97	(0,56-1,68)	0,906	0,92	(0,68-1,25)	0,598	1,02	(0,58-1,79)	0,944	0,92 (0,67-1,26) 0,596
Comportamento violento										
Sem CR	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-
CR	0,31	(0,15-0,64)	0,002	0,68	(0,45-1,00)	0,052	0,34	(0,16-0,70)	0,003	0,71 (0,47-1,07) 0,102
Consumo de tabaco										
Sem CR	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-
CR	1,09	(0,60-1,95)	0,783	0,87	(0,55-1,37)	0,541	1,64	(0,87-3,08)	0,126	0,74 (0,47-1,17) 0,202
Consumo (leve) de bebida alcoólica										
Sem CR	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-
CR	0,82	(0,56-1,18)	0,287	0,90	(0,74-1,10)	0,322	0,96	(0,65-1,42)	0,841	0,96 (0,75-1,22) 0,738
Consumo de droga ilícita (maconha)										
Sem CR	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-
CR	0,93	(0,35-2,43)	0,878	1,17	(0,86-1,59)	0,310	0,94	(0,28-3,18)	0,921	1,37 (0,97-1,94) 0,070
Comportamento sexual de risco (sem preservativo)										
Sem CR	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-
CR	0,82	(0,47-1,43)	0,480	1,04	(0,80-1,35)	0,780	1,01	(0,52-1,92)	0,989	1,15 (0,87-1,53) 0,332
Consumo de suco 100% natural										
Sem CR	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-
CR	1,75	(0,71-4,30)	0,222	1,66	(0,87-3,14)	0,122	1,18	(0,52-2,66)	0,695	1,57 (0,86-2,86) 0,141
Consumo de frutas										
Sem CR	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-
CR	2,35	(1,21-4,54)	0,011	1,10	(0,83-1,47)	0,505	1,66	(0,81-3,41)	0,167	0,92 (0,70-1,22) 0,564
Consumo de saladas verdes										
Sem CR	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-
CR	1,46	(0,80-2,66)	0,214	1,76	(1,15-2,70)	0,010	0,92	(0,52-1,65)	0,788	1,74 (1,09-2,78) 0,020

(continua)

Tabela 4 – Associação do excesso de peso e comportamentos de risco à saúde com nível de atividade física insuficiente, moderado por sexo, dos adolescentes de 14 a 18 anos de Quatro Barras, PR (n= 530).

Variáveis	Masculino			Feminino			Masculino			Feminino			p	(conclusão)
	RP	IC95%	p	RP	IC95%	p	RP	IC95%	p	RP	IC95%	p		
Consumo de batatas														
Sem CR	1	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-
CR	3,03	(0,81-11,33)	0,099	1,23	(0,80-1,89)	0,343	1,72	(0,38-7,86)	0,484	0,96	(0,63-1,47)	0,868	0,868	
Consumo de cenouras														
Sem CR	1	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-
CR	3,31	(0,51-21,40)	0,209	1,06	(0,55-2,03)	0,857	1,79	(0,19-17,18)	0,615	0,78	(0,36-1,66)	0,515	0,515	
Consumo de outros vegetais														
Sem CR	1	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-
CR	2,48	(0,85-7,20)	0,094	1,12	(0,75-1,66)	0,572	1,49	(0,43-5,08)	0,527	0,89	(0,58-1,37)	0,593	0,593	
Comportamento sedentário - tempo de tela - TV														
Sem CR	1	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-
CR	1,18	(0,83-1,68)	0,360	1,10	(0,90-1,35)	0,358	1,37	(0,97-1,93)	0,075	1,08	(0,89-1,31)	0,424	0,424	
Comportamento sedentário - tempo de tela - videogame														
Sem CR	1	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-
CR	1,13	(0,80-1,59)	0,489	1,01	(0,81-1,24)	0,989	1,14	(0,82-1,60)	0,430	0,94	(0,77-1,17)	0,596	0,596	
Uso de Smartphone														
Sem CR	1	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-
CR	0,83	(0,53-1,30)	0,419	1,16	(0,95-1,41)	0,146	0,87	(0,56-1,35)	0,540	1,16	(0,95-1,41)	0,139	0,139	
Qualidade do sono														
Sem CR	1	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-
CR	0,90	(0,64-1,27)	0,563	0,90	(0,73-1,10)	0,285	0,97	(0,67-1,40)	0,863	0,87	(0,71-1,08)	0,212	0,212	

FONTE: O autor (2023).

LEGENDA: * RP = Razão de Prevalência; IC95%= intervalo de confiança de 95%; p<0,05; *ajustado para idade e nível socioeconômico; CR= comportamento de risco.

Na tabela 5, é verificada a associação do excesso de peso e comportamentos de risco à saúde com nível de atividade física insuficiente, moderado por idade. Foi possível observar que para o comportamento violento, adolescentes de 14 e 15 anos e de 16 a 18 anos apresentaram probabilidade 52% (RP= 0,48; IC95%= 0,27-0,87) e 50% (RP= 0,50; IC95%= 0,31-0,80) menor, respectivamente, de serem insuficientemente ativos.

Os adolescentes mais velhos (com idades entre 16 a 18 anos), que consumiam droga ilícita (maconha) apresentaram probabilidade 47% maior (RP= 1,47; IC95%= 1,05-2,04) de serem insuficientemente ativos. O mesmo acontece com os que indicaram baixo consumo de saladas verdes com probabilidade 81% maior (RP= 1,81; IC95%= 1,13-2,89) de serem insuficientemente ativos.

A idade não moderou o excesso de peso, o consumo de tabaco, consumo (leve) de bebidas alcoólicas, o comportamento sexual de risco (sem preservativo), o consumo de suco 100% natural, de frutas, de batatas, de cenouras, de outros vegetais, o comportamento sedentário (tempo de tela - TV e videogame), o uso de *smartphone* e a qualidade de sono com o nível insuficiente de atividade física.

Tabela 5 – Associação do excesso de peso e comportamentos de risco à saúde com nível de atividade física insuficiente, moderado por idade, dos adolescentes de 14 a 18 anos de Quatro Barras, PR (n= 530).

Variáveis	Análise Bruta			Análise Ajustada*				
	14 e 15 anos IC95%	P	RP	16 a 18 anos IC95%	p	RP	16 a 18 anos IC95%	p
Excesso de peso								
Sem sobrepeso/obesidade	1	-	1	-	-	1	-	-
Sobrepeso	0,79 (0,52-1,18)	0,249	0,90	(0,64-1,26)	0,527	0,75	(0,51-1,11)	0,151
Obesidade	0,88 (0,55-1,40)	0,584	1,02	(0,70-1,48)	0,929	0,85	(0,53-1,36)	0,487
Comportamento violento								
Sem CR	1	-	1	-	-	1	-	-
CR	0,46 (0,26-0,82)	0,009	0,47	(0,28-0,77)	0,003	0,48	(0,27-0,87)	0,015
Consumo de tabaco								
Sem CR	1	-	1	-	-	1	-	-
CR	0,40 (0,07-2,32)	0,307	1,06	(0,72-1,55)	0,773	0,60	(0,15-2,39)	0,473
Consumo de álcool								
Sem CR	1	-	1	-	-	1	-	-
CR	1,01 (0,75-1,34)	0,983	0,90	(0,70-1,16)	0,421	1,07	(0,80-1,44)	0,639
Consumo de droga ilícita								
Sem CR	1	-	1	-	-	1	-	-
CR	0,50 (0,09-2,76)	0,428	1,47	(1,05-2,04)	0,023	0,56	(0,16-1,96)	0,361
Comportamento sexual de risco								
Sem CR	1	-	1	-	-	1	-	-
CR	1,09 (0,66-1,79)	0,733	1,01	(0,73-1,37)	0,988	1,55	(0,97-2,47)	0,064
Consumo de suco 100% natural								
Sem CR	1	-	1	-	-	1	-	-
CR	1,78 (0,77-4,12)	0,179	1,72	(0,85-3,45)	0,130	1,78	(0,80-3,98)	0,158
Consumo de frutas								
Sem CR	1	-	1	-	-	1	-	-
CR	1,48 (0,91-2,38)	0,110	1,40	(0,95-2,05)	0,084	1,53	(0,96-2,43)	0,072
Consumo de saladas verdes								
Sem CR	1	-	1	-	-	1	-	-
CR	1,29 (0,76-2,19)	0,343	1,81	(1,13-2,89)	0,013	1,28	(0,72-2,30)	0,400
Consumo de batatas								
Sem CR	1	-	1	-	-	1	-	-
CR	1,30 (0,64-2,62)	0,464	1,51	(0,83-2,73)	0,175	0,99	(0,48-2,03)	0,973

(continua)

Tabela 5 – Associação do excesso de peso e comportamentos de risco à saúde com nível de atividade física insuficiente, moderado por idade, dos adolescentes de 14 a 18 anos de Quatro Barras, PR (n= 530).

Variáveis	Análise Bruta			Análise Ajustada*			p
	14 e 15 anos IC95%	P	RP	16 a 18 anos IC95%	p	RP	
Consumo de cenouras							
Sem CR	1	-	1	-	-	1	-
CR	0,82 (0,39-1,69)	0,586	2,67 (0,75-9,51)	0,130	0,165	1,67 (0,49-5,66)	0,413
Consumo de outros vegetais							
Sem CR	1	-	1	-	-	1	-
CR	0,92 (0,56-1,51)	0,733	1,88 (0,97-3,62)	0,060	0,507	1,45 (0,76-2,78)	0,262
Tempo de tela – TV							
Sem CR	1	-	1	-	-	1	-
CR	1,07 (0,80-1,42)	0,645	1,21 (0,93-1,56)	0,150	0,476	1,17 (0,92-1,48)	0,200
Tempo de tela - videogame							
Sem CR	1	-	1	-	-	1	-
CR	0,91 (0,69-1,21)	0,518	0,92 (0,72-1,19)	0,545	0,860	1,07 (0,84-1,38)	0,579
Uso de Smartphone							
Sem CR	1	-	1	-	-	1	-
CR	1,21 (0,92-1,60)	0,176	1,23 (0,95-1,58)	0,109	0,473	1,04 (0,82-1,34)	0,730
Qualidade do sono							
Sem CR	1	-	1	-	-	1	-
CR	1,06 (0,79-1,40)	0,707	0,97 (0,75-1,24)	0,782	0,434	0,98 (0,76-1,26)	0,869

FONTE: O autor (2023).

LEGENDA: * RP = Razão de Prevalência; IC95%= intervalo de confiança de 95%; p<0,05; *ajustado para sexo e nível socioeconômico; CR= comportamento de risco.

(conclusão)

Na tabela 6, foi verificada a associação do excesso de peso e comportamentos de risco à saúde com nível de atividade física insuficiente, moderado por nível socioeconômico. Para o comportamento violento foi observada probabilidade 54% menor (RP= 0,46; IC95%= 0,28-0,74) dos adolescentes pertencentes a classe econômica média (B) serem insuficientemente ativos, assim como os da classe econômica baixa (C/D/E) que apresentaram probabilidade 52% menor (RP= 0,48; IC95%= 0,99-2,67).

Outro comportamento de risco analisado foi o consumo de droga ilícita (maconha), onde adolescentes pertencentes a classe econômica média (B) apresentaram probabilidade 63% maior (RP= 1,63; IC95%= 0,99-2,67) de serem insuficientemente ativos.

Com relação aos hábitos alimentares, os adolescentes com baixo consumo de frutas, pertencentes a classe econômica baixa (C/D/E), apresentaram probabilidade 31% menor (RP= 0,69; IC95%= 0,48-1,01) de serem insuficientemente ativos.

Já para o comportamento aditivo (*smartphone*), adolescentes pertencentes a classe econômica baixa (C/D/E) apresentaram probabilidade 56% maior (RP= 1,56; IC95%= 1,11-2,21) de serem insuficientemente ativos.

O nível socioeconômico não moderou o excesso de peso, o consumo de tabaco, o consumo (leve) de bebidas alcoólicas, o comportamento sexual de risco (sem preservativo), o consumo de suco 100% natural, de saladas verdes, de batatas, de cenouras, de outros vegetais, o comportamento sedentário (tempo de tela - TV e videogame) e a qualidade de sono com o nível insuficiente de atividade física.

Tabela 6 – Associação do excesso de peso e comportamentos de risco à saúde com nível de atividade física insuficiente, moderado por nível socioeconômico, dos adolescentes de 14 a 18 anos de Quatro Barras, PR (n= 530).

Variáveis	Análise Bruta						Análise Ajustada*												
	RP	IC95%	P	RP	IC95%	P	RP	IC95%	P	RP	IC95%	P	C/D/E	IC95%	P				
Excesso de peso																			
Sem sobrepeso/obesidade	1	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-			
Sobrepeso	0,36	(0,09-1,41)	0,14	0,91	(0,67-1,24)	0,5	0,97	(0,63-1,50)	0,8	0,33	(0,09-1,28)	0,1	0,9	(0,67-1,24)	0,5	0,91	(0,58-1,41)	0,6	
Obesidade	1,57	(0,77-3,20)	0,21	0,84	(0,56-1,27)	0,4	0,99	(0,59-1,65)	0,9	1,71	(0,89-3,29)	0,1	0,8	(0,55-1,21)	0,3	0,96	(0,58-1,58)	0,8	
Comportamento violento																			
Sem CR	1	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-
CR	0,59	(0,23-1,53)	0,27	0,44	(0,26-0,73)	0,0	0,52	(0,26-1,03)	0,0	0,77	(0,29-2,02)	0,5	0,4	(0,28-0,74)	0,0	0,48	(0,25-0,91)	0,0	
Consumo de tabaco																			
Sem CR	1	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-
CR	0,89	(0,26-3,11)	0,85	1,05	(0,68-1,63)	0,8	0,73	(0,34-1,59)	0,4	1,06	(0,32-3,50)	0,9	1,3	(0,80-2,38)	0,2	0,89	(0,35-2,26)	0,8	
Consumo (leve) de bebida alcoólica																			
Sem CR	1	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-
CR	1,35	(0,70-2,63)	0,37	0,87	(0,69-1,11)	0,2	1,05	(0,74-1,50)	0,7	1,25	(0,58-2,69)	0,5	0,8	(0,70-1,14)	0,3	1,06	(0,70-1,63)	0,7	
Consumo de droga ilícita (maconha)																			
Sem CR	1	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-
CR	1,62	(0,64-4,09)	0,31	1,54	(1,08-2,19)	0,0	0,82	(0,39-1,73)	0,6	0,83	(0,18-3,75)	0,8	1,6	(0,99-2,67)	0,0	0,94	(0,45-1,94)	0,8	
Comportamento sexual de risco (sem preservativo)																			
Sem CR	1	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-
CR	1,09	(0,40-3,00)	0,86	0,91	(0,65-1,28)	0,5	1,12	(0,72-1,72)	0,6	1,58	(0,64-3,90)	0,3	1,0	(0,71-1,44)	0,9	1,33	(0,82-2,17)	0,2	
Consumo de suco 100% natural																			
Sem CR	1	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-
CR	3,00	(0,45-19,84)	0,25	2,21	(0,92-5,29)	0,0	0,96	(0,52-1,76)	0,8	1,27	(0,13-12,72)	0,8	1,6	(0,70-3,97)	0,2	0,95	(0,49-1,85)	0,8	

(continua)

Tabela 6 – Associação do excesso de peso e comportamentos de risco à saúde com nível de atividade física insuficiente, moderado por nível socioeconômico, dos adolescentes de 14 a 18 anos de Quatro Barras, PR (n= 530).

Variáveis	Análise Bruta										Análise Ajustada*												
	A					B					A					B							
	RP	IC95%	P	RP	P	RP	IC95%	P	RP	P	RP	IC95%	P	RP	IC95%	P	RP	IC95%	P	C/D/E	C/D/E		
	%																						
Consumo de frutas																							
Sem CR	1	-	-	1	-	1	-	-	1	-	1	-	-	1	-	-	1	-	1	-	-	-	
CR	2,50	(0,94-6,61)	0,06	1,44	0,0	0,80	(0,96-2,16)	75	0,0	0,80	(0,54-1,19)	0,2	1,78	0,3	57	(0,52-6,04)	1,1	0,3	57	(0,75-1,71)	0,5	0,69	(0,48-1,01)
Consumo de saladas verdes																							
Sem CR	1	-	-	1	-	1	-	-	1	-	1	-	-	1	-	-	1	-	1	-	-	-	
CR	3,50	(0,90-13,63)	0,07	1,53	0,0	1,08	(0,96-2,43)	70	0,0	1,08	(0,64-1,81)	0,7	2,60	0,2	78	(0,46-14,68)	1,1	0,2	78	(0,69-1,89)	0,5	1,24	(0,68-2,26)
Consumo de batatas																							
Sem CR	1	-	-	1	-	1	-	-	1	-	1	-	-	1	-	-	1	-	1	-	-	-	
CR	1,28	(0,36-4,55)	0,70	1,71	0,1	1,08	(0,86-3,40)	24	0,1	1,08	(0,57-2,04)	0,8	0,78	0,7	33	(0,19-3,25)	1,4	0,7	33	(0,70-2,97)	0,3	0,82	(0,39-1,72)
Consumo de cenouras																							
Sem CR	1	-	-	1	-	1	-	-	1	-	1	-	-	1	-	-	1	-	1	-	-	-	
CR	1,41	(0,24-8,42)	0,70	1,28	0,5	2,18	(0,52-3,15)	96	0,5	2,18	(0,40-1,97)	0,3	0,82	0,8	66	(0,13-5,26)	0,7	0,8	66	(0,31-1,55)	0,3	2,16	(0,45-10,39)
Consumo de outros vegetais																							
Sem CR	1	-	-	1	-	1	-	-	1	-	1	-	-	1	-	-	1	-	1	-	-	-	
CR	0,89	(0,36-2,16)	0,79	1,80	0,0	0,96	(0,90-3,60)	96	0,0	0,96	(0,52-1,76)	0,8	0,58	0,2	66	(0,22-1,52)	1,5	0,2	66	(0,76-3,04)	0,2	1,01	(0,47-2,12)
Comportamento sedentário - tempo de tela – TV																							
Sem CR	1	-	-	1	-	1	-	-	1	-	1	-	-	1	-	-	1	-	1	-	-	-	
CR	1,38	(0,70-2,73)	0,34	1,13	0,3	1,10	(0,89-1,43)	28	0,3	1,10	(0,79-1,53)	0,5	1,36	0,4	46	(0,62-3,00)	1,1	0,4	46	(0,92-1,48)	0,1	1,14	(0,84-1,55)
Comportamento sedentário - tempo de tela – videogame																							
Sem CR	1	-	-	1	-	1	-	-	1	-	1	-	-	1	-	-	1	-	1	-	-	-	
CR	0,58	(0,29-1,16)	0,12	0,99	0,9	1,14	(0,78-1,25)	09	0,9	1,14	(0,82-1,58)	0,4	0,79	0,5	83	(0,34-1,83)	1,0	0,5	83	(0,82-1,29)	0,8	1,19	(0,84-1,69)
Uso de Smartphone																							
Sem CR	1	-	-	1	-	1	-	-	1	-	1	-	-	1	-	-	1	-	1	-	-	-	
CR	1,16	(0,57-2,35)	0,68	1,10	0,4	1,58	(0,86-1,39)	51	0,4	1,58	(1,17-2,13)	0,0	0,96	0,9	13	(0,45-2,05)	0,9	0,9	13	(0,73-1,17)	0,5	1,56	(1,11-2,21)

(continuação)

Tabela 6 – Associação do excesso de peso e comportamentos de risco à saúde com nível de atividade física insuficiente, moderado por nível socioeconômico, dos adolescentes de 14 a 18 anos de Quatro Barras, PR (n= 530).

Variáveis	Análise Bruta						Análise Ajustada*						(conclusão)					
	A			B			A			B								
	RP	IC95%	P	RP	IC95%	P	RP	IC95%	P	RP	IC95%	p	RP	IC95%	p			
Qualidade do sono																		
Sem CR	1	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-			
CR	0,96	(0,49-1,88)	0,91	1,01	(0,80-1,28)	0,9	0,95	(0,69-1,31)	0,7	0,86	(0,40-1,85)	0,7	0,9	(0,76-1,22)	0,7	0,80	(0,56-1,13)	0,2
			7			38			67			6			63			07

FONTE: O autor (2023).

LEGENDA: * RP = Razão de Prevalência; IC95%= intervalo de confiança de 95%; p<0,05; *ajustado para sexo e idade; CR= comportamento de risco.

Os resultados deste estudo demonstram uma realidade bem conhecida em nosso país em que adolescentes do sexo masculino são mais ativos fisicamente do que os do sexo feminino (DE LIMA; SILVA, 2017; TEIXEIRA et al., 2021). No estudo de Piola e colaboradores (2020) observou-se que as meninas são menos ativas fisicamente, pois apresentaram 15,97% mais chances de não cumprirem as recomendações mínimas de atividade física, corroborando com os achados do presente estudo. Assim como em estudo feito com adolescentes do ensino fundamental e médio, do Rio de Janeiro, que mostrou resultados sobre atividade física, os quais foram satisfatórios para o sexo masculino em que 65,8% eram fisicamente ativos, quando comparados com o sexo feminino (34,4%) (FARIAS; SOUZA; SANTOS, 2016), assemelhando-se aos resultados desta pesquisa em que os meninos apresentaram índice maior que o das meninas (67,7% vs. 39,4% respectivamente).

A maior parte dos adolescentes deste estudo não apresentou excesso de peso (68,7%; n=364). Porém o sexo moderou a associação entre o excesso de peso e a atividade física para as meninas que apresentaram sobrepeso, as quais tiveram probabilidade 26% menor de serem insuficientemente ativas. O que pode ser resultado de autopercepção inadequada da imagem corporal e/ou idealização de um corpo estereotipado, levando a busca de uma atividade para atingir o objetivo estético. No estudo feito por Shaban et al. (2016) realizado com adolescentes com excesso de peso, as mesmas relataram serem fisicamente ativas e tiveram um elevado grau de insatisfação corporal, o que denota a busca pela prática de uma atividade física por adolescentes do sexo feminino com sobrepeso.

No estudo de Ezzati (2017), as prevalências de excesso de peso em crianças e adolescentes entre os anos de 1975 e 2016 aumentaram de 4% para 18%, enquanto que a prevalência de obesidade subiu de 0,8% para 6,8% no mesmo período, o que aponta para uma realidade preocupante. Porém, alguns estudos nacionais seguem na mesma direção do presente estudo, quando se observa que mais de 50% dos adolescentes não vem apresentando sobrepeso. Como no estudo realizado em Campinas (SP), no qual foram classificados com eutrofia 64,7% dos meninos e 75,4% das meninas e com excesso de peso 30,5% e 22,2%, respectivamente (MARTINI *et al.*, 2020). E, em outro estudo realizado na região Norte do Brasil (Manaus/AM), no qual foi avaliada a prevalência de excesso de peso em adolescentes, de ambos os sexos e com faixa etária entre 14 e 19 anos, apontando uma maior prevalência de

indivíduos eutróficos (55,7%) (PINTO *et al.*, 2018). Assim como em estudo transversal, realizado com 635 adolescentes, de ambos os sexos, de Montes Claros, cidade localizada ao Norte de Minas Gerais, que verificou que apenas 32,8% dos adolescentes apresentaram excesso de peso corporal (BARBOSA *et al.*, 2019).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2020), 19,4% dos adolescentes (1,8 milhão de pessoas) com idades entre 15 e 17 anos, apresentaram excesso de peso, sendo mais elevado em adolescentes do sexo feminino (22,9%) quando comparado aos do sexo masculino (16,0%). Esses dados vêm ao encontro dos resultados deste estudo, em que os adolescentes apresentaram 19,2% de sobrepeso e 12,1% de obesidade, com maior porcentagem para o sexo feminino em que 19,9% estão com sobrepeso e 12,7% são obesas, já para o sexo masculino as porcentagens foram de 18,6% e 11,5%, respectivamente. Compreender os fatores que influenciam no estado nutricional das meninas é um passo importante para atenuar ou reverter a diminuição nos níveis de atividade física observadas neste grupo populacional.

Para os comportamentos de risco à saúde, o primeiro comportamento analisado neste estudo foi o comportamento violento, o qual foi associado com atividade física e moderado pelo sexo, pela idade e pelo nível socioeconômico. Em que adolescentes de ambos os sexos, de todas as idades, pertencentes as classes econômicas média e baixa tiveram menor probabilidade de serem insuficientemente ativos. O que se é esperado para essa população que tem a prática de lutas inserida no currículo escolar e é difundida de maneira correta para obtenção dos mais inúmeros benefícios, não se limitando aos ganhos psicomotores, mas que também visa o ganho social de conscientização de valores e qualidade de vida, como a prática de atividade física. Diferente do achado no estudo realizado por Oliveira (2018) em que a faixa etária apontada com maior prevalência para comportamento violento, foi justamente para os adolescentes com idade acima de 15 anos, bem como para aqueles com nível socioeconômico alto. Já em estudo transversal que utilizou dados secundários da PeNSE, realizado nas escolas públicas e privadas do Brasil nas edições de 2015 e 2019, encontrou dados próximos aos do presente estudo, constatando a baixa prevalência de escolares que estiveram envolvidos em briga com luta física de 10,6% (MALTA *et al.*, 2022).

Com relação ao consumo de tabaco os adolescentes apresentaram um baixo percentual (7,5%, n= 40), tendo os meninos 8,2% (n=23) e as meninas 6,8% (n= 17).

Fato este apresentado em estudo realizado em Minas Gerais nos anos 2019-2020 onde a prevalência do uso de tabaco alguma vez na vida em adolescentes foi de 8,6% (SOARES *et al.*, 2022). O que talvez possa ser explicado pela diminuição do consumo do tabaco, devido ao uso aumentado de narguilé pela população jovem que acredita não ser tão prejudicial quanto o tabaco.

Para o consumo de bebidas alcoólicas a porcentagem geral foi de 40,8% (n=216). Pesquisas nacionais apontam nesta mesma direção, como em estudo feito com adolescentes da região Centro-Oeste do Brasil com a prevalência da experimentação do álcool de 57,17% (FREITAS; MARTINS; ESPINOSA, 2019). Assim como em estudo recente realizado no Brasil 35,6% dos adolescentes de 14 a 17 anos de idade responderam que já experimentaram álcool alguma vez na vida, ou seja, mais de um terço da amostra do estudo (SCHUTZ *et al.*, 2022). A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) de 2019 mostrou porcentagem da experimentação de bebidas alcoólicas entre os escolares de 13 a 17 anos de 63,3% (PENSA, 2019). Isto pode se dar devido aos pais incentivarem o início precoce do consumo de álcool em casa e a facilidade da compra (por menores de idade) pela falta de fiscalização. Ainda que exista a Lei nº 13.106/2015, que criminaliza a venda e oferta, mesmo que gratuita, de bebida alcoólica para crianças e adolescentes (BRASIL, 2015), o consumo por essa população é inquestionável, preocupante e inaceitável.

Para o consumo de droga ilícita (maconha) a porcentagem geral também foi baixa (5,7%, n=30). Porém, quando se trata de droga ilícita, observa-se na maioria dos estudos realizados, uma espécie de “barreira” para responderem fielmente com a verdade, pois os questionados normalmente não teriam a aprovação de uso pela família. Corroborando com este estudo, Lima *et al.* (2019) também encontrou uma “baixa” a prevalência de “consumo de maconha” de 11,3%. O consumo de maconha associado com atividade física, neste estudo, foi moderado pela idade, em que os adolescentes mais velhos tiveram maior probabilidade (47%) de serem insuficientemente ativos. Assim como no Em estudo feito por Brito (2023) que salientou o consumo de maconha por indivíduos mais velhos (de 16 a 25 anos) com 27,4%. Em contrapartida, o uso de drogas ilícitas representa um grande problema social com elevadas taxas de prevalência em todo o mundo (DEGENHARDT *et al.*, 2016; PARK; KIM, 2016). E, dentre as mais diferentes substâncias que vem ganhando força na população jovem, a maconha é a mais comumente utilizada (HORTA *et al.*, 2018). Neste estudo o consumo da maconha também foi moderado pela classe

econômica média com probabilidade 63% de serem insuficientemente ativos. Em estudo feito por Mendes Junior (2018) observou-se que estudantes pertencentes as classes A e B estão associados a 120% mais chances de consumo de maconha nos últimos 12 meses na comparação com os das classes C/D/E, corroborando com o presente estudo (para adolescentes da classe média). Estes resultados variam muito de acordo com a região e nível socioeconômico em que os adolescentes pertencem, observando-se nas mais diversas pesquisas, o que dificulta a comparação com os estudos.

Para o comportamento sexual de risco (sem preservativo) a porcentagem também não foi elevada (14,5%, n= 77). Em estudo transversal, realizado em escolas públicas de Petrolina (PE) com adolescentes de 12 a 17 anos, observou-se que 33% não utilizou preservativo na última relação sexual (LIMA *et al.*, 2019), corroborando com o presente estudo e indicando que mais de 50% da população adolescente não teve relação sexual sem proteção. Talvez por se tratar de avaliados mais informados e conscientes quanto ao assunto, seja por meio da escola ou em casa.

Com relação aos hábitos alimentares, de um modo geral, os adolescentes não consumiram suco 100% natural de fruta ou frutas, saladas verdes, batatas, cenouras e outros vegetais adequadamente. Contudo, o baixo consumo de frutas foi significativo para adolescentes do sexo masculino ($p= 0,011$) aumentando a probabilidade de serem insuficientemente ativos. O estudo de Souza e Silva *et al.* (2022) aponta na mesma direção, mostrando que adolescentes que consumiram frutas eventualmente (21,6%), ou seja, não frequentemente, tenderam ser insuficientemente ativos. Em contrapartida, o baixo consumo de frutas por adolescentes pertencentes a classe baixa (C/D/E), no presente estudo, revelou probabilidade 31% menor de serem insuficientemente ativos. Gustave (2023) ressalta que o consumo de frutas inadequado apresenta associação estatisticamente significativa com adolescentes pertencentes a classe baixa, corroborando com o presente estudo. Ademais, o baixo consumo de saladas verdes por adolescentes do sexo feminino e adolescentes mais velhos (16 a 18 anos) apresentaram maior probabilidade de serem insuficientemente ativos. Os resultados da Pesquisa de orçamentos familiares (2017-2018), reforçam o baixo consumo de salada crua por adolescentes com uma porcentagem 15,7% (IBGE, 2020). Diante dos resultados, é pertinente refletir sobre o elevado consumo de alimentos considerados não saudáveis como *fast food* e alimentos ultraprocessados, pois geralmente quem não se preocupa e/ou não é estimulado a ter uma boa

alimentação, como o consumo de frutas e saladas verdes, também não está preocupado ou sendo incentivado a praticar atividade física.

O comportamento sedentário foi analisado quanto ao tempo de TV e videogame, os quais apontaram percentuais de 32,6% (n= 173) e 42,3% (n= 224), respectivamente. Estes resultados estão de acordo com a literatura. Num estudo realizado com adolescentes com idades entre 15 e 17 anos na cidade de Curitiba, PR as prevalências encontradas para o comportamento sedentário no tempo de tela de TV e de videogame foram de 10,4 % e 13,1%, respectivamente (CAMPOS, 2019). No Equador, foram analisadas as variáveis sociodemográficas associadas à dependência de videogames e puderam concluir que o gênero estava significativamente associado, sendo os meninos os mais propensos a dependência (ANDRADE; CARBONELL; LÓPEZ, 2019). Outro estudo feito na Espanha, que tinha o intuito de investigar o uso problemático de videogames em adolescentes, também determinou que havia uma prevalência maior para os meninos (GARCÍA *et al.*, 2022). Estes achados corroboram com o presente estudo, em que o tempo de tela para videogame associado com atividade física foi moderado pelo sexo, onde os meninos apresentaram maior porcentagem quando comparados com as meninas (51,4%, n=143 x 32,3, n= 81). Reforçando a preferência mundial dos meninos, os quais gostam e jogam mais videogame do que as meninas.

Quanto ao comportamento aditivo, os adolescentes apresentaram um percentual de 32,8% (n=174) para o uso de *smartphone*, em que a associação com atividade física foi moderada pelo nível socioeconômico para a classe econômica baixa. No estudo de Nunes *et al.* (2021), feito com adolescentes, de 15 a 19 anos, de uma região do Nordeste brasileiro, a dependência do *smartphone* foi predominante em adolescentes pertencentes a classe social D (52,4%) com prevalência de 70,3%, o que corrobora com os achados do presente estudo. Isso pode ser explicado pelo fato dos pais preferirem deixar seus filhos em casa usando o celular/*smartphone* do que na rua, pois estão mais propensos a comportamentos de risco, mas ainda é assunto escasso na literatura nacional.

Estudos realizados na Suíça (SCHWEIZER *et al.*, 2017) e no Brasil (CAUMO *et al.*, 2020) evidenciaram que os usuários de *smartphones* dormem menos, principalmente em dias úteis, bem como reportam mais problemas de sono. Fato observado no presente estudo em que os adolescentes apresentaram maior

porcentagem (54,9%, n= 291) para pobre qualidade do sono, podendo ser justamente resultado do uso excessivo das mídias digitais (*smartphone e tablet*). No estudo de Cavalcanti *et al.* (2021), feito com estudantes de primeiro ano do ensino médio de escolas públicas da Região Norte do Estado de Pernambuco, apontou que 53% dos adolescentes relataram baixa qualidade de sono, corroborando com os achados do presente estudo.

O estudo apresentou algumas limitações, dentre elas a pesquisa ser realizada somente com escolas públicas e com alunos do período diurno, outra questão seria a utilização de medidas autorrelatadas para avaliação dos níveis de atividade física e dos comportamentos de risco à saúde, uma vez que elas dependem muito da compreensão dos sujeitos em relação às variáveis que estão sendo avaliadas. Outra limitação seria o estudo ser de delineamento transversal, ou seja, não traz a possibilidade de estabelecer relação causa e efeito, o que pode gerar causalidade reversa. Os pontos fortes do estudo são a relação entre excesso de peso e comportamentos de risco à saúde com atividade física insuficiente em todos os adolescentes escolares, de ambo os sexos, do ensino médio do período diurno de Quatro Barras/PR e a utilização de instrumentos previamente testados e válidos.

Os resultados apresentados no presente estudo podem subsidiar futuros projetos de intervenção para a promoção da atividade física e redução dos comportamentos de risco à saúde, afim de contribuir para um estilo de vida saudável que possa perdurar até a vida adulta. Sugere-se que mais pesquisas sejam feitas com a população de escolares do período noturno, bem como com os escolares de instituições privadas no município e que sejam incluídos conteúdos relacionados à saúde do adolescente em disciplinas curriculares, principalmente na de Educação Física, além do desenvolvimento de políticas destinadas ao incentivo da promoção da saúde, voltadas à redução da inatividade física e dos comportamentos de risco à saúde.

5 CONCLUSÕES

Os resultados do presente estudo mostraram que os adolescentes são em sua maioria ativos, sendo os meninos em maior proporção. Dentre os comportamentos de risco à saúde entre os adolescentes, destacam-se o comportamento violento, o baixo consumo de frutas, o baixo consumo de saladas verdes, o consumo de droga ilícita (maconha) e o uso excessivo de *smartphone*.

De modo geral houve associação positiva do comportamento violento com atividade física. Já o baixo consumo de suco 100% natural de frutas, de frutas, de saladas verdes e o uso excessivo de *smartphone* foram associados de forma negativa com atividade física.

O sexo moderou a associação do excesso de peso, comportamento violento, consumo de frutas e saladas verdes com o nível insuficiente de atividade física, onde adolescentes de ambos os sexos que apresentaram comportamento violento e meninas com sobrepeso tiveram menor probabilidade de serem insuficientemente ativos. Já as meninas que não consumiram saladas verdes e os meninos que apresentaram baixo consumo de frutas tiveram maior probabilidade de serem insuficientemente ativos.

A idade dos adolescentes moderou a associação do comportamento violento, do consumo de droga ilícita (maconha) e do consumo de saladas verdes com o nível insuficiente de atividade física. Adolescentes de todas as idades que apresentaram comportamento violento tiveram menor probabilidade de serem insuficientemente ativos. Já os adolescentes mais velhos (16 a 18 anos) que usaram droga ilícita (maconha) e tiveram baixo consumo de saladas verdes tiveram maior probabilidade de serem insuficientemente ativos.

O nível socioeconômico moderou a associação do comportamento violento, do consumo de droga ilícita (maconha), do baixo consumo de frutas e do uso de *smartphone* com o nível insuficiente de atividade física. Com relação ao comportamento violento, os adolescentes pertencentes as classes média (B) e baixa (C/D/E) apresentaram menor probabilidade de serem insuficientemente ativos. Assim como o baixo consumo de frutas por adolescentes pertencentes a classe baixa (C/D/E). Já para o consumo de droga ilícita (maconha) e uso excessivo de *smartphone*

os adolescentes apresentaram maior probabilidade de serem insuficientemente ativos.

Desta forma, as possíveis associações do excesso de peso e dos comportamentos de risco à saúde sobre os níveis insuficientes de atividade física variam conforme as características sociodemográficas (sexo, idade e classe econômica) dos adolescentes.

REFERÊNCIAS

ABAR, C. C.; JACKSON, K. M.; COLBY, S. M.; BARNETT, N. P. Parent-Child discrepancies in reports of parental monitoring and their relationship to adolescent alcohol-related behaviors. **J Youth Adolesc.** v. 44, n. 9, p. 1688-1701, 2015. doi: 10.1007/s10964-014-0143-6.

ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas. **Critério da classificação Econômica Brasil, 2021**. Disponível em: <<https://www.abep.org/criterio-brasil>>. Acesso em: 11 de abr. de 2022.

ABESO. Associação brasileira para o estudo da obesidade e da síndrome metabólica. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade**. 4. ed. São Paulo: ABESO, 2016.

ACSELRAD, G. (Coord.). **Consumo de bebidas alcoólicas no Brasil: estudos com bases em fontes secundárias**. Faculdade Latino Americana de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, jun. 2012. Disponível em: <<http://flacso.org.br/files/2015/02/RelatorioConsumodoAlcoolnoBrasilFlacso05082012.pdf>>. Acesso em: 15 de jun. 2022.

AGOSTINI, A.; LYRA, L.; TOSI, P. Comportamentos de risco entre adolescentes. **Unoesc & Ciência-ACHS**, v. 5, n. 1, p. 53–62, 2014.

AGUIAR, B. M.; ALVES, L. G. S.; HOLZMANN, A. P. F.; LIMA, A. G.; PEREIRA, J. C. S.; MACHADO, A. P. N.; RUAS, E. DE F. G.; SOUZA, R. B. Vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis de adolescentes privados de liberdade / Vulnerability to sexually transmitted infections of adolescents deprived of their liberty. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 1, p. 2666-2675, 2021. doi.org/10.34119/bjhrv4n1-214.

ALAVANJA, M.; BARON, J. A.; BROWNSON, R. C. **Tobacco smoke and involuntary smoking**. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, v. 83, p. 1-1413, 2004.

ALBERT, B. **With one voice 2012: America's adults and teens sound off about teen pregnancy**. Washington, DC: The National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy. 2012. Disponível em: <https://success1st.org/uploads/3/4/5/1/34510348/wov_2012.pdf>. Acesso em: 24 de abr. 2022.

ALBUQUERQUE, I. M.; GOMES, D. F.; VASCONCELOS, A. M.; AGUIAR, D.T.; SILVA, T. B. Bullying na concepção de estudantes do Ensino Fundamental de uma escola pública. **Rev Enferm**, v. 5, n. 3, p. 444-53, 2015.

ALBUQUERQUE, P. P.; STELKO-PEREIRA, A. C.; WILLIAMS, L. C. A.
Intervenções na escola como um todo. In: WILLIAMS, L. C.; STELKO-PEREIRA, A. C. (Orgs.) *Violência Nota Zero: como aprimorar as relações na escola.* São Carlos: EDUFSCAR, 2013. p. 132-147.

ALLEN, J. P.; CHANGO, J.; SZWEDO, D.; SCHAD, M.; MARSTON, E. Predictors of susceptibility to peer influence regarding substance use in adolescence. **Child Develop**, v. 83, n. 1, p. 337-350, 2012. doi:10.1111/j.1467-8624.2011.01682.x.

ALLENDER, S.; KREMER, P.; SANIGORSKI, A. S.; LACY, K.; MILLAR, L.; MATHEWS, L. Associations between activity-related behaviours and standardized BMI among Australian adolescents. **Jour of Scien and Med in Sport**, v. 14, n. 6, p. 512-521, 2011. doi: 10.1016/j.jsams.2011.05.010.

ALVEZ, T. C. H. S.; ANJOS, P. S.; SACRAMENTO, J. M.; LEITE, L. O.
Circunferência do pescoço como indicador de excesso de peso na infância e adolescência. *Práticas E Cuidado: Rev De Saúde Coletiva*, v. 1, p. e12495, 2020.
Disponível em:
<<https://www.homologacao.revistas.uneb.br/index.php/saudecoletiva/article/view/12495>>. Acesso em: 13 de jun. 2022.

AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE. **International Classification of Sleep Disorders.** Darien, IL; 2014.

AMRA, B.; SHAHSAVARI, A.; SHAYAN-MOGHADAM, R.; MIRHELI, O.; MORADI-KHANIABADI, B.; BAZUKAR, M.; YADOLLAHI-FARSANI, A.; KELISHADI, R. The association of sleep and late-night cell phone use among adolescents. **J Pediatr (Rio J)**, v. 93, p. 560-7, 2017.

ANDRADE, L.; CARBONELL, X.; LÓPEZ, V. Variables sociodemográficas y uso problemático de videojuegos en adolescentes ecuatorianos. **Health and Addictions**, v. 19, n. 1, p. 1-10, 2019. doi.org/10.21134/haaj.v19i1.391.

ANDRADE, S. S. C. D. A.; YOKOTA, R. T. D. C.; SÁ, N.N.B.; SILVA, M.M.A.; ARAÚJO, W.N.; MASCARENHAS, M.D.M.; MALTA, D.C. Relação entre violência física, consumo de álcool e outras drogas e bullying entre adolescentes escolares brasileiros. **Cad Saude Publica**, v. 28, n. 9, p.1725-1736, 2012.

ANDRADE, A. L. M.; KIM, D.; CARICATI, V. V.; MARTINS, G. D. G.; KIRIHARA, I. K.; BARBUGLI, B. C.; ENUMO, S. R. F.; DE MICHELI, D. Validade e confiabilidade da versão Brasileira da Smartphone Addiction Scale-Short Version para estudantes

universitários e adultos. **Estu de Psicol** (Campinas) [online]. v. 37, e190117, 2020. doi.org/10.1590/1982-0275202037e190117.

ANDRADE NETO, F.; ETO, F. N.; PEREIRA, T. S. S.; CARLETTI, L.; MOLINA, M. C. B. Active and sedentary behaviours in children aged 7 to 10 years old: the urban and rural contexts, Brazil. **BMC Public Health**, v. 14, p. 1174, 2014. doi.org/10.1186/1471-2458-14-1174.

ANDRÉ, M. F. S.; ALVES, A. P. B.; BARRETO, H. C. S.; ALMEIDA, S. L.; RODRIGUES, F. S.; ALVES, P. T. B.; BARRETO, F.; ALVES, P. V. B.; SANDRI, E. A.; SILVA, R. B. Fatores relacionados à prática do tabagismo entre adolescentes e jovens em uma comunidade indígena no estado de Roraima. **Rev Eletr Acervo Saúde**, v. 15, n. 2, p. 9595, 2022. doi.org/10.25248/reas.e9595.2022.

ANDREWS, D. A.; BONTA, J. (2010). **A Psicologia da Conduta Criminosa** (5a ed.). Léxis Nexis.

ARAÚJO, R.A; BRITO, A. A; SILVA, F. M. **O papel da educação física escolar diante da epidemia da obesidade em crianças e adolescentes**. 2010. Disponível em: <<http://portalrevistas.ucb.br/index.php/efr/article/viewFile/1651/1159>>. Acesso em: 12 de nov. 2019.

BAJOS, N.; WELLINGS, K.; LABORDE, C.; MOREAU, C; CSF GROUP. Sexuality and obesity, a gender perspective: results from French national random probability survey of sexual behaviours. **BMJ**, v. 340, c.2573, 2010.

BANNA, J. C.; BUCHTHAL, O. V.; DELORMIER, T.; CREED-KANASHIRO, H. M.; PENNY, M. E. Influences on eating: a qualitative study of adolescents in a periurban area in Lima, Peru. **BMC Public Health**, v. 16, p. 40, 2016. doi.org/10.1186/s12889-016-2724-7.

BAPTISTA, F.; SANTOS, D. A; SILVA, A. M., MOTA, J.; SANTOS, R.; VALE, S.; SARDINHA, L. B. Prevalence of the Portuguese population attaining sufficient physical activity. **Med and Sci in Sports and Exercise**, v. 44, n. 3, p. 466-473, 2012. doi: 10.1249/MSS.0b013e318230e441.

BARBOSA FILHO, V. C.; CAMPOS, W.; BOZZA, R.; LOPES, A. S. The prevalence and correlates of behavioral risk factors for cardiovascular health among Southern Brazil adolescents: a cross-sectional study. **BMC Pediatrics**, v. 12, n. 130, p. 12, 2012.

BARBOSA, S. C.; COLEDAM, D. H. C.; STABELINI NETO, A.; ELIAS, R. G. M.; OLIVEIRA, A. R. Ambiente escolar, comportamento sedentário e atividade física em pré escolares. **Rev Paul de Pediatria**, v. 34, n. 3, p. 301-308, set. 2016.

BARBOSA, I. A.; LOPES, J. R., CAMARGOS, M. C. O., DANGELO, M. F. S. V., PINHO, L., BRITO, M. F. S. F.; BARBOSA, D. A.; SILVA, C. S. O. Prevalência e fatores associados ao excesso de peso corporal em adolescentes. **Acta Paul De Enferm**, v. 32, n. 5, p. 485–492, 2019. doi.org/10.1590/1982-0194201900068.

BARBOSA FILHO, V. C.; CAMPOS, W.; LOPES, A. S. Epidemiology of physical inactivity, sedentary behaviors, and unhealthy eating habits among brazilian adolescents: a systematic review. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.19, n. 1, p. 173-94, 2014.

BARUFALDI, L. A.; ABREU, G. A.; COUTINHO, E. S.; BLOCH, K. V. Meta-analysis of the prevalence of physical inactivity among Brazilian adolescents **Cad Saude Publica**, v. 28, n. 6, p. 1019-1032, 2012.

BARUFALDI, L. A.; ABREU, G. A. A.; OLIVEIRA, J. S.; SANTOS, D. F.; FUJIMORI, E.; VASCONCELOS, S. M. L. ERICA: prevalência de comportamentos alimentares saudáveis em adolescentes brasileiros. **Rev Saúde Pública**, v. 50, n. 1, p. 1-6, 2016.

BASTOS, J. P.; ARAUJO, C. L.; HALLAL, P. C. Prevalence of insufficient physical activity and associated factors in Brazilian adolescents. **Jour of Phys Act & Health**, v. 5, n. 6, p. 777-794, 2008.

BAVA, S.; TAPERT, S. F. Adolescent brain development and the risk for alcohol and other drug problems. **Neurop Rev**, v. 20, n. 4, p. 398-413, 2010. doi.org/10.1007/s11065-010-9146-6.

BECKER, R.; DE-OLIVEIRA, E. Comportamento de risco na adolescência. **J Pediatr (Rio J.)** 2001; 77 Suppl 2:S125-34.

BECNEL, J. N.; ZELLER, M. H.; NOLL, J.G., SARWER, D. B.; REITER-PURTOLL, J.; MICHALSKY, M.; PEUGH, J.; BIRO, F. M. Romantic, sexual, and sexual risk behaviours of adolescent females with severe obesity. **Pediatr Obes**, v. 12, p. 388–397, 2017.

BENOWITZ-FREDERICKS, C. A.; GARCIA, K.; MASSEY, M.; VASAGAR, B.; BORZEKOWSKI, D. L. Body image, eating disorders and the relationship to

adolescent media use. **Ped Clinics of North America**, v. 59, n. 3, p. 693-704, 2012. ix. PMID:22643174. [dx.doi.org/10.1016/j.pcl.2012.03.017](https://doi.org/10.1016/j.pcl.2012.03.017).

BERENSON, G. S.; AGIRBASLI, M.; NGUYEN, Q. M.; CHEN, W.; SRINIVASAN, S. R. Glycemic status, metabolic syndrome, and cardiovascular risk in children. **Med Clin North Am**, v. 95, p. 409-17, 2011.

BERTOLAZI, A. N.; FAGONDES, S. C.; PERIN, C.; SCHONWALD, S. V.; JOHN, A. B.; DE BARBA, M.; DARTORA, E.; MENNA-BARRETO, S. S. Validation of the Pittsburgh Sleep Quality Index in the brazilian portuguese language. In: Sleep 2008 22nd Annual meeting of the associated professional sleep societies, 2008, **Baltimore: Sleep**. Westchester APSS, v. 31. p. a347, 2008.

BERTOLAZI, A. N.; FAGONDES, S. C.; HOFF, L. S.; DARTORA, E. G.; DA SILVA MIOZZO, I. C.; DE BARBA, M. E.; BARRETO, S. S. M. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. **Sleep Med.**, v. 12, p. 70--5, 2011.

BESELIA, A.; KIRTADZE, I.; OTIASHVILI, D. Nightlife and drug use in Tbilisi, Georgia: results of an exploratory qualitative study. **J Psych Drugs**, v. 51, n. 3, p. 247-53, 2019.

BISWAS, A.; OH, P. I.; FAULKNER, G. E.; BONSIGNORE, A.; PAKOSH, M. T.; ALTER, D. A. The energy expenditure benefits of reallocating sedentary time with physical activity: A systematic review and meta-analysis. **Jour of Public Health** (United Kingdom), v. 40, n. 2, p. 295–303, 2018. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fox062>.

BITTENCOURT, A. L. P.; FRANÇA, L. G.; GOLDIM, J. R. Adolescência vulnerável: fatores biopsicossociais relacionados ao uso de drogas. **Rev Bioét** [Internet]. V. 23, n. 2, p. 311–9, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422015232070>>. Acesso em: 23 mai. 2022.

BLOCH, K. V.; KLEIN, C. H.; SZKLO, M.; KUSCHINIR, M. C.; ABREU, G. A.; BARUFALDI, L. A.; VEIGA, G. V.; SCHAAN, B.; SILVA, L. N. ERICA: prevalências de hipertensão e obesidade em adolescentes brasileiros. **Revista de saúde pública**. São Paulo. Vol. 50. 2016.

BLUM, R. W.; BASTOS, F. I.; KABIRU, C. W. Adolescent health in the 21st century. **The Lancet** [internet], v. 379, n. 9826, p. 1567-1568, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22538177>>. Acesso em: 13 abr. 2022.

BORGES, A. L. V.; FUJIMORI, E.; KUSCHNIR, M. C. C.; CHOFAKIAN, C. B. N.; MORAES, A. J. P.; AZEVEDO, G. D.; SANTOS, K. F.; VASCONCELLOS, M. T. L. ERICA: início da vida sexual e contracepção em adolescentes brasileiros. **Rev Saúde Pública**, v. 50, n.1, p. 15s, 2016.

BOYLAND, E. J.; HALFORD, J. C. (2013). Television advertising and branding. Effects on eating behaviour and food preferences in children. **Appetite**, v. 62, p. 236-241. doi: 10.1016/j.appet.2012.01.032.

BRACCO, M. M.; CARVALHO, K. M. B.; BOTTONI, A.; NIMER, A.; GAGLIANNONE, C. P.; TADDEI, J. A. A. C.; SIGULEM, D. M. Atividade física na infância e adolescência: na saúde pública. **Rev Ciênc Méd**, Campinas, v. 12 n. 1, p. 89-97, 2003.

BRADSHAW, C. P.; WAASDORP, T. E.; O'BRENNAN, L. M.; GULEMETOVA, M. Teachers' and Education Support Professionals' Perspectives on Bullying and Prevention: Findings from a National Education Association Study. **Sch Psych Review**, Cuyahoga Falls, Ohio, v. 42, n. 3, p. 280-297, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018**. Brasília. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Prevenção Primária do Risco Sexual Precoce e Gravidez na Adolescência**. Brasília (DF); 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/prevencao-a-gravidez-precoce>. Acesso em 16 de 2022 maio.

BRASIL. Lei nº 13.106, de 17 de março de 2015. **Lei para tornar crime vender, fornecer, servir, ministrar ou entregar bebida alcoólica a criança ou a adolescente**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13106.htm. Acesso em: 24 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. **Departamento de vigilância, prevenção e controle das infecções sexualmente transmissíveis, do HIV/AIDS e das hepatites virais**. Boletim epidemiológico. Brasília, 2017. 64p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde prepara ações para controle do excesso de peso e da obesidade**. (2020) Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt->

br/assuntos/noticias/2020/outubro/saude-prepara-acoes-para-controle-do-excesso-de-peso-e-da-obesidade. Acesso: 23 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de atividade física para a população brasileira. Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRENER, N. D.; KANN, L.; KINCHEN, S. A.; GRUNBAUM, J. A.; WHALEN, L.; EATON, D.; ROSS, J. G. **Methodology of the Youth Risk Behavior Surveillance System. Morbidity and Mortality Weekly Report.** Recommendations and Reports/Centers for Disease Control, v. 53, RR-12, p.1-13, 2004.

BREWER, R. D. Binge drinking and violence. **JAMA**, v. 294, p. 616, 2005.

BRITO, E. S. **Prevalência e fatores associados ao uso de drogas lícitas e ilícitas pela população jovem brasileira.** Tese. (Doutorado) - Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre, 2023.

BRITO, A. L. S.; HARDMAN, C. M.; BARROS, M. V. G. Prevalence and factors associated with the co-occurrence of health risk behaviors in adolescents. **Rev Paul Pediatr** [Internet]. v. 33, n. 4, p. 423-30, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v33n4/0103-0582-rpp-33-04-0423.pdf>>. Acesso em: 13 de jun. 2022.

BRUSCATO, N. M.; PITREZ FILHO, M. S.; VARGAS, L. T. ROMOR.; HAUSCHILD, J. A.; BALDISSEROTTO, M.; SANSEVERINO, R.; GERVINI, G.; LAGO, P.; SANTANA, J. C.; MORIGUCHI, E. A prevalência de obesidade na infância e adolescência é maior em escolas públicas no sul do Brasil. **Nutr Clín y Diet Hosp**, v. 36, n. 4, p. 59-64, 2016. Disponível em: <<https://www.institutomoriguchi.org.br/site/Artigos/03-a-prevalencia-de-obesidade-na-infancia-e-adolescencia-e-maior-em-escolas-publicas-no-sul-do-brasil.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2022.

BUCKSCH, J.; INCHLEY, J.; HAMRIK, Z.; FINNE, E.; KOLIP, P.; HBSC Study Group Germany. Trends in television time, non-gaming PC use and moderate-to-vigorous physical activity among German adolescents 2002-2010. **BMC Public Health**, v. 14, n. 1, p. 351-61, 2014. doi.org/10.1186/1471-2458-14-351.

BULL, F. C.; AL-ANSARI, S. S.; BIDDLE, S.; BORODULIN, K.; BUMAN, M. P.; CARDON, G.; CARTY, C.; CHAPUT, J. P.; CHASTIN, S.; CHOU, R.; DEMPSEY, P. C.; DIPIETRO, L.; EKELUND, U.; FIRTH, J.; FRIEDENREICH, C. M.; GARCIA, L.;

GICHU, M.; JAGO, R.; KATZMARZYK, P. T.; LAMBERT, E.; LEITZMANN, M.; MILTON, K.; ORTEGA, F. B.; RANASINGHE, C.; STAMATAKIS, E.; TIEDEMANN, A.; TROIANO, R. P.; VAN DER PLOEG, H. P.; WARI, V.; WILLUMSEN, J. F. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behavior. **Brit Jour of Sports Med**, v. 54, p. 1451-1462, 2020. doi: 10.1136/bjsports-2020-102955.

BUYSSE, D. J.; REYNOLDS, C. F.; MONK, T. H.; BERMAN, S. R.; KUPFER, D. J. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. **Psychiatry Res.** v. 28, p. 193-213, 1989.

CAMELO, L. D. V.; RODRIGUES, J. F. D. C.; GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Lazer sedentário e consumo de alimentos entre adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009. **Cad Saúde Pública.** v. 28, p. 2155-62, 2012. dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100015.

CAMPOS, J. G. **Comportamento de risco à saúde em atletas adolescentes: associação com componentes da prática esportiva.** Orientador: Wagner de Campos. 2019. 114 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Educação Física, Departamento de Educação Física da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2019. Disponível em: <https://www.acervodigital.ufpr.br/handle/1884/60879>. Acesso em: 21 de abr. de 2022.

CARLINI, E. A.; NOTO, A. R.; SANCHEZ, Z. V. D. M.; CARLINI, C. M. A.; LOCATELLI, D. P.; ABEID, L. R. et al. **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 - 2010.** São Paulo: CEBRID -Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP -Universidade Federal de São Paulo. Brasília: SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

CARNEIRO, C. S.; PEIXOTO, M. R. G.; MENDONÇA, K. L.; PÓVOA, T. I. R.; NASCENTE, F. M. N.; JARDIM, T. S. V.; SOUZA, W. K. S. B.; SOUZA, A. L. L.; JARDIM, P. C. B. V. Excesso de peso e fatores associados em adolescentes de uma capital brasileira. **Rev Bras de Epidem**, v. 20, n. 02, p. 260-273, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-5497201700020007>>. ISSN 1980-5497. Acesso em: 22 out. 2022.

CARNEIRO, R. F.; SILVA, N. C.; ALVES, T. A.; ALBUQUERQUE, D. O.; BRITO, D. C.; OLIVEIRA, L. L. Educação sexual na adolescência: uma abordagem no contexto escolar. **Sanare** [Internet]. v. 14, n. 1, p. 104-8, 2015. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/617>>. Acesso em: 27 de abr. 2022.

CARSON, V.; JANSSEN, I. Volume, Patterns, and types of sedentary behavior and cardio-metabolic health in children and adolescents: A cross-sectional study. **BMC Public Health.** v. 11, p. 274, 2011. doi: 10.1186/1471-2458-11-274.

CARSON, V.; HUNTER, S.; KUZIK, N.; GRAY, C. E.; POITRAS, V. J.; CHAPUT, J. P.; SAUNDERS, T. J.; KATZMARZYK, P. T.; OKELY, A. D.; CONNOR GORBER, S.;

KHO, M. E.; SAMPSON, M.; LEE, H.; TREMBLAY, M. S. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth: an update 1. **Appl Physiol Nutr Metab**. v. 41, n. 6, p. S240-S65, 2016. doi: 10.1139/apnm-2015-0630.

CASARRUBIAS-JAIMEZ, A. I.; LEGORRETA-SOBERANIS, J.; SÁNCHEZ-GERVACIO, B. M.; SERRANO-DE LOS SANTOS, F. R.; PAREDES-SOLÍS, S.; FLORES-MORENO, M.; ANDERSSON, N.; COCKCROFT, A. Body image and obesity in children from public primary schools in Acapulco, Mexico: a cross-sectional study. **Boletín Médico del Hospital de Infantil de México**, v. 77, n. 3, p. 119-126, 2020. doi: 10.24875/BMHIM.20000027.

CASTRO, J. **A invenção da juventude violenta: análise da elaboração de uma política pública**. Rio de Janeiro, 2013.

CAUMO, G. H.; SPRITZER, D.; CARISSIMI, A.; TONON, A. C. Exposure to electronic devices and sleep quality in adolescents: a matter of type, duration, and timing. **Sleep Heal**, v. 6, n. 2, p. 172-178, 2020.

CAVALCANTI, L.; LIMA, R. A.; SILVA, C. R. M.; CANTIERI, F. P.; BARROS, M. V. G.; SOARES, F. C. Constructos da má qualidade do sono em adolescentes: fatores associados. **Rev de Ext da UPE**, v. 6, n. 1.1, p. 54–55, 2021. doi.org/10.56148/2675-2328reupe.v6n1.1.215.pp54-55

CDC: Centers for Disease Control and Prevention. **HIV Surveillance Report: Diagnoses of HIV infection in the United States and dependent areas**, v.28, 2016.

CDC. **Centers for Disease Control and Prevention**, 2018.

CDC. Center for Disease Control and Prevention. **State indicator report on physical activity, 2010**; Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services; 2010. Disponível em: <http://www.cdc.gov/physicalactivity/downloads/PA_State_Indicator_Report_2010.pdf>. Acesso em: 04 Ago. 2022.

CESCHINI, F. L.; ANDRADE, D. R.; OLIVEIRA, L. C.; ARAÚJO JÚNIOR, J. F.; MATSUDO, V. K. R. Prevalence of physical inactivity and associated factors among high school students from state's public schools. **J Pediatr.**, v. 85, n. 4, p. 301-06, 2009.

CESCHINI, F. L.; ANDRADE, E. L. and FIGUEIRA JÚNIOR, A. Physical activity and associated factors among students attending evening classes. **Rev Bras Cineantr Desemp Hum.**, v. 17, n. 2, p. 205-215, 2015.

CHAPUT, J.; DUTIL, C. Lack of sleep as a contributor to obesity in adolescents: impacts on eating and activity behaviors. **Intern Jour of Behav Nutr and Physical Activity**, London, v. 13, n. 1, p. 103-111, 2016.

CHEN, C.; YANG, C.; NIE, Q. Social-Emotional Learning Competencies and Problematic Internet Use among Chinese Adolescents: A Structural Equation Modeling Analysis. **Intern Jour Environm Research and Public Health**, v. 18, n. 6, p. 3-17, 2021.

CHENNAOUI, M.; ARNAL, P. J.; SAUVET, F.; LÉGER, D. Sleep and exercise: a reciprocal issue? **Sleep Med Reviews**, London, v. 20, p. 59-72, 2015. doi: 10.1016/j.smr.2014.06.008.

CHONG, K. H.; PARRISH, A. M.; CLIFF, D. P.; DUMUID, D.; OKELY, A. D. Changes in 24-hour movement behaviours during the transition from primary to secondary school among Australian children. **Euro Jour of Sport Science**, p. 1–11, 2021. <https://doi.org/10.1080/17461391.2021.1903562>.

CHRISTIAN, M. S.; EVANS, C. E.; HANCOCK, N.; NYKJAER, C.; CADE, J. E. Family meals can help children reach their 5 a day: a cross sectional survey of children's dietary intake from London primary schools. **J Epidemiol Comm Health**. v. 67, n. 4, p. 332-8, 2013.

COLL, C. V. N.; KNUTH, A. G.; BASTOS, J. P.; HALLAL, P. C.; BERTOLDI, A. D. Time trends of physical activity among Brazilian adolescents over a 7-year period. **J Adolesc Health**, v. 54, n. 2, p. 209-213, 2014.

CONDESSA, L. A.; SOARES, C. A.; MIELKE, G. I.; MALTA, D. C.; CAIAFFA, W. T. Prevalence of physically active adolescents in Brazilian capitals: National Adolescent School-based Health Survey 2012 and 2015. **Rev Brasil de Epidemiol**, v. 21, 2018. doi: 10.1590/1980-549720180012.

COSTA, F. Q. **Práticas educacionais como ferramenta pedagógica para a prevenção do abuso agudo de álcool por alunos do ensino médio**. 2017. 85f. Dissertação (Mestrado em Ensino de Ciências) – Instituto de Ciências Exatas e Biológicas, Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, 2017. Disponível em: <http://www.repositorio.ufop.br/jspui/handle/123456789/7929>. Acesso em: 15 mai. 2020.

COSTA, L. P.; SOUSA, M. A.; BARROSO, L. P. **Relatório de análise estatística sobre o projeto Insatisfação com o peso corporal e simultaneidade de comportamento de risco à saúde em adolescentes brasileiros: um estudo de modelagem de equações estruturais**. . São Paulo: IME-USP. Disponível em:

<https://repositorio.usp.br/directbitstream/e16387f7-ac9f-43ef-a58b-000efbfeae7d/2988702.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2023. , 2019

COUTINHO, E. S. F.; FRANÇA-SANTOS, D.; MAGLIANO EDA, S.; BLOCH, K. V.; BARUFALDI, L. A.; CUNHA, C. F.; DE VASCONCELLOS, M. T.; SZKLO, M. Patterns of alcohol consumption in Brazilian adolescents. **Rev de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, n. 1, p.1-9, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s1/pt_0034-8910-rsp-S01518-87872016050006684.pdf. Acesso em: 22 ago. 2020. doi: 10.1590/S01518-8787.2016050006684.

COYNE, S. M.; WABURTON, W. A.; ESSIG, L. W.; STOCKDALE, L. A. Violent video games, externalizing behavior, and prosocial behavior: A five-year longitudinal study during adolescence. **Develop Psychology**, v. 54, p. 1868-1880, 2018. <http://dx.doi.org/10.1037/dev0000574>.

DALLACKER, M.; HERTWIG, R.; MATA, J. The frequency of family meals and nutritional health in children: a meta-analysis. **Rev Obes**, v. 19, p. 638-53, 2018.

DANTAS, D. R. G.; NETO, A. S. M.; MATOS, G. S.; SILVA, G. F.; PINTO, I. H. G. P.; MARQUES, A. C.; RODRIGUES, B. S.; MACHADO, A. S. Prevalência e Risco de Tabagismo entre Estudantes do Ensino Médio em cidade do Nordeste do Brasil. **Port J Public Health**, v.35 n.1, p. 44-51, 2017. doi: 10.1159/000477649.

DE LIMA, T. R.; SILVA, D. A. S. Prevalence of physical activity among adolescents in southern Brazil. **Jour of Bodywork and Mov Therap**, v.22, n.1, p.57-63, 2018..

DE OLIVEIRA, M. G. D.; NERY, F. S.; BATISTA, K. R. O.; COUTO, O. C. Comportamento do bullying e atividade física acumulada em adolescentes escolarizados brasileiros. **Res, Society and Develop**, v. 9, n. 9, e320997289, 2020 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409. doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7289.

DEGENHARDT, L.; HALL, W. Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. **Lancet**. v. 379, n. 9810, p. 55-70, 2012. doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61138-0.

DEGENHARDT, L.; STOCKINGS, E.; STRANG, J.; MARSDEN, J.; HALL, W. D. Illicit Drug Dependence. In: PATEL, V. *et al.* (Eds.). **Mental, Neurological, and Substance Use Disorders: Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 4)**. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 2016. doi: 10.1596/978-1-4648-0426-7_ch6.

DING, D.; LAWSON, K. D.; KOLBE-ALEXANDER; T. L.; FINKELSTEIN; E. A.; KATZMARZYK, P. T.; VAN MECHELEN, W.; PRATT, M.; Lancet Physical Activity Series 2 Executive Committee. The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major noncommunicable diseases. **Lancet**. v. 388, n. 10051, p. 1311-24, 2016.

DINIZ, R. D. A educação e a cultura da alimentação na sociedade do consumo. **Inic e Form Docente**, v. 4, n. 1, p. 314-339, 2017.

DISKIN, L.; NOLETO, M. J. **Cultura de paz: da reflexão à ação**. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, Representação no Brasil; p. 256, 2010.

DJERBOUA, M.; CHEN, B. E.; DAVISON, C. Trends and demographic characteristics of physical fighting and fighting-related injuries among Canadian youth, 1993-2010. **Can J Public Health**, v. 107, p. 231-8, 2016.

DONATH, C.; GRAESSEL, E.; BAILER, D.; PFEIFFER, C.; BLEICH, S.; HILLEMACHER, T. Predictors of binge drinking in adolescents: ultimate and distal factors - a representative study. **BMC Public Health**, v. 12, n. 1, p. 263, 2012.

DUARTE, A. Poder, violência e revolução no pensamento político de Hannah Arendt. **Cad Filosofia Alemã**. v. 21, n. 3, p. 13- 27, 2016. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/filosofiaalema/article/download/124502/120996>>. Acesso: 23 de abr. 2022.

DUARTE DE SALES, J. K.; DUARTE DE SALES, J. K.; ALVES, D. A.; COELHO, H. P.; OLIVEIRA, O. P.; SANTOS, R. L. Fatores de risco associados ao comportamento sexual de adolescentes. **Rev Eletr Acervo Saúde**, n. 49, p. e3382, 18 jun. 2020. doi.org/10.25248/reas.e3382.2020.

DUMITH, S. C.; GIGANTE, D. P.; DOMINGUES, M. R.; HALLAL, P. C.; MENEZES, A. M.; KOHL, H. W. Predictors of physical activity change during adolescence: a 3.5-year follow-up. **Public Health Nutr**, v. 15, n. 12, p. 2237-2245, 2012.

EITLE, T. M.; EITLE, D. J. Just don't do it: High school sports participation and young female adult sexual behavior. **Sociol Sport J**, v. 19, n. 4, p. 403-18, 2002.

EKELUND, U.; BRAGE, S.; FROBERG, K.; HARRO, M.; ANDERSSON, S. A.; SARDINHA, L. B.; RIDDOCH, C.; ANDERSEN, L. B. TV Viewing and Physical Activity are Independently Associated with Metabolic Risk in Children: The European Youth Heart Study. **PLoS Med**. v. 3, n. 12, p. e488, 2006. doi: 10.1371/journal.pmed.0030488.

ELICKER, E.; PALAZZO, L. S.; AERTS, D. R. G. C., ALVES, G. G.; CÂMARA, S. Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares de Porto Velho-RO, Brasil. **Epidem e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 3, p. 399-410, 2015. Disponível em: Acesso em: 05 set. 2020.

ENES, C. C.; SLATER, B.; CRISTINA, C.; CAPITÃO, E. R.; CARDOSO, A. Obesity in adolescence and its main determinants. **Rev Bras Epidemiol**, v. 13, n. 131, p. 163–171, 2010.

EZZATI, M. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. **The Lancet**, v. 390, p. 2627-42, 2017. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)32129-3.

FANTINEL, E. 2023. **Análise do perfil epidemiológico de obesidade nas capitais brasileiras**. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/33648>. Acesso em: 02 de jul 2023.

FARIAS, E. S.; DE FREITAS, J. L. G.; DOS SANTOS, J. P.; CORRÊA, M. T. B.; RODRIGUES, R. V.; CALHEIROS, P. R. V.; CARVALHO, W. R. G. Fatores associados à consumo de álcool em adolescentes ao norte do Brasil. **Rev Contexto & Saúde**, v. 23, n. 47, p. e12422, 2023. [dx.doi.org/10.21527/2176-7114.2023.47.12422](https://doi.org/10.21527/2176-7114.2023.47.12422).

FARIAS, E. S.; SOUZA, L. G.; SANTOS, J. P. Estilo de vida de escolares adolescentes. **Rev de Adol e Saúde**, v. 13, n. 2, p. 40-49, 2016. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/abr-625>>. Acesso em: 06 jun. 2023.

FARIAS JÚNIOR, J. C. Associação entre prevalência de inatividade física e indicadores de condição socioeconômica em adolescentes. **Rev Bras Med Esp**. v. 14, n. 2, p. 109-14, 2008. doi 10.1590/S1517-86922008000200005

FARIAS JÚNIOR, J. C. DE; LOPES, A. DA S.; MOTA, J.; SANTOS, M. P.; RIBEIRO, J. C.; HALLAL, P. C. Validade e reprodutibilidade de um questionário para medida de atividade física em adolescentes: uma adaptação do Self-Administered Physical Activity Checklist. **Rev Brasil de Epidem**, v. 15, n. 1, p. 198–210, 2012.

FARIAS JÚNIOR, J. C.; LOPES, A. S.; MOTA, J.; HALLAL, P. C. Prática de atividade física e fatores associados em adolescentes no Nordeste do Brasil. **Rev Saude Publica**. v. 46, n. 3, p. 505-15, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000031>.

FARIAS JÚNIOR, J. C.; MENDONÇA, G.; FLORINDO, A. A.; BARROS, M. V. G. Fidedignidade e validade de uma escala de avaliação do apoio social para prática de atividade física para adolescentes – Escala ASAFA. **Rev Bras Epidemiol**, p. 355–370, 2014.

FELDEN, É. P. G.; FILIPIN, D.; BARBOSA, D. G.; ANDRADE, R. D.; MEYER, C.; BELTRAME, T. S.; PELEGRINI, A. Adolescentes com sonolência diurna excessiva passam mais tempo em comportamento sedentário. **Rev Bras Med Esporte** [online]. v. 22, n. 3, p.186-190, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922016000300186&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 de jun. 2022. doi.org/10.1590/1517-869220162203147290.

FELDEN, É. P. G.; FILIPIN, D.; BARBOSA, D. G.; ANDRADE, R. D.; MEYER, C.; LOUZADA, F. M. Fatores associados à baixa duração do sono em adolescentes. **Rev Paul Pediatr**. São Paulo, v.34, n.1, 2016. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rpp/v34n1/pt_0103-0582-rpp-34-01-0064.pdf>. Acesso em: 13 de set. 2020.

FERREIRA, C. S.; ANDRADE, F. B. Desigualdades socioeconômicas associadas ao excesso de peso e sedentarismo em adolescentes brasileiros. **Ciênc & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 1095-1104, 2021.

FERREIRA, L. R.; DE MARTINO, M. M. Sleep patterns and fatigue of nursing students who work. **Rev Esc Enferm USP**. v. 46, n. 5, p. 1178-83, 2012.

FERREIRA, I. R. C.; VOSGERAU, D. S. R.; MOYSÉS, S. J.; MOYSÉS, S. T. Diplomas Normativos do Programa Saúde na Escola: Análise de Conteúdo associada à ferramenta ATLASTI. **Ciênc & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 12, p. 3385–3398, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n12/23.pdf>> . Acesso em: 05 set. 2020. doi.org/10.1590/S1413-81232012001200023.

FIGUEIREDO, V. C.; SZKLO, A. S.; COSTA, L. C.; KUSCHNIR, M. C. C.; SILVA, T. L. N.; BLOCH, K. V.; SZKLO, M. ERICA: smoking prevalence in Brazilian adolescents. **Rev de Saúde Pública**, v. 50, suppl. 1, p.12s, 2016. <https://doi.org/10.1590/S01518-8787.2016050006741>.

FINATO, S.; RECH, R. R.; MIGON, P.; GAVINESKI, I. C.; TONI, V. D.; HALPERN, R. Insatisfação com a imagem corporal em escolares do sexto ano da rede municipal de Caxias do Sul, no Rio Grande do Sul. **Rev Paul de Ped**, v. 31, n. 1, p. 65-70, 2013. doi.org/10.1590/S0103-05822013000100011.

FISBERG, M. **Atualização em obesidade na infância e adolescência**. São Paulo, SP: Atheneu, 2004.

FREITAS, L. K. P. F.; JÚNIOR, A. T. C.; KNACKFUSS, M. I.; MEDEIROS, H. J. Obesidade em adolescentes e as políticas públicas de nutrição. **Ciênc & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, p. 1755-1762, jun. 2014.

FREITAS, E. A. O.; MARTINS, M. S. A. S.; ESPINOSA, M. M. Experimentação do álcool e tabaco entre adolescentes da região Centro-Oeste/Brasil. **Ciênc & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1347–1357, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.15582017>.

FULKERSON, J. A.; FRIEND, S.; FLATTUM, C.; HORNING, M.; DRAXTEN, M.; NEUMARK-SZTAINER, D. Association with household food availability in United States multi-person households: National Health and Nutrition Examination Survey 2007-2010. **Plos One**. v. 2, p. 1-13, 2015.

GALDURÓZ, J. C. F.; SANCHEZ, Z. VAN DER M.; OPALEYE, E. S.; NOTO, A. R.; FONSECA, A. M.; GOMES, P. L. S.; CARLINI, E. A. Fatores associados ao uso pesado de álcool entre estudantes das capitais brasileiras. **Rev de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 267-273, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/jvCr4BJRpLvzWxvrBzqJm4L/#>. Acesso em: 17 mar. 2019. doi: 10.1590/S0034-89102010000200006.

GANGWISCH, J. E.; MALASPINA, D.; BABISS, L. A.; OPLER, M. G.; POSNER, K.; SHEN, S.; TURNER, J. B.; ZAMMIT, G. K.; GINSBERG, H. N. Short sleep duration as a risk factor for hypercholesterolemia: analyses of the National Longitudinal Study of Adolescent Health. **Sleep**, v. 33, p. 956-61, 2010. doi: 10.1093/sleep/33.7.956.

GARCIA, J. J; PILLON, S. C.; SANTOS, M. A. Relações entre contexto familiar e uso de drogas em adolescentes de ensino médio. **Rev. Latino-Am. Enferm**, v. 19, p. 753-61, 2011.

GARCÍA, M.; FAJARDO, F.; RASSKIN, I.; SÁNCHEZ, I. Problematic video game use and mental health among Spanish adolescents. **Intern Jour of Environm Research and Public Health**, v. 20, n. 1, p. 349, 2022. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010349>.

GOLDFIELD, G. S.; MALLORY, R.; PARKER, T.; CUNNINGHAM, T.; LEGG, C.; LUMB, A.; PARKER, K.; PRUD'HOMME, D.; ADAMO, K. B. Effects of modifying physical activity and sedentary behavior on psychosocial adjustment in overweight/obese children. **J Pediatr Psychol**. v. 32, n. 7, p. 783-93, 2007. doi: 10.1093/jpepsy/jsm017.

GOLDFIELD, G. C.; MOORE, C.; HENDERSON, K.; BUCHHOLZ, A.; OBEID, N.; FLAMENT, M. The relation between weight-based teasing and psychological adjustment in adolescents. **Pediatr Child Health**. v. 15, p. 283-8, 2010.

GOZAL, D. Sono e exposição à mídia eletrônica em adolescentes: a lei dos rendimentos decrescentes. **J de Pediatr**, Porto Alegre, p. 545-547. jan. 2017.

GROSS, J. L. **Os perigos do uso do narguilé**. São Paulo: A. C. Camargo Câncer Center. 2016. Disponível em: <http://www.jorbras.com.br/portal/index.php?option=com_content&task=view&id=3820&Itemid=2>. Acesso em: 28 maio 2020.

GUEDES, D. P.; LOPES, C. C. Validação da versão brasileira do Youth Risk Behavior Survey 2007. **Rev de Saúde Pública**, v. 44, n. 5, p. 840–850, 2010.

GUERRA, P. H.; FARIAS JÚNIOR, J. C.; FLORINDO, A. A. Comportamento sedentário em crianças e adolescentes brasileiros: revisão sistemática. **Rev de Saúde Pública**, v. 50, n. 9, p. 1-15, 2016. <http://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006307>.

GUIMARÃES, E. M. B.; CANUTO, M. H. A.; FERREIRA, R. A. Uso e abuso de drogas ilícitas por jovens do 1º ano da Universidade Federal de Goiás. **Rev Paul de Pediatr**, v. 24, n. 2, p. 135–142, 2006.

GUSTAVE, E. L. D. **Associação da percepção da qualidade de vida, nível de atividade física e comportamentos relacionados à saúde em escolares adolescentes**. Dissertação (Mestrado em Educação Física) no Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR), p. 129, Curitiba. 2023.

GUTHOLD, R.; STEVENS, G.; RILEY, L. M.; BULL, F. C. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1·9 million participants. **The Lancet**, [S.L.], v. 6, n. 10, p. 1077-1086, out. 2018. **Elsevier BV**. [dx.doi.org/10.1016/s2214-109x\(18\)30357-7](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(18)30357-7).

GUTHOLD, R.; STEVENS, G. A.; RILEY, L. M.; BULL, F. C. Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1·6 million participants. **The Lancet**. Child & adolescent health, v. 4, n. 1, p. 23–35, 2020. [doi.org/10.1016/S2352-4642\(19\)30323-2](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30323-2).

HALE, L.; GUAN, S. Screen time and sleep among schooled children and adolescents: a systematic literature review. **Sleep Med Reviews**, London, v. 21, p. 50-58, 2015.

HALLAL, P. C.; BERTOLDI, A. D.; GONÇALVES, H.; VICTORA, C. G. Prevalence of sedentary lifestyle and associated factors in adolescents 10 to 12 years of age. **Cad Saude Publica**, v. 22, n. 6, p. 1277-1287, 2006.

HALLAL, P. C.; VICTORA, C. G.; AZEVEDO, M. R.; WELLS, J. C. K. Adolescent Physical Activity and Health. **Sports Med**, v 36, p. 1019-1030, 2006.

HALLAL, P. C.; KNUTH, A. G.; CRUZ, D. K. A.; MENDES, M. I.; MALTA, D. C. Prática de atividade física em adolescentes brasileiros. **Ciênc & Saúde Coletiva**, 15 (Supl. 2), p. 3035-3042, 2010. doi.org/10.1590/S1413-81232010000800008.

HALLAL, P.; BO ANDERSEN, L.; BULL, F.; GUTHOLD, R.; HASKELL, W.; EKELUND, U. Global physical activity levels: Surveillance progress, pitfalls, and prospects. **The Lancet**, v. 280, p. 247-257, 2012. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60646-1.

HALLAL, P. C.; REICHERT, F. F.; EKELUND, U.; DUMITH, S. C.; MENEZES, A. M.; VICTORA, C. G.; WELLS, J. C. Bidirectional cross-sectional and prospective associations between physical activity and body composition in adolescence: birth cohort study. **Jour of Sports Sciences**. v. 30, n. 2, p. 183-90, 2012. doi: 10.1186/1479-5868-9-82.

HEARST, M. O.; FULKSESON, J. A.; MALDONADO-MOLINA, M. M.; PERRY, C. H.; KOMRO, K. A. Who needs liquor stores when parents will do? The importance of social sources of alcohol among young urban teens. **Prev Med**, v. 44, n. 6, p. 471-6, 2007. <http://doi.org/10.1016/j.yjpm.2007.02.018>.

HENRIQUES, B. D.; REINALDO, A. M. S.; AYRES, L. F. A.; LUCCA, M. S.; ROCHA, R. L. The use of crack and other drugs: the perception of family members in relation to the support network in a reference Center. **Ciênc Saude Coletiva**. v. 23, n. 10, p. 3453-62, 2018. doi: 10.1590/1413-812320182310.13462016.

HERRENKOHL, T. I.; HEMPHILL, S. A.; MASON, W. A.; TOUMBOUROU, J. W.; CATALANO, R. F. Predictors and responses to the growth in physical violence during adolescence: a comparison of students in Washington State and Victoria, Australia. **American Jour of Orthopsy**, v. 82, n. 1, p. 41-49, 2012. doi: 10.1111/j.1939-0025.2011.01139.x.

HILL, S. R.; TROSHANI, I. Factors influencing the adoption of personalization mobile services: empirical evidence from young Australians. **Internat Jour of Mobile Communications**, v. 8, n. 2, p.150-168, jan. 2010.

HIRSHKOWITZ, M.; WHITON, K.; ALBERT, S. M.; ALESSI, C.; BRUNI, O.; DONCARLOS, L.; HAZEN, N.; HERMAN, J.; KATZ, E. S.; KHEIRANDISH-GOZAL, L.; NEUBAUER, D. N.; O'DONNELL, A. E.; OHAYON, M.; PEEVER, J.; RAWDING, R.; SACHDEVA, R. C.; SETTERS, B.; VITIELLO, M. V.; WARE, J. C.; ADAMS HILLARD, P. J. National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results in summary. **Sleep Health**, v. 1, n. 1, p. 40-45, mar. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29073412> Acesso em: 08 set 2020. Doi: 10.1016/j.sleh.2014.12.010.

HITZE, B.; BOSY-WESTPHAL, A.; BIELFELDT, F.; SETTLER, U.; PLACHTA-DANIELZIK, S.; PFEUFFER, M.; SCHREZENMEIER, J.; MONIG, H.; MÜLLER, M. J. Determinants and impact of sleep duration in children and adolescents: data of the Kiel Obesity Prevention Study. **Eur J Clin Nutr** v. 63, p. 739-46, 2009.

HOBBS, M.; PEARSON, N.; FOSTER, P. J.; BIDDLE, S. J. Sedentary behaviour and diet across the lifespan: an updated systematic review. **Br J Sports Med**. v. 49, p. 1179-88, 2015.

HOEFELMANN, L. P.; SILVA, K. S.; BARBOSA FILHO, V. C.; SILVA, J. A.; NAHAS, M. V. Behaviors associated to sleep among high school students: cross-sectional and prospective analysis. **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum**. v.16, Suppl 1, p. 68-78, 2014. <http://dx.doi.org/10.5007/1980-0037.2014v16s1p68>.

HORTA, R. L.; MOLA, C. L.; HORTA, B. L.; MATTOS, C. N. B.; ANDREAZZI, M. A. R.; OLIVEIRA-CAMPOS, M.; MALTA, D. C. Prevalência e condições associadas ao uso de drogas ilícitas na vida: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015. **Rev Brasil de Epidemiol**, v. 21, 29 nov. 2018. doi.org/10.1590/1980-549720180007.

IBGE. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018**. Avaliação Nutricional da Disponibilidade Domiciliar de Alimentos no Brasil. 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101704.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil**. Rio de Janeiro: 2010.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Tabagismo um grave problema de saúde pública**. Instituto Nacional de Câncer -INCA, v.1, p. 6-9, 2007.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. (2016). **Incidência de câncer no Brasil**. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Disponível em: www.inca.gov.br/rbc/n_60/v01/pdf/11-resenha-estimativa-2014-incidência-decancer-no-brasil.pdf. Acesso em: 05 de setembro de 2020.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Crianças, adolescentes e jovens**. Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tabagismo/criancas-adolescentesjovens>. Acesso em: 17 fev. 2020.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Abordagem breve, mínima, básica na cessação do tabagismo : uma ação ao alcance de todos os profissionais de saúde** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro : INCA, 2021. 24.

INEP. Instituto Nacional de Estudos e pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Censo Escolar 2020**. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/inep/pt-br/assuntos/noticias/censo-escolar/disponiveis-os-resultados-finais-do-censo-escolar-2020>. Acesso em: 25 de julho de 2021.

IOSSI SILVA, M.; PEREIRA, B.; MENDONÇA, D.; NUNES, B.; OLIVEIRA, W. The Involvement of Girls and Boys with Bullying: An Analysis of Gender Differences. **Intern Jour of Environm Research and Public Health** v. 10, n. 12, p. 6820–31, 2013.

JARDIM, E. D. **Revisão de literatura - A temática da obesidade e a assistência de enfermagem frente à doença**. 2014. 31 p. Monografia - Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Departamento de Enfermagem - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

JAYAWARDENA, R.; RANASINGHE, P.; WIJAYABANDARA, M.; HILLS, A. P.; MISRA, A. Nutrition Transition and Obesity Among Teenagers and Young Adults in South Asia. **Curr Diabetes Rev**. v. 13, n. 5, p. 444–51, 2017.

KACHANI, A. T.; BRASILIANO, S.; HOCHGRAF, P. B. O impacto do consumo alcoólico no ganho de peso. **Rev de Psiq Clinica**, São Paulo, v. 53, n. supl. p. 21-24. 2008. Disponível em: <https://repositorio.observatoriodocuidado.org/handle/handle/1042>. Acesso em: 09 out. 2020.

KAESTLE, C. E.; HALPERN, C. T.; MILLER, W. C.; FORD, C. A. Young age at first sexual intercourse and sexually transmitted infections in adolescents and young adults. **Am J Epidemiol.** v. 161, n. 8, p. 774-80, 2005.

KALINA, E. (2017). **O que é a adolescência.** 1ª ed. e Book. Editora e livraria brasiliense. São Paulo.

KASTBOM, Å.; SYDSJÖ, G.; BLADH, M.; PRIEBE, G.; SVEDIN, C. Sexual debut before the age of 14 leads to poorer psychosocial health and risky behaviour in later life. **Acta Paediatr.** v. 104, p. 91-100, 2014. doi: 10.1111/apa.12803.

KATZMARZYK, P. T.; POWELL, K. E., JAKICIC, J. M., TROIANO, R. P., PIERCY, K.; TENNANT, B. Sedentary Behavior and Health: Update from the 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee. **Med & Sci in Sports & Exercise**, v. 51, n. 6, p.1227–1241, 2019. doi.org/10.1249/MSS.0000000000001935.

KAWAI, K.; KAYA, S.; KAJULA, L.; MBWAMBO, J.; KILONZO, G.; HAWZI, W. Parents' and teachers' communication about HIV and sex in relation to the timing of sexual initiation among young adolescents in Tanzania. **Scandinavian Jour of Public Health**, v. 36, p. 879-888, 2008. doi: 10.1177/1403494808094243.

KERSHAW T. S.; ARNOLD, A.; LEWIS, J. B.; MAGRIPLES, U.; ICKOVICS, J. R. The skinny on sexual risk: the effects of BMI on STI incidence and risk. **AIDS Behav.** v. 15, n. 7, p. 1527-38, 2011.

KESZTYUS, D.; WIRT, T.; KOBEL, S.; SCHREIBER, A.; KETTNER, S.; DREYHAUPT, J. Is central obesity associated with poorer health and health-related quality of life in primary school children? Cross-sectional results from the Baden-Württemberg Study. **BioMed Central Pub Health**, v. 13, p. 260, 2013. doi: 10.1186/1471-2458-13-260.

KIM, J.; LEE, J. (2012). Early sexual debut and condom nonuse among adolescents in South Korea. **Sexual Health**, v. 9, p. 459-465. doi: 10.1071/SH11124.

KOHL, H. W.; CRAIG, C. L.; LAMBERT, E. V.; INOVE, S.; ALKANDARI, J. R.; LEETONGIN, G. *et al.* The pandemic of physical inactivity: Global action for public health. **Lancet.** v.380, n. 9838, p. 294-305, 2012.

KONG, A. P.; WING, Y. K.; CHOI, K. C.; LI, A. M.; KO, G. T., MA, R. C.; TONG, P. C.; HO, C. S.; CHAN, M. H.; NG, M. H.; LAU, J.; CHAN, J. C. Associations of sleep duration with obesity and serum lipid profile in children and adolescents. **Sleep Med**, v. 12, p. 659-65, 2011. doi: 10.1016/j.sleep.2010.12.015.

KUMAR, B.; ROBINSON, R.; TILL, S. Physical activity and health in adolescence. **Clin Med**. v. 15, n. 3, p. 267- 72, 2015.

KWON, M.; LEE, J.; WON, W.; PARK, J.; MIN, J.; HAHN, C.; GU, X.; CHOI, J.; KIM, D. Development and Validation of a Smartphone Addiction Scale (SAS). **PLoS ONE**, San Francisco, v.8, n.2, p.e56936, fev. 2013. doi.org/10.1371/journal.pone.0056936.

KWON, M.; KIM, D. J.; CHO, H.; YANG, S. The Smartphone Addiction Scale: Development and Validation of a Short Version for Adolescents. **PLoS ONE**, San Francisco, v.8, n.12 p.e83558, Dez. 2013. doi: 10.1371/journal.pone.0083558.

LARANJEIRA, R.; MADRUGA, C.S.; PINSKY, I.; ZALESKI, M.; CAETANO, R.; MITSUHIRO, S.S. **II Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de álcool na População Brasileira Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; 2012.**

LARANJEIRA, R.; MADRUGA, C.; PINSKY, I.; CAETANO, R.; MITSUHIRO, S.; CASTELLO, G. **II Levantamento Nacional de Icool e Drogas (LENAD) 2012.** São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas/Universidade Federal de São Paulo; 2014.

LARSON, N.; MACLEHOSE, R.; FULKERSON, J. A.; BERGE, J. M.; STORY, M.; NEUMARK-SZTAINER, D. Eating breakfast and dinner together as a family: Associations with sociodemographic characteristics and implications for diet quality and weight status. **J Acad Nutr Diet**. v.113, n. 12, p. 1601-9, 201. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2013.08.011>.

LEBOURGEOIS, M. K.; HALE, L.; CHANG, A-M.; AKACEM, L. D.; MONTGOMERY-DOWNS, H.E.; BUXTON, O. M. Digital media and sleep in childhood and adolescence. **Pediatrics**. v.140, p. S92-6, 2017.

LEECH, R. M.; MCNAUGHTON, S. A.; TIMPERIO, A. Clustering of children's obesity-related behaviours: associations with sociodemographic indicators. **Eur J Clin Nutr**, v. 68, n.5, p. 623-8, 2014. doi: 10.1038/ejcn.2013.295.

LEECH, T. G. J.; DIAS, J. J. Risky sexual behavior: a race-specific social consequence of obesity. **Jour of Youth and Adol**. v. 41, p. 41–52, 2012.

LEME, A. C. B.; PHILIPPI, S.T. Provocações e comportamentos para controle de peso em adolescentes do sexo feminino. **Rev Paul Pediatr**. v. 31, n. 4, p. 431-6, 2013.

LEMOLA, S.; PERKINSON-GLOOR, N.; BRAND, S.; DEWALD-KAUFMANN, J.F.; GROB, A. Adolescents' electronic media use at night, sleep disturbance, and depressive symptoms in the smartphone age. **J Youth Adolesc.** v. 44, p. 405-18, 2015.

LI, C. S.; LEE, J. H.; LIU, C. C.; CHAN, Y. L.; WEN, C.; CHIU, M. L.; TSAI, M. K.; TSAI, S. P.; WAI, J. P. M.; TSAO, C. K.; WU, X.; WEN, C. P. Physical activity to overcome the adversity of widowhood: benefits beyond physical health. **Medicine**, Baltimore, v. 95, n. 32, p. 1-7, 2016. doi: 10.1097/MD.0000000000004413.

LIMA, A. S.; PITANGUI, A. C. R.; GOMES, M. R. A.; MOLA, R.; ARAÚJO, R. C. Comportamentos sexuais de risco e associação com sobrepeso e obesidade em adolescentes escolares: um estudo transversal. **Einstein** (São Paulo). v. 17, n. 3, p. eAO4782, 2019. dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2019AO4782.

LIMA, L. R.; NASCIMENTO, L. M.; GOMES, K. R. O.; MARTINS, M. C. C.; RODRIGUES, M. T. P.; FROTA, K. M. G. Associação entre o consumo de alimentos ultraprocessados e parâmetros lipídicos em adolescentes. **Ciênc Saúde Coletiva**. v. 25, n. 10, p. 4055-4064, 2020. doi.org/10.1590/1413-812320202510.24822018.

LOBO, R.; BATISTA, M.; DELGADO, S. C. Prática de atividades física como fator potenciador de variáveis psicológicas e rendimento escolar de alunos do ensino primário. **Rev Iberoam de Psicol del Ejercicio y del Deporte**, v. 10, n. 1, p. 85-93, 2015.

LOBSTEIN, T.; BAUR, L.; UAUY, R. IASO International Obesity Task Force. Obesity in children and young people: a crisis in public health. **Obes Rev**, v.5, Suppl 1, p. S4-104, 2004.

LOBSTEIN, T.; JACKSON-LEACH, R.; MOODIE, M. L.; HALL, K. D.; GORTMAKER, S. L.; SWINBURN, B. A.; JAMES, W. P.; WANG, Y.; MCPHERSON, K. Child and adolescent obesity: part of a bigger picture. **Lancet**. v. 385, n. 9986, p. 2510-20, 2015. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61746-3.

LOPES, A. C. B. **Proteção Integral de Crianças e Adolescentes**: Instrumentos Normativos Nacionais e Internacionais. Curitiba/PR: SECS, 2013.

LOPES, S. V.; MIELKE, G. I.; DA SILVA, M. C. Comportamentos de risco relacionados à saúde em adolescentes escolares da zona rural. **Rev O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 269-278, 2015.

LOPES, I. A.; NOGUEIRA, J. A. D.; ROCHA, D. G. Eixos de ação do Programa Saúde na Escola e Promoção da Saúde: revisão integrativa. **Saúde Debate**, v. 42, n. 118, p. 773-89, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/SNsdFnbvBdfdhn76GQYGDtM/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 19 jan. 2022.

LOWRY R, ROBIN L, KANN L, GALUSKA D. Associations of body mass index with sexual risk-taking and injection drug use among US high school students. **J Obes**. v. 2014, p. 816071, 2014.

MACEDO, J. Q.; AYGNES, D. C.; BARBOSA, S. P.; LUIS, M. V. Concepções e vivências de estudantes quanto ao envolvimento com substâncias psicoativas em uma escola pública de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Ciencia y Enfermería**, v. 20, n. 3, p. 95-107. 2014. Disponível em: https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v20n3/art_09.pdf. Acesso em: 10 mar. 2019.

MACHADO NETO, A. S.; ANDRADE, T. M.; NAPOLI, C.; ABDON, L. C. S. L.; GARCIA, M. R.; BASTOS, F. I. Determinantes da experimentação do cigarro e do início precoce do tabagismo entre adolescentes escolares em Salvador (BA). **J Bras Pneumol**. v. 36, n. 6, p. 674-82, 2010. doi.org/10.1590/S1806-37132010000600003.

MACIEL, V. **Estudo inédito aponta que 18,5% dos adolescentes experimentam cigarro**. Brasília, DF, 31 maio 2016. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/estudo-inedito-aponta-que-18-5-dos-adolescentes-experimentam-cigarro>>. Acesso em: 26 março de 2022.

MAGALHÃES, T. **Violência Escolar - prevenir, detectar e intervir**. EAPN - Rede Europeia AntiPobreza / Portugal. Porto: 2010.

MAGGI, S.; LOVATO, C. Y.; HILL, E. M.; JOHNSON, J. L.; RATNER, P. A.; SHOVELLER, J. A. Adolescents' perceptions of parental influences on their smoking behavior: a content analysis. **Youth Society**. v. 46, n. 1, p. 132-49, 2012.

MAIA, L. B.; ALBUQUERQUE, V. L. M. O Esporte E A Atividade Física Como Estratégia De Prevenção Ao Uso Indevido De Drogas Nas Escolas, **Rev Brasil de Ativ Física & Saúde**, v. 7, n. 3, p. 39- 52, 2002.

MALTA, D. C.; SOUZA, E. R.; SILVA, M. M. A.; SILVA, C. S.; ANDREAZZI, M. A. R.; CRESPO, C.; MASCARENHAS, M. D. M.; PORTO D. L.; FIGUEROA, A. L. G.; MORAIS NETO, O. L. Vivência de violência entre escolares brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). **Ciênc Saúde Coletiva**. v. 15, Supl. 2, p. 3053-63, 2010. doi:10.1590/S1413-81232010000800010.

MALTA, D. C.; SILVA, M. A. I.; MELLO, F. C. M.; MONTEIRO, R. A.; SARDINHA, L. M. V.; CRESPO, C. *Bullying in Brazilian schools: results from the National School-Based Health Survey (PeNSE)*, 2009. **Ciênc Saúde Coletiva**. v. 15, Supl 2, p. 3065-76, 2010. doi:10.1590/S1413-81232010000800011.

MALTA, D. C.; MASCARENHAS, M. D. M.; DIAS, A. R.; PRADO, R. R.; LIMA, C. M.; SILVA, M. M. A., *et al.* Situations of violence experienced by students in the state capitals and the Federal District: Results from the National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). **Rev Bras Epidemiol** v. 17, n. 1, p. 158–171, 2014.

MALTA, D. C.; MINAYO, M. C. S.; CARDOSO, L. S. M.; VELOSO, G. A.; TEIXEIRA, R. A.; PINTO, I. V.; NAGHAVI, M. Mortalidade de adolescentes e adultos jovens brasileiros entre 1990 e 2019: uma análise do estudo Carga Global de Doença. **Ciênc & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4069-4086, 2021. doi.org/10.1590/1413-81232021269.12122021.

MALTA, D. C.; ANDRADE, F. M. D.; FERREIRA, A. C. M.; VASCONCELOS, N.M.; LACHTIM, S. A. F.; PENA, E. D.; MOUTINHO, C.S.; MASCARENHAS, M. D. M. Prevalência de exposição às situações de violência em estudantes adolescentes brasileiros. **REME - Rev Min Enferm**. v. 26, p. e-1458, 2022. DOI 10.35699/2316-9389.2022.38624.

MANICKAM, M.A.; ABDUL MUTALIP, M. H. B.; HAMID, H. A. B. A.; BT KAMARUDDIN, R.; SABTU, M.Y.B. Prevalence, Comorbidities, and Cofactors Associated With Alcohol Consumption Among School-Going Adolescents in Malaysia. **Asia-Pacific J Public Heal**, v. 26, Supl. 5, p. 91S-99S, 2014.

MARCINO, L. F.; GIACON-ARRUDA, B. C. C.; TESTON, E. F., SOUZA, A. S.; MARCHETI, P. M.; LIMA, H. P.; MARCON, S. S.; ARATANI, N. Prática de lazer em adolescentes e fatores associados: implicações para o cuidado. **Acta Paul Enferm**, v. 7, p. 1-8, 2018. doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO02041.

MARQUES, A.; ANDRÉ, J.; MARTINS, J.; SARMENTO, H.; DINIZ, J. The prevalence of sedentary behaviours and physical activity of urban adolescents. A cross-sectional study using ecological momentary assessment. **Mitteilungen Klosterneuburg**, v. 64, n. 3, p. 427-435, 2014.

MARQUES, C. R. C. **Estilo de vida dos estudantes do ensino superior**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Comunitária) - Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico da Guarda, p. 22. Guarda, 2017. ttp://hdl.handle.net/10314/3986.

MARSCHALL-LÉVESQUE, S.; CASTELLANOS-RYAN, N.; VITARO, F.; SÉGUIN, J. R. Moderators of the Association Between Peer and Target Adolescent Substance

Use. **Pub Med Central Canadá**. Author manuscript; available in PMC. Published in final edited form as: *Addict Behav.* 2 ed, v. 39, n. 1, p. 48-70, 2014.

MARSHALL, N. S.; GLOZIER, N.; GRUNSTEIN, R. R. Is sleep duration related to obesity? A critical review of the epidemiological evidence. **Sleep Med Rev**, v. 12, p. 289-98, 2008.

MARTIN, C. S. **Timing of alcohol and other drug use**. *Alcohol Res Health*, v. 31, n. 2, p. 96-9, 2008.

MARTÍNEZ, J. M.; JORDÁN, O. R. C.; LAÍN, S. A.; NAVARRO, A. L. Niveles de actividad física medido con acelerómetro en alumnos de 3º ciclo de Educación Primaria: actividad física diaria y sesiones de Educación Física. **Rev de Psicol del Deporte**, v. 21, n. 1, p. 117-123, 2012.

MARTINI, M. C. S.; ASSUMPÇÃO, D.; BARROS, M. B. A.; BARROS FILHO, A. A. Insatisfação com o peso corporal e estado nutricional de adolescentes: estudo de base populacional no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Ciênc & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 967-975, 2020. doi.org/10.1590/1413-81232020253.17992018.

MARTINS, B. C.; RICARDO, C. Z.; MACHADO, P. P.; RAUBER, F.; AZEREDO, C. M.; LEVY, R. B. Fazer refeições com os pais está associado à maior qualidade da alimentação de adolescentes brasileiros. **Cad de Saúde Pública** [online] v. 35, n. 7, p. e00153918, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/gn4mx6pvVqNqJ5C8xb8DpxK/?format=html#>>. Acesso em: 13 set. 2021. doi.org/10.1590/0102-311X00153918

MARTINS, P. J. F.; MELLO, M. T. D.; TUFIK, S. Exercício e sono. **Rev Bras Med Esporte**, v. 7, p. 28-36, 2001.

MASON, M. J.; TANNER, J. F.; PIACENTINI, M.; FREEMAN, D.; ANASTASIA, T.; BATAT, W.; YANG, Z. Advancing a participatory approach for youth risk behavior: Foundations, distinctions, and research directions. **Jour of Business Research**, v. 66, n. 8, p. 1235–1241, 2013.

MAT HUSSIN, S.F.; ABD AZIZ, N. S.; HASIM, H.; SAHRIL, N. Prevalence and Factors Associated With Physical Fighting Among Malaysian Adolescents. **Asia-Pacific J Public Heal**, v. 26, Supl. 5, p. 108S-115S, 2014.

MATIAS, T. S.; SILVA, K. S.; SILVA, J. A. D.; MELLO, G. T.; SALMON, J. Clustering of diet, physical activity and sedentary behavior among Brazilian adolescents in the

national school-based health survey (PeNSE 2015). **BMC Public Health**, v. 18, n. 1, p. 1283, 2018. doi: 10.1186/s12889-018-6203-1.

MATTHEWS, K. A.; HALL, M.; DAHL, R. E. Sleep in healthy black and white adolescents. **Pediatrics**, v. 133, n. 5, p. e1189-96, 2014.
DOI: <https://dx.doi.org/10.1542/peds.2013-2399>.

MCKENZIE, T. L.; LOUNSBERY, M. A. F. School Physical Education: The Pill Not Taken. **Am J Lifestyle Med**, v. 3, n. 3, p. 219-25, 2009.
<https://doi.org/10.1177%2F1559827609331562>.

MEIRELES, A. C. A.; CINTRA J. D. F. Fatores de Risco para o Uso de Drogas: Considerações Sobre a Saúde Mental de Adolescentes Brasileiros. **Rev Cient Multid Núcleo do Conhec**, [S.l.], ano 3, ed. 4, v. 4, p. 125-141, abr. 2018. Disponível em: <<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/uso-de-drogas>>. Acesso em: 22 agosto 2020.

MELDRUM, R. C.; RESTIVO, E. The behavioral and health consequences of sleep deprivation among US high school students: relative deprivation matters. **Prev Med**. v. 63, p. 24-8, 2014. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.03.006>.

MELLO, J. B.; CASTAGNA, A.; BERGMANN, M. L. A.; BERGMANN, G. G. Associação entre nível de atividade física e excesso de peso corporal em adolescentes: um estudo transversal de base escolar. **Rev Bras Ativ Fis e Saúde**, Pelotas/RS, v. 19, n. 1, p. 25-34, 2014.

MENDES, M. J. F. L.; ALVES, J. G. B.; ALVES, A. V.; SIQUEIRA, P. P.; FREIRE, E. F. C. Associação de fatores de risco para doenças cardiovasculares em adolescentes e seus pais. **Re Bras de Saúde Materna Infantil**. v. 6, Supl. 1, Recife, maio, 2006. doi.org/10.1590/S1519-38292006000500007.

MENDES JUNIOR, A. A. F. **Ensaio sobre as associações do consumo de cannabis com o índice CCEB, as preferências sobre a legalização e o desempenho universitário dos estudantes efetivamente matriculados**. Tese. (Doutorado em Economia) - Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais, p. 121. 2018.

MENEGUCI, J.; GARCIA, C. A.; SASAKI, J. E.; JÚNIOR, J. S. V. Atividade física e comportamento sedentário: fatores comportamentais associados à saúde de idosos. **Arq Cien Esp**, v. 4, n. 1, p. 27-28, 2016.

MENEZES, A. M. B.; DUMITH, S. C.; MARTÍNEZ-MESA, J.; SILVA, A. E. R.; CASCAES, A. M.; DOMÍNGUEZ, G. G.; FERREIRA, F. V.; FRANÇA, G. A.; DAMÉ, J. D.; NGALE, K. M.; ARAÚJO, C. L.; ANSEMI, L. Mental health problems and smoking among adolescents from Southern Brazil. **Rev Saude Publica**, v. 45, n. 4, p. 700-5, 2011. doi.org/:10.1590/S0034-89102011005000030.

MESCOLLOTTO, F. F.; CASTRO, E. M.; PELAI, E. B.; PERTILLE, A.; BIGATON, D. R. Translation of the short version of the Smartphone Addiction Scale into Brazilian Portuguese: cross-cultural adaptation and testing of measurement properties. **Braz Jour of Physical Therapy**, v. 23, n. 3, p. 250-256, 2019. doi.org/10.1016/j.bjpt.2018.08.013.

MESQUITA, C.; RIBEIRO, F.; MENDONÇA, L.; MAIA, Â. Relações familiares, humor deprimido e comportamentos autodestrutivos em adolescentes. **Rev de Psicol da Criança e do Adolesc** - ISSN 1647-4120. - n. 3, p. 97-109, 2011.

MILLER, E. Prevention of and interventions for dating and sexual violence in adolescence. **Pediatr Clin North Am**, v. 64, p. 423-34, 2017.

MILLER, J. W.; NAIMI, T. S.; BREWER, R. D.; JONES, S. E. Binge drinking and associated health risk behaviors among high school students. **Pediatrics**, v. 119, p. 76-85, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção Especializada e Hospitalar. Obesidade**. Ministério da Saúde: 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Retrato da Saúde, Portugal**. Lisboa: Ministério da Saúde. ISBN 978-989- 99480-1-3, 2018.

MINTON, J.; DIMAIRO, M.; EVERSON-HOCK, E.; SCOTT, E.; GOYDER, E. Exploring the relationship between baseline physical activity levels and mortality reduction associated with increases in physical activity: a modelling study. **BMJ Open**, v. 3, p. e003509, 2013.

MIRANDA, P. S. F.; AQUINO, J. M. G.; MONTEIRO, R. M. P. C.; DIXE, M. A. C. R.; LUZ, A. M. B.; MOLEIRO, P. Sexual behaviors: study in the youth. **Einstein** (São Paulo), v. 16, n. 3, p. eAO4265, 2018. <https://doi.org/10.1590/S1679-5082018AO4265>.

MITCHELL, J. A.; PATE, R. R.; BEETS, M. W.; NADER, P. R. Time Spent in Sedentary Behavior and Changes in Childhood BMI: A Longitudinal Study From Ages 9 to 15 Years. **Int J Obes** (Lond), v. 37, n. 1, p. 54-60, 2013. doi: 0.1038/ijo.2012.41.

MONTEIRO, M. P. G.; ASINELLI-LUZ, A. Prevenção do bullying escolar: tecendo saberes da cultura da paz na perspectiva da complexidade. **Momento - Diálogos em Educação**, [S. l.], v. 28, n. 3, p. 265–278, 2019. doi: 10.14295/momento.v28i3.8220. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/momento/article/view/8220>. Acesso em: 10 de janeiro. 2023.

MOOR, I.; RATHMANN, K.; LENZI, M.; PFÖRTNER, T. K.; NAGELHOUT, G. E.; LOOZE, M.; BENDTSEN, P.; WILLEMSSEN, M.; KANNAS, L.; KUNST, A. E.; RICHTER, M. Socioeconomic inequalities in adolescent smoking across 35 countries: a multilevel analysis of the role of family, school and peers. **Eur J Public Health**, v. 25, n. 3, p. 457-63, 2015. doi.org/10.1093/eurpub/cku244.

MORAIS, T. R.; MORAIS, M. R. A sexualidade na adolescência como um problema de saúde pública. **Facene/Famene**, v. 10, p. 67-74, 2012.

MORANO, M.; COLELLA, D.; RUTIGLIANO, I.; FIORE, P.; PETTOELLO-MANTOVANI, M.; CAMPANOZZI, A. Changes in actual and perceived physical abilities in clinically obese children: a 9-month multi-component intervention study. **PLoS One**, v. 7, n. 12, p. e50782, 2012.

MOREIRA, A.; VOVIO, C.L.; MICHELI, D. Prevenção ao consumo abusivo de drogas na escola: desafios e possibilidades para a atuação do educador. **Educ Pesqui**, v. 41, n. 1, p. 119-35, 2015. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-97022015011670>.

MOURA, J.; FIGUEIREDO, I.; SANTOS, T. N. C.; SOUZA, E. C. Conversas de adolescentes sobre drogas e sexualidade: um relato de experiência. **Rev Intertox-EcoAdvisor de Toxicol Risco Ambiental e Socied**, v. 8, n. 2, p. 117-130, jun. 2015. 10.22280/revintervol8ed2.204

MUSAIGER, A. O.; AL-MANNAI, M.; TAYYEM, R.; AL-LALLA, O.; ALI, E. Y. A.; KALAM, F.; BENHAMED, M. M.; SAGHIR, S.; HALAHLEH, I.; DJOUDI, Z.; CHIRANE, M. Perceived barriers to healthy eating and physical activity among adolescents in seven Arab countries: a cross-cultural study. **Scientific World Jour**, v. 2013, p. 1-11, 2013.

MUZA, G.; BETTIOL, H.; MUCCILLO, G.; BARBIERI, M. Consumo de substância psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil). I - Prevalência do consumo por sexo, idade e tipo de substância. **Rev Saude Publica**, v. 31, n. 1, p. 21-29, 1997.

NAGELKERKE, N. J. BERNSEN, R. M.; SGAIER, S. K.; JHA, P. Body mass index, sexual behaviour, and sexually transmitted infections: an analysis using the NHANES 1999-2000 data. **BMC Public Health**, v. 6, p. 199, 2006.

NEIVA, M. C. C.; GOMIDE, P. I. C. Práticas educativas parentais em famílias de adolescentes em conflito com a lei. **Estud de Psicologia** / Campinas, v. 22, p. 263-275.

NERY, S. S. S.; SOUZA, W. L.; LUCENA, J. M. S.; SANTOS, J. C.; NUNES, A. P.; GUIMARÃES, M. C. F.; BRITO, A. F. Comportamentos de Risco à Saúde em adolescentes: uma associação entre o Tempo de Televisão e uso de álcool. **Motri.**, Ribeira de Pena, v. 16, n. 2, p. 184-195, jun. 2020. Disponível em <http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-107X2020000200184&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun. 2022. <https://doi.org/10.6063/motricidade.18278>.

NEUFELD, C.B. (2015). **Terapia cognitivo comportamental em grupo para crianças e adolescentes**. (1a ed). Porto Alegre: Artmed.

NEWMAN, S. L.; TUMIN, R.; ANDRIDGE, R.; ANDERSON, S. E. Family Meal Frequency and Association with Household Food Availability in United States Multi-Person Households: National Health and Nutrition Examination Survey 2007-2010. **Plos One**, v. 12, p. e0144330, 2015.

NILSON, E. A. F.; ANDRADE, R. C. S.; BRITO, D. A.; OLIVEIRA, M. L. Custos atribuíveis à obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Rev Panam de Salud Pública**, v. 44, p. e32, 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51945>. Acesso em: 10 fev. 2023.

NIMTZ, M. A.; TAVARES, A. M. F. MAFTUM, M. ALVES.; FERREIRA, A. C. Z.; CAPISTRANO, F. C. Impactos legais e no trabalho na vida do dependente químico. SMAD, **Re Electr Saúde Mental Álcool Drog**. (Ed. port.) [online], v. 12, n. 2, p. 68-74, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762016000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 out. 2020. ISSN 1806-6976. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v12i2p65-74>.

NKANSAH-AMANKRA, S.; DIEDHIOU, A.; AGBANU, H.; HARROD, C.; DHAWAN, A. Correlates of Sexual Risk Behaviors Among High School Students in Colorado: Analysis and Implications for Schoolbased HIV/AIDS Programs. **Matern and Child Health Jour**, v. 15, p. 730-741, 2010. doi: 10.1007/s10995-010-0634-3.

NUNES, P. P. B.; ABDON, A. P. V.; BRITO, C. B.; SILVA, F. V. M.; SANTOS, I. C. A.; MARTINS, D. Q.; MEIRA, P. M. F.; FROTA, M. A. Fatores relacionados à dependência do smartphone em adolescentes de uma região do Nordeste brasileiro. **Ciênc Saúde Coletiva** [Internet], v. 26, n. 7, 2749–58, 2021. doi.org/10.1590/1413-81232021267.08872021.

OGDEN, C. L.; CARROLL, M. D.; FRYAR, C. D.; FLEGAL, K. M. Prevalence of obesity among adults and youth: United States, 2011-2014. **NCHS Data Brief**. n. 219, p. 1-8, 2015.

OLIVEIRA, T. F. S. (2018). **Desempenho escolar, atividade física, aptidão cardiorrespiratória e síndrome metabólica em crianças e adolescentes**. Dissertação (Doutoramento em Atividade Física e Saúde) - Faculdade de Desporto da Universidade do Porto. Porto, 2017.

OLIVEIRA, G.; DA SILVA, I. B.; DE OLIVEIRA, E. R. A. O sono na adolescência e os fatores associados ao sono inadequado. **Rev Bras de Pesq em Saúde**, v. 21, n. 1, p. 135-145, 2019. DOI:<https://doi.org/10.21722/rbps.v21i1.26477>. Disponível em: <http://teste.periodicos.ufes.br/rbps/article/view/26477>. Acesso em: 30 jan 2020.

OLIVEIRA, F. L. C.; ESCRIVÃO, M. A. M. S.; TADDEI, J. A. A. C.; A. C.; LOPEZ, F. A. Obesidade exógena na infância e na adolescência. **Jorn de Pediat**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 3, s.305, 2000.

OLIVEIRA, L.; BRAGA, F.; LEMES, V.; DIAS, A.; BRAND, C.; MELLO, J.; GAYA, A.; GAYA, A. Effect of an intervention in Physical Education classes on health related levels of physical fitness in youth. **Rev Bras Ativ Fís e Saúde**, v. 22, n. 1, p. 46-53, 2017. doi.org/10.12820/rbafs.v.22n1p46-53.

OLIVEIRA-CAMPOS, M.; NUNES, M, L.; MADEIRA, F. C.; SANTOS, M, G.; BREGMANN, S. R.; MALTA, D. C.; GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Sexual behavior among Brazilian adolescents, National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). **Rev Bras Epidemiol**, v. 17, Suppl 1, p. 116-30, 2014. doi: 10.1590/1809-4503201400050010. PMID: 25054258.

OMS. Organização Mundial da Saúde. KRUG, Etienne G. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Global status report on alcohol and health 2018**. Genebra, Suíça: Organização Mundial da Saúde, 2018.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Centro de mídia da OMS. **Ficha informativa sobre tabaco 2020**. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>. Acesso em 09 de novembro de 2020

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Guias orientadores de boa prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**. Volume I, Série I, nº3.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Memoria de la Cuarta Reunión de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud**. Serie Promoción de la Salud no 11. Washington, D.C.: OPS; p. 214-218, 2006.

ORTEGA, F. B.; RUIZ, J. R.; CASTILLO, M. J. Actividad física, condición física y sobrepeso en niños y adolescentes: evidencia procedente de estudios epidemiológicos. **Endoc y Nutrición**, v. 60, n. 8, p. 458-69, 2013.

OTAVIO, R. V.; LYRA, C. R.; DIAS, T. C.; BRANCO, B. H. M.; MACHADO, M. C.; ARAÚJO, C. G. A. Influência da massa magra na apnéia do sono em crianças e adolescentes com excesso de peso: resultados parciais. In: **XI EPCC - Encontro Internacional de Produção Científica** (29 à 30 de Outubro de 2019). Anais. Disponível em: <http://rdu.unicesumar.edu.br/handle/123456789/3959>. Acesso em: 05 de jun de 2022.

OWENS, J. *et al.* Insufficient sleep in adolescents and young adults: an update on causes and consequences. **Pediatrics**, v. 134, n. 3, p. e921-e932, 2014. Disponível em: <https://pediatrics.aappublications.org/content/134/3/e921.short>. Acesso em: 13 set. 2020.

PAIM, B.; DESCONSI, K.; OLIVEIRA, T. S. A epidemiologia da obesidade e sobrepeso na adolescência: uma revisão sistemática. **Rev Gestão e Conhecimento**, v. 16, n. 1, p. 54–66, 2022. <https://doi.org/10.55908/RGCV16N1-005>.

PAIVA, P. C. P.; PAIVA, H. N.; LAMOUNIER, J. A.; FERREIRA, E. F.; CÉSAR, C. A. S.; ZARZAR, P. M. Consumo de álcool em binge por adolescentes escolares de 12 anos de idade e sua associação com sexo, condição socioeconômica e consumo de álcool por melhores amigos e familiares. **Ciênc Saúde Coletiva**. [Internet]. v. 20, n. 11, p. 3427-35, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152011.18792014>.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. Artmed Editora, 2013.

PAPE, H.; ROSSOW, I.; STORVOLL, E. E. Is Drinking with Parents Associated with High-Risk Drinking among Adolescents? European Addiction Research. **Eur Addict Res**, v. 21, p. 291-9, 2015.

PARK, S.; KIM, Y. Prevalence, correlates, and associated psychological problems of substance use in Korean adolescents. **BMC Public Health**, v. 16, p. 79, 2016.

PARUTHI, S.; BROOKS, L. J.; D'AMBROSIO, C.; HALL, W. A.; KOTAGAL, S.; LLOYD, R. M.; MALOW, B. A.; MASKI, K.; NICHOLS, C.; QUAN, S. F.; ROSEN, C. L.; TROESTER, M. M.; WISE, M. S. Recommended amount of sleep for pediatric populations: a consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine. **Jour of Clini Sleep Medic**, v. 12, n. 6, p.785-786, 2016. DOI: 10.5664/jcsm.5866. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4877308/#!po=64.2857>. Acesso em: 08 set 2020. doi: 10.5664/jcsm.5866.

PASSOS, M. D.; GUGELMIN, S. A.; CASTRO, I. R. R. Social representations of the body: a study of adolescents in the city of Rio de Janeiro, Brazil. **Cad Saúde Pública** [Internet]. v. 29, n. 12, p. 2383-93, 2013. doi.org/10.1590/0102-311X00027513.

PASSOS, M. H.; SILVA, H. A.; PITANGUI, A. C.; OLIVEIRA, V. M.; LIMA, A. S.; ARAÚJO, R. C. Reliability and validity of the Brazilian version of the Pittsburgh Sleep Quality Index in adolescents. **J Pediatr** (Rio J). v. 93, n. 2, p. 200-206, 2017. doi: 10.1016/j.jpmed.2016.06.006.

PATE, R. R.; MITCHELL, J. A.; BYUN, W.; DOWDA, M. Sedentary behaviour in youth. **Br J Sports Med**, v. 45, n. 11, p. 906-13, 2011. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2011-090192>

PATTON, G. C.; SAWYER, S. M.; SANTELLI, J. S.; ROSS, D. A.; AFIFI, R.; ALLEN, N. B.; ARORA, M.; AZZOPARDI, P.; BALDWIN, W.; BONELL, C.; KAKUMA, R.; KENNEDY, E.; MAHON, J.; MCGOVERN, T.; MOKDAD, A. H.; PATEL, V.; PETRONI, S.; REAVLEY, N.; TAIWO, K.; WALDFOGEL, J.; WICKREMARATHNE, D.; BARROSO, C.; BHUTTA, Z.; FATUSI, A. O.; MATTOO, A.; DIERS, J.; FANG, J.; FERGUSON, J.; SSEWAMALA, F.; VINER, R. M. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. **Lancet**, v. 387, n. 10036, p. 2423-78, 2016. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00579-1.

PEARSON, N.; HAYCRAFT, E.; JOHNSTON, J. P.; ATKIN, A. J. Sedentary behaviour across the primary-secondary school transition: A systematic review. **Prev Med** (Baltim), v. 94, p. 40–47, 2017. Doi: 10.1016/j.ypmed.2016.11.010.

PEARSON, N.; SHERAR, L. B.; HAMER, M. Prevalence and correlates of meeting sleep, screen-time, and physical activity guidelines among adolescents in the United Kingdom. **JAMA Pediatr.**, v. 173, n. 10, p. 993-4, 2019.

PELEG-OREN, N.; CARDENAS, G. A.; COMERFORD, M.; GALEA, S. An association between bullying behaviors and alcohol use among middle school students. **J Early Adolesc**, v. 32, p. 761-75, 2012.

PELTZER, K. Early sexual debut and associated factors among in-school adolescents in eight African countries. **Acta Paediatrica**, v. 99, p. 1242-1247, 2010. doi: 10.1111/j.1651-2227.2010.01874.x.

PELTZER, K.; PENGPID, S. Risk and Protective Factors Affecting Sexual Risk Behavior Among School-Aged Adolescents in Fiji, Kiribati, Samoa, and Vanuatu. **Asia Pac Jour of Public Health**, v. 28, p. 404-415, 2016. doi: 10.1177/1010539516650725.

PENA, G. G.; MENDES, J. C. L.; SILVEIRA, A. P.; MARTINS, T. C. R.; VIEIRA, R. G.; SOUZA E SILVA, N. S. S.; SILVA, R. R. V. Health-harmful behaviors among adolescents in Brazil's government school network. **Adolesc Saude**, v. 13, n. 1, p. 36-50, 2016.

PENSE. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2019**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101852.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2022.

PEREIRA, E. F.; BERNARDO, M. P.; D'AMEIDA, V.; LOUZADA, F. M. Sleep, work, and study: sleep duration in working and non-working students. **Cad Saude Publica**. v. 27, n. 5, p. 975-84, 2011.

PEREIRA, C. M.; SILVA, A. L.; SÁ, M. I. Fatores que influenciam os comportamentos alimentares: questionário das escolhas alimentares dos adolescentes. **Psic saúde e doenças (Lisboa)**, v. 16, n. 3, p. 421-438, 2015.

PERETTI-WATEL, P.; SPIRE, B.; LERT, F.; OBADIA, Y. The VESPA Group. Drug use patterns and adherence to treatment among HIV-positive patients: evidence from a large sample of French outpatients (ANRS-EN12-VESPA 2003). **Drug Alcohol Depend**, v. 82, n. 1, p. S71-S80, 2006.

PETROSKI, E. L.; PELEGRINI, A. Associação entre o estilo de vida dos pais e a composição corporal dos filhos adolescentes. **Rev Paul de Pediatr** v. 27, n. 1, 2009.

PHEBO, L.; MOURA, A. T. M. S. Violência urbana: um desafio para o pediatra. **J Pediatr (Rio J.)**, v. 81, n. 5, p. 187-96, 2005. DOI:10.1590/S0021-75572005000700009.

PINTO, I. V.; BARUFALDI, L. A.; CAMPOS, M. O.; MALTA, D. C.; SOUTO, R. M. C. V.; FREITAS, M. G.; LIMA, C. M.; ANDREAZZI, M. A. R. Tendências de situações de violência vivenciadas por adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2009, 2012 e 2015. **Rev Bras Epidemiol**, v. 21, Suppl 1, p. e180014, 2018.

PIOLA, T. S.; BACIL, E. D. A.; PACÍFICO, A. B.; CAMARGO, E. M.; CAMPOS, W. (2020). Nível insuficiente de atividade física e elevado tempo de tela em adolescentes: impacto de fatores associados. **Ciênc & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 7, p. 2803–2812, 2020. doi.org/10.1590/1413-81232020257.24852018.

POLSKY, V. A. S. *et al.* **Obesidade: epidemiologia, etiologia e Prevenção**. In: Nutrição Moderna de Shils na Saúde e na Doença. 11. ed. Barueri: Manoele, 2016.

PONT, S. J.; PUHL, R.; COOK, S. R.; SLUSSER, W. Stigma Experienced by Children and Adolescents With Obesity. *Pediatrics*, v. 140, n. 6, p. e20173034, 2017. doi: 10.1542/peds.2017-3034.

POPKIN, B. M. The nutrition transition and obesity in the developing world. **J Nutr**, v. 131, p. 871S-3, 2001.

POPKIN, B. M. Contemporary nutritional transition: determinants of diet and its impact on body composition. **Proc Nutr Soc**, v. 70, n. 1, p. 82-91, 2011.

PORTO, D. R. M.; CAPPELLARI, G.; DA SILVA, M. L.; DOS SANTOS RONCATO, P. E. Prevenção do tabagismo e o papel das escolas: um estudo de caso. **Brazil Jour of Developm**, v. 4, n. 7, p. 4103-4127, 2018.

POT, G. K. **Sleep and dietary habits in the urban environment**: the role of chrononutrition. *Proceedings of the Nutrition Society*. v. 77, n. 3, p. 189-98, 2018.

PRIORE, S. E. *et al.* Aconselhamento ao Adolescente. In: GALISA, M. S. *et al.* **Educação alimentar e Nutricional**: da teoria à prática. Vila Mariana, SP: Roca, p. 85-23, 2014.

PUDER, J. J.; MUNSCH, S. Psychological correlates of childhood obesity. **Int J Obes** (Lond), v. 34, Suppl 2, p. S37-43, 2010.

RAPOSO, J. C. D. S.; COSTA, A. C. Q.; VALENÇA, P. A. M.; ZARZAR, P. M.; DINIZ, A. D. S.; COLARES, V.; FRANCA, C. Binge drinking and illicit drug use among adolescent students. **Rev de Saúde Pública**, v. 51, n. 83, p. 1-7, 2017. doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051006863>.

RAUNER, A.; MESS, F.; WOLL, A. The relationship between physical activity, physical fitness and overweight in adolescents: A systematic review of studies published in or after 2000. **BMC Pediatr.**, v. 13, p. 19, 2013.

REGIONAL CENTER FOR STUDIES ON THE DEVELOPMENT OF THE INFORMATION SOCIETY. (2019). **Ictkidsonlinebrazilsurvey**, 3-4.

REID, K. J.; BARON, K. G.; LU, B.; NAYLOR, E.; WOLFE, L.; ZEE, P.C. Aerobic exercise improves self-reported sleep and quality of life in older adults with insomnia. **Sleep Med**, v. 11, p. 934-40, 2010.

REILLY, J.J; KELLY, J. Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: systematic review. **Int J Obes.**, Londres, v. 35, n. 7, p. 891-898, 2011.

REIS, A. A. C.; MALTA, D. C.; FURTADO, L. A. C. Challenges for public policies aimed at adolescence and youth based on the National Scholar Health Survey (PeNSE). **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 23, n. 9, p. 2879-90, 2018. doi: 10.1590/1413-81232018239.14432018

REIS, M.; MATOS, M. (2007). Conhecimentos e atitudes face ao uso de métodos contraceptivos e à prevenção das ISTs em jovens. **Rev Lusóf de Ciênc e Tecnol da Saúde**, v. 4, n. 1, p. 23-35.

RENTZ-FERNANDES, A. R.; SILVEIRA-VIANA, M. D.; LIZ, C. M. D.; ANDRADE, A. Autoestima, imagem corporal e depressão de adolescentes em diferentes estados nutricionais. **Rev de Salud Pública**, v.19, n. 1, p. 66-72, 2017.

REUTER, C. P.; SILVA, P. T.; RENNER, J. D.; MELLO, E. D.; VALIM, A. R.; PASA, L.; DA SILVA, R.; BURGOS, M. S. Dyslipidemia is associated with unfit and overweight-obese children and adolescents. **Arq Bras Cardiol**, v. 106, n. 3, p. 188-93, 2016.

RIDGERS, N. D.; STRATTON, G.; FAIRCLOUGH, S. J. Assessing physical activity during recess using accelerometry. **Prev Med**, v. 41, n. 1, p. 102-7, 2005. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.10.023>.

ROCHA, J. C.; CALAIS, L. B. Medidas socioeducativas: uma análise sobre os marcadores sociais de jovens da Zona da Mata. **Revista Científica da FAMINAS**, 2014.

RODRIGUES, P. R. M., LUIZ, R. R.; MONTEIRO, L. S.; FERREIRA, M. G.; GONÇALVES-SILVA, R. M. V.; PEREIRA, R. A. Adolescents' unhealthy eating habits are associated with meal skipping. **Nutrition**, v. 42, p. 114-120.e1, 2017. doi: 10.1016/j.nut.2017.03.011.

ROJO-MORENO, L.; RUBIO, T.; PLUMED, J.; BARBERÁ, M.; SERRANO, M.; GIMENO, N.; GARCÍA-BLANCO, A.; VAZ-LEAL, F.; VILA, M. L.; LIVIANOS, L. Teasing and disordered eating behaviors in Spanish adolescents. **Eat Disord**, v. 21, p. 53-69, 2013.

ROMANO, M.; DUAILIBI, S.; PINSKY, I.; LARANJEIRA, R. Pesquisa de compra de bebidas alcoólicas por adolescentes em duas cidades do Estado de São Paulo. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 4, 2007. [dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000400001](https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000400001).

RONCA, D. B. **Estudo de risco cardiovascular em adolescentes (ERICA): análise da qualidade global da dieta**. In: Brasília Ud, editor. Brasília, 2017. p. 121

ROSA, L. M.; NASCIMENTO, A. A. C.; DIAS, A. L. F.; PEREIRA, M. F. R. Promoção da saúde na escola: prevenção da gravidez e de infecções sexualmente transmissíveis. **Braz J Hea Rev**, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 706-716 jan./feb. 2020.

ROVIO, S. P.; YANG, X.; KANKAANPAA, A.; AALTO, V.; HIRVENSALO, M.; TELAMA, R.; PAHKALA, K.; HUTRI-KÄHÖNEN, N.; VIIKARI, J.; OLLI T. RAITAKARI, RAITAKARI, O. T.; TAMMELIN, T. Longitudinal physical activity trajectories from childhood to adulthood and their determinants: The Young Finns Study. **Scand J Med Sci Sports**. v. 28, n. 3, p. 1073-83, 2018.

RUAN, H.; XUN, P.; CAI, W.; HE, K.; TANG, Q. Habitual Sleep Duration and Risk of Childhood Obesity: Systematic Review and Dose-response Meta-analysis of Prospective Cohort Studies. **Sci Rep**, v. 5, p. 16160, 2015. <https://dx.doi.org/10.1038%2Fsrep16160>.

RUDNICKI, R.; SPINELLI, R. B.; PEGORARO, G. Z.; SEGALLA, R. Qualidade da alimentação e hábitos alimentares de estudantes do primeiro ano do Ensino Médio de duas escolas de Erechim, RS. **Perspectiva**, Erechim. v. 43, n.161, p. 87-100, março/2019.

SALAS-WRIGHT, C. P.; NELSON, E. J.; VAUGHN, M. G.; REINGLE GONZALES, J. M.; CÓRDOVA, D. Trends in fighting and violence among adolescents in the United States, 2002-2014. **Am J Public Health**, v. 107, p. 977-82, 2017.

SALMON, J.; TREMBLAY, M. S.; MARSHALL, S. J.; HUME, C. Health risks, correlates, and interventions to reduce sedentary behavior in young people. **Am J Prev Med**, v. 41, n. 2, p. 197–206, 2011. Doi: 10.1016/j.amepre.2011.05.001.

SANSORES, R. H.; RAMÍREZ-VENEGAS, A. COPD in women: susceptibility or vulnerability? **Eur. Respir. J** [internet], v. 47, p. 19-22, 2016. Disponível em: <<http://erj.ersjournals.com/content/erj/47/1/19.full.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2022.

SANTANA, C. P.; NUNES, H. A. S.; SILVA, A. N.; AZEREDO, C. M. Associação entre supervisão parental e comportamento sedentário e de inatividade física em adolescentes brasileiros. **Ciênc & Saúde Colet**, v. 26, n. 2, p. 569-580, 2021.

SANTOS, A.; CARVALHO, C. V. Gravidez na adolescência: um estudo exploratório. **Bol Psicol**, São Paulo, v. 56, n. 125, p. 135-151, dez. 2006. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432006000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 jun. 2020.

SANTOS, R.; MOTA, J.; OKELY, A. D.; PRATT, M.; MOREIRA, C.; COELHO-SILVA, M. J.; VALE, S.; SARDINHA, L. B. The Independent Associations of Sedentary Behaviour and Physical Activity on Cardiorespiratory Fitness. **Br J Sports Med**, v. 48, n. 20, p. 1508-12, 2014. doi: 10.1136/bjsports-2012-091610.

SAUNDERS, T. J.; CHAPUT, J. P.; TREMBLAY, M. S. Sedentary behaviour as an emerging risk factor for cardiometabolic diseases in children and youth. **Can J Diabet**, v. 38, n. 1, p. 53-61, 2014.

SAVAGE, M. P.; HOLCOMB, D. R. Adolescent female athletes' sexual risk-taking behaviors. **J Youth Adolesc**, v. 28, n. 5, p. 595-60, 1999.

SCHERR, C.; HELAL, L.; FERRARI, F.; BELÉM, L. J.; FABIANO, L. C. C.; PINHEIRO, L. T.; STEIN, R. The Olympic Experimental Gymnasium Program and its association with the prevalence of cardiovascular risk factors in adolescents: a cross-sectional study. **Arq Bras Cardiol**, v. 112, n. 6, p. 775-781, 2019.

SCHUTZ, Q. C.; OLIVEIRA, V. M.; OLIVEIRA, C. S.; TRUCCOLO, A. B. **Triagem do uso de álcool por adolescentes entre 14 e 17 anos de idade**. doi 10.37885/220308196. Editora Científica Digital, 2022.

SCHWEIZER, A.; BERCHTOLD, A.; BARRENSE-DIAS, Y.; AKRE, C.; SURIS, J. C. Adolescents with a smartphone sleep less than their peers. **Eur J Pediatr**, v. 176, n. 1, p. 131-136, 2017.

SEDENTARY BEHAVIOUR RESEARCH NETWORK. Letter to the editor: standardized use of the terms "sedentary" and "sedentary behaviours." **Appl Physiol Nutr Metab Physiol Appl Nutr Metab**, v. 37, n. 3, p. 540-2, 2012.

SENA, B. S.; SILVA, A. P. F.; SILVA, A. L. F.; ANDRADE, M. I. S.; Dourado, K. F. Excesso de peso e fatores associados em crianças e adolescentes com fenilcetonúria: Uma Revisão Sistemática. **Rev Paul Pediatr**, v. 38, p. 9, 2020.

SENNA, S. R.; DESSEN, M. A. Contribuições das teorias do desenvolvimento humano para a concepção contemporânea da adolescência. **Psic Teor Pesq**, v. 28, n. 1, p. 101-8, 2012.

SHIN, S. H.; MILLER, D. P.; TEICHER, M. H. Exposure to childhood neglect and physical abuse and developmental trajectories of heavy episodic drinking from early adolescence into young adulthood. **Drug Alcohol Depend**, v. 127, n. 1-3, p. 31-38, 2013.

SHRESTHA, R.; KARKI, P.; COPENHAVER, M. Early Sexual Debut: A Risk Factor for STIs/HIV Acquisition Among a Nationally Representative Sample of Adults in Nepal. **Jour of Community Health**, v. 41, p. 70-77, 2015. doi: 10.1007/s10900-015-0065-6.

SIGMUNDOVÁ, D.; SIGMUND, E.; HAMRIK, Z.; KALMAN, M. Trends of overweight and obesity, physical activity and sedentary behaviour in Czech schoolchildren: HBSC study. **Eur J Public Health**, v. 24, p. 210-5, 2014.

SHABAN, L. H.; VACCARO, J. A.; SUKHRAM, S. D.; HUFFMAN, F. G. Perceived body image, eating behavior, and sedentary activities and body mass index categories in Kuwaiti female adolescents. **Intern Jour of Pediatr**, v. 2016, p. 1– 7, 2016. DOI: 10.1155/2016/1092819.

SILVA, D. A. S.; CHAPUT, J.; KATZMARZYK, P. T.; FOGELHOLM, M.; HU, G.; MAHER, C.; OLDS, T.; ONYWERA, V.; SARMIENTO, O. L.; STANDAGE, M.; TUDOR-LOCKE, C.; TREMBLAY, M. S. Physical education classes, physical activity, and sedentary behavior in children. **Med & Scien in Sports & Exerc**, v. 50, n. 5, p. 995-1004, 2018.

SILVA, G. S; LOURDES, L. A; BARROSO, K. A; GUEDES, H. M. Comportamento sexual de adolescentes escolares. **Reme**, revista mineira de enfermagem, v. 19.1, p. 154- 160, 2015. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/993>. Acessado em: 10, mar. 2022.

SILVA, K. L.; DIAS, F. L. A.; VIEIRA, N. F. C.; PINHEIRO, P. N. C. Reflexões acerca do abuso de drogas e da violência na adolescência. **Esc Anna Nery**, v. 14, n. 3, p. 605–610, 2010. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000300024>.

SILVA, M. L.; ROSA, S. S. **Jogos e música**: recursos terapêuticos ocupacionais no tratamento de adolescentes usuários de substâncias psicoativas. *Adolescência e Saúde*, p. 58-65, 2017.

SILVA, R. M. A.; BEZERRA, V. M.; MEDEIROS, D. S. Experimentação de tabaco e fatores associados entre adolescentes da zona rural de Vitória da Conquista, BA, Brasil. **Ciênc & Saúde Coletiva** [online]. v. 24, n. 2, p. 431-441, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.02962017>>. Acesso em: 03 jun. 2022. ISSN 1678-4561.

SILVA, A. O.; OLIVEIRA, L. M. F. T.; SANTOS, M. A. M.; TASSITANO, R. M. Tempo de tela, percepção da qualidade de sono e episódios de parassonia em adolescentes. **Rev Bras de Med do Esporte**, v. 23, n. 5, p. 375-379, 2017. DOI:10.1590/1517-869220172305163582.

SILVA, L. R. S. **Distribuição territorial do excesso de peso em adolescentes nas gerências regionais de saúde do estado de Pernambuco**. Monografia - Curso de Graduação em Nutrição do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, 2021. Acesso em: 30 de julho de 2023.

SMOUTER, L.; COUTINHO, S.; MASCARENHAS, L. Associação entre nível de atividade física e autoconceito de autoestima de adolescentes. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 455-464, 2019. doi.org/10.1590/1413-81232018242.34962016

SOARES, M. A. A.; ALVES, A. M. J. T.; SANTOS, A. M. R.; COSTA, G. E. A.; FARIAS, P. K. S.; FONSECA, V. S.; MARTINS, A. M. E. B. L. Prevalência e Caracterização do Consumo de Tabaco entre Adolescentes de Montes Claros, Minas Gerais, 2019-2020 / Prevalence and Characterization of Tobacco Use Among Adolescents from Montes Claros, Minas Gerais, 2019-2020 / Prevalencia y Caracterización del Consumo de Tabaco en Adolescentes de Montes Claros, Minas Gerais, 2019-2020. **Rev Bras Cancerol.** (Online), v. 68, n. 2, 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual de orientação: #MenosTelas #MaisSaúde**. 2019. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/_22246c-ManOrient_-_MenosTelas__MaisSaude.pdf>. Acesso em: 27 set. 2022.

SOUZA E SILVA, N. S., SILVA, R. R. V.; SANTOS, B. N.; SILVEIRA, M. F.; BRITO, M. F. S. F.; PINHO, L.; CANGUSSU, C. K. S.; SILVA, C. S. O. Prevalência dos níveis de atividade física e fatores associados entre adolescentes escolares. **Rev Bras Ativ Fís Saúde** [Internet]. v. 27, p. 1-9, 2022. Disponível em: <https://rbafs.emnuvens.com.br/RBAFS/article/view/14660>. Acesso em: 25 de jul. 2023.

SOUZA NETO, J. M.; COSTA, F. F.; BARBOSA, A. O.; PRAZERES FILHO, A.; SANTOS, E. V. O.; FARIAS JÚNIOR, J. C. Prática De Atividade Física, Tempo De Tela, Estado Nutricional E Sono Em Adolescentes No Nordeste Do Brasil. **Revista Paulista de Pediatria** : Órgão Oficial da Sociedade de Pediatria de São Paulo, v. 39, p. e2019138, 2021. doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2021/39/2019138.

STABELINI NETO, A.; BOZZA, R.; ULBRICH, A; MASCARENHAS, L. P. G.; BOGUSZEWSKI, M. C. S.; CAMPOS, W. Síndrome metabólica em adolescentes de diferentes estados nutricionais. **Arq Bras Endocrinol Metab** [Internet]. v. 56, n. 2, p. 104–9, 2012. doi.org/10.1590/S0004-27302012000200003.

STAGMAN, S.; SCHWARZ, S. W.; POWERS, D. **Adolescent Substance Use in the US: Facts for Policymakers**. Fact Sheet.National Center for Children in Poverty, 2011.

STEIL, W. F.; POLL, F. A. Estado nutricional, práticas e conhecimentos alimentares de escolares. **Cinergis**, v. 18, n. 3, p.222-225, 2017.

STEPHANINI, J. **Relação entre os níveis de atividade física (NAF) e o índice de massa corporal (IMC) em escolares do ensino médio**. 2021. 52f. Monografia. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Educação Física, Ijuí, 2021.

STRAATMANN, V.; OLIVEIRA, A. J.; ROSTILA, M.; LOPES, C. S. Changes in physical activity and screen time related to psychological well-being in early adolescence: findings from longitudinal study ELANA. **BMC Public Health**, v. 16, n. 1, p. 966-977, 2016. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3606-8>.

STURMAN, D. A.; MAGHADDAM, B. The neurobiology of adolescence: Changes in brain architecture, functional dynamics, and behavioral tendencies. **Neuro and Biobehavioral Reviews**, v. 35, n. 8, p. 1704–1712, 2011. doi: 10.1016/j.neubiorev.2011.04.003.

SVISCO, E.; SHANKS, C. B.; AHMED, S.; BARK, K. Variation of Adolescent Snack Food Choices and Preferences along a Continuum of Processing Levels: The Case of Apples. **Jour Foods**, n. 8, v. 50, p. 1-19, 2019.

SWENDSEN, J.; BURSTEIN, M.; CASE, B.; CONWAY, K. P.; DIERKER, L.; HE, J.; MERIKANGAS, K. R. Use and abuse of alcohol and illicit drugs in US adolescents: Results of the National Comorbidity Survey–Adolescent Supplement. **Arch of general psychiatry**, v. 69, n. 4, p. 390-398, 2012. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.1503.

TAQUETTE, S. R.; VILHENA, M. M.; PAULA, M. C. Doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: estudo de fatores de risco. **Rev da Soc Bras de Med Tropical**, v. 37, n. 3, p. 210-214, 2004.

TAROKH, L.; SALETIN, J. M.; CARSKADON, M. A. Sleep in adolescence: Physiology, cognition and mental health. **Neuro and Biobeh Reviews**. v. 70, p. 182–8, 2016. doi: 10.1016/j.neubiorev.2016.08.008.

TAVARES, J. M. A. D.; CAMPOS, E. O.; LOPES, R. B.; MOREIRA, R. S.; MOURA F. C.; COQUEIRO, N. F. R.; LIMA, A. S.; CALDEIRA, L. K.; RODRIGUES, N. S.; FERESA, B. S. (2022). Fatores de risco e prevenção dos transtornos de ansiedade na adolescência: uma revisão narrativa. **Rev Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 11, p. e11353. <https://doi.org/10.25248/reas.e11353.2022>.

TEIXEIRA, E.S.; PEREIRA, A.D.; CAETANO, I.T.; LAVORATO, V.N. Nível de atividade física e qualidade de vida de adolescentes de uma cidade do interior de Minas Gerais durante a pandemia do sars-cov-2. **Rev Científica UNIFAGOC**. V,6, n.1, p.79-85, 2021.

TENÓRIO, M. C. M.; BARROS, M. V. G.; TASSITANO, T. M. Atividade física e comportamento sedentário em adolescentes estudantes do ensino médio Physical activity and sedentary. **Rev Bras Epidemiol**, v. 13, n. 1, p. 105–17, 2010. Doi: 10.1590/S1415-790X2010000100010.

THOMAS, J. R.; NELSON, J. K.; SILVERMAN, S. J. **Métodos de pesquisa em Atividade Física**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

TORAL, N.; CONTI, M. A.; SLATER, B. A alimentação saudável na ótica dos adolescentes: percepções e barreiras à sua implementação e características esperadas em materiais educativos. **Cad Saude Publica**, v. 25, n. 11, p. 2386-2394, 2009.

TREMBLAY, M. S. Challenges in global surveillance of physical activity. **Lancet Child Adolesc Health**, v. 4, n. 1, p. 2-3, 2020. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(19\)30348-7](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30348-7).

TREMBLAY, M. S.; AUBERT, S.; BARNES, J. D.; SAUNDERS, T. J.; CARSON, V.; LATIMER-CHEUNG, A. E.; CHASTIN, S. F. M.; ALTENBURG, T. M.; CHINAPAW, M. J. M.; SBRN TERMINOLOGY CONSENSUS PROJECT PARTICIPANTS. Sedentary behavior research network (SBRN)—terminology consensus project process and outcome. **Inter Jour of Behav Nutr and Physical Activity**, v. 14, n. 1, p. 75, 2017.

TREMBLAY, M. S.; LEBLANC, A. G.; KHO, M. E.; SAUNDERS, T. J.; LAROUCHE, R.; COLLEY, R. C.; GOLDFIELD, G.; GORBER, S. C. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth. **Inter Jour of Behavioral Nutri and Physical Activity**, v. 8, n. 1, p. 98-119, 2011. doi.org/10.1186/1479-5868-8-98.

TURKE, K. C.; SARAIVA, D. J. B.; LANTIERI, C. J. B.; FERREIRA, J. F. M.; CHAGAS, A. C. P. Fatores de risco cardiovascular: o diagnóstico e prevenção devem iniciar nas crianças e adolescentes. **Rev Soc Cardiol**, v. 29, n. 1, p. 25-27, 2019.

TURNER, A.; LATKIN, C.; SONENSTEIN, F.; TANDON, S. Psychiatric disorder symptoms, substance use, and sexual risk behavior among African-American out of school youth. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 115, p. 67-73, 2011. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2010.10.012.

UNAIDS (2018). **Joint United Nations Programme on HIV/AIDS**. UNAIDS DATA 2018 Disponível em: <<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2018/unaids-data-2018>>. Acesso em: 27 de mai. 2022.

UNODC. **Relatório Mundial sobre Drogas 2019**: 35 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de transtornos por uso de drogas, enquanto apenas uma em cada sete pessoas recebe tratamento. 2019. Disponível em: <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2019/06/relatrio-mundial-sobre-drogas-2019_-35-milhes-de-pessoas-em-todo-o-mundo-sofrem-de-transtornos-por-uso-de-drogas--enquanto- apenas-1-em-cada-7-pessoas-recebe-tratamento.html>. Acesso em: 11 abr. 2022.

UNODC, Escritório das Nações Unidas Sobre Drogas e Crime. **Normas Internacionais Sobre a Prevenção do uso de Drogas**. 2012. Disponível em: <https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/noticias/2013/09/UNODC_Normas_Internacionais_PREVENCAO_portugues.pdf>. Acesso em: 06 set. 2020.

USDHHS. (2018). 2018 Physical activity guidelines advisory committee scientific report. **Washington, DC: U.S.** Department of Health and Human Services.

VALIM, G. G.; SIMIONATO, P.; GASCON, M. R. P. Alcohol consumption in adolescence: a literature review. **Adolesc Saúde** [Internet]. v. 14, n. 4, p. 184-94, 2017. Disponível em: <<https://cdn.publisher.gn1.link/adolescenciaesaude.com/pdf/v14n4a21.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2020.

VAN STRALEN, M. M.; YILDIRIM, M.; WULP, A.; TE VELDE, S. J.; VERLOIGNE, M.; DOESSEGGER, A.; ANDROUTSOS, O.; KOVÁCS, É.; BRUG, J.; CHINAPAW, M. J. Measured sedentary time and physical activity during the school day of European 10- to 12-year-old children: the ENERGY project. **J Sci Med Sport**. v. 17, n. 2, p. 201-6, 2014. doi: 10.1016/j.jsams.2013.04.019. Epub 2013 May 24. Erratum in: **J Sci Med Sport**. v. 17, n. 4, p. 450, 2014. PMID: 23707474.

VAQUERO-CRISTÓBAL, R.; ALACID, F.; MUYOR, J. M.; LÓPEZ-MIÑARRO, P. Á. [Body image; literature review]. **Nutrición Hospitalaria**. 2013.

VASCONCELLOS, M. B.; ANJOS, L. A.; VASCONCELLOS, M. T. L. Estado nutricional e tempo de tela de escolares da Rede Pública de Ensino Fundamental de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad De Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 713–722, 2013. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000400009>.

VIEGAS, C. A. A. Diretrizes para a cessação do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 30, n. 2, p. 2-76, 2004.

VIEIRA, P. C.; AERTS, D. R. G. C.; FREDDO, S. L.; BITTENCOURT, A.; MONTEIRO, L. Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares em município do Sul do Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 24, n. 11, p. 2487–98, 2008. doi.org/10.1590/S0102-311X2008001100004.

VIEIRA, D. L.; DIEHL, A. **Sexualidade, uso, abuso, e dependência de substâncias psicoativas**. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira, R, organizadores. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 243-277, 2011.

VIEIRA, V. C. C. R; PRIORE, S. E.; RIBEIRO, S. M. R.; FRANSCSCHINI, S. C. C.; ALMEIDA, L. P. Perfil socioeconômico, nutricional e de saúde de adolescentes recém-ingressos em uma universidade pública brasileira. **Rev. Nutrição**. v.15, n.3 Campinas Sept. 2002.

VIGITEL. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. BRASIL, M. S. 2018.

VIGNA-TAGLIANTI, F.; ALESINA, M.; DAMJANOVIĆ, L.; MEHANOVIĆ, E.; AKANIDOMO, I.; PWAJOK, J.; PRICHARD, G.; VAN DER KREEFT, P.; VIRK, H. K.; UNPLUGGED NIGERIA COORDINATION GROUP. Knowledge, attitudes and behaviors on tobacco, alcohol and other drugs among Nigerian secondary school

students: differences by geopolitical zones. **Drug Alcohol Rev**, v. 38, n. 6, p. 712-24. <https://doi.org/10.1111/dar.12974>.

WADOLOWSKI, M.; HUTCHINSON, D.; BRUNO, R.; AIKEN, A.; NAJMAN, J. M.; KYPRI, K.; SLADE, T.; MCBRIDE, N.; MATTICK, R. P. Parents Who Supply Sips of Alcohol in Early Adolescence: A Prospective Study of Risk Factors. **Pediatrics**, v. 137, n. 3, Mar. 2016.

WAISELSZ, J. **Mapa da violência 2012: crianças e adolescentes do Brasil**. Rio de Janeiro: FLACSO Brasil; 2012.

WANG, Y.; MONTEIRO, C.A.; POPKIN, B. M. Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China and Russia. **Am J Clin Nutr**, v. 74, p. 971-7, 2002.

WARREN, C. W.; JONES, N. R.; ERIKSEN, M. P.; ASMA, S. Global Tobacco Surveillance System (GTSS) collaborative group. Patterns of global tobacco use in young people and implications for chronic disease burden in adults. **Lancet**, v. 367, p. 749-53, 2006.

WEBB, H. J.; ZIMMER-GEMBECK, M. J.; WATERS, A. M.; FARRELL, L. J.; NESDALE, D.; DOWNEY, G. "Pretty Pressure" From Peers, Parents, and The Media: A Longitudinal Study of Appearance-Based Rejection Sensitivity. **J Res Adolesc**, v. 27, n. 4, p. 718-35, 2017.

WEBSTER, E. K.; MARTIN, C. K.; STAIANO, A. E. Fundamental motor skills, screen-time, and physical activity in preschoolers. **J Sport Health Sci**, v. 8, n. 2, p. 114-21, 2019. <https://doi.org/10.1016/j.jshs.2018.11.006>.

WHO. World Health Organization. **WHO child growth standards: length/height for age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age, methods and development**. Switzerland: WHO; 2006.

WHO. World Health Organization. **Physical activity** [Internet]. 2020. Disponível em: <<http://www.who.int/news-room/factsheets/detail/physical-activity>>. Acesso em: 06 mai 2021.

WHO. World Health Organization. **Global recommendations on physical activity for health**. Geneva; 2010; A: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf/ [2014 jul 5].

WHO. World Health Organization. **Population-based approaches to childhood obesity prevention**. Genebra: WHO; 2012.

WHO. World Health Organization. **Obesity and overweight. Fact sheet**. (citado em 10 nov 2016). Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en>>. Acesso em: 17 nov. 2022.

WHO. World Health Organization. **Consideration of the evidence on childhood obesity for the commission on ending childhood obesity. Report of the ad hoc working group on science and evidence for ending childhood obesity**. Geneva. 2016.

WHO. World Health Organization. **Obesity**. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1>. Acesso em: 14 jun. 2022.

WHO. World Health Organization. (2018). **Age - not the whole story**. Disponível em: <<https://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2/page2/age-not-the-whole-story.html>>. Acesso em: 20 jun. 2020.

WHO. World Health Organization. **WHO report on the global tobacco epidemic, 2019: offer help to quit tobacco use** [Internet]. Geneva: World Health Organization; p. 209, 2019. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326043/9789241516204-eng.pdf?ua=1>> . Acesso em: 13 mar. 2020.

WOA. World Obesity Atlas. **World Obesity Atlas 2023**. Disponível em: <<https://www.worldobesity.org/resources/resource-library/world-obesity-atlas-2023>>. Acesso em: 17 jun. 2023.

YANG, L.; CAO, C.; KANTOR, E. D.; NGUYEN, L. H.; ZHENG, X.; PARK, Y.; GIOVANNUCCI, E. L.; MATTHEWS, C. E.; COLDITZ, G. A.; CAO, Y. Trends in Sedentary Behavior among the US Population, 2001-2016. **JAMA - Jour of the Americ Med Association**, v. 321, n. 16, p. 1587–1597, 2019.

ZANCAN, C. R. B.; TONO, C. C. P. Hábitos dos adolescentes quanto ao uso das mídias digitais. **EDUCA – Rev Multi em Educação**, v. 5, n. 11, p. 98-119, 2018. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/f1f3/ec97107fca85dc10a75ff324d1f529dad82a.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2022.

ZANUTO, E. A. C.; CHRISTÓFARO, D. G. D.; FERNANDES, R. A. Qualidade de sono e suas associações com prática de exercícios físicos no lazer e excesso de peso entre servidores públicos. **Rev Bras Cineantrop Desempenho Hum**, v. 16, n. 1, p. 27-35, 2014.

ZAPPE, J. G.; ALVES, C. F.; DELL'AGLIO, D. D. Comportamentos de risco na adolescência: revisão sistemática de estudos empíricos. **Psicol em Rev**, Belo Horizonte, v. 24, n. 1, p. 79-100, abr. 2018.

ZAPPE, J. G.; DELL'AGLIO, D. D. Variáveis pessoais e contextuais associadas a comportamentos de risco em adolescentes. **J Bras Psiquiatr**, Rio de Janeiro, v. 65, n. 1, p. 44-52, Mar. 2016.

ZEGARRA, S.; BARRÓN, R.; MARQUÉS, C.; BERLANGA, J.; PALLÁS, C. Diferencias conductuales según género en convivencia escolar. **Psicothema**, v. 21, n. 3, p. 453–8, 2009.

ZHENG, M.; LAMB, K. E.; GRIMES, C.; LAWS, R.; BOLTON, K.; ONG, K. K.; CAMPBELL, K. Rapid weight gain during infancy and subsequent adiposity: a systematic review and meta-analysis of evidence. **Obes Rev**, v. 19, n. 3, p. 321-32, 2018. doi: 10.1111/obr.12632

ZUO, H.; SHI, Z.; YUAN, B.; DAI, Y.; HU, G.; WU, G.; HUSSAIN, A. Interaction between physical activity and sleep duration in relation to insulin resistance among non-diabetic Chinese adults. **BMC Public Health**, v. 12, p. 247, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – CARTA PARA AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA ESTADUAL DE EDUCAÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

Curitiba, 26 de abril de 2022.

Prezada Diretora, Gretchen Abreu Saenz Yamakawa

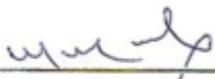
Vimos através deste documento, solicitar sua autorização para a realização da pesquisa intitulada **“Excesso de peso e comportamentos de risco à saúde: associação com níveis de atividade física em adolescentes de Quatro Barras, PR”**, nas escolas estaduais, do período diurno, da cidade de Quatro Barras/PR.

A pesquisa será conduzida pela professora Nayra Valentim Hein, aluna de mestrado do curso de Pós-Graduação *Stricto Sensu* do Departamento de Educação Física da UFPR, e orientada pelo Professor Doutor Wagner de Campos, Professor Adjunto do Departamento de Educação Física da Universidade Federal do Paraná.

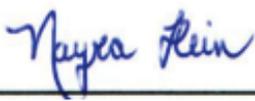
Este estudo tem como objetivo verificar a associação do excesso de peso e comportamentos de risco à saúde com níveis de atividade física em adolescentes, de 14 a 18 anos, de ambos os sexos, do ensino médio diurno, da rede pública de ensino, da cidade de Quatro Barras, PR. Para tanto, será aplicado um questionário englobando variáveis sociodemográficas, de atividade física, comportamentos de risco à saúde e sono, bem como será realizada a coleta de medidas antropométricas (peso e estatura).

A intenção da pesquisa é fornecer suporte epidemiológico e científico para que atenções sejam voltadas para esse grupo de adolescentes de 14 a 18 anos, possibilitando melhor conhecimento sobre seu estado de saúde relacionado aos comportamentos de risco à saúde e prática de atividade física.

Desde já agradecemos a atenção dispensada.



Prof. Dr. Wagner de Campos



Nayra Valentim Hein

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- PAIS E/OU RESPONSÁVEL LEGAL

O(A) adolescente, sob sua responsabilidade, está sendo convidado(a) por nós, Prof. Dr. Wagner de Campos e mestrand(a) Nayra Valentim Hein, pesquisadores do Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal do Paraná, a participar de um estudo intitulado "Excesso de peso e comportamentos de risco à saúde: associação com níveis de atividade física em adolescentes de Quatro Barras, PR". A intenção da pesquisa é fornecer informações sobre o excesso de peso dos adolescentes e quais os principais comportamentos de risco à saúde que eles apresentam associados aos níveis de atividade física.

a) O objetivo desta pesquisa é verificar a associação do excesso de peso e comportamentos de risco à saúde com os níveis de atividade física de todos os adolescentes, de 14 a 18 anos, do ensino médio diurno, da rede pública de ensino da cidade de Quatro Barras, PR.

b) Caso o(a) senhor(a) autorize a participação do(a) adolescente nesta pesquisa, será necessário que ele(a) responda uma única vez o questionário e participe da avaliação antropométrica (peso e estatura) durante o período de aula. O questionário é composto por perguntas sobre atividade física e comportamentos de risco à saúde, tais como, comportamento sedentário, hábitos alimentares, consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo, consumo de drogas ilícitas, comportamento sexual de risco, violência, tempo de sono e tempo de mídia digital.

c) Para tanto, todos os procedimentos ocorrerão dentro do ambiente escolar. Como já mencionado, será aplicado um questionário, na sala de aula, em horário de aula, com a presença do professor responsável pela turma e de um ou mais membros pesquisadores da equipe de coleta. Na sequência, serão realizadas medidas antropométricas (peso e estatura), em sala reservada, com a presença de 2 avaliadores. O tempo necessário a ser destinado para essas etapas da pesquisa é de aproximadamente 90 minutos.

d) É possível que o(a) adolescente experimente algum desconforto no preenchimento do questionário, pois poderá se sentir cansado ao responder as perguntas ou não se sentir vontade para respondê-las e poderá se sentir constrangido no momento da avaliação antropométrica, pois será solicitado permanecer com roupas leves. Caso isto ocorra, a pesquisa será interrompida ou suspensa se assim desejado.

e) Os riscos da pesquisa são mínimos devido ao fato de que a obtenção de dados ocorrerá através de questionário e avaliação antropométrica. Porém, não é descartado que ocorram por se tratar de pesquisa com adolescentes com diferentes personalidades, realidades, biotipos. Entretanto, para amenizar quaisquer desconfortos, o participante será lembrado da não obrigatoriedade da participação da pesquisa e que há a possibilidade de desistência em qualquer momento da coleta de dados, onde todos os dados serão mantidos em sigilo.

i) Os benefícios esperados com este estudo são identificar os indivíduos com excesso de peso e que apresentam comportamentos de risco à saúde. Além disso, identificar associação entre estes comportamentos com os níveis de atividade física. Futuramente, projetos de intervenção poderão ser elaborados, bem como a promoção de políticas públicas para modificação de comportamento.

j) Se você tiver dúvidas com relação ao estudo ou aos riscos relacionados a ele, você deve contatar o pesquisador principal Wagner de Campos, pelo telefone (41) 3381-3072 e pelo e-mail: wagner-campos@hotmail.com, no endereço Avenida Coronel Francisco Heráclito dos Santos, 100 – CEP 81531-980 UFPR/Campus Centro Politécnico, ou membro de sua equipe Nayra Valentim Hein, pelo celular (41) 99257-0705 e pelo e-mail: nayrahein@gmail.com ou no Departamento de Educação Física, na sala do Centro de Estudos de Atividade Física e Saúde (CEAFS) – térreo, no endereço Avenida Coronel Francisco Heráclito dos Santos, 100 – CEP 81531-980 UFPR/Campus Centro Politécnico.

Rúbricas:	Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal _____
	Pesquisador Responsável _____
	Orientador _____

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 | 1º andar | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 | cometica.saude@ufpr.br – telefone (041) 3360-7259

k) A participação de seu filho neste estudo é voluntária e, se você não quiser que seu filho faça parte dele, poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. Se você estiver de acordo em participar, podemos garantir que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizadas neste trabalho, para isso quando os resultados forem publicados, o nome do seu filho não aparecerá e sim um código. Posteriormente ao processo de coleta de dados da pesquisa, será encaminhado às escolas um relatório com todos os resultados dos alunos participantes da pesquisa com informações sobre excesso de peso, comportamentos de risco à saúde e níveis de atividade física (sem a identificação dos mesmos, com o intuito de poderem implementar futuros cuidados e repassarem para os pais). Os resultados da pesquisa serão publicados em revistas científicas específicas ou apresentados em reuniões científicas, congressos, jornadas, etc., independentemente dos resultados serem favoráveis ou não.

l) O material obtido através de questionário e avaliação antropométrica (peso e estatura) será utilizado unicamente para essa pesquisa, ficando armazenado e, após 5 anos do término do estudo ele será descartado (Resol. 441/2011, 468/2012 e 510/2016).

o) As despesas necessárias para a realização da pesquisa, como deslocamento dos pesquisadores até os colégios não terão custos por parte dos participantes e o(a) adolescente não receberá qualquer valor em dinheiro por sua participação.

p) Se você tiver dúvidas sobre os direitos do adolescente como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo e-mail cometica.saude@ufpr.br e/ou telefone 41 – 3360-7259, das 08:30h às 11:00h e das 14:00h às 18:00h. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo para o qual autorizo a participação do(a) adolescente sob minha responsabilidade. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que somos livres para interromper a participação a qualquer momento sem justificar nossa decisão e sem qualquer prejuízo para mim e para o(a) adolescente.

Eu autorizo, de maneira voluntária, a participação do(a) adolescente sob minha responsabilidade no estudo proposto.

Quatro Barras, ___ de _____ de _____

[Assinatura do Pai ou Responsável Legal]

Eu declaro ter apresentado o estudo, explicado seus objetivos, natureza, riscos e benefícios e ter respondido da melhor forma possível às questões formuladas.

[Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE]

Pesquisadores:

Nayra Valentim Hein (41) 3361-3072 / 99257-0705 (08h00 às 18h00)
E-mail: nayrahein@gmail.com

Wagner de Campos (41) 3361-3072 (08h00 às 18h00)
E-mail: wagner-campos@hotmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 | 1º andar | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 | cometica.saude@ufpr.br – telefone (041) 3360-7259

APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (MAIORES DE 18 ANOS)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) por nós, Prof. Dr. Wagner de Campos e mestrandas Nayra Valentim Hein, pesquisadores do Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal do Paraná, a participar de um estudo intitulado "Excesso de peso e comportamentos de risco à saúde: associação com níveis de atividade física em adolescentes de Quatro Barras, PR". A intenção da pesquisa é fornecer informações sobre o excesso de peso dos adolescentes e quais os principais comportamentos de risco à saúde que eles apresentam associados aos níveis de atividade física.

a) O objetivo desta pesquisa é verificar a associação do excesso de peso e comportamentos de risco à saúde com os níveis de atividade física de todos os adolescentes, de 14 a 18 anos, do ensino médio diurno, da rede pública de ensino da cidade de Quatro Barras, PR.

b) Caso você concorde em participar da pesquisa, será necessário responder uma única vez o questionário e participar de uma avaliação antropométrica (peso e estatura) durante o período de aula. O questionário é composto por perguntas sobre atividade física e comportamentos de risco à saúde, tais como, comportamento sedentário, hábitos alimentares, consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo, consumo de drogas ilícitas, comportamento sexual de risco, violência, tempo de sono e tempo de mídia digital.

c) Para tanto, todos os procedimentos ocorrerão dentro do ambiente escolar. Como já mencionado, será aplicado um questionário, na sala de aula, em horário de aula, com a presença do professor responsável pela turma e de um ou mais membros pesquisadores da equipe de coleta. Na sequência, serão realizadas medidas antropométricas (peso e estatura), em sala reservada, com a presença de 2 avaliadores. O tempo necessário a ser destinado para essas etapas da pesquisa é de aproximadamente 90 minutos.

d) É possível que você experimente algum desconforto no preenchimento do questionário, pois poderá se sentir cansado ao responder as perguntas ou não se sentir a vontade para respondê-las e poderá se sentir constrangido no momento da avaliação antropométrica, pois será solicitado permanecer com roupas leves. Caso isto ocorra, a pesquisa será interrompida ou suspensa se assim desejado.

e) Os riscos da pesquisa são mínimos devido ao fato de que a obtenção de dados ocorrerá através de questionário e avaliação antropométrica. Porém, não é descartado que ocorram por se tratar de pesquisa com adolescentes com diferentes personalidades, realidades, biotipos. Entretanto, para amenizar quaisquer desconfortos, você será lembrado (a) da não obrigatoriedade da participação da pesquisa e que há a possibilidade de desistência em qualquer momento da coleta de dados, onde todos os dados serão mantidos em sigilo.

i) Os benefícios esperados com este estudo são identificar os indivíduos com excesso de peso e que apresentam comportamentos de risco à saúde. Além disso, identificar associação entre estes comportamentos com os níveis de atividade física. Futuramente, projetos de intervenção poderão ser elaborados, bem como a promoção de políticas públicas para modificação de comportamento.

j) Se você tiver dúvidas com relação ao estudo ou aos riscos relacionados a ele, você deve contatar o pesquisador principal Wagner de Campos, pelo telefone (41) 3361-3072 e pelo e-mail: wagner-campos@hotmail.com, no endereço Avenida Coronel Francisco Heráclito dos Santos, 100 – CEP 81531-980 UFPR/Campus Centro Politécnico, ou membro de sua equipe Nayra Valentim Hein, pelo celular (41) 99257-0705 e pelo e-mail: nayrahein@gmail.com ou no Departamento de Educação Física, na sala do Centro de Estudos de Atividade Física e Saúde (CEAFS) – Térreo, no Endereço Avenida Coronel Francisco Heráclito dos Santos, 100 – CEP 81531-980 UFPR/Campus Centro Politécnico.

Rúbricas:	Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal _____ Pesquisador Responsável _____ Orientador _____
-----------	--

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 | 1º andar | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 | cometica.saude@ufpr.br – telefone (041) 3360-7259

k) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. Se você estiver de acordo em participar, podemos garantir que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizadas neste trabalho, para isso quando os resultados forem publicados, o seu nome não aparecerá e sim um código. Posteriormente ao processo de coleta de dados da pesquisa, será encaminhado às escolas um relatório com todos os resultados dos alunos participantes da pesquisa com informações sobre excesso de peso, comportamentos de risco à saúde e níveis de atividade física (sem a identificação dos mesmos, com o intuito de poderem implementar futuros cuidados e repassarem para os pais). Os resultados da pesquisa serão publicados em revistas científicas específicas ou apresentados em reuniões científicas, congressos, jornadas, etc., independentemente dos resultados serem favoráveis ou não.

l) O material obtido através de questionário e avaliação antropométrica (peso e estatura) será utilizado unicamente para essa pesquisa, ficando armazenado e, após 5 anos do término do estudo ele será descartado (Resol. 441/2011, 466/2012 e 510/2016).

o) As despesas necessárias para a realização da pesquisa, como deslocamento dos pesquisadores até os colégios não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

p) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo e-mail cometica.saude@ufpr.br e/ou telefone 41 – 3360-7259, das 08:30h às 11:00h e das 14:00h às 18:00h. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e o objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim. Fui informado que serei atendido sem custos.

Eu concordo, voluntariamente, em participar deste estudo.

Quatro Barras, ____ de _____ de _____

[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

Eu declaro ter apresentado o estudo, explicado seus objetivos, natureza, riscos e benefícios e ter respondido da melhor forma possível às questões formuladas.

[Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE]

Pesquisadores:

Nayra Valentim Hein (41) 3361-3072 / 99257-0705 (08h00 às 18h00)
E-mail: nayrahein@gmail.com

Wagner de Campos (41) 3361-3072 (08h00 às 18h00)
E-mail: wagner-campos@hotmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 | 1º andar | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 | cometica.saude@ufpr.br – telefone (041) 3360-7259

APÊNDICE 4 – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Maiores de 12 anos e menores de 18 anos)

Título do Projeto: EXCESSO DE PESO E COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE: ASSOCIAÇÃO COM NÍVEIS DE ATIVIDADE FÍSICA EM ADOLESCENTES DE QUATRO BARRAS, PR.

Pesquisador responsável: Prof. Dr. Wagner de Campos.

Local da Pesquisa: colégios estaduais de Quatro Barras, PR.

O que significa assentimento?

- a) O assentimento significa que você concorda em fazer parte de um grupo de adolescentes, da sua faixa de idade, para participar de uma pesquisa.
- b) Depois de compreender do que se trata o estudo e se concordar em participar dele você pode assinar este documento.
- c) Serão respeitados seus direitos e você receberá todas as informações sobre o estudo, por mais simples que possam parecer.
- d) Pode ser que este documento denominado TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO contenha palavras que você não entende. Por favor, peça ao responsável pela pesquisa ou à equipe do estudo para explicar qualquer palavra ou informação que você não entenda claramente.

Informação ao participante: o que é uma pesquisa?

- a) Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa, com o objetivo de verificar a associação do excesso de peso e comportamentos de risco à saúde com os níveis de atividade física de todos os adolescentes, de 14 a 18 anos, do ensino médio diurno, da rede pública de ensino da cidade de Quatro Barras, PR.
- b) Uma pesquisa pode ser definida como um conjunto de atividades orientadas e planejadas para a construção do conhecimento humano. Esta pesquisa será feita nos colégios estaduais, por se tratar de um estudo envolvendo adolescentes do período diurno da rede pública de ensino da cidade de Quatro Barras, PR.
- c) A pesquisa objetiva identificar os fatores que podem explicar o aumento do excesso de peso e dos comportamentos de risco à saúde e a diminuição dos níveis de atividade física em adolescentes e com isso promover intervenções para modificação de comportamento.
- d) O principal benefício deste estudo é a identificação dos fatores que podem explicar o aumento do excesso de peso e dos comportamentos de risco à saúde e a diminuição dos níveis de atividade física em adolescentes estudantes da rede estadual de Quatro Barras, PR e, a partir disso, elaboração de projetos para melhorias voltados para a saúde dessa população.
- e) Dentre os possíveis riscos estão o desconforto no preenchimento do questionário, pois o participante poderá se sentir cansado ao responder as perguntas ou não se sentir a vontade para respondê-las e poderá se sentir constrangido no momento da avaliação antropométrica, pois será solicitado permanecer com roupas leves (exemplo: camiseta e calça – retirar casacos pesados). Os riscos da pesquisa são mínimos devido ao fato de que a obtenção de dados ocorrerá através de questionário e avaliação antropométrica. Entretanto, pode surgir algum desconforto em seu preenchimento e na avaliação e, para amenizar tal situação, você será lembrado (a) da não obrigatoriedade da participação da pesquisa e que há a possibilidade de desistência em qualquer momento da coleta de dados, onde todos os dados serão mantidos em sigilo. Posteriormente ao processo de coleta de dados da pesquisa, será encaminhado às escolas um relatório com todos os resultados dos alunos participantes da pesquisa com informações sobre excesso de peso, comportamentos de risco à saúde e níveis de atividade física (sem a identificação dos mesmos, com o intuito de poderem implementar futuros cuidados e repassarem para os pais).
- f) Para realizar a pesquisa, primeiramente, será aplicado um questionário na sala de aula, em horário de aula, com a presença do professor responsável pela turma e de um ou mais membros pesquisadores da equipe de coleta. Na sequência, serão realizadas medidas antropométricas (peso e estatura), em sala reservada, com a presença de 2 avaliadores. O tempo necessário a ser destinado para essas etapas da pesquisa é de aproximadamente 80 minutos.

Rúbricas:	Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal _____ Pesquisador Responsável _____ Orientador _____
-----------	--

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 | 1º andar |
 Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 | cometica.saude@ufpr.br – telefone (041) 3360-7259

Que devo fazer se eu concordar voluntariamente em participar da pesquisa?

g) Caso você aceite participar, será necessário você responder o questionário e participar das medições antropométricas.

h) A sua participação é voluntária. Caso você opte por não participar não terá nenhum prejuízo no seu atendimento e/ou tratamento. Se você sentir algum desconforto gerado pela pesquisa poderá desistir a qualquer momento. Se você estiver de acordo em participar, podemos garantir que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizadas neste trabalho, para isso quando os resultados forem publicados, o seu nome não aparecerá e sim um código. Os resultados da pesquisa serão publicados em revistas científicas específicas, ou apresentados em reuniões científicas, congressos, jornadas, etc., independentemente dos resultados serem favoráveis ou não.

i) Contudo, para participar, há necessidade de autorização dos seus pais/responsável legal autorizando a sua participação. Mas a decisão final é sua, OK?

De acordo com a Norma Operacional CNS 001/2013, item 3.4.1.15:

Você também pode assinalar o campo a seguir, para receber o resultado desta pesquisa, caso seja de seu interesse:

quero receber os resultados da pesquisa (e-mail para envio : _____)

não quero receber os resultados da pesquisa.

Contato para dúvidas

Se você ou os responsáveis por você tiverem dúvidas com relação ao estudo ou aos riscos relacionados a ele, você deve contatar o pesquisador principal Wagner de Campos pelo telefone (41) 3361-3072 e e-mail wagner-campos@hotmail.com, no endereço Avenida Coronel Francisco Heráclito dos Santos, 100 – CEP 81531-980 UFPR/Campus Centro Politécnico, ou membro de sua equipe Nayra Valentim Hein, pelo celular (41) 99257-0705 e e-mail: nayrahein@gmail.com, no Departamento de Educação Física, na sala do Centro de Estudos de Atividade Física e Saúde (CEAFS) – térreo, no endereço Avenida Coronel Francisco Heráclito dos Santos, 100 – CEP 81531-980 UFPR/Campus Centro Politécnico.

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como um participante de pesquisa, você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo e-mail cometica.saude@ufpr.br e/ou telefone 41 – 3360-7259 das 08:30h às 11:00 e das 14:00h às 16:00h. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 486/12 Conselho Nacional de Saúde). Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você deve contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná.

DECLARAÇÃO DE ASSENTIMENTO:

Eu li e discuti com o investigador responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar, e que posso interromper a minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Eu entendi a informação apresentada neste TERMO DE ASSENTIMENTO. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

Eu receberei uma via assinada e datada deste documento.

Quatro Barras, _____ de _____ de 2022

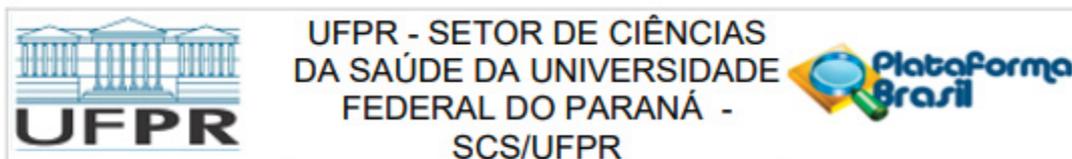
[Assinatura do(a) adolescente]

[Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TALE]

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 | 1º andar |
Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 | cometica.saude@ufpr.br – telefone (041) 3360-7259

ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EXCESSO DE PESO E COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE: ASSOCIAÇÃO COM NÍVEIS DE ATIVIDADE FÍSICA EM ADOLESCENTES DE QUATRO BARRAS,

Pesquisador: Wagner de Campos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 59501822.2.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Educação Física

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.497.803

Apresentação do Projeto:

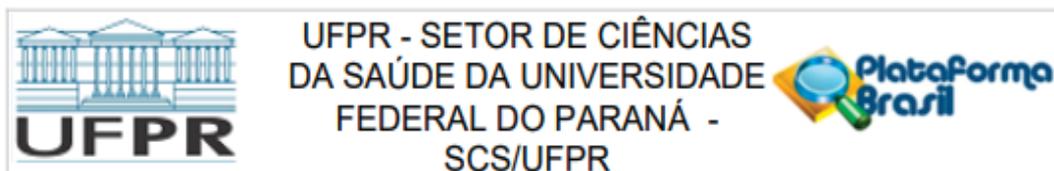
Trata-se do projeto de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Educação Física, nível mestrado, que visa verificar a associação do excesso de peso e comportamentos de risco à saúde com níveis de atividade física em adolescentes, de 14 a 18 anos, do ensino médio diurno, da rede pública de ensino, da cidade de Quatro Barras, PR. Tem como pesquisador principal o Professor Dr. Wagner de Campos, orientador da mestranda Nayra Valentim Hein.

É um estudo descritivo correlacional com abordagem transversal.

A amostra será constituída por um total estimado de 650 escolares. As variáveis sociodemográficas avaliadas serão: sexo biológico masculino e feminino e, também, levando em consideração as diferentes opções de gênero dentro do ambiente escolar, idade e nível socioeconômico. O excesso de peso será analisado pelo índice de massa corporal através das variáveis de peso e estatura. Além disto, serão avaliados, através de questionários autorreportados, os comportamentos de risco à saúde: comportamento sedentário (elevado tempo de TV e videogame), hábitos alimentares inadequados (baixo consumo de frutas e vegetais), consumo de bebidas alcoólicas (leve e excessivo), consumo de tabaco e drogas ilícitas, comportamento sexual de risco e violento, além do tempo de mídia digital (smartphone e tablet), tempo de sono durante a semana e fim de semana e os níveis de atividade física.

A pesquisa tem previsão de coleta e análise de dados no segundo semestre do ano de 2022. Para a

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar	CEP: 80.060-240
Bairro: Alto da Glória	
UF: PR	Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259	E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 5.497.803

coleta dos dados, os pesquisadores irão até as 3 escolas públicas estaduais do município e farão a coleta dos dados em sala de aula.

Objetivo da Pesquisa:

Verificar a associação do excesso de peso e comportamentos de risco à saúde com os níveis de atividade física em adolescentes, de 14 a 18 anos, do ensino médio diurno, da rede pública de ensino, da cidade de Quatro Barras, PR.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Como benefício direto relata-se a identificação dos fatores que podem explicar o aumento do excesso de peso e dos comportamentos de risco à saúde e a diminuição dos níveis de atividade física em adolescentes estudantes da rede estadual de Quatro Barras, PR e, a partir disso, elaboração de projetos e políticas públicas voltados para a melhoria da saúde dessa população. Os benefícios indiretos não são citados. Quanto aos riscos, cita-se um possível desconforto no preenchimento dos questionários, pois o participante poderá se sentir cansado ao responder as perguntas ou não se sentir a vontade para respondê-las, ou um constrangimento no momento da avaliação antropométrica, pois será solicitado permanecer com roupas leves (exemplo: camiseta e calça – retirar casacos pesados). Para minimizar o desconforto, os pesquisadores indicam que o(a) participante será lembrado(a) da não obrigatoriedade da participação da pesquisa e que há a possibilidade de desistência em qualquer momento da coleta de dados. Ainda, que todos os dados serão mantidos em sigilo.

O projeto não prevê ressarcimento ou pagamento de qualquer natureza aos participantes, já que a pesquisa será realizada em ambiente escolar, no período de aula dos participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa bem delineada e com objeto de pesquisa pertinente. O projeto apresenta fundamentação teórica relevante e detalhamento da metodologia, estando bem escrito e organizado. A amostra foi delimitada a partir de formulação estatística. Para a coleta de dados, serão utilizados os seguintes instrumentos: Questionário de Critério de Classificação Econômica Brasil sugerido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP, 2021); "Questionário de Comportamento de Risco para Jovens" (YRBS); "Escala de Dependência de Smartphones – Versão Curta" (SAS-SV); Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh; Questionário Internacional de Atividade Física para Adolescentes

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

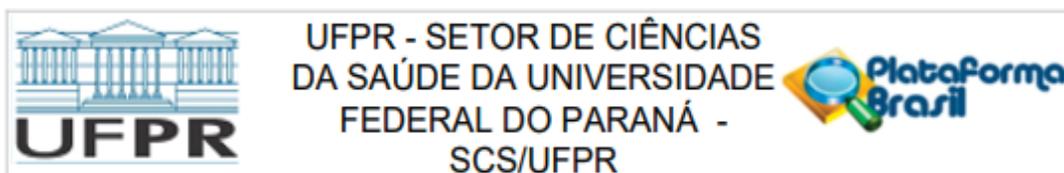
CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 5.497.803

(QAFA); e ainda a avaliação antropométrica, para a qual serão utilizadas fita métrica e balança digital. Segundo os pesquisadores, as informações coletadas serão armazenadas nos arquivos do Centro de Estudos de Atividade Física e Saúde, no Departamento de Educação Física da UFPR, e mantidas sob sua responsabilidade pelo tempo mínimo de cinco anos. Após esse período o material será descartado conforme normas vigentes para descarte (de acordo com a Resolução 466/2012/CNS).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados a contento.

Recomendações:

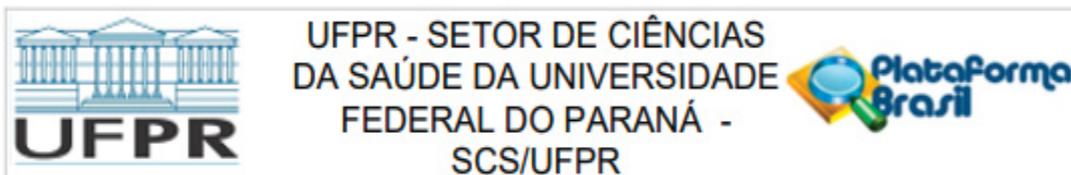
Recomenda-se a revisão ortográfica, gramatical e de digitação do projeto de pesquisa, já que alguns erros foram encontrados na leitura do trabalho, assim como a revisão e inclusão de alguns elementos importantes para um projeto de pesquisa aprovado por Comitê de Ética, conforme item a seguir.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de um projeto de pesquisa relevante, que apresenta um texto bem escrito e organizado, com um delineamento de pesquisa coerente. No entanto, alguns itens podem ser melhor desenvolvidos ou acrescentados, como:

- Alinhar no corpo do texto, no cronograma e nos documentos apresentados, o período de realização da pesquisa. Ora aparece como 01/2022, ora como setembro de 2022 a fevereiro de 2023, ora como segundo semestre de 2022.
- No 5º parágrafo do ponto 6 (material e metodologia), acrescentar que foram/serão solicitadas as Cartas de Concordância das 3 escolas nas quais se desenvolverão a pesquisa;
- Esclarecer e melhor delimitar o conteúdo e procedimentos adotados e explicitados no 7º parágrafo do item 6 (material e metodologia). No texto, indica-se: "Na sequência, será efetuado um estudo piloto para treinar os avaliadores acerca dos procedimentos do estudo, com a intenção de melhorar a confiabilidade da coleta de dados, no qual os avaliadores preencherão e aplicarão os questionários aos colegas e realizarão os procedimentos para verificação das medidas antropométricas entre si." Deve-se esclarecer: quem são os avaliadores?; os estudantes serão avaliadores?; existem mais pesquisadores na pesquisa que terão a função de aplicadores dos questionários?; o que é esse estudo piloto?
- No item 6 (material e metodologia), descreve-se: "Vale ressaltar que será respeitada a

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-240
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 5.497.803

disponibilidade dos participantes e não serão colocados no trabalho identificação das escolas e dos alunos. As coletas serão realizadas no ambiente escolar no período diurno durante o segundo semestre de 2022." Deve-se esclarecer: a coleta de dados será feita durante as aulas? Quanto tempo levará a aplicação dos questionários? Como farão a aplicação dos questionários e a avaliação antropométrica de forma reservada? Quem fará cada etapa da coleta? Quantos dias serão necessários em cada escola para a aplicação de todos os questionários e avaliação antropométrica? Essa informação é encontrada um pouco mais detalhada no item (f) do TCLE, a saber: "Para realizar a pesquisa, primeiramente, será aplicado um questionário na sala de aula, em horário de aula, com a presença do professor responsável pela turma e de um ou mais membros pesquisadores da equipe de coleta. Na sequência, serão realizadas medidas antropométricas (peso e estatura). O tempo necessário a ser destinado para essas etapas da pesquisa é de aproximadamente 90 minutos." Sugere-se padronizar essa informação no projeto.

- Com relação aos riscos da pesquisa, deve-se considerar que um possível constrangimento na aplicação dos questionário e na realização da avaliação, bem como os efeitos de ter sido participante da pesquisa, podem desencadear reações afetivas. Portanto, deve-se avaliar a necessidade de um acolhimento a esses participantes que considere a dimensão psicológica do ser participante da pesquisa. Caso ocorra alguma situação em que seja desencadeada angústia ou mal-estar, por exemplo, como esse participante será acolhido, orientado e encaminhado para um serviço de saúde adequado?

- No item 15 (Grupos Vulneráveis): considerar que "adolescentes" e "obesidade" podem compor elementos para a caracterização de um grupo vulnerável.

- No item 16 (Fontes de Material da Pesquisa): deve-se esclarecer se os questionários serão aplicados em papel ou de forma eletrônica (celular, tablet, computador, etc). Essa informação está apenas no item Recursos Financeiros, não aparecendo em nenhum outro momento do texto do projeto.

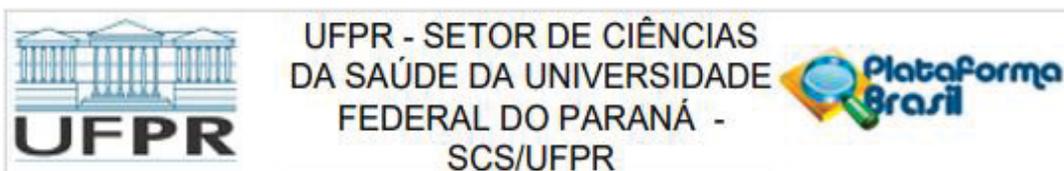
- No item 18.2 (Critérios de Exclusão): explicar por que a limitação cognitiva é um critério de exclusão. Como ela será avaliada? Nesse item, não entraria também a limitação afetiva e social? Se sim, como avaliar isso para a seleção de participantes?

- No TCLE incluir o tempo para a resposta dos questionários e avaliação antropométrica.

TALE E TCLE

Solicita-se esclarecer: "Posteriormente ao processo de coleta de dados da pesquisa, será encaminhado às escolas um relatório com todos os resultados dos alunos participantes da pesquisa com informações sobre excesso de peso, comportamentos de risco à saúde e níveis de

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-240
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 5.497.803

atividade física". De que forma isso será feito? Haverá preservação das identidades ou elas serão divulgadas no relatório? Muito cuidado com a revelação de identidade pois isso além de ferir os princípios éticos rompe com a privacidade e o sigilo, podendo resultar em danos aos participantes e aos próprios pesquisadores. Isso é constrangedor, estigmatizante e não resultará em benefícios.

Solicita-se considerar que essa devolutiva é muito mais importante para os pais, como uma devolutiva visando o benefício para os jovens e a implementação de cuidados.

Item K do TCLE: Para realizar a pesquisa, primeiramente, será aplicado um questionário na sala de aula, em horário de aula, com a presença do professor responsável pela turma e de um ou mais membros pesquisadores da equipe de coleta. Na sequência, serão realizadas medidas antropométricas (peso e estatura). Solicita-se descrever se haverá um ambiente reservado para esse procedimento, visando a privacidade e cuidados; recomenda-se estarem duas pessoas presentes nesse momento, para evitar desconfortos e riscos.

Devem os pesquisadores refletir e aprofundar a reflexão sobre benefícios para os participantes...

O estudo é relevante mas cuidados devem ser tomados para não estigmatizar e eventualmente gerar possibilidade de bullying.

Considerações Finais a critério do CEP:

Como responder as pendências:

O Pesquisador deverá devolver as pendências no prazo máximo de até 30 dias, a contar desta data, postando e enviando através da Plataforma Brasil - modo: Editar (), (seguindo todas as etapas até enviar novamente).

Favor responder em documento (carta simples – no formato Word (.doc)) à parte todas as pendências que constam no parecer, com indicação dos documentos e PÁGINAS nas quais as modificações foram feitas.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

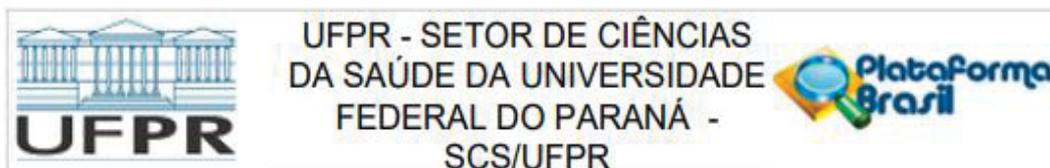
UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 5.497.803

Da mesma forma, assinalar com cor diferenciada todas as alterações feitas NOS DOCUMENTOS que foram revisados/corrigidos. Não USAR a ferramenta de marcação de texto.

Os arquivos com as respostas às pendências deverão ser anexados na PB sempre com títulos diferentes dos já inseridos, pois se o arquivo contiver o mesmo nome o sistema irá inserir o arquivo anterior automaticamente. (Ex.: TCLE corrigido.doc ou TCLE versão 1...)

Não excluir os arquivos já enviados, para manter o histórico do projeto, uma vez que os arquivos fazem parte do projeto original.

Importante: pendências de Parecer Consubstanciado que não forem respondidas em até 30 dias terão status de NÃO APROVADO, sendo necessário nova submissão do projeto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1953489.pdf	09/06/2022 15:39:12		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_Nayra_Hein.docx	09/06/2022 15:38:09	Wagner de Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Nayra_V_Hein.docx	09/06/2022 15:37:53	Wagner de Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_18_NAYRA_HEIN.docx	09/06/2022 15:37:43	Wagner de Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TALA_Nayra_V_Hein.docx	09/06/2022 15:37:33	Wagner de Campos	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

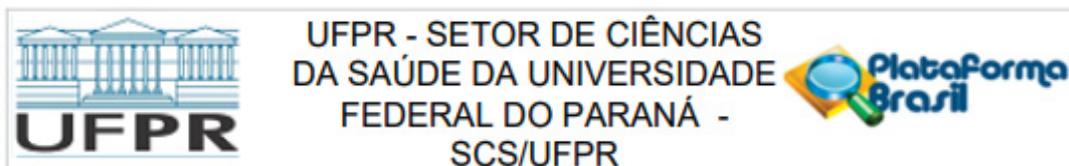
CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 5.497.803

Ausência	TALA_Nayra_V_Hein.docx	09/06/2022 15:37:33	Wagner de Campos	Aceito
Outros	CARTADEENCAMINHAMENTONAYRAHEIN.pdf	07/06/2022 16:26:17	Wagner de Campos	Aceito
Outros	ChceclistNAYRAHEIN.pdf	07/06/2022 16:23:34	Wagner de Campos	Aceito
Outros	CONCORDANCIACOPARTICIPACAO.pdf	07/06/2022 16:19:08	Wagner de Campos	Aceito
Outros	CONCORDANCIAARLINDA.pdf	07/06/2022 16:17:32	Wagner de Campos	Aceito
Outros	CONCORDANCIAANDRE.pdf	07/06/2022 16:17:06	Wagner de Campos	Aceito
Outros	CONCORDANCIAELIAS.pdf	07/06/2022 16:16:40	Wagner de Campos	Aceito
Outros	EXTRATOATANAYRAHEIN.pdf	07/06/2022 16:14:40	Wagner de Campos	Aceito
Outros	DECLARACAODECOMPROMISSOSNayraHein.pdf	07/06/2022 16:14:02	Wagner de Campos	Aceito
Outros	ANALISEMERITONayraHein.pdf	07/06/2022 16:12:25	Wagner de Campos	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_NayraHein_assinada.pdf	07/06/2022 16:10:55	Wagner de Campos	Aceito

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 29 de Junho de 2022

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

**ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO DE CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA
BRASIL - (ABEP, 2021)**

ITENS DE CONFORTO	NÃO POSSUI	QUANTIDADE QUE POSSUI			
		1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de <i>freezers</i> independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

CE1: A água utilizada em sua casa é proveniente de:
(1) Rede de Distribuição⁴ (2) Poço ou nascente⁰. (3) Outro meio⁰

CE2: Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:
(1) Asfaltada/Pavimentada² (2) Terra/Cascalho⁰

CE3: Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.
() Analfabeto / Fundamental I incompleto⁰
() Fundamental I completo / Fundamental II incompleto¹
() Fundamental completo/Médio incompleto²
() Médio completo/Superior incompleto⁴
() Superior completo⁷

ANEXO 3 – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL

Massa corporal (kg): _____

Estatura (cm): _____

ANEXO 4 – QUESTIONÁRIO DE COMPORTAMENTO DE RISCO PARA JOVENS (YRBS) (GUEDES; LOPES, 2010)

As próximas 4 questões referem-se a segurança pessoal.

1 – Quando você andou de motocicleta nos últimos 12 meses, com que frequência você usou capacete?

- (A) Eu não andei de motocicleta nos últimos 12 meses
- (B) Nunca usei capacete
- (C) Raramente usei capacete
- (D) Algumas vezes usei capacete
- (E) Na maioria das vezes usei capacete
- (F) Sempre usei capacete

2 – Com que frequência você usa cinto de segurança quando está em um carro dirigido por outra pessoa?

- (A) Nunca
- (B) Raramente
- (C) Algumas vezes
- (D) A maioria das vezes
- (E) Sempre

3 – Durante os últimos 30 dias, quantas vezes você andou em um carro ou outro veículo dirigido por outra pessoa que tinha ingerido bebida alcoólica?

- (A) Nenhuma vez
- (B) 1 vez
- (C) 2 ou 3 vezes
- (D) 4 ou 5 vezes
- (E) 6 ou mais vezes

4 – Durante os últimos 30 dias, quantas vezes você dirigiu um carro ou outro veículo quando você tinha ingerido bebida alcoólica?

- (A) Nenhuma vez
- (B) 1 vez
- (C) 2 ou 3 vezes
- (D) 4 ou 5 vezes
- (E) 6 ou mais vezes

As próximas 11 questões referem-se aos comportamentos relacionados à violência.

5 – Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você carregou uma arma, como faca, revólver ou cassetete?

- (A) Nenhum dia
- (B) 1 dia
- (C) 2 ou 3 dias
- (D) 4 ou 5 dias
- (E) 6 ou mais dias

6 – Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você carregou um revólver?

- (A) Nenhum dia
- (B) 1 dia
- (C) 2 ou 3 dias
- (D) 4 ou 5 dias
- (E) 6 ou mais dias

7 – Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você carregou uma arma, com faca, revólver ou cassetete, na escola?

- (A) Nenhum dia
- (B) 1 dia
- (C) 2 ou 3 dias
- (D) 4 ou 5 dias
- (E) 6 ou mais dias

8 – Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você não foi à escola porque você não se sentiu seguro na escola ou no caminho para a escola?

- (A) Nenhum dia
- (B) 1 dia
- (C) 2 ou 3 dias
- (D) 4 ou 5 dias
- (E) 6 ou mais dias

9 – Durante os últimos 12 meses, quantas vezes você foi ameaçado ou agredido com uma arma, como faca, revólver ou cassetete, na escola?

- (A) Nenhuma vez
- (B) 1 vez
- (C) 2 ou 3 vezes
- (D) 4 ou 5 vezes
- (E) 6 ou 7 vezes
- (F) 8 ou 9 vezes
- (G) 10 ou 11 vezes
- (H) 12 ou mais vezes

10 – Durante os últimos 12 meses, quantas vezes você foi roubado ou teve algo de sua propriedade danificado de propósito, como carro, motocicleta, bicicleta, patins, skate, roupas, tênis, livros, relógios, celular, cd, disc- man, etc, na escola?

- (A) Nenhuma vez
- (B) 1 vez
- (C) 2 ou 3 vezes
- (D) 4 ou 5 vezes
- (E) 6 ou 7 vezes
- (F) 8 ou 9 vezes
- (G) 10 ou 11 vezes
- (H) 12 ou mais vezes

11 – Durante os últimos 12 meses, quantas vezes você se envolveu em uma luta corporal?

- (A) Nenhuma vez
- (B) 1 vez
- (C) 2 ou 3 vezes
- (D) 4 ou 5 vezes
- (E) 6 ou 7 vezes
- (F) 8 ou 9 vezes
- (G) 10 ou 11 vezes
- (H) 12 ou mais vezes

12 – Durante os últimos 12 meses, quantas vezes você se envolveu em luta corporal na qual você se machucou e teve que receber cuidados de médico ou enfermeiro?

- (A) Nenhuma vez
- (B) 1 vez
- (C) 2 ou 3 vezes
- (D) 4 ou 5 vezes
- (E) 6 ou mais vezes

13 – Durante os últimos 12 meses, quantas vezes você se envolveu em uma luta corporal, **na escola**?

- (A) Nenhuma vez
- (B) 1 vez
- (C) 2 ou 3 vezes
- (D) 4 ou 5 vezes
- (E) 6 ou 7 vezes
- (F) 8 ou 9 vezes
- (G) 10 ou 11 vezes
- (H) 12 ou mais vezes

14 – Durante os últimos 12 meses, seu namorado ou namorada lhe agrediu fisicamente com tapas, socos ou pontapés?

- (A) Sim
- (B) Não

15 – Você tem sido forçado(a) fisicamente a ter relação sexual quando você não quer?

- (A) Sim
- (B) Não

As próximas 5 questões referem-se aos sentimentos de tristeza e intenção de suicídio.

16 – Durante os últimos 12 meses, você sentiu-se excessivamente triste ou sem esperanças **em quase todos os dias de um período de 2 ou mais semanas**, levando você a interromper suas atividades normais?

- (A) Sim
- (B) Não

17 – Durante os últimos 12 meses, você em algum momento pensou seriamente e cometer suicídio (se matar)?

- (A) Sim
- (B) Não

18 – Durante os últimos 12 meses, você já planejou como cometer um suicídio?

- (A) Sim
- (B) Não

19 – Durante os últimos 12 meses, quantas vezes você efetivamente tentou suicídio?

- (A) Nenhuma vez
- (B) 1 vez
- (C) 2 ou 3 vezes
- (D) 4 ou 5 vezes
- (E) 6 ou mais vezes

20 – **Se você tentou suicídio** durante os últimos 12 meses, esta tentativa resultou em alguma lesão, envenenamento, ou overdose que teve que ser tratada por um médico ou enfermeiro?

- (A) **Eu não tentei suicídio** durante os últimos 12 meses
- (B) Sim
- (C) Não

As próximas 11 questões referem-se ao uso de tabaco.

21 – Você já tentou fumar cigarro, até uma ou duas tragadas?

- (A) Sim
- (B) Não

22 – Que idade você tinha quando fumou um cigarro inteiro pela primeira vez?

- (A) Eu nunca fumei um cigarro inteiro
- (B) 8 anos ou menos
- (C) 9 ou 10 anos
- (D) 11 ou 12 anos
- (E) 13 ou 14 anos
- (F) 15 ou 16 anos
- (G) 17 anos ou mais

23 – Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você fumou cigarros?

- (A) Nenhum dia
- (B) 1 ou 2 dias
- (C) 3 a 5 dias
- (D) 6 a 9 dias
- (E) 10 a 19 dias
- (F) 20 a 29 dias
- (G) Todos os 30 dias

24 – Durante os últimos 30 dias, nos dias em que fumou, quantos cigarros você fumou **por dia**?

- (A) Eu não fumei cigarros durante os últimos 30 dias
- (B) Menos que 1 cigarro por dia
- (C) 1 cigarro por dia
- (D) 2 a 5 cigarros por dia
- (E) 6 a 10 cigarros por dia
- (F) 11 a 20 cigarros por dia
- (G) Mais que 20 cigarros por dia

25 – Durante os últimos 30 dias, **na maioria das vezes**, de que maneira você obteve os cigarros que fumou? (Selecione somente **uma** resposta).

- (A) Eu não fumei cigarros nos últimos 30 dias
- (B) Eu comprei em loja de conveniência, bar, supermercado ou posto de gasolina
- (C) Eu comprei em máquinas que vendem cigarros
- (D) Eu dei dinheiro para alguém comprar para mim
- (E) Eu emprestei cigarros de alguém próximo a mim
- (F) Uma pessoa com 18 anos ou mais deu o cigarro para mim
- (G) Eu peguei em casa com alguém da minha família
- (H) Eu consegui de outra maneira

26 – Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você fumou cigarros **na escola**?

- (A) Nenhum dia
- (B) 1 ou 2 dias
- (C) 3 a 5 dias
- (D) 6 a 9 dias
- (E) 10 a 19 dias
- (F) 20 a 29 dias
- (G) Todos os 30 dias

27 – Você tem fumado cigarros diariamente, isto é, pelo menos 1 cigarro a cada dia por 30 dias?

- (A) Sim
- (B) Não

28 – Durante os últimos 12 meses, você tentou **parar** de fumar cigarros?

- (A) Eu não fumei durante os últimos 12 meses
- (B) Sim
- (C) Não

29 – Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você mastigou fumo, fumou cachimbo ou fumo de corda?

- (A) Nenhum dia
- (B) 1 ou 2 dias
- (C) 3 a 5 dias
- (D) 6 a 9 dias
- (E) 10 a 19 dias
- (F) 20 a 29 dias
- (G) Todos os 30 dias

30 – Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você mastigou fumo, fumou cachimbo ou fumo de corda **na escola**?

- (A) Nenhum dia
- (B) 1 ou 2 dias
- (C) 3 a 5 dias
- (D) 6 a 9 dias
- (E) 10 a 19 dias
- (F) 20 a 29 dias
- (G) Todos os 30 dias

31 – Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você fumou cigarrilha ou pequenos cigarros?

- (A) Nenhum dia
- (B) 1 ou 2 dias
- (C) 3 a 5 dias
- (D) 6 a 9 dias
- (E) 10 a 19 dias
- (F) 20 a 29 dias
- (G) Todos os 30 dias

As próximas 6 questões referem-se ao consumo de bebidas alcoólicas. Isto inclui bebidas como cerveja, vinho, pinga, cachaça, champagne, conhaque, licor, rum, gim, vodka ou uísque.

32 – Durante sua vida, em quantos dias você bebeu pelo menos uma dose de bebida alcoólica?

- (A) Nenhum dia
- (B) 1 ou 2 dias
- (C) 3 a 9 dias
- (D) 10 a 19 dias
- (E) 20 a 39 dias
- (F) 40 a 99 dias
- (G) 100 ou mais dias

33 – Que idade você tinha quando tomou a primeira dose de bebida alcoólica?

- (A) Eu nunca tomei uma dose de bebida alcoólica
- (B) 8 anos ou menos
- (C) 9 ou 10 anos
- (D) 11 ou 12 anos
- (E) 13 ou 14 anos
- (F) 15 ou 16 anos
- (G) 17 anos ou mais

34 – Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você tomou pelo menos uma dose de bebida alcoólica?

- (A) Nenhum dia
- (B) 1 ou 2 dias
- (C) 3 a 5 dias
- (D) 6 a 9 dias
- (E) 10 a 19 dias
- (F) 20 a 29 dias
- (G) Todos os 30 dias

35 – Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você tomou 5 ou mais doses de bebida alcoólica em uma mesma ocasião?

- (A) Nenhum dia
- (B) 1 dia
- (C) 2 dias
- (D) 3 a 5 dias
- (E) 6 a 9 dias
- (F) 10 a 19 dias
- (G) 20 ou mais dias

36 – Durante os últimos 30 dias, na maioria das vezes, de que maneira você obteve a bebida alcoólica que tomou?

- (A) Eu não tomei bebida alcoólica nos últimos 30 dias
- (B) Eu comprei em uma loja de conveniência, supermercado, ou posto de gasolina
- (C) Eu comprei em um restaurante, bar ou clube
- (D) Eu comprei em um evento público, como festas, shows ou evento esportivo
- (E) Eu dei dinheiro para alguém comprar para mim
- (F) Alguém me deu
- (G) Eu peguei em casa com alguém da minha família
- (H) Eu consegui de outra maneira

37 – Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você tomou pelo menos uma dose de bebida alcoólica na escola?

- (A) Nenhum dia
- (B) 1 ou 2 dias
- (C) 3 a 5 dias
- (D) 6 a 9 dias
- (E) 10 a 19 dias
- (F) 20 a 29 dias
- (G) Todos os 30 dias

As próximas 4 questões referem-se ao uso de maconha.

38 – Durante sua vida, quantas vezes você usou maconha?

- (A) Nenhum dia
- (B) 1 ou 2 dias
- (C) 3 a 9 dias
- (D) 10 a 19 dias
- (E) 20 a 39 dias
- (F) 40 a 99 dias
- (G) 100 ou mais dias

39 – Que idade você tinha quando usou maconha pela primeira vez?

- (A) Eu nunca fumei maconha
- (B) 8 anos ou menos
- (C) 9 ou 10 anos
- (D) 11 ou 12 anos
- (E) 13 ou 14 anos
- (F) 15 ou 16 anos
- (G) 17 anos ou mais

40 – Durante os últimos 30 dias, quantas vezes você usou maconha?

- (A) Nenhuma vez
- (B) 1 ou 2 vezes
- (C) 3 a 9 vezes
- (D) 10 a 19 vezes
- (E) 20 a 39 vezes
- (F) 40 ou mais vezes

41 – Durante os últimos 30 dias, quantas vezes você usou maconha **na escola**?

- (A) Nenhuma vez

- (B) 1 ou 2 vezes
- (C) 3 a 9 vezes
- (D) 10 a 19 vezes
- (E) 20 a 39 vezes
- (F) 40 ou mais vezes

As próximas 9 questões referem-se ao uso de outras drogas.

42 – Durante sua vida, quantas vezes você usou **qualquer** forma de cocaína, incluindo pó, pedra ou pasta?

- (A) Nenhuma vez
- (B) 1 ou 2 vezes
- (C) 3 a 9 vezes
- (D) 10 a 19 vezes
- (E) 20 a 39 vezes
- (F) 40 ou mais vezes

43 – Durante os últimos 30 dias, quantas vezes você usou **qualquer** forma de cocaína, incluindo pó, pedra ou pasta?

- (A) Nenhuma vez
- (B) 1 ou 2 vezes
- (C) 3 a 9 vezes
- (D) 10 a 19 vezes
- (E) 20 a 39 vezes
- (F) 40 ou mais vezes

44 – Durante sua vida, em quantas vezes você cheirou cola, respirou conteúdos de spray aerosol, ou inalou tinta ou spray que deixa “ligado”?

- (A) Nenhuma vez
- (B) 1 ou 2 vezes
- (C) 3 a 9 vezes
- (D) 10 a 19 vezes
- (E) 20 a 39 vezes
- (F) 40 ou mais vezes

45 – Durante sua vida, quantas vezes você usou **heroína**?

- (A) Nenhuma vez
- (B) 1 ou 2 vezes
- (C) 3 a 9 vezes
- (D) 10 a 19 vezes
- (E) 20 a 39 vezes
- (F) 40 ou mais vezes

46 – Durante sua vida, quantas vezes você usou **metanfetaminas**?

- (A) Nenhuma vez
- (B) 1 ou 2 vezes
- (C) 3 a 9 vezes
- (D) 10 a 19 vezes
- (E) 20 a 39 vezes
- (F) 40 ou mais vezes

47 – Durante sua vida, quantas vezes você usou **êxtase** (também chamada de “droga do amor”)?

- (A) Nenhuma vez
- (B) 1 ou 2 vezes
- (C) 3 a 9 vezes
- (D) 10 a 19 vezes
- (E) 20 a 39 vezes
- (F) 40 ou mais vezes

48 – Durante sua vida, quantas vezes você tomou **anabolizantes** sem prescrição médica?

- (A) Nenhuma vez
- (B) 1 ou 2 vezes
- (C) 3 a 9 vezes
- (D) 10 a 19 vezes
- (E) 20 a 39 vezes
- (F) 40 ou mais vezes

49 – Durante sua vida, quantas vezes você usou uma agulha para injetar qualquer droga ilegal em seu corpo?

- (A) Nenhuma vez
- (B) 1 vez
- (C) 2 ou mais vezes

50 – Durante os últimos 12 meses, alguém ofereceu, vendeu ou deu de graça alguma droga ilegal para você **na escola**?

- (A) Sim
- (B) Não

As próximas 7 questões referem-se ao comportamento sexual.

51 – Você já teve relacionamento sexual?

- (A) Sim
- (B) Não

52 – Que idade você tinha quando teve uma relação sexual pela primeira vez?

- (A) Eu nunca tive uma relação sexual
- (B) 11 anos ou menos
- (C) 12 anos
- (D) 13 anos
- (E) 14 anos
- (F) 15 anos
- (G) 16 anos
- (H) 17 anos ou mais

53 – Durante sua vida, com quantas pessoas diferentes você teve alguma relação sexual?

- (A) Eu nunca tive relação sexual
- (B) 1 pessoa
- (C) 2 pessoas
- (D) 3 pessoas
- (E) 4 pessoas
- (F) 5 pessoas
- (G) 6 ou mais pessoas

54 – Durante os últimos 3 meses, com quantas pessoas diferentes você teve relação sexual?

- (A) Eu nunca tive relação sexual
- (B) Eu já tive relação sexual, mas não durante os últimos 3 meses
- (C) 1 pessoa
- (D) 2 pessoas
- (E) 3 pessoas
- (F) 4 pessoas
- (G) 5 pessoas
- (H) 6 ou mais pessoas

55 – Você tomou algum tipo de bebida alcoólica ou usou droga antes de ter relação sexual na **última vez**?

- (A) Eu nunca tive relação sexual
- (B) Sim
- (C) Não

56 – Na **última vez** que você teve relação sexual, você ou seu parceiro usou preservativo (camisinha)?

- (A) Eu nunca tive relação sexual
- (B) Sim
- (C) Não

57 – Na **última vez** que você teve relação sexual, qual método você ou seu parceiro/parceira usou para **evitar gravidez**? (Selecione somente 1 resposta.)

- (A) Eu nunca tive relação sexual
- (B) Nenhum método foi usado para evitar gravidez
- (C) Pílula anticoncepcional
- (D) Preservativo (camisinha)
- (E) Anticoncepcional injetável
- (F) Coito interrompido (“tira na hora H”)
- (G) Algum outro método
- (H) Não sei

As próximas 7 questões referem-se ao seu peso corporal.

58 – Como **você** descreve o seu peso corporal?

- (A) Muito abaixo do que eu espero
- (B) Um pouco abaixo do que eu espero
- (C) No peso que eu espero
- (D) Um pouco acima do que eu espero
- (E) Muito acima do que eu espero

59 – Você já tentou alguma iniciativa para mudar o seu peso corporal?

- (A) **Perder** peso corporal
- (B) **Ganhar** peso corporal
- (C) **Manter** peso corporal
- (D) Eu **não tomei iniciativa** para mudar o meu peso corporal

60 – Durante os últimos 30 dias, você fez algum tipo de **exercício físico** para perder peso corporal ou para não aumentar o seu peso corporal?

- (A) Sim
- (B) Não

61 – Durante os últimos 30 dias, **you came menos, cortou calorias ou evitou alimentos gordurosos** para perder peso corporal ou para não aumentar o seu peso corporal?

- (A) Sim
- (B) Não

62 – Durante os últimos 30 dias, você **ficou sem comer por 24 horas ou mais** para perder peso corporal ou para não aumentar o seu peso corporal?

- (A) Sim
- (B) Não

63 – Durante os últimos 30 dias, você tomou algum **remédio, pó ou líquido**, sem indicação médica para perder peso corporal ou para não aumentar o seu peso corporal?

- (A) Sim
- (B) Não

64 – Durante os últimos 30 dias, você **vomitou ou tomou laxantes** para perder peso corporal ou para não aumentar o seu peso corporal?

- (A) Sim
- (B) Não

As próximas 8 questões referem-se a sua alimentação durante os últimos 7 dias. Pense a respeito de todas as refeições e lanches que você fez ao longo de todo o dia. Inclua os alimentos que você comeu em casa, na escola, em restaurantes ou em qualquer outro lugar.

65 – Durante os últimos 7 dias, quantas vezes você tomou **suco de frutas 100% natural**? (**Não** considerar sucos aromatizados, bebidas energéticas ou sucos industrializados).

- (A) Eu não tomei sucos 100% natural nos últimos 7 dias
- (B) 1 a 3 vezes durante os últimos 7 dias
- (C) 4 a 6 vezes durante os últimos 7 dias
- (D) 1 vez por dia
- (E) 2 vezes por dia
- (F) 3 vezes por dia
- (G) 4 ou mais vezes por dia

66 – Durante os últimos 7 dias, quantas vezes você comeu **frutas**? (**Não** considerar os sucos de frutas).

- (A) Eu não comi frutas nos últimos 7 dias
- (B) 1 a 3 vezes durante os últimos 7 dias
- (C) 4 a 6 vezes durante os últimos 7 dias
- (D) 1 vez por dia
- (E) 2 vezes por dia
- (F) 3 vezes por dia
- (G) 4 ou mais vezes por dia

67 – Durante os últimos 7 dias, quantas vezes você comeu **saladas verdes**?

- (A) Eu não comi salada verde nos últimos 7 dias
- (B) 1 a 3 vezes durante os últimos 7 dias
- (C) 4 a 6 vezes durante os últimos 7 dias
- (D) 1 vez por dia
- (E) 2 vezes por dia
- (F) 3 vezes por dia
- (G) 4 ou mais vezes por dia

68 – Durante os últimos 7 dias, quantas vezes você comeu **batatas**? (**Não** considerar batatas fritas ou batatas chips).

- (A) Eu não comi batatas nos últimos 7 dias
- (B) 1 a 3 vezes durante os últimos 7 dias
- (C) 4 a 6 vezes durante os últimos 7 dias
- (D) 1 vez por dia
- (E) 2 vezes por dia
- (F) 3 vezes por dia
- (G) 4 ou mais vezes por dia

69 – Durante os últimos 7 dias, quantas vezes você comeu **cenouras**?

- (A) Eu não comi cenouras nos últimos 7 dias
- (B) 1 a 3 vezes durante os últimos 7 dias
- (C) 4 a 6 vezes durante os últimos 7 dias
- (D) 1 vez por dia
- (E) 2 vezes por dia
- (F) 3 vezes por dia
- (G) 4 ou mais vezes por dia

70 – Durante os últimos 7 dias, quantas vezes você comeu **outros vegetais**? (**Não** considerar saladas verdes, batatas e cenouras).

- (A) Eu não comi outros vegetais nos últimos 7 dias
- (B) 1 a 3 vezes durante os últimos 7 dias
- (C) 4 a 6 vezes durante os últimos 7 dias
- (D) 1 vez por dia
- (E) 2 vezes por dia
- (F) 3 vezes por dia
- (G) 4 ou mais vezes por dia

71 – Durante os últimos 7 dias, quantas vezes você bebeu uma garrafa, lata ou copo de refrigerante, como coca-cola, fanta, sprite, pepsí ou tubaína? (**Não** considerar os refrigerantes diet ou light).

- (A) Eu não bebi refrigerantes nos últimos 7 dias
- (B) 1 a 3 vezes durante os últimos 7 dias
- (C) 4 a 6 vezes durante os últimos 7 dias
- (D) 1 vez por dia
- (E) 2 vezes por dia
- (F) 3 vezes por dia
- (G) 4 ou mais vezes por dia

72 – Durante os últimos 7 dias, quantos **copos de leite** você bebeu? (Incluir o leite que você bebeu em copo ou xícara, de caixinha, ou com cereais).

- (A) Eu não bebi leite nos últimos 7 dias
- (B) 1 a 4 copos nos últimos 7 dias
- (C) 4 a 6 copos nos últimos 7 dias
- (D) 1 copo por dia
- (E) 2 copos por dia
- (F) 3 copos por dia
- (G) 4 ou mais copos por dia

As próximas 5 questões referem-se à atividade física.

73 – Durante os últimos 7 dias, em quantos dias você foi ativo fisicamente por **pelo menos 60 minutos por dia**? (Considere o tempo que você gastou em qualquer tipo de atividade física que aumentou sua frequência cardíaca e fez com que sua respiração ficasse mais rápida por algum tempo).

- (A) Nenhum dia
- (B) 1 dia
- (C) 2 dias
- (D) 3 dias
- (E) 4 dias
- (F) 5 dias
- (G) 6 dias
- (H) 7 dias

74 – Em um dia que você vai para a escola, quantas horas você assiste TV?

- (A) Eu não assisto TV nos dias em que vou para escola
- (B) Menos que 1 hora por dia
- (C) 1 hora por dia
- (D) 2 horas por dia
- (E) 3 horas por dia
- (F) 4 horas por dia
- (G) 5 ou mais horas por dia

75 – Em um dia que você vai para a escola, quantas horas você joga videogame ou usa o computador para alguma atividade que não seja trabalho escolar? (incluir atividades como PlayStation, games no computador e Internet).

- (A) Eu não jogo videogame ou uso o computador que não seja para os trabalhos escolares.
- (B) Menos que 1 hora por dia
- (C) 1 hora por dia
- (D) 2 horas por dia
- (E) 3 horas por dia
- (F) 4 horas por dia
- (G) 5 ou mais horas por dia

76 – Em uma semana que você vai à escola, em quantos dias você tem aula de educação física?

- (A) Nenhum dia
- (B) 1 dia
- (C) 2 dias
- (D) 3 dias
- (E) 4 dias
- (F) 5 dias

77 – Durante os últimos 12 meses, em quantas equipes de esporte você jogou? (incluir equipes da escola, do clube ou do bairro).

- (A) Nenhuma equipe
- (B) 1 equipe
- (C) 2 equipes
- (D) 3 ou mais equipes

As próximas 3 questões referem-se a outros tópicos relacionados à saúde.

78 – Você tem recebido informações sobre AIDS ou HIV na escola?

- (A) Sim
- (B) Não
- (C) Não sei

79 – Um médico ou enfermeiro já disse que você tem asma?

- (A) Sim
- (B) Não
- (C) Não sei

80 – Ainda assim, você já teve asma?

- (A) Eu nunca tive asma
- (B) Sim
- (C) Não
- (D) Não sei

ANEXO 5 – VERSÃO BRASILEIRA DO SMARTPHONE ADDICTION SCALE SHORT VERSION (SAS-SV) (PASSOS *et al.*, 2017)

- 1- Não consigo cumprir o trabalho planejado devido ao uso do celular
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Discordo Fortemente | <input type="checkbox"/> Concordo em Partes |
| <input type="checkbox"/> Discordo | <input type="checkbox"/> Concordo |
| <input type="checkbox"/> Discordo em Partes | <input type="checkbox"/> Concordo Fortemente |
- 2- Tenho dificuldades de concentração durante as aulas, enquanto realizo tarefas ou trabalho devido ao uso do celular
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Discordo Fortemente | <input type="checkbox"/> Concordo em Partes |
| <input type="checkbox"/> Discordo | <input type="checkbox"/> Concordo |
| <input type="checkbox"/> Discordo em Partes | <input type="checkbox"/> Concordo Fortemente |
- 3- Sinto dor nos punhos ou na parte de trás do pescoço enquanto uso o celular
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Discordo Fortemente | <input type="checkbox"/> Concordo em Partes |
| <input type="checkbox"/> Discordo | <input type="checkbox"/> Concordo |
| <input type="checkbox"/> Discordo em Partes | <input type="checkbox"/> Concordo Fortemente |
- 4- Não sou capaz de ficar sem o meu celular
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Discordo Fortemente | <input type="checkbox"/> Concordo em Partes |
| <input type="checkbox"/> Discordo | <input type="checkbox"/> Concordo |
| <input type="checkbox"/> Discordo em Partes | <input type="checkbox"/> Concordo Fortemente |
- 5- Sinto-me impaciente ou irritado quando não estou segurando meu celular
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Discordo Fortemente | <input type="checkbox"/> Concordo em Partes |
| <input type="checkbox"/> Discordo | <input type="checkbox"/> Concordo |
| <input type="checkbox"/> Discordo em Partes | <input type="checkbox"/> Concordo Fortemente |
- 6- Tenho meu celular em mente mesmo quando não estou usando-o
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Discordo Fortemente | <input type="checkbox"/> Concordo em Partes |
| <input type="checkbox"/> Discordo | <input type="checkbox"/> Concordo |
| <input type="checkbox"/> Discordo em Partes | <input type="checkbox"/> Concordo Fortemente |
- 7- Eu nunca vou parar de usar meu celular, mesmo que minha vida cotidiana seja muito afetada por isso
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Discordo Fortemente | <input type="checkbox"/> Concordo em Partes |
| <input type="checkbox"/> Discordo | <input type="checkbox"/> Concordo |
| <input type="checkbox"/> Discordo em Partes | <input type="checkbox"/> Concordo Fortemente |
- 8- Constantemente checo meu celular para não perder conversas entre outras pessoas no Twitter ou no Facebook
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Discordo Fortemente | <input type="checkbox"/> Concordo em Partes |
| <input type="checkbox"/> Discordo | <input type="checkbox"/> Concordo |
| <input type="checkbox"/> Discordo em Partes | <input type="checkbox"/> Concordo Fortemente |
- 9- Uso meu celular mais tempo do que tinha intenção
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Discordo Fortemente | <input type="checkbox"/> Concordo em Partes |
| <input type="checkbox"/> Discordo | <input type="checkbox"/> Concordo |
| <input type="checkbox"/> Discordo em Partes | <input type="checkbox"/> Concordo Fortemente |
- 10- Pessoas ao meu redor, dizem que passo muito tempo no celular
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Discordo Fortemente | <input type="checkbox"/> Concordo em Partes |
| <input type="checkbox"/> Discordo | <input type="checkbox"/> Concordo |
| <input type="checkbox"/> Discordo em Partes | <input type="checkbox"/> Concordo Fortemente |

ANEXO 6 - VERSÃO BRASILEIRA DO PITTSBURGH SLEEP QUALITY INDEX (PSQI-BR) (ANDRADE *et al.*, 2020)

Instruções:

As seguintes perguntas são relativas aos seus hábitos de sono durante o último mês somente. Suas respostas devem indicar a lembrança mais exata da maioria dos dias e noites do último mês. Por favor, responda a todas as perguntas.

1. Durante o último mês, quando você geralmente foi para a cama à noite?

Hora usual de deitar _____

2. Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) você geralmente levou para dormir à noite?

Número de minutos _____

3. Durante o último mês, quando você geralmente levantou de manhã?

Hora usual de levantar _____

4. Durante o último mês, quantas horas de sono você teve por noite? (Este pode ser diferente do número de horas que você ficou na cama).

Horas de sono por noite _____

Para cada uma das questões restantes, marque a melhor (uma) resposta. Por favor, responda a todas as questões.

5. Durante o último mês, com que frequência você teve dificuldade de dormir porque você...

(a) Não conseguiu adormecer em até 30 minutos

Nenhuma no último mês _____ Menos de 1 vez/ semana _____

1 ou 2 vezes/ semana _____ 3 ou mais vezes/ semana _____

(b) Acordou no meio da noite ou de manhã cedo

Nenhuma no último mês _____ Menos de 1 vez/ semana _____

1 ou 2 vezes/ semana _____ 3 ou mais vezes/ semana _____

(c) Precisou levantar para ir ao banheiro

Nenhuma no último mês _____ Menos de 1 vez/ semana _____

1 ou 2 vezes/ semana _____ 3 ou mais vezes/ semana _____

(d) Não conseguiu respirar confortavelmente

Nenhuma no último mês _____ Menos de 1 vez/ semana _____

1 ou 2 vezes/ semana _____ 3 ou mais vezes/ semana _____

(e) Tossiu ou roncou forte

Nenhuma no último mês _____ Menos de 1 vez/ semana _____

1 ou 2 vezes/ semana _____ 3 ou mais vezes/ semana _____

(f) Sentiu muito frio

Nenhuma no último mês _____ Menos de 1 vez/ semana _____

1 ou 2 vezes/ semana _____ 3 ou mais vezes/ semana _____

(g) Sentiu muito calor

Nenhuma no último mês _____ Menos de 1 vez/ semana _____

1 ou 2 vezes/ semana _____ 3 ou mais vezes/ semana _____

(h) Teve sonhos ruins

Nenhuma no último mês _____ Menos de 1 vez/ semana _____

1 ou 2 vezes/ semana _____ 3 ou mais vezes/ semana _____

(i) Teve dor

Nenhuma no último mês _____ Menos de 1 vez/ semana _____

1 ou 2 vezes/ semana _____ 3 ou mais vezes/ semana _____

(j) Outra(s) razão(ões), por favor descreva _____

Com que frequência, durante o último mês, você teve dificuldade para dormir devido a essa razão?

Nenhuma no último mês _____ Menos de 1 vez/ semana _____

1 ou 2 vezes/ semana _____ 3 ou mais vezes/ semana _____

6. Durante o último mês, como você classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral?

Muito boa _____

Boa _____

Ruim _____

Muito ruim _____

7. Durante o último mês, com que frequência você tomou medicamento (prescrito ou “por conta própria”) para lhe ajudar a dormir?

Nenhuma no último mês _____ Menos de 1 vez/ semana _____

1 ou 2 vezes/ semana _____ 3 ou mais vezes/ semana _____

8. No último mês, com que frequência você teve dificuldade de ficar acordado enquanto dirigia, comia ou participava de uma atividade social (festa, reunião de amigos, trabalho, estudo)?

Nenhuma no último mês _____ Menos de 1 vez/ semana _____

1 ou 2 vezes/ semana _____ 3 ou mais vezes/ semana _____

9. Durante o último mês, quão problemático foi para você manter o entusiasmo (ânimo) para fazer as coisas (suas atividades habituais)?

Nenhuma dificuldade _____

Um problema leve

Um problema razoável _____

Um grande problema _____

10. Você tem um(a) parceiro [esposo(a)] ou colega de quarto?

Não _____

Parceiro ou colega, mas em outro quarto ____

Parceiro no mesmo quarto, mas não na mesma cama ____

Parceiro na mesma cama ____

Se você tem um parceiro ou colega de quarto, pergunte a ele/ela com que frequência, no último mês, você teve ...

(a) Ronco forte

Nenhuma no último mês ____ Menos de 1 vez/ semana ____

1 ou 2 vezes/ semana ____ 3 ou mais vezes/ semana ____

(b) Longas paradas na respiração enquanto dormia

Nenhuma no último mês ____ Menos de 1 vez/ semana ____

1 ou 2 vezes/ semana ____ 3 ou mais vezes/ semana ____

(c) Contrações ou puxões nas pernas enquanto você dormia

Nenhuma no último mês ____ Menos de 1 vez/ semana ____

1 ou 2 vezes/ semana ____ 3 ou mais vezes/ semana ____

(d) Episódios de desorientação ou confusão durante o sono

Nenhuma no último mês ____ Menos de 1 vez/ semana ____

1 ou 2 vezes/ semana ____ 3 ou mais vezes/ semana ____

(e) Outras alterações (inquietações) enquanto você dorme; por favor, descreva

Nenhuma no último mês ____ Menos de 1 vez/ semana ____

1 ou 2 vezes/ semana ____ 3 ou mais vezes/ semana ____

ANEXO 7 - QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADE FÍSICA PARA ADOLESCENTES (QAFA) (FARIAS JÚNIOR *et al.*, 2012)

Para cada uma das atividades físicas listadas abaixo, você deverá responder quantos dias por semana e quanto tempo por dia, em média, você praticou na **SEMANA PASSADA**. Caso tenha praticado alguma atividade física que não esteja listada abaixo, escreva o(s) nome(s) da(s) atividade(s) no espaço reservado no final da lista (linhas em branco).

Atividades físicas	Quantos dias?	Quanto tempo cada dia?
	0 a 7 dias	Tempo (horas:minutos)
Futebol (campo, de rua, <i>society</i>)		__ horas __ minutos
Futsal		__ horas __ minutos
Handebol		__ horas __ minutos
Basquete		__ horas __ minutos
Andar de patins, skate		__ horas __ minutos
Atletismo		__ horas __ minutos
Natação		__ horas __ minutos
Ginástica olímpica, rítmica		__ horas __ minutos
Judô, karatê, capoeira, outras lutas		__ horas __ minutos
Jazz, balê, dança moderna, outros tipos de dança		__ horas __ minutos
Correr, trotar (<i>jogging</i>)		__ horas __ minutos
Andar de bicicleta		__ horas __ minutos
Caminhar como exercício físico		__ horas __ minutos
Caminhar como meio de transporte (ir à escola, trabalho, casa de um amigo (a)). [Considerar o tempo de ida e volta]		__ horas __ minutos
Voleibol		__ horas __ minutos
Vôlei de praia ou de areia		__ horas __ minutos
Queimado, baleado, pular cordas		__ horas __ minutos
Surfe, <i>bodyboard</i>		__ horas __ minutos
Musculação		__ horas __ minutos
Exercícios abdominais, flexões de braços, pernas		__ horas __ minutos
Tênis de campo (quadra)		__ horas __ minutos
Passear com o cachorro		__ horas __ minutos
Ginástica de academia, ginástica aeróbica		__ horas __ minutos
Futebol de praia (<i>beach soccer</i>)		__ horas __ minutos
Outras atividades físicas que não estão na lista acima:		__ horas __ minutos
		__ horas __ minutos
		__ horas __ minutos

Cálculo do nível de atividade física - NAF

NAF:

$$- \text{min/sem/AFMV} = \sum [F_i \times D_j]$$

$$- \text{min/dia/AFMV} = \sum [F_i \times D_j] / 7$$

Onde:

AFVM: atividades físicas moderadas a vigorosas

Σ : somatório do produto da frequência (dias/sem) pela duração (min/dia) da atividade física

F_i : frequência da i-ésima atividade física

D_j : duração (min/dia) da j-ésima atividade física

ESTE É O FIM DO QUESTIONÁRIO. MUITO OBRIGADA PELA SUA AJUDA!