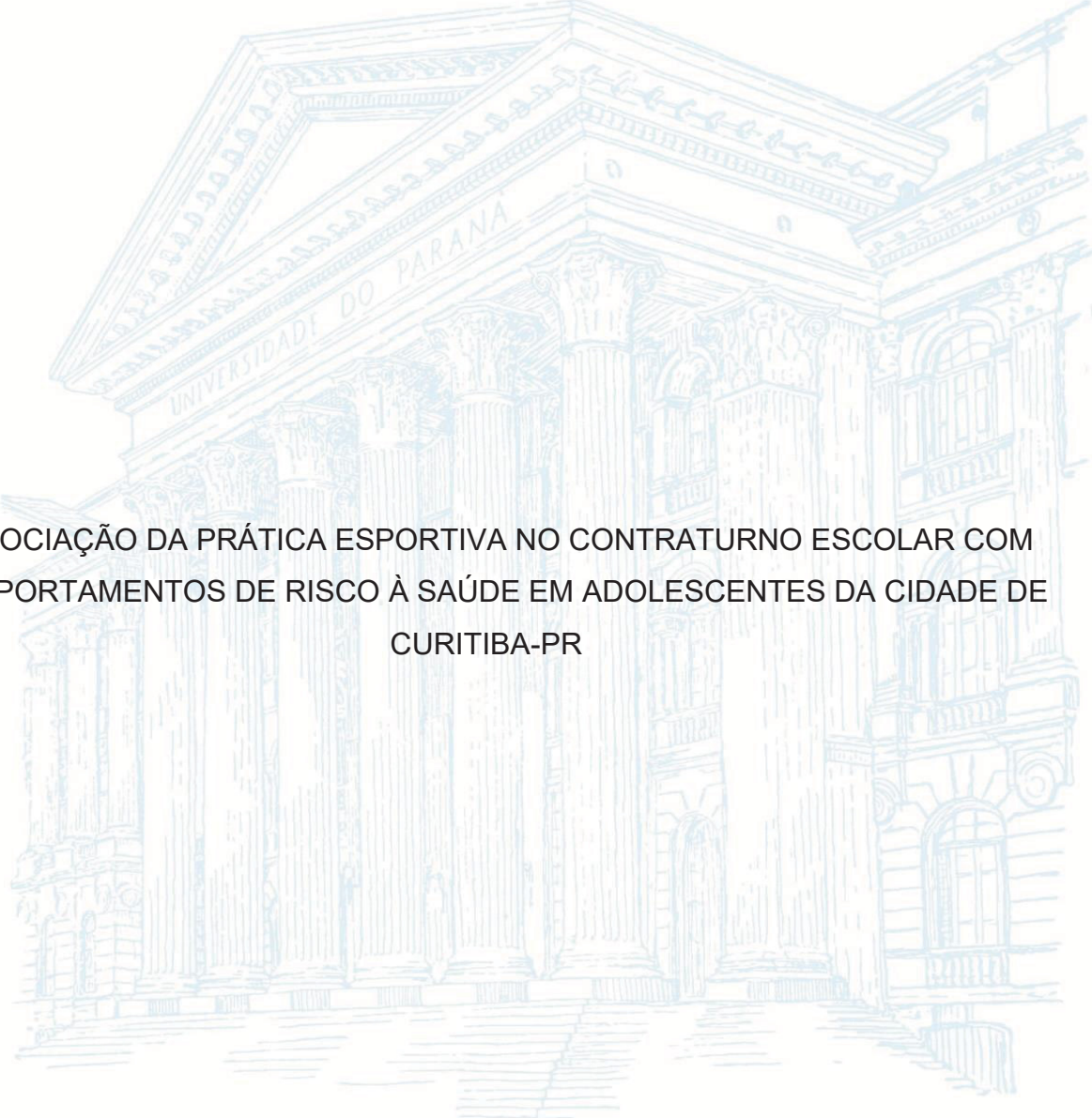


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

PEDRO EMANUEL MIALIK LINCZUK



ASSOCIAÇÃO DA PRÁTICA ESPORTIVA NO CONTRATURNO ESCOLAR COM  
COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE EM ADOLESCENTES DA CIDADE DE  
CURITIBA-PR

Curitiba

2024

PEDRO EMANUEL MIALIK LINCZUK

ASSOCIAÇÃO DA PRÁTICA ESPORTIVA NO CONTRATURNO ESCOLAR COM  
COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE EM ADOLESCENTES DA CIDADE DE  
CURITIBA-PR

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação  
em Educação Física, setor de Ciências Biológicas,  
Universidade Federal do Paraná, como requisito  
parcial para a obtenção do título de Mestre em  
Educação Física.

Orientador: Prof. Dr. Wagner de Campos

Curitiba

2024

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

Linczuk, Pedro Emanuel Mialik

Associação da prática esportiva no contraturno escolar com comportamentos de risco à saúde em adolescentes da cidade de Curitiba-Pr / Pedro Emanuel Mialik Linczuk. – Curitiba, 2024.  
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. Esportes. 2. Comportamentos de risco à saúde. 3. Adolescentes. I. Campos, Wagner de. II. Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Educação Física. III. Título.



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 PEDRO EMANUEL MIALIK LINCZUK Intitulada: **ASSOCIAÇÃO DA PRÁTICA ESPORTIVA NO CONTRATURNO ESCOLAR COM COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE EM ADOLESCENTES DA CIDADE DE CURITIBA-PR**, sob orientação do Prof. Dr. WAGNER DE CAMPOS, que após terem inquirido o aluno e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rto de defesa.

A outorga do título de mestre 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, 02 de Agosto de 2024.

Assinatura Eletrônica

21/08/2024 15:39:26.0

WAGNER DE CAMPOS

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

03/10/2024 15:45:31.0

SERGIO GREGORIO DA SILVA

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

02/08/2024 17:54:47.0

THIAGO SILVA PIOLA

Avaliador Externo (SECRETARIA DE EDUCAÇÃO DO ESTADO DO PARANÁ)

## DEDICATÓRIA

*Dedico esta dissertação a minha esposa Tayane, e a meus pais Edson e Luciane, que sempre foram meus principais incentivadores e nunca me deixaram desanimar.*

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a **Deus**, pela Sua infinita bondade e graça, que em nenhum momento me deixou desamparado e esteve sempre cuidando de mim em toda a jornada. Mesmo em meio a dúvidas e dificuldades sei que há alguém cooperando todas as coisas a meu favor.

A minha esposa **Tayane**, que desse o início do programa esteve ao meu lado me dando suporte, conselhos e afago. Sempre acreditou no meu potencial e sempre será minha maior fonte de motivação.

Aos eu pais **Edson e Luciane**, que desde pequeno me ajudaram a me manter no caminho correto, sendo exemplo de dedicação e caráter. Sempre batalharam para que eu tivesse a melhor educação e fosse o melhor que eu poderia ser. Aos meus **Mariana e Filipe**, que foram um bálsamo de paz e me ajudaram a descansar a mente na reta final da jornada.

A minha tia **Maruchia**, que nunca mediu esforços para me dar todo o suporte necessário para concretizar meus sonhos, sendo um exemplo de carinho, generosidade e da graça de Deus. A minha avó **Zilma** e minha tia **Ana**, que acompanharam todo o meu crescimento e foram parte ativa nele, sempre fontes de muitas risadas e mimos.

Agradeço ao meu orientador, professor **Dr. Wagner de Campos**, pelos ensinamentos e conhecimento repassados em toda essa jornada. A vivência dentro do departamento e da sala de aula certamente me fez crescer como pessoa e como profissional.

Aos colegas do grupo de pesquisa, **Cristiane, Eliane, Rafael e João**, pela disposição e auxílio. Agradeço especialmente ao **Jhonatan**, que foi como um irmão mais velho auxiliando em toda a pesquisa e repassando sua experiência e conhecimento. Obrigado por toda a sua paciência e prontidão para me ajudar.

A Secretaria do Estado da Educação do Estado do Paraná (SEED), pela autorização da pesquisa, as escolas e aos professores, que contribuíram e confiaram na pesquisa.

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

## EPÍGRAFE

“Os que sonham de noite, nos recessos poirentos das suas mentes, acordam de manhã para verem que tudo, afinal, não passava de vaidade. Mas os que sonham acordados, esses são homens perigosos, pois realizam os seus sonhos de olhos abertos, tornando-os possíveis.”

**T.E. Lawrence**

## RESUMO

A prática esportiva na adolescência é de suma importância para a saúde do indivíduo, pois é um período de grandes transformações em sua formação, em que novos hábitos são criados e estabelecem comportamentos que podem ser de risco a saúde e que refletirão na sua saúde futura. O objetivo principal do estudo foi verificar a associação de diferentes práticas esportivas no contraturno escolar com os comportamentos de risco à saúde em adolescentes da rede pública de ensino de Curitiba/PR. Este é um estudo de caráter transversal, sua população final é composta por 1176 adolescentes de 12 a 17 anos de idade, de ambos os sexos, participantes do Programa Aulas Especializadas de Treinamento Esportivo (AETE). As variáveis sociodemográficas e esportivas avaliadas foram o sexo, idade, nível socioeconômico, pico de velocidade de crescimento (PVC), nível de atividade física e volume de treino semanal. Os comportamentos de risco a saúde (CRS) avaliados foram comportamento sedentário (total, semanal e em finais de semana), hábitos alimentares (baixo consumo de frutas, suco de frutas e vegetais), consumo de álcool (leve e excessivo), consumo de tabaco, consumo de drogas ilícitas e baixo tempo de sono diário, auto reportados pelos adolescentes através de questionários. A análise estatística foi realizada pela regressão de Poisson com variância robusta, em análises simples e ajustadas na obtenção das razões de prevalência e intervalo de confiança de 95% (IC 95%). No estudo todas as análises foram ajustadas para sexo, faixa-etária, nível socioeconômico, pico de velocidade de crescimento e nível de atividade física, com o nível de significância de  $p < 0,05$ . O sexo feminino apresentou maior probabilidades para comportamento sedentário (RP=1,07; IC=1,01-1,14) e em consumo de álcool leve (RP=1,22; IC=0,86-1,73) e excessivo (RP=1,29; IC=0,77-2,15) em relação ao sexo masculino. O avanço idade se associou a maiores probabilidades de consumo de álcool leve (RP=4,56; IC=2,52-8,24) e excessivo (RP=5,87; IC=3,01-9,44), e ao baixo tempo de sono (RP=2,06; IC=1,67-2,54). O nível socioeconômico A associou-se positivamente com o comportamento sedentário (RP=1,13; IC=1,08-1,25) e inversamente para o baixo consumo de frutas (RP=0,78; IC=0,65-0,94). O PVC adiantado associou-se positivamente com o consumo de tabaco (RP=3,27; IC=1,53-6,95) e negativamente com o baixo consumo de vegetais (RP=0,93; IC=0,88-0,99), enquanto o PVC atrasado associou-se negativamente com a baixa quantidade de sono (RP=0,70; IC=0,50-0,99). A inatividade física associou-se positivamente com o baixo consumo de frutas (RP=1,10; IC=1,03-1,18) e suco de frutas (RP=1,06; IC=1,02-1,10) e inversamente com a baixa quantidade de sono (RP=0,81; IC=0,68-0,95). Um volume de treino superior ou igual a 180 minutos semanais associou-se positivamente para o comportamento sedentário (RP=1,05; IC=1,01-1,10) e consumo de álcool leve (RP=1,41; IC=1,05-1,89), e inversamente ao baixo consumo de vegetais para o sexo feminino (RP=0,91; IC=0,83-0,99). O volume de treino do futsal maior ou igual a 180 minutos semanais associou-se positivamente para o consumo de álcool leve (RP=2,02; IC=1,12-3,65), e excessivo para o sexo masculino (RP=2,75; IC=1,17-6,46), e negativamente com a baixa quantidade de sono para o sexo feminino (RP=0,50; IC=0,27-0,92). O volume de treino do vôlei maior ou igual a 180 minutos semanais associou-se positivamente com o comportamento sedentário (RP=1,13; IC=1,05-1,21) e consumo de álcool leve (RP=1,68; IC=1,05-2,70). O volume de treino de esportes individuais maior ou igual a 180 minutos semanais associou-se negativamente com o consumo de tabaco (RP=0,12; IC=0,02-0,90), especialmente para o sexo feminino (RP=0,09; IC=0,02-0,34). O presente estudo permitiu identificar associações entre a



prática de diferentes esportes e demais CRS, mas ressalta-se a importância de novos estudos que colaborem para preencher esta lacuna de conhecimento.

**Palavras-chave:** esporte, comportamento de risco a saúde, adolescentes

## ABSTRACT

Practicing sports during adolescence is extremely important for an individual's health, as it is a period of major transformations in their development, in which new habits are created and establish behaviors that can pose a health risk and that will reflect on their future health. The main objective of the study was to verify the association of different sports practices after school with health risk behaviors in adolescents in the public school system in Curitiba/PR. This is a cross-sectional study, its final population is made up of 1176 adolescents aged 12 to 17 years old, of both sexes, participating in the Specialized Sports Training Classes Program (AETE). The sociodemographic and sports variables evaluated were sex, age, socioeconomic level, peak growth velocity (CVP), level of physical activity and weekly training volume. The health risk behaviors (CRS) assessed were sedentary behavior (total, weekly and on weekends), eating habits (low consumption of fruit, fruit juice and vegetables), alcohol consumption (light and excessive), consumption of tobacco, illicit drug use and low daily sleep time, self-reported by adolescents through questionnaires. Statistical analysis was performed using Poisson regression with robust variance, in simple and adjusted analyzes to obtain prevalence ratios and 95% confidence interval (95% CI). In the study, all analyzes were adjusted for sex, age group, socioeconomic level, peak growth velocity and level of physical activity, with a significance level of  $p < 0.05$ . Females were more likely to have sedentary behavior (PR=1.07; CI=1.01-1.14) and light alcohol consumption (PR=1.22; CI=0.86-1.73) and excessive (PR=1.29; CI=0.77-2.15) in relation to males.. Increasing age was associated with greater odds of light (PR=4.56; CI=2.52-8.24) and excessive (PR=5.87; CI=3.01-9.44) alcohol consumption, and low sleep time (PR=2.06; CI=1.67-2.54). Socioeconomic level A was positively associated with sedentary behavior (PR=1.13; CI=1.08-1.25) and inversely with low fruit consumption (PR=0.78; CI=0.65- 0.94). Early PVC was positively associated with tobacco consumption (PR=3.27; CI=1.53-6.95) and negatively with low vegetable consumption (PR=0.93; CI=0.88- 0.99), while delayed PVC was negatively associated with low amount of sleep (PR=0.70; CI=0.50-0.99). Physical inactivity was positively associated with low consumption of fruit (PR=1.10; CI=1.03-1.18) and fruit juice (PR=1.06; CI=1.02-1.10) and conversely with the low amount of sleep (PR=0.81; CI=0.68-0.95). A training volume greater than or equal to 180 minutes per week was positively associated with sedentary behavior (PR=1.05; CI=1.01-1.10) and light alcohol consumption (PR=1.41; CI= 1.05-1.89), and inversely to the low consumption of vegetables for females (PR=0.91; CI=0.83-0.99). Futsal training volume greater than or equal to 180 minutes per week was positively associated with light alcohol consumption (PR=2.02; CI=1.12-3.65), and excessive alcohol consumption for males (PR= 2.75; CI=1.17-6.46), and negatively with the low amount of sleep for females (PR=0.50; CI=0.27-0.92). Volleyball training volume greater than or equal to 180 minutes per week was positively associated with sedentary behavior (PR=1.13; CI=1.05-1.21) and light alcohol consumption (PR=1.68; CI=1.05-2.70). Individual sports training volume greater than or equal to 180 minutes per week was negatively associated with tobacco consumption (PR=0.12; CI=0.02-0.90), especially for females (PR=0 .09; CI=0.02-0.34). The present study made it possible to identify associations between the practice of different sports and other CRS, but the importance of new studies that help to fill this knowledge gap is highlighted.

**Keywords:** sport, health risk behavior, adolescents

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Características das variáveis sociodemográficas, total e estratificado por sexo, dos escolares de 12 a 17 anos de Curitiba/PR (n=1176). .....	29
TABELA 2 - Características do pico de velocidade de crescimento, nível de atividade física, modalidades esportivas, comportamentos de risco à saúde e quantidade de sono, total e estratificado por sexo, dos escolares de 12 a 17 anos de Curitiba/PR (n=1176).....	31
TABELA 3 - Associação do sexo, faixa etária, nível socioeconômico, pico de velocidade de crescimento, volume de treino semanal e nível de atividade física com o comportamento sedentário, total e estratificado por sexo dos adolescentes de 12 a 17 anos de Curitiba/PR. ....	34
TABELA 4 – Associação do volume de treino semanal do futsal, vôlei e esportes individuais com o comportamento sedentário, total e estratificado por sexo dos adolescentes de 12 a 17 anos de Curitiba/PR. ....	35
TABELA 5 - Associação do sexo, faixa etária, nível socioeconômico, pico de velocidade de crescimento, volume de treino semanal e nível de atividade física com o comportamento sedentário semanal, total e estratificado por sexo dos adolescentes de 12 a 17 anos de Curitiba/PR. ....	37
TABELA 6 - Associação do volume de treino semanal do futsal, vôlei e esportes individuais com o comportamento sedentário semanal, total e estratificado por sexo dos adolescentes de 12 a 17 anos de Curitiba/PR.....	38
TABELA 7 – Associação do sexo, faixa etária, nível socioeconômico, pico de velocidade de crescimento, volume de treino semanal e nível de atividade física com o comportamento sedentário no fim de semana, total e estratificado por sexo dos adolescentes de 12 a 17 anos de Curitiba/PR. ....	40
TABELA 8 - Associação do volume de treino semanal do futsal, vôlei e esportes individuais com o comportamento sedentário no fim de semana, total e estratificado por sexo dos adolescentes de 12 a 17 anos de Curitiba/PR.....	41
TABELA 9 - Associação do sexo, faixa etária, nível socioeconômico, pico de velocidade de crescimento, volume de treino semanal e nível de atividade física com o baixo consumo de frutas, total e estratificado por sexo dos adolescentes de 12 a 17 anos de Curitiba/PR. ....	43
TABELA 10 - Associação do volume de treino semanal do futsal, vôlei e esportes individuais com o baixo consumo de frutas, total e estratificado por sexo dos adolescentes de 12 a 17 anos de Curitiba/PR. ....	44
TABELA 11 – Associação do sexo, faixa etária, nível socioeconômico, pico de velocidade de crescimento, volume de treino semanal e nível de atividade física com o baixo consumo de suco de frutas total e estratificado por sexo dos adolescentes de 12 a 17 anos de Curitiba/PR. ....	46

TABELA 12 - Associação do volume de treino semanal do futsal, vôlei e esportes individuais com o baixo consumo de suco de frutas total e estratificado por sexo dos adolescentes de 12 a 17 anos de Curitiba/PR. ....	47
TABELA 13 - Associação do sexo, faixa etária, nível socioeconômico, pico de velocidade de crescimento, volume de treino semanal e nível de atividade física com o baixo consumo de vegetais total e estratificado por sexo dos adolescentes de 12 a 17 anos de Curitiba/PR. ....	49
TABELA 14 - Associação do volume de treino semanal do futsal, vôlei e esportes individuais com o baixo consumo de vegetais total e estratificado por sexo dos adolescentes de 12 a 17 anos de Curitiba/PR. ....	50
TABELA 15 – Associação do sexo, faixa etária, nível socioeconômico, pico de velocidade de crescimento, volume de treino semanal e nível de atividade física com o consumo de álcool (leve), total e estratificado por sexo dos adolescentes de 12 a 17 anos de Curitiba/PR. ....	53
TABELA 16 - Associação do volume de treino semanal do futsal, vôlei e esportes individuais com o consumo de álcool (leve), total e estratificado por sexo dos adolescentes de 12 a 17 anos de Curitiba/PR. ....	54
TABELA 17 - Associação do sexo, faixa etária, nível socioeconômico, pico de velocidade de crescimento, volume de treino semanal e nível de atividade física com o consumo de álcool (excessivo), total e estratificado por sexo dos adolescentes de 12 a 17 anos de Curitiba/PR. ....	56
TABELA 18 - Associação do volume de treino semanal do futsal, vôlei e esportes individuais com o consumo de álcool (excessivo), total e estratificado por sexo dos adolescentes de 12 a 17 anos de Curitiba/PR. ....	57
TABELA 19 – Associação do sexo, faixa etária, nível socioeconômico, pico de velocidade de crescimento, volume de treino semanal e nível de atividade física com o consumo de tabaco, total e estratificado por sexo dos adolescentes de 12 a 17 anos de Curitiba/PR. ....	59
TABELA 20 - Associação do volume de treino semanal do futsal, vôlei e esportes individuais com o consumo de tabaco, total e estratificado por sexo dos adolescentes de 12 a 17 anos de Curitiba/PR. ....	60
TABELA 21 - Associação do sexo, faixa etária, nível socioeconômico, pico de velocidade de crescimento, volume de treino semanal e nível de atividade física com o consumo de drogas ilícitas, total e estratificado por sexo dos adolescentes de 12 a 17 anos de Curitiba/PR. ....	62
TABELA 22 - Associação do volume de treino semanal do futsal, vôlei e esportes individuais com o consumo de drogas ilícitas, total e estratificado por sexo dos adolescentes de 12 a 17 anos de Curitiba/PR. ....	63
TABELA 23 – Associação do sexo, faixa etária, nível socioeconômico, pico de velocidade de crescimento, volume de treino semanal e nível de atividade física com	

a baixa quantidade de sono, total e estratificado por sexo dos adolescentes de 12 a 17 anos de Curitiba/PR. ....66

TABELA 24 - Associação do volume de treino semanal do futsal, vôlei e esportes individuais com a baixa quantidade de sono, total e estratificado por sexo dos adolescentes de 12 a 17 anos de Curitiba/PR. ....67

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
1.2	OBJETIVOS	5
1.2.1	Objetivo geral	5
1.2.2	Objetivos específicos	5
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>6</b>
2.1	COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE	6
2.1.1	Comportamento sedentário	6
2.1.2	Hábitos alimentares	8
2.1.3	Consumo de bebidas alcoólicas	10
2.1.4	Consumo de tabaco	12
2.1.5	Consumo de drogas ilícitas	14
2.1.6	Tempo de sono inadequado	16
2.2	ATIVIDADE FÍSICA NA ADOLESCÊNCIA	18
2.3	PRÁTICA ESPORTIVA NA ADOLESCÊNCIA	20
<b>3</b>	<b>MATERIAL E MÉTODOS</b>	<b>23</b>
3.1	POPULAÇÃO E AMOSTRA	23
3.2	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	23
3.3	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	24
3.4	INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA COLETA DE DADOS	24
3.4.1	Sexo biológico	25
3.4.2	Variáveis esportivas	25
3.4.3	Nível socioeconômico	25
3.4.4	Pico de Velocidade de Crescimento	25
3.4.5	Nível de atividade física	26
3.4.6	Comportamento Sedentário	27
3.4.7	Demais comportamentos de risco à saúde	27
3.5	TRATAMENTO DOS DADOS E PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS	28
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>29</b>
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	<b>68</b>
5.1	Comportamento sedentário	68
5.2	Consumo de frutas, suco de frutas e vegetais	69
5.3	Consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas	70
5.4	Baixa quantidade de sono	73
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>75</b>

<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>77</b>
<b>APENDICE 1 - QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADE FÍSICA PARA ADOLESCENTES.....</b>	<b>97</b>
<b>APENDICE 2 - QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADES SEDENTÁRIAS.....</b>	<b>99</b>
<b>APENDICE 3 - YOUTH RISK BEHAVIOR SURVEY .....</b>	<b>101</b>
<b>APENDICE 4 – ÍNDICE DA QUALIDADE DO SONO DE PITTSBURGH .....</b>	<b>111</b>
<b>APENDICE 5 – QUESTIONÁRIO DE CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL.....</b>	<b>115</b>
<b>APENDICE 6 - ANEMNESE SOBRE A PRÁTICA ESPORTIVA.....</b>	<b>117</b>
<b>APENDICE 7 - PICO DE VELOCIDADE DE CRESCIMENTO .....</b>	<b>117</b>
<b>ANEXO 1 – Termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE.....</b>	<b>118</b>
<b>ANEXO 2 – Termo de assentimento livre e esclarecido – TALE .....</b>	<b>121</b>
<b>ANEXO 3 - Autorização do Comitê de Ética.....</b>	<b>124</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A adolescência é compreendida como a fase da vida que varia entre os 10 até os 19 anos (WHO, 2023a), caracterizando-se como um período de grandes transformações na formação do indivíduo, isso porque é considerado um momento de muitas alterações, sendo elas nos aspectos físicos, psicológicos, cognitivos e sociais. Nesta fase, os adolescentes estão suscetíveis à novos desafios e pressões, podendo afetar as relações com seus familiares (CURRIE et al., 2012; PENSE, 2019), além de ser um período caracterizado por uma vulnerabilidade a fatores externos como a mídia e os amigos, o que pode influenciar em suas tomadas de decisões (BARBOSA FILHO et al., 2012). Isto ocorre porque na adolescência o tempo gasto com as amizades tende a aumentar em comparação com a infância, iniciando a busca por aprovação social por parte de seus amigos e do próprio indivíduo. Durante essa busca por apreço, os adolescentes são mais suscetíveis a assumir riscos sob a influência das amizades, ampliando sua influência tanto de maneira positiva quanto negativa: pois ser excluído por um grupo social pode gerar isolamento como meio de proteção, elevando o risco de distúrbios e patologias (CARDOSO; MALBERGIER, 2014; TOMÉ et al., 2015; BLAKEMORE, 2019).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) estigma e exclusão são considerados fatores que aumentam o risco de gerar problemas na saúde e impactar no bem-estar dos adolescentes, bem como a pobreza, violência e habitação em esferas humanitárias e frágeis (PINTO et al., 2014; ASSIS; AVANCI; SERPELONI, 2020; SIMÕES et al., 2020; WHO, 2023b). O risco à saúde mental dos adolescentes ainda pode sofrer influência da idade, sexo e classe socioeconômica (RIBEIRO et al., 2020; BULI et al., 2023).

Justamente por ser um período em que o adolescente adquire uma sensação de autonomia e independência nas suas atitudes, novos hábitos - saudáveis ou de risco - são criados, podendo afetar como os adolescentes se sentem, como definem suas escolhas e a interação com ambiente a sua volta, estabelecendo comportamentos importantes que refletirão na saúde futuramente (SWYER et al., 2018; WHO, 2019).



O termo comportamento de risco à saúde (CRS) é definido como a participação em atividades que possam comprometer negativamente a saúde física e mental do adolescente (FEIJÓ; OLIVEIRA, 2001). Entre eles estão os níveis insuficientes de atividade física (AF), comportamento sedentário, hábitos alimentares inadequados, consumo de bebidas alcoólicas, consumo de tabaco, consumo de drogas ilícitas e adicionalmente, tempo de sono inadequado (CURRIE et al., 2012; CDC, 2016; CARSKADON, 2012). Infelizmente, uma grande parcela dos adolescentes já apresenta estes comportamentos, que podem se estender para a vida adulta, como evidencia a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE, 2019), a qual informa que 19,0% dos adolescentes brasileiros já fizeram a experimentação de cigarros, 26,8% já apresentaram algum episódio de embriaguez.

Tais comportamentos estão relacionados a condutas nocivas à saúde, que a curto prazo podem afetar o pico de velocidade de crescimento (PVC) e maturação sexual do adolescente durante a puberdade. Isto pois é o momento em que várias alterações hormonais ocorrem na formação da composição corporal do indivíduo, estabelecendo os parâmetros para sua estatura, formação de massa magra e gorda. Tais transformações estão sujeitas a fatores intrínsecos (como a genética) e extrínsecos (alimentação, tempo adequado de sono, hábitos diários), e a adoção de comportamentos saudáveis é de suma importância para que não haja prejuízos na fisiológicos no adolescente (BERGMANN et al., 2007; LOURENÇO e QUEIROZ, 2010; OWENS; BELON e MOSS, 2018). Já a longo prazo, comportamentos como sedentarismo, alimentação inadequada, e o consumo de cigarro e álcool, propiciam o aumento no risco de adquirir diversos tipos de câncer, doenças cardiorrespiratórias e gastrointestinais, sendo a presença combinada destes comportamentos um potencializador dos riscos de morbidade e mortalidade na adolescência e vida adulta (WHO, 2009a; MAZZARDO et al., 2016, CHAVES et al., 2018).

Como visto, a adolescência é uma fase importante à adoção de condutas relacionadas à saúde, e torna-se prioridade a inserção da prática de AF no combate aos comportamentos de risco (HORST et al., 2007), uma vez em que está associada a um melhor comportamento alimentar, menor tempo de tela e menor consumo de drogas lícitas e ilícitas em adolescentes (CHARILAOU et al., 2009; DOMINGOS; GONÇALVES, 2014; LESJAK; STANOJEVIĆ-JERKOVIĆ,

2015; FLEIG et al., 2015; MEDEIROS et al., 2016). Como parte integrante da AF, o envolvimento do adolescente em esportes organizados e estruturados oferece diversos benefícios que vão além da adoção de bons comportamentos à saúde, como exercitar capacidades físicas e sociais, e desenvolver habilidades motoras de uma modalidade esportiva específica (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2001; KWAN et al., 2014).

Sendo o esporte uma das atividades físicas mais praticadas entre a população mundial e entre os adolescentes, evidencia-se que sua prática está associada com um melhor comportamento relacionado à saúde na fase adulta, como a predisposição em sua prática ao longo da vida e menores índices de abandono da prática quando apresentado na infância e adolescência (NAKAMURA et al., 2013; DRAKE et al., 2012; IPSOS, 2021). Segundo o Ministério do Esporte (2014), o acesso ao esporte e lazer são direitos constitucionais assim como saúde e educação, sendo evidente a necessidade de dar maior atenção para as atividades esportivas nas escolas e incentivos governamentais para a prática esportiva no contraturno escolar como demanda social e promoção da saúde (BACIU e BACIU, 2015; SILVA, 2022).

Entretanto, a literatura aponta que os adolescentes estão apresentando pouca prática em atividades físicas e despendendo muito tempo em atividades sedentárias (BARBOSA FILHO; CAMPOS; LOPES, 2014; van SLUIJS et al., 2022). Estima-se que a nível mundial mais de 80% dos adolescentes de 11 a 17 anos são insuficientemente ativos e não atendem às recomendações para as atividades físicas diárias (HALLAL et al., 2012; GUTHOLD et al., 2020), que segundo a OMS deveriam ser de 60 minutos diários ou mais de AF com intensidade moderada à vigorosa (WHO, 2020).

Já no contexto brasileiro percebe-se que a maioria dos adolescentes não atingem níveis suficientes de AF, com o sexo feminino apresentando menor envolvimento com a AF quando comparado com os adolescentes do sexo masculino (HALLAL et al., 2010; REZENDE et al., 2014; CARLIN; MURPHY; GALLAGHER, 2016; CUREAU et al., 2016; IBGE, 2021). Outro fato preocupante é evidenciado por Silva et al. (2022), que informa que apenas 29,5% dos adolescentes brasileiros de 12 a 18 anos atendem as recomendações diárias de AF, sendo 44,6% do sexo masculino e 29,5% do sexo feminino insuficientemente ativos.

Mesmo com a perceptível diferença no envolvimento com a AF entre os sexos, o nível insuficiente de AF apresenta maior relação com a classificação socioeconômica apenas para adolescentes do sexo masculino, revelando que adolescentes de classe baixa tendem a dispender menos tempo e dedicação à AF em comparação aos de classe média (SILVA et al., 2018), corroborando a relação entre fatores socioeconômicos e AF (EIME et al., 2015; MENDONÇA et al., 2019).

Ainda, com todas as recomendações da OMS para os adolescentes, há a sugestão da literatura para que novas pesquisas sejam conduzidas com foco na identificação, prevenção e controle dos riscos à saúde nessa população (GUNAWARDENA et al., 2016). Percebe-se também que poucos estudos se propuseram a investigar os domínios de comportamento e influência da prática de AF sobre os mesmos, bem como a relação com a prática de esportes. Isto pois em sua maioria, as pesquisas focam-se apenas no estudo da prática esportiva e qualidade de vida, ou em CRS na educação física escolar, em modalidades isoladas e sem comparação entre os diversos tipos de esporte (PALMA et al., 2007; GONÇALVES et al., 2009; JORAND et al., 2019; FONSECA et al., 2019; DORÉ et al., 2020; FLEITLICH; CORTÁZAR; GOODMAN, 2000; SOLIDADE et al., 2021; WUNSCH et al., 2021).

Com a evidente carência de estudos em relação a prática esportiva entre os adolescentes e os comportamentos de risco à saúde, assim como a comparação entre suas incidências entre as diferentes modalidades, nota-se que há uma lacuna de conhecimento ao tratar-se de variáveis moderadoras como sexo, idade e nível socioeconômico sobre o tema. Isto pois tais variáveis tem o potencial de influenciar a direção e/ou intensidade da relação entre duas outras variáveis, como a modalidade praticada pelo indivíduo e a prática de comportamentos de risco (BARON; KENNY, 1986; ROTHMAN; GREENLAND; LASH, 2008).

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo geral

- Analisar a associação de diferentes práticas esportivas no contraturno escolar com os comportamentos de risco à saúde em adolescentes da rede pública de ensino de Curitiba/PR.

### 1.2.2 Objetivos específicos

- Verificar as prevalências dos comportamentos de risco à saúde dos adolescentes, levando em consideração o sexo, a faixa-etária, o nível socioeconômico, o pico de velocidade de crescimento, nível de atividade física e modalidades esportivas, total e estratificado por sexo.
- Verificar as associações da prática de diferentes esportes com os comportamentos de risco à saúde em adolescentes do contraturno escolar, bruto e ajustado pelo sexo, faixa etária, nível socioeconômico, pico de velocidade de crescimento e nível de atividade física.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE

Vários comportamentos que são adotados no cotidiano atuam como importantes moduladores dos níveis de saúde e qualidade de vida dos indivíduos (FARIAS JÚNIOR; LOPES, 2004; LIM et al., 2012), e a sua influência no estilo de vida sobre vários grupos etários, como os adolescentes, vêm sendo recorrentemente debatida nas pesquisas da área da saúde (KIPPING et al., 2012). Isso deve-se ao fato de que a adesão a comportamentos que podem ameaçar à saúde apresenta-se como um grande contribuinte para as taxas de mortalidade da população geral (WARREN et al., 2006; REHM et al., 2009; LEE et al., 2012; LIM et al., 2012; SPRING; MOLLER; COONS, 2012). Consequentemente, o monitoramento, identificação e a intervenção sobre os comportamentos de risco dos adolescentes estão ganhando grande atenção na saúde pública (BOZZINI et al, 2021). Os CRS que serão avaliados no presente trabalho são: o nível insuficiente de AF, comportamento sedentário, consumo de bebidas alcoólicas, tabaco e de drogas ilícitas, maus hábitos alimentares, e adicionalmente o tempo de sono inadequado. Também são CRS o comportamento violento e comportamento sexual de risco (GUEDES; LOPES, 2010; MCKNIGHTEILY et al., 2011; BARBOSA FILHO et al., 2012).

#### 2.1.1 Comportamento sedentário

O comportamento sedentário é definido como o conjunto de atividades com pequena movimentação, com o corpo em posição sentada ou reclinada e de gasto energético próximo ao dos níveis de repouso, geralmente reproduzidos no ambiente escolar, trabalho e lazer dos indivíduos (PATE et al., 2011).

Estima-se que em 2008, 5.3 milhões de mortes no mundo foram atribuídas direta e indiretamente ao comportamento sedentário, sendo responsável por cerca de 9% das mortes prematuras e de 6 a 10% das doenças mundiais (LEE et al., 2012). Ao tratarmos dos adolescentes, a literatura sugere que tempos elevados em atividades sedentárias são um risco a sua saúde,

associando-se ao aumento do risco de doenças cardiometabólicas, aumento de massa corporal e a fatores de risco relacionados a obesidade, síndrome metabólica, diminuição da aptidão física, redução na expectativa de vida, menores escores de autoestima e decréscimo do desempenho acadêmico (TREMBLAY et al., 2011; PATE et al., 2011; KATZMARZYK; LEE, 2012).

De acordo com Silva e Júnior (2011), as mudanças socioculturais são possíveis responsáveis por afetar a participação dos adolescentes em práticas de atividades físicas, uma vez em que tal população sofre da forte valorização e incentivo a hábitos que direcionam a um estilo de vida sedentário, como vídeo games, computadores, e outras telas, os quais incentivam a um menor envolvimento dos indivíduos em práticas corporais, bem como a menos tempo dispendido ao ar livre. Tratando-se do tempo de tela, tal fator apresenta-se também como um grande preditor para o baixo consumo de frutas e verduras, e favorecedor do consumo de álcool e cigarro em adolescentes (NELSON; GORDON-LARSEN, 2006; PELTZER, 2010; DIAS et al., 2014; LESJAK; STANOJEVIC-JERKOVIC, 2015; LEBRON et al., 2016; SILVA; SMITH-MENEZES; DUARTE, 2016).

O American Academy of Pediatrics (2010) não recomenda mais que duas horas diárias em frente a tela, porém estudos nos mostram que tais comportamentos estão excedendo cada vez mais o tempo recomendado entre os adolescentes, tornando a geração atual a mais sedentária em comparação às gerações passadas (HILL; PETERS, 1998; HARDY; BASS; BOOTH, 2007). Estima-se que nos países da Europa e América do Norte, dos indivíduos entre 13 e 15 anos de idade, 77% passam mais de duas horas em tempo de tela (MELKEVIK et al., 2010), já no Brasil, a edição de 2019 da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) demonstrou que 61,6% dos adolescentes passavam mais de 3 horas diárias em atividades sentadas, os quais 59,0% dos meninos e 64,1% das meninas encontravam-se com tal hábito.

Em uma revisão sistemática de GUERRA et al. (2016), os dados apontaram que em um total de 49 artigos, 55,5% apresentaram associações positivas entre volumes elevados de comportamento sedentário e peso corporal elevado, e evidencia que em 50% dos artigos há associações estatisticamente positivas entre volumes elevados de comportamento sedentário e baixos níveis de AF. MARTINS et al. (2012) identificaram que há Associação inversa e

significativa entre a AF e a adoção de comportamento sedentário, pois adolescentes com atitudes mais positivas em relação a AF apresentaram menores chances de dispender mais de duas horas diárias em frente a televisão (masculino: RC: 0,62; IC95%: 0,40-0,95; feminino: RC: 0,63; IC95%: 0,44- 0,90).

Assim como a AF, o comportamento sedentário mostrou-se influenciado por fatores fisiológicos, psicossociais e ambientais (PETTEE GABRIEL; MORROW; WOOLSEY, 2012). Arundell et al. (2016) em revisão sistemática, buscaram identificar fatores associados ao comportamento sedentário em crianças e adolescentes fora do horário escolar, e encontraram maiores correlações deste comportamento em adolescentes do sexo masculino, com associações positivas no tempo sozinho após a escola e no tempo supervisionado fora dela, e com o alto nível socioeconômico do pai inversamente associado. Porém, os autores concluem que as evidências não são suficientes e a identificação de fatores associados ao comportamento sedentário em adolescentes carece de mais pesquisas.

### 2.1.2 Hábitos alimentares

O conhecimento obtido na adolescência afeta de forma direta a vida adulta na alimentação e na saúde, devido a criação de hábitos e formação de preferências. Portanto, a geração de hábitos alimentares saudáveis nesta fase é de extrema importância para a solidificação de uma vida adulta saudável (WHO 2005; BARUFALDI et al., 2016). As escolhas alimentares são efetuadas ao comprar e/ou consumir os alimentos, as quais ocorrem por motivação fisiológica, psicológica, cultural e social (CARDOSO et al., 2015), como por exemplo a imagem corporal, o círculo social, classe econômica, a disponibilidade de alimentos e a influência da mídia (BERTIN et al., 2008; SILVA et al., 2010). Tais decisões são fatores determinantes para o estado de saúde futuro do indivíduo (CERIN et al., 2011), pois hábitos alimentares inadequados são fatores de risco à saúde, por sua relação com a obesidade, diabetes e doenças crônico-degenerativas (GONÇALVES, 2006; HATAMI et al., 2014; POTI; DUFFEY; POPKIN, 2014; RAHATI et al., 2014; WHO, 2014).

O âmbito familiar exerce extrema importância no desenvolvimento e propiciação dos hábitos alimentares do adolescente, pois os pais espelham sua alimentação nos filhos e são eles que proveem os alimentos, podendo levar a criança/adolescente a praticar os mesmos hábitos alimentares ao longo da vida (ROOS et al., 2012). Porém, a formação dos hábitos alimentares do indivíduo é um processo complexo, lapidado ao longo da vida e multifatorial, dependente de fatores socioeconômicos, maior escolaridade do chefe da família, acessibilidade a alimentos saudáveis, rotinas diárias de AF e obesidade (BIGIO et al., 2011; CERIN et al., 2011; MADRUGA et al., 2012; GROSSO et al., 2013; RAHATI et al., 2014; RAHMANIAN et al., 2014).

Ao tratar-se de hábitos alimentares inadequados nos adolescentes, nota-se o baixo consumo de frutas e vegetais, e torna-se evidente a mudança de tais hábitos em direção a padrões menos saudáveis tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento (POTI; DUFFEY; POPKIN, 2014; RAHATI et al., 2014). Em uma amostra representativa de adolescentes norte-americanos, apenas 28% consumiram frutas ou suco 100% natural de frutas ao menos de 2 vezes ao dia nos últimos 7 dias anteriores a pesquisa (CDC, 2016). No Brasil, uma revisão sistemática sobre os hábitos alimentares entre os adolescentes apontou a prevalência de 33,4% a 82,8% para o baixo consumo de frutas, e prevalências de 36,3% a 75,8% no baixo consumo de vegetais (BARBOSA FILHO et al., 2014). Nota-se também, que o consumo de frutas, legumes e verduras vêm diminuindo, e alimentos com grande quantidade de açúcares e gorduras vêm aumentando significativamente. Um estudo com adolescentes de ambos os sexos, apontou que cerca de 80% dos adolescentes consomem uma baixa quantidade de fibras, enquanto aproximadamente 35% consomem uma alta quantidade de gorduras (NEUTZLING et al., 2007). Um agente que propicia tal comportamento é o fato de que ao entrar na adolescência os indivíduos tornam-se mais vulneráveis nutricionalmente, tendendo a pular refeições, e compensar com pequenas porções entre as grandes refeições do dia, ingerindo altas doses de açúcar e gorduras saturadas, e baixas doses de micronutrientes (LOPES, 2008).

A literatura aponta que a prática regular de AF associa-se positivamente com padrões alimentares mais saudáveis em adolescentes (PATE et al., 1996;



LOWRY et al., 2015; BORRACCINO et al., 2016; SILVA; SMITH-MENEZES; DUARTE, 2016), e que a prática de intensidade moderada a vigorosa, está associada positivamente com a ingestão de frutas e vegetais desta população (TASSITANO et al., 2016). Corroborando a afirmação, um estudo de LOWRY et al. (2015) apontou que adolescentes que realizavam 60 minutos diários de AF moderada a vigorosa obtiveram maiores chances de consumirem frutas (OR: 2,10; IC95%: 1,80-2,60) e vegetais (OR: 2,30; IC95%: 1,80-2,80).

Ao tratarmos da participação efetiva dos adolescentes nos esportes, há um grande aumento na demanda de gasto energético, exigindo então um maior consumo de nutrientes para alcançar a demanda do crescimento, desenvolvimento e desempenho nas atividades cotidianas em comparação aos indivíduos que não o fazem. Tal fato reitera que a nutrição adequada é fundamental para a evolução das capacidades físicas, e que a alimentação inadequada desacelera e atrapalha o processo normal de desenvolvimento, propiciando declínios nas habilidades motoras, aumentando a fadiga, e como consequência, aumentando as chances de traumas e lesões (SZCZEPANSKA, 2016).

### 2.1.3 Consumo de bebidas alcoólicas

Uma das principais preocupações da saúde pública é o consumo de álcool (CURRIE et al., 2012), pois está atrelado a outros estilos de vida de alto risco, como o uso de drogas ilícitas e tabaco, sintomas de depressão, transtornos mentais, ansiedade, transtornos alimentares e obesidade (MALTA et al., 2014). No ano de 2012, estimou-se que o consumo de álcool ocasionou cerca de 5,9% do total de mortes no mundo (WHO, 2014), e seu consumo em altas doses na fase final da adolescência está ligado a um maior risco de mortalidade na idade adulta (MCCAMBRIDGE et al., 2011). Além disso, quando o consumo de álcool ocorre nesta fase, torna-se um preditor do tabagismo na vida adulta, o que está inversamente associado com prática de AF no lazer (PAAVOLA; VARTIAINEN; HAUKKALA, 2004).

Junto da influência genética, o consumo de álcool na adolescência tem um potencial destrutivo a saúde, alterando a maturação cerebral e reduzindo o volume do hipocampo, comprometendo o aprendizado, o foco e a memória

(AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2010). O início precoce na experimentação e consumo de bebidas alcoólicas está associado a dificuldades no aprendizado e no mercado de trabalho, no uso de substâncias ilícitas e a comportamentos violentos (ELLICKSON et al., 2003).

Dentre todos os comportamentos de risco, o consumo de álcool está entre os maiores índices na população adolescente. Uma pesquisa realizada entre estudantes da tríplice fronteira apontou que 56,6% dos escolares fizeram o uso de pelo menos uma dose nos últimos 30 dias anteriores a coleta, sendo a maior prevalência entre os argentinos (LEGNANI et al., 2009). Entre os estudos nacionais, uma revisão sistemática verificou que o consumo de álcool variou entre 23% a 67,7%, com a prevalência média de 34,9% (BARBOSA FILHO et al., 2012). Evidências apontam que 63,2% dos adolescentes brasileiros com idades entre 16 a 17 anos, já fizeram a experimentação de bebida alcoólica ao menos uma vez na vida, e dentre eles, 68,5% tomaram a primeira dose com menos de 14 anos (PENSE, 2019).

O consumo de álcool na adolescência está relacionado a diversos fatores. Schulte, Ramo e Brown (2009) indicaram algumas condições que propiciam o uso da substância, como a idade, risco genético, anormalidades neurofisiológicas, expectativas positivas em relação ao consumo do álcool, características na personalidade, apoio social e depressão. Ando et al. (2007) reforçam que o consumo de bebidas alcoólicas por parte do grupo social é um importante fator de risco para o propiciar o consumo, porém a participação ativa dos pais na vida dos filhos é um fator protetor contra o consumo do álcool em ambos os sexos.

O consumo excessivo de álcool é caracterizado quando os adolescentes consomem 5 ou mais doses de bebida alcoólica em um período de aproximadamente 2 horas (CDC, 2016). Um estudo de revisão de Barbosa Filho et al. (2012), evidenciou que o consumo excessivo de bebidas alcoólicas variou de 0,8% a 34% em adolescentes brasileiros, e 40% dos estudos selecionados estimaram prevalências do uso excessivo do consumo de álcool maiores que 10%. Dados também evidenciam grandes prevalências em episódios de embriaguez na população brasileira, apontando que 21,4% dos adolescentes

estudados afirmaram já terem vivenciado a condição ao menos uma vez (IBGE, 2016).

Pesquisas demonstram que adolescentes que praticam esportes regularmente apresentaram 26% menos chances de consumirem bebidas alcoólicas (NELSON; GORDON-LARSEN, 2006), porém a prática esportiva competitiva demonstrou ter fortes associações com o uso do álcool: resultados encontrados indicam que os indivíduos praticantes do esporte estruturado relacionam-se positivamente ao uso de bebidas alcoólicas, e independente da modalidade o consumo obteve maiores índices quando comparado com indivíduos que não praticam esporte algum (LISHA; SUSSMAN, 2010; KWAN et al., 2014). Outro estudo de MAYS et al. (2010), verificou que o maior envolvimento nos esportes está associado ao aumento no consumo de bebidas alcoólicas. Entretanto, a prática de AF surge como uma ferramenta protetiva contra o consumo de bebidas alcoólicas entre os adolescentes, apresentando Associação inversa ao consumo de bebidas alcoólicas durante a essa fase (PATE et al., 2000; NELSON; GORDON-LARSEN, 2006).

#### 2.1.4 Consumo de tabaco

O tabagismo, assim como o consumo de álcool, é uma das principais preocupações para os órgãos de saúde globais (ALVAREZAGUIRRE et al., 2014), considerado um grande fator de risco das principais causas de mortalidade, como doenças cardíacas, pulmonares, demais tipos de câncer e acidente vascular cerebral (ALMEIDA; MUSSI, 2006; VASCONCELOS et al., 2016). De fato, o tabagismo é a segunda maior causa de mortes no mundo (cerca de 9% da população mundial, em torno de 5,1 milhões de pessoas) apenas atrás da pressão arterial elevada (13% da população mundial, aproximadamente 7,5 milhões de pessoas) (WHO, 2009). Além de ser o segundo no ranking de mortalidades/ano, o tabagismo também é a causa de morte mais comum que pode ser evitada, pois em torno de 140 mil de suas mortes anuais são evitáveis (ALMEIDA; MUSSI, 2006). As estimativas apontam que no mundo mais de um bilhão de pessoas possuem o hábito de fumar, e calcula-se que em 2030 os números ultrapassem os dois bilhões, sendo em sua maioria cidadãos de países em desenvolvimento (WÜNSCH FILHO et al., 2010).

O tabagismo é responsável por 90% dos tumores pulmonares, 75% das bronquites crônicas e 25% das doenças isquêmicas do coração (MACKAY; ERIKSEN, 2002). Portanto, o hábito que era antes incentivado pelo governo e mídia, hoje é considerado como uma doença e representa o maior risco independente para doenças crônicas, por sua grande concentração de substâncias químicas altamente viciantes (INCA, 2004).

A relação do tabagismo com a população adolescente é de extremo perigo, pois dados obtidos de adolescentes de 12 a 19 anos apontaram que aqueles com o hábito de fumar apresentaram 6,1 vezes mais chances de desenvolverem síndrome metabólica (WEITZMAN et al., 2005). Sendo a adolescência período chave na adoção ou não aos hábitos de fumo, por ser uma fase de adaptação e busca por aprovação em grupos sociais, não somente o fumo, mas outros comportamentos de risco tendem a serem criados nesta fase (CAVALCANTE; ALVES; BARROSO, 2008; MENEZES et al., 2014). Um dado que corrobora tal afirmação e que foi exposto pelo *The Global Youth Tobacco Survey*, indica que 20% dos adolescentes que não fumam estão propensos a iniciar a prática (WARREN et al., 2006).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) alega que mundialmente, dos indivíduos com 15 anos ou mais, 22% fazem uso diário do cigarro (WHO, 2014). Em 2008 o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizou uma pesquisa com indivíduos de idade superior a 15 anos, relatando que 24,6 milhões fazem o uso frequente de tabaco, equivalendo a 17,2% da população brasileira. Na mesma pesquisa, apontou-se que os indivíduos do sexo masculino apresentam maior incidência (21%), enquanto os do sexo feminino aparecem com menores escores (13,2%) (IBGE, 2010). Em uma revisão sistemática de BARBOSA FILHO et al. (2012) com o intuito de verificar a prevalência de consumo de tabaco pelos adolescentes brasileiros de 10 a 19 anos, constatou-se que o consumo de tabaco oscilou entre 2,4% a 22%, com uma prevalência média de 9,3%. Outro estudo realizado apenas na rede pública de ensino brasileiro, com mais de 50 mil alunos das 27 capitais, alertou que o início do uso do tabaco ocorre muito cedo na vida dos estudantes, pois 4,1% dos adolescentes de 10 a 12 anos já haviam experimentado o cigarro, e ao se tratar da idade de 16 a 18 anos a porcentagem subiu para 29,1% (CARLINI et al., 2010). Já na tríplice fronteira, as pesquisas indicam que a prevalência de consumo de cigarros

é de 6,5%, com maior incidência entre os adolescentes da Argentina (LEGNANI et al., 2009).

O avanço da adolescência para o início da idade adulta mostrou-se como grande preditor do consumo de cigarros para o resto da vida, pois estudos mostram que a partir dos 15 anos há maiores índices de consumo (HORTA et al., 2001; SILVA et al., 2006; HORTA et al., 2007). Entretanto, outros fatores mostraram-se associados uso de cigarros na adolescência, como o suporte social, baixo rendimento acadêmico, o início do trabalho remunerado, o divórcio na família nuclear e maiores incidências no sexo masculino (MALCON; MENEZES; CHATKIN, 2003).

Como combate ao uso de tabaco, a prática regular de AF é identificada como um fator de proteção, pois segundo a literatura indivíduos mais ativos tornam-se menos propensos a consumirem o cigarro (PAAVOLA et al., 2004; CHARILAOU et al., 2009). De mesma forma, a prática esportiva vem demonstrando ser de grande eficácia para que os adolescentes não adquiram o hábito de fumar. Estudos apontam que os indivíduos que realizam a prática esportiva competitiva obtêm Associação negativa com o uso de cigarros, e aqueles que abandonam a prática de esportes, apresentam maiores chances de adquirirem tal CRS (LISHA; SUSSMAN, 2010; ZENIC et al., 2017). Estudos na mesma linha comprovam que o hábito de fumar nessa fase da vida está associado a menores níveis de AF, indicando ainda mais a imprescindibilidade de ações governamentais para reverter o quadro (REZENDE et al., 2014a; SHARMA; CHAVEZ; NAM, 2018).

#### 2.1.5 Consumo de drogas ilícitas

Atualmente notou-se um crescimento no consumo de drogas ilícitas por parte dos adolescentes, com altas prevalências e início precoce (HOCH et al., 2015), preocupando os setores da saúde pública sobre suas consequências a curto e longo prazo. Isto pois sua utilização e dependência pode causar perturbações no ambiente social e familiar, nas emoções e personalidade, bem como reduzir a motivação, cognição e memória, afetando o desempenho acadêmico dos mesmos (CHATTERJI, 2006). Estudos também mostram que o

consumo de drogas ilícitas pode afetar a atenção, tomada de decisões e interferir nas demais áreas da qualidade de vida dos jovens. O uso crônico da maconha, por exemplo, pode levar a piora de distúrbios preexistentes, bronquites e até infertilidade (RIGONI et al., 2007; WAGER; OLIVEIRA, 2009).

Em um estudo português sobre a prevalência no consumo de drogas ilícitas em adolescentes, foi noticiado que 14,6% já utilizaram drogas pelo menos uma vez, sendo 16,5% do sexo masculino e 12,8% do sexo feminino (NETO et al., 2012). A PeNSE (2019) investigou a utilização das drogas ilícitas no Brasil, incluindo a maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança perfume e ecstasy. Dentre os resultados evidenciou-se que 12,1% dos adolescentes já fizeram o uso de alguma droga, sendo que destes, 48,3% o fizeram com 13 anos ou menos de idade. Quanto ao consumo dentro dos 30 dias anteriores a pesquisa, noticiou-se que 33,3% dos adolescentes usuários já o haviam feito, com maior prevalência nos meninos (38,1%) do que nas meninas (29,4%).

Dentre as drogas citadas, maconha é a mais consumida no mundo, e seu uso recorrente está associado a transtornos cognitivos, baixo desempenho acadêmico, tomadas de risco, comportamentos violentos, depressão e ansiedade. Além disso, adolescentes com uso esporádico ou frequente da maconha têm um risco maior de usarem outras drogas e tornarem-se dependentes (WAGER; OLIVEIRA, 2009). Em um estudo realizado com adolescentes de 15 anos de idade da Europa e América do Norte, relatou-se que cerca de 17% dos adolescentes já tinham utilizado maconha ao menos uma vez e 8% teriam feito o uso dentro dos 30 dias anteriores a pesquisa, tendo a população masculina apresentando maiores tendências para a utilização da droga. Especificamente nos Estados Unidos, 30% dos meninos e 26% das meninas alegaram terem feito o uso da maconha ao menos uma vez, sendo 16% dos meninos e 12% das meninas com o consumo recente a pesquisa (CURRIE et al., 2012).

A literatura aponta que a prática de AF demonstra ser um bom preditor para o afastamento das drogas ilícitas, uma vez em que pode proporcionar prazer ao corpo e diminuir o interesse pelas substâncias (GEVAERD et al., 2004). Em um estudo de KORHONEN et al. (2009), alegou-se que o consumo de drogas foi significativamente maior entre os adolescentes insuficientemente ativos (OR: 3,75; IC95%: 1,86-7,55) em comparação aos ativos fisicamente. Assim também,

o esporte vem apresentando ser um fator protetivo para afastar os adolescentes das drogas, pois estudos evidenciam que os indivíduos que realizam a prática esportiva estão inversamente relacionados ao consumo de drogas ilícitas (LISHA; SUSSMAN, 2010) e pesquisas envolvendo atletas de variadas modalidades identificaram baixas associações com o uso da maconha e demais drogas (EWING, 1998; FORD, 2007). E não somente como fator protetivo, o esporte pode ser um importante instrumento no tratamento contra a dependência química (SILVA et al., 2019).

### 2.1.6 Tempo de sono inadequado

O sono é um dos pilares da saúde e bem-estar, e durante a adolescência tem um papel de grande importância, sendo determinante no crescimento e desenvolvimento físico (liberação do hormônio do crescimento), cognitivo (consolidação da memória, aprendizado e atenção) e emocional (regulação das emoções e humor) (WOLFSON; CARSKADON, 2003; CARNEY et al., 2012; SADEH; MINDELL, 2015; OWENS; BELON e MOSS, 2018).

Durante a adolescência o indivíduo está sujeito à alteração no padrão do sono causada pela maturação sexual, alteração dos horários e demandas que são estabelecidas na idade (FOSTER; WULFF, 2005; PEREIRA; LOUZADA, 2014). Dentre tais mudanças no ciclo do sono, podemos citar os horários de dormir e de acordar mais tardios, associados ao tempo de tela durante a noite e a maiores compromissos na parte da manhã, aumentando a prevalência do baixo tempo de sono nos adolescentes. Arelado a isso, o baixo tempo de sono durante a adolescência é influenciado por uma série de fatores biológicos, psicológicos e socioculturais, relacionados as mudanças do ciclo circadiano, autonomia no horário de dormir, pressão acadêmica e ao uso intensivo das redes sociais (CARSKADON et al., 2004; MOORE; MELTZER, 2008; CARSKADON, 2012).

A *American Academy of Sleep Medicine*, referencia como tempo de sono suficiente ou adequado o período igual ou maior a 8 horas diárias, sendo potencialmente perigoso a saúde qualquer intervalo de tempo menor a este (OWENS, 2014). Infelizmente, a literatura aponta uma crescente prevalência de baixa duração de sono entre os adolescentes e associações do mesmo com vários desfechos negativos na saúde, como alterações cognitivas e metabólicas



(HUANG et al., 2010; MAK et al., 2012). Congruentemente a tal fator, evidências indicam que as horas de sono na adolescência tendem a diminuir com o passar dos anos. PEREIRA et al. (2010) realizaram um estudo com adolescentes, e apontaram que entre os indivíduos de 10 e 11 anos a baixa duração do sono era de apenas 5%, aos 12 anos os números chegaram a cerca de 14%, enquanto no fim da adolescência, aos 18-19 anos, atingiram 59%. Em concordância, um estudo de prevalência entre adolescentes de 10 a 19 anos, apontou a baixa duração do sono alcançando 53,6% dos indivíduos, na qual aqueles entre 17-19 anos apresentaram 2,05 (IC95%: 1,20 - 3,50) mais chances de manifestar baixa duração do sono em comparação aos adolescentes de 10 a 12 anos (FELDEN et al., 2016).

A relação entre o nível de AF e o baixo tempo de sono é um tema de interesse da saúde, pois a sua prática pode ter impactos na qualidade do sono e no bem-estar geral da população (TREVISAN et al., 2021). Estudos realizados em adolescentes mostram que os indicadores de insônia e sonolência diurna apresentaram menores prevalências em adolescentes com maiores índices de AF, sugerindo um papel importante na prevenção destas condições comuns em adolescentes e adultos (ROMBALDI; SOARES, 2016). Assim também, o baixo tempo de sono vêm apresentando associações com menores níveis de AF (MCKNIGHT-EILY et al., 2011; AL-HAZZAA et al., 2014; CARSON et al., 2016), e correlações com outros comportamentos de risco como tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas (MCKNIGHT-EILY et al., 2011).

Entretanto, os resultados sobre a relação da prática de AF e hábitos de sono ainda aparentam ser inconsistentes e carecem de mais estudos. Tal fato foi evidenciado em uma revisão sistemática sobre a relação entre os hábitos de sono e a prática regular de AF, na qual 62,5% dos estudos analisados observaram uma Associação positiva significativa entre o tempo de sono adequado e a prática habitual de AF, porém nos apresenta que 37,5% dos estudos apontaram a prática de AF associando-se com o sono insuficiente e a sonolência diurna (LEGNANI et al., 2015).

Sabe-se, porém, que a combinação entre hábitos adequados de sono e a prática de AF é de extrema importância para a saúde dos adolescentes, e estudos apontam esta que ambos são favoráveis a adoção de comportamentos positivos a saúde (AL-HAZZAA et al., 2014). Dentre os vários benefícios desta



conjunção, podemos citar o risco reduzido de doenças crônicas, melhor controle do peso, redução nos níveis de estresse e ansiedade, melhor desempenho cognitivo e mais energia nas tarefas diárias (Knutson; Van Cauter, 2008; HAACK et al., 2010; PATEL et al., 2017; WALKER, 2017).

## 2.2 ATIVIDADE FÍSICA NA ADOLESCÊNCIA

A AF pode ser definida como qualquer movimento corporal voluntário produzido pelos músculos esqueléticos que resulte em gasto energético acima dos níveis de repouso (CASPERSEN, POWELL E CHRISTENSON, 1985, p. 126). Gabriel, Morrow e Woolsey (2012) alegam que a AF é multidimensional e complexa, podendo propiciar melhorias à saúde através de sua prática regular. Durante a adolescência a prática de AF dá-se por diferentes domínios, como o do lazer, deslocamento (transporte ativo), atividades escolares e nas tarefas domésticas (DUMITH et al., 2021). Segundo as recomendações da OMS e em concordância do Guia de AF para a População Brasileira, as crianças e adolescentes de 5 a 17 anos devem praticar atividades físicas no mínimo 60 minutos por dia e de intensidade moderada a vigorosa, sendo predominantemente atividades aeróbicas, mas também indicando a necessidade do fortalecimento de ossos e músculos (WHO, 2020; BRASIL, 2021).

A prática de AF pelos adolescentes oferece diversos benefícios à saúde física e mental dos adolescentes. Em uma revisão sistemática, Janssen e LeBlanc (2010) identificaram uma relação de dose-resposta entre a AF e melhorias em diversas condições de saúde de crianças e adolescentes. Os resultados dos estudos observacionais analisados indicam que diversos benefícios são alcançados com o aumento nos níveis de AF, e os estudos experimentais sugerem que mesmo níveis baixos de AF nos jovens podem gerar benefícios a saúde dos indivíduos em condições de alto risco. HALLAL et al. (2006) também em revisão sistemática sobre os benefícios da AF na adolescência, evidenciam o potencial de influência direta da AF na saúde dos adolescentes ao auxiliar na redução do risco de morbidade, bem como tornando-se um instrumento no seu tratamento e prognóstico. Ao tratarem sobre a prática de AF na adolescência e sua atuação na fase adulta, os autores ainda ressaltam sua influência na continuidade das práticas corporais, assim como na diminuição das

taxas de morbidade e mortalidade, manutenção da saúde óssea, proteção ao câncer de mama, e no tratamento de doenças respiratórias.

Na adolescência diversos fatores influenciam a prática da AF, como a idade, sexo, a maturação biológica, a participação prévia em atividades físicas, o nível socioeconômico, o nível educacional dos pais, o apoio social, a percepção de saúde e a auto eficácia (PARK; KIM, 2008; BAUMAN et al., 2012; CUREAU et al., 2016). Disto isto, contemporaneamente evidencia-se que mais de 80% dos adolescentes apresentam níveis de AF insuficientes no mundo (HALLAL et al., 2012; WHO, 2018; GUTHOLD et al., 2020), e de acordo com BARUFALDI et al. (2012) o nível insuficiente de AF tem maior prevalência em adolescentes do sexo feminino.

Em uma pesquisa realizada com 1,6 milhões de adolescentes de 11 a 17 anos em 146 países, apontou-se que as meninas eram menos ativas do que os meninos em todas as regiões do estudo. No cenário brasileiro, o país obteve uma prevalência maior que 84% dos adolescentes com níveis insuficientes de AF, porém não evidenciou-se diferenças entre os sexos (GUTHOLD et al., 2020). Porém, de maneira geral, a literatura vêm apontando a adolescência como um período importante no declínio da prática de diferentes tipos de AF para ambos os sexos. Alguns estudos verificaram reduções de prevalências na prática de diversos gêneros de atividades físicas, com declínios variando de 10% até 50,9% (CASPERSEN; PEREIRA; CURRAN, 2000; GORDON-LARSEN; NELSON; POPKIN, 2004; KJONNIKSEN; TORSHEIM; WOLD, 2008; ELINDER et al., 2014; WIIUM; BREIVIK; WOLD, 2015).

O projeto Global Active Healthy Kids Global Alliance de 2022, em sua versão brasileira, apontou que somente 29,5% dos adolescentes de 12 a 18 anos cumprem as recomendações de AF, sendo 44,6% do sexo masculino e 29,5% do sexo feminino. Seguindo o esquema de notas do projeto Global Matrix 4.0 tais resultados foram classificados como nota “D”, apontando que no Brasil menos da metade das crianças e jovens (27 a 33%) cumprem as recomendações para AF (SILVA et al., 2022). Ainda, segundo uma pesquisa de CUREAU et al. (2016), que concebia o tempo despendido com AF no lazer, metade dos adolescentes brasileiros não atingiram 300 minutos de AF semanal, com prevalência de 54,3% para os níveis insuficientes de AF. Dentre esta porcentagem, indicou-se que a maioria eram meninas (70%), e ainda apontou associações entra a insuficiência

de AF com o baixo nível socioeconômico e a idade. Entretanto, evidências apontam que mesmo que adolescentes do sexo feminino apresentem níveis maiores de insuficiência em AF, são os adolescentes do sexo masculino que apresentam a maior relação entre o nível de AF insuficiente com a classificação socioeconômica, pois quando comparados a classe média, aqueles pertencentes ao nível socioeconômico baixo manifestam maiores chances de serem insuficientemente ativos (SILVA et al., 2018).

A PeNSE 2019 também verificou a AF em tempo gasto com o deslocamento ativo, envolvimento nas aulas de Educação Física e demais atividades físicas praticadas na semana, e evidenciou que apenas 28,1% dos adolescentes gastaram 300 minutos ou mais em atividades físicas durante a semana, 26,6% acima de 150 minutos e 35,2% gastavam de 1 a 149 minutos semanais em atividades físicas, indicando que de forma geral a maioria dos adolescentes brasileiros apresentam-se insuficientemente ativos. Ao tratar-se da região sul, relatou-se o menor percentual de AF insuficiente (4,4%) e a cidade de Curitiba-PR apresentou a maior porcentagem de adolescentes considerados ativos 35,5% (IBGE, 2021).

Sabe-se também que no cenário brasileiro as vivências em AF de muitas crianças e adolescentes são no contexto escolar, tais estas que contribuem de forma significativa na saúde física/motora, psicológica, socioambiental e cognitiva do aluno, bem como estimula comportamentos benéficos à saúde do mesmo (BRASIL, 2021; SILVA K.S. et al., 2021). Em concordância, Ferrari Júnior et al. (2018) alegam que as práticas corporais no ambiente escolar o tornam um grande facilitador para a realização de atividades físicas por parte dos adolescentes, destacando que ainda predomina a cultura das atividades esportivas, como o futsal e o vôlei, principalmente pela disponibilidade dos espaços, dos materiais e dos treinos no contraturno escolar, tendo sua prática realizada na maioria por jovens de classe socioeconômica baixa e média.

### 2.3 PRÁTICA ESPORTIVA NA ADOLESCÊNCIA

Segundo Barbanti (2012), há várias definições de esporte vigentes e muitas incluem o fato de ele ser uma AF (envolvendo o uso de atividades motoras, esforço e proezas físicas), e que apesar de sua prática ser organizada,

ela pode ocorrer de forma informal e ainda envolver a padronização, imposição de regras e o desenvolvimento formal de habilidades. Ainda segundo o autor, sua definição é de que o “esporte é uma atividade competitiva institucionalizada que envolve esforço físico vigoroso ou o uso de habilidades motoras relativamente complexas, por indivíduos, cuja participação é motivada por uma combinação de fatores intrínsecos e extrínsecos”. Cabendo ressaltar que é uma definição sociológica, validando a institucionalização e padronização do termo.

Dentro das diversas modalidades esportivas podemos classificá-las em dois tipos: esportes individuais e coletivos. As modalidades individuais são aquelas na qual o indivíduo pratica sozinho e depende apenas de seu próprio desempenho para alcançar seus objetivos, geralmente dentro de ambientes estruturados e com materiais específicos (SILVA et al., 2009). Quando tratamos dos esportes coletivos, podemos defini-los a partir do seu contexto ambiental: envolvendo a imprevisibilidade, variabilidade e aleatoriedade de ações e situações, e contendo o confronto entre duas equipes e a cooperação entre os participantes de uma mesma equipe visando um único objetivo (JULIO; GRECO, 2010; MOREIRA et al., 2013).

Os fatores que levam a prática das atividades desportivas podem ser intrínsecos, como prazer pela prática e novas aquisições de movimento, e extrínsecos, assim como a manutenção da saúde e o fator competitivo (FAIX e SILVEIRA, 2012). Outro fator que pode influenciar na prática de esportes é o apoio social de pais e amigos, que podem incentivar a adesão na modalidade e sua permanência, pela valorização da atividade pelo grupo e sentimento de pertencimento (PIERON, 2004).

No Brasil entende-se que o esporte e lazer sejam direitos sociais de todos os cidadãos, sendo o dever do Estado promover práticas esportivas formais e não-formais. Neste contexto, surgiram programas de incentivo ao esporte no contraturno escolar fomentados pelo Governo Federal e Estadual, como o Esporte na Escola posteriormente denominado de Programa Segundo Tempo, e o Programa Aulas Especializadas de Treinamento Esportivo (AETE), objeto de estudo da presente pesquisa. Tais projetos de contraturno escolar têm o objetivo de atingir as demandas sociais e ampliação dos direitos constitucionais ao acesso do esporte e lazer, assim como a promoção da saúde e o desenvolvimento educacional (Ministério do Esporte, 2014). O esporte no

contraturno do estudante tem o caráter recreativo e/ou competitivo, e pode ser interno ou externo. Sua prática interna é proporcionada pela escola e tem cunho esportivo recreativo e/ou competitivo dentro da mesma, já a atividade externa visa especializar os alunos em uma modalidade específica para a competição (MARQUES et al., 2013).

As práticas esportivas no contraturno escolar vêm tornando-se as atividades extracurriculares mais ofertadas e a cada ano que passa há um aumento no número de jovens adeptos aos esportes organizados. A participação de crianças e adolescentes no esporte durante o contraturno escolar promove a melhoria de fatores motores, psicológicos e sociais, como a aquisição e domínio de habilidades motoras, melhoria dos componentes da aptidão física, estimula as relações sociais, fortalece a autopercepção do indivíduo e gera percepções positivas de suas competências (NOBRE et al., 2015; SCHUBERT et al., 2016). Ainda pode-se citar características e capacidades intrínsecas que podem ser desenvolvidas dentro das modalidades esportivas, como a liderança, cooperação em equipe, disciplina, competitividade e o espírito esportivo (TOFLER; BUTTERBAUGH, 2005).

Seguindo o padrão da AF, a prática esportiva na adolescência também gera maior probabilidade de mantê-la na vida adulta, pois a participação nos esportes gera um grande comprometimento com a modalidade, assim como estudos corroboram que sua prática é um forte protetor contra o abandono da AF (SOUSA et al., 2006; ALMAGRO et al., 2010).

### 3. MATERIAL E MÉTODOS

O estudo é de caráter descritivo correlacional de corte transversal com uma abordagem quantitativa. O estudo transversal apresenta a descrição dos fenômenos em determinado tempo, enquanto o delineamento correlacional é utilizado para determinar as possíveis relações entre duas ou mais variáveis de uma mesma população (THOMAS; NELSON; SILVERMAN, 2012).

#### 3.1 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo é composta por adolescentes de 12 a 17 anos de idade, de ambos os sexos, devidamente matriculados na rede estadual de ensino público de Curitiba-PR e participantes do Programa Aulas Especializadas de Treinamento Esportivo (AETE).

O projeto da AETE é realizado no contraturno escolar com carga horária de duas horas/aula realizadas duas vezes na semana, entre segunda e sexta-feira no período da manhã, tarde e noite. Seu objetivo é democratizar o esporte e colaborar para a saúde dos estudantes, desenvolvendo aulas de treinamento de esportes coletivos e individuais com ênfase na participação dos Jogos Escolares do Paraná (SEED 2020). Para a realização da pesquisa, todos os 1548 participantes do projeto foram convidados a participar da aplicação dos questionários e medição das variáveis.

A pesquisa utiliza informações de um banco de dados cuja aprovação já foi realizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, com o número de CAAE: 60357522.0.0000.0102.

#### 3.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

O estudo tem como critérios de inclusão os adolescentes de 12 a 17 anos da rede de ensino estadual que participam dos treinos da AETE por pelo menos 2 meses, que aceitaram o convite e entregaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelos pais ou responsáveis

e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) assinado pelos próprios. Foram excluídos os participantes que recusaram sua participação, aqueles que não tiveram seus questionários preenchidos corretamente, alunos sem frequência regular nos treinos e participantes dos treinamentos que não matriculados na rede de ensino, bem como estudantes que lesionados e/ou doentes.

### 3.3 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (Anexo 3) para a realização da coleta, todos os colégios foram contatados previamente e os representantes da direção autorizaram a realização da pesquisa com seus alunos. Posteriormente, após a autorização dos professores das modalidades esportivas, os adolescentes foram convidados a participar da pesquisa e receberam no treino o TCLE (Anexo1) para os pais ou responsáveis autorizarem os adolescentes a participarem da pesquisa. Os adolescentes também receberam o documento TALE (Anexo 2) que foi entregue assinado pelos mesmos.

A entrega dos termos para os adolescentes foi realizada entre um e três dias antes da aplicação dos questionários e ambos os documentos foram entregues assinados no dia da coleta. O questionário estruturado que compõe a coleta de dados teve sua aplicação em horário de treino nos colégios participantes. A duração para coleta de dados foi de aproximadamente 60 minutos, e teve sua realização por membros treinados do Centro de Estudos em Atividade Física e Saúde da UFPR.

### 3.4 INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA COLETA DE DADOS

Os dados do estudo foram coletados com o uso de um questionário estruturado utilizando instrumentos específicos para cada variável do estudo.

### 3.4.1 Sexo biológico

A obtenção da informação sobre o sexo biológico dos participantes do estudo ocorreu por meio de uma pergunta presente no questionário. Para a organização desta variável, adotou-se o valor 0 para sexo masculino e 1 para sexo feminino (Apêndice 1).

### 3.4.2 Variáveis esportivas

Para indicar o esporte praticado pelos participantes, coletivos ou individuais, uma anamnese foi realizada nos adolescentes (Apêndice 6).

### 3.4.3 Nível socioeconômico

A mensuração do nível socioeconômico foi realizada por meio do questionário do Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB (ABEP, 2021) (Apêndice 5), uma ferramenta da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa que coleta informações sobre itens e características domiciliares. Pontuações são atribuídas com base em fatores como quantidade de itens de conforto, grau de escolaridade do chefe da família ou responsável, e a disponibilidade de serviços como água encanada e pavimentação das ruas.

O questionário classifica economicamente os participantes de acordo com a soma dos pontos alcançados, utilizando pontos de corte para seis classes: “A” (45-100 pontos); “B1” (38-44 pontos); “B2” (29-37 pontos); “C1” (23-28 pontos); “C2” (17-22 pontos); e “DE” (0-16 pontos). No contexto do estudo, a classificação adotada foi a seguinte: alto (A), médio (B1/B2) e médio-baixo (C1/C2) e baixo (D/E).

### 3.4.4 Pico de Velocidade de Crescimento

Na mensuração do PVC foi utilizada a medida da altura sentado sugerida por ALVAREZ; PAVAN e PETROSKI (2003) (Apêndice 7). Para tal, cada indivíduo deve estar sentado em um banco de 50 cm de altura, com o quadril a



90° em relação ao tronco e cabeça orientada no plano de Frankfurt em apneia inspiratória. Então, foi aferido o intervalo entre o ponto mais alto de cabeça e o plano de apoio da bacia e o resultado fará parte da equação:

$$\text{Maturidade} = -9,176 + 0,0001882 \times (\text{comprimento da perna} \times \text{altura sentado}) + 0,0022 (\text{idade} \times \text{comprimento da perna}) + 0,005841 (\text{idade} \times \text{altura sentado}) - 0,002658 (\text{idade} \times \text{peso}) + 0,07693 (\text{peso/altura})$$

Com o resultado obtido, o avaliado poderá ser enquadrado em 3 classificações: pré-PVC (< -1), PVC normal ( $\geq -1$  ou  $\leq +1$ ) ou pós-PVC (> +1).

#### 3.4.5 Nível de atividade física

Para avaliar o nível de AF, foi utilizado o Questionário de Atividade Física para Adolescentes (QAFA) (Apêndice 1), conforme descrito por Farias Júnior et al. (2012) e Bacil et al. (2018). Este questionário proporciona ao adolescente 24 opções de atividades físicas, com a possibilidade de acrescentar mais duas atividades. A ferramenta permite avaliar a frequência (dias/semana), tipo e tempo (horas/minutos/dia) das atividades praticadas na última semana, bem como estimar o nível de AF conforme as recomendações para adolescentes. Para determinar o nível de AF, calcula-se o somatório do produto do tempo despendido em cada AF pelas respectivas frequências de prática.

Este questionário permite estimar o nível de AF, sendo a classificação realizada na somatória do tempo gasto em cada AF relatada. O ponto de corte adotado é de >420 minutos semanais, calculado a partir da soma dos 60 minutos diários recomendados pela OMS e pelo Guia de Atividade Física para a População Brasileira (WHO, 2020; BRASIL, 2021). Participantes que relatarem pelo menos 420 minutos por semana de envolvimento em alguma AF serão considerados "ativos", enquanto aqueles que não atingirem esse ponto de corte serão classificados como "insuficientemente ativos" (ativos = 0 e insuficientemente ativos = 1).

### 3.4.6 Comportamento Sedentário

Para análise do comportamento sedentário foi aplicado o questionário de atividades sedentárias para adolescentes (QASA) (HARDY et al., 2007) em sua versão validada por Guimarães et al. (2013) e Bacil et al. (2018) para a população brasileira. Tal versão oferece dados sobre o tempo dispendido em atividades sedentárias diversas durante os dias da semana, dividindo 13 itens em aspectos como tempo de tela, educacional, cultural, social e transporte. Nele, os adolescentes relatam o tempo gasto em atividades sedentárias em horas e/ou minutos entre segunda e sexta-feira e nos finais de semana. O QASA fornece indicadores positivos de validade e reprodutibilidade em adolescentes do Brasil (CCI 0,88; intervalo de confiança de 95% (IC95%) 0,82-0,91; rho 0,79;  $p < 0,01$ ) (Apêndice 2).

Para estimar o tempo dispendido em aparelhos celulares foi utilizada a versão brasileira do Youth Activity Profile (YAP) (SILVA et al., 2017). Dentro da amostra 25% dos adolescentes foram utilizados como referência representando o grupo com menor tempo sedentário, essa classificação foi obtida através da ordenação dos valores de tempo de comportamento sedentário em ordem crescente e da determinação do percentil 75 (Apêndice 2).

### 3.4.7 Demais comportamentos de risco à saúde

Para avaliar os demais CRS, os adolescentes foram submetidos ao Youth Risk Behavior Survey (YRBS), desenvolvido pelo Center for Disease Control and Prevention (CDC, 2018) (Apêndice 3). Este questionário foi traduzido e validado para adolescentes brasileiros, com uma concordância média Kappa de 68,6% (GUEDES; LOPES, 2010). O propósito deste questionário é examinar os comportamentos de risco à saúde em categorias distintas, que contribuem para o desenvolvimento de morbidades, mortalidades e problemas sociais entre jovens e adultos entre 12 e 21 anos.

Para avaliar os CRS dos alunos, foram utilizados os dados referentes ao baixo consumo de frutas, suco de frutas e vegetais (consumo menor a 2 vezes ao dia nos últimos 7 dias); consumo de álcool (leve – consumo de uma dose nos 30 dias anteriores a pesquisa - e excessivo – consumo maior de 5 doses ou mais

nos 30 dias anteriores a pesquisa); consumo de tabaco (consumo de no mínimo 1 cigarro nos 30 dias anteriores a pesquisa); consumo de drogas ilícitas (consumo de qualquer tipo nos últimos 30 dias a pesquisa); e o tempo de sono (oferecendo risco com menos de 8 horas de sono por dia durante a semana) (Apêndice 4).

### 3.5 TRATAMENTO DOS DADOS E PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

As prevalências das variáveis, incluindo sexo, faixa-etária, nível socioeconômico, PVC, nível de AF e modalidades esportivas, foram descritas mediante a distribuição de frequência absoluta e relativa de acordo com as categorias estabelecidas para cada variável independente. Então, para verificar as associações possíveis, a regressão de Poisson com variância robusta foi utilizada, em análises simples e ajustadas na obtenção das razões de prevalência e intervalo de confiança de 95% (IC 95%). No estudo todas as análises são ajustadas para sexo, faixa-etária, nível socioeconômico, PVC e nível de AF, com o nível de significância de  $p < 0,05$ . As análises estatísticas foram realizadas pelo programa IBM SPSS Statistics versão 29.0.10.

## 4 RESULTADOS

A amostra total avaliada foi de 1322 adolescentes de 41 das 47 escolas que participam do projeto AETE em Curitiba-PR. Dentre eles, 42 adolescentes não preencheram todos os itens presentes no questionário e 37 não o preencheram de forma correta. Ainda, 34 adolescentes estavam fora da faixa etária sujeita a análise e houve 26 casos de perda amostral pela não devolução do TCLE assinado pelos pais ou responsáveis. Houve também 2 casos de recusa de participação e 5 adolescentes desistiram do preenchimento do questionário. Portanto, a amostra final do estudo foi composta por 1176 integrantes.

### CARACTERÍSTICAS GERAIS DA AMOSTRA

Participaram do estudo 1176 adolescentes do projeto esportivo AETE, destes 64,2% são do sexo masculino (n=755) e 35,8% do sexo feminino (n=421). A maior parte é pertencente a faixa etária de 12 e 13 anos (41,2%, n=485), e pertencentes da classe econômica B1/B2 (45,7%, n=538), com diferenças significativas para o sexo feminino (49,2%  $p \leq 0,001$ ). Na tabela 1 são apresentadas as demais características sociodemográficas dos participantes.

TABELA 1 - CARACTERÍSTICAS DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, TOTAL E ESTRATIFICADO POR SEXO, DOS ESCOLARES DE 12 A 17 ANOS DE CURITIBA/PR (N=1176).

Variáveis	Total		Masculino		Feminino		X <sup>2</sup>	P
	n	%	n	%	n	%		
<b>Sexo</b>								
Masculino	755	64,2	-	-	-	-		
Feminino	421	35,8	-	-	-	-		
<b>Faixa etária</b>								
12 e 13 anos	485	41,2	311	41,2	174	41,3		
14 e 15 anos	434	36,9	268	35,5	166	39,4	0,81	0,37
16 e 17 anos	257	21,9	176	23,3	81	19,2		
<b>Nível socioeconômico</b>								
A (alto)	101	8,6	53	7,0	48	11,4		
B1/B2	538	45,7	331	43,8	207	49,2	13,86	0,001
C1/C2	454	38,6	310	41,1	144	34,2		
D/E (baixo)	83	7,1	61	8,1	22	5,2		

FONTE: O autor (2024)

X<sup>2</sup>: qui-quadrado;  $p \leq 0,05$ .

Na tabela 2, são apresentadas as características do tipo de modalidade esportiva, do PVC, da AF, do comportamento sedentário (total, semanal e fim de semana), consumo de frutas, suco de frutas e vegetais, consumo de álcool (leve e excessivo), de tabaco, de drogas ilícitas, e quantidade de sono.

A maioria dos adolescentes pratica futsal (46,5%, n=547) e são ativos fisicamente (67,8%, n=797), com o sexo masculino apresentando maiores índices de AF (72,8%,  $p \leq 0,001$ ). Na análise do PVC, a maior parcela dos adolescentes está classificada como normal (63,1%,  $p \leq 0,001$ ), sendo os meninos em maior proporção (85,0%,  $p \leq 0,001$ ).

O comportamento sedentário foi subdividido em total (24,5%, n=288), semanal (24,4%, n=287) e fim de semana (24,6%, n=289), com o sexo feminino em maior escala (29,9%,  $p \leq 0,002$ ; 30,2%,  $p \leq 0,001$ ; 30,2%,  $p \leq 0,001$ , respectivamente). Em relação aos hábitos alimentares, 75,7% (n=890) tem um consumo inadequado de frutas, 89,9% (n=1043) de suco de fruta e de vegetais 87,4% (n=1028).

Somente 14,0% (n=165) apresentaram consumo de álcool leve, sendo as meninas em maior proporção (17,6%  $p \leq 0,011$ ) e apenas 7,6% (n=89) apresentaram consumo de álcool excessivo ( $p \leq 0,047$ ). Para o consumo de tabaco, drogas ilícitas, o percentual de adolescentes foi de 3,8% e 1,4%, respectivamente. Quanto a baixa quantidade de sono, 40,5% (n=476) apresentaram horas insuficientes de sono.

TABELA 2 - CARACTERÍSTICAS DO PICO DE VELOCIDADE DE CRESCIMENTO, NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA, MODALIDADES ESPORTIVAS, COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE E QUANTIDADE DE SONO, TOTAL E ESTRATIFICADO POR SEXO, DOS ESCOLARES DE 12 A 17 ANOS DE CURITIBA/PR (N=1176).

Variáveis	Total		Masculino		Feminino		X <sup>2</sup>	p
	n	%	n	%	n	%		
<b>Tipo de modalidade esportiva</b>								
Futsal	547	46,5	498	66,0	49	11,6		
Vôlei	457	38,9	148	19,6	309	73,4	159,39	0,001
Esportes individuais	172	14,6	109	14,4	63	15,0		
<b>Pico de velocidade de crescimento</b>								
Atrasado	62	5,3	62	8,2	0	0,0		
Normal	742	63,1	642	85,0	100	23,8	650,049	0,001
Adiantado	372	31,6	51	6,8	321	76,2		
<b>Nível de atividade física</b>								
Insuficientemente ativo	379	32,2	205	27,2	174	41,3	24,23	0,001
Ativo	797	67,8	550	72,8	247	58,7		
<b>Comportamento sedentário total (P75)</b>								
Não apresenta elevado tempo em CS	888	75,5	593	78,5	295	70,1		
Apresenta elevado tempo em CS	288	24,5	162	21,5	126	29,9	10,04	0,002
<b>Comportamento sedentário semanal (P75)</b>								
Não apresenta elevado tempo em CS	889	75,6	595	78,8	294	69,8		
Apresenta elevado tempo em CS	287	24,4	160	21,2	127	30,2	11,32	0,001
<b>Comportamento sedentário fim de semana (P75)</b>								
Não apresenta elevado tempo em CS	887	75,4	593	78,5	294	69,8		
Apresenta elevado tempo em CS	289	24,6	162	21,5	127	30,2	10,60	0,001
<b>Hábitos alimentares (consumo de fruta)</b>								
Adequado	286	24,3	190	25,2	96	22,8		
Inadequado	890	75,7	565	74,8	325	77,2	0,70	0,40

<b>Hábitos alimentares (consumo de suco de fruta)</b>										
Adequado	130	11,1	86	11,4	44	10,5	0,17	10,5	0,68	
Inadequado	1043	88,9	666	88,6	377	89,5				
<b>Hábitos alimentares (consumo de vegetais)</b>										
Adequado	148	12,6	97	12,8	51	12,1	0,07	12,1	0,79	
Inadequado	1028	87,4	658	87,2	370	87,9				
<b>Consumo de álcool (leve)</b>										
Sem risco	1011	86,0	664	87,9	347	82,4	6,39	82,4	<b>0,011</b>	
Risco	165	14,0	91	12,1	74	17,6		17,6		
<b>Consumo de álcool (excessivo)</b>										
Sem risco	1087	92,4	707	93,6	380	90,3	3,95	90,3	<b>0,047</b>	
Risco	89	7,6	48	6,4	41	9,7		9,7		
<b>Consumo de tabaco</b>										
Sem risco	1131	96,2	726	96,2	405	96,2	0,00	96,2	1,00	
Risco	45	3,8	29	3,8	16	3,8		3,8		
<b>Consumo de drogas ilícitas</b>										
Sem risco	1160	98,6	747	98,9	413	98,1	0,87	98,1	0,35	
Risco	16	1,4	8	1,1	8	1,9		1,9		
<b>Quantidade de sono</b>										
Adequado	700	59,5	448	59,3	252	59,9	0,01	59,9	0,91	
Inadequado	476	40,5	307	40,7	169	40,1		40,1		

FONTE: O autor (2024)

X2: qui-quadrado; p≤0,05

Nas tabelas 3 e 4 são apresentadas as associações das variáveis sexo, faixa etária, nível socioeconômico, PVC, nível de AF, volume de treino semanal e volume de treino semanal para o futsal, vôlei e esportes individuais com o comportamento sedentário total dos adolescentes. Na análise bruta as adolescentes do sexo feminino apresentaram probabilidade 7% maior (RP=1,07; IC=1,03-1,11) de apresentarem comportamento sedentário em relação aos adolescentes do sexo masculino. Ainda, aqueles com nível socioeconômico A (alto), mostraram probabilidade 16% maior (RP=1,16; IC=1,05-1,28) de terem comportamento sedentário em relação aos adolescentes de classificação D/E (baixo). Os adolescentes com volume de treino semanal igual ou superior a 180 minutos demonstraram 6% maior probabilidade de desenvolver comportamento sedentário (RP=1,06; IC=1,15-1,11), e os praticantes do vôlei apresentaram 13% maiores probabilidades (RP=1,13; IC=1,06-1,21).

Na análise ajustada, controlando para todas as variáveis independentes, os adolescentes com nível socioeconômico A (alto), apresentaram 13% a mais de probabilidade de apresentarem comportamento sedentário (RP=1,13; IC=1,08-1,25). Aqueles com volume de treino igual ou superior a 180 minutos, obtiveram uma probabilidade 5% maior (RP=1,05; IC=1,01-1,10), bem como os praticantes do vôlei obtiveram 13% maiores probabilidades (RP=1,13; IC=1,05-1,21).

Na estratificação por sexo, na análise bruta os adolescentes do sexo masculino de nível socioeconômico A (alto) apresentaram probabilidade 15% maior (RP=1,15; IC=1,02-1,30) de terem comportamento sedentário em relação aos adolescentes de classe mais baixa. Quanto ao volume de treino semanal, o sexo feminino apresentou 13% de probabilidade de apresentar comportamento sedentário tanto na análise bruta (RP=1,13; IC=1,06-1,22) quanto na ajustada (RP=1,13; IC=1,06-1,21), e 19% para o treino de vôlei em ambas as análises (RP=1,19; IC=1,10-1,30 e RP=1,19; IC=1,09-1,29).



TABELA 3 - ASSOCIAÇÃO DO SEXO, FAIXA ETÁRIA, NÍVEL SOCIOECONÔMICO, PICO DE VELOCIDADE DE CRESCIMENTO, VOLUME DE TREINO SEMANAL E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA COM O COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO, TOTAL E ESTRATIFICADO POR SEXO DOS ADOLESCENTES DE 12 A 17 ANOS DE CURITIBA/PR.

Variáveis	Total (n=1176)		Masculino (n=755)		Feminino (n=421)	
	Análise Bruta	Análise Ajustada*	Análise Bruta	Análise Ajustada*	Análise Bruta	Análise Ajustada*
	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)
<b>Sexo</b>						
Masculino	1,00	1,00	-	-	-	-
Feminino	<b>1,07 (1,03-1,11)</b>	1,06 (1,00-1,13)	-	-	-	-
<b>Faixa etária</b>						
12 e 13 anos	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
14 e 15 anos	1,04 (0,99-1,09)	1,03 (0,99-1,08)	1,05 (0,99-1,11)	1,04 (0,89-1,21)	1,03 (0,95-1,11)	1,01 (0,93-1,09)
16 e 17 anos	1,05 (0,99-1,11)	1,05 (0,99-1,11)	1,05 (0,99-1,12)	1,06 (0,88-1,27)	1,06 (0,97-1,16)	1,00 (0,88-1,13)
<b>Nível socioeconômico</b>						
D/E (baixo)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
C1/C2	1,03 (0,95-1,11)	1,02 (0,95-1,11)	1,01 (0,93-1,11)	1,01 (0,78-1,31)	1,05 (0,90-1,22)	1,04 (0,89-1,22)
B1/B2	1,07 (0,99-1,15)	1,05 (0,98-1,14)	1,06 (0,97-1,16)	1,05 (0,82-1,36)	1,05 (0,91-1,22)	1,04 (0,89-1,22)
A (alto)	<b>1,16 (1,05-1,28)</b>	<b>1,13 (1,08-1,25)</b>	<b>1,15 (1,02-1,30)</b>	1,15 (0,83-1,60)	1,14 (0,96-1,35)	1,12 (0,94-1,33)
<b>Pico de velocidade de crescimento</b>						
Normal	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Atrasado	0,97 (0,89-1,05)	0,96 (0,89-1,04)	0,98 (0,90-1,07)	0,96 (0,75-1,24)	-	-
Adiantado	1,03 (0,99-1,08)	0,99 (0,93-1,06)	1,02 (0,92-1,12)	1,03 (0,80-1,34)	0,94 (0,87-1,02)	0,95 (0,85-1,05)
<b>Volume de treino semanal</b>						
≤180 min/sem	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
≥181 min/sem	<b>1,06 (1,01-1,11)</b>	<b>1,05 (1,01-1,10)</b>	0,99 (0,93-1,05)	0,99 (0,84-1,17)	<b>1,13 (1,06-1,22)</b>	<b>1,13 (1,05-1,21)</b>
<b>Atividade Física</b>						
Ativo	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Insuficientemente ativo	0,97 (0,93-1,01)	0,97 (0,93-1,02)	0,95 (0,90-1,00)	0,96 (0,82-1,11)	0,98 (0,92-1,05)	1,00 (0,94-1,07)

FONTE: O autor (2024)

LEGENDA: \*ajustado para todas as variáveis independentes

TABELA 4 – ASSOCIAÇÃO DO VOLUME DE TREINO SEMANAL DO FUTSAL, VÔLEI E ESPORTES INDIVIDUAIS COM O COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO, TOTAL E ESTRATIFICADO POR SEXO DOS ADOLESCENTES DE 12 A 17 ANOS DE CURTITIBA/PR.

Variáveis	Total (n=1176)		Masculino (n=755)		Feminino (n=421)	
	Análise Bruta	Análise Ajustada*	Análise Bruta	Análise Ajustada*	Análise Bruta	Análise Ajustada*
	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)
<b>Volume de treino semanal para o futsal</b>	<b>Total (n=547)</b>					
≤180 min/sem	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
≥181 min/sem	0,98 (0,91-1,05)	0,98 (0,91-1,06)	0,98 (0,91-1,06)	0,99 (0,91-1,07)	0,97 (0,74-1,26)	0,96 (0,74-1,24)
<b>Volume de treino semanal para o vôlei</b>	<b>Total (n=457)</b>					
≤180 min/sem	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
≥181 min/sem	<b>1,13 (1,06-1,21)</b>	<b>1,13 (1,05-1,21)</b>	0,99 (0,87-1,14)	1,00 (0,87-1,14)	<b>1,19 (1,10-1,30)</b>	<b>1,19 (1,09-1,29)</b>
<b>Volume de treino semanal para esportes individuais</b>	<b>Total (n=172)</b>					
≤180 min/sem	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
≥181 min/sem	0,94 (0,85-1,06)	0,94 (0,82-1,07)	0,95 (0,83-1,09)	0,96 (0,82-1,12)	0,93 (0,78-1,12)	0,86 (0,69-1,07)

FONTE: O autor (2024)

LEGENDA: \*ajustado para todas as variáveis independentes

Nas tabelas 5 e 6 são apresentadas as associações das variáveis sexo, faixa etária, nível socioeconômico, PVC, nível de AF, volume de treino semanal e volume de treino semanal para o futsal, vôlei e esportes individuais com o comportamento sedentário semanal dos adolescentes. Na análise bruta o sexo feminino apresentou 7% maiores probabilidades para o comportamento sedentário (RP=1,07; IC=1,03-1,12). Quanto ao nível socioeconômico, o B1/B2 apresentou 8% (RP=1,08; IC=1,01-1,17) e o nível A 19% (RP=1,19; IC=1,08-1,31) maiores probabilidades de comportamento sedentário em relação ao D/E. Adolescentes com volume de treino igual ou superior a 180 minutos semanais demonstraram 7% de maior probabilidade para o comportamento sedentário (RP=1,07; IC=1,02-1,12) e praticantes do vôlei apresentaram 12% (RP=1,12; IC=1,05-1,20) maiores probabilidades para o comportamento.

Na análise ajustada o sexo feminino continuou apresentando 7% (RP=1,07; IC=1,01-1,14) de maior probabilidade de comportamento sedentário. O nível socioeconômico A (alto) apresentou 16% (RP=1,16; IC=1,05-1,28) maior probabilidade para o CRS em relação ao nível mais baixo. Os adolescentes com volume de treino maior apresentaram 6% (RP=1,06; IC=1,01-1,11) maiores probabilidades de desenvolver o comportamento sedentário, e os praticantes do vôlei 12% (RP=1,12; IC=1,05-1,20).

Na análise estratificada por sexo, as meninas de nível socioeconômico B1/B2 a demonstraram 16% (RP=1,16; IC=1,01-1,33) na análise bruta e 15% (RP=1,15; IC=1,01-1,32) na análise ajustada de maiores probabilidades para o comportamento sedentário, assim como para o nível socioeconômico A (alto) 28% na análise bruta (RP=1,28; IC=1,09-1,50) e 26% (RP=1,26; IC=1,08-1,48) na análise ajustada. Para o volume de treino semanal, o sexo feminino também apresentou maiores probabilidades de adesão ao comportamento sedentário, sendo 13% (RP=1,13; IC=1,05-1,21) na análise bruta e 12% (RP=1,12; IC=1,04-1,20) na análise ajustada, bem como para o treino do vôlei, 17% maiores probabilidades na análise bruta (RP=1,17; IC=1,08-1,27) e 16% (RP=1,16; IC=1,07-1,26) na análise ajustada.

TABELA 5 - ASSOCIAÇÃO DO SEXO, FAIXA ETÁRIA, NÍVEL SOCIOECONÔMICO, PICO DE VELOCIDADE DE CRESCIMENTO, VOLUME DE TREINO SEMANAL E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA COM O COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO SEMANAL, TOTAL E ESTRATIFICADO POR SEXO DOS ADOLESCENTES DE 12 A 17 ANOS DE CURITIBA/PR.

Variáveis	Total (n=11176)		Masculino (n=755)		Feminino (n=421)	
	Análise Bruta	Análise Ajustada*	Análise Bruta	Análise Ajustada*	Análise Bruta	Análise Ajustada*
	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)
<b>Sexo</b>						
Masculino	1,00	1,00	-	-	-	-
Feminino	<b>1,07 (1,03-1,12)</b>	<b>1,07 (1,01-1,14)</b>	-	-	-	-
<b>Faixa etária</b>						
12 e 13 anos	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
14 e 15 anos	1,04 (0,99-1,08)	1,03 (0,98-1,07)	1,03 (0,97-1,09)	1,02 (0,88-1-19)	1,04 (0,97-1,12)	1,02 (0,94-1,10)
16 e 17 anos	1,04 (0,99-1,10)	1,04 (0,98-1,10)	1,04 (0,97-1,10)	1,05 (0,87-1,25)	1,06 (0,97-1,17)	1,01 (0,89-1,13)
<b>Nível socioeconômico</b>						
D/E (baixo)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
C1/C2	1,02 (0,95-1,11)	1,02 (0,94-1,10)	0,99 (0,91-1,09)	0,99 (0,77-1,28)	1,10 (0,96-1,26)	1,10 (0,96-1,26)
B1/B2	<b>1,08 (1,01-1,17)</b>	1,07 (0,99-1,16)	1,05 (0,96-1,14)	1,04 (0,81-1,34)	<b>1,16 (1,01-1,33)</b>	<b>1,15 (1,01-1,32)</b>
A (alto)	<b>1,19 (1,08-1,31)</b>	<b>1,16 (1,05-1,28)</b>	1,12 (0,99-1,27)	1,12 (0,80-1,55)	<b>1,28 (1,09-1,50)</b>	<b>1,26 (1,08-1,48)</b>
<b>Pico de velocidade de crescimento</b>						
Normal	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Atrasado	0,95 (0,88-1,04)	0,95 (0,87-1,03)	0,97 (0,89-1,05)	0,95 (0,73-1,23)	-	-
Adiantado	1,03 (0,99-1,07)	0,98 (0,91-1,04)	1,00 (0,91-1,10)	1,01 (0,78-1,31)	0,93 (0,86-1,01)	0,94 (0,85-1,04)
<b>Volume de treino semanal</b>						
≤180 min/sem	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
≥181 min/sem	<b>1,07 (1,02-1,12)</b>	<b>1,06 (1,01-1,11)</b>	1,01 (0,95-1,07)	1,01 (0,85-1,19)	<b>1,13 (1,05-1,21)</b>	<b>1,12 (1,04-1,20)</b>
<b>Atividade Física</b>						
Ativo	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Insuficientemente ativo	0,99 (0,95-1,04)	1,00 (0,96-1,04)	0,98 (0,93-1,03)	0,99 (0,85-1,15)	0,99 (0,92-1,06)	1,01 (0,94-1,08)

FONTE: O autor (2024)

LEGENDA: \*ajustado para todas as variáveis independentes

TABELA 6 - ASSOCIAÇÃO DO VOLUME DE TREINO SEMANAL DO FUTSAL, VÔLEI E ESPORTES INDIVIDUAIS COM O COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO SEMANAL, TOTAL E ESTRATIFICADO POR SEXO DOS ADOLESCENTES DE 12 A 17 ANOS DE CURITIBA/PR.

Variáveis	Total (n=1176)		Masculino (n=755)		Feminino (n=421)	
	Análise Bruta	Análise Ajustada*	Análise Bruta	Análise Ajustada*	Análise Bruta	Análise Ajustada*
	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)
<b>Volume de treino semanal para o futsal</b>	<b>Total (n=547)</b>		<b>Masculino (n=498)</b>		<b>Feminino (n=49)</b>	
≤180 min/sem	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
≥181 min/sem	1,00 (0,92-1,08)	1,00 (0,93-1,08)	1,00 (0,92-1,08)	1,00 (0,92-1,09)	0,99 (0,76-1,28)	0,87 (0,67-1,12)
<b>Volume de treino semanal para o vôlei</b>	<b>Total (n=457)</b>		<b>Masculino (n=148)</b>		<b>Feminino (n=309)</b>	
≤180 min/sem	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
≥181 min/sem	1,12 (1,05-1,20)	1,12 (1,04-1,20)	1,01 (0,88-1,15)	1,02 (0,89-1,16)	1,17 (1,08-1,27)	1,16 (1,07-1,26)
<b>Volume de treino semanal para esportes individuais</b>	<b>Total (n=172)</b>		<b>Masculino (n=109)</b>		<b>Feminino (n=63)</b>	
≤180 min/sem	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
≥181 min/sem	0,99 (0,89-1,11)	0,95 (0,83-1,09)	0,98 (0,86-1,13)	0,94 (0,80-1,11)	1,02 (0,84-1,23)	0,94 (0,75-1,18)

FONTE: O autor (2024)

LEGENDA: \*ajustado para todas as variáveis independentes

Nas tabelas 7 e 8 são apresentadas as associações das variáveis sexo, faixa etária, nível socioeconômico, PVC, nível de AF, volume de treino semanal e volume de treino semanal para o futsal, vôlei e esportes individuais com o comportamento sedentário nos fins de semana dos adolescentes. Na análise bruta o sexo feminino obteve 7% (RP=1,07; IC=1,03-1,12) maiores probabilidades de desenvolver o CRS, enquanto na ajustada obteve 9% (RP=1,09; IC=1,02-1,16).

Quando estratificado por sexo, os adolescentes do sexo masculino que praticam vôlei apresentaram 17% (RP=0,83; IC=0,75-0,93). menos chances de exercer comportamentos sedentários nos finais de semana na análise bruta e 18% (RP=0,82; IC=0,722-0,93) na ajustada.

TABELA 7 – ASSOCIAÇÃO DO SEXO, FAIXA ETÁRIA, NÍVEL SOCIOECONÔMICO, PICO DE VELOCIDADE DE CRESCIMENTO, VOLUME DE TREINO SEMANAL E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA COM O COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO NO FIM DE SEMANA, TOTAL E ESTRATIFICADO POR SEXO DOS ADOLESCENTES DE 12 A 17 ANOS DE CURITIBA/PR.

Variáveis	Total (n=1176)		Masculino (n=755)		Feminino (n=421)	
	Análise Bruta	Análise Ajustada*	Análise Bruta	Análise Ajustada*	Análise Bruta	Análise Ajustada*
	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)
<b>Sexo</b>						
Masculino	1,00	1,00	-	-	-	-
Feminino	<b>1,07 (1,03-1,12)</b>	<b>1,09 (1,02-1,16)</b>	-	-	-	-
<b>Faixa etária</b>						
12 e 13 anos	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
14 e 15 anos	1,04 (0,99-1,09)	1,03 (0,98-1,08)	1,02 (0,96-1,07)	1,00 (0,86-1,17)	1,07 (0,99-1,15)	1,06 (0,98-1,15)
16 e 17 anos	1,04 (0,99-1,10)	1,03 (0,97-1,09)	1,04 (0,98-1,11)	1,02 (0,85-1,23)	1,05 (0,96-1,16)	1,03 (0,90-1,17)
<b>Nível socioeconômico</b>						
D/E (baixo)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
C1/C2	1,01 (0,93-1,09)	1,00 (0,93-1,09)	0,98 (0,89-1,08)	0,98 (0,77-1,26)	1,06 (0,91-1,24)	1,06 (0,91-1,24)
B1/B2	1,01 (1,93-1,09)	1,00 (0,92-1,08)	0,98 (0,89-1,08)	0,98 (0,76-1,26)	1,05 (0,90-1,21)	1,04 (0,89-1,21)
A (alto)	1,10 (0,99-1,21)	1,08 (0,97-1,19)	1,06 (0,93-1,20)	1,06 (0,76-1,47)	1,14 (0,96-1,35)	1,12 (0,94-1,34)
<b>Pico de velocidade de crescimento</b>						
Normal	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Atrasado	1,02 (0,93-1,12)	1,03 (0,94-1,13)	1,04 (0,95-1,13)	1,03 (0,80-1,32)	-	-
Adiantado	1,04 (0,99-1,08)	0,98 (0,92-1,05)	0,97 (0,88-1,06)	0,97 (0,75-1,27)	0,96 (0,89-1,04)	0,98 (0,87-1,09)
<b>Volume de treino semanal</b>						
≤180 min/sem	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
≥181 min/sem	1,02 (0,97-1,07)	1,01 (0,96-1,05)	0,96 (0,91-1,02)	0,96 (0,81-1,14)	1,07 (0,99-1,15)	1,06 (0,99-1,14)
<b>Atividade Física</b>						
Ativo	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Insuficientemente ativo	0,97 (0,93-1,02)	0,97 (0,93-1,01)	0,95 (0,90-1,00)	0,95 (0,82-1,11)	0,98 (0,92-1,05)	1,00 (0,93-1,07)

FONTE: O autor (2024)

LEGENDA: \*ajustado para todas as variáveis independentes

TABELA 8 - ASSOCIAÇÃO DO VOLUME DE TREINO SEMANAL DO FUTSAL, VÔLEI E ESPORTES INDIVIDUAIS COM O COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO NO FIM DE SEMANA, TOTAL E ESTRATIFICADO POR SEXO DOS ADOLESCENTES DE 12 A 17 ANOS DE CURITIBA/PR.

Variáveis	Total (n=1176)			Masculino (n=755)			Feminino (n=421)		
	Análise Bruta	Análise Ajustada*		Análise Bruta	Análise Ajustada*		Análise Bruta	Análise Ajustada*	
	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)		RP (IC 95%)	RP (IC 95%)		RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	
<b>Volume de treino semanal para o futsal</b>	<b>Total (n=547)</b>								
≤180 min/sem	1,00	1,00		1,00	1,00		1,00	1,00	
≥181 min/sem	1,01 (0,93-1,09)	1,01 (0,93-1,09)		0,99 (0,92-1,08)	1,00 (0,92-1,08)		1,13 (0,86-1,47)	1,11 (0,83-1,48)	
<b>Volume de treino semanal para o vôlei</b>	<b>Total (n=457)</b>								
≤180 min/sem	1,00	1,00		1,00	1,00		1,00	1,00	
≥181 min/sem	1,01 (0,94-1,08)	1,00 (0,93-1,07)		<b>0,83 (0,75-0,93)</b>	<b>0,82 (0,72-0,93)</b>		1,08 (0,99-1,17)	1,07 (0,99-1,17)	
<b>Volume de treino semanal para esportes individuais</b>	<b>Total (n=172)</b>								
≤180 min/sem	1,00	1,00		1,00	1,00		1,00	1,00	
≥181 min/sem	0,98 (0,88-1,09)	0,97 (0,84-1,11)		0,99 (0,86-1,13)	0,99 (0,83-1,18)		0,97 (0,81-1,16)	0,91 (0,72-1,15)	

FONTE: O autor (2024)

LEGENDA: \*ajustado para todas as variáveis independentes



Nas tabelas 9 e 10 são apresentadas as associações das variáveis sexo, faixa etária, nível socioeconômico, PVC, nível de AF, volume de treino semanal e volume de treino semanal para o futsal, vôlei e esportes individuais com o baixo consumo de frutas dos adolescentes. Pode-se perceber que estar no nível socioeconômico A (alto) foi fator de proteção tanto na análise bruta quanto ajustada (RP=0,78; IC=0,65-0,94), e que indivíduos com níveis insuficientes de AF possuem uma probabilidade 10% maior de apresentarem baixo consumo de frutas, tanto na análise bruta (RP=1,10; IC=1,03-1,17) quanto na ajustada (RP=1,10; IC=1,03-1,18).

Ao observar a estratificação por sexo, percebemos que adolescentes do sexo masculino do nível socioeconômico A (alto) possuem 44% menos probabilidade de apresentarem o CRS em ambas as análises (RP=0,56; IC=0,42-0,77 bruta e RP=0,56; IC=0,35-0,91 ajustada), e 12% maior probabilidade quando insuficientemente ativos na análise bruta (RP=1,12; IC=1,03-1,21). O sexo feminino demonstrou 11% menos probabilidades de ter baixo consumo de frutas quando no PVC adiantado na análise bruta (RP=0,89; IC=0,80-0,99).

TABELA 9 - ASSOCIAÇÃO DO SEXO, FAIXA ETÁRIA, NÍVEL SOCIOECONÔMICO, PICO DE VELOCIDADE DE CRESCIMENTO, VOLUME DE TREINO SEMANAL E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA COM O BAIXO CONSUMO DE FRUTAS, TOTAL E ESTRATIFICADO POR SEXO DOS ADOLESCENTES DE 12 A 17 ANOS DE CURITIBA/PR.

Variáveis	Total (n=1176)		Masculino (n=755)		Feminino (n=421)	
	Análise Bruta	Análise Ajustada*	Análise Bruta	Análise Ajustada*	Análise Bruta	Análise Ajustada*
	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)
<b>Sexo</b>						
Masculino	1,00	1,00	-	-	-	-
Feminino	1,03 (0,96-1,10)	1,06 (0,97-1,17)	-	-	-	-
<b>Faixa etária</b>						
12 e 13 anos	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
14 e 15 anos	1,02 (0,95-1,10)	1,04 (0,96-1,12)	0,96 (0,87-1,06)	0,99 (0,82-1,20)	1,12 (1,00-1,27)	1,12 (0,99-1,27)
16 e 17 anos	1,05 (0,97-1,14)	1,07 (0,98-1,18)	1,01 (0,92-1,12)	1,06 (0,85-1,34)	1,13 (0,99-1,30)	1,08 (0,89-1,32)
<b>Nível socioeconômico</b>						
D/E (baixo)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
C1/C2	0,99 (0,88-1,11)	0,98 (0,87-1,11)	0,92 (0,81-1,05)	0,91 (0,67-1,24)	1,20 (0,89-1,61)	1,21 (0,90-1,62)
B1/B2	0,94 (0,84-1,06)	0,94 (0,83-1,06)	0,90 (0,80-1,03)	0,90 (0,67-1,22)	1,09 (0,81-1,47)	1,10 (0,82-1,48)
A (alto)	<b>0,78 (0,65-0,94)</b>	<b>0,78 (0,64-0,94)</b>	<b>0,56 (0,42-0,77)</b>	<b>0,56 (0,35-0,91)</b>	1,16 (0,84-1,60)	1,17 (0,85-1,61)
<b>Pico de velocidade de crescimento</b>						
Normal	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Atrasado	0,90 (0,76-1,07)	0,89 (0,75-1,06)	0,92 (0,77-1,09)	0,89 (0,64-1,23)	-	-
Adiantado	0,97 (0,91-1,05)	0,94 (0,85-1,04)	0,96 (0,81-1,14)	0,96 (0,69-1,35)	<b>0,89 (0,80-0,99)</b>	0,92 (0,80-1,07)
<b>Volume de treino semanal</b>						
≤180 min/sem	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
≥181 min/sem	1,01 (0,94-1,09)	1,02 (0,95-1,10)	1,03 (0,93-1,14)	1,04 (0,84-1,28)	0,98 (0,88-1,10)	0,98 (0,88-1,10)
<b>Atividade Física</b>						
Ativo	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Insuficientemente ativo	<b>1,10 (1,03-1,17)</b>	<b>1,10 (1,03-1,18)</b>	<b>1,12 (1,03-1,21)</b>	1,12 (0,93-1,35)	1,06 (0,96-1,18)	1,08 (0,98-1,20)

FONTE: O autor (2024)

LEGENDA: \*ajustado para todas as variáveis independentes

TABELA 10 - ASSOCIAÇÃO DO VOLUME DE TREINO SEMANAL DO FUTSAL, VÔLEI E ESPORTES INDIVIDUAIS COM O BAIXO CONSUMO DE FRUTAS, TOTAL E ESTRATIFICADO POR SEXO DOS ADOLESCENTES DE 12 A 17 ANOS DE CURITIBA/PR.

Variáveis	Total (n=1176)				Masculino (n=755)				Feminino (n=421)			
	Análise Bruta		Análise Ajustada*		Análise Bruta		Análise Ajustada*		Análise Bruta		Análise Ajustada*	
	RP	(IC 95%)	RP	(IC 95%)	RP	(IC 95%)	RP	(IC 95%)	RP	(IC 95%)	RP	(IC 95%)
<b>Volume de treino semanal para o futsal</b>	<b>Total (n=547)</b>											
≤180 min/sem	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
≥181 min/sem	1,03	(0,91-1,17)	1,05	(0,92-1,19)	1,05	(0,92-1,20)	1,06	(0,93-1,21)	0,90	(0,59-1,38)	0,74	(0,46-1,18)
<b>Volume de treino semanal para o vôlei</b>	<b>Total (n=457)</b>											
≤180 min/sem	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
≥181 min/sem	1,02	(0,92-1,14)	1,03	(0,92-1,15)	1,13	(0,92-1,38)	1,12	(0,92-1,35)	0,98	(0,86-1,12)	0,99	(0,87-1,13)
<b>Volume de treino semanal para esportes individuais</b>	<b>Total (n=172)</b>											
≤180 min/sem	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
≥181 min/sem	0,95	(0,79-1,15)	1,00	(0,81-1,24)	0,88	(0,69-1,13)	0,94	(0,71-1,25)	1,09	(0,81-1,46)	1,21	(0,82-1,77)

FONTE: O autor (2024)

LEGENDA: \*ajustado para todas as variáveis independentes

Nas tabelas 11 e 12 são apresentadas as associações das variáveis sexo, faixa etária, nível socioeconômico, PVC, nível de AF, volume de treino semanal e volume de treino semanal para o futsal, vôlei e esportes individuais com o baixo consumo de suco de frutas dos adolescentes. Tanto na análise bruta quanto ajustada, adolescentes insuficientemente ativos possuem 6% maiores probabilidades de baixo consumo de suco de frutas (RP=1,06; IC=1,02-1,10), bem como na análise bruta estratificada para o sexo masculino (RP=1,06; IC=1,01-1,12).

TABELA 11 – ASSOCIAÇÃO DO SEXO, FAIXA ETÁRIA, NÍVEL SOCIOECONÔMICO, PICO DE VELOCIDADE DE CRESCIMENTO, VOLUME DE TREINO SEMANAL E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA COM O BAIXO CONSUMO DE SUCO DE FRUTAS TOTAL E ESTRATIFICADO POR SEXO DOS ADOLESCENTES DE 12 A 17 ANOS DE CURITIBA/PR.

Variáveis	Total (n=1176)		Masculino (n=755)		Feminino (n=421)	
	Análise Bruta	Análise Ajustada*	Análise Bruta	Análise Ajustada*	Análise Bruta	Análise Ajustada*
	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)
<b>Sexo</b>						
Masculino	1,00	1,00	-	-	-	-
Feminino	1,01 (0,97-1,05)	1,01 (0,95-1,07)	-	-	-	-
<b>Faixa etária</b>						
12 e 13 anos	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
14 e 15 anos	1,04 (0,99-1,08)	1,04 (1,00-1,09)	1,02 (0,96-1,08)	1,03 (0,87-1,24)	1,06 (0,99-1,14)	1,05 (0,98-1,14)
16 e 17 anos	1,01 (0,95-1,07)	1,01 (0,95-1,08)	1,01 (0,94-1,08)	1,02 (0,82-1,26)	1,00 (0,91-1,11)	0,99 (0,88-1,11)
<b>Nível socioeconômico</b>						
D/E (baixo)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
C1/C2	1,03 (0,94-1,13)	1,03 (0,94-1,13)	1,02 (0,93-1,13)	1,02 (0,76-1,37)	1,06 (0,86-1,30)	1,06 (0,86-1,30)
B1/B2	1,04 (0,95-1,13)	1,03 (0,95-1,13)	1,00 (0,91-1,11)	1,00 (0,75-1,35)	1,12 (0,92-1,37)	1,11 (0,91-1,36)
A (alto)	0,96 (0,85-1,08)	0,95 (0,84-1,01)	0,85 (0,71-1,02)	0,85 (0,56-1,28)	1,12 (0,90-1,39)	1,11 (0,90-1,38)
<b>Pico de velocidade de crescimento</b>						
Normal	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Atrasado	1,04 (0,96-1,12)	1,04 (0,96-1,13)	1,04 (0,96-1,13)	1,04 (0,78-1,40)	-	-
Adiantado	1,01 (0,97-1,05)	1,00 (0,94-1,06)	1,02 (0,93-1,12)	1,03 (0,76-1,39)	0,98 (0,91-1,05)	0,96 (0,89-1,03)
<b>Volume de treino semanal</b>						
≤180 min/sem	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
≥181 min/sem	1,02 (0,97-1,06)	1,02 (0,98-1,07)	1,02 (0,95-1,08)	1,02 (0,84-1,24)	1,01 (0,95-1,09)	1,01 (0,94-1,09)
<b>Atividade Física</b>						
Ativo	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Insuficientemente ativo	<b>1,06 (1,02-1,10)</b>	<b>1,06 (1,02-1,10)</b>	<b>1,06 (1,01-1,12)</b>	<b>1,07 (0,90-1,27)</b>	<b>1,05 (0,98-1,12)</b>	<b>1,05 (0,99-1,13)</b>

FONTE: O autor (2024)

LEGENDA: \*ajustado para todas as variáveis independentes

TABELA 12 - ASSOCIAÇÃO DO VOLUME DE TREINO SEMANAL DO FUTSAL, VÔLEI E ESPORTES INDIVIDUAIS COM O BAIXO CONSUMO DE SUCO DE FRUTAS TOTAL E ESTRATIFICADO POR SEXO DOS ADOLESCENTES DE 12 A 17 ANOS DE CURITIBA/PR.

Variáveis	Total (n=11176)		Masculino (n=755)		Feminino (n=421)	
	Análise Bruta	Análise Ajustada*	Análise Bruta	Análise Ajustada*	Análise Bruta	Análise Ajustada*
	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)
<b>Volume de treino semanal para o futsal</b>	<b>Total (n=547)</b>		<b>Masculino (n=498)</b>		<b>Feminino (n=49)</b>	
≤180 min/sem	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
≥181 min/sem	0,99 (0,91-1,08)	1,00 (0,92-1,10)	1,01 (0,92-1,11)	1,03 (0,94-1,12)	0,81 (0,54-1,22)	0,74 (0,48-1,14)
<b>Volume de treino semanal para o vôlei</b>	<b>Total (n=457)</b>		<b>Masculino (n=148)</b>		<b>Feminino (n=309)</b>	
≤180 min/sem	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
≥181 min/sem	1,03 (0,97-1,10)	1,04 (0,97-1,11)	1,02 (0,90-1,14)	1,01 (0,95-1,19)	1,04 (0,96-1,12)	1,05 (0,97-1,13)
<b>Volume de treino semanal para esportes individuais</b>	<b>Total (n=172)</b>		<b>Masculino (n=109)</b>		<b>Feminino (n=63)</b>	
≤180 min/sem	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
≥181 min/sem	1,00 (0,90-1,11)	0,98 (0,88-1,09)	0,99 (0,87-1,12)	1,02 (0,89-1,17)	1,01 (0,84-1,22)	0,91 (0,73-1,12)

FONTE: O autor (2024)

LEGENDA: \*ajustado para todas as variáveis independentes

Nas tabelas 13 e 14 são apresentadas as associações das variáveis sexo, faixa etária, nível socioeconômico, PVC, nível de AF, volume de treino semanal e volume de treino semanal para o futsal, vôlei e esportes individuais com o baixo consumo de vegetais dos adolescentes. Adolescentes com baixo nível de atividade física apresentaram ter 5% mais probabilidade para o baixo consumo de vegetais, tanto na análise bruta (RP=1,05; IC=1,01-1,09) quanto na ajustada (RP=1,05; IC=1,01-1,10). Na estratificação por sexo, meninas de PVC adiantado mostraram 7% menos probabilidade para o CRS (RP=0,93; IC=0,87-0,99 análise bruta e RP=0,93; IC=0,88-0,99 análise ajustada), e aquelas com um volume de treino maior ou igual a 180 minutos semanais indicaram ter 10% menos probabilidade na análise bruta (RP=0,90; IC=0,83-0,99) e 9% menos na análise ajustada (RP=0,91; IC=0,83-0,99).

Quando avaliadas as diferentes modalidades esportivas, as adolescentes do sexo feminino praticantes do vôlei obtiveram um fator protetivo contra o baixo consumo de vegetais na análise bruta (RP=0,90; IC=0,81-0,99).

TABELA 13 - ASSOCIAÇÃO DO SEXO, FAIXA ETÁRIA, NÍVEL SOCIOECONÔMICO, PICO DE VELOCIDADE DE CRESCIMENTO, VOLUME DE TREINO SEMANAL E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA COM O BAIXO CONSUMO DE VEGETAIS TOTAL E ESTRATIFICADO POR SEXO DOS ADOLESCENTES DE 12 A 17 ANOS DE CURITIBA/PR.

Variáveis	Total (n=1176)		Masculino (n=755)		Feminino (n=421)	
	Análise Bruta	Análise Ajustada*	Análise Bruta	Análise Ajustada*	Análise Bruta	Análise Ajustada*
	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)
<b>Sexo</b>						
Masculino	1,00	1,00	-	-	-	-
Feminino	1,01 (0,96-1,05)	1,03 (0,97-1,09)	-	-	-	-
<b>Faixa etária</b>						
12 e 13 anos	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
14 e 15 anos	1,01 (0,96-1,06)	1,01 (0,96-1,07)	0,99 (0,93-1,06)	1,00 (0,84-1,20)	1,03 (0,95-1,12)	1,03 (0,95-1,13)
16 e 17 anos	1,04 (0,99-1,10)	1,06 (0,99-1,12)	1,03 (0,96-1,10)	1,06 (0,85-1,31)	1,07 (0,97-1,17)	1,03 (0,94-1,13)
<b>Nível socioeconômico</b>						
D/E (baixo)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
C1/C2	1,01 (0,92-1,10)	1,00 (0,92-1,09)	1,01 (0,91-1,13)	1,01 (0,75-1,35)	0,98 (0,85-1,14)	0,99 (0,85-1,15)
B1/B2	1,00 (0,92-1,09)	1,00 (0,92-1,09)	1,01 (0,91-1,12)	1,01(0,75-1,35)	0,97 (0,84-1,11)	0,98 (0,85-1,14)
A (alto)	0,90 (0,79-1,02)	0,90 (0,79-1,03)	0,89 (0,75-1,06)	0,89 (0,59-1,34)	0,89 (0,74-1,08)	0,91 (0,75-1,11)
<b>Pico de velocidade de crescimento</b>						
Normal	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Atrasado	0,93 (0,83-1,05)	0,91 (0,81-1,03)	0,94 (0,83-1,06)	0,91 (0,67-1,24)	-	-
Adiantado	0,98 (0,93-1,02)	0,97 (0,90-1,03)	0,98 (0,88-1,10)	0,99 (0,73-1,35)	<b>0,93 (0,87-0,99)</b>	<b>0,93 (0,88-0,99)</b>
<b>Volume de treino semanal</b>						
≤180 min/sem	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
≥181 min/sem	0,96 (0,90-1,01)	0,96 (0,91-1,01)	1,00 (0,93-1,07)	1,00 (0,82-1,22)	<b>0,90 (0,83-0,99)</b>	<b>0,91 (0,83-0,99)</b>
<b>Atividade Física</b>						
Ativo	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Insuficientemente ativo	<b>1,05 (1,01-1,09)</b>	<b>1,05 (1,01-1,10)</b>	1,04 (0,98-1,10)	1,05 (0,88-1,25)	1,06 (0,99-1,13)	1,06 (0,99-1,14)

FONTE: O autor (2024)

LEGENDA: \*ajustado para todas as variáveis independentes



TABELA 14 - ASSOCIAÇÃO DO VOLUME DE TREINO SEMANAL DO FUTSAL, VÔLEI E ESPORTES INDIVIDUAIS COM O BAIXO CONSUMO DE VEGETAIS TOTAL E ESTRATIFICADO POR SEXO DOS ADOLESCENTES DE 12 A 17 ANOS DE CURITIBA/PR.

Variáveis	Total (n=1176)		Masculino (n=755)		Feminino (n=421)	
	Análise Bruta	Análise Ajustada*	Análise Bruta	Análise Ajustada*	Análise Bruta	Análise Ajustada*
	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)
<b>Volume de treino semanal para o futsal</b>	<b>Total (n=547)</b>	<b>Masculino (n=498)</b>	<b>Feminino (n=49)</b>			
≤180 min/sem	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
≥181 min/sem	0,97 (0,89-1,07)	0,98 (0,89-1,08)	0,98 (0,89-1,08)	0,99 (0,90-1,10)	0,90 (0,69-1,17)	0,79 (0,54-1,14)
<b>Volume de treino semanal para o vôlei</b>	<b>Total (n=457)</b>	<b>Masculino (n=148)</b>	<b>Feminino (n=309)</b>			
≤180 min/sem	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
≥181 min/sem	0,93 (0,86-1,01)	0,93 (0,86-1,01)	1,02 (0,89-1,16)	1,01 (0,88-1,14)	<b>0,90 (0,81-0,99)</b>	0,90 (0,82-1,00)
<b>Volume de treino semanal para esportes individuais</b>	<b>Total (n=172)</b>	<b>Masculino (n=109)</b>	<b>Feminino (n=63)</b>			
≤180 min/sem	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
≥181 min/sem	1,01 (0,88-1,16)	1,02 (0,86-1,20)	1,02 (0,87-1,18)	1,04 (0,85-1,27)	0,99 (0,75-1,31)	0,94 (0,68-1,29)

FONTE: O autor (2024)

LEGENDA: \*ajustado para todas as variáveis independentes

Nas tabelas 15 e 16 são apresentadas as associações das variáveis sexo, faixa etária, nível socioeconômico, PVC, nível de AF, volume de treino semanal e volume de treino semanal para o futsal, vôlei e esportes individuais com o consumo de álcool leve dos adolescentes. Na análise bruta o sexo feminino apresentou 46% mais probabilidade para o consumo leve de álcool (RP=1,46; IC=1,10-1,93). Os adolescentes de 14 e 15 anos demonstraram estar 87% (RP=1,87; IC=1,23-2,75) mais propensos ao consumo quando comparados aos de 12 e 13 anos, e os adolescentes de 16 e 17 anos 3 vezes mais (RP=3,37; IC=2,32-4,89). Aqueles com volume de treino semanal mais elevado apresentaram 56% mais probabilidade de consumo alcoólico leve (RP=1,56; IC=1,56-2,12).

Na análise ajustada para todas as variáveis independentes, as adolescentes do sexo feminino apresentaram uma probabilidade 22% maior de consumo de álcool leve (RP=1,22; IC=0,86-1,73) em relação ao sexo masculino. Os indivíduos de 14 e 15 anos mantiveram a probabilidade maior de 87% (RP=1,87; IC=1,27-2,75), enquanto aqueles com 16 e 17 anos apresentaram quase 4 vezes mais probabilidade do CRS (RP=3,80; IC=2,50-5,77). Indivíduos com o volume de treino semanal maior ou igual a 181 minutos semanais obtiveram 41% maiores probabilidades de consumo leve de álcool (RP=1,41; IC=1,05-1,89).

Quando estratificado por sexo, adolescentes do sexo masculino de 14 e 15 anos demonstraram probabilidade duas vezes maior para o consumo de álcool leve na análise bruta (RP=2,18; IC=1,24-3,84) e ajustada (RP=2,12; IC=1,16-3,85) em relação aos de 12 e 13 anos, e aqueles com 16 e 17 anos 4 vezes maior em ambas as análises (RP=4,37; IC=2,56-7,43 e RP=4,56; IC=2,52-8,24, respectivamente). Quanto ao sexo feminino, adolescentes de 16 e 17 anos apresentaram uma probabilidade de 158% maior de consumo na análise bruta (RP=2,58; IC=1,51-4,39) e 180% na análise ajustada (RP=2,80; IC=1,40-5,60). O sexo feminino apresentou 35% menos probabilidade de consumo quando o PVC está adiantado (RP=0,65; IC=0,42-0,99), e quando associado a um volume de treino semanal mais elevado, demonstrou 86% maior probabilidade para o consumo alcoólico leve na análise bruta (RP=1,86; IC=1,24-2,80) e 75% na ajustada (RP=1,75; IC=1,16-2,63).

Na análise de diferentes modalidades esportivas, o futsal apresentou 102% maior probabilidade para o consumo leve de álcool na análise ajustada (RP=2,02; IC=1,12-3,65), e 159% para os praticantes do sexo masculino (RP=1,59; IC=1,39-4,83). No vôlei, o sexo feminino apresentou 73% maiores probabilidades na análise bruta (RP=1,73; IC=1,06-2,81) e 68% na ajustada (RP=1,68; IC=1,05-2,70).

TABELA 15 – ASSOCIAÇÃO DO SEXO, FAIXA ETÁRIA, NÍVEL SOCIOECONÔMICO, PICO DE VELOCIDADE DE CRESCIMENTO, VOLUME DE TREINO SEMANAL E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA COM O CONSUMO DE ALCÓOL (LEVE), TOTAL E ESTRATIFICADO POR SEXO DOS ADOLESCENTES DE 12 A 17 ANOS DE CURITIBA/PR.

Variáveis	Total (n=1176)		Masculino (n=755)		Feminino (n=421)	
	Análise Bruta	Análise Ajustada*	Análise Bruta	Análise Ajustada*	Análise Bruta	Análise Ajustada*
	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)
<b>Sexo</b>						
Masculino	1,00	1,00	-	-	-	-
Feminino	<b>1,46 (1,10-1,93)</b>	<b>1,22 (0,86-1,73)</b>	-	-	-	-
<b>Faixa etária</b>						
12 e 13 anos	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
14 e 15 anos	<b>1,87 (1,23-2,75)</b>	<b>1,87 (1,27-2,75)</b>	<b>2,18 (1,24-3,84)</b>	<b>2,12 (1,16-3,85)</b>	1,56 (0,93-2,66)	1,56 (0,93-2,69)
16 e 17 anos	<b>3,37 (2,32-4,89)</b>	<b>3,80 (2,50-5,77)</b>	<b>4,37 (2,56-7,43)</b>	<b>4,56 (2,52-8,24)</b>	<b>2,58 (1,51-4,39)</b>	<b>2,80 (1,40-5,60)</b>
<b>Nível socioeconômico</b>						
D/E (baixo)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
C1/C2	1,22 (0,63-2,36)	1,23 (0,65-2,32)	1,26 (0,51-3,10)	1,22 (0,47-3,15)	1,07 (0,41-2,76)	1,12 (0,47-2,67)
B1/B2	1,35 (0,71-2,59)	1,30 (0,69-2,45)	1,66 (0,69-4,10)	1,50 (0,59-3,81)	0,90 (0,35-2,31)	0,94 (0,39-2,26)
A (alto)	1,55 (0,73-3,30)	1,39 (0,66-2,91)	2,07 (0,74-5,80)	1,97 (0,66-5,91)	0,92 (0,31-2,72)	0,85 (0,31-2,34)
<b>Pico de velocidade de crescimento</b>						
Normal	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Atrasado	0,92 (0,47-1,80)	0,64 (0,33-1,25)	0,47 (0,15-1,44)	0,59 (0,28-1,26)	-	-
Adiantado	1,02 (0,75-1,38)	1,26 (0,85-1,87)	1,03 (0,52-2,04)	0,72 (0,22-2,32)	<b>0,65 (0,42-0,99)</b>	1,30 (0,74-2,29)
<b>Volume de treino semanal</b>						
≤180 min/sem	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
≥181 min/sem	<b>1,56 (1,16-2,12)</b>	<b>1,41(1,05-1,89)</b>	1,17 (0,74-1,86)	1,16 (0,70-1,92)	<b>1,86 (1,24-2,80)</b>	<b>1,75 (1,16-2,63)</b>
<b>Atividade Física</b>						
Ativo	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Insuficientemente ativo	0,74 (0,53-1,07)	0,86 (0,62-1,19)	0,71 (0,44-1,14)	0,91 (0,54-1,53)	0,68 (0,44-1,06)	0,81 (0,52-1,27)

FONTE: O autor (2024)

LEGENDA: \*ajustado para todas as variáveis independentes

TABELA 16 - ASSOCIAÇÃO DO VOLUME DE TREINO SEMANAL DO FUTSAL, VÔLEI E ESPORTES INDIVIDUAIS COM O CONSUMO DE ÁLCOOL (LEVE), TOTAL E ESTRATIFICADO POR SEXO DOS ADOLESCENTES DE 12 A 17 ANOS DE CURITIBA/PR.

Variáveis	Total (n=1176)		Masculino (n=755)		Feminino (n=421)	
	Análise Bruta	Análise Ajustada*	Análise Bruta	Análise Ajustada*	Análise Bruta	Análise Ajustada*
	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)
<b>Volume de treino semanal para o futsal</b>	<b>Total (n=547)</b>		<b>Masculino (n=498)</b>		<b>Feminino (n=49)</b>	
≤180 min/sem	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
≥181 min/sem	1,70 (0,96-3,04)	<b>2,02 (1,12-3,65)</b>	1,54 (0,80-2,97)	<b>2,59 (1,39-4,83)</b>	2,56 (0,80-8,18)	2,32 (0,65-8,28)
<b>Volume de treino semanal para o vôlei</b>	<b>Total (n=457)</b>		<b>Masculino (n=148)</b>		<b>Feminino (n=309)</b>	
≤180 min/sem	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
≥181 min/sem	1,18 (0,78-1,79)	1,16 (0,77-1,73)	0,37 (0,12-1,16)	0,37 (0,12-1,14)	<b>1,73 (1,06-2,81)</b>	<b>1,68 (1,05-2,70)</b>
<b>Volume de treino semanal para esportes individuais</b>	<b>Total (n=172)</b>		<b>Masculino (n=109)</b>		<b>Feminino (n=63)</b>	
≤180 min/sem	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
≥181 min/sem	1,82 (0,95-3,52)	1,00 (0,48-2,01)	1,54 (0,64-3,71)	1,02 (0,37-2,82)	2,32 (0,86-6,27)	1,10 (0,40-3,02)

FONTE: O autor (2024)

LEGENDA: \*ajustado para todas as variáveis independentes

Nas tabelas 17 e 18 são apresentadas as associações das variáveis sexo, faixa etária, nível socioeconômico, PVC, nível de AF, volume de treino semanal e volume de treino semanal para o futsal, vôlei e esportes individuais com o consumo de álcool excessivo dos adolescentes. Na análise bruta o sexo feminino apresentou 53% maior probabilidade para o consumo excessivo de álcool (RP=1,53; IC=1,03-2,28). Os adolescentes de 14 e 15 demonstraram uma probabilidade 235% maior (RP=3,35; IC=1,81-6,12) e os de 16 e 17 anos 437% maior (RP=5,37; IC=2,91-8,92) em relação aos de 12 e 13 anos. Aqueles com um volume de treino maior ou igual a 181 minutos semanais apresentaram 60% mais probabilidade de consumo excessivo (RP=1,60; IC=1,05-2,44).

Na análise ajustada, o sexo feminino apresentou 29% (RP=1,29; IC=0,77-2,15) mais probabilidade para o consumo de álcool excessivo em relação ao sexo masculino. Os adolescentes de 14 e 15 demonstraram uma probabilidade 229% maior (RP=3,29; IC=1,79-6,05) e os de 16 e 17 anos 487% maior (RP=5,87; IC=3,01-9,44) em relação aos de 12 e 13 anos.

Quando estratificado por sexo, em comparação aos indivíduos de 12 e 13 anos, os adolescentes de 14 e 15 anos do sexo masculino demonstraram uma probabilidade 341% maior na análise bruta (RP=4,41; IC=1,67-6,65) e 321% na ajustada (RP=4,21; IC=1,56-6,42), enquanto as do sexo feminino obtiveram 162% maior probabilidade na análise bruta (RP=2,62; IC=1,19-5,78) e 161% na ajustada (RP=2,61; IC=1,16-5,87). Os participantes de 16 e 17 anos do sexo masculino apresentaram 748% mais probabilidade para o consumo excessivo de álcool na análise bruta (RP=8,48; IC=3,29-9,83) e 662% na ajustada (RP=7,62; IC=2,80-9,73) comparados aos de 12 e 13 anos, enquanto a probabilidade para o sexo feminino foi de 249% na análise bruta (RP=3,49; IC=1,51-8,09) e 347% na ajustada (RP=4,47; IC=1,53-8,09).

Na análise das modalidades esportivas nota-se que os adolescentes do sexo masculino praticantes do futsal demonstraram 175% mais probabilidade para o consumo de álcool excessivo na análise ajustada para todas as variáveis independentes (RP=2,75; IC=1,17-6,46). Na análise bruta, os praticantes de esportes individuais obtiveram 259% maiores probabilidades para o CRS (RP=3,59; IC=1,23-9,47).

TABELA 17 - ASSOCIAÇÃO DO SEXO, FAIXA ETÁRIA, NÍVEL SOCIOECONÔMICO, PICO DE VELOCIDADE DE CRESCIMENTO, VOLUME DE TREINO SEMANAL E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA COM O CONSUMO DE ALCÓOL (EXCESSIVO), TOTAL E ESTRATIFICADO POR SEXO DOS ADOLESCENTES DE 12 A 17 ANOS DE CURITIBA/PR.

Variáveis	Total (n=1176)		Masculino (n=755)		Feminino (n=421)	
	Análise Bruta	Análise Ajustada*	Análise Bruta	Análise Ajustada*	Análise Bruta	Análise Ajustada*
	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)
<b>Sexo</b>						
Masculino	1,00	1,00	-	-	-	-
Feminino	<b>1,53 (1,03-2,28)</b>	<b>1,29 (0,77-2,15)</b>	-	-	-	-
<b>Faixa etária</b>						
12 e 13 anos	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
14 e 15 anos	<b>3,35 (1,81-6,12)</b>	<b>3,29 (1,79-6,05)</b>	<b>4,41 (1,67-6,65)</b>	<b>4,21 (1,56-6,42)</b>	<b>2,62 (1,19-5,78)</b>	<b>2,61 (1,16-5,87)</b>
16 e 17 anos	<b>5,37 (2,91-8,92)</b>	<b>5,87 (3,01-9,44)</b>	<b>8,48 (3,29-9,83)</b>	<b>7,62 (2,80-9,73)</b>	<b>3,49 (1,51-8,09)</b>	<b>4,47 (1,53-8,09)</b>
<b>Nível socioeconômico</b>						
D/E (baixo)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
C1/C2	1,32 (0,48-3,67)	1,41 (0,50-3,98)	1,67 (0,40-7,05)	1,77 (0,40-7,74)	0,92 (0,22-3,82)	1,00 (0,22-4,42)
B1/B2	1,77 (0,66-4,80)	1,74 (0,62-4,90)	2,30 (0,56-9,47)	2,17 (0,51-9,28)	1,12 (0,28-4,45)	1,22 (0,28-5,33)
A (alto)	2,05 (0,67-6,31)	1,78 (0,56-5,69)	2,30 (0,44-12,07)	2,17 (0,40-11,93)	1,37 (0,30-6,28)	1,31 (0,27-6,42)
<b>Pico de velocidade de crescimento</b>						
Normal	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Atrasado	1,59 (0,75-3,33)	1,12 (0,51-2,44)	1,81 (0,85-3,87)	1,06 (0,45-2,50)	-	-
Adiantado	1,09 (0,71-1,69)	1,36 (0,78-2,37)	0,31 (0,04-2,24)	0,55 (0,07-4,05)	0,67 (0,36-1,24)	1,49 (0,66-3,31)
<b>Volume de treino semanal</b>						
≤180 min/sem	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
≥181 min/sem	<b>1,60 (1,05-2,44)</b>	1,40 (0,90-2,18)	1,40 (0,74-2,60)	1,42 (0,73-2,76)	1,64 (0,91-2,94)	1,44 (0,78-2,68)
<b>Atividade Física</b>						
Ativo	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Insuficientemente ativo	0,69 (0,43-1,10)	0,83 (0,52-1,31)	0,62 (0,30-1,25)	0,82 (0,39-1,72)	0,66 (0,35-1,24)	0,83 (0,44-1,57)

FONTE: O autor (2024)

LEGENDA: \*ajustado para todas as variáveis independentes

TABELA 18 - ASSOCIAÇÃO DO VOLUME DE TREINO SEMANAL DO FUTSAL, VÔLEI E ESPORTES INDIVIDUAIS COM O CONSUMO DE ÁLCOOL (EXCESSIVO), TOTAL E ESTRATIFICADO POR SEXO DOS ADOLESCENTES DE 12 A 17 ANOS DE CURITIBA/PR.

Variáveis	Total (n=1176)		Masculino (n=755)		Feminino (n=421)	
	Análise Bruta	Análise Ajustada*	Análise Bruta	Análise Ajustada*	Análise Bruta	Análise Ajustada*
	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)
<b>Volume de treino semanal para o futsal</b>	<b>Total (n=547)</b>		<b>Masculino (n=498)</b>		<b>Feminino (n=49)</b>	
≤180 min/sem	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
≥181 min/sem	1,38 (0,62-3,05)	1,96 (0,81-4,73)	1,33 (0,57-3,14)	<b>2,75 (1,17-6,46)</b>	1,71 (0,20-14,41)	1,30 (0,31-5,34)
<b>Volume de treino semanal para o vôlei</b>	<b>Total (n=457)</b>		<b>Masculino (n=148)</b>		<b>Feminino (n=309)</b>	
≤180 min/sem	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
≥181 min/sem	1,23 (0,66-2,26)	1,12 (0,61-2,03)	0,78 (0,17-3,50)	0,71 (0,17-2,91)	1,32 (0,68-2,61)	1,24 (0,64-2,42)
<b>Volume de treino semanal para esportes individuais</b>	<b>Total (n=172)</b>		<b>Masculino (n=109)</b>		<b>Feminino (n=63)</b>	
≤180 min/sem	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
≥181 min/sem	<b>3,59 (1,23-9,47)</b>	1,25 (0,36-4,35)	2,94 (0,70-12,43)	1,62 (0,25-10,31)	4,63 (0,93-13,17)	1,94 (0,47-8,07)

FONTE: O autor (2024)

LEGENDA: \*ajustado para todas as variáveis independentes



Nas tabelas 19 e 20 são apresentadas as associações das variáveis sexo, faixa etária, nível socioeconômico, PVC, nível de AF, volume de treino semanal e volume de treino semanal para o futsal, vôlei e esportes individuais com o consumo de tabaco dos adolescentes. Na análise bruta os adolescentes com o PVC atrasado apresentaram 172% maior probabilidade para o consumo de tabaco (RP=2,72; IC=1,07-6,93), enquanto os indivíduos insuficientemente ativos demonstraram menor probabilidade para o CRS (RP=0,45; IC=0,21-0,97). Na análise ajustada, controlando para todas as variáveis independentes, os adolescentes com PVC adiantado obtiveram 227% mais probabilidade de consumirem tabaco (RP=3,27; IC=1,53-6,95).

Separando por sexo, na análise bruta os meninos de 16 e 17 anos demonstraram 165% mais probabilidade de fumarem (RP=2,65; IC=1,10-4,36) quando comparados aos de 12 e 13 anos. Já as meninas de PVC adiantado apresentaram uma probabilidade maior de 387% na análise ajustada (RP=4,87; IC=1,14-6,85).

Na análise ajustada, controlando para todas as variáveis independentes, a prática de esportes individuais foi fator protetivo contra o consumo de tabaco na análise mista (RP=0,12; IC=0,02-0,90) e para o sexo feminino (RP=0,09; IC=0,02-0,34).

TABELA 19 – ASSOCIAÇÃO DO SEXO, FAIXA ETÁRIA, NÍVEL SOCIOECONÔMICO, PICO DE VELOCIDADE DE CRESCIMENTO, VOLUME DE TREINO SEMANAL E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA COM O CONSUMO DE TABACO, TOTAL E ESTRATIFICADO POR SEXO DOS ADOLESCENTES DE 12 A 17 ANOS DE CURITIBA/PR.

Variáveis	Total (n=1176)		Masculino (n=755)		Feminino (n=421)	
	Análise Bruta	Análise Ajustada*	Análise Bruta	Análise Ajustada*	Análise Bruta	Análise Ajustada*
	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)
<b>Sexo</b>						
Masculino	1,00	1,00	-	-	-	-
Feminino	0,99 (0,54-1,80)	0,53 (0,25-1,12)	-	-	-	-
<b>Faixa etária</b>						
12 e 13 anos	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
14 e 15 anos	1,86 (0,92-3,76)	1,87 (0,91-3,84)	1,31 (0,51-3,34)	1,21 (0,46-3,19)	2,88 (0,94-8,87)	3,04 (1,00-9,24)
16 e 17 anos	2,04 (0,95-4,41)	2,34 (0,99-5,56)	<b>2,65 (1,10-4,36)</b>	2,41 (0,88-6,63)	0,54 (0,06-4,73)	1,23 (0,28-5,37)
<b>Nível socioeconômico</b>						
D/E (baixo)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
C1/C2	0,51 (0,19-1,38)	0,59 (0,21-1,66)	0,39 (0,12-1,23)	0,45 (0,13-1,51)	0,92 (0,12-7,26)	0,79 (0,10-6,23)
B1/B2	0,62 (0,24-1,60)	0,67 (0,25-1,81)	0,60 (0,20-1,78)	0,66 (0,21-2,04)	0,74 (0,10-5,77)	0,55 (0,08-4,06)
A (alto)	0,99 (0,31-3,12)	1,05 (0,31-3,57)	1,15 (0,30-4,38)	1,36 (0,33-5,54)	0,92 (0,09-9,58)	0,54 (0,05-5,29)
<b>Pico de velocidade de crescimento</b>						
Normal	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Atrasado	<b>2,72 (1,07-6,93)</b>	1,90 (0,72-5,04)	2,46 (0,96-6,31)	1,54 (0,52-4,57)	-	-
Adiantado	1,63 (0,89-3,00)	<b>3,27 (1,53-6,95)</b>	1,80 (0,55-5,83)	2,33 (0,67-8,17)	4,67 (0,62-34,94)	<b>4,87 (1,14-6,85)</b>
<b>Volume de treino semanal</b>						
≤180 min/sem	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
≥181 min/sem	0,94 (0,47-1,88)	0,90 (0,44-1,81)	0,67 (0,24-1,89)	0,60 (0,21-1,76)	1,39 (0,52-3,74)	1,27 (0,50-3,18)
<b>Atividade Física</b>						
Ativo	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Insuficientemente ativo	<b>0,45 (0,21-0,97)</b>	0,49 (0,22-1,06)	0,56 (0,21-1,44)	0,65 (0,24-1,73)	0,33 (0,09-1,13)	0,35 (0,10-1,19)

FONTE: O autor (2024)

LEGENDA: \*ajustado para todas as variáveis independentes

TABELA 20 - ASSOCIAÇÃO DO VOLUME DE TREINO SEMANAL DO FUTSAL, VÔLEI E ESPORTES INDIVIDUAIS COM O CONSUMO DE TABACO, TOTAL E ESTRATIFICADO POR SEXO DOS ADOLESCENTES DE 12 A 17 ANOS DE CURITIBA/PR.

Variáveis	Total (n=1176)		Masculino (n=755)		Feminino (n=421)	
	Análise Bruta	Análise Ajustada*	Análise Bruta	Análise Ajustada*	Análise Bruta	Análise Ajustada*
	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)
<b>Volume de treino semanal para o futsal</b>	<b>Total (n=547)</b>		<b>Masculino (n=498)</b>		<b>Feminino (n=49)</b>	
≤180 min/sem	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
≥181 min/sem	0,97 (0,29-3,25)	1,15 (0,33-4,08)	1,04 (0,31-3,49)	1,34 (0,37-4,90)	-	-
<b>Volume de treino semanal para o vôlei</b>	<b>Total (n=457)</b>		<b>Masculino (n=148)</b>		<b>Feminino (n=309)</b>	
≤180 min/sem	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
≥181 min/sem	1,01 (0,40-2,57)	0,81 (0,34-1,92)	-	-	1,57 (0,56-4,40)	1,31 (0,50-3,43)
<b>Volume de treino semanal para esportes individuais</b>	<b>Total (n=172)</b>		<b>Masculino (n=109)</b>		<b>Feminino (n=63)</b>	
≤180 min/sem	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
≥181 min/sem	0,56 (0,06-4,90)	<b>0,12 (0,02-0,90)</b>	0,73 (0,08-6,81)	0,22 (0,04-1,24)	-	<b>0,09 (0,02-0,34)</b>

FONTE: O autor (2024)

LEGENDA: \*ajustado para todas as variáveis independentes

Nas tabelas 21 e 22 são apresentadas as associações das variáveis sexo, faixa etária, nível socioeconômico, PVC, nível de AF, volume de treino semanal e volume de treino semanal para o futsal, vôlei e esportes individuais com o consumo de drogas ilícitas dos adolescentes. Tanto na análise bruta quanto na análise ajustada para todas as variáveis independentes, não houve valores significativos para as associações.

Entretanto, em relação as modalidades esportivas, nota-se que o futsal demonstrou 502% mais probabilidade para o consumo de drogas ilícitas na análise bruta (RP=6,02; IC=1,01-4,21) e 744% na análise ajustada (RP=8,44; IC=3,74-6,56). Dentro da modalidade, o sexo masculino apresentou 510% maiores probabilidades na análise bruta (RP=6,10; IC=1,02-4,95) e 744% na análise ajustada para todas as variáveis independentes (RP=8,44; IC=3,74-6,56).

TABELA 21 - ASSOCIAÇÃO DO SEXO, FAIXA ETÁRIA, NÍVEL SOCIOECONÔMICO, PICO DE VELOCIDADE DE CRESCIMENTO, VOLUME DE TREINO SEMANAL E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA COM O CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS, TOTAL E ESTRATIFICADO POR SEXO DOS ADOLESCENTES DE 12 A 17 ANOS DE CURITIBA/PR.

Variáveis	Total (n=1176)		Masculino (n=755)		Feminino (n=421)	
	Análise Bruta	Análise Ajustada*	Análise Bruta	Análise Ajustada*	Análise Bruta	Análise Ajustada*
	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)
<b>Sexo</b>						
Masculino	1,00	1,00	-	-	-	-
Feminino	1,79 (0,68-4,74)	0,68 (0,22-2,10)	-	-	-	-
<b>Faixa etária</b>						
12 e 13 anos	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
14 e 15 anos	0,84 (0,29-2,40)	0,92 (0,33-2,61)	0,23 (0,03-1,97)	0,22 (0,02-1,93)	1,75 (0,42-7,19)	2,18 (0,59-8,01)
16 e 17 anos	0,47 (0,10-2,20)	0,89 (0,15-5,34)	0,71 (0,14-3,60)	0,84 (0,15-4,69)	-	-
<b>Nível socioeconômico</b>						
D/E (baixo)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
C1/C2	-	-	-	-	-	-
B1/B2	-	-	-	-	-	-
A (alto)	-	-	-	-	-	-
<b>Pico de velocidade de crescimento</b>						
Normal	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Atrasado	-	-	-	-	-	-
Adiantado	2,56 (0,96-6,83)	3,26 (0,99-10,72)	1,80 (0,23-14,33)	1,46 (0,17-12,62)	-	-
<b>Volume de treino semanal</b>						
≤180 min/sem	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
≥181 min/sem	1,50 (0,53-4,29)	1,42 (0,49-4,15)	1,39 (0,28-6,82)	1,24 (0,25-6,18)	1,39 (0,34-5,72)	1,45 (0,30-7,00)
<b>Atividade Física</b>						
Ativo	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Insuficientemente ativo	0,96 (0,33-2,73)	0,86 (0,29-2,57)	0,89 (0,18-4,39)	0,84 (0,16-4,33)	0,85 (0,21-3,52)	0,91 (0,22-3,67)

FONTE: O autor (2024)

LEGENDA: \*ajustado para todas as variáveis independentes

TABELA 22 - ASSOCIAÇÃO DO VOLUME DE TREINO SEMANAL DO FUTSAL, VÔLEI E ESPORTES INDIVIDUAIS COM O CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS, TOTAL E ESTRATIFICADO POR SEXO DOS ADOLESCENTES DE 12 A 17 ANOS DE CURITIBA/PR.

Variáveis	Total (n=1176)		Masculino (n=755)		Feminino (n=421)	
	Análise Bruta	Análise Ajustada*	Análise Bruta	Análise Ajustada*	Análise Bruta	Análise Ajustada*
	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)
<b>Volume de treino semanal para o futsal</b>	<b>Total (n=547)</b>		<b>Masculino (n=498)</b>		<b>Feminino (n=49)</b>	
≤180 min/sem	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
≥181 min/sem	<b>6,02 (1,01-4,21)</b>	<b>8,44 (3,74 -6,56)</b>	<b>6,10 (1,02-4,95)</b>	<b>8,44 (3,74-6,56)</b>	-	-
<b>Volume de treino semanal para o vôlei</b>	<b>Total (n=457)</b>		<b>Masculino (n=148)</b>		<b>Feminino (n=309)</b>	
≤180 min/sem	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
≥181 min/sem	1,42 (0,34-5,84)	1,29 (0,30-5,55)	-	-	1,57 (0,36-6,87)	1,55 (0,31-7,67)
<b>Volume de treino semanal para esportes individuais</b>	<b>Total (n=172)</b>		<b>Masculino (n=109)</b>		<b>Feminino (n=63)</b>	
≤180 min/sem	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
≥181 min/sem	-	-	-	-	-	-

FONTE: O autor (2024)

LEGENDA: \*ajustado para todas as variáveis independentes

Nas tabelas 23 e 24 são apresentadas as associações das variáveis sexo, faixa etária, nível socioeconômico, PVC, nível de AF, volume de treino semanal e volume de treino semanal para o futsal, vôlei e esportes individuais com a baixa quantidade de sono dos adolescentes. Na análise bruta, quando comparados aos adolescentes de 12 e 13 anos, aqueles com 14 e 15 anos de idade possuem 78% mais probabilidade de apresentarem sono insuficiente (RP=1,78; IC=1,49-2,06), enquanto os de 16 e 17 anos apresentam 112% mais probabilidade (RP=2,12; IC=1,77-2,55). Os indivíduos de PVC adiantado indicaram menor probabilidade de baixas horas de sono (RP=0,79; IC=0,67-0,92), bem como aqueles insuficientemente ativos (RP=0,72; IC=0,61-0,85).

Dentro da análise ajustada para todas as variáveis independentes, comparados aos adolescentes de 12 e 13 anos, aqueles com 14 e 15 anos de idade possuem 71% mais probabilidade de apresentarem sono insuficiente (RP=1,71; IC=1,43-2,06), enquanto os de 16 e 17 anos apresentam 106% mais probabilidade (RP=2,06; IC=1,67-2,54). O PVC atrasado demonstrou ser fator protetivo contra o baixo tempo de sono (RP=0,70; IC=0,50-0,99), assim como os baixos níveis de atividade física semanal (RP=0,81; IC=0,68-0,95).

Na divisão por sexo, os adolescentes do sexo masculino de 14 e 15 anos obtiveram 72% (RP=1,72; IC=1,38-2,15) e 67% (RP=1,67; IC=1,26-2,21) maior probabilidade de baixas de horas de sono, enquanto as do sexo feminino tiveram 90% (RP=1,90; IC=1,40-2,58) e 80% (RP=1,80; IC=1,31-2,47) maior probabilidade quando comparadas as de idade 12 e 13 anos. Adolescentes de 16 e 17 anos do sexo masculino obtiveram 100% (RP=2,00; IC=1,60-2,50) e 103% (RP=20,3; IC=1,49-2,78) mais probabilidade de baixas horas de sono quando comparados aos de 12 e 13 anos, enquanto as do sexo feminino apresentaram 140% (RP=2,40; IC=1,75-3,29) e 118% (RP=2,18; IC=1,37-2,37) mais probabilidade. Na análise bruta, o PVC adiantado obteve menor probabilidade para baixas horas de sono para o sexo feminino (RP=0,61; IC=0,49-0,77), assim como a inatividade física foi fator protetivo para o sexo masculino (RP=0,71; IC=0,56-0,88) e feminino (RP=0,72; IC=0,56-0,93).

Quando analisadas as modalidades esportivas, a análise ajustada para as variáveis independentes evidenciou a prática do futsal como fator protetivo contras baixas quantidades de sono para o sexo feminino (RP=0,50; IC=0,27-0,92). Na análise bruta, a prática de esportes individuais demonstrou 75% maior

probabilidade para horas de sono insuficientes na análise mista (RP=1,75; IC=1,20-2,54) e 132% para o sexo feminino (RP=2,32; IC=1,16-4,63).



TABELA 23 – ASSOCIAÇÃO DO SEXO, FAIXA ETÁRIA, NÍVEL SOCIOECONÔMICO, PICO DE VELOCIDADE DE CRESCIMENTO, VOLUME DE TREINO SEMANAL E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA COM A BAIXA QUANTIDADE DE SONO, TOTAL E ESTRATIFICADO POR SEXO DOS ADOLESCENTES DE 12 A 17 ANOS DE CURITIBA/PR.

Variáveis	Total (n=1176)		Masculino (n=755)		Feminino (n=421)	
	Análise Bruta	Análise Ajustada*	Análise Bruta	Análise Ajustada*	Análise Bruta	Análise Ajustada*
	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)
<b>Sexo</b>						
Masculino	1,00	1,00	-	-	-	-
Feminino	0,99 (0,85-1,14)	1,06 (0,88-1,28)	-	-	-	-
<b>Faixa etária</b>						
12 e 13 anos	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
14 e 15 anos	<b>1,78 (1,49-2,13)</b>	<b>1,71 (1,43-2,06)</b>	<b>1,72 (1,38-2,15)</b>	<b>1,67 (1,26-2,21)</b>	<b>1,90 (1,40-2,58)</b>	<b>1,80 (1,31-2,47)</b>
16 e 17 anos	<b>2,12 (1,77-2,55)</b>	<b>2,06 (1,67-2,54)</b>	<b>2,00 (1,60-2,50)</b>	<b>2,03 (1,49-2,78)</b>	<b>2,40 (1,75-3,29)</b>	<b>2,18 (1,37-2,37)</b>
<b>Nível socioeconômico</b>						
D/E (baixo)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
C1/C2	0,95 (0,71-1,27)	0,95 (0,72-1,26)	1,04 (0,73-1,49)	1,02 (0,65-1,59)	0,76 (0,46-1,27)	0,81 (0,49-1,35)
B1/B2	1,07 (0,81-1,43)	1,05 (0,79-1,38)	1,15 (0,81-1,62)	1,06 (0,68-1,65)	0,92 (0,57-1,50)	1,00 (0,61-1,64)
A (alto)	1,02 (0,72-1,46)	0,98 (0,69-1,39)	0,95 (0,59-1,54)	0,91 (0,49-1,67)	1,01 (0,58-1,75)	1,01 (0,58-1,77)
<b>Pico de velocidade de crescimento</b>						
Normal	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Atrasado	0,85 (0,61-1,18)	<b>0,70 (0,50-0,99)</b>	0,89 (0,63-1,24)	0,71 (0,45-1,11)	-	-
Adiantado	<b>0,79 (0,67-0,92)</b>	0,90 (0,72-1,12)	0,75 (0,50-1,14)	0,89 (0,53-1,49)	<b>0,61 (0,49-0,77)</b>	0,90 (0,66-1,23)
<b>Volume de treino semanal</b>						
≤180 min/sem	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
≥181 min/sem	1,00 (0,85-1,18)	0,99 (0,85-1,16)	0,95 (0,76-1,19)	1,00 (0,74-1,33)	1,09 (0,85-1,39)	0,98 (0,77-1,25)
<b>Atividade Física</b>						
Ativo	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Insuficientemente ativo	<b>0,72 (0,61-0,85)</b>	<b>0,81 (0,68-0,95)</b>	<b>0,71 (0,56-0,88)</b>	0,80 (0,60-1,05)	<b>0,72 (0,56-0,93)</b>	0,82 (0,63-1,05)

FONTE: O autor (2024)

LEGENDA: \*ajustado para todas as variáveis independentes

TABELA 24 - ASSOCIAÇÃO DO VOLUME DE TREINO SEMANAL DO FUTSAL, VÔLEI E ESPORTES INDIVIDUAIS COM A BAIXA QUANTIDADE DE SONO, TOTAL E ESTRATIFICADO POR SEXO DOS ADOLESCENTES DE 12 A 17 ANOS DE CURITIBA/PR.

Variáveis	Total (n=1176)		Masculino (n=755)		Feminino (n=421)	
	Análise Bruta	Análise Ajustada*	Análise Bruta	Análise Ajustada*	Análise Bruta	Análise Ajustada*
	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)
<b>Volume de treino semanal para o futsal</b>	<b>Total (n=547)</b>					
≤180 min/sem	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
≥181 min/sem	0,89 (0,64-1,23)	1,02 (0,74-1,40)	0,83 (0,58-1,18)	1,00 (0,70-1,44)	1,46 (0,65-3,30)	<b>0,50 (0,27-0,92)</b>
<b>Volume de treino semanal para o vôlei</b>	<b>Total (n=457)</b>					
≤180 min/sem	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
≥181 min/sem	0,84 (0,66-1,06)	0,85 (0,68-1,07)	0,73 (0,48-1,11)	0,76 (0,51-1,13)	0,92 (0,69-1,22)	0,90 (0,68-1,19)
<b>Volume de treino semanal para esportes individuais</b>	<b>Total (n=172)</b>					
≤180 min/sem	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
≥181 min/sem	<b>1,75 (1,20-2,54)</b>	1,28 (0,81-2,00)	1,53 (0,98-2,38)	1,05 (0,64-1,07)	<b>2,32 (1,16-4,63)</b>	2,59 (0,84-7,94)

FONTE: O autor (2024)

LEGENDA: \*ajustado para todas as variáveis independentes

## 5. DISCUSSÃO

### 5.1 Comportamento sedentário

Dentre os comportamentos de risco à saúde investigados, o comportamento sedentário foi dividido em três períodos distintos: total, semanal e em finais de semana. Os resultados demonstram que o sexo feminino tem maior probabilidade de dispende tempo em atividades sedentárias tanto nos dias úteis quanto aos finais de semana. Tais resultados corroboram com o estudo de Sayavera et al. (2021) o qual analisou 219.803 crianças e adolescentes de 5 a 17 anos da América Latina, e evidenciaram que as meninas tinham 12% a mais de chance de passar o tempo de lazer em atividades sedentárias do que os meninos e duas vezes menos chance de atingirem os níveis diários de AF.

Ao tratar-se do nível socioeconômico, os resultados foram de acordo com as pesquisas de Mielke et al. (2017) que indicam uma associação positiva entre o alto nível socioeconômico e comportamento sedentário em países de média e baixa renda (OR = 1,18; IC: 1,04-1,34) e de Dias et al. (2014) que obtiveram maiores probabilidades de adolescentes de alta classe apresentarem comportamentos sedentários em comparação aos de classes mais baixas (OR = 3,83; IC: 2,10-7,10), devido a maior acesso às tecnologias e comodidade na rotina. Em concordância, Ferreira et al. (2016) evidencia que a prevalência de comportamento sedentário entre os adolescentes estudados foi alta, com maior evidência em indivíduos de maior nível socioeconômico e do sexo feminino, assim também, Mesquita et al. (2023) aponta que meninas tendem a ter o tempo de tela prolongado em computadores quando os pais apresentam alto nível socioeconômico ( $\beta=1,72$ ,  $p=0,043$ ).

Segundo os resultados, os adolescentes com volume de treino maior ou igual a 180 minutos semanais apresentaram maiores probabilidades de desenvolver comportamento sedentário durante a semana, especialmente para o sexo feminino. O resultado pode ser explicado pelo fato de que o cumprimento dos níveis semanais de AF e o comportamento sedentário não são necessariamente opostos, pois os indivíduos que cumprem os níveis recomendados de AF ainda podem dispende várias horas diárias em comportamentos sedentários, podendo ser ativos e sedentários simultaneamente (THIVEL et al., 2018). Entretanto, a literatura aponta maiores volumes de treino sendo inversamente proporcionais a maiores tempos de comportamento sedentário, pois Guerra et al. (2016) em uma revisão sistemática

evidenciaram que em 50% dos artigos há associações estatisticamente positivas entre volumes elevados de comportamento sedentário e baixos níveis de AF, e Saevarsson et al. (2021) indicaram em sua pesquisa que quanto maiores os níveis de treino semanais pelos adolescentes menos tempo de tela dispendiam.

Em relação as modalidades esportivas, os praticantes do futsal e modalidades coletivas não demonstraram relação com o CS, enquanto os adolescentes do vôlei, especialmente do sexo feminino, demonstraram maiores níveis de comportamento sedentário semanal. Porém, nos finais de semana a prática do vôlei demonstrou menores probabilidades para o CS nos meninos. O resultado foi esperado para o vôlei, pois entre os 457 adolescentes 309 eram meninas (67,6%), e como o sexo feminino demonstrou maiores probabilidades de desempenhar comportamentos sedentários seria esperado que o vôlei apresentasse uma relação positiva com o CRS. Entretanto, um dado positivo foi apresentado para o sexo masculino, uma vez em que a prática esportiva demonstrou menores probabilidades de desenvolver o CS, indo de encontro com o que a literatura evidencia sobre a relação entre as duas variáveis (CAMPOS C. G. et al., 2019; MARTINS et al., 2012). Vale ressaltar que tais resultados ainda não possuem estudos anteriores suficientes para comparações, sendo uma lacuna de conhecimento científico e carecendo de maiores pesquisas sobre o tema.

A literatura vem evidenciando que os adolescentes estão apresentando menores índices na prática de AF e estão substituindo sua prática em atividades sedentárias (CORDER et al., 2015; BACIL et al., 2016). É de extrema importância para a saúde física e mental do adolescente que haja incentivos para o aumento na realização de AF e decréscimo de tempo dispendido em comportamento sedentário, pois adolescentes mais ativos fisicamente demonstram maior saúde no corpo e na mente (JANSSEN e LEBLANC, 2010; RODRIGUEZ-AYLLON et al. 2019; GANJEH et al., 2021).

## 5.2 Consumo de frutas, suco de frutas e vegetais

Segundo os resultados do estudo, indivíduos de maior nível socioeconômico possuem menores probabilidades de apresentarem baixo consumo de frutas. Tais resultados corroboram com a literatura, que aponta que quanto maior o poder aquisitivo da família maior será o seu acesso a comidas saudáveis e consciência sobre uma boa alimentação (WILLIAMS et al., 2012; PINHO et al., 2020; AMINI et al., 2021; SERASINGHE et al., 2023). Obteve-se também o sexo masculino como fator

protetivo ao baixo consumo de frutas, entretanto ainda não há um veredito sobre o tema na literatura. Isto pois diversos estudos encontraram que indicadores de maior nível socioeconômico estavam associados a um consumo de frutas mais elevado entre o sexo feminino, mas relatam associações mistas e até inversas entre os subgrupos (HERRICK et al., 2015; OECD, 2016; ODURO et al., 2018), bem como fatores como idade, moradia, preferências alimentares, fatores psicológicos e habilidades culinárias mostram associações inconsistentes entre o nível socioeconômico e dieta entre os sexos (HILSEN et al., 2011).

Os níveis insuficientes de AF semanal mostraram Associação positiva para o baixo consumo de frutas, suco de frutas e de vegetais, com o volume de treino  $\geq 181$  minutos semanais uma Associação inversa para o sexo feminino. A literatura evidencia que níveis mais altos de AF estão geralmente associados a um maior consumo de frutas e vegetais, mostrando uma correlação positiva entre os níveis de AF e o consumo diário dos mesmos (AVOORT et al., 2021). Sabe-se também, que intervenções que combinam educação/aconselhamento nutricional com a promoção da AF vêm demonstrando ser uma ferramenta eficaz tanto no aumento do consumo de frutas e vegetais quanto dos níveis de AF dos indivíduos, bem como na melhora da saúde e prevenção de doenças crônicas (NITSCHKE et al., 2022; WANG et al., 2022).

Notou-se que as meninas com o PVC adiantado têm menos probabilidade de apresentar baixo consumo de vegetais. O presente estudo não possui dados necessários para investigar uma possível Associação entre as variáveis, assim como a literatura não apresenta estudos conclusivos sobre o tema.

O consumo adequado de frutas e verduras por parte dos adolescentes é de grande importância para uma dieta saudável, uma vez em que este tipo de alimento é fonte de fibras e micronutrientes, bem como seu consumo insuficiente está entre os dez principais fatores de risco para a contração global de doenças (OPAS, 2003; MUNIZ et al., 2013).

### 5.3 Consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas

A pesquisa evidenciou que o sexo feminino possui maior probabilidade de consumo de álcool, tanto para o consumo leve quanto para o excessivo. O resultado foi de encontro com os achados da PeNSE (2019), a qual relatou que entre os adolescentes de 13 a 17 anos no estado do Paraná, 31,5% dos indivíduos do sexo

masculino consumiram bebidas alcoólicas pelo menos um dia nos 30 dias anteriores à pesquisa, enquanto o sexo feminino apresentou 37,7%. A mesma pesquisa encontrou ainda que entre os adolescentes que consumiram 5 doses ou mais de bebida alcoólica em um dia nos 30 dias anteriores à pesquisa, o consumo foi maior entre o sexo feminino (7,1%) do que entre o masculino (6,9%)

Entretando, um estudo de Farias et al. (2023) evidenciou um maior consumo de álcool associado ao sexo masculino ( $p=0,009$ ) e Malta et al. (2014) indicou que as altas frequências de uso de álcool cotidiano e de risco foram semelhantes entre os sexos. Tais pesquisas demonstram que as taxas de consumo entre os sexos variam entre diferentes contextos e não há uma definição clara entre qual grupo apresenta maior consumo alcoólico.

Os resultados do estudo demonstram que quanto maior a idade do adolescente maior é o consumo de álcool leve e excessivo. A literatura corrobora com os dados, evidenciando que adolescentes mais velhos apresentam maior probabilidade de se envolverem com o consumo de álcool em ambos os níveis (ELINDER et al., 2014; JORGE et al., 2017; NIÑO et al., 2017). A PeNSE (2019) ainda relatou uma maior taxa de consumo alcóolico os 30 dias anteriores a pesquisa entre adolescentes de 16 e 17 anos (38,9%) em relação aos estudantes entre 13 e 15 anos (22,1%).

Um maior volume de treino semanal foi apresentado com maiores probabilidades para o consumo de álcool leve, especialmente para o sexo feminino. Estudos como os de apontam haver maiores prevalências no consumo de álcool em adolescentes praticantes de esporte em relação aos não praticantes (BEDENDO et al., 2013; KWAN et al., 2014; WALCZAK et al. 2023). Ainda, os dados de Boyes et al (2017) apresentaram maiores probabilidades de adolescentes praticantes de esportes coletivos e individuais fazerem o uso excessivo de álcool, bem como indicaram que adolescentes do sexo feminino participantes de esportes coletivos obtiveram 21% maiores probabilidades do consumo excessivo, enquanto aquelas que praticavam esportes individuais e coletivos simultaneamente apresentaram 23% de chances do CRS. Concordantemente, Tahiraj et al., (2016) evidenciaram que meninas praticantes de esporte apresentaram 2,85 vezes mais chances (IC95%: 1,01-8,21) de consumirem álcool em relação àquelas que não praticavam esporte algum.

Durante a análise entre os tipos de modalidades esportivas, nota-se que os praticantes de futsal do sexo masculino apresentaram maiores probabilidades do

consumo leve e excessivo de álcool, no vôlei o sexo feminino apresentou maiores probabilidades de consumo leve, enquanto os esportes individuais não apresentaram significância estatística na análise. Tal fato pode ser explicado pela maior incidência do sexo masculino no futsal e feminina no vôlei, apresentando os resultados na estatística. Outra parte da análise seria de que Bedendo et al. (2015) em sua revisão, destacam que o consumo de álcool e sua influência na prática esportiva baseia-se na influência do gênero, modalidade esportiva (coletiva ou individual), motivação tanto para o esporte quanto para o consumo alcoólico, e os ambientes social e cultural o qual o praticante está inserido.

Wattel et al. (2003) alega que o tipo de esporte pode associar positiva ou negativamente a relação entre a prática esportiva e o uso de substâncias, assim como Wichstrøm e Wichstrøm (2009) em um estudo de seguimento de 13 anos com participantes do ensino médio evidenciou que em comparação aos praticantes de esportes individuais, aqueles que praticavam esportes coletivos apresentavam maior consumo de álcool ao longo dos anos.

Os resultados evidenciaram que o PVC adiantado, principalmente para o sexo feminino, possui maiores probabilidades de consumo de tabaco. A literatura ainda não evidencia uma relação causal entre o tabagismo e alterações na maturação dos adolescentes, sabe-se, porém, que a experimentação está associada à busca de identidade e de espaço no mundo adulto, e que ela ocorre na pré-puberdade e vêm se tornando cada vez mais precoce (ARAUJO, 2010). Cabe às políticas públicas afastarem os adolescentes e jovens do uso de tabaco, uma vez em que está associado a causas de morbidade e mortalidade como doenças cardíacas, pulmonares, câncer e acidente vascular cerebral (ALMEIDA; MUSSI, 2006; VASCONCELOS et al., 2016).

Notou-se também que a prática de esportes individuais obteve menores probabilidades para o consumo de tabaco, especialmente para o sexo feminino. O resultado corrobora com a pesquisa de McElrath et al. (2011) de metodologia transversal com uma amostra representativa de estudantes norte-americanos, a qual demonstrou que um volume alto de práticas esportivas coletivas estaria associado a maiores usos de tabaco não fumado, como inalação ou mastigação, e baixos níveis de consumo mensal de cigarro ou maconha.

Quanto ao uso de drogas ilícitas, o futsal e seus praticantes do sexo masculino demonstraram maiores probabilidades de consumo. O achado foi de direção oposta a



literatura, que aponta a AF e prática esportiva como fator protetivo ao uso de substâncias e como tratamento aos dependentes (GEVAERD et al., 2004; LISHA; SUSSMAN, 2010; FERREIRA et al., 2017; SILVA et al., 2019).

Vale ressaltar que a prática esportiva tanto para esportes coletivos quanto para os individuais, expõe o praticante a certos níveis de socialização, e tais diferenças baseiam-se em como o indivíduo relaciona-se com os demais praticantes, sendo adversários ou companheiros de time. Dessa forma, as possibilidades de contato e interação social entre os esportes coletivos e individuais tendem a ser diferentes e a proporcionar ofertas ambientais distintas. Isto pois nos esportes coletivos a interação entre os praticantes pode ser maior fora do ambiente esportivo e promover um comportamento coletivo, e o adolescente que deseja a identidade do grupo tende a aderir aos seus comportamentos para ter mais aceitação (BEDENDO et al., 2015).

#### 5.4 Baixa quantidade de sono

Como resultado, obteve-se que com o passar dos anos os adolescentes tendem a ter menos horas de sono, índices que vêm de encontro com os achados da literatura. Pesquisas vem evidenciando que com o aumento a idade há uma progressão na diminuição das horas de sono nos adolescentes, o que leva a uma queda na aprendizagem e rendimento acadêmico, e aumentos nos riscos de índice de massa corporal elevados, mal-estar psicológico, consumo de alimentos altamente calóricos e demais CRS (MATRICCIANI, OLDS, PETKOV, 2012; OLIVEIRA et al., 2019). Em concordância, Felden et al. (2015) em uma amostra com 516 adolescentes de 10 a 19 anos de ambos os sexos, evidenciaram que os estudantes de 17 a 19 anos tiveram 2,05 (IC95% 1,20-3,50) vezes mais chances de obter baixas horas de sono em relação aos adolescentes de 10 a 12 anos.

O presente estudo evidenciou também que adolescentes com o PVC atrasado demonstraram ter menores probabilidades a apresentar baixas horas de sono, dado considerado surpreendente. Isto pois o sono na adolescência é responsável pelo crescimento físico, biológico e mental, no qual o hormônio GH é produzido em maiores quantidades e auxilia no crescimento ósseo e dos tecidos moles, tendo sua maior produção na puberdade (SILVA et al., 2004; SILVA et al., 2017).

Os adolescentes com níveis insuficientes de AF mostraram-se menos propensos a menores quantidades de sono, dado que vai contra o que a literatura tem



demonstrado. Estudos alegam que a prática de AF aumenta o gasto energético, consequentemente aumentando o período de sono para aumento das atividades anabólicas, e assim trazendo equilíbrio para o ciclo sono-vigília (SLLINEN, 2013; LU et al., 2014). Em uma revisão sistemática, Legnani et al. (2015) aponta que 62,5% dos estudos indicaram uma Associação positiva entre o sono adequado e a prática regular de AF. Apesar dos adolescentes insuficientemente ativos demonstrarem menores probabilidades de terem poucas horas de sono, a prática do futsal para o sexo feminino demonstrou menor probabilidade para tal hábito, indo de encontro com a literatura.

É de conhecimento científico que durante a fase da adolescência o sono sofre mudanças de influências biológicas, maturacionais e comportamentais, que afetam para o atraso da fase do sono, redução das horas de sono e consequentemente aumento na sonolência diurna (CARSKADON et al., 1993; ANACLETO et al., 2014). Junto com tais fatores, ainda pode-se citar o tempo elevado de tela, que suprime a melatonina e gera atrasos no início do ciclo do sono (HIGUCHI et al., 2003; LOCKLEY et al., 2003; FELDEN et al., 2018).

Para que os prejuízos do déficit de sono não afetem a saúde e desenvolvimento do adolescente, a National Sleep Foundation (HIRSHKOWITZ et al., 2015) recomenda 8 a 10 horas diárias de sono, bem como Pereira et al. (2015) concluíram que um sono mínimo de 8,33 horas diárias é fator de proteção contra a sonolência diurna excessiva para a faixa etária brasileira.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou verificar as prevalências dos CRS em adolescentes da rede pública de ensino de Curitiba/PR praticantes de esporte no contraturno escolar, bem como averiguar a Associação de diferentes modalidades esportivas com os mesmos comportamentos, levando em consideração: o sexo, a faixa-etária, o nível socioeconômico, o PVC, nível de AF, volume de treino semanal total e entre modalidades esportivas.

A análise indicou que o sexo feminino está mais propenso ao comportamento sedentário e ao maior consumo de álcool leve e excessivo. O aumento da idade entre os adolescentes demonstrou maior consumo de álcool leve e excessivo, e horas de sono insuficientes. O NSE A demonstrou Associação inversa ao baixo consumo de frutas, porém mostrou maiores índices de comportamento sedentário. O PVC adiantado demonstrou menores probabilidades para o baixo consumo de vegetais, mas esteve associado ao consumo de tabaco, enquanto o PVC atrasado demonstrou estar menos propenso a baixas horas de sono.

Os adolescentes ativos fisicamente demonstraram menores probabilidades para o baixo consumo de frutas, suco de frutas e verduras, porém aqueles insuficientemente ativos demonstraram menores probabilidades de terem horas insuficientes de sono. Um volume de treino semanal maior ou igual a 180 minutos apresentou Associação negativa contra o baixo consumo de vegetais, mas obteve associações positivas com o consumo de álcool leve e com o comportamento sedentário total e semanal.

Quanto a análise do sexo entre os esportes, um volume de treino maior ou igual a 180 minutos semanais no futsal exibiu maiores probabilidades para o consumo de álcool e drogas ilícitas, especialmente para o sexo masculino, mas menores probabilidades para horas de sono insuficientes para o sexo feminino. O vôlei apresentou estar associado a maiores probabilidades de comportamento sedentário e consumo de álcool leve, sobretudo para o sexo feminino. Já os esportes individuais não demonstraram dados estatísticos frequentemente, entretanto os adolescentes evidenciaram serem menos propensos para o consumo de tabaco, especialmente para o sexo feminino.

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados apresentam uma boa reprodutibilidade, bem como validade concorrente e interna. Entretanto, como

limitações do estudo, pode-se citar que os questionários se basearam em autorrelatos, e mesmo com pesquisadores treinados para auxiliar no preenchimento das respostas, os valores adquiridos são reflexo da autoavaliação dos participantes, que pode ser sub ou superestimada pelos adolescentes. Outra limitação da pesquisa foi incluir apenas estudantes de escolas estaduais, limitando os resultados obtidos. Todavia, um ponto forte da pesquisa foi seu tamanho amostral, que englobou todos os adolescentes participantes do projeto AETE de Curitiba/PR e fortaleceu a amostra para a análise estatística.

A análise entre os CRS e adolescentes dentro da prática esportiva no contraturno escolar, bem como sua Associação entre as modalidades esportivas permanece sem evidências suficientes. O presente estudo permitiu identificar associações entre a prática de diferentes esportes e demais CRS, mas ressalta-se a importância de novos estudos que colaborem para preencher esta lacuna de conhecimento em âmbito nacional e internacional.

## REFERÊNCIAS

- ABEP. Critério de Classificação Econômica Brasil. **Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa**, v. 15, 2015.
- ACSM. **ACSM's guidelines for exercise testing and prescription**. Lippincott Williams & Wilkins, 2013.
- ADAMS, P. F.; SCHOENBORN, C. A.; MOSS, A. J.; WARREN, C. W.; KANN, L. **Health risk behaviors among our Nation's youth: United States, 1992. National center for health statistics**. 10th ed. Estados Unidos, 1992.
- ALVAREZ, B.; PAVAN, A. **Alturas e comprimentos**. In: **Petroski EL, editor. Antropometria: técnicas e padronizações**. 2nd ed ed. Porto Alegre, 2003.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Alcohol Use by Youth and Adolescents: A Pediatric Concern. **Pediatrics**, v. 125, n. 5, p. 1078–1087, 2010.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Children, Adolescents, and Television. **American academy of pediatrics**, v. 2018, n. 2, 2001.
- AMINIA, M.; NAJAFIA, F.; KARYANIA, A. K.; PASDARB, Y.; SAMADIB, M.; MORADINAZAR, M. Does socioeconomic status affect fruit and vegetable intake? Evidence from a cross-sectional analysis of the RaNCD Cohort. **International journal of fruit Science**, vol. 21, n. 1, p. 779–790, 2021.
- ANACLETO, T. S.; ADAMOWICZ, T.; PINTO, L. S. C.; LOUZADA, F. M. School schedules affect sleep timing in children and contribute to partial sleep deprivation. **Mind Brain Educ**, v. 8, n. 4, p. 169-74, 2014.
- ARAÚJO, A. J. Tabagismo na adolescência: por que os jovens ainda fumam?. **Jornal brasileiro de pneumologia**, v. 6, p. 36, 2010.
- ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q.; SERPELONI, F. O tema da adolescência na saúde coletiva: revisitando 25 anos de publicações. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 12, p. 4831-4842, 2020.

AZEVEDO, M. R.; MENEZES, A. M.; ARUMI, I.; HORTA, B. L.; HALLAL, P. C. Tracking of physical activity during adolescence : the 1993 Pelotas Birth Cohort, Brazil Atividade física ao longo da adolescência : Coorte de Nascimentos de Pelotas de 1993. **Rev Saúde Pública**, v. 48, n. 6, p. 925–930, 2014.

BACIU, C.; BACIU, A. Quality of life and students ' socialization through sport. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, v. 209, n. July, p. 78-83, 2015.

BACIL, E. D. A.; JÚNIOR, O. M.; RECH, C. R.; LEGANI, R. F.S., CAMPOS, W. Atividade física e maturação biológica: uma revisão sistemática. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 33, n. 1, p. 114-121, 2015.

BACIL, E. D. A.; PIOLA, T. S.; SILVA, M. P.; BOZZA, R.; FANTINELI, E.; CAMPOS, W. Correlatos da atividade física em adolescentes de escolas públicas de Curitiba, Paraná. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 38, p. 1-10, 2020.

BACIL, E. D. A.; PIOLA, T. S.; WATANABE, P. I.; SILVA, M. P.; LEGNANI, R. F. S.; CAMPOS, W. Biological maturation and sedentary behavior in children and adolescents: a systematic review. **Journal of Physical Education**, v. 27, p. 2730-2016, 2016.

BACIL, E. D. A.; PIOLA, T. S.; WATANABE, P. I.; SILVA, M. P.; LEGNANI, R. F. S.; CAMPOS, W. Reprodutibilidade de um questionário de atividade física em escolares de 9 a 15 anos de idade. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 23, p. 1-7, 2018.

BACIL, E. D. A.; WATANABE, P. I.; SILVA, M. P.; FANTINELLI, E. R.; Bozza, R.; CAMPOS, W. Validade de um questionário de comportamento sedentário em escolares de 9 a 15 anos de idade. **Revista brasileira ciências da saúde**, v. 22, p. 341-348, 2018.

BARBANTI, V. O que é esporte? **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. p 54- 58. 2012.

BARBOSA FILHO, V. C.; CAMPOS, W. DE; BOZZA, R.; LOPES, A. D. 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. 1, p. 130, 2012.

BARBOSA FILHO, V. C.; CAMPOS, W. DE; LOPES, A. D. S. Prevalence of alcohol and tobacco use among Brazilian adolescents: a systematic review. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 5, p. 901–917, 2012.

BARBOSA FILHO, V. C.; CAMPOS, W. DE; LOPES, A. D. S. Epidemiology of physical inactivity, sedentary behaviors, and unhealthy eating habits among Brazilian adolescents: a systematic review. **Ciência & saúde coletiva**, v. 19, n. 1, p. 173–93, 2014.

BARBOSA FILHO, V. C.; LOPES, A. S.; BOZZA, R.; RECH, C. R.; CAMPOS, W. Correlates of cardiorespiratory and muscular fitness among Brazilian adolescents. v. 38, n. 1, p. 42-52, 2014.

BARON, R. M.; KENNY, D. A. The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 51, n. 6, p. 1173-1182, 1986.

BAUMAN, A E. Updating the evidence that physical activity is good for health: an epidemiological review 2000-2003. **Journal of science and medicine in sport / Sports Medicine Australia**, v. 7, n. 1 Suppl, p. 6–19, 2004.

BAUMAN, Z. **Ensaio sobre o conceito de cultura**. Rio de Janeiro: Zahar. 2012.

BEDENDO, A.; ANDRADE, A. L. M.; NOTO, A. R. Prática esportiva e uso de substâncias entre estudantes do ensino médio: diferentes perspectivas dessa relação. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, v. 1, n. 2, p. 85-96, 2015.

BERGMANN, G. G.; BERGMANN, M. L. A.; LORENZI, T. D. C.; PINHEIRO, E. S.; GARLIPP, D. C.; MOREIRA, R. B.; MARQUES, A. C.; GAYA, A. C. A. Pico de velocidade em estatura, massa corporal e gordura subcutânea de meninos e meninas dos 10 aos 14 anos de idade. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, v. 9, n. 4, p. 333-338, 2007.

BERGSTROM, E.; HERNELL, O.; PERSSON, L. A. Cardiovascular risk indicators cluster in girls from families of low socio-economic status. **Acta Paediatr**, v. 85, n. 9, p. 1083-90, 1996.

BLAKEMORE, S-J. Adolescence and mental health. *The Lancet*, v. 393, n. 10185, p. 2030- 2031, 2019.

BOYES, R.; O'SULLIVAN, D. E.; LINDEN, B.; MCISAAC, M.; PICKETT, W. Gender-specific associations between involvement in team sport culture and Canadian adolescents' substance-use behavior. **SSM - Population Health**, v. 3, p. 663–673, 2017.

BOZZINI, A. B.; BAUER, A.; MARUYAMA, J.; SIMÕES, R.; MATIJASEVICH, A. Factors associated with risk behaviors in adolescence: a systematic review. **Braz J Psychiatry**, v. 43, n. 2, p. 210-221, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Atividade Física para a População Brasileira. Brasília, Ministério da Saúde, 2021. 54p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_atividade\\_fisica\\_populacao\\_brasileira.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf). Acesso em: 31 ago 2021.

BRAZO-SAYAVERA, J.; AUBERT, S.; BARNES, J. D.; GONZALEZ, S. A.; TREMBLAY, M. S. Gender differences in physical activity and sedentary behavior: Results from over 200,000 Latin-American children and adolescents. **PLOS ONE**. August 12, 2021.

BULI, B. G. et al. Trends in adolescent mental health problems 2004-2020: do sex and socioeconomic status play any role? *Scandinavian Journal of Public Health*, 2023.

CAMPOS, C. G. et al. Conhecimento de adolescentes acerca dos benefícios do exercício físico para a saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 8, p. 2951-2958, 2019.

CARDOSO, L. R. D.; MALBERGIER, A. A influência dos amigos no consumo de drogas entre adolescentes. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, n. 31, v. 1, p. 65- 73, 2014.

CARDOSO, S.; SANTOS, O.; NUNES, C.; LOUREIRO, I. Escolhas e hábitos alimentares em adolescentes: Associação entre padrões alimentares do agregado familiar. **Revista Portuguesa de Saude Publica**, v. 33, n. 2, p. 128–136, 2015.

CARLIN, A.; MURPHY, M. H.; GALLAGHER, A. M. Do interventions to increase walking work? A systematic review of interventions in children and adolescents. *Sports Medicine*, v. 46, n. 4, p. 515-530, 2016.

CARSKADON, M. A.; ACEBO, C.; JENNI, O. G. Regulation of adolescent sleep: implications for behavior. **New York: Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 1, p. 276–91, 2004.

CARSKADON, M. A.; VIEIRA, C.; ACEBO, C. Association between puberty and delayed phase preference. **Sleep**, v. 16, n. 3, p. 258-62, 1993.

CASPERSEN, C. J.; PEREIRA, M. A.; CURRAN, K. M. Changes in physical activity patterns cross-sectional age. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, n. December 1999, p. 1601–1609, 2000.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention, 2018.

CDC. Youth Risk Behavior Surveillance — United States, 2015. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 65, n. 6, 2016.

CHARILAOU, M.; KAREKLA, M.; CONSTANTINO, M.; PRICE, S. Relationship between physical activity and type of smoking behavior among adolescents and young adults in Cyprus. **Nicotine & Tobacco Research**, v. 11, n. 8, p. 969–76, 2009.

CHAVES, O. C.; VELASQUEZ-MELENDZ, G.; COSTA, D. A. S.; CAIAFFA, W. T. Consumo de refrigerantes e índice de massa corporal em adolescentes brasileiros: **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar**. v. 21, 2018.



CORDER, K.; SHARP, S. J.; ATKIN, A. J.; GRIFFIN, S. J.; JONES, A. P.; EKELUND, U.; SLUIJS, E. M. F. **Change in objectively measured physical activity during the transition to adolescence**, v. 49, 2015.

CUREAU, F. V. et al. ERICA: inatividade física no lazer em adolescentes brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, v. 50, n. 1, p. 1-11, 2016.

CURRIE, C.; ZANOTTI, C.; MORGAN, A.; et al. Social determinants of health and wellbeing among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2009/2010 survey. *Health policy for children and adolescents*, n. 6, p. 1–272, 2012.

DE RIDDER, C. M.; THIJSEN, J. H.; VAN'T VEER, P.; VAN DUUREN, R.; BRUNING, P. F.; ZONDERLAND, M. L.; ERICH, W. B. Dietary habits, sexual maturation, and plasma hormones in pubertal girls: A longitudinal study. **Am. J. Clin. Nutr.**, v. 54, p. 805–813, 1991.

DIAS, P. J. P.; DOMINGOS, I. P.; FERREIRA, M. G.; MURARO, A. P.; SICHIERI, R.; SILVA, R. M. V. G. Prevalência e fatores associados aos comportamentos sedentários em adolescentes. **Rev Saúde Pública**, v. 48, p. 266-274, 2014.

DRAKE, K. M.; BEACH, M. L.; LONGACRE, M. R.; et al. Influence of sports, physical education, and active commuting to school on adolescent weight status. **Pediatrics**, v. 130, n. 2, p. e296-304, 2012.

DOMINGOS, I. P.; GONÇALVES, R. M. V. Prevalence and factors associated with sedentary behavior in adolescents. **Rev Saúde Pública**, v. 48, n. 2, p. 266–274, 2014

DORÉ, I. et al. Mechanisms underpinning the association between physical activity and mental health in adolescence: a 6-year study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, v. 17, n. 9, p. 1-9, 2020.

DRENOWATZ, C.; EISENMANN, J. C.; PFEIFFER, K. A.; WELK, G.; HEELAN, K.; GENTILE, D.; WALSH, D. Influence of socio-economic status on habitual physical activity and sedentary behavior in 8- to 11-year old children. v. 10, n. 1, p. 1-11, 2010.

EIME, R. M.; CHARITY, M. J.; HARVEY, J. T.; PAYNE, W. R. Participation in sport and physical activity: associations with socio-economic status and geographical remoteness. v. 15, p. 434, 2015.

ELINDER, L. S.; HEINEMANS, N.; ZEEBARI, Z.; PATTERSON, E. Longitudinal changes in health behaviours and body weight among Swedish school children - associations with age, gender and parental education – the SCIP school cohort. **BMC pediatrics**, v. 14, p. 1–9, 2014.

FAIX, M. R. N.; SILVEIRA, J. W. P. Fatores motivacionais que influenciam a prática de atividades físicas. **EFDesportes.com, Revista Digital**. Buenos Aires, Ano 17, n 171. 2012. Disponível em: <http://www.efdeportes.com> – acesso: 15 de novembro de 2023.

FARIAS, E. DOS S.; DE FREITAS, J. L. G.; DOS SANTOS, J. P.; CORRÊA, M. T. B.; RODRIGUES, R. V.; CALHEIROS, P. R. V. et al. Fatores associados à consumo de álcool em adolescentes ao norte do Brasil. **Revista Contexto & Saúde**, v. 23, p. 47, 2023.

FARIAS JÚNIOR, J. C. et al. Validade e reprodutibilidade de um questionário para medida de atividade física em adolescentes: uma adaptação do Self-Administered Physical Activity Checklist. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 15, n. 1, p. 198-210, 2012.

FARIAS JÚNIOR, J. C.; LOPES, A. D. S. Comportamentos de risco relacionados à saúde em adolescentes. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 12, p. 7-12, 2004.

FARIAS JÚNIOR, J. C.; NAHAS, M. V.; BARROS, M. V. G. DE; et al. Comportamentos de risco à saúde em adolescentes no Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 25, n. 4, p. 344– 352, 2009.

FEIJÓ, R. B.; OLIVEIRA, É. A. Comportamento de risco na adolescência. **Jornal de pediatria**, v. 77, n. 2, p. 125–134, 2001.

FELDEN, E. P. G.; BARBOSA, D. G.; JUNIOR, G. J. F.; ANDRADE, R. D.; FILIPIN, D.; PELEGRINI, A.; SILVA, D. A. S. Padrões de sono e sonolência diurna: comparação entre adolescentes do interior e da região metropolitana. **Cad. Saúde Colet.**, v. 26, n. 2, p. 170-177, 2018.

FELDEN, E. P. G.; FILIPINA, D.; BARBOSA, D. G.; ANDRADE, R. D.; MEYER, C.; LOUZADA, F. M. Fatores associados à baixa duração do sono em adolescentes. **Sociedade de Pediatria de São Paulo**, 2015.

FERMINO, R. C.; RECH, C. R.; HINO, A. A.; RODRIGUEZ ANEZ, C. R.; REIS, R. S. Physical activity and associated factors in high-school adolescents in Southern Brazil. **Rev Saude Publica**, v. 44, n. 6, p. 986-95, 2010.

FERREIRA, R. W.; ROMBALDI, A. J.; RICARDO, L. I. C.; HALLAL, P. C.; AZEVEDO, M. R. PREVALÊNCIA de comportamento sedentário de escolares e fatores associados. **Revista paulista de Pediatria**, v. 34, p.1, 2016.

FERREIRA, S. E.; DOS SANTOS, A. K. M; OKANO, A. H.; GONÇALVES, B. S. B; ARAÚJO, J. F. Efeitos agudos do exercício físico no tratamento da dependência química. **Revista Brasileira de Ciência do Esporte**, v. 2, p. 39, 2017.

FLEIG, L.; KÜPER, C.; LIPPKE, S.; SCHWARZER, R.; WIEDEMANN, A. U. Crossbehavior associations and multiple health behavior change: A longitudinal study on physical activity and fruit and vegetable intake. n. 9, 2015.

FLEITLICH, B. W.; CORTÁZAR, P. G.; GOODMAN, R. Questionário de capacidades e dificuldades (SDQ)/ Strengths and difficulties questionnaire (SDQ). **Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência**, v.8, n.1, p. 44-50, 2000.

FONSECA, A. D. G. et al. Quality of life in adolescents related to sex, family income and physical activity. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, p. 1-7, 2019.

GANJEH, P. et al. Adolescents irrespective of the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a multi-wave analysis using data from the KiGGS Study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 5, 2021.

GARBER, C. E.; BLISSMER, B.; DESCHENES, M. R.; FRANKLIN, B. A.; LAMONTE, M. J.; LEE, I. M.; NIEMAN, D. C.; SWAIN, D. P. American College of Sports Medicine

position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. **Med Sci Sports Exerc**, v. 43, n. 7, p. 1334-59, 2011.

GONÇALVES, K. S. M.; MELO, S. L. P.; PEREIRA, E. G. B. Análise da qualidade de vida de praticantes de voleibol de praça na zona oeste do município do Rio de Janeiro. <http://efdeportes.com/> **Revista Digital** – Buenos Aires – Ano 14 – Nº 132 – Maio de 2009. Acesso em Novembro de 2023.

GORDON-LARSEN, P.; NELSON, M. C.; POPKIN, B. M. Adolescence to Adulthood. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 27, n. 4, p. 277–83, 2004.

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

GUIMARÃES, R. DE F.; SILVA, M. P. DA; LEGNANI, E.; MAZZARDO, O.; CAMPOS, W. DE. Reproducibility of adolescent sedentary activity questionnaire (ASAQ) in Brazilian adolescents. **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum**, v. 15, n. 3, 2013.

GUNAWARDENA, N.; KUROTANI, K.; INDRAWANSA, S.; et al. School-based intervention to enable school children to act as change agents on weight, physical activity and diet of their mothers: a cluster randomized controlled trial. **The international journal of behavioral nutrition and physical activity**, v. 13, p. 45, 2016.

GUNTHER, A. L. B.; KARAOLIS-DANCKERT, N.; KROKE, A.; REMER, T.; BUYKEN, A. E. Dietary protein intake throughout childhood is associated with the timing of puberty. **J. Nutr.**, v. 140, p. 565–571, 2010.

GUTHOLD, R. et al. Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1·6 million participants. **The Lancet Child and Adolescent Health**, v. 4, n. 1, p. 23-35, 2020.

HALLAL, P. C. et al. Physical activity practice among Brazilian adolescents. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 3035-3042, 2010.

HALLAL, P. C. et al. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *The Lancet*, v. 380, n. 9838, p. 247-257, 2012.

HARDY, L. L.; BOOTH, M. L.; OKELY, A. D. The reliability of the Adolescent Sedentary Activity Questionnaire (ASAQ). ***Preventive Medicine***, v. 45, p. 71–74, 2007.

HERRICK, K, A.; ROSSEN, L. M.; NIELSEN, S. J.; BRANUM, A. M.; OGDEN, C. L. Fruit Consumption by Youth in the United States. ***Pediatrics***, v.136, n. 4, p. 664–671, 2015.

HIGUCHI, S.; MOTOHASHI, Y.; LIU, Y.; AHARA, M.; KANEKO, Y. Effects of VDT tasks with a bright display at night on melatonin, core temperature, heart rate, and sleepiness. ***J Appl Physiol***, v. 94, n. 5, p.1773-6, 2003.

HILSEN, M.; VAN STRALEN, M. M.; KLEPP, K. I.; BERE, E. Changes in 10-12 year old's fruit and vegetable intake in Norway from 2001 to 2008 in relation to gender and socioeconomic status - a comparison of two cross-sectional groups. ***International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity***, v. 8, p.108, 2011.

HIRSHKOWITZ, M.; WHITON, K.; ALBERT, S. M.; ALESSI, C.; BRUNI, O.; DONCARLOS, L. et al. National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. ***Sleep Health***, v. 1, n. 1, p. 40-43, 2015.

HORST, K. VAN DER; PAW, M. J. C. A.; TWISK, J. W. R.; MECHELEN, W. VAN. A brief review on correlates of physical activity and sedentariness in youth. ***Medicine and Science in Sports and Exercise***, v. 39, n. 8, p. 1241–1250, 2007.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2019. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. 162p.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar:2015**. p.132. 2016

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção da saúde**. Rio de Janeiro, 2010.

**IPSOS**. Global views on sport and exercise. Sistematizado pelo Observatório de Desenvolvimento Socioeconômico e Inovação. Out 2021.

JORAND, M. F. TRIANI, F. S.; MURAD, M.; SANTOS, R. F.; TELLES, S. C. C. A violência em categorias de base do futsal no rio de janeiro: um mergulho no universo dos pais e treinadores. **Rev. Movimento, Porto Alegre**, v. 25, e25036, 2019.

JORGE, K. O.; VALE, M. P.; KAWACHI, I. Consumo excessivo de álcool e fatores associados entre adolescentes de cidade do Sudeste brasileiro: um estudo longitudinal. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 1–13, 2017.

JULIO, C.; GRECO, P. J. Cognição & ação nos jogos esportivos coletivos. **Ciência & Cognição**, v. 15, n. 1, p. 252–271, 2010.

KIPPING, R. R.; CAMPBELL, R. M.; MACARTHUR, G. J.; GUNNELL, D. J.; HICKMAN, M. Multiple risk behaviour in adolescence. **J Public Health**, v. 34, n. 1, p. 1-2, 2012.

KJØNNIKSEN, L.; TORSHEIM, T.; WOLD, B. Tracking of leisure-time physical activity during adolescence and young adulthood: a 10-year longitudinal study. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 5, n. 69, p. 1–11, 2008.

KWAN, M.; BOBKO, S.; FAULKNER, G.; DONNELLY, P.; CAIRNEY, J. Sport participation and alcohol and illicit drug use in adolescents and young adults: A systematic review of longitudinal studies. **Addictive Behaviors**, v. 39, n. 3, p. 497–506, 2014.

LEGNANI, R. F. S.; LEGNANI, E.; GASPAROTTO, G. S.; BACIL, E. D. A.; SILVA, M. P.; CAMPOS, W. Hábitos de sono e prática habitual da atividade física em escolares: uma revisão sistemática. **Revista de educação física**, v. 1, p. 26, 2015.

LIM, S. S.; VOS, T.; FLAXMAN, A. D.; DANAEI, G.; SHIBUYA, K.; ADAIR-ROHANI, H.; MEMISH, Z. A. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **Lancet**, v. 380, n. 9859, p. 2224-60, Dec 15 2012.

LOCKLEY, S. W.; BRAINARD, G. C.; CZEISLER, C. A. High sensitivity of the human circadian melatonin rhythm to resetting by short wavelength light. **J Clin Endocrinol Metab**, v. 88, n. 9, p. 4502-5, 2003.

LOURENÇO, B.; QUEIROZ, L. B. Crescimento e desenvolvimento puberal na adolescência. **Revista de Medicina**, v. 89, n. 2, p. 70-5, 2010.

LU, F. J.; LIN, J. H.; HSU, Y. W.; CHOU, C. C.; WANG, E. T.; YEH, L. C. Adolescents' physical activities and peer norms: the mediating role of self-efficacy. **Percept Mot Skills**, v. 118, n. 2, p. 362-74, 2014.

LUIZ R. R.; MAGNANINI, M. M. F. A lógica da determinação do tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 9-28, 2000.

MALTA, D. C.; MACHADO, I. E.; PORTO, D. L.; SILVA, M. M. A.; FREITAS, P. C.; COSTA, A. W. N.; OLIVEIRA-CAMPOS, M. Consumo de álcool entre adolescentes brasileiros segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PeNSE 2012). **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Suppl PeNSE, p. 203-214, 2014.

MARQUES, A.; MARTINS, J.; SANTOS, F.; SARMENTO, H.; CARREIRO, F. Correlates of school sport participation: A cross-sectional study in urban Portuguese. **Science et Sports**, v. 29, n. 4, p. 31–38, 2013.

MATRICCIANI, L.; OLDS, T.; PETKOV, J. In search of lost sleep: secular trends in the sleep time of school-aged children and adolescents. **Sleep Med Rev**, v.16, n. 3, p. 203-11, 2012.

MAZZARDO, O.; SILVA, M. P.; GUIMARÃES, R. F.; MARTINS, R. V.; WATANABE, P. I.; CAMPOS, W. Comportamentos de risco à saúde entre adolescentes de acordo com gênero, idade e nível socioeconômico. v. 49, n. 4, p. 321-330, 2016.

MCKNIGHT-EILY, L. R.; EATON, D. K.; LOWRY, R.; et al. Relationships between hours of sleep and health-risk behaviors in US adolescent students. **Preventive Medicine**, v. 53, n. 4–5, p. 271–273, 2011.

MEDEIROS, F.; SILVA, D. A.; SMITH-MENEZES, A.; FÁTIMA, D.; DUARTE, S. Consumo de frutas e vegetais associado a outros comportamentos de risco em adolescentes no Nordeste do Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 34, n. 3, p. 309–315, 2016.

MENDONÇA, G. et al. Os fatores sociodemográficos moderam a Associação da prática de atividade física dos pais e amigos com o nível de atividade física dos adolescentes. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 24, 2019.

MENEZES, A. H. R.; DALMAS, J. C.; SCARINCI, I. C.; MACIEL, S. M.; CARDELLI, A. A. M. Fatores associados ao uso regular de cigarros por adolescentes estudantes de escolas públicas de Londrina, Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 4, p. 774-784, 2014.

MESQUITA, E. D. L.; TEBAR, W. R.; CORREIA, D. C. Q.; GUICA, J. T.; TORRES, W.; FERNANDES, R. A.; AGOSTINETE, R. R.; CHRISTOFARO, D. G. D. Physical activity and sedentary behaviour of adolescents and their parents: a specific analysis by sex and socioeconomic status. **Archives of Public Health**, v. 81, p. 189, 2023.

MIELKE, G. I.; BROWN, W. J.; NUNES, B. P.; SILVA, I. C. M.; HALLAL, P. C. Socioeconomic Correlates of Sedentary Behavior in Adolescents: Systematic Review and Meta-Analysis. **Sports Med**, v. 47, p. 61–75, 2017.

MINISTÉRIO DO ESPORTE. **Programa Segundo Tempo**. Brasília, 2014. Disponível em [www.esporte.gov.br/segundotempo](http://www.esporte.gov.br/segundotempo). Acesso em 23 nov. 2023.

MOREIRA, V. J. P.; SILVA MATIAS, C. J. A. DA; GRECO, P. J. A influência dos métodos de ensino-aprendizagem-treinamento no conhecimento tático processual no futsal. **Motriz. Revista de Educacao Fisica**, v. 19, n. 1, p. 84–98, 2013.

MUNIZ, L. C.; ZANINI, R. V.; SCHNEIDER, B. C.; TASSITANO, R. M.; FEITOSA, W. M. N.; GONZÁLEZ-CHICA, D. A. Prevalência e fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras entre adolescentes de escolas públicas de Caruaru, PE. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 2, p. 393-404, 2013.



NAKAMURA, P. M.; TEIXEIRA, I. P.; PAPINI, C. B.; et al. Physical education in schools, sport activity and total physical activity in adolescents. **Brazilian Journal of Kinanthropometry and Human Performance**, n. January, p. 517-527, 2013.

NGUYEN, N. T. K.; FAN, H. Y.; TSAI, M. C.; TUNG, T. H.; HUYNH, Q. T. V.; HUANG, S. Y.; CHEN, Y. C. Nutrient Intake through Childhood and Early Menarche Onset in Girls: Systematic Review and Meta-Analysis. **Nutrients**, v. 12, p. 2544, 2020.

NIÑO, M. D.; CAI, T.; MOTA-BACK, X.; COMEAU, J. Gender differences in trajectories of alcohol use from ages 13 to 33 across Latina / o ethnic groups. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 180, n. August, p. 113–120, 2017.

NITSCHKE, E.; GOTTESMAN, K.; HAMLETT, P.; MATTAR, L.; ROBINSON, J.; TOVAR, A.; ROZGA, M. Impact of Nutrition and Physical Activity Interventions Provided by Nutrition and Exercise Practitioners for the Adult General Population: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Nutrients**, v. 14, n. 9, p. 1729, 2022.

NOBRE, G. C.; FELIPE, P.; BANDEIRA, R.; et al. Autopercepção de competências de crianças em situação de vulnerabilidade social assistidas e não assistidas por projetos sociais esportivos. **Journal of Human Growth and Development**, v. 25, n. 3, p. 276-281, 2015.

ODURO, S. A. D.; BUCHNER, D. M.; ANDRADE, J. E.; GRIGSBY-TOUSSAINT, D. S. A comparative study of fruit and vegetable consumption and physical activity among adolescents in 49 Low-and-MiddleIncome Countries. **Scientific reports**, v. 8, p. 623, 2018.

OECD/European Union (2016), “Fruit and vegetable consumption among children”, in Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle, **OECD Publishing**, Paris, 2016.

OLIVEIRA, G.; DA SILVA, I. B.; DE OLIVEIRA, E. R. A. O sono na adolescência e os fatores associados ao sono inadequado. **Revista Brasileira de Pesquisas em Saúde**, v. 21, n. 1, p. 135-145, 2019.

**Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).** *Doenças crônico degenerativas e obesidade: Estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde.* Brasília: OPAS; 2003.

PALMA, A.; ABREU, A. R.; CUNHA, C. A. Comportamentos de risco e vulnerabilidade entre estudantes de Educação Física. **Rev Bras Epidemiol** 2007; 10(1): 117-26.

PENSE. **Pesquisa Nacional de Saúde Escolar, PENSE 2019.** 2019.

PEREIRA, E. F.; BARBOSA, D. G.; ANDRADE, R. D.; CLAUMANN, G.; PELEGRINI, A.; LOUZADA, F. M. Sono e adolescência: quantas horas os adolescentes precisam dormir? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 64, n.1, p. 40-44, 2015.

PERETTI-WATEL, P.; GUAGLIARDO, V.; VERGER, P.; PRUVOST, J.; MIGNON, P.; OBADIA, Y. Sporting activity and drug use: Alcohol, cigarette and cannabis use among elite student athletes. **Addiction**, v. 98, n. 9, p. 1249-56, 2003.

PIERON, M. Estilo de vida, prática de atividades físicas e esportivas, qualidade de vida. **Fitness & Performance Journal**, v.3, n.1, p.10-17, 2004.

PINHO, M. G. M.; MACKENBACH, J. D.; DEN BRAVER, N. R.; BEULENS, J. J. W.; BRUG, J.; LAKERVELD, J. Recent changes in the Dutch foodscape: Socioeconomic and urban-rural differences. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 17, n. 1, p. 43, 2020.

PINTO, A. C. S. et al. Fatores de risco associados a problemas de saúde mental em adolescentes: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 3, p. 555-564, 2014.

REHM, J.; MATHERS, C.; POPOVA, S.; THAVORNCHAROENSAP, M.; TEERAWATTANANON, Y.; PATRA, J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. **Lancet**, v. 373, n. 9682, p. 2223-33, Jun 27 2009.

REZENDE, L. F. M. et al. Sociodemographic and behavioral factors associated with physical activity in Brazilian adolescents. **BMC Public Health**, v. 14, n. 1, p. 1-11, 2014.

RIBEIRO, I. B. S. et al. Transtorno mental comum e condição socioeconômica em adolescentes do Erica. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, n. 1, p. 4, 2020.

RODRIGUES, D. P.; SILVA, M. P.; FANTINELLI, E. R.; MALTA NETO, N. A.; CAMPOS, J. G.; CAMPOS, W. Atividade física associada aos componentes da aptidão física relacionada a saúde em adolescentes. v. 15, n. 1, p. 58-65, 2018.

RODRIGUEZ-AYLLON, M. et al. Role of physical activity and sedentary behavior in the mental health of preschoolers, children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. **Sports Medicine**, v. 49, n. 9, p. 1383-1410, 2019.

ROTHMAN, K. J.; GREENLAND, S.; LASH, T. L. *Modern Epidemiology*. 3. ed. Filadélfia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2008.

SAEVARSSON, E. S.; ROGNVALDSDOTTIR, V.; STEFANSDOTTIR, R.; JOHANNSSON, E. Organized Sport Participation, Physical Activity, Sleep and Screen Time in 16-Year-Old Adolescents. **Int J Environ Res Public Health**, v. 18, p. 3162, 2021.

SALLINEN M. Sleep, memory, and learning. **Duodecim**, v. 129, n. 21, p. 2253-9, 2013.

SCHUBERT, A.; JANUÁRIO, R. S. B.; CASONATTO, J.; SONOO, C. N. **Aptidão física relacionada à prática esportiva em crianças e adolescentes.**, v. 22, p. 142-146, 2016.

SEED. Secretaria da educação.

SERASINGHE, N.; VEPSÄLÄINEN, H.; LEHTO, R. *et al.* Associations between socioeconomic status, home food availability, parental role-modeling, and children's fruit and vegetable consumption: a mediation analysis. **BMC Public Health**, v. 23, p. 1037, 2023.

SILVA, M. S. Lazer e esporte no contraturno escolar em Belo Horizonte/MG. **Revista Brasileira de Estudos do Lazer**, v.9, n.2, p. 201-219, 2022.

SIMONS-MORTON, B. G.; MCKENZIE, T. J.; STONE, E.; et al. Physical activity in a multiethnic population of third graders in four states. **American Journal of Public Health**, v. 87, n. 1, p. 45–50, 1997.

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. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 23, n. 5, p. 375-379, 2017.

SILVA, C. C.; GOLDBERG, T. B. L.; TEIXEIRA, A. S.; MARQUES, I. O exercício físico potencializa ou compromete o crescimento longitudinal de crianças e adolescentes? Mito ou verdade?. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 10, n. 6, 2004.

SILVA, D.A.S. et al. Boletim Brasil 2022: as crianças e os adolescentes são o futuro do Brasil!. Relatório sobre atividade física em crianças e adolescentes Brasileiros. **Active Healthy Kids Global Alliance**, 2022. Disponível em: <https://www.activehealthykids.org/wp-content/uploads/2022/08/Brazil-report-card-long-form-2022-pt.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2023.

SILVA, J. et al. Níveis insuficientes de atividade física de adolescentes associados a fatores sociodemográficos, ambientais e escolares. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 23, n. 12, p. 4277-4288, 2018.

SILVA, M. P.; SAINT-MAURICE, P. F.; PIOLA, T. S.; NETO, N. A. M.; CAMPOS, W. DE. A versão brasileira do Youth Activity Profile: evidências preliminares de validade em adolescentes brasileiros. , v. 22, 2017.

SILVA, S. M.; KNUTH, A. G.; DUCA, G. F. DEL; et al. Prevalência e fatores associados à prática de esportes individuais e coletivos em adolescentes pertencentes a uma coorte de nascimentos. **Revista Brasileira de Educação Física**, v. 23, n. 3, p. 263–274, 2009.

SIMÕES, V. M. F. et al. Saúde dos adolescentes da coorte de nascimento de São Luís, Maranhão, Brasil, 1997/1998. *Cardenos de Saúde Pública*, v. 36, n. 7, 2020.

SPRING, B.; MOLLER, A. C.; COONS, M. J. Multiple health behaviours: overview and implications. **Journal of public health (Oxford, England)**, v. 34 Suppl 1, p. i3-10, 2012.

SOLIDADE, V. T. et al. School physical activity and mental health in school-aged Brazilian adolescents: a systematic review. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, v. 23, 2021.

STRAATMANN, V. S.; 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, p. 1–11, 2016.

SUNDQUIST, J.; MALMSTROM, M.; JOHANSSON, S. E. Cardiovascular risk factors and the neighbourhood environment: a multilevel analysis. **Int J Epidemiol**, v. 28, n. 5, p. 841-5, 1999.

SWYER, S. M. The age of adolescence. **Lancet Child Adolesc Health**, v. 2, p. 223-228, 2018.

TAHIRAJ, E.; CUBELA, M.; OSTOJIC, L.; RODEK, J.; ZENIC, N.; SEKULIC, D.; LESNIK, B. Prevalence and factors associated with substance use and misuse among kosovar adolescents; cross sectional study of scholastic, familial-, and sports-related factors of influence. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 13, p. 502, 2016.

TELAMA, R. Tracking of physical activity from childhood to adulthood: a review. **Obesity Facts**, v. 2, n. 3, p. 187-95, 2009.

TERRY-MCELRATH, Y. M.; O'MALLEY, P. M.; JOHNSTON, L. D. Exercise and substance use among American youth, 1991-2009. **Am J Prev Med**, v. 40, n. 5, p. 530-40, 2011.

THIVEL, D.; TREMBLAY, A.; GENIN, P.M.; PANAHI, S.; RIVIÈRE, D.; DUCLOS, M. Physical Activity, Inactivity, and Sedentary Behaviors: Definitions and Implications in Occupational Health. *Front. Archives of Public Health*, v. 6, p. 288, 2018.

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

TIEDT, W. Esporte e cultura: movimento e criação. Apresentação esquematizada de um exemplo de formação artísticopedagógica na Escola Superior de Esportes de Colônia: Teatro de movimento/Jogo-Música-Dança, uma área de estudos interdisciplinar no curso de graduação em educação física. **Motriz** - Volume 5, Número 2, Dezembro/1999.

TOMÉ, G. et al. Influência da família e amigos no bem-estar e comportamentos de risco - modelo explicativo. **Psicologia, saúde & doenças**, v. 16, n. 1, p. 23-43, 2015.

van der AVOORT, C. M. T.; TEN HAAF, D. S. M.; DE VRIES, J. H. M.; VERDIJK, L. B.; VAN LOON, L. J. C.; EIJSVOGELS, T. M. H.; HOPMAN, M. T. E. Higher Levels of Physical Activity Are Associated with Greater Fruit and Vegetable intake in Older Adults. **J Nutr Health Aging**, v. 25, n. 2, p. 230-241, 2021.

van SLUIJS, E. M. F.; EKELUND, U.; CROCHEMORE-SILVA, I.; GUTHOLD, R.; HA, A.; LUBANS, D.; OYEYEMI, A. L.; DING, D.; KATZMARZYK, P. T. Physical activity behaviours in adolescence: current evidence and opportunities for intervention. **PMC**, v. 398, n. 10298, p. 429–442, 2022.

WALCZAK, B.; WALCZAK, A.; TRICAS-SAURAS, S.; KOŁODZIEJCZYK, J. Does Sport Participation Protect Adolescents from Alcohol Consumption? A Scoping Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, v. 20, p. 5417, 2023.

WANG, R. S.; WANG, B. L.; HUANG, Y. N.; WAN, T. T. H. The combined effect of physical activity and fruit and vegetable intake on decreasing cognitive decline in older Taiwanese adults. **Scientific Reports**, v. 12, p. 9825, 2022.

WARREN, C. W.; JONES, N. R.; ERIKSEN, M. P.; ASMA, S. Patterns of global tobacco use in young people and implications for future chronic disease burden in adults. **Lancet**, v. 367, p. 749-53, 2006.

WICHSTRØM, T.; WICHSTRØM, L. Does sports participation during adolescence prevent later alcohol, tobacco and cannabis use? **Addiction**, v. 104, n. 1, p.138-49, 2009.

WILLIAMS, L.; ABBOTT, G.; CRAWFORD, D.; BALL, K. Associations between mothers' perceptions of the cost of fruit and vegetables and children's diets: Will children pay the price? **European Journal of Clinical Nutrition**, v. 66, n. 2, p. 276–278, 2012.

WHO. Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 87, p. 646–646, 2009.

WHO. **Global recommendations on physical activity for health** Geneva: World Health Organization, 2010.

WHO. **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. 2014.

WHO. Nutrition in adolescence: issues and challenges for the health sector. **Issues in Adolescent Health and Development**, p. 32, 2005.

WHO - World Health Organization. Physical activity. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>. Acesso em: 19 nov. 2023.

WHO - World Health Organization. Adolescent mental health. 2019. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>. Acesso em: 20 nov. 2023. [news-room/fact-sheets/detail/](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/)

WHO - World Health Organization. Adolescent health. Disponível em: [https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1). Acesso em: 05 dez. 2023a.

WHO - World Health Organization. Adolescent and young adult health. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>. Acesso em: 05 dez. 2023b.

WHO - World Health Organization. Guidelines on physical activity, sedentary behaviour: at a glance. Geneva: World Health Organization, 2020.

WIIUM, N.; BREIVIK, K.; WOLD, B. Growth Trajectories of Health Behaviors from Adolescence through Young Adulthood. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 12, p. 13711–13729, 2015.

WUNSCH, K. et al. The-relationship of self-reported and dice-based measures of physical activity and helath-related quality of life in adolescents. *Health and Quality of life Outcomes*, v. 19, n. 67, 2021.

### APENDICE 1 - QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADE FÍSICA PARA ADOLESCENTES

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)

Atividades Físicas	Quantos dias?	Quanto tempo cada dia?
	0 a 7 dias	Tempo (horas: minutos)
1. Futebol (campo, de rua, society)		__ horas __ minutos
2. Futsal		__ horas __ minutos
3. Handebol		__ horas __ minutos
4. Basquete		__ horas __ minutos
5. Andar de patins, skate		__ horas __ minutos
6. Atletismo		__ horas __ minutos
7. Natação		__ horas __ minutos
8. Ginástica olímpica, rítmica		__ horas __ minutos
9. Judô, karatê, capoeira, outras lutas		__ horas __ minutos
10. Jazz, balé, dança moderna, outros tipos de dança		__ horas __ minutos
11. Correr, trotar ( <i>jogging</i> )		__ horas __ minutos
12. Andar de bicicleta		__ horas __ minutos
13. Caminhar como exercício físico		__ horas __ minutos



<b>14.</b> Caminhar como meio de transporte (ir à escola, trabalho, casa de um amigo (a)). [considerar o tempo de ida e volta]		__ horas __ minutos
<b>15.</b> Voleibol		__ horas __ minutos
<b>16.</b> Vôlei de praia ou de areia		__ horas __ minutos
<b>17.</b> Queimado, baleado, pular cordas		__ horas __ minutos
<b>18.</b> Surf, <i>bodyboard</i>		__ horas __ minutos
<b>19.</b> Musculação		__ horas __ minutos
<b>20.</b> Exercícios abdominais, flexões de braços, pernas		__ horas __ minutos
<b>21.</b> Tênis de campo (quadra)		__ horas __ minutos
<b>22.</b> Passear com o cachorro		__ horas __ minutos
<b>23.</b> Ginástica de academia, ginástica aeróbica		__ horas __ minutos
<b>24.</b> Futebol de praia ( <i>beach soccer</i> )		__ horas __ minutos
<b>25.</b> Outras atividades físicas que não estão na lista acima		__ horas __ minutos
_____		__ horas __ minutos
_____		__ horas __ minutos

## APENDICE 2 - QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADES SEDENTÁRIAS

Atividade	2ª feira		3ª feira		4ª feira		5ª feira		6ª feira	
	hs	min	hs	min	hs	min	hs	min	hs	min
AS1. Assistir televisão										
AS2. Ver vídeos/DVDs/cinema										
AS3. Jogar videogame										
AS4. Usar o computador para o seu lazer (navegar na internet, jogar, MSN, Chat)										
AS5. Usar o computador para fazer a sua lição de casa										
AS6. Fazer sua lição de casa/trabalhos da escola ou estudar sem utilizar o computador										
AS7. Ler por lazer										
AS8. Fazer algum curso ou ter aulas particulares										
AS9. Viajar ou se deslocar (de carro/ônibus/metrô/motocicleta)										
AS10. Fazer artesanato ou outro tipo de hobby manual										
AS11. Ficar a toa (conversar com amigos/ficar no telefone/ouvir música/ficar relaxando)										
AS12. Tocar/praticar um instrumento musical (sem esforço físico)										
AS13. Tempo sentado em sala de aula										

Pense em uma semana típica do seu ano letivo, de segunda a sexta-feira, e escreva abaixo quanto tempo aproximadamente você gasta com cada uma das seguintes atividades todos os dias.

Pense em um fim de semana típico e escreva abaixo quanto tempo você gasta aproximadamente com cada uma das seguintes atividades no fim de semana.				
Atividade	Sábado		Domingo	
	horas	min	horas	min
AS14. Assistir televisão				
AS15. Ver vídeos/DVDs/cinema				
AS16. Jogar videogame				
AS17. Usar o computador para o seu lazer (navegar na internet, jogar, MSN, Chat)				
AS18. Usar o computador para fazer a sua lição de casa				
AS19. Fazer sua lição de casa/trabalhos da escola ou estudar sem utilizar o computador				
AS20. Ler por lazer				
AS21. Fazer algum curso ou ter aulas particulares				
AS22. Viajar ou se deslocar (de carro/ônibus/motor/motocicleta)				
AS23. Fazer artesanato ou outro tipo de hobby manual				
AS24. Ficar a toa (conversar com amigos/ficar no telefone/ouvir musica/ficar relaxando)				
AS25. Tocar/praticar um instrumento musical (sem esforço físico)				
AS26. Ter aulas em sala na escola ao sábado ou ir à igreja				

### APENDICE 3 - YOUTH RISK BEHAVIOR SURVEY

Tempo usando telefone celular na última semana: Quanto tempo você passou usando seu telefone celular após a escola? (Isto inclui o tempo conversando, mandando mensagens ou navegando na internet)

- a) Eu não usei o telefone celular;
- b) Eu usei o telefone celular por menos que 1 hora por dia;
- c) Eu usei o telefone celular por 1 a 2 horas por dia;
- d) Eu usei o telefone celular por 2 a 3 horas por dia;
- e) Eu usei o telefone celular mais que 3 horas por dia;

**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

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,  **você comeu 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.**

(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

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, pepsi 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 a 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 vídeo-game 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 vídeo-game 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

## APENDICE 4 – ÍNDICE DA QUALIDADE DO SONO DE PITTSBURGH

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.

1. Durante o último mês, quando você geralmente foi para a cama a 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? (Esta 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 todas as questões.

5. Durante o último mês, com que frequência você **teve dificuldade para dormir** porque você...

- (a) Não conseguiu adormecer em até 30 minutos

Nenhuma no último mês \_\_\_\_\_

Menos de uma vez por semana \_\_\_\_\_

Uma ou duas vezes por semana \_\_\_\_\_

Três ou mais vezes na semana \_\_\_\_\_

- (b) Acordou no meio da noite ou de manhã cedo

Nenhuma no último mês \_\_\_\_\_

Menos de uma vez por semana \_\_\_\_\_

Uma ou duas vezes por semana \_\_\_\_\_

Três ou mais vezes na semana \_\_\_\_\_

- (c) Precisou levantar-se para ir ao banheiro

Nenhuma no último mês \_\_\_\_\_

Menos de uma vez por semana \_\_\_\_\_

Uma ou duas vezes por semana \_\_\_\_\_

Três ou mais vezes na semana \_\_\_\_\_

- (d) Não conseguiu respirar confortavelmente

Nenhuma no último mês \_\_\_\_\_

Menos de uma vez por semana \_\_\_\_\_

Uma ou duas vezes por semana \_\_\_\_\_

Três ou mais vezes na semana \_\_\_\_\_

- (e) Tossiu ou roncou forte

Nenhuma no último mês \_\_\_\_\_

Menos de uma vez por semana \_\_\_\_\_

Uma ou duas vezes por semana \_\_\_\_\_

Três ou mais vezes na semana \_\_\_\_\_

(f) Sentiu muito frio

Nenhuma no último mês \_\_\_\_\_

Menos de uma vez por semana \_\_\_\_\_

Uma ou duas vezes por semana \_\_\_\_\_

Três ou mais vezes na semana \_\_\_\_\_

(g) Sentiu muito calor

Nenhuma no último mês \_\_\_\_\_

Menos de uma vez por semana \_\_\_\_\_

Uma ou duas vezes por semana \_\_\_\_\_

Três ou mais vezes na semana \_\_\_\_\_

(h) Teve sonhos ruins

Nenhuma no último mês \_\_\_\_\_

Menos de uma vez por semana \_\_\_\_\_

Uma ou duas vezes por semana \_\_\_\_\_

Três ou mais vezes na semana \_\_\_\_\_

(i) Teve dor

Nenhuma no último mês \_\_\_\_\_

Menos de uma vez por semana \_\_\_\_\_

Uma ou duas vezes por semana \_\_\_\_\_

Três ou mais vezes na semana \_\_\_\_\_

J) Outras razões, por favor descreva: \_\_\_\_\_

Nenhuma no último mês \_\_\_\_\_

Menos de uma vez por semana \_\_\_\_\_

Uma ou duas vezes por semana \_\_\_\_\_

Três ou mais vezes na 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 uma vez por semana \_\_\_\_\_

uma ou duas vezes por semana \_\_\_\_\_

três ou mais vezes na 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 muito leve \_\_\_\_\_

Um problema razoável \_\_\_\_\_

Um problema muito grande \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

## APENDICE 5 – QUESTIONÁRIO DE CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL

Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

**No domicílio tem \_\_\_\_\_ (LEIA CADA ITEM)**

ITENS DE CONFORTO	NÃO POSSUI	QUANTIDADE QUE POSSUI			
		1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
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					

Trabalhador Doméstico	NÃO TEM				
		1	2	3	4+
Quantidade de trabalhadores mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					

**CE1: A água utilizada em sua casa é proveniente de:**

(1) Rede de Distribuição<sup>4</sup> (2) Poço ou nascente<sup>0</sup>. (3) Outro meio<sup>0</sup>

**CE2: Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:**

(1) Asfaltada/Pavimentada<sup>2</sup> (2) Terra/Cascalho<sup>0</sup>

**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 incompleto<sup>0</sup>

( ) Fundamental I completo / Fundamental II incompleto<sup>1</sup>

( ) Fundamental completo/Médio incompleto <sup>2</sup>

( ) Médio completo/Superior incompleto <sup>3</sup>

( ) Superior completo<sup>4</sup>

**APENDICE 6 - ANEMNESE SOBRE A PRÁTICA ESPORTIVA**

<b>1-</b> Você realiza a prática esportiva a quantos anos? (Anos de treino): <b>R:</b> _____
<b>2-</b> Você realiza a prática esportiva quantas vezes por semana? (Frequência de treino semanal): <b>R:</b> _____
<b>3-</b> Qual a duração da sessão de treino? (Tempo da sessão de treino): <b>R:</b> _____
<b>4-</b> Qual o tipo da modalidade esportiva que você realiza? (A) Individual (B) Coletivo (C) Ambos
<b>5-</b> Qual modalidade esportiva você realiza? <b>R:</b> _____

**APENDICE 7 - PICO DE VELOCIDADE DE CRESCIMENTO**

Estatura sentado (cm): _____
------------------------------

## **ANEXO 1 – Termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | TCLE – PAIS E/OU RESPONSÁVEL LEGAL**

O adolescente sob sua responsabilidade, está sendo convidado(a) por nós, Prof. Dr. Wagner de Campos, professor Me Jhonatan Gritten Campos, e professor Pedro Emanuel Mialik Linczuk, da Universidade Federal do Paraná (UFPR), do Programa de Pós-Graduação em Educação Física, a participar de um estudo intitulado. “Prevalência e correlatos dos comportamentos de risco à saúde em adolescentes praticantes de esporte no contraturno escolar”. A intenção da pesquisa é fornecer informações sobre o quanto o esporte, estado nutricional, pico de velocidade de crescimento e nível socioeconômico podem trazer de benefícios e evitar com que o adolescente se envolva em hábitos não saudáveis para a saúde dele. Essa pesquisa foi aprovada na UFPR, com número de CAAE: 60357522.0.0000.0102

a) O objetivo desta pesquisa é analisar os adolescentes que praticam esporte no contraturno escolar da rede pública de ensino de Curitiba/PR, e verificar o quanto o esporte pode ser um benefício para a saúde do adolescente, e poder verificar quais podem ser esses benefícios”.

b) Caso o senhor(a) autorize a participação de seu filho(a) nesta pesquisa, será solicitado responder uma única vez o questionário que envolve perguntas sobre a prática esportiva e sobre alguns comportamentos, como: quanto tempo ele realiza atividade física na semana, quanto tempo ele realiza atividades sedentárias, como estão seus hábitos alimentares, se já teve consumo de bebidas alcoólicas, de cigarro, de alguma outra possível droga, se vivenciou situações de violência e qual sua quantidade e qualidade de sono. Ainda serão avaliados o peso a altura e o nível socioeconômico familiar.

c) Para tanto, o adolescente terá apenas que comparecer no seu horário de treinamento do esporte em questão que o mesmo já faz regularmente em seu contraturno. Será aplicado um questionário na própria escola que ele(a) realiza a prática esportiva (em uma sala de aula), onde possam preencher o questionário, e ainda, serão avaliados o peso e a estatura de seu filho(a) para avaliação do estado nutricional. A pesquisa contará com o professor responsável do projeto sendo este responsável pelos respectivos alunos, e com um pesquisador responsável por aplicar o questionário. O tempo a ser destinado para essa etapa da pesquisa é de aproximadamente 60 minutos para aplicação do questionário e 10 minutos para realização das medidas antropométricas (peso, altura e altura sentado), onde tais medidas serão realizadas em uma outra sala de aula, de maneira individual, e será durante o preenchimento do questionário para que não haja percepção de cansaço no preenchimento. Caso o(a) adolescente não finalize em 60 minutos, daremos continuidade em um outro dia de aula.

d) É possível que o adolescente experimente algum desconforto relacionado a algum constrangimento. Caso isso ocorra a pesquisa será interrompida caso seu filho não deseje continuar, pois pode haver o risco de ‘cansaço’ face ao instrumento de coleta de dados. Para que isso seja minimizado, os adolescentes serão chamados individualmente para realizar as avaliações antropométricas no decorrer do preenchimento, e ainda poderão fazer pausas sempre que necessário para ir ao banheiro ou tomar água.

e) Alguns riscos são pequenos pois os dados serão obtidos através de um questionário, entretanto pode causar algum desconforto em seu preenchimento, devido ao fato de o questionário levar alguns minutos para ser respondido. O participante será lembrado da não obrigatoriedade da participação da pesquisa e que há a possibilidade de desistência em qualquer momento.

f) O senhor(a) terá a garantia de que problemas para o adolescente, como possíveis desconfortos decorrentes do estudo, serão tratados na própria escola. Para minimizar o possível desconforto no preenchimento do questionário, chamaremos os mesmos para realizar as medidas antropométricas (peso e estatura), para dar um tempo durante o preenchimento. Lembrando que os pesquisadores são profissionais da saúde, e darão todo suporte necessário caso alguém precise. No caso eventual de danos graves decorrentes da pesquisa o adolescente tem assegurado o direito à indenização nas formas da lei.

g) São considerados benefícios diretos da pesquisa as informações referentes aos resultados do estudo. Espera-se que os escolares que possuem maior engajamento com a prática esportiva apresentem menores comportamentos de risco à saúde. Com base nestes resultados, alguns benefícios indiretos podem surgir como a implementação de propostas de políticas públicas visando o aumento da prática de atividades físicas na adolescência. Por fim, as escolas terão acesso aos resultados da pesquisa.

h) Os pesquisadores Wagner de Campos e Jhonatan Gritten Campos, responsáveis por este estudo poderão ser localizados no endereço Avenida Coronel Francisco Heráclito dos Santos, 100 – CEP 81531-980 UFPR/Centro Politécnico, para esclarecer eventuais dúvidas que o senhor(a) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo. Em caso de emergência o senhor(a) também pode me contatar, Jhonatan Gritten Campos, pelo celular (41) 999039545 e pelo e-mail: jhonatantec@hotmail.com a qualquer momento.

i) A participação de seu filho(a) neste estudo é voluntária, portanto, é possível desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Assinado.

j) O material obtido (questionários) será utilizado unicamente para essa pesquisa e será descartado ao término do estudo, dentro de 5 anos.

k) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas (orientador do projeto) sob forma codificada, para que a identidade do adolescente seja preservada e mantida a confidencialidade.

l) O senhor(a) terá a garantia de que quando os dados obtidos com este estudo forem publicados, estes estarão codificados de modo que não apareça o nome do adolescente.

m) Para a coleta, os questionários não são de sua responsabilidade e o senhor(a) não receberá qualquer valor em dinheiro pela participação do adolescente. Não haverá deslocamento para os participantes da pesquisa, pois os próprios pesquisadores irão até a escola onde o adolescente realiza a prática esportiva.

p) Se o senhor(a) 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 telefone 3360-7259, das 08:30h às 11:00h 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 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 [da criança] do 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 adolescente. Fui informado que o adolescente, sob minha responsabilidade será atendida (o) sem custos, para mim se apresentar algum dos problemas relacionados no item M.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, \_\_\_\_ 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]

Jhonatan Gritten Campos (41 – 33468589 ou (41) 999039545 – 8 às 18 hs)

E-mail: jhonatantec@hotmail.com

Wagner de Campos (41 – 33604331 – 8 às 18 hs)

E-mail: wagner-campos@hotmail.com

Pedro Emanuel M. Linczuk (41 – 98879-

7064– 8 às 18 hs)

E-mail: pedrolinczuk@gmail.com

## **ANEXO 2 – Termo de assentimento livre e esclarecido – TALE**

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

**Título do Projeto: Prevalência e correlatos dos comportamentos de risco à saúde em adolescentes praticantes de esporte no contraturno escolar**

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Wagner de Campos

Local da Pesquisa: Escolas Estaduais da Rede Pública de Ensino de Curitiba/PR.

Essa pesquisa foi aprovada na UFPR, com número de CAAE: 60357522.0.0000.0102

#### **O que significa assentimento?**

- a) Assentimento é um termo que nós, pesquisadores, utilizamos quando convidamos uma pessoa da sua idade (criança/ adolescente) para participar de um estudo.
- b) Depois de compreender do que se trata o estudo e se concordar em participar dele você pode assinar este documento.
- c) Nós te asseguramos que você terá todos os seus direitos respeitados e 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 entenda. 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**

- a) Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa, o objetivo desta pesquisa é analisar os adolescentes que praticam esporte no contraturno escolar da rede pública de ensino de Curitiba/PR, e verificar o quanto o esporte pode ser um benefício para sua saúde e poder verificar quais podem ser esses benefícios”.
- b) Esta pesquisa é importante pois apresentará informações sobre a importância de realizar esporte na adolescência. E os benefícios que ela pode trazer em relação a sua saúde, se realizado de maneira adequada e contínua.
- c) Por que estamos propondo este estudo? Pois a prática esportiva durante o período da adolescência pode ajudar a ter diversos outros comportamentos saudáveis, evitando outros tipos de comportamentos que podem ser ruins para a sua saúde. Sendo assim, gostaríamos de identificar nesse estudo, o quanto o esporte, o estado nutricional, o nível socioeconômico e o pico de velocidade de crescimento podem favorecer isso em adolescentes de 12 à 17 anos.
- d) São considerados benefícios diretos da pesquisa as informações referentes aos resultados do estudo. Espera-se que os escolares que possuem maior engajamento com a prática esportiva apresentem menores comportamentos de risco à saúde. Com base nestes resultados, alguns benefícios indiretos podem surgir como a implementação de propostas de políticas públicas visando o aumento da prática de atividades físicas na adolescência. Por fim, as escolas terão acesso aos resultados da pesquisa.
- e) Os riscos relacionados ao estudo são pequenos pois os dados serão obtidos através de um questionário, entretanto pode causar algum desconforto em seu preenchimento, devido ao fato de o questionário levar alguns minutos para ser respondido. Para minimizar isso, as avaliações antropométricas (peso, altura e altura sentado) serão coletadas individualmente em uma outra sala de aula durante o preenchimento, e ainda, você poderá realizar pausas sempre que necessário para ir ao banheiro ou tomar água, para que assim diminua o possível cansaço em



responder o questionário. Ainda, se o tempo de 60 minutos não for o suficiente, terminamos em um outro dia de treinamento a coleta dos dados.

f) O estudo será desenvolvido no próprio local de treinamento em uma sala cedida pela escola. Será aplicado um questionário e será avaliado o peso e altura em uma outra sala de maneira individual, e você não precisará se identificar, onde não aparecerá seu nome, apenas um código.

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

g) Caso você aceite participar, será necessário você responder uma única vez o questionário que envolve perguntas sobre a prática esportiva e ainda sobre alguns comportamentos que envolvem sua saúde, e nível socioeconômico de sua família. Serão avaliados também seu o peso e estatura. 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, seu nome não aparecerá e sim um código.

h) A sua participação é voluntária. Caso você opte por não participar não terá nenhum prejuízo na sua escola.

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

### **De acordo com a Norma Operacional CNS 001/2013, item 3.4.1.15 informar ao participante:**

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 (email para envio: \_\_\_\_\_)

(        ) não quero receber os resultados da pesquisa.

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TALE: Jhonatan Gritten Campos e Pedro Emanuel Mialik Linczuk

Orientador: Wagner de Campos

### **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) 33604331 e pelo e-mail: wagner-campos@hotmail.com, ou membros de sua equipe Jhonatan Gritten Campos, pelo **celular (41) 999039545** e pelo **e-mail: jhonatantec@hotmail.com** e Pedro Emanuel Mialik Linczuk pelo **celular (41) 988797064** e pelo **e-mail: pedrolinczuk@gmail.com** ou telefone fixo (41) 33613072 ou no endereço Avenida Coronel Francisco Heráclito dos Santos, 100 – CEP 81531-980 UFPR/Centro Politécnico.

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 11:00 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 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). Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa,

you should also contact the Ethics Committee in Research in Human Beings (CEP/SD) of the Health Sciences Department of the Federal University of Paraná.

### **DECLARAÇÃO DE ASSENTIMENTO DO PARTICIPANTE**

I have read and discussed with the researcher responsible for the present study the details described in this document. I understand that I am free to accept or refuse and that I can interrupt my participation at any time without giving a reason. I agree that the data collected for the study will be used exclusively for the purpose described above. I understood the information presented in this **TERMO DE ASSENTIMENTO**. I had the opportunity to ask questions and all my questions were answered.

Curitiba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

[Assinatura do Adolescente]

I declare that I have read the study, explained its objectives, nature, risks and benefits and answered the best possible way the questions formulated.

---

[Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TALE]

## ANEXO 3 - Autorização do Comitê de Ética



UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -  
SCS/UFPR

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PREVALÊNCIA E CORRELATOS DOS COMPORTAMENTOS DE RISCO A SAÚDE EM ADOLESCENTES PRATICANTES DE ESPORTE NO CONTRATURNO ESCOLAR

**Pesquisador:** Wagner de Campos

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 60357522.0.0000.0102

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Educação Física

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.616.859

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se da apresentação do projeto de pesquisa intitulado PREVALÊNCIA E CORRELATOS DOS COMPORTAMENTOS DE RISCO A SAÚDE EM ADOLESCENTES PRATICANTES DE ESPORTE NO CONTRATURNO ESCOLAR, sob a responsabilidade/orientação do Prof. Wagner de Campos, com a participação/colaboração do Prof. McS. Jhonatan Gritten Campos, vinculados ao Programa de Pósgraduação em Educação Física do Setor de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Paraná. O presente protocolo de pesquisa foi apreciado por este Comitê, em reunião realizada no dia 10 de agosto pp., nos termos do Parecer Consubstanciado nº 5.574.249, no qual constam pendências que serão objeto de análise neste Parecer.

#### Objetivo da Pesquisa:

Geral

Analisar a prevalência e correlatos dos comportamentos de risco à saúde em adolescentes praticantes de esporte no contraturno da rede pública de ensino de Curitiba/PR.

Específicos

Verificar as prevalências dos comportamentos de risco à saúde dos adolescentes, levando em consideração a faixa etária, gênero, nível socioeconômico, pico de velocidade de crescimento, estado nutricional, nível de atividade física e componentes da prática esportiva;

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

**Bairro:** Alto da Glória

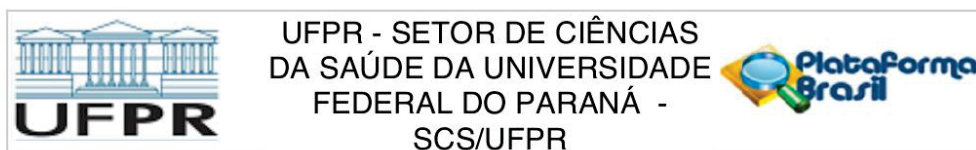
**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**CEP:** 80.060-240

**Telefone:** (41)3360-7259

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 5.616.859

Verificar a associação da faixa etária, gênero, nível socioeconômico, pico de velocidade de crescimento e estado nutricional com os comportamentos de risco à saúde em adolescentes praticantes de esporte no contraturno escolar;

Verificar a associação do nível de atividade física e componentes da prática esportiva com os comportamentos de risco à saúde em adolescentes praticantes de esporte no contraturno escolar.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos**

De acordo com os pesquisadores, "os riscos da pesquisa são mínimos, porém, pode haver risco de cansaço face ao instrumento de coleta, devido ao fato de que o instrumento não é breve. Assim sendo, o participante terá todo suporte. E para que isso seja minimizado, os adolescentes serão chamados individualmente para mensuração das medidas antropométricas (peso, altura e altura sentado)", sendo que "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."

**Benefícios**

Conforme consta no protocolo, "são considerados benefícios diretos da pesquisa as informações referentes aos resultados do estudo. Espera-se que os escolares que possuem maior engajamento com a prática esportiva apresentem menores comportamentos de risco à saúde. Com base nestes resultados, alguns benefícios indiretos podem surgir como a implementação de propostas de políticas públicas visando o aumento da prática de atividades físicas na adolescência."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

No atendimento às pendências indicadas no Parecer Consubstanciado acima referido, os pesquisadores elaboraram quadro explicativo de cada pendência, com as respectivas alterações nos documentos relacionados. Tal iniciativa da equipe de pesquisa muito facilitou a realização da análise.

Quanto à seleção dos participantes da pesquisa, os pesquisadores esclareceram que "a amostra será de maneira intencional, onde foi realizado um cálculo amostral para representar toda a população, sendo assim necessário para a pesquisa o número de 1159, porém adicionamos 30% para possíveis perdas e recusas durante o processo, e assim chegamos ao número de 1507 adolescentes estudantes dos esportes individuais e coletivos, com idades de 12 a 17 anos, que estejam vinculados ao AETE (Aulas Especializadas em Treinamento Esportivo), das 42 escolas que fazem parte do projeto no período da manhã e da tarde, na cidade de Curitiba/PR. Cada escola

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

**Bairro:** Alto da Glória

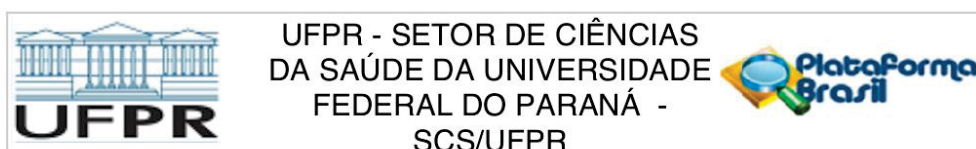
**CEP:** 80.060-240

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-7259

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 5.616.859

conta com grupos que variam de 15 à 40 adolescentes por turma, divididos em categorias conforme a idade dos mesmos (por exemplo: de 12 a 14 anos e de 15 a 17 anos)."

Quanto à população amostra, consta no quadro explicativo que a pesquisa contará com a participação de "aproximadamente 2450 adolescentes, divididos em 42 escolas estão matriculados no projeto AETE, destes, serão necessários 1159 adolescentes para a pesquisa. Considerando 30% a mais para possíveis as perdas e recusas que podem ocorrer, cerca de 1507 adolescentes serão convidados a participar da pesquisa. Sendo assim, iremos coletar nas escolas de maneira intencional até chegar ao número estipulado."

Em relação aos resultados da pesquisa a serem informados nas escolas, os pesquisadores asseguram que "as escolas terão acesso aos resultados da pesquisa" e ressaltam a intenção de reforçar, junto à direção das respectivas escolas, a adoção das "medidas necessárias que forem pertinentes" e, na eventualidade da ocorrência ou identificação de algum problema, este será imediatamente comunicado à direção da escola.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos foram apresentados.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O protocolo de pesquisa atende aos indicativos éticos inerentes à condução de pesquisas que envolvem seres humanos.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

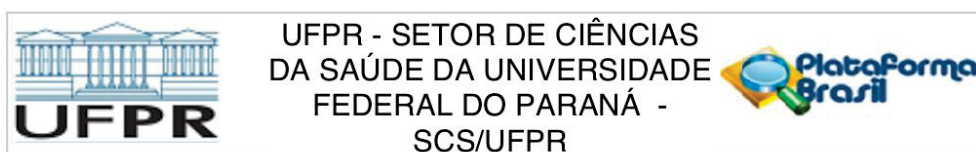
01 - Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais(a cada seis meses de seu parecer de aprovado) e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO.

Para o próximo relatório, favor utilizar o modelo atualizado, (abril/22), de relatório parcial.

Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

<b>Endereço:</b> Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar	<b>CEP:</b> 80.060-240
<b>Bairro:</b> Alto da Glória	
<b>UF:</b> PR	<b>Município:</b> CURITIBA
<b>Telefone:</b> (41)3360-7259	<b>E-mail:</b> cometica.saude@ufpr.br





Continuação do Parecer: 5.616.859

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: [www.cometica.ufpr.br](http://www.cometica.ufpr.br) (obrigatório envio).

02 - Importante:(Caso se aplique): Pendências de Coparticipante devem ser respondidas pelo acesso do Pesquisador principal. Para projetos com coparticipante que também solicitam relatórios semestrais, estes relatórios devem ser enviados por Notificação, pelo login e senha do pesquisador principal no CAAE correspondente a este coparticipante, após o envio do relatório à instituição proponente.

03- Favor inserir em seu TCLE e TALE o número do CAAE e o número deste Parecer de aprovação, para que possa aplicar aos participantes de sua pesquisa, conforme decisão da Coordenação do CEP/SD de 13 de julho de 2020.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1976782.pdf	21/08/2022 21:31:34		Aceito
Outros	Concordancia_dos_servicos_envolvidos.pdf	21/08/2022 21:21:04	Wagner de Campos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_corrigido.docx	16/08/2022 07:50:05	Wagner de Campos	Aceito
Outros	Carta_Parecer_CEP.docx	16/08/2022 07:49:51	Wagner de Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_corrigido.docx	16/08/2022 07:49:28	Wagner de Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido.docx	16/08/2022 07:49:21	Wagner de Campos	Aceito
Outros	1_Carta_de_encaminhamento_do_pesquisador_ao_CEP_2022.pdf	04/07/2022 20:08:55	Wagner de Campos	Aceito
Outros	Checklist_22.docx	04/07/2022 20:08:41	Wagner de Campos	Aceito
Projeto Detalhado	Projeto_detalhado.docx	04/07/2022	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](mailto:cometica.saude@ufpr.br)



Continuação do Parecer: 5.616.859

/ Brochura Investigador	Projeto_detalhado.docx	20:08:17	Wagner de Campos	Aceito
Outros	8_Declaracao_de_Compromissos_da_Equipe_de_Pesquisa.pdf	01/07/2022 18:39:06	Wagner de Campos	Aceito
Outros	5_Instituicao_coparticipante.pdf	01/07/2022 18:38:44	Wagner de Campos	Aceito
Outros	4_Concordancia_servicos_envolvidos.pdf	01/07/2022 18:38:24	Wagner de Campos	Aceito
Outros	3_Analise_de_merito_2022.pdf	01/07/2022 18:35:09	Wagner de Campos	Aceito
Outros	ATA.pdf	01/07/2022 18:34:33	Wagner de Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.docx	01/07/2022 18:32:13	Wagner de Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	01/07/2022 18:32:04	Wagner de Campos	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	01/07/2022 18:30:34	Wagner de Campos	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CURITIBA, 31 de Agosto 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