INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA - IMIP
FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE – FPS

# CONHECIMENTO DE ESTUDANTES ADOLESCENTES DA REDE PÚBLICA DE PALMARES-PE SOBRE HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS: ESTUDO TRANSVERSAL

Artigo apresentado enquanto relatório final ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica do IMIP/CNPq referente ao processo seletivo do edital PIBIC 2025/2026

**Estudante Autor: Natália Carvalho de Medeiros Vieira Belo**
**Estudantes Colaboradores:** Ricardo Rios Falcão Lacerda, Maria Cecília Gonçalves Pimentel Silva, Vanessa Maria Oliveira da Silva, Isabella Maria Freire Vinezof
**Orientadora:** Carla Adriane Fonseca Leal de Araújo
**Coorientadores:** João Guilherme Bezerra Alves e Thaís Carine Lisboa da Silva
**Colaboradora**: Yara Gabriela Falcão Ferreira de Melo
**Linha de pesquisa:** Saúde da criança e do adolescente

Recife
2026

**Pesquisadores Responsáveis:**

AUTORA DA PESQUISA

**Natália Carvalho de Medeiros Vieira Belo**

Acadêmico do 10º Período de Medicina na FPS

ORCID: 0000-0001-6429-9185

ORIENTADORA

**Carla Adriane Fonseca Leal de Araújo**

Coordenadora Acadêmica do Curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS.

Pediatra do Programa de Extensão Comunitária do IMIP.

ORCID: 0000-0002-0282-2038

COORIENTADORES

**João Guilherme Bezerra Alves**

Médico Pediatra. Coordenador da Pós-Graduação do Instituto Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP

ORCID: 0000-0002-9170-0808

**Thaís Carine Lisboa da Silva**

Coordenadora da Prática em Atenção Primária da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).

ORCID: 0000-0001-9878-6280

**Yara Gabriela Falcão Ferreira de Melo**

Enfermeira, Diretora Acadêmica e Docente da Faculdade dos Palmares.

ORCID: 0000-0002-3392-3165

ESTUDANTES COLABORADORES

**Isabella Maria Freire Vinezof**

Acadêmico do 8º Período de Medicina na FPS

ORCID: 0009-0005-6927-0054

**Maria Cecília Gonçalves Pimentel Silva**

Acadêmico do 8º Período de Medicina na FPS

ORCID: 0009-0006-3540-8198

**Ricardo Rios Falcão Lacerda**

Acadêmico do 10º Período de Medicina na FPS

ORCID: 0009-0003-9704-659X

**Vanessa Maria Oliveira da Silva**

Acadêmico do 9º Período de Medicina na FPS

ORCID: 0009-0003-3366-986X

**RESUMO**

**OBJETIVO:** Avaliar o conhecimento de adolescentes da rede pública de Palmares-PE sobre hábitos de vida saudáveis, descrever suas características sociodemográficas e hábitos de vida e verificar a associação do conhecimento com o estado nutricional e os hábitos de vida. **MÉTODOS:** Estudo descritivo, de corte transversal, com componente analítico, realizado entre março e abril de 2026 com 146 adolescentes de 15 a 19 anos matriculados em escolas públicas de Palmares-PE. Foram aplicados formulários próprios para obtenção de dados sociodemográficos e antropométricos e informações sobre hábitos de vida e conhecimento sobre hábitos saudáveis, avaliado por meio de 25 itens em escala Likert de cinco pontos. As associações foram avaliadas pelos testes de correlação de Spearman, Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, considerando-se significância estatística de $p<0,05$. **RESULTADOS:** A média de idade foi de 16,40 ± 0,86 anos, com distribuição igual entre os sexos. Do total**,** 60,3% residiam na zona rural e 60,6% apresentavam renda familiar inferior a um salário-mínimo. Identificou-se excesso de peso em 33,6% dos adolescentes. O consumo diário de frutas (31,0%) e de verduras e legumes (29,7%) foi baixo, enquanto 35,2% relataram consumo frequente de alimentos ultraprocessados. Cerca de 40% eram fisicamente inativos e 45,3% apresentavam sono insuficiente. A pontuação média de conhecimento foi de 3,55 ± 0,57, em escala de 1 a 5 (alfa de Cronbach=0,915), com maior pontuação no domínio álcool e tabaco e menor no domínio alimentação. Não houve associação significativa entre a pontuação de conhecimento e o estado nutricional ($p=0,537$) nem com a maioria dos hábitos de vida avaliados. Observou-se correlação positiva fraca entre a pontuação de conhecimento **e** o tempo sentado ($\rho=0,229$; $p=0,012$). **CONCLUSÃO:** Os adolescentes apresentaram menor pontuação de conhecimento no domínio da alimentação, além de elevada frequência de hábitos de vida inadequados e excesso de peso. A pontuação de conhecimento não esteve associada ao estado nutricional nem à maioria dos hábitos de vida avaliados. Os achados apontam para a importância de estratégias de educação em saúde que considerem tanto os aspectos de menor conhecimento quanto os comportamentos de saúde identificados nessa população.

**Palavras-chave:** Adolescência; Doenças Crônicas; Hábitos Saudáveis; Conhecimento; Estudos Transversais.

**ABSTRACT**

**OBJECTIVE:** To assess knowledge of healthy lifestyle habits among adolescents attending public schools in Palmares, Pernambuco, Brazil; describe their sociodemographic characteristics and lifestyle habits; and investigate the association of knowledge with nutritional status and lifestyle habits. **METHODS:** This descriptive cross-sectional study with an analytical component was conducted between March and April 2026 and included 146 adolescents aged 15–19 years enrolled in public schools in Palmares, Pernambuco, Brazil. Study-specific questionnaires were used to collect sociodemographic and anthropometric data and information on lifestyle habits and knowledge of healthy lifestyles, assessed using 25 items rated on a five-point Likert scale. Associations were assessed using Spearman's correlation, Mann–Whitney, and Kruskal–Wallis tests, with statistical significance set at $p<0.05$. **RESULTS:** The mean age was 16.40 ± 0.86 years, with equal distribution by sex. Overall, 60.3% of participants lived in rural areas, and 60.6% had a family income below one minimum wage. Excess weight was identified in 33.6% of adolescents. Daily consumption of fruits (31.0%) and vegetables (29.7%) was low, while 35.2% reported frequent consumption of ultra-processed foods. Approximately 40% were physically inactive, and 45.3% reported insufficient sleep. The mean knowledge score was 3.55 ± 0.57 on a scale from 1 to 5 (Cronbach's alpha=0.915), with the highest score in the alcohol and tobacco domain and the lowest in the nutrition domain. Knowledge scores were not significantly associated with nutritional status ($p=0.537$) or with most of the lifestyle habits assessed. A weak positive correlation was observed between knowledge scores and sitting time ($\rho=0.229$; $p=0.012$). **CONCLUSION:** Adolescents had lower knowledge scores in the nutrition domain, along with a high frequency of unhealthy lifestyle habits and excess weight. Knowledge scores were not associated with nutritional status or with most of the lifestyle habits assessed. These findings highlight the importance of health education strategies that address both the areas in which knowledge was lower, and the health behaviors identified in this population.

**Keywords:** Adolescence; Chronic Diseases; Healthy Lifestyle; Knowledge; Cross-Sectional Studies.

# I. INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) têm se tornado uma preocupação crescente em todo o mundo, representando a principal causa de morte e incapacidade nos dias atuais[1]. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2021, elas responderam por cerca de 43 milhões de mortes, o equivalente a aproximadamente 75% de todas as mortes não relacionadas à pandemia de COVID-19 nesse ano[1]. Entre essas doenças, destacam-se as doenças cardiovasculares, o diabetes mellitus tipo 2, os cânceres e as doenças respiratórias crônicas, sendo que todas elas estão intimamente ligadas a fatores de risco modificáveis, como sedentarismo, maus hábitos alimentares, tabagismo e etilismo[1,2]. Nesse contexto, a adoção de hábitos de vida saudáveis é fundamental para a prevenção dessas condições, e intervenções precoces podem resultar em grandes benefícios para a saúde a longo prazo[3].

Muitos desses hábitos são adquiridos na infância e se consolidam na adolescência, tornando essas fases estratégicas para ações de prevenção. A OMS define a adolescência como a faixa etária entre os 10 aos 19 anos, 11 meses e 29 dias, e, a juventude, como o intervalo entre os 15 e os 24 anos, havendo sobreposição entre os últimos anos da adolescência e os primeiros anos da juventude. No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) segue a definição da OMS para adolescência e adota, ainda, o conceito de "pessoas jovens" para se referir ao conjunto de adolescentes e jovens, abrangendo o intervalo entre os 10 e os 24 anos[4].

Nesse período, marcado por importantes mudanças físicas, emocionais e sociais, os jovens passam a assumir maior autonomia sobre decisões relacionadas à saúde e ao estilo de vida[4]. Nesse contexto, o letramento em saúde, definido como a capacidade de acessar, compreender, avaliar e aplicar informações em saúde para a tomada de decisões, tem sido utilizado para investigar a relação entre conhecimento e comportamento em adolescentes brasileiros[5]. A insuficiência de informações sobre alimentação e atividade física pode favorecer a adoção de comportamentos de risco, como dietas inadequadas e sedentarismo, associados ao maior risco de desenvolvimento de doenças crônicas na vida adulta[6]. Assim, a educação em saúde pode contribuir para ampliar a capacidade dos adolescentes de tomar decisões mais conscientes sobre seus hábitos e estilo de vida[7].

Essa carência de conhecimento sobre o tema ajuda a explicar a magnitude do problema observado no Brasil, onde a situação é alarmante e dados do Ministério da Saúde

revelam que 61,4% da população adulta apresentava sobrepeso ou obesidade em 2023, condições que aumentam o risco de desenvolvimento de DCNT[8]. Entre os adolescentes, a obesidade também representa um cenário preocupante, acompanhado pela elevada frequência de comportamentos de risco, como alimentação inadequada e sedentarismo, esses dados foram identificados pela Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PeNSE 2024) realizada com cerca de 12,3 milhões de escolares brasileiros entre 13 e 17 anos[9].

Esses achados reforçam a importância de estratégias de promoção da saúde que reduzam a desinformação e estimulem hábitos saudáveis, como uma alimentação equilibrada e a prática regular de atividades físicas, contribuindo para a prevenção de doenças crônicas e para a melhoria da qualidade de vida dos jovens[10] A inclusão de programas de educação em saúde nas escolas pode ser uma estratégia eficaz para abordar essa lacuna, permitindo que os adolescentes desenvolvam habilidades críticas para a vida, como a tomada de decisões informadas sobre sua saúde[12]. Além disso, a escola é um ambiente propício para a disseminação de informações, uma vez que os jovens passam a maior parte do tempo nesse ambiente e são influenciados por seus pares e educadores[13].

Estudos nacionais e internacionais demonstram que hábitos de vida inadequados na adolescência, como alimentação não saudável, inatividade física, tempo excessivo de tela e sono insuficiente, estão associados a maior ocorrência de sobrepeso, obesidade e alterações cardiovasculares.[14,15,16] No Brasil, também são frequentes comportamentos de risco relacionados à alimentação, atividade física, consumo de álcool e tabagismo[9,17.] Em Pernambuco, uma pesquisa realizada em Recife com dados do Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes (ERICA) identificou elevada frequência de hábitos alimentares inadequados e inatividade física entre adolescentes, com 60% apresentando comportamentos alimentares inadequados e 52,4% classificados como fisicamente inativos[17]. O consumo de álcool e tabaco também foi observado, em 18,7% e 3,8% dos participantes, respectivamente[17]. Entretanto, esses achados são provenientes da capital do estado, enquanto ainda são escassas as informações sobre esses comportamentos e o conhecimento relacionado à saúde entre adolescentes residentes no interior de Pernambuco.

Nesse contexto, Palmares, município da Mata Sul de Pernambuco, constitui um cenário relevante para investigar o conhecimento e os hábitos de vida de adolescentes. A escola representa um espaço estratégico para ações de promoção da saúde, e intervenções educativas podem contribuir para ampliar o conhecimento e favorecer comportamentos mais saudáveis.[18,19] Este estudo integra um projeto-âncora voltado à prevenção de doenças crônicas não transmissíveis entre estudantes da rede pública do município.

Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar o conhecimento de adolescentes da rede pública de Palmares-PE sobre hábitos de vida saudáveis, descrever as características sociodemográficas dos adolescentes e de seus responsáveis, identificar os hábitos de vida e verificar se há associação entre a pontuação obtida na avaliação do conhecimento, o estado nutricional e os hábitos de vida adotados pelos adolescentes.

## II. MÉTODOS

Foi realizado estudo descritivo, de corte transversal, com componente analítico, no município de Palmares, Zona da Mata Sul de Pernambuco. Participaram 146 estudantes adolescentes matriculados na rede pública de ensino. O estudo integra o projeto-âncora "Intervenção Educativa para Prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis em Estudantes Adolescentes da Rede Pública de Palmares - PE: Ensaio Clínico Randomizado por Cluster". Foram incluídos adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos devidamente matriculados e frequentando o ensino médio em uma das escolas sorteadas no projeto âncora. Foram excluídos do estudo estudantes com dificuldades cognitivas ou de comunicação que poderiam dificultar sua capacidade de compreensão das perguntas ou de expressar suas opiniões. A coleta de dados foi realizada no período de março a abril de 2026.

Foram criados formulários específicos para a pesquisa que abordavam informações sociodemográficas e antropométricas dos adolescentes e de seus responsáveis, além de dados sobre hábitos de vida e conhecimento. Foram avaliados: idade, sexo, raça/cor, área do domicílio, composição e renda familiar, condições de moradia, acesso a dispositivos e internet, peso e estatura. O índice de massa corporal (IMC) foi calculado pela razão entre o peso, em quilogramas, e o quadrado da estatura, em metros. O estado nutricional foi classificado pelo IMC para idade e sexo, utilizando-se as curvas de crescimento adotadas pelo Ministério da Saúde – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), baseadas na referência da Organização Mundial da Saúde (OMS) para indivíduos de 5 a 19 anos. Foram considerados magreza os valores de IMC/Idade de $<-2$ escores-z, eutrofia os valores de $\geq-2$ e $\leq+1$, sobrepeso os valores de $>+1$ e $\leq+2$ e obesidade os valores $>+2$ [20,21]. Também foi investigada a presença de comorbidades nos adolescentes e/ou responsáveis.

Os hábitos de vida investigados compreenderam alimentação, atividade física, comportamento sedentário, sono, uso de telas e consumo de álcool e tabaco. Os itens desses formulários foram elaborados com base em recomendações e documentos de referência nacionais e internacionais sobre alimentação, atividade física, uso de telas, sono e consumo de álcool e tabaco na adolescência[22 - 27]. Foram avaliados consumo alimentar,

realização das principais refeições, frequência e duração da atividade física, tempo sentado, características do sono, uso recreativo de telas e dispositivos eletrônicos e consumo de álcool e tabaco.

O conhecimento sobre hábitos de vida saudáveis foi avaliado por 25 itens em escala *Likert* de cinco pontos, de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). Para apresentação descritiva, as respostas foram agrupadas em concordância, neutralidade e discordância, mantendo-se a pontuação original de 1 a 5 para o cálculo do escore global e dos escores por domínio. A consistência interna dos 25 itens foi avaliada pelo coeficiente alfa de Cronbach.

As variáveis contínuas foram apresentadas por média e desvio-padrão, e as categóricas, por frequências absolutas e relativas. Os dados ausentes foram excluídos. Para avaliar as associações, utilizou-se o coeficiente de correlação de *Spearman* para variáveis ordinais, o teste de Mann–Whitney para comparação da pontuação de conhecimento entre duas categorias e o teste de Kruskal–Wallis para comparação entre três ou mais categorias. Adotou-se nível de significância de 5% ($p<0,05$). As análises foram realizadas no Stata 14.0.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP, sob o parecer 7.830.635 e CAAE 91702525.4.0000.5201

## III. RESULTADOS

Participaram do estudo 146 adolescentes, com média de idade de 16,40 ± 0,86 anos e distribuição igual entre os sexos. Predominaram residentes na zona rural (60,3%) e adolescentes autodeclarados pardos (56,2%). O peso médio foi de 64,08 ± 15,54 kg, a estatura média de 1,66 ± 0,11 m e o IMC médio de 23,69 ± 5,74 kg/m². Quanto ao estado nutricional, 65,8% apresentaram eutrofia, 0,7% magreza, 15,8% sobrepeso e 17,8% obesidade, sendo assim, 33,6% apresentaram excesso de peso. A maioria não referiu doença (95,2%), entre as doenças relatadas pelos adolescentes observou-se anemia, ansiedade, glaucoma congênito, miopia, nódulos, sopros e tireoidopatias. Entre os participantes com informação disponível sobre renda familiar, 60,6% apresentaram renda inferior a um salário mínimo (Tabela 1).

Quanto aos hábitos alimentares, 31,0% dos adolescentes relataram consumo diário de frutas e 29,7%, consumo diário de verduras e legumes. O consumo de alimentos ultraprocessados quase todos os dias foi referido por 35,2% da população, enquanto 17,4% consumiam refrigerante ou suco artificial cinco ou mais vezes por semana. Em relação à atividade física, aproximadamente 40% dos adolescentes não praticaram atividades moderadas

ou intensas nos sete dias anteriores à entrevista. Para 39,0% desses adolescentes, o tempo sentado foi igual ou superior a cinco horas por dia (Tabela 2).

Em relação ao sono, 26,9% relataram dormir habitualmente após as 23 horas e 45,3% dormiam menos de sete horas por noite. Apenas 20,0% referiram acordar sempre descansados. Quanto ao uso de telas, 66,2% relataram três horas ou mais de tela recreativa por dia e 51,8% afirmaram utilizar sempre celular ou outro dispositivo eletrônico na cama antes de dormir. O uso de bebidas alcoólicas foi referido por 9,0% e o uso de cigarros por 0,7% (Tabela 3).

Na avaliação do conhecimento, as maiores proporções de concordância foram observadas nos itens relacionados à dependência associada ao cigarro (81,6%), aos riscos do consumo de álcool na adolescência (81,4%), à identificação de alimentos saudáveis (80,8%), aos riscos do tabaco e derivados (79,1%) e à idade legal para consumo de álcool (78,4%). Por outro lado, 51,0% discordaram da afirmação de que sabiam o que são macronutrientes, e apenas 34,2% concordaram que sabiam identificar os grupos alimentares e suas funções (Tabela 4).

A pontuação de conhecimento obtida pela média das respostas aos 25 itens da escala Likert, foi calculada entre os 124 adolescentes com respostas completas e apresentou média de 3,55 ± 0,57. Os 25 itens apresentaram elevada consistência interna (alfa de Cronbach=0,915). Na análise por domínios, a maior pontuação média foi observada para álcool e tabagismo (3,95 ± 0,70), seguida de atividade física e uso de telas (3,46 ± 0,63), sono (3,44 ± 0,81) e alimentação (3,40 ± 0,62). Esses valores correspondem às médias das respostas aos itens de cada domínio na escala Likert de 1 a 5 e não a percentuais de respostas corretas (Tabela 5).

Não foi observada diferença estatisticamente significativa na pontuação de conhecimento entre eutrofia, sobrepeso e obesidade ($H=1,242$; $p=0,537$). Entre os hábitos de vida selecionados, maior tempo sentado apresentou correlação positiva fraca, com a pontuação de conhecimento ($\rho=0,229$; $p=0,012$). Não foram observadas associações estatisticamente significativas para consumo de frutas, consumo de alimentos ultraprocessados, atividade física moderada, duração do sono, tempo de tela recreativa ou uso de bebidas alcoólicas (Tabela 5).

## IV. DISCUSSÃO

O presente estudo investigou o conhecimento sobre hábitos de vida de 146 adolescentes de escolas da rede pública de Palmares-PE, avaliando o perfil sociodemográfico desses adolescentes e os seus níveis de conhecimento sobre o que são hábitos saudáveis.

Quanto ao perfil sociodemográfico, a predominância de adolescentes residentes em zona rural (60,3%) e de baixa renda familiar (60,6% com renda inferior a um salário-mínimo) reflete o contexto socioeconômico já descrito para o interior de Pernambuco[28], região

historicamente menos representada em estudos sobre saúde do adolescente quando comparada à capital do estado, onde se concentra a maior parte da produção científica sobre o tema, incluindo o próprio estudo ERICA[17]. Esse achado reforça a relevância de investigar populações fora do eixo metropolitano, uma vez que condições de vulnerabilidade social estão frequentemente associadas a menor acesso a informações e a serviços de saúde.

Em relação aos hábitos alimentares, observou-se baixo consumo diário de frutas (31,0%) e de verduras e legumes (29,7%), associado ao expressivo consumo de alimentos ultraprocessados quase todos os dias (35,2%). Esse padrão é semelhante ao identificado pela Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2024), na qual verduras e legumes foram consumidos por cerca de um terço dos escolares brasileiros de 13 a 17 anos no dia anterior à pesquisa, enquanto mais de 40,0% relataram consumo de alimentos[9]. Cabe ressaltar que a PeNSE investiga o consumo referente ao dia anterior à pesquisa, enquanto o presente estudo avaliou a frequência habitual de consumo, o que limita a comparação direta entre as prevalências. Ainda assim, merece destaque o achado da PeNSE 2024 de que estudantes da rede pública apresentaram maior consumo de alimentos ultraprocessados de baixo custo quando comparados aos da rede privada e, na atual pesquisa foi identificado o consumo desse tipo de alimento, diariamente, em mais de 35% dos adolescentes.

Comportamentos alimentares inadequados acarretam um dos principais riscos para sobrepeso e obesidade, que na população desse estudo foi identificado em 33,6%. Corroborando com esses resultados, estudos internacionais, como uma pesquisa realizada na China com 2.243 adolescentes identificou que a alimentação inadequada, composta principalmente por frituras, associou-se a maior prevalência de sobrepeso e obesidade[15]. Além disso, estudo no Paquistão com uma amostra de 4.200 participantes, concluiu que adolescentes com hábitos alimentares inadequados e com relato de maior tempo de uso de tela e menor duração do sono apresentavam maior prevalência de obesidade[16].

Em relação à atividade física, aproximadamente 40% dos adolescentes não praticaram atividades moderadas ou intensas na semana anterior à entrevista, e 39,0% permaneceram sentados por cinco horas ou mais por dia, cenário que reforça a necessidade de estratégias de promoção de atividade física já discutidas em um estudo realizado na Eslováquia com 1.225 adolescentes, nos quais a prática regular de atividade física associou-se a um melhor estado nutricional[14].

Os resultados relativos ao sono e ao uso de telas também são preocupantes: 45,3% dos adolescentes dormiam menos de sete horas por noite, e apenas 20,0% relataram acordar sempre descansados. Esses valores estão abaixo do preconizado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), que recomenda, com base na Academia Americana de Medicina do Sono, duração de

sono entre 8 e 10 horas por noite para adolescentes de 13 a 18 anos[29]. O uso de telas mostrou-se expressivo, com 66,2% relatando três ou mais horas diárias de tela recreativa, ultrapassando o limite de 2 a 3 horas diárias também recomendado pela SBP[29] e 51,8% utilizando dispositivos eletrônicos na cama antes de dormir, comportamento que compromete a qualidade do sono e é consistente com a associação entre tempo de tela, sono insuficiente e desfechos metabólicos desfavoráveis já descritos na literatura internacional[16].

Quanto ao consumo de álcool e tabaco, chama atenção a baixa prevalência encontrada (9,0% e 0,7%, respectivamente), valores bem inferiores aos relatados em Recife-PE pelo estudo que avaliou 2.400 adolescentes, no qual 18,7% dos adolescentes referiram consumo de álcool e 3,8% tabagismo[17]. Essa diferença provavelmente não reflete uma realidade epidemiológica distinta, mas sim um efeito de subnotificação. A coleta de dados em ambiente escolar pode ter inibido respostas verdadeiras sobre comportamentos socialmente reprovados, sobretudo em um município de menor porte, onde o risco percebido de identificação pode ser maior. Esse fenômeno já foi discutido em estudo com adolescentes de contexto rural no Brasil, no qual prevalências de consumo de substâncias abaixo do esperado foram atribuídas ao viés de desejabilidade social, especialmente entre jovens de comunidades pequenas, receosos de que suas respostas pudessem identificá-los[27]. Assim, os valores aqui encontrados devem ser interpretados com cautela, e não como uma estimativa precisa da prevalência real desses comportamentos entre os adolescentes de Palmares.

Na avaliação do conhecimento sobre hábitos de vida saudáveis, os 25 itens apresentaram elevada consistência interna (alfa de Cronbach = 0,915), o que confere confiabilidade ao instrumento utilizado. Observou-se, contudo, heterogeneidade importante entre os domínios avaliados: a maior pontuação média foi verificada no domínio álcool e tabagismo (3,95 ± 0,70), enquanto o domínio alimentação apresentou o menor desempenho (3,40 ± 0,62). Chama atenção que 51,0% dos adolescentes discordaram de saber o que são macronutrientes, e apenas 34,2% concordaram que sabiam identificar os grupos alimentares e suas funções. Esse padrão é compatível com o observado em um estudo brasileiro com 526 adolescentes de 14 a 19 anos, coletado virtualmente, que concluiu que a falta de conhecimento sobre hábitos de vida saudáveis estava relacionada a menor escolaridade e ao sexo masculino[5]. Uma hipótese para esse achado é que o conhecimento nutricional específico seja mais técnico e menos difundido pela mídia e pelo discurso escolar que as informações sobre os efeitos deletérios do álcool e do tabaco. Portanto, o ambiente escolar com adolescentes configura uma boa oportunidade de trabalhar intervenções educativas sobre a alimentação e seus aspectos nutricionais.

Não foi identificada diferença na pontuação de conhecimento entre as categorias de estado nutricional. Resultado semelhante foi observado em estudo multicêntrico realizado com 3.546 adolescentes europeus de 12,5 a 17,5 anos, no qual não houve correlação entre o IMC e o conhecimento nutricional[31]. No entanto, estudo realizado em 2026 com 1.440 estudantes poloneses de 10 a 18 anos identificou menor conhecimento sobre hábitos alimentares saudáveis entre aqueles com excesso de peso quando comparados aos estudantes com peso adequado[32]. Em conjunto, esses achados indicam que a relação entre conhecimento e estado nutricional não é uniforme e pode ser influenciada por fatores socioeconômicos, comportamentais e ambientais, reforçando que o conhecimento, isoladamente, não explica o estado nutricional.

Não foram observadas associações estatisticamente significativas entre a pontuação de conhecimento e a maioria dos hábitos de vida avaliados. Resultado semelhante foi identificado em revisão sistemática que reuniu 13 estudos com crianças e adolescentes, na qual parte dos estudos não demonstrou associação significativa entre conhecimento nutricional e práticas alimentares, e as associações identificadas foram, em geral, de baixo poder estatístico[33]. Esses achados indicam que o conhecimento sobre recomendações de saúde, embora importante, pode não ser suficiente para determinar sua incorporação ao cotidiano, uma vez que os comportamentos também são influenciados por fatores individuais, familiares e ambientais[33].

No presente estudo, o tempo sentado apresentou correlação positiva de baixo poder estatístico com a pontuação de conhecimento ($\rho$=0,229; p=0,012). Embora estatisticamente significativa, essa associação deve ser interpretada com cautela, considerando sua pequena magnitude e o delineamento transversal, que não permite estabelecer temporalidade ou relação causal.

Os resultados indicam a necessidade de ações educativas que ultrapassem a transmissão de informações e favoreçam a aplicação prática do conhecimento, especialmente nos domínios de alimentação, atividade física, sono e uso de telas. O ambiente escolar constitui espaço relevante para essas estratégias, permitindo integrar educação em saúde, desenvolvimento de habilidades e condições que facilitem escolhas mais saudáveis.

Algumas limitações devem ser consideradas na interpretação destes resultados. O delineamento transversal impede o estabelecimento de relações de causalidade entre conhecimento, hábitos de vida e desfechos de saúde. A realização do estudo em um único município limita a generalização dos achados para outras regiões do interior de Pernambuco ou do Brasil. Os dados sobre hábitos de vida e conhecimento foram obtidos por autorrelato, sujeitos a viés de memória e de desejabilidade social, problema já discutido para os desfechos de álcool e tabagismo, mas que pode também ter influenciado, em menor grau, as respostas sobre alimentação e atividade física.

Apesar dessas limitações, os resultados deste estudo reforçam a necessidade de estratégias de educação em saúde na adolescência que vão além da transmissão de conteúdo, incorporando componentes voltados à aplicação prática do conhecimento e à superação de barreiras contextuais para a adoção de hábitos saudáveis. Esses achados justificam e fundamentam a continuidade das ações previstas no projeto-âncora ao qual este estudo está vinculado, que prevê intervenção educativa com metodologia ativa nas escolas públicas de Palmares-PE.

## V. CONCLUSÃO

Os adolescentes apresentaram menor pontuação de conhecimento no domínio da alimentação, além de elevada frequência de hábitos de vida inadequados e excesso de peso. A pontuação de conhecimento não esteve associada ao estado nutricional nem à maioria dos hábitos de vida avaliados. Os achados apontam para a importância de estratégias de educação em saúde que considerem tanto os aspectos de menor conhecimento quanto os comportamentos de saúde identificados nessa população.

## VI. REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Doenças não transmissíveis [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2025 [citado em 30 ago. 2026]. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases

2. Lichtenstein AH, Khera A, Anderson CAM, Appel LJ, DeSilva DM, Gardner C, Hu FB, Jones DW, Petersen KS, et al. 2026 dietary guidance to improve cardiovascular health: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2026;153(18):e1285-e1295. doi:10.1161/CIR.0000000000001435.

3. Oliveira ER de, Barboza DRS, Louzada GE, Coutinho JV de S, Broedel HP, Chanca NL, et al. A IMPORTÂNCIA DA FORMAÇÃO DE BONS HÁBITOS ALIMENTARES NA INFÂNCIA COMO PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA OBESIDADE. REASE [Internet]. 2023;1(1):29-45. Disponível em: https:// periodicorease.pro.br/rease/article/view/10489

4. Ministério da Saúde (BR). Saúde do adolescente [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [citado 2026 ago 25]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-do-adolescente

5. Sukys S, Kuzmarskiene G, Motiejunaite K. Systematic Review of Health Literacy and Health Behavior in Adolescents Research. Epidemiologia

[Internet]. 2026 [citado 2026 ago 30];7(1):29. Disponível em: https://doi.org/10.3390/epidemiologia7010029

6. Pimentel SM, Avila MAG, Medeiros VDA, Prata RA, Nunes HRC, Silva JB. Fatores relacionados ao letramento em saúde de adolescentes brasileiros: estudo transversal. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2024 [citado 30 ago 2026];58:e20230310. doi:10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0310pt.

7. Annan RA, Apprey C, Agyemang GO, Tuekpe DM, Asamoah-Boakye O, Okonogi S, Yamauchi T, Sakurai T. Nutrition education improves knowledge and BMI-for-age in Ghanaian school-aged children. Afr Health Sci. 2021 Jun;21(2):927-941. doi: 10.4314/ahs.v21i2.55. PMID: 34795753; PMCID: PMC8568213.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2006-2024: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal entre 2006 e 2024 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2025 [citado 30 ago 2026]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_2006_2024_doencas_cronicas.pdf

9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2024 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2026 [citado 2026 ago 30]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2102266

10. Selamat R, Raib J, Aziz NAA, Zulkafly N, Ismail AN, Mohamad WNAW, Zulkiply AA, Jalaludin MY, Zain FM, Ishak Z, Yahya A, Mokhtar AH. Effects of the MyBFF@school obesity intervention program with nutrition education intervention on nutrition knowledge and attitude of secondary schoolchildren: a cluster randomized controlled trial. BMC Public Health. 2025 Jan 9;24(Suppl 1):3624. doi: 10.1186/s12889-024-21090-8. PMID: 39789494; PMCID: PMC11714800.

11. Souza ETC, Borba JMC, Silva MSP da, Melo APR de. Teenager's eating habits from urban and rural areas of a county of Pernambuco. RSD [Internet]. 2023 [citado 2026 ago 25];12(4):e7212440969. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/40969

12. Dourado JVL, Arruda LP, Ponte KM de A, Silva MAM da, Junior ARF, Aguiar FAR. Tecnologias para a educação em saúde com adolescentes: revisão

integrativa. Avances en Enfermería [Internet]. 2021 [citado 2026 ago 25];39(2):235–54. Disponível em: https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/85639

13. Rocha DFA, Cabral GFC, Silva PA, Machado IE, Lima EH. Análise do perfil de saúde dos alunos matriculados no Ensino Médio da Escola Estadual Ouro Preto: um estudo transversal descritivo.

14. Ružbarská B, Bakalár P, Vašková M, Kopčáková J, Kolarčik P, López-Gil JF. Concomitant associations of dietary behaviours and physical activity with body composition in adolescents. BMC Public Health. 2025;25:4303. doi:10.1186/s12889-025-25642-4.

15. Pan X, Jiang C, Wang W, Lin J. Lifestyle factors associated with being overweight and obesity in children and adolescents: a cross-sectional study in Zhejiang, China. *Front Public Health*. 2025;13:1551099. 2025 Mar 19. doi:10.3389/fpubh.2025.1551099

16. Tanveer M, Cai Y, Badicu G, Asghar E, Batrakoulis A, Ardigò LP, et al.. Associations of 24-h movement behaviour with overweight and obesity among school-aged children and adolescents in Pakistan: An empirical cross-sectional study. *Pediatr Obes*. 2025;20(5):e13208. doi:10.1111/ijpo.13208

*17*. Bezerra MK de A, Carvalho EF de, Oliveira JS, Cesse EÂP, Lira PIC de, Cavalcante JGT, et al.. Estilo de vida de adolescentes estudantes de escolas públicas e privadas em Recife: ERICA. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2021 [citado em 2026 ago 30];26(1):221–32. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.34622018

18. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Ideb — Resultados [Internet]. Brasília: Inep; [citado 2026 ago 30]. Disponível em: https://www.gov.br/inep/pt-br/areas-de-atuacao/pesquisas-estatisticas-e-indicadores/ideb/resultados

19. Lima CESN, da Costa CSR. A importância da Educação em Saúde para adolescentes no ambiente escolar. RIPPMar [Internet]. 2023 [citado 27º de abril de 2025];9(1):75-86. Disponível em: https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/RIPPMAR/article/view/13914

20. Sagrilo LM, Rodrigues SO, Silva LD da, Machado LB. Ambiente escolar e a educação em saúde com adolescentes: relato de experiência. REAS [Internet]. 2022 [citado 27abr.2025];15(5):e10346. Disponível em: https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/10346

21. Ministry Health of Brazil. Dietary Guidelines for the Brazilian Population. Brasília – DF, 2015.

22. World Health Organization (WHO). Physical activity. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity

23. American Academy of Pediatrics (AAP). Screen time for teenagers. https://www.aap.org/en/patient-care/media-and-children/center-of-excellence-on-social-media-and-youth-mental-health/qa-portal/qa-portal-library/qa-portal-library-questions/screen-time-for-teenagers/?srsltid=AfmBOoozO3DwiRAY0xbJzeQ-o-hqXpeJFwz6sM11HHAsF722izaH8Rxa

24. Paruthi S, Brooks LJ, D'Ambrosio C, Hall WA, Kotagal S, Lloyd RM, Malow BA, Maski K, Nichols C, Quan SF, Rosen CL, Troester MM, Wise MSRecommended Amount of Sleep for Pediatric Populations: A Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine.J Clin Sleep Med. 2016;12(6):785-6. doi: 10.5664/jcsm.5866.

25. World Health Organization (WHO). Tobacco. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco

26. World Health Organization (WHO). Alcohol. https://www.who.int/health-topics/alcohol#tab=tab_1

## VII. TABELAS

**Tabela 1. Características sociodemográficas, econômicas e antropométricas dos adolescentes da rede pública de ensino de Palmares - PE, 2026 (n=146).**

| Características | N | % |
|---|---|---|
| **Idade (anos), média ± DP** | **16,40 ± 0,86** | |
| **Peso (kg), média ± DP** | **64,08 ± 15,54** | |
| **Estatura (m), média ± DP** | **1,66 ± 0,11** | |
| **IMC (kg/m²), média ± DP** | **23,69 ± 5,74** | |
| **Estado nutricional (IMC/idade)** | | |
| **Magreza** | **1** | **0,7** |
| **Eutrofia** | **96** | **65,8** |
| **Sobrepeso** | **23** | **15,8** |
| **Obesidade** | **26** | **17,8** |
| **Área do domicílio** | | |

| Características | N | % |
|---|---|---|
| **Zona rural** | **88** | **60,3** |
| **Zona urbana** | **58** | **39,7** |
| **Sexo** | | |
| **Feminino** | **73** | **50,0** |
| **Masculino** | **73** | **50,0** |
| **Raça/cor** | | |
| **Branca** | **44** | **30,1** |
| **Parda** | **82** | **56,2** |
| **Negra** | **17** | **11,6** |
| **Amarela** | **3** | **2,1** |
| **Doença referida** | | |
| **Sim** | **7** | **4,8** |
| **Não** | **139** | **95,2** |
| **Renda familiar [a]** | | |
| **<1 salário mínimo** | **77** | **60,6** |
| **1–3 salários mínimos** | **42** | **33,1** |
| **4–6 salários mínimos** | **8** | **6,3** |
| **>7 salários mínimos** | **0** | **0,0** |
| **Habitação** | | |
| **Casa própria** | **124** | **84,9** |
| **Aluguel** | **22** | **15,1** |
| **Possui celular** | | |
| **Sim** | **141** | **96,6** |
| **Não** | **5** | **3,4** |
| **Possui computador** | | |
| **Sim** | **25** | **17,1** |
| **Não** | **121** | **82,9** |
| **Possui internet** | | |
| **Sim** | **141** | **96,6** |
| **Não** | **5** | **3,4** |

* Percentuais calculados com base nas respostas válidas de cada variável. DP: desvio-padrão. / Respostas ausentes por categoria: a 19

**Tabela 2. Hábitos alimentares, prática de atividade física e comportamento sedentário dos adolescentes da rede pública de ensino de Palmares-PE,2026 (n=146).**

| Características | N | % |
|---|---|---|
| **Consumo de frutas[a]** | | |
| Nunca | 11 | 7,6 |
| 1–3 vezes/semana | 68 | 46,9 |
| 4–6 vezes/semana | 21 | 14,5 |
| Diariamente | 45 | 31,0 |
| **Consumo de verduras e legumes[b]** | | |
| Nunca | 19 | 13,1 |
| 1–3 vezes/semana | 59 | 40,7 |
| 4–6 vezes/semana | 24 | 16,6 |
| Diariamente | 43 | 29,7 |
| **Consumo de ultraprocessados[c]** | | |
| Nunca | 4 | 2,8 |
| 1–2 vezes/semana | 66 | 45,5 |
| 3–4 vezes/semana | 24 | 16,6 |
| Quase todos os dias | 51 | 35,2 |
| **Realiza refeições principais[d]** | | |
| Sim | 107 | 74,8 |
| Às vezes | 28 | 19,6 |
| Raramente | 7 | 4,9 |
| Nunca | 1 | 0,7 |
| **Consumo de refrigerante/suco artificial[e]** | | |
| Nenhuma | 8 | 5,6 |
| 1–2 vezes/semana | 68 | 47,2 |
| 3–4 vezes/semana | 43 | 29,9 |
| 5 ou mais vezes/semana | 25 | 17,4 |
| **Número de refeições/dia[f]** | | |

| Características | N | % |
|---|---|---|
| 1–2 | 21 | 14,5 |
| 3–4 | 80 | 55,2 |
| 5 ou mais | 44 | 30,3 |
| **Consumo de *fast-food*[g]** | | |
| Nunca | 21 | 14,6 |
| 1 vez/semana | 91 | 63,2 |
| 2–3 vezes/semana | 29 | 20,1 |
| 4 ou mais vezes/semana | 3 | 2,1 |
| **Atividade física moderada – dias/semana[h]** | | |
| Nenhum | 59 | 42,4 |
| 1–2 dias | 37 | 26,6 |
| 3–4 dias | 26 | 18,7 |
| 5 dias ou mais | 17 | 12,2 |
| **Duração da atividade moderada[i]** | | |
| <30 minutos | 53 | 49,1 |
| 30–60 minutos | 35 | 32,4 |
| >1 hora | 20 | 18,5 |
| **Atividade física intensa – dias/semana[j]** | | |
| Nenhum | 54 | 40,0 |
| 1–2 dias | 34 | 25,2 |
| 3–4 dias | 20 | 14,8 |
| 5 dias ou mais | 27 | 20,0 |
| **Duração da atividade intensa[k]** | | |
| <30 minutos | 28 | 28,3 |
| 30–60 minutos | 36 | 36,4 |
| >1 hora | 35 | 35,4 |
| **Tempo sentado/dia[l]** | | |
| <2 horas | 40 | 28,4 |
| 2–4 horas | 46 | 32,6 |
| 5–6 horas | 33 | 23,4 |

| Características | N | % |
|---|---|---|
| >6 horas | 22 | 15,6 |

* Percentuais calculados com base nas respostas válidas de cada variável. Foram excluídos de cada análise os participantes com dados ausentes nas variáveis envolvidas. / Respostas ausentes por categoria: a 1, b 1, c 1, d 3, e 2, f 1, g 2, h 7, 1 38, j 11, k 47, l 5

**Tabela 3. Características do sono, uso de telas e consumo de álcool e tabaco dos adolescentes da rede pública de ensino de Palmares-PE, 2026 (n=146).**

| Características | N | % |
|---|---|---|
| **Horário habitual de dormir [a]** | | |
| Antes das 21h | 30 | 20,7 |
| 21h–23h | 76 | 52,4 |
| Após 23h | 39 | 26,9 |
| **Latência para adormecer [b]** | | |
| <15 minutos | 84 | 57,9 |
| 16–30 minutos | 48 | 33,1 |
| 31–60 minutos | 13 | 9,0 |
| **Duração do sono/noite [c]** | | |
| <5h | 9 | 6,5 |
| 5–6h | 54 | 38,8 |
| 7–8h | 57 | 41,0 |
| >8h | 19 | 13,7 |
| **Acorda descansado [d]** | | |
| Sempre | 28 | 20,0 |
| Às vezes | 78 | 55,7 |
| Raramente | 24 | 17,1 |
| Nunca | 10 | 7,1 |
| **Dificuldade para dormir por preocupações [e]** | | |
| Nunca | 27 | 19,3 |
| Raramente | 59 | 42,1 |
| Às vezes | 39 | 27,9 |
| Sempre | 15 | 10,7 |

| Características | N | % |
|---|---|---|
| **Uso de medicamentos para dormir [f]** | | |
| Nunca | 128 | 91,4 |
| Raramente | 5 | 3,6 |
| Às vezes | 5 | 3,6 |
| Sempre | 2 | 1,4 |
| **Sonolência/dificuldade de concentração durante o dia [g]** | | |
| Nunca | 27 | 19,3 |
| Raramente | 56 | 40,0 |
| Frequentemente | 37 | 26,4 |
| Sempre | 20 | 14,3 |
| **Despertares noturnos [h]** | | |
| Nunca | 56 | 40,6 |
| 1–2 vezes | 71 | 51,4 |
| 3–4 vezes | 8 | 5,8 |
| >4 vezes | 3 | 2,2 |
| **Tempo de tela recreativa/dia [i]** | | |
| <1 hora | 17 | 12,5 |
| 1–2 horas | 29 | 21,3 |
| 3–4 horas | 43 | 31,6 |
| >4 horas | 47 | 34,6 |
| **Uso de dispositivo na cama antes de dormir [j]** | | |
| Nunca | 8 | 5,8 |
| Às vezes | 26 | 19,0 |
| Frequentemente | 32 | 23,4 |
| Sempre | 71 | 51,8 |
| **Uso de telas durante as refeições [k]** | | |
| Nunca | 12 | 8,8 |
| Às vezes | 62 | 45,3 |
| Frequentemente | 21 | 15,3 |
| Sempre | 42 | 30,7 |

| Características | N | % |
|---|---|---|
| **Responsáveis impõem limites ao tempo de tela [l]** | | |
| Sim, sempre | 29 | 20,0 |
| Às vezes | 48 | 33,1 |
| Frequentemente | 68 | 46,9 |
| **Uso de bebidas alcoólicas [m]** | | |
| Sim | 12 | 9,0 |
| Não | 122 | 91,0 |
| **Uso de cigarros [n]** | | |
| Sim | 1 | 0,7 |
| Não | 135 | 99,3 |

* Percentuais calculados com base nas respostas válidas de cada variável. Foram excluídos de cada análise os participantes com dados ausentes nas variáveis envolvidas. / Respostas ausentes por categoria: a 1, b 1, c 7, d 6, e 6, f 6, g 6, h 8, i 10, j 9, k 9, l 1, m 12, n 10

**Tabela 4. Conhecimento sobre hábitos de vida saudáveis dos adolescentes da rede pública de ensino de Palmares-PE, 2026 (n=146).**

| Conhecimento avaliado | Discordo n (%) | Não concordo nem discordo n (%) | Concordo n (%) |
|---|---|---|---|
| Q1. Macronutrientes[a] | 73 (51,0) | 50 (35,0) | 20 (14,0) |
| Q2. Identificação de alimentos saudáveis | 12 (8,2) | 16 (11,0) | 118 (80,8) |
| Q3. Interpretação de rótulos | 23 (15,8) | 37 (25,3) | 86 (58,9) |
| Q4. Grupos alimentares e suas funções | 50 (34,2) | 46 (31,5) | 50 (34,2) |
| Q5. Impacto dos ultraprocessados[b] | 26 (17,9) | 27 (18,6) | 92 (63,4) |
| Q6. Alimentação equilibrada[c] | 13 (9,0) | 28 (19,3) | 104 (71,7) |
| Q7. Frequência ideal de atividade física[d] | 32 (22,2) | 37 (25,7) | 75 (52,1) |
| Q8. Benefícios da atividade física[e] | 15 (10,3) | 20 (13,8) | 110 (75,9) |
| Q9. Tipos de atividade física benéficos[f] | 24 (16,6) | 20 (13,8) | 101 (69,7) |
| Q10. Recomendação semanal de atividade física[g] | 40 (27,8) | 41 (28,5) | 63 (43,8) |
| Q11. Tipos de exercício e seus efeitos[h] | 50 (34,5) | 44 (30,3) | 51 (35,2) |
| Q12. Prejuízos do excesso de telas[i] | 20 (13,8) | 27 (18,6) | 98 (67,6) |

| Conhecimento avaliado | Discordo n (%) | Não concordo nem discordo n (%) | Concordo n (%) |
|---|---|---|---|
| Q13. Recomendação de tempo de tela[j] | 21 (14,7) | 32 (22,4) | 90 (62,9) |
| Q14. Importância de limitar o tempo de tela[k] | 22 (15,2) | 26 (17,9) | 97 (66,9) |
| Q15. Estratégias para reduzir uso de dispositivos[l] | 41 (28,3) | 42 (29,0) | 62 (42,8) |
| Q16. Sintomas de alterações do sono[m] | 43 (30,7) | 34 (24,3) | 63 (45,0) |
| Q17. Consequências da privação de sono[n] | 31 (22,1) | 28 (20,0) | 81 (57,9) |
| Q18. Horas de sono recomendadas[o] | 19 (13,7) | 20 (14,4) | 100 (71,9) |
| Q19. Higiene do sono[p] | 38 (27,1) | 32 (22,9) | 70 (50,0) |
| Q20. Riscos do álcool na adolescência[q] | 15 (10,7) | 11 (7,9) | 114 (81,4) |
| Q21. Idade legal para consumo de álcool[r] | 16 (11,5) | 14 (10,1) | 109 (78,4) |
| Q22. Efeitos imediatos e tardios do álcool[s] | 24 (17,6) | 22 (16,2) | 90 (66,2) |
| Q23. Riscos do tabaco e derivados[t] | 15 (11,2) | 13 (9,7) | 106 (79,1) |
| Q24. Efeitos do tabaco sobre a saúde[u] | 20 (14,6) | 24 (17,5) | 93 (67,9) |
| Q25. Dependência associada ao cigarro[v] | 12 (8,8) | 13 (9,6) | 111 (81,6) |

* Discordo: “discordo totalmente” + “discordo”; Concordo: “concordo” + “concordo totalmente”. Percentuais calculados com base nas respostas válidas de cada item. / Respostas ausentes por categoria: a 3, b 1, c 1, d 2, e 1, f 1, g 2, h 1, i 1, j 3, k 1, l 1, m 6, n 6, o 7, p 6, q 6, r 7, s 10, t 12, u 9 v 10

**Tabela 5. Associação entre a pontuação de conhecimento, o estado nutricional e hábitos de vida selecionados dos adolescentes da rede pública de ensino de Palmares, Pernambuco, 2026. (n = 146)**

| Variável | n | Pontuação de conhecimento* | Medida de associação | p |
|---|---|---|---|---|
| **Estado nutricional** | | | | |
| Magreza | 1 | 3,04 | — | — |
| Eutrofia | 84 | 3,56 (3,16–3,84) | | |
| Sobrepeso | 17 | 3,72 (3,12–3,96) | H=1,242 | 0,537 |
| Obesidade | 22 | 3,72 (3,26–3,92) | | |
| **Alimentação** | | | | |
| Consumo de frutas | 123 | | ρ=0,121 | 0,183 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Consumo de alimentos ultraprocessados | 123 | ρ=-0,023 | 0,803 |
| **Atividade física e comportamento sedentário** | | | |
| Atividade física moderada – dias/ semana | 118 | ρ=0,062 | 0,505 |
| Tempo sentado/dia | 119 | ρ=0,229 | 0,012 |
| **Sono** | | | |
| Duração do sono/noite | 118 | ρ=0,032 | 0,731 |
| **Uso de telas** | | | |
| Tempo de tela recreativa/dia | 115 | ρ=0,157 | 0,094 |
| **Álcool** | | | |
| Uso de bebidas alcoólicas | 113 | U=481,500 | 0,739 |

*† ρ: coeficiente de correlação de Spearman; U: teste de Mann–Whitney; H: teste de Kruskal–Wallis.

*Na comparação por estado nutricional, a categoria magreza (n=1) foi apresentada de forma descritiva e não incluída no teste de Kruskal–Wallis devido à frequência reduzida. O teste comparou eutrofia, sobrepeso e obesidade (n=123).*

‡ Foram excluídos de cada análise os participantes com dados ausentes nas variáveis envolvidas. Significância estatística: p<0,05.