



## ARTIGO ORIGINAL



## A composição domiciliar está associada à presença de comportamentos de risco em adolescentes brasileiros?

### Is household composition associated with the presence of risk behaviors in Brazilian adolescents?

Marielly Rodrigues de Souza<sup>I</sup> , Ana Paula Muraro<sup>I,III</sup> , Amanda Cristina de Souza Andrade<sup>I,III</sup> , Márcia Gonçalves Ferreira<sup>I,III</sup> , Paulo Rogério Melo Rodrigues<sup>I,III</sup>

<sup>I</sup>Universidade Federal de Mato Grosso, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Cuiabá (MT), Brasil.

<sup>II</sup>Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Saúde Coletiva – Cuiabá (MT), Brasil.

<sup>III</sup>Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Nutrição – Cuiabá (MT), Brasil.

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar a associação da composição domiciliar com comportamentos de risco em adolescentes. **Métodos:** Estudo transversal, com amostra nacionalmente representativa de adolescentes brasileiros (n=159.245) de 13 a 17 anos, matriculados e frequentando regularmente do sétimo ao nono anos do ensino fundamental e da primeira à terceira séries do ensino médio, participantes da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar em 2019. Os comportamentos de risco foram prática insuficiente de atividade física, comportamento sedentário, consumo de bebida alcoólica, tabagismo, pior qualidade da dieta, omissão do café da manhã e não realização de refeições com pais/responsáveis. Nas análises, que foram estratificadas pelo tipo de escola (pública ou privada) e estimadas por modelos de regressão de Poisson, foram considerados os pesos amostrais e o desenho do estudo. **Resultados:** Adolescentes de escolas públicas e privadas, que moravam em domicílios monoparentais ou sem nenhum dos pais, apresentaram maior prevalência de consumo de bebida alcoólica, tabagismo, pior qualidade da dieta, omissão do café da manhã e não realização de refeições com pais/responsáveis comparados àqueles que moravam com ambos os pais. Adicionalmente, entre adolescentes de escolas públicas, aqueles que viviam em domicílios monoparentais apresentaram maior prevalência de comportamento sedentário. Dos adolescentes de escolas privadas, apresentaram maior prevalência de comportamento sedentário aqueles que moravam apenas com a mãe e maior prevalência de prática insuficiente de atividade física os que moravam sem nenhum dos pais. **Conclusão:** Adolescentes brasileiros, de escolas públicas e privadas, que residiam em domicílios monoparentais ou sem os pais, apresentaram maiores prevalências de comportamentos de risco.

**Palavras-chave:** Características da família. Comportamentos de risco. Estilo de vida. Inquérito de saúde. Adolescentes.

**AUTOR CORRESPONDENTE:** Paulo Rogério Melo Rodrigues. Avenida Fernando Corrêa da Costa, 2367, Boa Esperança, CEP: 78060-900, Cuiabá (MT), Brasil. E-mail: prmr84@gmail.com

**CONFLITO DE INTERESSES:** nada a declarar.

**COMO CITAR ESSE ARTIGO:** Souza MR, Muraro AP, Andrade ACS, Ferreira MG, Rodrigues PRM. A composição domiciliar está associada à presença de comportamentos de risco em adolescentes brasileiros? Rev Bras Epidemiol. 2024; 27: e240058. <https://doi.org/10.1590/1980-549720240058.2>

**EDITORA ASSOCIADA:** Rosângela Fernandes Lucena Batista

**EDITORES CIENTÍFICOS:** Cassia Maria Buchalla e Juraci Almeida Cesar

Esse é um artigo aberto distribuído sob licença CC-BY 4.0, que permite cópia e redistribuição do material em qualquer formato e para qualquer fim desde que mantidos os créditos de autoria e de publicação original.

Recebido: 16/05/2024

Revisado: 27/08/2024

Aprovado: 12/09/2024



## INTRODUÇÃO

A adolescência é um período marcado por alterações biopsicossociais que podem predispor os adolescentes a fatores de riscos à saúde, entre eles os comportamentos de risco relacionados ao estilo de vida, os quais podem afetar também a qualidade de vida<sup>1,2</sup>.

O apoio e os comportamentos parentais podem interferir no desenvolvimento e na manutenção dos comportamentos adotados pelos adolescentes<sup>3,4</sup> e nas atitudes parentais positivas, que promovem saúde e qualidade de vida e aumentam a probabilidade de comportamentos igualmente positivos dos filhos<sup>5</sup>.

O ambiente familiar pode estimular a adoção de comportamentos que terão impacto direto na saúde e na vida dos adolescentes, por meio do processo de socialização familiar<sup>4,6</sup>. Silva et al.<sup>7</sup> verificaram que a chance de apresentar simultaneamente maior número de comportamentos de risco (sedentarismo, baixo consumo de frutas e consumo regular de tabaco e de bebidas alcoólicas) foi maior para adolescentes que moravam em domicílios monoparentais ou sem os pais.

Assim, a composição domiciliar pode compor um cenário mais ou menos propenso à adoção de diferentes comportamentos de risco, os quais têm sido apontados como precursores de condições futuras de adoecimento e desenvolvimento de diversas comorbidades, entre elas as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)<sup>2,7,8</sup>. Contudo, a maioria dos estudos encontrados na literatura apresentam associações isoladas de comportamentos específicos ou não consideram a composição domiciliar como exposição principal. O objetivo do presente estudo foi analisar a associação de composição domiciliar e comportamentos de risco em adolescentes brasileiros.

## MÉTODOS

Estudo transversal de base escolar, com amostra nacionalmente representativa de adolescentes brasileiros, utilizando dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), edição de 2019, que investigou escolares matriculados e que frequentaram regularmente do sétimo ao nono anos do ensino fundamental e da primeira à terceira séries do ensino médio. A PeNSE foi conduzida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde.

A amostra foi dimensionada para estimar parâmetros populacionais representativos da população, composta por alunos de 13 a 17 anos de idade, de escolas públicas e privadas do Brasil. A amostragem foi feita por conglomerados em dois estágios, sendo as escolas correspondentes ao primeiro estágio e as turmas de alunos ao segundo estágio<sup>9</sup>. Mais detalhes metodológicos sobre o plano amostral podem ser observados na Figura 1 e obtidos em publicação do IBGE<sup>9</sup>.

A coleta de dados foi realizada pelo IBGE por meio de questionários estruturados e autoaplicáveis disponibilizados em dispositivos móveis de coleta. A base de dados passou por processo de crítica e apuração das informações, a fim de padronizar os dados, ajustar possíveis inconsistências e criar variáveis derivadas necessárias ao cálculo dos indicadores<sup>9</sup>.

### Aspectos éticos

O presente estudo é baseado em dados públicos (<http://www.ibge.gov.br>) e o projeto original da PeNSE foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (registro nº 3.249.268).

### Variáveis do estudo

As variáveis dependentes foram os comportamentos de risco: prática insuficiente de atividade física, comportamento sedentário, consumo de bebida alcoólica, tabagismo, pior qualidade da dieta, omissão do café da manhã e não realização das refeições com pais/responsáveis.

O indicador de atividade física acumulada foi obtido pela soma dos tempos de atividades físicas praticadas na semana anterior à da entrevista, considerando oito quesitos de três domínios: deslocamento entre casa e escola, aulas de educação física na escola e atividades físicas extraescolares. No presente estudo, foi considerado insuficientemente ativo o adolescente que praticou <300 minutos/semana e ativo aquele que praticou ≥300 minutos/semana<sup>10</sup>.

O comportamento sedentário foi avaliado utilizando-se a pergunta "Quantas horas por dia você costuma ficar sentado(a), assistindo à televisão, jogando videogame, usando computador, celular, tablet ou fazendo outras atividades sentado(a)? (NÃO contar sábado, domingo, feriados ou o tempo sentado na escola)", sendo categorizado em menor que duas horas/dia e igual ou maior que duas horas/dia<sup>11</sup>.

O consumo de bebidas alcoólicas foi avaliado por meio da pergunta "Nos últimos 30 dias (um mês), em quantos dias você tomou pelo menos um copo ou uma dose de bebida alcóolica?" Os adolescentes que consumiram pelo menos um copo ou dose de bebida nos últimos 30 dias foram classificados como consumidores e os que responderam "Nunca tomei bebida alcóolica" ou "nenhum dia nos últimos 30 dias" foram considerados como não consumidores. As respostas foram codificadas em "Sim" e "Não"<sup>12</sup>.

O tabagismo foi avaliado considerando o consumo atual de cigarro, obtido com a pergunta "Nos últimos 30 dias, em quantos dias você fumou cigarros?", considerando tabagistas os adolescentes que fumaram cigarro pelo menos um dia nos últimos 30 dias. As respostas foram categorizadas em "Sim" e "Não"<sup>13</sup>.

Para avaliar a omissão do café da manhã, utilizou-se a pergunta "Você costuma tomar o café da manhã?", considerando a resposta "Não" como omissão dessa refeição. A realização de refeições com pais/responsáveis foi obti-

da por meio da pergunta “Você costuma almoçar ou jantar com sua mãe, pai ou responsável?”. A opção de resposta “Não” foi considerada como não realiza refeições com os pais/responsáveis.

A qualidade da dieta foi avaliada com base em um escore nutricional, construído com base na frequência de con-

sumo de seis marcadores de alimentação saudável (feijão, legume ou verdura e frutas frescas ou salada de frutas) e não saudável (guloseimas doces, refrigerantes e alimentos ultraprocessados/fast food)<sup>14</sup>. O escore foi calculado somando-se os escores parciais correspondentes à frequência semanal de consumo: para os marcadores saudáveis, a

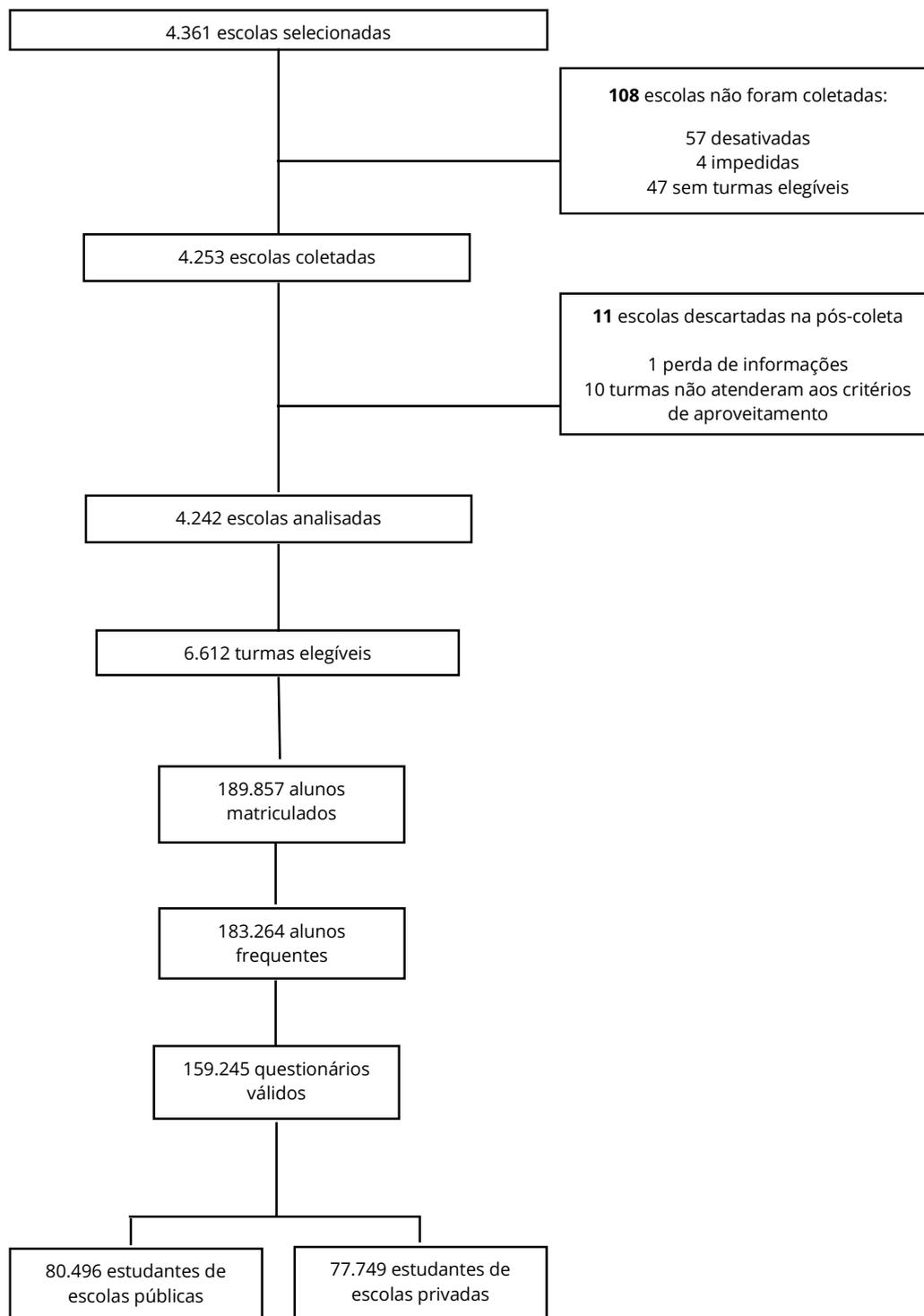


Figura 1. Fluxograma amostral da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), edição 2019, Brasil.<sup>9</sup>

pontuação variou de 0 (não consumia) a 7 (todos os dias); e para os marcadores não saudáveis, a pontuação variou de 7 (não consumia) a 0 (todos os dias). O escore total pode variar de 0 a 49, e quanto maior a pontuação, melhor a qualidade nutricional da dieta<sup>14</sup>. No presente estudo, o escore total foi categorizado em <percentil 75 e ≥percentil 75, sendo a primeira categoria considerada como pior qualidade da dieta.

A variável de exposição foi a composição domiciliar, avaliada por meio das questões “Você mora com sua mãe?” e “Você mora com seu pai?”, ambas com opções de respostas “Sim” ou “Não”, combinadas e categorizadas em morar com ambos os pais, morar apenas com a mãe, morar apenas com o pai e morar sem nenhum dos pais<sup>7,15</sup>.

Foram consideradas como covariáveis o sexo (masculino e feminino), a faixa etária (13–15 e 16–17 anos) e o estrato socioeconômico, caracterizado pelo escore de bens e serviços, construído com base nos itens: telefone celular, computador/notebook, internet, automóvel, moto, banheiro com vaso sanitário e chuveiro na casa e presença de empregada doméstica em três ou mais dias por semana. Para cada item, foi atribuído um peso que equivaleu ao inverso da frequência de posse ou presença no total da amostra avaliada. O escore de cada adolescente foi obtido por meio da soma dos pesos dos respectivos itens, que posteriormente foi dividido em tercís<sup>16,17</sup>. A dependência administrativa da escola (pública e privada) foi utilizada como variável de estratificação.

### Análise estatísticas

As análises estatísticas foram realizadas no software Stata, versão 16.1, considerando o desenho da pesquisa e os pesos pós-estratificação. A estatística descritiva foi apresentada como frequência relativa e intervalo de confiança de 95% (IC95%). A associação da composição domiciliar com as características demográficas e socioeconômicas foi estimada pela não sobreposição dos IC95%.

Na análise bivariada, a associação da composição domiciliar com os comportamentos de risco foi estimada pela não sobreposição dos IC95%. Na sequência, utilizaram-se modelos de regressão de Poisson simples e múltipla, obtendo a razão de prevalência bruta (RP<sub>b</sub>) e ajustada (RP<sub>aj</sub>) e respectivos IC95%. Os modelos foram estratificados pela dependência administrativa da escola e ajustados por sexo, faixa etária e estrato socioeconômico.

## RESULTADOS

Dos adolescentes avaliados, 50,8% eram do sexo feminino, 65,3% com idade entre 13 e 15 anos, 85,5% de escolas públicas, 34,1% foram classificados no segundo tercil do estrato socioeconômico, 55,7% (IC95% 54,8–56,5) moravam com ambos os pais, 32,1% (IC95% 31,4–32,8) apenas com a mãe, 4,8% (IC95% 4,6–5,1) apenas com o pai e 7,4% (IC95% 7,1–7,8) sem nenhum dos pais.

Comparando a prevalência dos comportamentos de risco de adolescentes de escolas públicas com aqueles de escolas privadas, verificou-se diferença significativa para comportamento sedentário (63,2 vs. 77,5%;  $p < 0,01$ ), consumo de bebidas alcoólicas (25,8 vs. 22,3%;  $p < 0,01$ ), tabagismo (6,7 vs. 3,7%;  $p < 0,01$ ), omissão do café da manhã (10,0 vs. 9,4%;  $p = 0,04$ ) e não realização de refeições com pais/responsáveis (7,3 vs. 5,1%;  $p < 0,01$ ) (dados não mostrados).

Entre os adolescentes de escolas públicas, comparando-se com aqueles que moravam com ambos os pais, foram observadas diferenças estatisticamente significativas para: ser insuficientemente ativo, mais prevalente entre os que moravam sem nenhum dos pais (73,2%); ter comportamento sedentário, mais prevalente entre aqueles que moravam apenas com a mãe (66,5%) e sem nenhum dos pais (60,0%). Consumir bebida alcoólica e ser tabagista, respectivamente, mais prevalentes entre adolescentes que moravam sem nenhum dos pais (34,1 e 11,5%), apenas com o pai (30,9 e 9,4%) e apenas com a mãe (28,3 e 8,0%).

Quanto à pior qualidade da dieta, foi mais prevalente entre adolescentes que moravam apenas com a mãe (77,2%) e sem nenhum dos pais (76,5%). Já omitir o café da manhã foi mais prevalente entre adolescentes que moravam apenas com a mãe (11,4%), enquanto não realizar refeições com pais/responsáveis, a maior prevalência foi constatada entre adolescentes que moravam sem nenhum dos pais (21,0%), apenas com o pai (11,1%) e apenas com a mãe (8,3%) (Tabela 1).

Para adolescentes de escolas privadas, comparando-se com adolescentes que moravam com ambos os pais, foram observadas diferenças estatisticamente significativas para ser insuficientemente ativo: mais prevalente entre aqueles que moravam sem nenhum dos pais (74,0%); ter comportamento sedentário: mais prevalente entre adolescentes que moravam apenas com a mãe (79,2%); consumir bebida alcoólica e ser tabagista, respectivamente: mais prevalentes entre os que moravam sem nenhum dos pais (29,9 e 5,4%), apenas com o pai (30,8 e 6,9%) e apenas com a mãe (25,3 e 4,7%); pior qualidade da dieta: mais prevalente entre adolescentes que moravam apenas com a mãe (77,3%); omitir o café da manhã e não realizar refeições com pais/responsáveis: mais prevalentes entre adolescentes que moravam sem nenhum dos pais (11,9 e 16,1%), apenas com o pai (11,0 e 8,1%) e apenas com a mãe (11,5 e 7,9%) (Tabela 1).

Na análise ajustada, no estrato de escolas públicas, adolescentes que moravam apenas com a mãe apresentaram maior prevalência de pior qualidade da dieta (RP<sub>aj</sub> = 1,05), comportamento sedentário (RP<sub>aj</sub> = 1,10), omissão do café da manhã (RP<sub>aj</sub> = 1,24), consumo de bebida alcoólica (RP<sub>aj</sub> = 1,27), tabagismo (RP<sub>aj</sub> = 1,61) e não realização de refeições com pais/responsáveis (RP<sub>aj</sub> = 1,82) comparados àqueles que moravam com ambos os pais. Adoles-

centes que moravam apenas com o pai apresentaram maior prevalência de pior qualidade da dieta ( $RP_{aj}=1,04$ ), comportamento sedentário ( $RP_{aj}=1,05$ ), consumo de bebida alcoólica ( $RP_{aj}=1,31$ ), tabagismo ( $RP_{aj}=1,76$ ) e não realização de refeições com pais/responsáveis ( $RP_{aj}=2,52$ ) comparados aos que moravam com ambos os pais.

Adolescentes que moravam sem nenhum dos pais apresentaram maior prevalência de consumo de bebida alcoólica ( $RP_{aj}=1,32$ ), tabagismo ( $RP_{aj}=2,01$ ), pior qualidade da dieta ( $RP_{aj}=1,03$ ) e não realização de refeições com pais/responsáveis ( $RP_{aj}=4,37$ ) comparados àqueles que moravam com ambos os pais (Tabela 2).

Entre os adolescentes de escolas privadas, aqueles que moravam apenas com a mãe apresentaram maior prevalência de comportamento sedentário ( $RP_{aj}=1,03$ ), pior qualidade da dieta ( $RP_{aj}=1,05$ ), consumo de bebida alcoólica ( $RP_{aj}=1,23$ ), omissão do café da manhã

( $RP_{aj}=1,37$ ), tabagismo ( $RP_{aj}=1,52$ ) e não realização de refeições com pais/responsáveis ( $RP_{aj}=2,10$ ) comparados àqueles que moravam com ambos os pais. Adolescentes que moravam apenas com o pai apresentaram maior prevalência de consumo de bebida alcoólica ( $RP_{aj}=1,36$ ), tabagismo ( $RP_{aj}=1,98$ ), pior qualidade da dieta ( $RP_{aj}=1,04$ ), omissão do café da manhã ( $RP_{aj}=1,32$ ) e não realização de refeições com pais/responsáveis ( $RP_{aj}=2,20$ ) comparados aos que moravam com ambos os pais.

Adolescentes que moravam sem nenhum dos pais apresentaram maior prevalência de pior qualidade da dieta ( $RP_{aj}=1,03$ ), atividade física insuficiente ( $RP_{aj}=1,05$ ), consumo de bebida alcoólica ( $RP_{aj}=1,29$ ), tabagismo ( $RP_{aj}=1,49$ ), omissão do café da manhã ( $RP_{aj}=1,44$ ) e não realização de refeições com pais/responsáveis ( $RP_{aj}=4,04$ ) comparados àqueles que moravam com ambos os pais (Tabela 3).

**Tabela 1. Caracterização de comportamentos de risco em adolescentes, segundo o tipo de escolas e a composição domiciliar. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). Brasil, 2019 (n=159.245).**

Comportamentos	Escolas públicas					Escolas privadas				
	Total (%)	Ambos os pais	Apenas com a mãe	Apenas com o pai	Nenhum dos pais	Total (%)	Ambos os pais	Apenas com a mãe	Apenas com o pai	Nenhum dos pais
Atividade física										
Fisicamente ativo	29,4	29,6 (28,7-30,5)	29,3 (28,1-30,5)	32,2 (29,7-34,8)	26,9 (25,0-28,8)	29,8	30,4 (29,3-31,5)	28,8 (27,6-30,1)	29,3 (26,2-32,6)	26,0 (23,6-28,5)
Insuficientemente ativo	70,6	70,4 (69,5-71,3)	70,7 (69,5-71,3)	67,8 (65,2-70,3)	73,2 (71,2-75,0)	70,2	69,6 (68,5-70,7)	71,2 (69,8-72,4)	70,7 (70,0-73,8)	74,0 (71,5-76,4)
Comportamento sedentário (horas)										
≤2	36,8	38,5 (37,3-39,7)	33,6 (32,4-34,7)	35,5 (33,0-38,0)	40,0 (37,8-42,2)	22,5	23,1 (22,0-24,2)	20,8 (19,7-21,9)	22,8 (19,8-26,1)	21,7 (19,4-24,2)
>2	63,2	61,5 (60,3-62,7)	66,5 (65,2-67,6)	64,5 (62,0-67,0)	60,0 (57,8-62,2)	77,5	76,9 (75,8-78,0)	79,2 (78,1-80,2)	77,2 (73,9-80,2)	78,3 (75,8-80,6)
Consumo de bebida alcoólica										
Sim	22,3	22,5 (21,2-23,9)	28,3 (26,8-29,8)	30,9 (28,3-33,6)	34,1 (31,8-36,5)	22,3	20,4 (19,1-21,9)	25,4 (23,8-27,1)	30,8 (27,7-34,0)	29,9 (27,1-34,0)
Não	77,7	77,5 (76,2-73,2)	71,7 (70,2-71,7)	69,1 (66,4-71,7)	65,9 (63,5-68,2)	77,7	79,6 (78,2-80,9)	74,6 (72,9-76,2)	69,3 (66,0-72,3)	70,2 (67,3-72,3)
Tabagismo										
Sim	6,7	4,9 (4,5-5,5)	8,0 (7,3-8,8)	9,4 (7,8-11,2)	11,5 (10,2-12,9)	3,7	3,1 (2,7-3,5)	4,7 (4,2-5,3)	6,9 (5,5-8,7)	5,4 (4,3-6,7)
Não	93,3	95,0 (94,5-95,5)	92,0 (91,2-92,8)	90,7 (88,8-92,2)	88,5 (87,1-89,8)	96,3	96,9 (96,5-97,3)	95,3 (94,7-95,8)	93,1 (91,3-94,5)	94,6 (93,3-95,7)
Qualidade da dieta										
Melhor	25,4	27,4 (26,4-28,3)	22,8 (21,9-23,8)	24,2 (21,8-26,9)	23,5 (21,7-25,4)	26,0	27,3 (26,2-28,4)	22,7 (21,5-23,9)	24,0 (21,0-27,2)	25,2 (22,7-27,9)
Pior	74,6	72,7 (71,7-73,6)	77,2 (76,2-78,1)	75,8 (73,1-78,2)	76,5 (74,6-78,3)	74,0	76,7 (71,6-73,8)	77,3 (76,1-78,5)	76,0 (72,8-79,0)	74,8 (72,1-77,3)
Café da manhã										
Regular	90,0	90,9 (90,3-91,5)	88,7 (87,9-89,4)	90,2 (88,5-91,6)	89,7 (88,5-90,8)	90,6	91,6 (91,2-92,1)	88,5 (87,9-89,3)	89,0 (86,9-90,8)	88,1 (86,1-89,9)
Omissão	10,0	9,1 (8,5-9,7)	11,4 (10,6-12,2)	9,8 (8,4-11,5)	10,3 (9,2-11,6)	9,4	8,4 (7,9-8,9)	11,5 (10,7-12,3)	11,0 (9,2-13,1)	11,9 (10,2-13,9)
Refeições com pais/responsáveis										
Sim	92,7	95,7 (95,4-96,0)	91,7 (90,9-92,3)	88,9 (87,1-90,6)	79,0 (77,3-80,7)	94,9	96,5 (96,2-96,8)	92,2 (91,4-92,8)	91,9 (90,0-93,4)	83,9 (81,5-86,1)
Não	7,3	4,3 (4,0-4,6)	8,3 (7,7-9,0)	11,1 (9,4-12,9)	21,0 (19,4-22,7)	5,1	3,5 (3,2-3,8)	7,9 (7,2-8,6)	8,1 (6,7-10,0)	16,1 (13,8-18,5)

**Tabela 2. Associação de composição domiciliar e comportamentos de risco em adolescentes brasileiros de escolas públicas. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2019.**

Composição domiciliar	Comportamentos de risco					
	Prática insuficiente de atividade física		Comportamento sedentário		Consumo de bebida alcoólica	
	RPb (IC95%)	RPaj (IC95%)	RPb (IC95%)	RPaj (IC95%)	RPb (IC95%)	RPaj (IC95%)
Ambos os pais	1	1	1	1	1	1
Apenas com mãe	1,00 (0,99–1,02)	0,99 (0,97–1,01)	1,08 (1,06–1,10)*	1,10 (1,07–1,12)*	1,26 (1,20–1,32)*	1,27 (1,21–1,32)*
Apenas com pai	0,96 (0,93–1,00)	0,98 (0,94–1,01)	1,05 (1,01–1,09)†	1,05 (1,01–1,09)†	1,37 (1,25–1,50)*	1,31 (1,20–1,4)*
Nenhum dos pais	1,04 (1,01–1,07)*	1,00 (0,98–1,03)	0,98 (0,94–1,01)	0,98 (0,95–1,02)	1,52 (1,41–1,63)*	1,32 (1,23–1,42)*
Composição domiciliar	Tabagismo			Pior qualidade da dieta		
	RPb (IC95%)	RPaj (IC95%)	RPb (IC95%)	RPaj (IC95%)	RPb (IC95%)	RPaj (IC95%)
	Ambos os pais	1	1	1	1	1
Apenas com mãe	1,61 (1,45–1,79)*	1,61 (1,45–1,79)*	1,06 (1,05–1,08)*	1,05 (1,04–1,07)*	1,06 (1,05–1,08)*	1,05 (1,04–1,07)*
Apenas com pai	1,88 (1,57–2,25)*	1,76 (1,47–2,11)*	1,04 (1,01–1,08)†	1,04 (1,01–1,08)†	1,04 (1,01–1,08)†	1,04 (1,01–1,08)†
Nenhum dos pais	2,31 (2,05–2,61)*	2,01 (1,78–2,28)*	1,05 (1,02–1,08)*	1,03 (1,01–1,06)†	1,05 (1,02–1,08)*	1,03 (1,01–1,06)†
Composição domiciliar	Omissão do café da manhã			Não realização de refeições com pais/responsáveis		
	RPb (IC95%)	RPaj (IC95%)	RPb (IC95%)	RPaj (IC95%)	RPb (IC95%)	RPaj (IC95%)
	Ambos os pais	1	1	1	1	1
Apenas com mãe	1,25 (1,14–1,36)*	1,24 (1,13–1,35)*	1,93 (1,75–2,13)*	1,82 (1,65–2,02)*	1,93 (1,75–2,13)*	1,82 (1,65–2,02)*
Apenas com pai	1,08 (0,91–1,28)	1,09 (0,93–1,29)	2,57 (2,14–3,08)*	2,52 (2,11–3,01)*	2,57 (2,14–3,08)*	2,52 (2,11–3,01)*
Nenhum dos pais	1,13 (0,99–1,29)	1,08 (0,95–1,23)	4,87 (4,38–5,42)*	4,37 (3,93–4,86)*	4,87 (4,38–5,42)*	4,37 (3,93–4,86)*

RP<sub>b</sub>: razão de prevalência bruta; RP<sub>aj</sub>: razão de prevalência ajustada por sexo, faixa etária e estrato socioeconômico; IC95%: intervalo de confiança de 95%. \*p<0,01; †p<0,05.

**Tabela 3. Associação de composição domiciliar e comportamentos de risco em adolescentes brasileiros de escolas privadas. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2019.**

Composição domiciliar	Comportamentos de risco					
	Prática insuficiente de atividade física		Comportamento sedentário		Consumo de bebida alcoólica	
	RPb (IC95%)	RPaj (IC95%)	RPb (IC95%)	RPaj (IC95%)	RPb (IC95%)	RPaj (IC95%)
Ambos os pais	1	1	1	1	1	1
Apenas com mãe	1,02 (1,00–1,04)*	1,00 (0,98–1,02)	1,03 (1,0–1,04)*	1,03 (1,01–1,05)†	1,24 (1,17–1,32)†	1,23 (1,16–1,29)†
Apenas com pai	1,01 (0,96–1,07)	1,02 (0,97–1,07)	1,00 (0,96–1,05)	1,00 (0,96–1,05)	1,51 (1,33–1,70)†	1,36 (1,19–1,55)†
Nenhum dos pais	1,06 (1,03–1,10)†	1,05 (1,01–1,09)†	1,02 (0,98–1,05)	1,02 (0,99–1,05)	1,46 (1,32–1,61)†	1,29 (1,17–1,42)†
Composição domiciliar	Tabagismo			Pior qualidade da dieta		
	RPb (IC95%)	RPaj (IC95%)	RPb (IC95%)	RPaj (IC95%)	RPb (IC95%)	RPaj (IC95%)
	Ambos os pais	1	1	1	1	1
Apenas com mãe	1,54 (1,35–1,75)†	1,52 (1,32–1,74)†	1,06 (1,04–1,08)†	1,05 (1,03–1,07)†	1,06 (1,04–1,08)†	1,05 (1,03–1,07)†
Apenas com pai	2,27 (1,77–2,91)†	1,98 (1,54–2,56)†	1,05 (1,01–1,09)*	1,04 (1,01–1,08)*	1,05 (1,01–1,09)*	1,04 (1,01–1,08)*
Nenhum dos pais	1,76 (1,38–2,23)†	1,49 (1,17–1,89)†	1,03 (0,99–1,07)	1,03 (1,01–1,06)*	1,03 (0,99–1,07)	1,03 (1,01–1,06)*
Composição domiciliar	Omissão do café da manhã			Não realização de refeições com pais/responsáveis		
	RPb (IC95%)	RPaj (IC95%)	RPb (IC95%)	RPaj (IC95%)	RPb (IC95%)	RPaj (IC95%)
	Ambos os pais	1	1	1	1	1
Apenas com mãe	1,37 (1,26–1,48)†	1,37 (1,26–1,49)†	2,25 (2,00–2,52)†	2,10 (1,87–2,37)†	2,25 (2,00–2,52)†	2,10 (1,87–2,37)†
Apenas com pai	1,31 (1,09–1,57)†	1,32 (1,20–1,58)†	2,32 (1,88–2,87)†	2,20 (1,79–2,72)†	2,32 (1,88–2,87)†	2,20 (1,79–2,72)†
Nenhum dos pais	1,42 (1,20–1,67)†	1,44 (1,22–1,71)†	4,60 (3,89–5,44)†	4,04 (3,40–4,80)†	4,60 (3,89–5,44)†	4,04 (3,40–4,80)†

RP<sub>b</sub>: razão de prevalência bruta; RP<sub>aj</sub>: razão de prevalência ajustada por sexo, faixa etária e estrato socioeconômico. IC95%: intervalo de confiança de 95%; \*p<0,05; †p<0,01.

## DISCUSSÃO

Adolescentes brasileiros, de escolas públicas e privadas, que moravam em domicílios monoparentais ou sem a presença dos pais apresentaram maior frequência de comportamentos de risco comparados àqueles que moravam com ambos os pais. Observou-se também diferenças nas prevalências nos comportamentos de risco de acordo com a presença paterna ou materna no domicílio, assim como em função da dependência administrativa da escola.

Os resultados observados no presente estudo para tabagismo e consumo de bebida alcoólica são consistentes com os observados na literatura. Othman et al.<sup>18</sup> constataram, entre adolescentes do Sudão, que morar com apenas um dos pais foi determinante para o uso de tabaco. Bird et al.<sup>19</sup> verificaram que adolescentes mexicanos que moravam em domicílios com ausência de um ou ambos os pais biológicos tiveram maior probabilidade de serem fumantes. Ricardo et al.<sup>20</sup> observaram que adolescentes brasileiros que não moravam com ambos os pais estavam mais expostos ao consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo. Park e Lee<sup>21</sup> constataram que adolescentes coreanos de famílias reestruturadas ou filhos de pais solteiros tinham maiores chances de fumar e consumir bebidas alcoólicas. Entre possíveis explicações, o tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas têm sido relatados por adolescentes como forma de alívio dos estresses psicológicos pela ausência de um ou ambos os pais, reforçando a importância da família na construção de estratégias específicas para a saúde mental dos adolescentes<sup>22</sup>.

Na PeNSE 2019, morar em domicílios monoparentais ou sem nenhum dos pais foi associado com atividade física insuficiente e comportamento sedentário. Resultados semelhantes foram encontrados por Langøy et al.<sup>23</sup> e Ricardo et al.<sup>20</sup>, que verificaram, entre adolescentes noruegueses, que morar com um dos pais solteiros foi negativamente associado à prática de atividade física moderada a vigorosa e positivamente associado à exposição à tela por duas horas ou mais por dia<sup>23</sup> e que adolescentes brasileiros que não moravam com ambos os pais estavam mais expostos às telas<sup>20</sup>.

Crianças de famílias monoparentais relatam enfrentar mais barreiras para a prática de atividades físicas do que aquelas de famílias com ambos os pais e recebem menos apoio dos pais pela falta de tempo livre, carga de trabalho e responsabilidades domésticas<sup>24,25</sup>. Outros fatores relatados como restritores do envolvimento em atividade física são o tempo de viagem que adolescentes de famílias monoparentais ou sem nenhum dos pais precisam disponibilizar para visitar os pais biológicos e a dependência dos pais para transportá-los a treinos ou competições<sup>24</sup>. É possível que adolescentes de famílias monoparentais tenham maior autonomia na tomada de decisões sobre seu tempo livre, podendo resultar na escolha de comportamentos que exijam menos esforço e na redução do tempo investido em tarefas educativas<sup>25</sup>.

O ambiente domiciliar também pode influenciar os comportamentos alimentares dos adolescentes, pois crenças, atitudes e comportamentos parentais podem afetar os comportamentos de saúde dos filhos<sup>26-28</sup>. Assim, os comportamentos alimentares dos pais estão associados aos comportamentos alimentares dos filhos, tanto os saudáveis quanto não saudáveis<sup>29</sup>.

No estudo Health Behaviours in School-aged Children, Lazzeri et al.<sup>28</sup> constataram que adolescentes que pertenciam a famílias com ambos os pais tinham maior probabilidade de consumir o café da manhã diariamente comparadas àqueles de famílias monoparentais. Adolescentes dinamarqueses que pertenciam a outras estruturas familiares (pai ou mãe solteiros ou família reconstituídas) tiveram baixa frequência de consumo de café da manhã<sup>30</sup>. No Brasil, Ricardo et al.<sup>20</sup> constataram que adolescentes que não moravam com ambos os pais estavam mais expostos ao consumo irregular de frutas e hortaliças e consumo regular de alimentos ultraprocessados. Esses resultados se assemelham aos encontrados no presente estudo, que observou que adolescentes de domicílios monoparentais ou sem nenhum dos pais apresentaram pior qualidade da dieta e a omissão do café da manhã comparados àqueles que moravam com ambos os pais.

Levin et al.<sup>31</sup> verificaram que 48% dos adolescentes escoceses que viviam em famílias compostas por ambos os pais faziam refeição em família todos os dias e 17% dos que viviam em famílias monoparentais quase nunca ou nunca faziam refeição em família. Resultado semelhante ao verificado na PeNSE 2019, em que adolescentes de domicílios monoparentais ou sem nenhum dos pais apresentaram maior prevalência de não realização de refeições com pais/responsáveis. A realização de refeições em família está associada à menor probabilidade de diversos comportamentos de risco durante a adolescência e à melhor saúde física e psicológica<sup>31,32</sup>. Além disso, realizar refeições em família tem sido associado a comportamentos alimentares saudáveis, como maior consumo de frutas, vegetais e produtos lácteos e menor consumo de bebidas adoçadas, assim como proporciona momentos de convívio e contato entre os familiares<sup>33,34</sup>.

Por outro lado, dependendo da sua configuração, a composição domiciliar pode compor um cenário de maior predisposição à adoção de comportamentos de risco<sup>7</sup>. Pais que compõem o núcleo monoparental tendem a estar divididos entre sustento da casa, sobrecarga de papéis e suprimento da demanda de atenção às necessidades emocionais e sociais que o adolescente requer<sup>35</sup>. A possível carga de trabalho, fora e dentro de casa, poderia afetar negativamente o tempo e a qualidade do cuidado oferecido ao adolescente<sup>20,36</sup> e adolescentes que não moram com os pais podem estar sujeitos a ter menos regras e limites, tendo relação mais permissiva por parte de seus responsáveis<sup>37</sup>. Assim, famílias com ambos os pais tendem a apresentar contextos de maior estabilidade para os filhos quando comparadas às famílias reconstituídas ou monoparentais<sup>38</sup>.

É importante ressaltar que os comportamentos de risco avaliados neste estudo (atividade física insuficiente, tabagismo, pior qualidade da dieta, omissão do café da manhã e não realização de refeições com pais/responsáveis) foram mais prevalentes em adolescentes de escolas públicas. Esses resultados se assemelham aos de outros estudos<sup>20,39</sup>, que observaram maior prevalência de omissão do café da manhã<sup>39</sup>, consumo de bebida alcoólica, tabagismo e consumo irregular de frutas e hortaliças<sup>20</sup> em estudantes de escolas públicas. No Brasil, frequentar a escola pública tem sido associado a menor renda familiar<sup>40</sup>, ou seja, são adolescentes com maior vulnerabilidade socioeconômica e possíveis reflexos no ambiente familiar e social, uma vez que a maior jornada de trabalho dos pais pode afetar o tempo disponível para preparar refeições e supervisionar os comportamentos de risco dos adolescentes.

Identificar os comportamentos de risco e sua associação com a composição domiciliar se torna importante, pois pode auxiliar no desenvolvimento de estratégias para o enfrentamento dos problemas e agravos, assim como a prevenção de DCNTs<sup>7</sup>. Além disso, pode contribuir para o aprimoramento de políticas públicas de promoção à saúde, principalmente para famílias monoparentais ou com outras configurações, estimulando o acesso dessas famílias a um estilo de vida mais saudável.

As limitações consideradas neste estudo foram a pergunta utilizada para avaliar a exposição, pois refere-se apenas a morar com o pai e/ou com a mãe, limitando a caracterização dos diferentes arranjos familiares. Na literatura, existem diversos tipos de composições domiciliares observados na contemporaneidade, por exemplo, estruturas familiares compostas por casais do mesmo sexo, escolares que moram alternadamente em dois lares e adolescentes que moram com avós<sup>41</sup>. Assim, destaca-se a importância de novos estudos que permitam compreender as mais diversas construções familiares.

No entanto, a caracterização da composição domiciliar resultante das perguntas da presente pesquisa tem sido utilizada em outros estudos realizados com a PeNSE<sup>7,15,20</sup>, permitindo assim a comparabilidade dos resultados. Outra limitação diz respeito à avaliação dos comportamentos de risco por meio do autorrelato, o que pode levar à sub ou superestimação de prevalências. Contudo, o autorrelato tem sido comumente usado em inquéritos nacionais, e a PeNSE integra o sistema de monitoramento da saúde do escolar que utiliza perguntas validadas e comparáveis a outros estudos internacionais<sup>7,42</sup>.

Esse estudo apresenta como pontos fortes a avaliação de amostra nacionalmente representativa de adolescentes brasileiros de escolas públicas e privadas, que avaliou ampla variedade de comportamentos de risco, que são potencialmente modificáveis e podem ser alvo de futuras intervenções para promoção da saúde. Os resultados do presente estudo podem contribuir para o embasamento

científico visando a intervenções e à promoção de estratégias de prevenção em médio e longo prazos, a fim de contribuir para mudanças desejáveis nos comportamentos de risco dos adolescentes.

Conclui-se que adolescentes brasileiros de escolas públicas e privadas que moravam em domicílios monoparentais ou sem nenhum dos pais apresentaram, de modo geral, maior prevalência de comportamentos de risco comparados àqueles que moravam com ambos os pais.

A promoção de ações de saúde no contexto escolar e familiar, de forma conjunta, pode ser uma maneira eficiente de buscar reduzir a exposição a comportamentos de risco na adolescência.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade. Genebra: World Health Organization; 2014.
2. World Health Organization. Adolescent health. Genebra: World Health Organization; 2021.
3. Brito LMS, Martins RK, Cat MNL, Boguszewski MCS. Influência da educação em saúde da família no comportamento de risco em adolescentes. *Arq Ciênc Saúde* 2016; 23(2): 60-4.
4. Jiménez Candel MI, Mondéjar Jiménez J, Gómez Navarro AJ, Monreal Tomás AB. Family influence on childhood excess weight in the Region of Murcia, Spain. *Arch Argent Pediatr* 2021; 119(2): 99-105. <https://doi.org/10.5546/aap.2021.eng.99>
5. Minuzzi T, Pandolfo KCM, Azambuja CR, Santos DL. Relação do comportamento do perfil do estilo de vida de escolares com o de seus pais. *Ciênc Saúde Coletiva* 2019; 24(9): 3563-70. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.12432017>
6. Tomé G, Camacho I, Matos MG, Simões C. Influência da família e amigos no bem-estar e comportamentos de risco: modelo explicativo. *Psicologia Saúde Doenças* 2015; 16(1): 23-34. <https://doi.org/10.15309/15psd160104>
7. Silva RMA, Andrade ACS, Caiaffa WT, Bezerra VM. Coexistência de comportamentos de risco à saúde e o contexto familiar entre adolescentes brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (2015). *Rev Bras Epidemiol* 2021; 24: e210023. <https://doi.org/10.1590/1980-549720210023>
8. Uddin R, Lee EY, Khan SR, Tremblay MS, Khan A. Clustering of lifestyle risk factors for non-communicable diseases in 304,779 adolescents from 89 countries: a global perspective. *Prev Med* 2020; 131: 105955. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.105955>
9. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2019 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2021 [acessado em 08 abr. 2024]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101852.pdf>
10. World Health Organization. Guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Genebra: World Health Organization; 2020.

11. Tremblay MS, Carson V, Chaput JP, Gorber SC, Dinh T, Duggan M, et al. Canadian 24-hour movement guidelines for children and youth: an integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep. *Appl Physiol Nutr Metab* 2016; 41(Suppl. 3): S311-27. <https://doi.org/10.1139/apnm-2016-0151>
12. Bezerra MKA, Carvalho EF, Oliveira JS, Cesse EAP, Lira PIC, Cavalcante JGT, et al. Estilo de vida de adolescentes estudantes de escolas públicas e privadas em Recife: ERICA. *Ciênc Saúde Colet* 2021; 26(1): 221-32. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.34622018>
13. Warren CW, Jones NR, Peruga A, Chauvin J, Baptiste JP, Silva VC, et al. Global youth tobacco surveillance, 2000-2007. *MMWR Surveill Summ* 2008; 57(1): 1-28. PMID: 18219269.
14. Sousa KT, Marques ES, Levy RB, Azeredo CM. Food consumption and depression among Brazilian adults: results from the Brazilian National Health Survey, 2013. *Cad Saude Publica* 2019; 36(1): e00245818. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00245818>
15. Souza MR, Andrade ACS, Froelich M, Muraro AP, Rodrigues PRM. Association of household composition with dietary patterns among adolescents in Brazil. *Br J Nutr* 2023; 130(7): 1213-9. <https://doi.org/10.1017/S000711452300020X>
16. Levy RB, Castro IRR, Cardoso LO, Tavares LF, Sardinha LMV, Gomes FS, et al. Consumo e comportamento alimentar entre adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15(suppl 2): 3085-97. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000800013>
17. Martins BG, Ricardo CZ, Machado PP, Rauber F, Azeredo CM, Levy RB. Fazer refeições com os pais está associado à maior qualidade da alimentação de adolescentes brasileiros. *Cad Saúde Pública* 2019; 35(7): e00153918. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00153918>
18. Othman M, Farid NDN, Aghamohammadi N, Danaee M. Determinants of smokeless tobacco use and prevalence among Sudanese adolescents. *Arch Public Health* 2021; 79(1): 176. <https://doi.org/10.1186/s13690-021-00699-w>
19. Bird Y, Staines-Orozco H, Moraros J. Adolescents' smoking experiences, family structure, parental smoking and socio-economic status in Ciudad Juárez, Mexico. *Int J Equity Health* 2016; 15: 29. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0323-y>
20. Ricardo CZ, Azeredo CM, Rezende LFM, Levy RB. Co-occurrence and clustering of the four major non-communicable disease risk factors in Brazilian adolescents: analysis of a national school-based survey. *PLoS One* 2019; 14(7): e0219370. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219370>
21. Park H, Lee KS. The association of family structure with health behavior, mental health, and perceived academic achievement among adolescents: a 2018 Korean nationally representative survey. *BMC Public Health* 2020; 20(1): 510. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08655-z>
22. Teixeira CC, Guimarães LSP, Echer IC. Fatores associados à iniciação tabágica em adolescentes escolares. *Rev Gaúcha Enferm* 2017; 38(1): e69077. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.69077>
23. Langøy A, Smith ORF, Wold B, Samdal O, Haug EM. Associations between family structure and young people's physical activity and screen time behaviors. *BMC Public Health* 2019; 19(1): 433. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6740-2>
24. Quarmby T, Dagkas S, Bridge M. Associations between children's physical activities, sedentary behaviours and family structure: a sequential mixed methods approach. *Health Educ Res* 2011; 26(1): 63-76. <https://doi.org/10.1093/her/cyq071>
25. Cabanas-Sánchez V, Esteban-Cornejo I, Izquierdo-Gómez R, Padilla-Moledo C, Castro-Piñero J, Veiga OL. How socio-demographic and familiar circumstances are associated with total and domain-specific sedentary behaviour in youth? The UP&DOWN study. *Eur J Sport Sci* 2020; 20(8): 1102-12. <https://doi.org/10.1080/17461391.2019.1691271>
26. Vereecken C, Dupuy M, Rasmussen M, Kelly C, Nansel TR, Al Sabbah H, et al. Breakfast consumption and its socio-demographic and lifestyle correlates in schoolchildren in 41 countries participating in the HBSC study. *Int J Public Health* 2009; 54(Suppl 2): 180-90. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-5409-5>
27. Pedersen TP, Holstein BE, Laursen B, Rasmussen M. Main meal frequency measures in the Health Behaviour in School-aged Children study: agreement with 7-day 24-h recalls. *Int J Public Health* 2015; 60(8): 945-52. <https://doi.org/10.1007/s00038-015-0738-z>
28. Lazzeri G, Ahluwalia N, Niclasen B, Pammolli A, Vereecken C, Rasmussen M, et al. Trends from 2002 to 2010 in daily breakfast consumption and its socio-demographic correlates in adolescents across 31 countries participating in the HBSC study. *PLoS One* 2016; 11(3): e0151052. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0151052>
29. Story M, Neumark-Sztainer D, French S. Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors. *J Am Diet Assoc* 2002; 102(3 Suppl): S40-51. [https://doi.org/10.1016/S0002-8223\(02\)90421-9](https://doi.org/10.1016/S0002-8223(02)90421-9)
30. Pedersen TP, Holstein BE, Damsgaard MT, Rasmussen M. Breakfast frequency among adolescents: associations with measures of family functioning. *Public Health Nutr* 2016; 19(9): 1552-64. <https://doi.org/10.1017/S1368980016000112>
31. Levin KA, Kirby J, Currie C. Adolescent risk behaviours and mealtime routines: does family meal frequency alter the association between family structure and risk behaviour? *Health Educ Res* 2012; 27(1): 24-35. <https://doi.org/10.1093/her/cyr084>
32. Eisenberg ME, Olson RE, Neumark-Sztainer D, Story M, Bearinger LH. Correlations between family meals and psychological well-being among adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004; 158(8): 792-6. <https://doi.org/10.1001/archpedi.158.8.792>
33. Chan JC, Sobal J. Family meals and body weight. Analysis of multiple family members in family units. *Appetite* 2011; 57(2): 517-24. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.07.001>

34. Hammons AJ, Fiese BH. Is frequency of shared family meals related to the nutritional health of children and adolescents? *Pediatrics* 2011; 127(6): e1565-74. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-1440>
35. Melo SCH, Marin AH. Influência das composições familiares monoparentais no desenvolvimento da criança: revisão de literatura. *Revista da SPAGESP* 2016; 17(1): 4-13.
36. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira: 2014. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.
37. Gomide PIC. Pais presentes, pais ausentes: regras e limites. Campinas: Vozes; 2017.
38. Oliveira WA, Silva JL, Sampaio JMC, Silva MAI. Saúde do escolar: uma revisão integrativa sobre família e bullying. *Ciênc Saúde Colet* 2017; 22(5): 1553-64. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.09802015>
39. Bezerra MKA, Carvalho EF, Oliveira JS, Cesse EAP, Lira PIC, Cavalcante JGT, et al. Estilo de vida de adolescentes estudantes de escolas públicas e privadas em Recife: ERICA. *Ciênc Saúde Colet* 2021; 26(1): 221-32. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.34622018>
40. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2014. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.
41. Leite JA, Pompeo EDP, Monteiro LS, Muraro AP, Nogueira PS, Rodrigues PRM. Associação entre composição domiciliar e consume alimentar em adolescentes: uma revisão sistemática. *DEMETERA Alimentação, Nutrição & Saúde* 2021; 16: e57485. <https://doi.org/10.12957/demetera.2021.57485>
42. Tavares LF, Castro IRR, Cardoso LO, Levy RB, Claro RM, Oliveira AF. Validade de indicadores de atividade física e comportamento sedentário da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar entre adolescentes do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2014; 30(9): 1861-74. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151913>

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze the association of household composition with risk behaviors in Brazilian adolescents. **Methods:** Cross-sectional study, with a nationally representative sample of Brazilian adolescents (n=159,245) aged 13 to 17, enrolled and regularly attending the 7th to 9th year of elementary school and the 1st to 3rd year of high school, participants in the National Survey of School Health in 2019. The risk behaviors were: insufficient physical activity, sedentary behavior, alcohol consumption, smoking, poorer diet quality, skipping breakfast and not having meals with parents/guardians. In the analyses, the sampling weights and study design were considered, stratified by the type of school (public or private) and estimated using Poisson regression models. **Results:** Adolescents, from public and private schools, who lived in single-parent households or where parents were absent, had a higher prevalence of alcohol consumption, smoking, poorer diet quality, skipping breakfast and not eating meals with parents/guardians, compared to those who lived with both parents. Additionally, adolescents from public schools showed a higher prevalence of sedentary behavior than those from single-parent households. Adolescents from private schools had a higher prevalence of sedentary behavior among those who lived only with their mother and a higher prevalence of insufficient physical activity among those who lived without either parent. **Conclusion:** Brazilian adolescents, from public and private schools, who lived in single-parent households or without parents, showed higher prevalence of risk behaviors. **Keywords:** Family characteristics. Risk behaviors. Life style. Health survey. Adolescents.

**COMITÊ DE ÉTICA:** A PeNSE 2019 foi aprovada pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde.

**CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES:** Souza, M.R.: Análise formal, Conceituação, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição. Muraro, A.P.: Análise formal, Conceituação, Escrita – revisão e edição. Andrade, A.C.S.: Análise formal, Conceituação, Escrita – revisão e edição. Ferreira, M.G.: Análise formal, Escrita – revisão e edição. Rodrigues, P.R.M.: Análise formal, Conceituação, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição.

**FONTE DE FINANCIAMENTO:** este trabalho foi apoiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil, por meio de bolsa de doutorado (M.R.S.; Código Financeiro 001). No entanto, a CAPES não teve nenhum papel na concepção, na análise ou na redação deste manuscrito, e os autores não têm conflitos de interesse a serem relatados.

