

**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**Opinião sobre peso corporal e alimentação de
estudantes do ensino médio**

Ívia Campos Previtali Sampaio

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Nutrição em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Nutrição em Saúde Pública

Orientadora: Prof^a Dra. Ana Maria Dianezi Gambardella

**São Paulo
2013**

Opinião sobre peso corporal e alimentação de estudantes do ensino médio

Ívia Campos Previtali Sampaio

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Nutrição em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Nutrição em Saúde Pública

Orientadora: Prof^a Dra. Ana Maria Dianezi Gambardella

**São Paulo
2013**

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título e ano da dissertação.

DEDICATÓRIA

A minha querida e abençoada família.

Aos meus amados pais, exemplos de vida, Victor e Clícia, pelos ensinamentos e apoio aos estudos desde a infância. Como professores dedicados e comprometidos, hoje aposentados, sempre despertaram em mim o desejo de exercer a mesma profissão.

Ao meu marido, Frederico, que me encorajou e incentivou a lutar por este sonho, me apoiando, tendo muita paciência e compreensão em toda esta jornada.

A minha desejada filhinha, que mesmo ainda em meu ventre, já é tão amada e especial para mim.

As minhas irmãs e parceiras, Éllen e Thaís, e aos meus queridos sobrinhos Lucas, Pedro, Hugo, Otto e Ivo, pelo amor inocente e verdadeiro.

Ao meu avô materno, Felipe, pelo precioso conselho para a vida profissional, ao dizer que o primeiro casamento deveria ser feito com o diploma; e por acreditar que o conhecimento é algo valioso e que ninguém pode lhe tirar.

AGRADECIMENTOS

A Deus, em primeiro lugar, pela sua graça e preciosa oportunidade que parecia impossível.

À querida professora e orientadora, Dr^a Ana Maria Dianezi Gambardella, por confiar em meu trabalho e por contribuir, imensamente, para meu crescimento profissional e pessoal. Serei eternamente grata por esta experiência profissional proporcionada e, certamente, estará sempre presente em minha memória quando estiver exercendo a profissão de docente.

Ao professor José Maria Pacheco de Souza, pelos valiosos ensinamentos e auxílio na interpretação das análises estatísticas e, principalmente, pela incansável dedicação, paciência e amor à profissão de educador.

Às professoras da banca examinadora Dr^a Maria de Fátima Nunes Marucci e Dr^a Olga Maria Silverio Amancio, pela atenção e pelas sugestões que contribuíram para a melhoria da qualidade deste trabalho.

Aos excelentes professores que tive a oportunidade de conviver durante as aulas das disciplinas de pós-graduação.

Às amigas tão especiais que encontrei nesta trajetória, Érica e Karen, pelos momentos agradáveis.

Aos adolescentes que participaram deste estudo e à professora Maria Lúcia que permitiu analisar os dados do projeto que desenvolveu nas escolas, com a colaboração de professoras nutricionistas do Centro Paula Souza.

Aos funcionários da Secretaria e da Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública pela atenção, gentileza e disponibilidade em minhas solicitações.

*Porque o SENHOR dá a sabedoria,
e da sua boca vem a inteligência
e o entendimento (Pv 2.6).*

*Feliz o homem que acha sabedoria,
e o homem que adquire conhecimento (Pv 3.13).*

*Porque melhor é a sabedoria do que joias,
e de tudo o que se deseja
nada se pode comparar com ela (Pv 8.11).*

RESUMO

Previtali-Sampaio IC. Opinião sobre peso corporal e alimentação de estudantes do ensino médio. [Dissertação de Mestrado em Nutrição em Saúde Pública]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2013.

Introdução: A adolescência é um período de intensas mudanças físicas, psicológicas, cognitivas e sociais, que podem influenciar a opinião sobre peso corporal e alimentação. **Objetivo:** Analisar a opinião de adolescentes sobre peso corporal e alimentação. **Métodos:** Estudo transversal, com adolescentes (14 a 19 anos), de ambos os sexos, do ensino médio de escolas técnicas que participaram do Projeto Educação Alimentar, nos municípios de São Paulo, Sorocaba, Ribeirão Preto e Mogi das Cruzes. As variáveis respostas do estudo foram opinião sobre peso corporal e opinião sobre alimentação e as explanatórias foram, ingestão referida de frutas, hortaliças e produtos lácteos, idade, sexo, inatividade física, realização de refeição em frente à televisão, cidade e índice de massa corporal – IMC. Utilizou-se a regressão de *Poisson* ($p < 0,05$) para verificar associação entre as variáveis estudadas e a razão de prevalência entre as categorias das variáveis; o teste de *McNemar* foi calculado para comparar as proporções oriundas das variáveis respostas (opinião sobre peso corporal e alimentação) simultaneamente. Para os cálculos utilizou-se o *Stata*, versão 10.1. **Resultados:** Foram estudados 273 adolescentes (60,4% meninas). Detectou-se associação entre opinião sobre peso corporal, IMC e sexo; incluindo inatividade física para sexo masculino e cidade para sexo feminino. A opinião sobre alimentação mostrou-se associada a sexo, ingestão referida de frutas e hortaliças; incluindo cidade para sexo feminino e somente frutas para sexo masculino. Encontrou-se associação entre opinião sobre peso corporal e alimentação para sexo feminino e para o total de adolescentes. **Conclusão:** A opinião sobre peso corporal e opinião sobre alimentação se manifestaram de forma semelhante e simultânea para sexo feminino e para o total de adolescentes.

Descritores: Opinião sobre peso corporal; Opinião sobre alimentação; Adolescentes; Estudantes.

ABSTRACT

Previtali-Sampaio IC. Opinion about body weight and eating practice of high school students. [Dissertation – Nutrition in Public Health]. São Paulo: Faculty of Public Health. University of São Paulo; 2013.

Introduction: Adolescence is a period of intense physical, psychological, cognitive and, social changes that may influence opinion about body weight and eating practice. **Objective:** To analyze adolescents' opinion about body weight and eating practice. **Methods:** Cross-sectional study with adolescents (14-19 years) of both sexes, from technical high schools that participated from the Nutrition Education Project, in São Paulo, Sorocaba, Ribeirão Preto and Mogi das Cruzes cities. The response variables of the study were opinion about body weight and eating practice and the explanatory ones were reported fruits, vegetables and dairy products intake, age, sex, physical inactivity, making meal in front of the television, city and body mass index – BMI. Poisson regression ($p < 0.05$) was used to determine the association among these variables and the prevalence ratio among the categories of variables; McNemar test was calculated to compare the proportions derived from response variables (opinion about body weight and eating practice) simultaneously. For the calculations, Stata, version 10.1 was used. **Results:** 273 adolescents (60.4% girls) participated from the study. Association was detected among opinion about body weight, BMI and sex, including physical inactivity for males and city for females. Opinion about eating practice was associated with sex, reported fruits and vegetables intake; including city for females and only fruits for males. It was found association between opinion about body weight and eating practice for females and for the adolescents. **Conclusion:** The opinion about body weight and opinion about eating practice manifested similarly and simultaneously for females and for the adolescents.

Descriptors: Opinion about body weight; Opinion about eating practice; Adolescents; Students.

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	12
	1.1 CARACTERIZAÇÃO DE ADOLESCENTE	12
	1.2 OPINIÃO SOBRE PESO CORPORAL E FATORES ASSOCIADOS	13
	1.3 OPINIÃO SOBRE ALIMENTAÇÃO E FATORES ASSOCIADOS	19
2	JUSTIFICATIVA	24
3	OBJETIVO	25
4	MÉTODOS	26
	4.1 DELINEAMENTO DE ESTUDO	26
	4.2 LOCAL E POPULAÇÃO DE ESTUDO	26
	4.3 AMOSTRA E COLETA DE DADOS	26
	4.4 VARIÁVEIS DE ESTUDO	28
	4.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA	33
	4.6 QUESTÕES ÉTICAS	34
5	RESULTADOS	35
	5.1 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA	35
	5.2 ASSOCIAÇÃO ENTRE OPINIÃO SOBRE PESO CORPORAL E VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, SEGUNDO SEXO	39
	5.3 ASSOCIAÇÃO ENTRE OPINIÃO SOBRE ALIMENTAÇÃO E VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, SEGUNDO SEXO	42
	5.4 CARACTERÍSTICAS DA OPINIÃO SOBRE PESO CORPORAL E VARIÁVEIS EXPLANATÓRIAS OU	46

INDEPENDENTES, SEGUNDO SEXO	
5.5 CARACTERÍSTICAS DA OPINIÃO SOBRE ALIMENTAÇÃO E VARIÁVEIS EXPLANATÓRIAS OU INDEPENDENTES, SEGUNDO SEXO	48
5.6 ASSOCIAÇÃO ENTRE OPINIÃO SOBRE PESO CORPORAL E OPINIÃO SOBRE ALIMENTAÇÃO, SEGUNDO SEXO	50
6 DISCUSSÃO	52
6.1 OPINIÃO SOBRE PESO CORPORAL	52
6.2 OPINIÃO SOBRE ALIMENTAÇÃO	58
6.3 OPINIÃO SOBRE PESO CORPORAL E ALIMENTAÇÃO	64
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
8 REFERÊNCIAS	66
ANEXOS	73
Anexo 1 – Questionário de Frequência Alimentar	74
Anexo 2 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP	79
Anexo 3 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (FSP/USP)	81
Anexo 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	82
Anexo 5 – Termo de anuência	83
CURRÍCULO LATTES	84

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Caracterização da amostra segundo variáveis sociodemográficas. São Paulo, 2007.	35
Tabela 2 – Caracterização da amostra segundo sexo e realização de refeição em frente à televisão, inatividade física e ingestão referida de frutas, hortaliças e produtos lácteos. São Paulo, 2007.	36
Tabela 3 – Distribuição dos adolescentes segundo sexo, IMC, opinião sobre peso corporal, ingestão referida de grupos de alimentos (frutas, hortaliças e produtos lácteos) e opinião sobre alimentação. São Paulo, 2007.	38
Tabela 4 – Distribuição da resposta “opinião sobre peso corporal” segundo sexo e variáveis sociodemográficas. São Paulo, 2007.	40
Tabela 5 – Distribuição da resposta “opinião sobre peso corporal” segundo sexo e variáveis relacionadas à ingestão alimentar referida. São Paulo, 2007.	41
Tabela 6 – Distribuição da resposta “opinião sobre alimentação” segundo sexo e variáveis sociodemográficas. São Paulo, 2007.	43
Tabela 7 – Distribuição da resposta “opinião sobre alimentação” segundo sexo e variáveis relacionadas à ingestão alimentar referida. São Paulo, 2007.	45
Tabela 8 – Resultados da análise com regressão de <i>Poisson</i> múltipla para as razões de prevalências da resposta “opinião sobre peso corporal”, segundo sexo e variáveis explanatórias. São Paulo, 2007.	47
Tabela 9 – Resultados da análise com regressão de <i>Poisson</i> múltipla para as razões de prevalências da resposta “opinião sobre	49

alimentação, segundo sexo e variáveis explanatórias. São Paulo, 2007.

Tabela 10 – Distribuição das associações entre opinião sobre peso corporal e alimentação segundo sexo. São Paulo, 2007. 51

Lista de Quadros

- Quadro 1** – Descrição das variáveis respostas e suas respectivas questões e categorizações. 28
- Quadro 2** – Descrição das variáveis independentes relacionadas à ingestão referida de grupos de alimentos (frutas, hortaliças e produtos lácteos) e suas respectivas questões e categorizações. 29
- Quadro 3** – Descrição das variáveis independentes e suas respectivas questões e categorizações. 31

1. INTRODUÇÃO

1.1 CARACTERIZAÇÃO DE ADOLESCENTE

A adolescência é o período de transição entre a infância e a vida adulta, compreendendo a idade de 10 a 19 anos, 11 meses e 29 dias (WHO – *World Health Organization* – Organização Mundial da Saúde, 2005). Um em cada cinco indivíduos no mundo é adolescente; portanto, aproximadamente, 20% da população mundial. No Brasil, os adolescentes representam 17,9% da população, totalizando mais de 34 milhões de habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010.

O início da transição está relacionado com o processo biológico da puberdade que desencadeia mudanças físicas, psicológicas, cognitivas e sociais. Devido à secreção de hormônios, ocorre estabelecimento da aparência de adulto, aumento da força física, aparecimento de características sexuais secundárias, alcance da maturação sexual, aquisição da capacidade reprodutiva, aumento do acúmulo de massa óssea, desenvolvimento do pensamento abstrato, autonomia e independência (HUSSAIN e PREECE, 2006; PRENTICE et al., 2006; AGUIRRE et al., 2010; FATUSI e HINDIN, 2010). Estas características influenciam tanto nas recomendações nutricionais durante esta etapa da vida como nas práticas alimentares (AGUIRRE et al., 2010), e também no estado nutricional dos adolescentes (STORY et al., 2002).

A puberdade inicia-se com maior intensidade na fase pré-púbere (10 a 14 anos) e desacelera-se na fase púbere (15 a 19 anos) até cessar na idade adulta, e ocorre mais precocemente em meninas (FECHNER, 2002; FATUSI e HINDIN, 2010).

Estudos mostram interação importante entre o estado nutricional e a puberdade. A desnutrição atrasa o estirão de crescimento do adolescente e

a menarca, e o aumento da ingestão alimentar provoca o ganho de peso e a função menstrual (HALL, 2003; RODRÍGUEZ et al., 2004).

Os adolescentes estão atingindo a maturidade biológica mais cedo na sociedade contemporânea do que em épocas passadas; porém, não se espera a maturidade social correspondente até a idade mais avançada. A opinião imprecisa pode ser uma consequência desta fase, quando os adolescentes tentam se adaptar à diferença entre a maturidade biológica e a social e pode ser influenciada pelo grau de maturação sexual, pares, pressão e expectativa sociais (NEGRIFF e TRICKETT, 2010).

O desenvolvimento puberal precoce ou tardio pode tornar-se estressante para alguns adolescentes (NEGRIFF e TRICKETT, 2010), acarretando dificuldade de enfrentar mudanças no corpo, distúrbios alimentares, alterações no desempenho atlético e na aceitação social (FARIA, 2005).

1.2 OPINIÃO SOBRE PESO CORPORAL E FATORES ASSOCIADOS

De acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009, o excesso de peso atingiu 20,5% dos adolescentes brasileiros (corresponde ao sobrepeso ou risco para obesidade e obesidade), sendo 21,5% de meninos e 19,4% de meninas, e oscilou de 16% a 19% nas regiões norte e nordeste, e de 20% a 27% nas regiões sudeste, sul e centro-oeste. A obesidade representou um quarto (4,9%) dos casos de excesso de peso em ambos os sexos, sendo 5,8% em meninos e 4,0% em meninas e com magnitudes menores, e mostrou distribuição geográfica semelhante à observada para o excesso de peso. A prevalência de baixo peso em adolescentes era de 3,4%, com pequena variação entre os sexos e segundo à região e grupos de idade, indicando assim, baixa frequência de situações atuais de desnutrição na população adolescente brasileira.

Ao longo dos quatro inquéritos Estudo Nacional da Despesa Familiar – ENDEF (1974-1975), Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição – PNSN (1989), POFs (2002-2003 e 2008-2009), a prevalência de baixo peso em adolescentes declinou de 10,1% para 3,7% em meninos e de 5,1% para 3,0% em meninas; enquanto a de excesso de peso continuou aumentando de 3,7% para 21,7% (seis vezes) em meninos e de 7,6% para 19,4% em meninas (três vezes) e a de obesidade aumentou, com freqüências menores, de 0,4% para 5,9% em meninos e de 0,7% para 4,0% em meninas (POF 2008-2009).

A Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PeNSE, 2009) avaliou o índice de massa corporal (IMC) de escolares (peso e estatura aferidos) que cursavam o 9º ano do ensino fundamental (idade mediana, 14 anos) nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal, constatando que 2,9% apresentavam baixo peso; 74%, peso adequado à estatura; 16%, risco para obesidade e; 7,2%, obesidade.

O aumento da prevalência de excesso de peso em idades cada vez mais precoces tem despertado a preocupação de pesquisadores e profissionais da área da saúde, em razão dos danos e agravos à saúde (JOHNSON et al., 2009; LEE, 2009; YOST et al., 2010; KHAMBALIA et al., 2012).

Os maiores problemas de saúde, em longo prazo, associados à obesidade juvenil são sua persistência na idade adulta (GLOWINSKA et al., 2003; SWALLEN et al., 2005; WHO, 2005; DUNCAN et al., 2010; PATTON et al., 2011) e sua associação com o risco de desenvolver hipertensão arterial, cardiopatias, diabetes melito, hiperlipidemias, distúrbios gastrointestinais e hepáticos, apneia do sono, complicações ortopédicas e problemas psicológicos (insatisfação com o tamanho do corpo, depressão e baixa autoestima); conseqüentemente, baixa qualidade de vida (GLOWINSKA et al., 2003; SWALLEN et al., 2005; WHO, 2005; JOHNSON et al., 2009; LEE, 2009; YOST et al., 2010).

A opinião é um juízo subjetivo no modo de ver, sentir e pensar; é a observação empírica de um referente conceitual, resposta verbal específica

a uma questão particular de interesse coletivo e tem base em crenças de ordem cognitiva (CAVAZZA, 2008). Pode exibir análise de discurso, argumentação, limites, modalidade e discurso de bem-estar (STRAUSS, 2004).

Os adolescentes são particularmente sensíveis à opinião dos pares e pais e são influenciados pela comparação com outros e pressão do contexto escolar, que se tornam progressivamente mais exigentes, normativos e competitivos. Em consequência do desenvolvimento cognitivo e do pensamento característico das operações formais durante a adolescência, existem novas possibilidades oferecidas pela capacidade de abstração. Esta passagem do concreto e observável para o abstrato é considerada um avanço em termos cognitivos, pois o mais desenvolvido traz consigo o não observável; logo, as opiniões estão mais sujeitas à distorções e enviesamentos cognitivos, o que pode conduzir a comportamentos desajustados.

A aparência física (peso, estatura, vestuário e apresentação), fundamental para auto-estima global, contribui para a definição da opinião do adolescente (FARIA, 2005).

A opinião sobre peso corporal é como o indivíduo admite seu peso e pode ser influenciada pelo peso real e o ideal. Como os adolescentes estão crescendo fisicamente e mentalmente, a opinião sobre peso ainda está se formando e pode ser extremamente frágil. Durante o período sensível de desenvolvimento, a opinião imprecisa sobre peso pode ser prejudicial para o bem-estar geral dos adolescentes, ao provocar comportamentos inadequados para controle de peso (PARK, 2011). Contrariamente, pode ser benéfica à saúde, levando os indivíduos a adotar comportamentos saudáveis para manter ou atingir o peso adequado à estatura, ingerir frutas e hortaliças e praticar atividade física regularmente (WANG et al., 2009).

A opinião de estar com excesso de peso e não ser mensurado durante a adolescência está intimamente relacionada à atitude de controlar o peso (PARK, 2011; SANTOS et al., 2011) e pode ser um fator de risco importante para futuros transtornos alimentares, ansiedade, depressão e

ideia suicida. Em contrapartida, a subestimação é problemática porque, em muitos casos, isso significa que o excesso de peso atual pode estar sendo ignorado, o que pode aumentar a probabilidade de adotar comportamentos alimentares não saudáveis levando ao ganho de peso e afetando negativamente a eficácia de intervenções nutricionais no combate à obesidade (DUNCAN et al., 2010; PARK, 2011; PASCH et al., 2011).

Os adolescentes podem desenvolver uma opinião imprecisa do que constitui um peso adequado à estatura devido ao aumento da prevalência de excesso de peso entre seus pares (PARK, 2011). Por outro lado, os meios de comunicação, em particular a televisão, frequentemente divulgam modelos de corpos magros e musculosos, dificilmente atingíveis, como sendo ideal, especialmente entre as meninas, enfatizando mais o corpo magro do que o saudável (ARAÚJO et al., 2010; PARK, 2011; SCHOOLER e TRINH, 2011).

A expressão de maior insatisfação está entre as meninas que acreditam estar com excesso de peso; portanto, desejam diminuir o peso; enquanto que entre os meninos, está naqueles que acreditam estar com baixo peso, os quais almejam aumentar o peso (CONTI et al., 2005; SHI et al., 2006; PARK, 2011; SANTOS et al., 2011).

REATO et al. (2007) encontraram 63,6% como sendo a prevalência de percepção precisa do estado nutricional entre 174 adolescentes paulistas (16 a 20 anos).

Ao investigar a associação entre a percepção do peso e o estado nutricional (classificado segundo curvas de crescimento de referências UK, 1990) de 2.789 adolescentes londrinos (11 a 14 anos), VINER et al. (2006) verificaram que a precisão da percepção do peso foi preocupante baixa entre aqueles que se encontravam com excesso de peso (risco para obesidade e obesidade). Entre os meninos, apenas 1/6 dos que estavam com sobrepeso ou risco para obesidade e 1/2 dos que estavam obesos, perceberam-se estar com excesso de peso. As meninas foram mais precisas, mas apenas pouco mais de 1/3 das que estavam em risco para obesidade e cerca de 2/3 das obesas, perceberam-se com excesso de peso.

Os adolescentes também podem estar menos propensos a se engajar em praticar atividade física regularmente e a ter uma alimentação saudável e, portanto, podem se julgar menos saudáveis, impactando em sua opinião sobre peso corporal (FARIA, 2005; PASCH et al., 2011).

É recomendado que neste grupo etário os jovens pratiquem pelo menos uma hora (60 minutos) de atividade física moderada à vigorosa diariamente, ou 300 minutos de atividade física acumulados por semana (WHO, 2005).

Apesar do reconhecimento da importância da atividade física como fator de promoção da saúde e de prevenção de doenças, a prevalência de exposição a baixos níveis de atividade física é elevada e parece afetar pessoas de todas as idades (BRAGGION et al., 2000; TASSITANO et al., 2007).

De acordo com a revisão sistemática realizada por TASSITANO et al. (2007), a prevalência de adolescentes brasileiros expostos a baixos níveis de atividade física variou de 39% a 93,5%. Esses achados indicam discrepâncias que podem ser explicadas pelos diferentes tipos de amostragem e processos metodológicos aplicados nas pesquisas.

Segundo a PeNSE 2012, 30,1% dos escolares, sendo 39,1% dos meninos e 21,8% das meninas, referem praticar atividade física por 300 minutos ou mais nos últimos sete dias; e 6,8% são inativos.

STETTLER et al. (2004) investigaram a associação entre fatores comportamentais e a presença de obesidade em 872 crianças suíças (6 a 10 anos) e observaram que a realização de refeições em frente à televisão não se associou à obesidade, porém houve associação significativa e inversa entre atividade física e obesidade.

A literatura indica possíveis influências diretas e indiretas da televisão na contribuição para a epidemia de obesidade, pois pode alterar o balanço energético dos indivíduos, com tendência para aumento da ingestão de dieta calórica e a diminuição do dispêndio energético. As influências diretas incluem a mudança na quantidade de tempo gasto assistindo televisão, o aumento na prevalência de assistir televisão, a intensidade e o foco das

propagandas de alimentos palatáveis e a tendência de comer enquanto assiste televisão. As influências indiretas em que a televisão poderia promover a obesidade incluem o extenso e amplo uso de propaganda de produtos nos programas televisivos, a proliferação de programação que apresenta a preparação de alimentos, o consumo e a perda de peso como forma de entretenimento e a representação de uma imagem corporal idealizada (BOULOS et al., 2012).

KAUR et al. (2003) avaliaram o efeito de assistir televisão e o IMC de 2.223 adolescentes norte-americanos (12 a 17 anos) e verificaram que aqueles que assistiam televisão mais do que 2 horas por dia, apresentaram duas vezes mais chances de estar com excesso de peso do que aqueles que assistiam até 2 horas por dia.

Os adolescentes são público-alvo dos fabricantes de alimentos, pois muitos já tem seu próprio dinheiro para gastar e maior autonomia de decisão sobre a compra de alimentos comparando com as crianças (BOULOS et al. 2012).

É claro que a televisão tem um impacto significativo sobre a percepção da sociedade da obesidade e o modo que a epidemia está enquadrada nas reportagens, pode influenciar as opiniões do público sobre as causas e as possíveis soluções (BOULOS et al., 2012).

SCHOOLER e TRINH (2011) estudaram a associação entre assistir televisão e satisfação corporal entre 841 adolescentes norte-americanos (11 a 17 anos) e verificaram que houve associação entre assistir televisão e menor satisfação corporal somente entre as adolescentes.

As celebridades da mídia e os pares influenciam significativamente a opinião das adolescentes em relação à imagem corporal e suas práticas alimentares. Há uma necessidade urgente de intervenções efetivas, proativas e educacionais especialmente focadas em adolescentes do sexo feminino (MOONEY et al., 2009).

1.3 OPINIÃO SOBRE ALIMENTAÇÃO E FATORES ASSOCIADOS

A alimentação influencia o crescimento e o desenvolvimento na adolescência; é durante este período que as necessidades energéticas e de nutrientes são maiores, devido ao rápido desenvolvimento físico e cognitivo e à maturação sexual (WHO, 2005; McNAUGHTON et al., 2008).

Entende-se por prática, a atitude do indivíduo em relação a dado objeto e de uma atitude relacionada a fatores externos que envolvem esse objeto (GAMBARDELLA et al., 1999).

As práticas alimentares desenvolvidas na adolescência são susceptíveis em influenciar o hábito alimentar e podem causar impacto na sua saúde em longo prazo, dado o desenvolvimento da identidade e maior autonomia e independência durante este período (CROLL et al., 2001; STORY et al., 2002).

Há quatro níveis de influência sobre a prática alimentar (STORY et al., 2002):

- individual ou intrapessoal: fatores psicológicos (atitudes, crenças, conhecimento, autoeficácia, sabor, preferências alimentares) e fatores biológicos (fome, sexo);
- ambiente social ou interpessoal: família, amigos e pares;
- ambiente físico ou configuração da comunidade: acessibilidade e disponibilidade de alimentos, escola, restaurantes, lanchonetes;
- macrossistema ou social: mídia e propaganda; normas sociais e culturais; sistema de produção e distribuição de alimentos; políticas locais, estaduais e federais; e leis regulamentadoras.

Os adolescentes podem ser considerados um grupo nutricionalmente vulnerável por vários motivos, incluindo elevada necessidade energética para o crescimento, prática alimentar e estilo de vida, conhecimento, opiniões e atitudes, comportamento de risco e sua susceptibilidade às influências individuais, familiares, sociais, físicas e ambientais (CROLL et al., 2001; WHO, 2005; STEVENSON et al., 2007). Há também importantes

fatores de desenvolvimento, relacionados à escolha alimentar exclusivamente associados ao ser adolescente (STEVENSON et al., 2007).

Considerando este panorama, é imprescindível a promoção da alimentação saudável para os adolescentes.

De acordo com os princípios de uma alimentação saudável, todos os grupos de alimentos devem compor a dieta diária. A alimentação saudável deve fornecer água, carboidratos, proteínas, lipídios, vitaminas, fibras e minerais, que são insubstituíveis e indispensáveis ao bom funcionamento do organismo. A diversidade dietética que fundamenta o conceito de alimentação saudável pressupõe que nenhum alimento específico ou grupo, isoladamente, é suficiente para fornecer todos os nutrientes necessários a uma boa nutrição e consequente manutenção da saúde. A alimentação saudável deve apresentar as seguintes características (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006):

- elevada quantidade de grãos, pães, massas, tubérculos, raízes e outros alimentos com alto teor de amido, preferencialmente na sua forma integral;
- rica e variada em frutas, legumes e verduras e em leguminosas e outros alimentos que fornecem proteínas de origem vegetal;
- moderada quantidade de carnes, laticínios e outros produtos de origem animal;
- adequada quantidade de fibras alimentares, gorduras insaturadas, vitaminas, minerais e outros componentes bioativos;
- baixo teor de gorduras, açúcares e sal.

Apesar da divulgação destas características e a importância da alimentação saudável na adolescência, os problemas nutricionais são prevalentes entre os adolescentes. A mensagem de alimentação saudável não tem sido colocada em prática por muitos adolescentes (CROLL et al., 2001).

A baixa qualidade nutricional da alimentação é um dos fatores mais importantes que contribuem para o desenvolvimento da obesidade e está associada à maiores causas de doenças cardiovasculares, hipertensão,

diabete melito tipo 2, osteoporose e alguns tipos de câncer (US DEPARTMENT OF HEALTH, 2005).

A evidência científica identifica componentes alimentares que contribuem para a promoção da saúde. A ingestão de hortaliças, frutas, produtos lácteos e grãos integrais está associada com a redução do risco de doença cardiovascular; enquanto que maior ingestão de ácidos graxos saturados e ingestão insuficiente de frutas e hortaliças estão associadas a maiores riscos. A ingestão de produtos lácteos está associada à saúde óssea adequada (US DEPARTMENT OF HEALTH, 2005; SHI et al., 2006).

A ingestão de frutas e hortaliças tem sido associada, em diversos estudos, com maior estado mineral ósseo em crianças e adolescentes (PRENTICE et al., 2006).

Muitos jovens se engajam em práticas alimentares não saudáveis que incluem aumento da ingestão de alimentos com elevada quantidade de gordura, sal e açúcar e a diminuição de frutas, hortaliças e produtos lácteos e quando acompanhadas pelo excesso de peso, podem aumentar o risco de desenvolver cardiopatias e osteoporose, manter o excesso de peso e diminuir a densidade óssea na idade adulta (CROLL et al., 2001; STORY et al., 2002; ARAKI et al., 2011).

O déficit de ingestão de cálcio por adolescentes pode ser explicado, em grande parte, pela baixa ingestão de alimentos fontes deste nutriente, bem como, pela substituição do leite por sucos industrializados e refrigerantes (GARCIA et al., 2003).

Há evidências que muitas práticas adquiridas durante a adolescência permanecerão a vida toda, inclusive as alimentares (WHO, 2005; McNAUGHTON et al., 2008; DUNCAN et al., 2010). Entretanto, com o aumento da idade, as escolhas individuais dos adolescentes e suas preferências ganham prioridade sobre as práticas alimentares adquiridas em família e tem, progressivamente, mais controle sobre o que eles comem, quando e onde (WHO, 2005).

A frequência de refeições em família tem sido diminuída durante a adolescência e foi positivamente associada à ingestão de frutas, vegetais,

grãos e alimentos ricos em cálcio e negativamente associada à ingestão de refrigerantes (NEUMARK-SZTAINER et al., 2003a); enquanto que assistir televisão durante as refeições em família está positivamente associado à ingestão de refrigerantes e frituras e negativamente associado à ingestão de hortaliças, grãos e produtos lácteos (FELDMAN et al., 2007).

Torna-se necessário conhecer a prática alimentar dos adolescentes e as barreiras para adotar uma alimentação saudável, devido ao fato de existir uma correlação positiva entre alimentação e risco de morbimortalidade. É importante saber as opiniões dos adolescentes sobre alimentação e se acreditam estar realizando a escolha alimentar correta. Estas informações fornecem subsídios para auxiliar o planejamento e o desenvolvimento de estratégias de intervenção nutricional para melhorar a qualidade de vida dos adolescentes (ARAKI et al., 2011; VELAZQUEZ et al., 2011).

Segundo a revisão sistemática realizada por ROSSI et al. (2010) sobre a influência da televisão na ingestão alimentar e na obesidade em adolescentes, os resultados dos estudos apontam que a permanência em frente à televisão é um fator que influencia adolescentes a desenvolver práticas alimentares menos saudáveis, e também reduz o tempo dedicado à atividade física.

Um mecanismo em potencial que explica a associação entre assistir televisão durante as refeições e a ingestão alimentar ocorre por influência da publicidade (FRUTUOSO et al. 2003; FELDMAN et al., 2007). Os comerciais e as propagandas veiculadas pela televisão, frequentemente, focam em alimentos e bebidas promovendo uma alimentação não saudável, potencialmente influenciando as escolhas alimentares e os padrões dietéticos dos adolescentes e familiares (FELDMAN et al., 2007).

FRUTUOSO et al. (2003) avaliaram a influência da televisão na prática alimentar de 155 adolescentes paulistanos (idade média 11,5 anos) de um Centro de Juventude, verificaram que 78,1% dos meninos e 72,4% das meninas ingeriam alimentos enquanto assistiam televisão e os alimentos ingeridos com mais frequência em frente à televisão eram biscoitos, refrigerantes, salgadinhos, pipoca e pães; e detectaram associação entre

apresentar risco para obesidade e obesidade e ingerir alimentos em frente à televisão para ambos os sexos.

ALMEIDA et al. (2002) analisaram a quantidade e a qualidade de produtos alimentícios veiculados por três redes principais de canal aberto da televisão brasileira e verificaram que 57,8% dos anúncios era representado por alimentos que possuem elevado conteúdo de gordura e açúcar; 21,2% por pães, cereais, arroz e massas; 11,7% pelo grupo de leites, queijos e iogurtes; e 9,3% pelo grupo de carnes, ovos e leguminosas; porém houve completa ausência de frutas e hortaliças.

A alimentação saudável e a atividade física regular são aliadas fundamentais para a manutenção do peso saudável, redução do risco de doenças e melhoria da qualidade de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

2. JUSTIFICATIVA

Considerando o pressuposto que a opinião sobre peso corporal pode ser influenciada pelo estado nutricional e a opinião sobre alimentação, pela prática alimentar entre adolescentes; justifica-se o interesse em identificar a associação entre as opiniões, visto que o equívoco pode interferir na saúde dos adolescentes, e em contribuir para a elaboração de políticas públicas de alimentação e nutrição, guias alimentares e recomendações para a promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade juvenil.

3. OBJETIVO

- Analisar opinião sobre peso corporal e alimentação de adolescentes do ensino médio.

4. MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO DE ESTUDO

Estudo com delineamento transversal, de natureza quantitativa, com coleta de dados primários.

4.2 LOCAL E POPULAÇÃO DE ESTUDO

O estudo foi realizado com adolescentes de seis Escolas Técnicas Estaduais do Estado de São Paulo (Etecs), sendo três na capital, Sorocaba, Ribeirão Preto e Mogi das Cruzes.

4.3 AMOSTRA E COLETA DE DADOS

O presente estudo incluiu adolescentes que apresentaram o do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por responsável; foram considerados excluídos, gestantes, portadores de doença, adultos, aqueles que não responderam algum item do Questionário de Frequência Alimentar (QFA) e os que não foram pesados ou medidos no dia da coleta de dados.

Este estudo é parte do Projeto “Educação alimentar: estudos de intervenções de educação em nutrição com adolescentes no contexto de Escolas Técnicas Estaduais do Estado de São Paulo – PEA”, elaborado e desenvolvido pela equipe de professores e alunos do curso Técnico em Nutrição Dietética (TND) do Centro Paula Souza (CPS) em 2007. À época, havia 200 Etecs no estado de São Paulo, 22 ofereciam o curso TND. Estas foram convidadas a participar do estudo, sendo que seis delas (27,3%)

concordaram, cada uma delas representada por um professor graduado em nutrição que seria o responsável pelo desenvolvimento do projeto em sua Etec.

Em cada uma das seis Etecs, o professor responsável selecionou quatro alunos monitores, correspondente ao 2º e 3º semestre do curso TND para participar do projeto. Os 24 monitores foram capacitados e supervisionados pelo responsável para coletar os dados antropométricos e dietéticos da população em estudo. A coordenadora do projeto realizou visita às Etecs periodicamente para averiguar o desenvolvimento do projeto.

Em cada escola, foi selecionada uma classe da 1ª série do Ensino Médio com, aproximadamente, 40 alunos. Todos os alunos das classes foram convidados a participar do estudo.

A amostra foi constituída por adolescentes (14 a 19 anos), de ambos os sexos, cursando a 1ª série do Ensino Médio e participantes do Programa de Educação Alimentar, 2007.

A coleta de dados foi realizada na própria Etec e no primeiro semestre de 2007, quando os monitores selecionados pesaram e mediram os participantes sob supervisão do professor responsável e, entregaram o QFA para o autopreenchimento. O instrumento para coleta foi idealizado especificamente pela equipe de professores graduados em nutrição para o estudo, constituído por 42 questões fechadas. Os estudantes posicionaram-se diante das questões conforme sua opinião e prática alimentar.

O QFA é considerado método prático de inquérito alimentar, capaz de distinguir diferentes padrões de ingestão entre os indivíduos. Entre as vantagens que o QFA oferece está a rapidez da aplicação e a eficiência na prática epidemiológica para identificar a ingestão habitual de alimentos (SLATER et al., 2003).

O QFA (Anexo 1) foi pré-testado em um grupo semelhante à população em estudo.

4.4 VARIÁVEIS DE ESTUDO

4.4.1 Variáveis Respostas:

4.4.1.1 Opinião sobre peso corporal

4.4.1.2 Opinião sobre alimentação

As variáveis respostas estão descritas abaixo de acordo com as questões do PEA (Projeto de Educação Alimentar), 2007 e suas respectivas categorizações (Quadro 1).

Quadro 1 – Descrição das variáveis respostas e suas respectivas questões e categorizações.

Opinião sobre peso corporal	Questão 14	Você considera o seu peso: Acima do normal/Normal/Abaixo do normal
	Categorização	Baixo peso ou Peso adequado à estatura Excesso de peso (sobrepeso ou risco para obesidade, obesidade)
Opinião sobre alimentação	Questão 11	Na sua opinião, a sua alimentação é saudável? Sim/Não
	Categorização	Sim Não

4.4.2 Variáveis independentes ou explanatórias:

4.4.2.1 Sexo

4.4.2.2 Idade

4.4.2.3 Cidade

4.4.2.4 Realização de alguma refeição em frente à televisão

4.4.2.5 Inatividade física

4.4.2.6 Ingestão referida de frutas

4.4.2.7 Ingestão referida de hortaliças

4.4.2.8 Ingestão referida de produtos lácteos

4.4.2.9 Ingestão referida de grupos de alimentos (frutas, hortaliças e produtos lácteos)

4.4.2.10 IMC

As variáveis independentes estão descritas abaixo de acordo com as questões do PEA 2007 e suas respectivas categorizações (Quadros 2 e 3).

Quadro 2 – Descrição das variáveis independentes relacionadas à ingestão referida de grupos de alimentos (frutas, hortaliças e produtos lácteos) e suas respectivas questões e categorizações.

Ingestão referida de frutas	Questão 15	Você come frutas todos os dias ou quase todos os dias (5 ou mais dias na semana)? Sim/Não
	Categorização	Sim Não
Ingestão referida de hortaliças	Questões 17 e 19	Você come todos os dias ou quase todos os dias verduras (alface, couve, etc)? Sim/Não Você come todos os dias ou quase todos os dias legumes (cenoura, chuchu, abóbora, etc)? Sim/Não
	Categorização	Sim Não
Ingestão referida de produtos lácteos	Questões 31 e 34	Com que frequência você consome leite? Nunca ou menos de 1 vez por mês/ 1 a 3 vezes por mês/ 5 a 6 vezes por semana/ 2 a 4 vezes por semana/ 1 vez por semana/ 1 vez por dia/ 2 a 3 vezes por dia/ + de 3 vezes por dia Com que frequência você consome iogurte? Nunca ou menos de 1 vez por mês/ 1 a 3 vezes por mês/ 5 a 6 vezes por semana/ 2 a 4 vezes por semana/ 1 vez por semana/ 2 a 3 vezes por dia/ + de 3 vezes por dia
	Categorização	Sim (diariamente, semanalmente e 1 a 3 vezes por mês) Não (nunca ou menos de 1 vez por mês)
Ingestão referida de grupos de alimentos (frutas, hortaliças e produtos lácteos)	Questões 15, 17, 19, 31 e 34	
	Categorização	Sim Não

A variável ingestão referida de hortaliças considerou a ingestão de verduras e/ou legumes como categoria SIM, e quando não ingeria nem verduras e nem legumes, considerou categoria NÃO.

A variável ingestão referida de produtos lácteos considerou a ingestão de leite e/ou iogurte como categoria SIM, e quando não ingeria nem leite e nem iogurte, considerou categoria NÃO.

A variável ingestão referida de grupos de alimentos (frutas, hortaliças e produtos lácteos) considerou a ingestão destes três grupos simultaneamente como categoria SIM, e quando não ingeria pelo menos um dos grupos, considerou categoria NÃO.

Quadro 3 – Descrição das variáveis independentes e suas respectivas questões e categorizações.

Sexo	Questão 1.3	Sexo do entrevistado Mulher/Homem
	Categorização	Masculino Feminino
Idade	Questões 1.1 e 1.2	Data do preenchimento Data de nascimento
	Categorização	14 anos 15 anos 16 a 19 anos
Cidade	Questão 1	Número de identificação do adolescente
	Categorização	Cidade de São Paulo Interior de São Paulo (Sorocaba, Mogi das Cruzes e Ribeirão Preto)
Refeição em frente à televisão	Questões 7 e 38	Você costuma comer alguma coisa enquanto assiste TV ou vídeo? Sim/Não Você almoça ou janta assistindo TV? Sim/às vezes/não
	Categorização	Não Sim (sim, às vezes)
Inatividade física	Questões 6, 9 e 10	Geralmente, quantas horas por dia você assiste televisão? Em média, quantas horas você usa computador ou joga vídeo game por dia? Em geral, quantas horas você acostuma dormir por noite?
	Categorização	11,5 a 15 horas 15,5 a 19,5 horas 20 a 24 horas
IMC	Categorização	Baixo peso/Peso adequado à estatura Excesso de peso (sobrepeso ou risco para obesidade e obesidade)

A variável cidade foi obtida por meio da Etec de procedência identificada pelo número de inscrição do adolescente.

A variável inatividade física foi considerada por meio da soma do número de horas em que o indivíduo fica sentado, estudando na escola (padronizado = 5 horas), assistindo televisão, usando o computador ou jogando vídeo game e horas de sono referidas, conforme QFA.

Foram coletados dados de peso e estatura corporais, sexo e idade (variável obtida pela diferença entre a data de nascimento e a data do preenchimento do questionário) dos adolescentes, para o cálculo do IMC. O IMC dos estudantes foi classificado segundo o proposto por COLE et al. (2000, 2007) que apresentam valores de referência para baixo peso, sobrepeso (ou risco para obesidade) e obesidade em indivíduos de 2 a 18 anos, segundo sexo.

4.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a descrição da amostra, segundo variáveis estudadas, foram utilizados valores de frequência absoluta e relativa, de tendência central e de dispersão. Calculou-se teste qui-quadrado de *Pearson* para verificar a associação entre as variáveis categóricas. Foi feita estratificação por sexo.

Para verificar as associações entre as variáveis respostas e as variáveis independentes, utilizou-se análise de regressão de *Poisson*, que permite obter boa aproximação da razão de prevalência entre as categorias das variáveis. A seleção das variáveis e verificação da ordem de entrada no modelo final foi realizada por meio de regressão simples, considerando nível de significância $p < 0,20$. O modelo final foi constituído pelas variáveis com $p < 0,05$.

Para comparar as proporções oriundas das variáveis respostas simultaneamente, utilizou-se o teste de *McNemar*.

Os cálculos estatísticos foram realizados no programa *Stata*10.1 (*Stata Corporation, College Station, Texas – EUA, 2007*).

4.6 QUESTÃO ÉTICAS

O Projeto de Educação Alimentar – PEA, 2007 foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP (Anexo 2).

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa por meio da Plataforma Brasil da CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) (Anexo 3).

Um dos pais ou responsável de todos os adolescentes assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), considerando o preconizado na Resolução 196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde (Anexo 4).

A utilização do banco de dados foi autorizada pela pesquisadora responsável pelo PEA, 2007 (Anexo 5).

5. RESULTADOS

5.1 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

Foram estudados 273 adolescentes, a maioria do sexo feminino, com 15 anos de idade e do interior de São Paulo (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização da amostra segundo variáveis sociodemográficas. São Paulo, 2007.

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	165	60,4
Masculino	108	39,6
Grupo etário		
14 anos	87	31,9
15 anos	159	58,2
16 a 19 anos	27	9,9
Cidade		
São Paulo	113	41,4
Interior de São Paulo	160	58,6

Fonte: PEA, 2007.

A maioria dos adolescentes informou realizar alguma refeição em frente à televisão e ter 15,5 a 19,5 horas diárias de inatividade física, sem diferença segundo sexo; e a maior proporção dos adolescentes referiu ingerir frutas e hortaliças (71,8% e 81,7%, respectivamente), sendo a maioria do sexo masculino; e produtos lácteos (94,5%), sem diferença segundo sexo (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização da amostra segundo sexo e realização de refeição em frente à televisão, inatividade física e ingestão referida de frutas, hortaliças e produtos lácteos. São Paulo, 2007.

Variáveis	Masculino	Feminino	N
Realiza alguma refeição em frente à televisão			
Não	36 (33,3%)	55 (33,3%)	91 (33,3%)
Sim	72 (66,7%)	110 (66,7%)	182 (66,7%)
Inatividade física			
11,5 a 15 horas	13 (12,0%)	18 (10,9%)	31 (11,4%)
15,5 a 19,5 horas	60 (55,6%)	99 (60,0%)	159 (58,2%)
20 a 24 horas	35 (32,4%)	48 (29,1%)	83 (30,4%)
Ingestão de frutas			
Sim	84 (77,8%)	112 (67,9%)	196 (71,8%)
Não	24 (22,2%)	53 (32,1%)	77 (28,2%)
Ingestão de hortaliças			
Sim	94 (87,0%)	129 (78,2%)	223 (81,7%)
Não	14 (13,0%)	36 (21,8%)	50 (18,3%)
Ingestão de produtos lácteos			
Sim	104 (96,3%)	154 (93,3%)	258 (94,5%)
Não	4 (3,7%)	11 (6,7%)	15 (5,5%)

Fonte: PEA, 2007.

O valor do IMC para meninos indicou maior risco para obesidade ou obesidade quando comparado às meninas. Maior proporção de meninas apresentou baixo peso ou peso adequado à estatura em relação aos meninos (Tabela 3).

Observou-se que maior proporção de meninos apresentou a opinião de estar com baixo peso ou peso adequado à estatura comparada às meninas, 81,5% e 69,7%, respectivamente. Em contrapartida, a maior

proporção das meninas apresentou opinião de estar em risco para obesidade ou obesidade comparada aos meninos, 30,3% e 18,5%, respectivamente (Tabela 3).

Verificou-se que 81,5% dos meninos se julgaram com baixo peso ou peso adequado à estatura e 79,6% encontraram-se nessa classificação do IMC. Interessante notar que 30,3% das meninas acreditaram estar em risco para obesidade ou obesidade, e somente 10,9% apresentaram este IMC; portanto, há uma tendência em superestimar o peso entre as meninas (Tabela 3).

Maior proporção dos adolescentes referiu ingerir os três grupos de alimentos (frutas, hortaliças e produtos lácteos), com predominância do sexo masculino (Tabela 3).

A maioria dos meninos (72,2%) informou ter uma alimentação saudável, enquanto que 53,9% das meninas negaram ter uma alimentação saudável, sugerindo que as meninas são mais criteriosas ao julgar a qualidade de sua alimentação (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos adolescentes segundo sexo, IMC, opinião sobre peso corporal, ingestão referida de grupos de alimentos (frutas, hortaliças e produtos lácteos) e opinião sobre alimentação. São Paulo, 2007.

Variáveis	Masculino n = 108	Feminino n = 165	N 273
IMC			
Baixo peso ou peso adequado à estatura	86 (79,6%)	147 (89,1%)	233 (85,3%)
Risco para obesidade ou obesidade	22 (20,4%)	18 (10,9%)	40 (14,7%)
Opinião sobre peso corporal			
Baixo peso ou peso adequado à estatura	88 (81,5%)	115 (69,7%)	203 (74,4%)
Risco para obesidade ou obesidade	20 (18,5%)	50 (30,3%)	70 (25,6%)
Ingestão referida de grupos de alimentos			
Sim	73 (67,6%)	89 (53,9%)	162 (59,3%)
Não	35 (32,4%)	76 (46,1%)	111 (40,7%)
Opinião sobre alimentação			
Saudável	78 (72,2%)	76 (46,1%)	154 (56,4%)
Não saudável	30 (27,8%)	89 (53,9%)	119 (43,6%)

Fonte: PEA, 2007.

5.2 ASSOCIAÇÃO ENTRE OPINIÃO SOBRE PESO CORPORAL E VARIÁVEIS SÓCIODEMOGRÁFICAS, SEGUNDO SEXO

Conforme se observa na **Tabela 4**, não foi detectada diferença estatística entre a opinião sobre peso corporal, idade e realizar refeição em frente à televisão, em ambos sexos.

A maior proporção das adolescentes que opinou estar com baixo peso ou peso adequado à estatura residia no interior de São Paulo e, a maior proporção das adolescentes que se julgou estar em risco para obesidade ou obesidade, residia na cidade de São Paulo. Houve diferença estatística entre a opinião sobre peso corporal e cidade de procedência somente para sexo feminino ($p=0,019$) (Tabela 4).

Independentemente do número de horas diárias de inatividade física, a maioria dos adolescentes acreditou estar com baixo peso ou peso adequado à estatura. Entre as meninas, a maior proporção que se considerou com baixo peso ou peso adequado à estatura apresentou 15,5 a 24 horas diárias de inatividade física. Houve diferença estatística entre a opinião sobre peso e inatividade física para os adolescentes ($p=0,008$) e, em particular, para o sexo feminino ($p=0,044$) (Tabela 4).

Entre os meninos que apresentaram baixo peso ou peso adequado à estatura, 5,8% se consideraram em risco para obesidade ou obesidade; e aqueles que apresentaram risco para obesidade ou obesidade, 68,2% se notaram como tal. Entre as meninas que apresentaram baixo peso ou peso adequado à estatura, 22,4% se julgaram estar com risco para obesidade ou obesidade; e aquelas que apresentaram risco para obesidade ou obesidade, 94,4% se julgaram como tal. Portanto, os meninos tendem a subestimar seu peso corporal enquanto que as meninas a superestimá-lo. Houve diferença estatística entre a opinião sobre peso corporal e IMC dos adolescentes em ambos sexos (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição da resposta “opinião sobre peso corporal” segundo sexo e variáveis sociodemográficas. São Paulo, 2007.

Variáveis	Categorias	Opinião sobre peso corporal											
		sexo masculino			<i>p</i>	sexo feminino			<i>p</i>	Total			<i>p</i>
Baixo peso ou Peso adequado	Risco para obesidade ou Obesidade	Subtotal	Baixo peso ou Peso adequado	Risco para obesidade ou Obesidade		Subtotal	Baixo peso ou Peso adequado	Risco para obesidade ou Obesidade		Total			
Idade (anos)	14	31 (83,8%)	6 (16,2%)	37 100%	0,905	37 (74,0%)	13 (26,0%)	50 100%	0,727	68 (78,2%)	19 (21,8%)	87 100%	0,605
	15	45 (80,4%)	11 (19,6%)	56 100%		70 (68,0%)	33 (32,0%)	103 100%		115 (72,3%)	44 (27,7%)	159 100%	
	16 – 19	12 (80,0%)	3 (20,0%)	15 100%		8 (66,7%)	4 (33,3%)	12 100%		20 (74,1%)	7 (25,9%)	27 100%	
Cidade	São Paulo	34 (85,0%)	6 (15,0%)	40 100%	0,470	44 (60,3%)	29 (39,7%)	73 100%	0,019*	78 (69,0%)	35 (31,0%)	113 100%	0,090
	Interior de São Paulo	54 (79,4%)	14 (20,6%)	68 100%		71 (77,2%)	21 (22,8%)	92 100%		125 (78,1%)	35 (21,9%)	160 100%	
Refeição em frente à TV	Não	27 (75,0%)	9 (25,0%)	36 100%	0,220	37 (67,3%)	18 (32,7%)	55 100%	0,632	64 (70,3%)	27 (29,7%)	91 100%	0,281
	Sim	61 (84,7%)	11 (15,3%)	72 100%		78 (70,9%)	32 (29,1%)	110 100%		139 (76,4%)	43 (23,6%)	182 100%	
Inatividade física (horas)	11,5 – 15	8 (61,5%)	5 (38,5%)	13 100%	0,101	8 (44,4%)	10 (55,6%)	18 100%	0,044*	16 (51,6%)	15 (48,4%)	31 100%	0,008*
	15,5 – 19,5	49 (81,7%)	11 (18,3%)	60 100%		73 (73,7%)	26 (26,3%)	99 100%		122 (76,7%)	37 (23,3%)	159 100%	
	20 – 24	31 (88,6%)	4 (11,4%)	35 100%		34 (70,8%)	14 (29,2%)	48 100%		65 (78,3%)	18 (21,7%)	83 100%	
IMC	Baixo peso/Peso adequado	81 (94,2%)	5 (5,8%)	86 100%	0,000*	114 (77,6%)	33 (22,4%)	147 100%	0,000*	195 (83,7%)	38 (16,3%)	233 100%	0,000*
	Risco para obesidade/ Obesidade	7 (31,8%)	15 (68,2%)	22 100%		1 (5,6%)	17 (94,4%)	18 100%		8 (20,0%)	32 (80,0%)	40 100%	

* $p < 0,05$

Não houve diferença estatística entre a opinião sobre peso corporal e ingestão referida de frutas, hortaliças, produtos lácteos e os três grupos de alimentos (frutas, hortaliças e produtos lácteos) segundo sexo ($p>0,05$) (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição da resposta “opinião sobre peso corporal” segundo sexo e variáveis relacionadas à ingestão alimentar referida. São Paulo, 2007.

Variáveis	Cate- gorias	Opinião sobre peso corporal											
		sexo masculino				<i>p</i>	sexo feminino				<i>p</i>	Total	
		Baixo peso ou Peso adequado	Risco para obesidade ou Obesidade	Subtotal			Baixo peso ou Peso adequado	Risco para obesidade ou Obesidade	Subtotal			Baixo peso ou Peso adequado	Risco para obesidade ou Obesidade
Frutas	Sim	70 (83,3%)	14 (16,7%)	84 100%	0,354	78 (69,6%)	34 (30,4%)	112 100%	0,982	148 (75,5%)	48 (24,5%)	196 100%	0,487
	Não	18 (75,0%)	6 (25,0%)	24 100%		37 (69,8%)	16 (30,2%)	53 100%		55 (71,4%)	22 (28,6%)	77 100%	
Hortaliças	Sim	78 (83,0%)	16 (17,0%)	94 100%	0,299	91 (70,5%)	38 (29,5%)	129 100%	0,655	169 (75,8%)	54 (24,2%)	223 100%	0,255
	Não	10 (71,4%)	4 (28,6%)	14 100%		24 (66,7%)	12 (33,3%)	36 100%		34 (68,0%)	16 (32,0%)	50 100%	
Produtos lácteos	Sim	85 (81,7%)	19 (18,3%)	104 100%	0,734	105 (68,2%)	49 (31,8%)	154 100%	0,113	190 (73,6%)	68 (26,4%)	258 100%	0,261
	Não	3 (75,0%)	1 (25,0%)	4 100%		10 (90,9%)	1 (9,1%)	11 100%		13 (86,7%)	2 (13,3%)	15 100%	
Ingestão de grupos de alimentos	Sim	61 (83,6%)	12 (16,4%)	73 100%	0,422	61 (68,5%)	28 (31,5%)	89 100%	0,726	122 (75,3%)	40 (24,7%)	162 100%	0,664
	Não	27 (77,1%)	8 (22,9%)	35 100%		54 (71,1%)	22 (28,9%)	76 100%		81 (73,0%)	30 (27,0%)	111 100%	

5.3 ASSOCIAÇÃO ENTRE OPINIÃO SOBRE ALIMENTAÇÃO E VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, SEGUNDO SEXO

Nota-se na **Tabela 6** que não houve diferença estatística entre a opinião sobre alimentação e idade, realizar refeição em frente à televisão, inatividade física e IMC em ambos sexos.

Observou-se que adolescentes residentes na capital julgaram não ter alimentação saudável e aqueles que residiam no interior de São Paulo referiram ter uma alimentação saudável. Quando estes dados são analisados segundo sexo, isto ocorre somente entre as meninas (Tabela 6).

Houve diferença estatística entre opinião sobre alimentação e cidade de procedência para o total de adolescentes ($p=0,016$) e sexo feminino ($p=0,002$) (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição da resposta “opinião sobre alimentação” segundo sexo e variáveis sociodemográficas. São Paulo, 2007.

Variáveis	Categorias	Opinião sobre alimentação											
		sexo masculino			p	sexo feminino			p	Total			
		Saudável	Não saudável	Subtotal		Saudável	Não saudável	Subtotal		Saudável	Não saudável	Total	p
Idade (anos)	14	28 (75,7%)	9 (24,3%)	37 100%	0,791	21 (42,0%)	29 (58,0%)	50 100%	0,712	49 (56,3%)	38 (43,7%)	87 100%	0,995
	15	40 (71,4%)	16 (28,6%)	56 100%		50 (48,5%)	53 (51,5%)	103 100%		90 (56,6%)	69 (43,4%)	159 100%	
	16 – 19	10 (66,7%)	5 (33,3%)	15 100%		5 (41,7%)	6 (58,3%)	12 100%		15 (55,6%)	12 (44,4%)	27 100%	
Cidade	São Paulo	30 (75,0%)	10 (25,0%)	40 100%	0,621	24 (32,9%)	49 (67,1%)	73 100%	0,002*	54 (47,8%)	59 (52,2%)	113 100%	0,016*
	Interior de São Paulo	48 (70,6%)	20 (29,4%)	68 100%		52 (56,5%)	40 (43,5%)	92 100%		100 (62,5%)	60 (37,5%)	160 100%	
Refeição em frente à TV	Não	24 (66,7%)	12 (33,3%)	36 100%	0,362	24 (43,6%)	31 (56,4%)	55 100%	0,659	48 (52,7%)	43 (47,3%)	91 100%	0,388
	Sim	54 (75,0%)	18 (25,0%)	72 100%		52 (47,3%)	58 (52,7%)	110 100%		106 (58,2%)	76 (41,8%)	182 100%	
Inatividade física (horas)	11,5 – 15	8 (61,5%)	5 (38,5%)	13 100%	0,557	5 (27,8%)	13 (72,2%)	18 100%	0,137	13 (41,9%)	18 (58,1%)	31 100%	0,210
	15,5 – 19,5	43 (71,7%)	17 (28,3%)	60 100%		51 (51,5%)	48 (48,5%)	99 100%		94 (59,1%)	65 (40,9%)	159 100%	
	20 – 24	27 (77,1%)	8 (22,9%)	35 100%		20 (41,7%)	28 (58,3%)	48 100%		47 (56,6%)	36 (43,4%)	83 100%	
IMC	Baixo peso/Peso adequado	64 (86,0%)	22 (25,8%)	86 100%	0,314	70 (47,6%)	77 (52,4%)	147 100%	0,251	134 (57,5%)	99 (42,5%)	233 100%	0,376
	Risco para obesidade/Obesidade	14 (22,0%)	8 (36,4%)	22 100%		6 (33,3%)	12 (66,7%)	18 100%		20 (50,0%)	20 (50,0%)	40 100%	

* p < 0,05

A **Tabela 7** mostra que não houve diferença estatística entre a opinião sobre alimentação e ingestão de produtos lácteos, segundo sexo.

A maior proporção dos adolescentes que referiu ingerir frutas e hortaliças, afirmou ter uma alimentação saudável, 64,8% e 62,3%, respectivamente; porém esta opinião foi ainda mais evidente nos meninos. Aproximadamente 2/3 (64,9%) do total de adolescentes que negaram ingerir frutas, relataram ter uma alimentação não saudável; enquanto que 70% daqueles que referiram não ingerir hortaliças, negaram ter uma alimentação saudável.

Houve diferença estatística entre opinião sobre alimentação e ingestão referida de frutas, hortaliças e grupos de alimentos (frutas, hortaliças e produtos lácteos), em ambos sexos ($p < 0,05$).

Estes resultados apontam uma tendência em reconhecer que o grupo das frutas e o das hortaliças são integrantes de uma alimentação saudável entre os adolescentes estudados; porém, isto não ocorre com o grupo de produtos lácteos.

Tabela 7 – Distribuição da resposta “opinião sobre alimentação” segundo sexo e variáveis relacionadas à ingestão alimentar referida. São Paulo, 2007.

Variáveis	Cate- gorias	Opinião sobre alimentação											
		sexo masculino				sexo feminino				Total			
		Saudável	Não saudável	Subtotal	<i>p</i>	Saudável	Não saudável	Subtotal	<i>p</i>	Saudável	Não saudável	Total	<i>p</i>
Frutas	Sim	67 (79,8%)	17 (20,2%)	84 100%	0,001*	60 (53,6%)	52 (46,4%)	112 100%	0,005*	127 (64,8%)	69 (35,2%)	196 100%	0,000*
	Não	11 (45,8%)	13 (54,2%)	24 100%		16 (30,2%)	37 (69,8%)	53 100%		27 (35,1%)	50 (64,9%)	77 100%	
Hortaliças	Sim	71 (75,5%)	23 (24,5%)	94 100%	0,047*	68 (52,7%)	61 (47,3%)	129 100%	0,001*	139 (62,3%)	84 (37,7%)	223 100%	0,000*
	Não	7 (50,0%)	7 (50,0%)	14 100%		8 (22,2%)	28 (77,8%)	36 100%		15 (30,0%)	35 (70,0%)	50 100%	
Produtos lácteos	Sim	75 (72,1%)	29 (27,9%)	104 100%	0,899	70 (45,5%)	84 (54,5%)	154 100%	0,559	145 (56,2%)	113 (43,8%)	258 100%	0,773
	Não	3 (75,0%)	1 25,0%	4 100%		6 (54,5%)	5 (45,5%)	11 100%		9 (60,0%)	6 (40,0%)	15 100%	
Ingestão de grupos de alimentos	Sim	60 (82,2%)	13 (17,8%)	73 100%	0,001*	52 (58,4%)	37 (41,6%)	89 100%	0,001*	112 (69,1%)	50 (30,9%)	162 100%	0,000*
	Não	18 (51,4%)	17 (48,6%)	35 100%		24 (31,6%)	52 (68,4%)	76 100%		42 (37,8%)	69 (62,2%)	111 100%	

* $p < 0,05$

5.4 CARACTERÍSTICAS DA OPINIÃO SOBRE PESO CORPORAL E VARIÁVEIS EXPLANATÓRIAS OU INDEPENDENTES, SEGUNDO SEXO

Inicialmente foi avaliada a associação entre a variável resposta “opinião sobre peso corporal” e cada variável explanatória, segundo sexo (Tabelas 8).

A variável resposta “opinião sobre peso corporal” mostrou associação positiva com 20 a 24 horas diárias de inatividade física e IMC, segundo sexo masculino. Não foram encontradas associações com idade, cidade, refeição em frente à televisão, ingestão referida de frutas, hortaliças, produtos lácteos e grupos de alimentos (frutas, hortaliças e produtos lácteos) (Tabela 8).

A variável resposta “opinião sobre peso corporal” mostrou associação positiva com cidade e IMC, segundo sexo feminino. Não foram encontradas associações com idade, refeição em frente à televisão, inatividade física, ingestão referida de frutas, hortaliças, produtos lácteos e grupos de alimentos (frutas, hortaliças e produtos lácteos) (Tabela 8).

A variável resposta “opinião sobre peso corporal” mostrou associações positivas, estatisticamente significativas, com sexo e IMC, segundo o total de adolescentes. Não foram encontradas associações com idade, cidade, refeição em frente à televisão, inatividade física, ingestão referida de frutas, hortaliças, produtos lácteos e grupos de alimentos (frutas, hortaliças e produtos lácteos) (Tabela 8).

Tabela 8 – Resultados da análise com regressão de *Poisson* múltipla para as razões de prevalências da resposta “opinião sobre peso corporal”, segundo sexo e variáveis explanatórias. São Paulo, 2007.

Variáveis	Categorias	Sexo masculino			Sexo feminino			Total				
		RPB (IC 95%)	p <0,20	RPA (IC 95%)	RPB (IC 95%)	p <0,20	RPA (IC 95%)	RPB (IC 95%)	p <0,20	RPA (IC 95%)		
Sexo	Masculino											
	Feminino	1			1,636			1,033 – 2,589		1	2,043	0,000*
Idade (anos)	14	1			1					1		
	15	1,211	0,679		1,232	0,455			1,267	0,325		
	16 a 19	0,488 – 3,003			0,712 – 2,130				0,791 – 2,029			
Cidade	São Paulo	1			1				1		1	
	Interior de São Paulo	1,372	0,479		0,574	0,021*	0,635	0,035*	0,706	0,090*	0,816	0,266
Refeição em frente à TV	Não	1			1				1			
	Sim	0,611	0,221		0,888	0,630			0,796	0,277		
Inatividade física (horas)	11,5 a 15	1		1	1		1		1		1	
	15,5 a 19,5	0,476	0,097*	0,791	0,472	0,006*	0,685	0,150	0,480	0,002*	0,697	0,095
	20 a 24	0,198 – 1,143		0,482 – 1,299	0,278 – 0,803		0,410 – 1,146		0,303 – 0,762		0,457 – 1,064	
IMC	Baixo peso ou peso adequado à estatura	1		1	1		1		1		1	
	Risco para obesidade ou obesidade	11,727	0,000*	12,311	4,207	0,000*	3,936	0,000*	4,905	0,000*	5,205	0,000*
Frutas	Sim	1			1				1			
	Não	1,500	0,347		0,994	0,983			1,166	0,483		
Hortaliças	Sim	1			1				1			
	Não	1,678	0,283		1,131	0,651			1,321	0,242		
Produtos lácteos	Sim	1			1		1		1			
	Não	1,368	0,726		0,285	0,194*	0,3743	0,318	0,505	0,307		
Ingestão grupos de alimentos	Sim	1			1		0,054-2,570		1			
	Não	1,390	0,421		0,920	0,728			1,094	0,664		
		0,623 – 3,102			0,575 – 1,469				0,727 – 1,645			

RPB = Razão de prevalência bruta; RPA = Razão de prevalência ajustada

5.5 CARACTERÍSTICAS DA OPINIÃO SOBRE ALIMENTAÇÃO E VARIÁVEIS EXPLANATÓRIAS OU INDEPENDENTES, SEGUNDO SEXO

Foi avaliada a associação entre a variável resposta “opinião sobre alimentação” e cada variável explanatória, segundo sexo (Tabela 9).

A variável resposta “opinião sobre alimentação” mostrou associação positiva com ingestão referida de frutas; porém, não se associou com idade, cidade, refeição em frente à televisão, inatividade física, IMC, ingestão referida de hortaliças, produtos lácteos e grupos de alimentos (frutas, hortaliças e produtos lácteos), segundo sexo masculino (Tabela 9).

A variável resposta “opinião sobre alimentação” mostrou associação positiva com cidade, ingestão referida de frutas e hortaliças; porém, não se associou com idade, refeição em frente à televisão, inatividade física, IMC, ingestão referida de produtos lácteos e grupos de alimentos (frutas, hortaliças e produtos lácteos), segundo sexo feminino (Tabela 9).

A variável resposta “opinião sobre alimentação” mostrou associações positivas, estatisticamente significativas, com sexo, ingestão referida de frutas e hortaliças; porém, não se associou com idade, cidade, refeição em frente à televisão, inatividade física, IMC, ingestão referida de produtos lácteos e grupos de alimentos (frutas, hortaliças e produtos lácteos), segundo o total de adolescentes (Tabela 9).

Tabela 9 – Resultados da análise com regressão de *Poisson* múltipla para as razões de prevalências da resposta “opinião sobre alimentação”, segundo sexo e variáveis explanatórias. São Paulo, 2007.

Variáveis	Categorias	Sexo masculino			Sexo feminino			Total				
		RPB (IC 95%)	p <0,20	RPA (IC 95%)	RPB (IC 95%)	p <0,20	RPA (IC 95%)	RPB (IC 95%)	p <0,20	RPA (IC 95%)		
Sexo	Masculino											
	Feminino											
Idade (anos)	14	1			1					1		
	15	1,174	0,655		0,887	0,438			0,993	0,966		
	16 a 19	0,579 – 2,380			0,655 – 1,200				0,737 – 1,338			
Cidade	São Paulo	1			1				1			
	Interior de São Paulo	1,176	0,626		0,647	0,003*	0,709	0,021*	0,718	0,015*	0,856	0,252
Refeição em frente à TV	Não	1			1				1			
	Sim	0,750	0,358		0,935	0,656			0,883	0,382		
Inatividade física (horas)	11,5 a 15	1			1				1			
	15,5 a 19,5	0,736	0,454		0,671	0,027*	0,742	0,082	0,704	0,052*	0,730	0,059
	20 a 24	0,330 – 1,640			0,472 – 0,954				0,494 – 1,002			
IMC	Baixo peso ou peso adequado à estatura	1			1				1			
	Risco para obesidade ou obesidade	1,421	0,298		1,272	0,192*			1,176	0,355		
Frutas	Sim	1		1	1		1		1		1	
	Não	2,676	0,001*	2,433	1,503	0,003*	1,369	0,024*	1,844	0,000*	1,546	0,001*
Hortaliças	Sim	1		1	1		1		1		1	
	Não	2,043	0,028*	1,498	1,644	0,000*	1,510	0,002*	1,858	0,000*	1,440	0,007*
Produtos lácteos	Sim	1		1	1		1		1		1	
	Não	0,896	0,902		0,833	0,591			0,913	0,780		
Ingestão grupos de alimentos	Sim	1		1	1		1		1		1	
	Não	2,727	0,001*	1,814	1,645	0,001*	1,265	0,326	2,014	0,000*	1,437	0,097

RPB = Razão de prevalência bruta; RPA = Razão de prevalência ajustada

5.6 ASSOCIAÇÃO ENTRE OPINIÃO SOBRE O PESO CORPORAL E OPINIÃO SOBRE A ALIMENTAÇÃO, SEGUNDO SEXO

Foi avaliada a associação entre as variáveis respostas “opinião sobre peso corporal” e “opinião sobre alimentação”, segundo sexo. Na **Tabela 10** está apresentada a distribuição dos adolescentes segundo estas variáveis, com os resultados das diferenças entre as proporções “alimentação saudável” e “baixo peso ou peso adequado”, das respectivas razões de prevalências e *odds ratios* e o respectivo teste de *McNemar*.

Observou-se que houve associação entre as variáveis “opinião sobre o peso corporal” e “opinião sobre alimentação” para o sexo feminino e no total dos adolescentes (Tabela 10).

A maior proporção das meninas que opinou estar com peso em risco para obesidade ou obesidade, relatou ter alimentação não saudável; entretanto, a proporção daquelas que julgaram seu peso como baixo ou adequado à estatura e relataram ter uma alimentação saudável é similar às que negaram ter uma alimentação saudável (Tabela 10).

A maior proporção do total dos adolescentes que notou seu peso em risco para obesidade ou obesidade, relatou ter alimentação não saudável; e a maior proporção daqueles que julgou seu peso como baixo ou adequado à estatura, relatou ter uma alimentação saudável (Tabela 10).

Observou-se que aproximadamente 2/3 (62%) dos meninos afirmaram ter uma alimentação saudável e se julgaram com baixo peso ou peso adequado à estatura, enquanto que aproximadamente 1/3 (35%) das meninas julgou ter uma alimentação saudável e se notou com baixo peso ou peso adequado à estatura e outro 1/3 (34%) das meninas negou ter uma alimentação saudável e se julgou com baixo peso ou peso adequado (Tabela 10).

Tabela 10 – Distribuição das associações entre opinião sobre peso corporal e alimentação segundo sexo, 2007.

Opinião sobre alimentação	Opinião sobre peso corporal								
	sexo masculino			sexo feminino			Total		
	Baixo peso ou peso adequado	Risco para obesidade ou obesidade	Subtotal	Baixo peso ou peso adequado	Risco para obesidade ou obesidade	Subtotal	Baixo peso ou peso adequado	Risco para obesidade ou obesidade	Total
Saudável	67	11	78	58	18	76	125	29	154
	62,04%	10,19%	72,22%	35,15%	10,91%	46,06 %	45,79%	10,62%	56,41%
Não saudável	21	9	30	57	32	89	78	41	119
	19,44%	8,33%	27,78%	34,55%	19,39%	53,94 %	28,57%	15,02%	43,59%
Total	88	20	108	115	50	165	203	70	273
	81,48%	18,52%	100%	69,70%	30,30%	100%	74,36%	25,64%	100%
Diferença de proporções	-9,26 (18,52% - 27,28%)			-23,64 (30,30% - 53,94%)			-17,95 (25,64% - 43,59%)		
Razão de Prevalência	0,89 (18,52%/27,28%)			0,66 (30,30%/53,94%)			0,76 (25,64%/43,59%)		
Odds ratio	0,52 (11/21)			0,32 (18/57)			0,37 (29/78)		
X² McNemar	3,13	<i>p</i> =0,077		20,28	<i>p</i> =0,000*		22,44	<i>p</i> =0,000*	

**p*<0,05

6. DISCUSSÃO

6.1 OPINIÃO SOBRE PESO CORPORAL

A prevalência de baixo peso ou peso adequado à estatura e risco para obesidade ou obesidade em 85,3% e 14,7% (Tabela 3), respectivamente, dos adolescentes estudados foi semelhante aos resultados obtidos por TORAL et al. (2006), com 234 adolescentes (idade média 16,2 anos), de escolas de ensino técnico de São Paulo (IMC classificado segundo WHO, 1995); por RAMOS e BARROS FILHO (2003), com 1.334 adolescentes paulistas de 11 a 18 anos (classificação segundo NCHS, 1977); e por GARCIA et al. (2003), com 153 adolescentes paulistas de 10 a 14 anos (classificado segundo critérios propostos pela WHO, 1995), os quais observaram a prevalência de 87,6%, 89,2% e 80,4%, respectivamente, de baixo peso ou peso adequado à estatura, e de 12,4%, 10,8% e 19,6%, respectivamente, para risco para obesidade ou obesidade.

Com a epidemia mundial de excesso de peso, pode-se afirmar que o estado nutricional dos adolescentes estudados encontrou-se favorável à saúde, com a maioria apresentando baixo peso ou peso adequado à estatura.

Outros estudos que avaliaram o IMC de adolescentes apresentaram resultados diferentes; porém, em todos, observa-se maior prevalência de baixo peso ou peso adequado à estatura comparado com risco para obesidade ou obesidade.

Segundo a POF 2008-2009, a prevalência de baixo peso ou peso adequado à estatura foi de 79,5% e de risco para obesidade e obesidade, 20,5% (IMC classificado segundo WHO, 2007). Resultados semelhantes foram encontrados na PeNSE (2009), quando observaram que 76,9% dos adolescentes apresentavam baixo peso ou peso adequado à estatura e 23,2%, risco para obesidade ou obesidade.

Ao avaliar o estado nutricional de 307 adolescentes paulistas de 10 a 17 anos (LEME, 2010) e de 1167 adolescentes paulistanos de 12 a 19 anos (ESTIMA, 2012), verificaram-se que 71,1% e 73,3%, respectivamente, apresentavam baixo peso ou peso adequado à estatura e que 28,9% e 26,7%, respectivamente, apresentavam risco para obesidade ou obesidade (IMC classificado segundo WHO, 2007).

Resultados semelhantes foram encontrados em estudos realizados em outras regiões brasileiras. ARAÚJO et al. (2010) avaliaram o estado nutricional (dados mensurados e classificados segundo WHO, 1995) de 4.452 adolescentes gaúchos e verificaram que 76,9% apresentavam baixo peso ou peso adequado à estatura e 23,1%, risco para obesidade ou obesidade. COSTA et al. (2011) investigaram o estado nutricional de 383 adolescentes paranaenses (10 a 19 anos) e detectaram que 77,1% apresentaram baixo peso ou peso adequado à estatura e 22,9%, risco para obesidade ou obesidade (IMC classificado segundo WHO, 1995).

FITZGERALD et al. (2013) investigaram o estado nutricional (peso e estatura mensurados) de 483 adolescentes irlandeses (13 a 18 anos) e concluíram que 74,7% apresentavam baixo peso ou peso adequado à estatura e 25,2%, risco para obesidade ou obesidade (IMC classificado segundo COLE et al. 2000, 2007).

ROSEMAN et al. (2007) examinaram o estado nutricional (peso e estatura referidos, classificados segundo CDC, 2000) de 4.049 adolescentes norte-americanos (98%: 11 a 14 anos) e detectaram que 69% apresentavam baixo peso ou peso adequado à estatura e 31% excesso de peso (sobrepeso ou risco para obesidade, obesidade).

Comparando com estes resultados, o IMC dos adolescentes estudados apresentou-se em melhor situação nutricional, menor prevalência de excesso de peso.

Os meninos apresentaram maior prevalência de risco para obesidade ou obesidade (20,4%) comparada com a das meninas (10,9%), conforme Tabela 3. Outros estudos corroboram com esse resultado, mostrando maior prevalência de risco para obesidade ou obesidade entre os meninos quando

comparado às meninas, 28,3% vs. 25% segundo ESTIMA, 2012, e 25,2% vs. 21,2% segundo ARAÚJO et al., 2010.

Conforme evidenciado na Tabela 8, detectou-se associação entre a opinião sobre peso corporal com sexo e IMC, corroborando com o estudo realizado por PEREIRA (2011) que avaliou 397 adolescentes capixabas (8 a 17 anos) e encontrou associação entre percepção do peso corporal e estado nutricional em ambos os sexos.

Ingerir frutas, hortaliças e produtos lácteos pareceu não interferir na opinião sobre peso corporal (Tabela 5).

Adolescentes que apresentaram risco para obesidade ou obesidade, mostraram mais do que cinco chances (IRR = 5,205) de se julgarem em risco para obesidade ou obesidade do que aqueles diagnosticados com baixo peso ou peso adequado à estatura; entre os meninos a chance é 12 vezes (IRR = 12,311); e entre as meninas, a chance é aproximadamente 4 vezes (IRR = 3,936), conforme Tabela 8.

Os adolescentes estudados apresentaram opinião sobre peso corporal compatível ao estado nutricional real, o que poderia influenciar em maior adesão às intervenções nutricionais para alcançar ou manter o peso adequado à estatura (Tabela 8).

Observou-se que 80% dos que apresentaram risco para obesidade ou obesidade, se notaram com este estado nutricional (Tabela 4). CARAM e LOMAZI (2012) encontraram resultado semelhante em 126 adolescentes paulistas (12 a 18 anos), onde a prevalência de percepção precisa do estado nutricional (IMC classificado segundo WHO, 2007) foi de 75,9%.

Conforme os resultados deste estudo, nota-se tendência das meninas em superestimar o peso corporal e contrariamente, os meninos a subestimá-lo (Tabela 4). Tais estudos vão ao encontro dos estudos realizados por BRANCO et al. (2006) que investigaram a percepção corporal e a relação com o estado nutricional de 1.009 adolescentes paulistanos (14-19 anos) e por ARAÚJO et al. (2010).

Ao investigar a percepção do peso corporal entre 824 adolescentes chineses (12 a 14 anos), SHI et al. (2006) apresentaram uma observação

semelhante, aproximadamente 30% das meninas julgaram-se estar com excesso de peso, mesmo apresentando peso adequado à estatura (classificação segundo NCHS/WHO, 2000), e 20% dos meninos com excesso de peso perceberam seu peso adequado à estatura, enquanto que 25% dos meninos com peso adequado à estatura perceberam-se com baixo do peso.

As meninas mostram-se mais criteriosas ao emitir sua opinião sobre peso corporal e se tornam mais susceptíveis à influência das celebridades da mídia que exibem corpos femininos esguios como padrão único de beleza (MOONEY et al., 2009); portanto, se manifestam superestimando o próprio peso.

Segundo a PeNSE (2012), 83,8% dos estudantes do 9º ano do ensino fundamental relataram apresentar baixo peso ou peso adequado à estatura e 16,3%, risco para obesidade ou obesidade; sendo 86,9% e 13,1% para sexo masculino e 80,9% e 19,1% para sexo feminino, respectivamente.

Um estudo realizado com 75.964 adolescentes norte-americanos do 9º e 12º ano (14 a 17 anos) detectou correlação fortemente positiva entre a percepção do peso corporal e o estado nutricional (peso e estaturas referidos e classificados segundo CDC) e verificou que as meninas superestimaram o peso corporal, enquanto os meninos, ao contrário, o subestimaram (PARK, 2010). Estudos australianos conduzidos por KHAMBALIA et al. (2012) que compararam a exatidão da percepção do peso corporal de 7.553 adolescentes (12 a 17 anos) que apresentaram excesso de peso (peso e estatura referidos e classificados segundo IOT – *International Obesity Taskforce*); e outro por ABBOTT et al. (2010) que avaliaram a relação da percepção do peso corporal com o atual estado nutricional segundo classificação do IMC determinada por COLE et al. (2000, 2007) de 3.043 adolescentes, verificaram que os meninos são mais propensos a subestimar seu peso corporal e as meninas em superestimá-lo.

A opinião das meninas em risco para obesidade ou obesidade mostrou maior precisão do que a dos meninos (Tabela 4). Este resultado vai ao encontro do relatado por VINER et al. (2006).

SANTOS et al. (2011) investigaram a percepção corporal em 594 estudantes pernambucanos (idade média 17,5 anos) e possíveis associações ao estado nutricional (classificado pelo IMC segundo critério por CONDE e MONTEIRO, 2006) e observaram que 13,5% dos rapazes gostariam de aumentar o peso, mesmo apresentando excesso de peso e 18,8% das moças relataram querer reduzir o peso mesmo apresentando baixo peso.

Segundo alguns estudos, a opinião imprecisa do peso corporal pode dispor os adolescentes a adotar comportamentos prejudiciais à saúde física e emocional e que podem acompanhar a preocupação com o peso.

KHAMBALIA et al. (2012) observaram associação entre sentir-se triste ou deprimido e a percepção exata do peso entre os adolescentes com excesso de peso.

PASCH et al. (2011) estudaram a percepção equivocada do peso corporal e os comportamentos de risco à saúde entre adolescentes e verificaram que os que superestimaram o peso, apresentaram maior risco para fatores de consequências negativas à saúde, tais como uso de substâncias ilícitas, sintomas depressivos, violência, falta de otimismo e níveis reduzidos de espiritualidade.

WHARTON et al. (2008) estudaram a relação da prática de perda de peso com a percepção do peso corporal em 38.204 universitários norte-americanos (idade média 20,3 anos) e observaram que aqueles com percepção imprecisa do peso corporal apresentaram mais chances do que aqueles com percepção exata, em estar envolvidos em práticas alimentares inadequadas de perda de peso e que as mulheres apresentavam maior probabilidade de sofrer com a distorção da imagem corporal.

YUAN (2010) investigou a relação entre a percepção do peso e as mudanças no bem-estar psicológico de 12.814 adolescentes norte-americanos (11 a 20 anos) e verificou que entre as meninas, o fato de perceber-se com excesso de peso comparado com o peso real (peso e estatura relatados), estava associado ao aumento nos sintomas depressivos.

As meninas parecem valorizar mais a dimensão de aparência física, e sentem-se mais insatisfeitas com si mesmas, o que evidencia a divergência ou discrepância entre a opinião e o real. O corpo feminino sofre mais mudanças, que são, simultaneamente, marcantes, explícitas e mais visíveis e que podem conduzir a maiores mudanças e flutuações na opinião sobre peso corporal (FARIA, 2005).

Embora a magnitude do problema de distorção da opinião sobre peso corporal tende a ocorrer com maior frequência entre as mulheres, o problema existe em ambos os sexos, necessitando de intervenções (WHARTON et al., 2008).

A prática regular de atividade física não foi analisada; contudo, verificou-se que a maioria da população estudada pareceu ser sedentária ao informar 15,5 a 24 horas diárias de inatividade física (Tabela 2), o que corrobora com a literatura que aponta alta prevalência de sedentarismo entre os adolescentes (TASSITANO et al., 2007).

À medida que aumentou o número de horas diárias de inatividade física, os adolescentes estudados se notaram com baixo peso ou peso adequado à estatura, com maior frequência e o inverso, é verdadeiro (Tabela 4). Ao se julgarem com baixo peso ou peso adequado à estatura, poderia levá-los a acreditar que não seria necessário diminuir as horas diárias de inatividade física.

Interessante notar que relatar 20 a 24 horas diárias de inatividade física, menor é a chance (IRR = 0,340) de se considerar em risco para obesidade ou obesidade entre os meninos (Tabela 8).

WANG et al. (2009) avaliaram o comportamento de adolescentes norte-americanos verificando que aqueles que tentaram perder peso não apresentaram maior atividade física do que os demais.

SHI et al. (2006) investigaram a percepção do peso e atividade física entre 824 adolescentes chineses (12 a 14 anos) e verificaram que aqueles que se perceberam com excesso de peso, relataram realizar atividade física não mais do que 3 vezes por semana.

A exposição à inatividade física, quando iniciada na infância ou adolescência, torna-se mais estável na vida adulta e, portanto, mais difícil de modificar (TASSITANO et al., 2007).

6.2 OPINIÃO SOBRE ALIMENTAÇÃO

Verificou-se que a maioria dos adolescentes estudados referiu ingerir frutas, hortaliças e produtos lácteos (71,8%, 81,7% e 94,5%, respectivamente), especialmente, os meninos (Tabela 2), que talvez por esse motivo, consideraram a alimentação saudável (Tabela 3).

A metade das meninas e a maior proporção dos meninos afirmaram ingerir os três grupos de alimentos (frutas, hortaliças e produtos lácteos), conseqüentemente, opinaram ter uma alimentação saudável, com maior freqüência. Contudo, ingerir os três grupos de alimentos fez com que os adolescentes acreditassem ter uma alimentação saudável e o inverso é verdadeiro. (Tabela 3).

A ingestão referida dos três grupos de alimentos, de frutas e de hortaliças influenciou na opinião sobre alimentação (Tabela 7); os adolescentes reconheceram que estes alimentos fazem parte de uma alimentação saudável.

Em relação à ingestão de grupos de alimentos; os adolescentes estudados referiram ingerir, com maior freqüência, os produtos lácteos e menor freqüência, frutas e hortaliças comparados aos estudantes da PeNSE (2012), observando que 78,7% dos adolescentes relataram ingerir frutas, 89,3% hortaliças e 81,3% leite. Segundo a PeNSE (2009), a prevalência da ingestão destes alimentos foi maior entre os meninos (80,1%, 74,5% e 83%, respectivamente) do que entre as meninas (78%, 71,9% e 74,6%, respectivamente).

A população em estudo é estudante de Etecs que são escolas que requerem criterioso processo seletivo para cursar o ensino médio; portanto,

pertence a uma classe sócio-econômica mais privilegiada do que a população em geral; o que pode justificar a maior ingestão de produtos lácteos que apresentam um custo mais elevado comparado a outros grupos de alimentos.

ANDRADE et al. (2010) avaliaram a qualidade da alimentação de adolescentes paulistas (12 a 20 anos) e observaram que 40,6%, 95,4% e 77,7% ingeriam frutas, hortaliças e produtos lácteos, respectivamente.

CARAM e LOMAZI (2012) identificaram a prática alimentar de adolescentes (12 a 18 anos) de uma escola pública paulista, e verificaram que 60,3%, 15,1% e 57,9% dos estudantes ingeriam frutas, hortaliças folhosas e leite (≥ 4 vezes por semana), respectivamente.

ROSEMAN et al. (2007) avaliaram as práticas alimentares de adolescentes norte-americanos e verificaram que 76,1%, 78,4% e 84,8% relataram ingerir frutas, hortaliças e leite, respectivamente.

MORAES et al. (2010) investigaram a prática alimentar de adolescentes (14 a 18 anos) em duas cidades paulistas e observaram baixa ingestão (≤ 4 dias/semana) de frutas e hortaliças, 70 e 71%, respectivamente.

Nota-se, surpreendentemente, informação de maior ingestão de hortaliças em relação às frutas (Tabela 2). O esperado seria encontrar maior ingestão de frutas devido à facilidade de ingestão em relação às hortaliças. Algumas frutas são consumidas imediatamente, enquanto as hortaliças precisam ser lavadas e preparadas para a ingestão (GAMBARDELLA et al., 1999).

Embora a maioria dos adolescentes relatou ingerir frutas, hortaliças e produtos lácteos (Tabela 2); seria ideal que todos apresentassem esta prática alimentar saudável, evitando deficiências de vitaminas e minerais nesta população.

A ingestão de frutas e hortaliças deve ser incentivada entre os adolescentes estudados; visto que, estudos que avaliaram a associação entre a prática alimentar e o IMC de adolescentes, observaram que aqueles que referiam maior ingestão de frutas (ROSEMAN et al., 2007; CUTLER et

al., 2012) e hortaliças (ROSEMAN et al., 2007); apresentavam mais chances de estar com baixo peso ou peso adequado à estatura.

ESTIMA (2012) investigou a prática alimentar de adolescentes e observou que os meninos ingeriam mais leite e queijo (média 1,28 porção diária; média 0,31 porção diária, respectivamente) do que as meninas (média 1,02 porção diária; média 0,24 porção diária, respectivamente); em contrapartida, as meninas ingeriam significativamente mais hortaliças folhosas e não folhosas (média 0,57 porção diária; média 0,68 porção diária, respectivamente) comparando com os meninos (média 0,41 porção diária; média 0,50 porção diária, respectivamente).

Em relação à ingestão de frutas, TORAL et al. (2006) apresentaram resultados semelhantes observando que os meninos ingeriam mais frutas (mediana = 1,00 porção diária) do que as meninas (mediana = 0,86 porção diária).

REATO et al. (2007) apresentaram resultados semelhantes ao estudar adolescentes (16 a 20 anos) de uma escola paulista, identificando que 10,9% não tomavam leite. Uma vez que leite constitui fonte importante de cálcio, a redução na ingestão deste pelos adolescentes em um período de depósito mineral ósseo pode predispor-los a uma eventual osteoporose (DIETZ, 2006).

BRADLEE et al. (2009) estudaram a associação entre a ingestão de grupos de alimentos e a obesidade central entre adolescentes (12 a 16 anos) inscritos no NHANES III (*National Health and Nutrition Examination Survey*) e verificaram que os meninos ingeriam mais produtos lácteos e hortaliças do que as meninas. Em meninas, a não ingestão de frutas e hortaliças estava associada à obesidade central. Os adolescentes com obesidade central (circunferência da cintura \geq Percentil 85th) ingeriam menos frutas, hortaliças e produtos lácteos.

A literatura demonstra associação positiva entre realizar refeições em família regularmente e ingestão de frutas, hortaliças, grãos, produtos lácteos e alimentos com elevada quantidade de fibras entre adolescentes

(NEUMARK-SZTAINER et al., 2003a); portanto, refeições com melhor qualidade nutricional (FELDMAN et al., 2007).

Estratégias para estimular a ingestão de alimentos considerados saudáveis entre os adolescentes são preservar a realização de refeições em família (NEUMARK-SZTAINER et al., 2003a), ter maior disponibilidade destes alimentos em casa (NEUMARK-SZTAINER et al., 2003b); e fazer com que os pais ingiram estes alimentos (PEARSON et al., 2008).

Em geral, quando as famílias comem juntas, os pais tem a oportunidade de influenciar no que está sendo servido nas refeições. Famílias que escolhem comer juntas podem ter uma maior chance de preparar refeições balanceadas e nutritivas comparadas com os adolescentes que comem sozinhos (FELDMAN et al., 2007).

Quanto às práticas alimentares, SALMON et al. (2006) e ALMEIDA et al. (2002) observaram associação entre a baixa ingestão de frutas (< 2 porções/dia) e hortaliças (< 2 porções/dia) e a elevada audiência de televisão, entre adolescentes.

Segundo a PeNSE (2009), cerca de 63% dos adolescentes afirmaram comer assistindo televisão o que corrobora com o presente estudo, com maior proporção dos adolescentes estudados afirmando realizar alguma refeição em frente à televisão (Tabela 2).

Realizar alguma refeição em frente à televisão pareceu não influenciar a opinião sobre alimentação (Tabela 6), talvez porque este meio de comunicação somente forneça propagandas para estimular o consumo de alimentos ricos em açúcares, gorduras e sal, e não informe sobre alimentação saudável (ALMEIDA et al., 2002).

COON et al. (2001) examinaram as relações entre a presença da televisão durante as refeições e a prática alimentar de 91 adolescentes norte-americanos (idade média 10 anos) e verificaram que aqueles adolescentes de famílias com a televisão ligada durante duas ou mais refeições por dia ingeriam, com menor frequência, grãos, frutas, hortaliças, batatas, feijões e castanhas; e com maior frequência, pizza, salgadinhos industrializados e refrigerantes do que aqueles com a televisão desligada ou

ligada somente em uma refeição por dia. A ingestão de produtos lácteos foi similar em ambos sexos.

FELDMAN et al. (2007) examinaram associações entre assistir televisão durante as refeições em família e a prática alimentar entre 4.064 adolescentes norte-americanos (11 a 18 anos) e verificaram que assistir televisão durante as refeições em família estava associado com baixa ingestão de hortaliças, grãos e produtos lácteos, e alta ingestão de refrigerantes e frituras.

Conforme evidenciado na Tabela 9, detectou-se associação entre opinião sobre alimentação com sexo, ingestão referida de frutas e hortaliças.

As adolescentes apresentaram mais chances (IRR = 1,764) de referir ter uma alimentação não saudável do que os adolescentes (Tabela 9).

Adolescentes que negaram ingerir frutas apresentaram mais chances (IRR = 1,546) de afirmar ter uma alimentação não saudável; especialmente no sexo masculino (IRR = 2,433), conforme Tabela 9.

Adolescentes que negaram ingerir hortaliças apresentaram mais chances (IRR = 1,440) de relatar ter uma alimentação não saudável; associação semelhante para o sexo feminino (IRR = 1,510), conforme Tabela 9.

Resultados semelhantes foram encontrados por LAKE et al. (2007) que ao investigar a influência da percepção da alimentação com a prática alimentar entre 197 ingleses (idade média: 32,5 anos), encontraram associação significativa; aqueles que responderam ter uma alimentação saudável, relataram ter uma ingestão significativamente maior de frutas e hortaliças; porém, não houve associação com a ingestão referida de produtos lácteos.

LEME (2010) avaliou o estado nutricional e as percepções sobre alimentação saudável e escolhas alimentares de 307 adolescentes paulistanos (10 a 17 anos) e verificou que 50% das meninas e 36,4% dos meninos consideraram sua alimentação saudável. Entre os que julgaram ter uma alimentação saudável, aproximadamente 70% apresentaram baixo peso ou peso adequado à estatura e dentre os que julgaram ter uma

alimentação não saudável, cerca de 30% apresentaram excesso de peso. O conceito de alimentação saudável mais frequente foi a ideia central que se referia à ingestão diária de frutas, verduras e legumes. As meninas foram as que apresentaram a maior proporção dessa ideia (32,3%, versus 20,8% dos meninos).

TORAL e SLATER (2009) avaliaram a percepção das práticas alimentares de 390 adolescentes paulistas e observaram que a maioria que ingeria adequadamente 2 porções de frutas por dia (71%) e 2 porções de hortaliças (73,8%), afirmou ter uma ingestão adequada.

VELAZQUEZ et al. (2011) avaliaram a percepção da alimentação entre 15.283 adolescentes norte-americanos (idade média 15 anos) e verificaram que aqueles que relataram ter alimentação não saudável apresentaram uma menor ingestão de frutas e hortaliças e o inverso é verdadeiro. Estes resultados sugerem que há uma associação significativa entre a percepção da alimentação e a prática alimentar entre os adolescentes estudados, indicando que eles compreendem o teor de uma alimentação saudável. A percepção de ter uma alimentação saudável não se associou à ingestão de leite.

CROLL et al. (2001) investigaram o significado de alimentação saudável e não saudável entre 203 adolescentes norte-americanos e observaram que o conceito de alimentação saudável foi bastante consistente e foi descrita na forma de alimentos específicos (aumento na ingestão de frutas, hortaliças, grãos, massa, alimentos ricos em fibras e diminuição de alimentos ricos em gordura). Apesar da maioria dos adolescentes ter o conhecimento sobre as recomendações nutricionais saudáveis, a preocupação com alimentação saudável é pequena durante a adolescência.

Segundo GUEDES e GRONDIN (2002), parece haver indícios de que percepções quanto aos hábitos saudáveis possam não influenciar, efetivamente, nos comportamentos adequados relacionados às práticas alimentares e de atividade física. Assim sendo, sugere-se que programas direcionados à educação para a saúde procurem não apenas contemplar informações quanto à importância de se adotar práticas alimentares

saudáveis, de atividade física e controle de peso corporal; mas, sobretudo, como mantê-los ao longo da vida.

6.3 OPINIÃO SOBRE PESO CORPORAL E ALIMENTAÇÃO

Neste estudo houve associação entre a opinião sobre peso corporal e alimentação entre o total dos adolescentes ($p = 0,000$) e segundo sexo feminino ($p = 0,000$), conforme Tabela 10. Verificou-se que as duas opiniões se manifestam de maneira semelhante e simultaneamente, a maior proporção dos adolescentes que relatou estar com baixo peso ou peso adequado à estatura, afirmou ter alimentação saudável; e a maior proporção dos que se julgou em risco para obesidade ou obesidade, negou ter alimentação saudável. Entre as meninas, a única diferença foi que metade das que notou seu peso como baixo ou adequado à estatura, relatou ter uma alimentação saudável e outra metade, negou ter uma alimentação saudável. Portanto, nota-se que as meninas apresentam um autojulgamento mais severo do que o total de adolescentes.

Na literatura, estudos que associam opiniões (peso corporal e alimentação) entre os adolescentes são escassos, o que dificultou a comparação dos resultados apresentados pelo presente estudo.

As práticas de promoção à saúde, destinadas aos adolescentes, deve-se considerar além das recomendações dietéticas, do estado nutricional e da atividade física, a opinião sobre peso corporal e alimentação (PARK, 2011), como estratégias de intervenção para prevenir e tratar o excesso de peso (ABBOTT et al., 2010; CHRISTENSEN, 2012).

Este estudo constitui uma contribuição para a área de hebiatria, considerando a investigação sobre a opinião sobre peso corporal e alimentação e sua associação com variáveis sociodemográficas.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo foram identificadas variáveis sociodemográficas que se associaram com maior magnitude às opiniões sobre peso corporal e alimentação.

Constatou-se associação entre a opinião sobre peso corporal e as variáveis, sexo e estado nutricional.

Tanto a subestimação do peso corporal, predominante no sexo masculino, quanto a superestimação, predominante no sexo feminino, podem afetar negativamente a eficácia das intervenções nutricionais para promover peso e alimentação saudáveis entre os adolescentes; pois, muitas vezes, a decisão para mudar as práticas alimentares e de atividade física está baseada na opinião sobre peso corporal.

Observou-se associação entre a opinião sobre alimentação e as variáveis, sexo, ingestão referida de frutas e hortaliças.

O reconhecimento da qualidade de uma alimentação é importante e pode auxiliar na mudança das práticas alimentares desde que haja incentivo a adotar alimentação saudável promovido por profissionais da saúde, educadores e pais ou responsáveis por adolescentes.

Verificou-se associação entre a opinião sobre peso corporal e alimentação. As opiniões apresentaram comportamentos semelhantes, à medida que se julga estar com baixo peso ou peso adequado à estatura, afirma-se ter alimentação saudável e o inverso é verdadeiro, à medida que se julga estar em risco para obesidade ou obesidade, nega-se ter alimentação saudável.

Recomenda-se que a escola propicie oportunidades para que os profissionais da saúde desenvolvam atividades preventivas voltadas à conscientização da opinião pessoal, física e social entre os adolescentes.

8. REFERÊNCIAS

Abbott RA, Lee AJ, Stubbs CO, Davies PSW. Accuracy of weight status perception in contemporary Australian children and adolescents. *J Paediatr Child Health*. 2010;46:343-8.

Aguirre ML, Castillo C, Leroy C. Desafíos emergentes en la nutrición del adolescente. *Rev Chil Pediatr*. 2010;81(6):488-97.

Almeida S de S, Nascimento PCBD, Quaioti TCB. Quantidade e qualidade de produtos alimentícios anunciados na televisão brasileira. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(3):353-5.

Andrade SC de, Barros MB de A, Carandina L, Goldbaum M, Cesar CLG, Fisberg RM. Dietary Quality Index and associated factors among adolescents of the State of São Paulo, Brazil. *J Pediatr*. 2010;156:456-60.

Araki EL, Philippi ST, Martinez MF, Estima C de CP, Leal GVS, Alvarenga M dos S. Padrão de refeições realizadas por adolescentes que freqüentam escolas técnicas de São Paulo. *Rev Paul Pediatr*. 2011;29(2):164-70.

Araújo CL, Dumith SC, Menezes AMB, Hallal PC. Peso medido, peso percebido e fatores associados em adolescentes. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;27(5):360-7.

Boulos R, Vikre EK, Oppenheimer S, Chang H, Kanarek RB. ObesiTV: how television is influencing the obesity epidemic. *Physiol Behav*. 2012;107:146-53.

Bradlee ML, Singer MR, Qureshi MM, Moore LL. Food group intake and central obesity among children and adolescents in the third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). *Public Health Nutr*. 2009;13(6):797-805.

Braggion GF, Matsudo SMM, Matsudo VKR. Consumo alimentar, atividade física e percepção da aparência corporal em adolescentes. *Rev Bras Ciên e Mov*. 2000;8(1):15-21.

Branco LM, Hilário MOE, Cintra I de P. Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com seu estado nutricional. *Rev Psiqu Clin*. 2006;33(6):292-6.

Caram ALA, Lomazi EA. Hábito alimentar, estado nutricional e percepção da imagem corporal de adolescentes. *Adolesc Saude*. 2012;9(2):21-9.

Cavazza N. Psicologia das atitudes e das opiniões. São Paulo: Edições Loyola; 2008. O que são as atitudes; p. 20-21.

Christensen VT. Gendered perceptions of own and partner weight-level. *Health*. 2012;16(4):382-99.

Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *Br Med J*. 2000;320:1-6.

Cole TJ, Flegal KM, Nicholls D, Jackson AA. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *Br Med J*. 2007;1-8.

Conti MA, Frutuoso MFP, Gambardella AMD. Excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes. *Rev Nutr*. 2005;18(4):491-7.

Coon KA, Goldberg J, Rogers BL, Tucker KL. Relationships between use of television during meals and children's food consumption patterns. *Pediatrics*. 2001;107(1):1-9.

Costa MCD, Barreto ADC, Bleil RAT, Osaku N, Ruiz FS. Estado nutricional de adolescentes atendidos em uma unidade de referência para adolescentes no município de Cascavel, Estado do Paraná, Brasil. *Epidemiol Serv Saude*. 2011;20(3):355-61.

Croll JK, Neumark-Sztainer D, Story M. Healthy Eating: what does it mean to adolescents? *J Nutr Educ*. 2001;33(14):193-8.

Cutler GJ, Flood A, Hannan PJ, Slavin JL, Neumark-Sztainer D. Association between major patterns of dietary intake and weight status in adolescents. *Br J Nutr*. 2012;108:349-56.

Dietz, WH. Sugar-sweetened beverages, milk intake, and obesity in children and adolescents. *J Pediatr*. 2006;148:152-4.

Duncan JS, Duncan EK, Schofield G. Associations between weight perceptions, weight control and body fatness in a multiethnic sample of adolescent girls. *Public Health Nutr*. 2010;14(1):93-100.

Estima C de CP. Por que os adolescentes comem o que comem? Determinantes do consumo alimentar [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2012.

Faria L. Desenvolvimento do auto-conceito físico nas crianças e nos adolescentes. *Anal Psicol*. 2005;4(23):361-71.

Fatusi AO, Hindin MJ. Adolescents and youth in developing countries: health and development issues in context. *J Adolesc*. 2010;33:499-508.

Fechner PY. Gender differences in puberty. *J Adolesc Health*. 2002;30(Supl):44-8.

Feldman S, Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D, Story M. Associations between watching tv during family meals and dietary intake among adolescents. *J Nutr Educ Behav*. 2007;39:257-63.

Fitzgerald A, Heary C, Kelly C, Nixon E, Shevlin M. Self-efficacy for healthy eating and peer support for unhealthy eating are associated with adolescents' food intake patterns. *Appetite*. 2013;63:48-58.

Frutuoso MFP, Bismarck-Nasr EM, Gambardella AMD. Redução do dispêndio energético e excesso de peso corporal em adolescentes. *Rev Nutr*. 2003;16(3):257-63.

Gambardella AMD, Frutuoso MFP, Franch C. Prática alimentar de adolescentes. *Rev Nutr*. 1999;12(1):5-19.

Garcia GCB, Gambardella AMD, Frutuoso MFP. Estado nutricional e consumo alimentar de adolescentes de um centro de juventude da cidade de São Paulo. *Rev Nutri*. 2003;16(1):41-50.

Glowinska B, Urban M, Koput A, Galar M. New atherosclerosis risk factors in obese, hypertensive and diabetic children and adolescents. *Atherosclerosis*. 2003;167(2):275-86.

Guedes DP, Grondin LMV. Percepção de hábitos saudáveis por adolescentes: associação com indicadores alimentares, prática de atividade física e controle de peso corporal. *Rev Bras Cienc Esporte*. 2002;24(1):23-45.

Hall CM. Applied physiology: the control of puberty. *Curr Paediatr*. 2003;13:371-5.

Hussain K, Preece M. Applied physiology: understanding growth. *Curr Paediatr*. 2006;16:430-3.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde Escolar 2009 – Rio de Janeiro; 2009. [acesso em 3 novembro 2011]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/pense.pdf>

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Censo Demográfico; 2010. [acesso em 10 janeiro 2012]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse.pdf>.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2012 – Rio de Janeiro; 2013. [acesso em 02 julho 2013]. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Jun/20/pense_2012_arquivo_web.pdf

Johnson WD, Kroon JJ, Greenway FL, Bouchard C, Ryan D, Katzmarzyk PT. Prevalence of risk factors for metabolic syndrome in adolescents: National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), 2001-2006. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2009;163:371-7.

Kaur H, Choi WS, Mayo MS, Harris KJ. Duration of television watching is associated with increased body mass index. *J Pediatr.* 2003;143:506-11.

Khambalia A, Hardy LL, Bauman A. Accuracy of weight perceptions, life-style behaviors and psychological distress among overweight and obese adolescents. *J Paediatr Child Health.* 2012;48:220-7.

Lake AA, Hyland RM, Rugg-Gunn AJ, Wood CE, Mathers TC, Adamson AJ. Healthy eating: perceptions and practice (the ASH30 study). *Appetite.* 2007;48:176-82.

Lee YS. Consequences of childhood obesity. *Ann Acad Med. Singapore.* 2009;38:75-7.

Leme ACB. A alimentação saudável na visão dos adolescentes: conhecimentos, percepções e escolhas alimentares [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2010.

McNaughton SA, Ball K, Mishra GD, Crawford DA. Dietary patterns of adolescents and risk of obesity and hypertension. *J Nutr.* 2008;138:364-70.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília (DF); 2006.

Mooney E, Farley H, Strugnell C. A qualitative investigation into the opinions of adolescent females regarding their body image concerns and dieting practices in the Republic of Ireland (ROI). *Appetite.* 2009;52: 485-91.

Moraes ACF, Fernandes RA, Christofaro DGD, Oliveira AR de, Nakashima ATA, Reichert FF, Falcão MC. Nutrition-related habits and associated factors of Brazilian adolescents. *Int J Public Health.* 2010;55:661-7.

Negriff S, Trickett PK. The relationship between pubertal timing and delinquent behavior in maltreated male and female adolescents. *J Early Adolesc.* 2010;30(4):518-42.

Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, Story M, Croll J, Perry C. Family meal patterns: associations with sociodemographic characteristics and improved dietary intake among adolescents. *J Am Diet Assoc.* 2003a;103:317-22.

Neumark-Sztainer D, Wall MM, Hannan PJ, et al. Correlates of fruit and vegetable intake among adolescents: findings from project EAT. *Prev Med.* 2003b;37:198-208.

Park E. Overestimation and underestimation: adolescents' weight perception in comparison to BMI-based weight status and how it varies across socio-demographic factors. *J Sch Health.* 2011;81:57-64.

Pasch KE, Klein EG, Laska MN, Velazquez CE, Moe SG, Lytle LA. Weight misperception and health risk behaviors among early adolescents. *Am J Health Behav.* 2011;35(6):797-806.

Patton GC, Coffey C, Carlin JB, Sawyer SM, Williams J, Olsson CA, Wake M. Overweight and obesity between adolescence and young adulthood: a 10-year prospective cohort study. *J Adolesc Health.* 2011;48:275-80.

Pearson N, Biddle SJH, Gorelu T. Family correlates of fruit and vegetable consumption in children and adolescents: a systematic review. *Public Health Nutr.* 2008;12(2):267-83.

Pereira FN. Percepção do peso corporal e fatores associados em estudantes do ensino fundamental de Vitória (ES) [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2011.

POF – Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009. Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro; 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_encaa/pof_20082009_encaa.pdf.

Prentice A, Schoenmakers I, Laskey MA, Bono S de, Ginty F, Goldberg GR. Nutrition and bone growth and development. *Proc Nutr Soc.* 2006;65:348-60.

Ramos AMPP, Barros Filho AA. Prevalência de obesidade em adolescentes de Bragança Paulista e sua relação com a obesidade dos pais. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2003;47(6):663-8.

Reato LFN, Harada RM, Hatakeyama TT, Kitaura AR, Nagaoka BM, Perestrelo VB. Hábitos alimentares, comportamentos de risco e prevenção de transtornos alimentares em adolescentes do Ensino Médio. *Rev Paul Pediatr.* 2007;25(1):22-6.

- Rodríguez G, Moreno LA, Blay MG, Garagorri JM, Sarría A, Bueno M. Body composition in adolescents: measurements and metabolic aspects. *Int J Obesity*. 2004;28: 554-8.
- Roseman MG, Yeung WKA, Nickelsen JEN. Examination of weight status and dietary behaviors of middle school students in Kentucky. *J Am Diet Assoc*. 2007;107:1139-45.
- Rossi CE, Albernaz DO, Vasconcelos FAG de, Assis MAA de, Di Pietro PF. Influência da televisão no consumo alimentar e na obesidade em crianças e adolescentes: uma revisão sistemática. *Rev Nutr*. 2010;23(4):607-20.
- Salmon J, Campbell KJ, Crawford DA. Television viewing habits associated with obesity risk factors: a survey of Melbourne schoolchildren. *Med J Aust*. 2006;184(2):64-7.
- Santos EMC, Tassitano RM, Nascimento WMF do, Petribu M de MV, Cabral PC. Satisfação com o peso corporal e fatores associados em estudantes do ensino médio. *Rev Paul Pediatr*. 2011;29(2):214-23.
- Shi Z, Lien N, Kumar BN, Holmboe-Ottesen G. Perceptions of weight and associated factors of adolescents in Jiangsu Province, China. *Public Health Nutr*. 2006;10(3):298-305.
- Schooler D, Trinh S. Longitudinal associations between television viewing patterns and adolescent body satisfaction. *Body Image*. 2011;8:34-42.
- Slater B, Philippi ST, Marchioni DM, Fisberg RM. Validação de questionário de frequência alimentar – QFA: considerações metodológicas. *Rev Bras Epidemiol*. 2003;6(3):200-8.
- Stettler N, Signer TM, Suter PM. Electronic games and environmental factors associated with childhood obesity in Switzerland. *Obes Res*. 2004;12(6):896-903.
- Stevenson C, Doherty G, Barnett J, Muldoon OT, Trew K. Adolescents' views of food and eating: identifying barriers to healthy eating. *J Adolesc*. 2007;30:417-34
- Story M, Neumark-Sztainer D, French S. Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors. *J Am Diet Assoc*. 2002;102(3 Supl):40-51.
- Strauss C. Cultural standing in expression of opinion. *Language in Society*. 2004;33(2):161-94.

Swallen KC, Reither EM, Haas SA, Meier AM. Overweight, obesity, and health – related quality of life among adolescents: the national longitudinal study of adolescent health. 2005;115(2):340-7.

Tassitano RM, Bezerra J, Tenório MCM, Colares V, Barros MVG de, Hallal PC. Atividade física em adolescentes brasileiros: uma revisão sistemática. Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum. 2007;9(1):55-60.

Toral N, Slater B. Perception of eating practices and stages of change among Brazilian adolescents. Prev Med. 2009;48:279-83.

Toral N, Slater B, Cintra I de P, Fisberg M. Comportamento alimentar de adolescentes em relação ao consumo de frutas e verduras. Rev Nutr. 2006;19(3):331-40.

Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Guia de apresentação de teses. 2. ed. São Paulo: A Biblioteca; 2008.

US Department of Health and Human Services and US Department of Agriculture. Dietary Guidelines for American. Washington (DC); 2005.

Velazquez CE, Pasch KE, Ranjit N, Mirchandani G, Hoelscher DM. Are adolescents' perceptions of dietary practices associated with their dietary behaviors? J Am Diet Assoc. 2011;111:1735-40.

Viner RM, Haines MM, Taylor SJC, Head J, Booy R, Stansfeld S. Body mass, weight control behaviors, weight perception and emotional well being in a multiethnic sample of early adolescents. Int J Obesity. 2006;30:1514-21.

Wang Y, Liang H, Chen X. Measured body mass index, body weight perception, dissatisfaction and control practices in urban, low-income African American adolescents. BMC Public Health. 2009;9:183-95.

Wharton CM, Adams T, Hampl JS. Weight loss practices and body weight perceptions among US college students. J Am Coll Health. 2008;56(5):579-84.

WHO – World Health Organization. Child and adolescent health and development: progress report 2005. Geneva; 2005.

Yost J, Krainovich-Miller B, Budin W, Norman R. Assessing weight perception accuracy to promote weight loss among US female adolescents: a secondary analysis. BMC Public Health. 2010;10(465):1-12.

Yuan ASV. Body perceptions, weight control behavior, and changes in adolescents' psychological well-being over time: a longitudinal examination of gender. J Youth Adolescence. 2010;39:927-39.

ANEXOS

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO DE FREQUÊNCIA ALIMENTAR

<p>1. Número de Identificação do Adolescente</p> <p>1.1 Data do Preenchimento: ___/___/___</p> <p>1.2 Data de Nascimento: ___/___/___ 1.3 () Feminino () Masculino</p>
INFORMAÇÕES SOBRE ATIVIDADE FÍSICA
<p>2. Quantas vezes por semana faz aula de Educação Física?</p> <p>2.1 () não tem aula de Educação Física na Escola</p>
<p>3. Nos últimos três meses, você fez alguma outra atividade física ou exercício regularmente?</p> <p>3.1 () sim 3.2 () não 3.3 Frequência semanal: () 2 () 3 () >4</p> <p>3.4 Qual(is)?</p>
<p>4. Como você vai e como você volta da Escola?</p> <p>4.1 () andando 4.2 () de bicicleta 4.3 () de ônibus 4.4 () outros</p>
<p>5. No horário do intervalo:</p> <p>5.1 () Você quase sempre está correndo/brincando/jogando bola</p> <p>5.2 () Está quase sempre sentado/jogando games/conversando</p>
<p>6. Geralmente, quantas horas por dia você assiste televisão? ____ horas por dia</p>
<p>7. Você costuma comer alguma coisa enquanto assiste TV ou vídeo?</p> <p>7.1 () não () sim Se sim, o que costuma comer? _____</p>
<p>8. Você usa computador ou joga vídeo game:</p> <p>8.1 () diariamente 8.2 () 1 a 2 vezes/semana 8.3 () 3 a 4 vezes/semana</p> <p>8.4 () 5 a 6 vezes/semana 8.5 () nunca ou quase nunca 8.6 () não tem</p>
<p>9. Em média, quantas horas você usa computador ou joga vídeo game por dia?</p> <p>____ horas por dia</p>
<p>10. Em geral, quantas horas você costuma dormir por noite? ____ horas</p>
INFORMAÇÕES SOBRE ALIMENTAÇÃO
<p>11. Na sua opinião, a sua alimentação é saudável?</p> <p>11.1 () sim 11.2 () não</p>
<p>12. Você faz algum tipo de dieta para perder peso?</p> <p>12.1 () sim 12.2 () não (pule para a 14)</p>

13. Qual dessas opções mais leva você a fazer dieta? (MARCAR APENAS 1 OPÇÃO)	
13.1 () ficar mais bonito(a)	13.2 () poder comprar roupas da moda
13.3 () ter mais saúde	13.4 () ser mais aceito entre os amigos
13.5 () algum acontecimento especial como, por exemplo, conquistar alguém ou ir a uma festa	
13.6 () outra(s). Qual(is)?	
14. Você considera o seu peso:	
14.1 () acima do normal	14.2 () normal 14.3 () abaixo do normal
15. Você come frutas todos os dias ou quase todos os dias (5 ou mais dias na semana)?	
15.1 () sim (sim, pule para a 17)	15.2 () não
16. Qual é o principal motivo de você não comer frutas todos os dias ou quase todos os dias?	
16.1 () não gosto muito de frutas	16.2 () frutas são difíceis de comprar
16.3 () frutas são difíceis de comer	16.4 () frutas são caras
16.5 () não tenho o costume	16.6 () quando tem frutas que não gosta
17. Você come todos os dias ou quase todos os dias verduras (alface, couve, etc)?	
17.1 () sim (pule para a 19)	17.2 () não
18. Se não come, qual é o principal motivo de você não comer verduras todos os dias ou quase todos os dias?	
18.1 () não gosto muito de verduras	
18.2 () verduras são difíceis de comprar	
18.3 () verduras são caras	
18.4 () verduras devem ser higienizadas com cuidado	
19. Você come todos os dias ou quase todos os dias legumes (cenoura, chuchu, abóbora, etc ...)?	
19.1 () sim (pule para a 21)	19.2 () não
20. Se não come, qual é o principal motivo de você não comer legumes todos os dias ou quase todos os dias?	
20.1 () não gosto muito de legumes	
20.2 () legumes são difíceis de comprar	
20.3 () legumes são caros	
20.4 () legumes requerem maior tempo de preparo	

21. Com que frequência você faz lanches fora de casa em locais como Churrasquinho de rua, Bob's, Mc Donald's, Cachorro-quente vendido na Van, Pizzarias, Pastelarias e outros?				
21.1 () diariamente				
21.2 () 1 a 3 vezes por semana				
21.3 () 4 a 6 vezes por semana				
21.4 () 1 a 3 vezes por mês				
21.5 () nunca ou quase nunca				
22. Você utiliza produtos dietéticos ("diet ou light") como refrigerantes, sucos, doces, gelatinas, ...?				
22.1 () sim, na maior parte das vezes	22.2 () sim, às vezes			
22.3 () raramente	22.4 () não			
23. Na maior parte das vezes o suco de fruta consumido é:				
23.1 () natural da fruta	23.2 () natural de garrafa	23.3 () natural de caixinha		
23.4 () em pó	23.5 () não toma			
24. Com que frequência você consome suco de frutas?				
24.1 () nunca ou menos de uma vez por mês	24.2 () 1 vez por semana			
24.3 () 1 a 3 vezes por mês	24.4 () 1 vez por dia			
24.5 () 5 a 6 vezes por semana	24.6 () 2 a 3 vezes por dia			
24.7 () 2 a 4 vezes por semana	24.8 () + de 3 vezes por dia			
25. Na maior parte das vezes, o refrigerante ou guaraná consumido é:				
25.1 () <i>light/diet</i>	25.2 () normal	25.3 () metade <i>light</i> e normal		
26. Você tem o hábito de beber Coca-Cola?	26.1 () sim	26.2 () não		
27. E outros refrigerantes?	27.1 () sim, quais? _____	26.2 () não		
28. Com que frequência você consome refrigerante?				
28.1 () nunca ou menos de uma vez por mês	28.2 () 1 a 3 vezes por mês			
28.3 () 5 a 6 vezes por semana	28.4 () 2 a 4 vezes por semana			
28.5 () 1 vez por semana	28.6 () 1 vez por dia			
28.7 () 2 a 3 vezes por dia	28.8 () + de 3 vezes por dia			
29. Quantos copos de água você bebe por dia?				
29.1 () 0	29.2 () 1	29.3 () 2	29.4 () 3	29.5 () 4
29.6 () 5	29.7 () 6	29.8 () 7 ou +		
30. Você bebe com maior frequência				
30.1 () leite desnatado	30.2 () leite semidesnatado			

30.3 () leite integral	30.4 () não bebo leite, porque não gosto
30.5 () Não bebo leite, pois não tenho o hábito	
30.5 () Não bebo leite, porque é caro	
30.5 () Não bebo leite, porque tenho intolerância	
31. Com que frequência você consome leite?	
31.1 () nunca ou menos de 1 vez por mês	31.2 () 1 a 3 vezes por mês
31.3 () 5 a 6 vezes por semana	31.4 () 2 a 4 vezes por semana
31.5 () 1 vez por semana	31.6 () 1 vez por dia
31.7 () 2 a 3 vezes por dia	31.8 () + de 3 vezes por dia
32. O que você coloca no leite?	
32.1 () achocolatado	Quantas vezes na semana?
32.2 () café	Quantas vezes na semana?
32.3 () fruta	Quantas vezes na semana?
33. Você bebe com maior frequência:	
33.1 () iogurte <i>light/diet</i>	33.2 () iogurte integral
	33.3 () não bebo iogurte
34. Com que frequência você consome iogurte?	
34.1 () nunca ou menos de 1 vez por mês	34.2 () 1 a 3 vezes por mês
34.3 () 5 a 6 vezes por semana	34.4 () 2 a 4 vezes por semana
34.5 () 1 vez por semana	34.6 () 2 a 3 vezes por dia
34.7 () + de 3 vezes por dia	
35. Você detesta algum alimento?	
	35.1 () sim
	35.2 () não
Se sim, qual(is)?	
36. Você tem intolerância a algum alimento?	
	36.1 () sim
	36.2 () não
Se sim, qual(is)?	
37. No horário do intervalo:	
37.1 () não come nada	37.2 () leva lanche de casa
37.3 () compra na cantina	37.4 () come a merenda da escola
38. Você almoça ou janta assistindo TV?	
38.1 () sim	38.2 () às vezes
	38.3 () não
39. Em que local você, geralmente, faz as seguintes refeições?	
REFEIÇÃO	CASA ESCOLA CANTINA ESCOLA NÃO COME
	(mas leva de casa)
39.1 Café da manhã	
39.2 Lanche	

39.3 Almoço				
39.4 Lanche				
39.5 Lanche				
39.6 Jantar				
39.7 Ceia				
40. Quem prepara as refeições em casa?				
REFEIÇÃO	O próprio	mãe, pai ou responsável	irmãos	outros
40.1 Café da manhã				
40.2 Lanche				
40.3 Almoço				
40.4 Lanche				
40.5 Lanche				
40.6 Jantar				
40.7 Ceia				
41. Com quem você come as refeições na sua casa?				
41.1 () mãe, pai ou responsável	41.2 () irmãos			
41.3 () família está sempre reunida	41.4 () sozinho(a)	41.5 () outros		
42. Você normalmente substitui alguma refeição por lanche?				
42.1 () sim	42.2 () não	Se sim qual(is)?		

ANEXO 2 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (UNICAMP)



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 28/09/07.
(Grupo III)

PARECER CEP: N° 432/2007 (Este n° deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)
CAAE: 0032.0.146.000-07

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “EDUCAÇÃO ALIMENTAR - ESTUDOS DE INTERVENÇÕES DE EDUCAÇÃO EM NUTRIÇÃO COM ADOLESCENTES NO CONTEXTO DE ESCOLAS TÉCNICAS DO ESTADO DE SÃO PAULO”

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Maria Lucia Mendes de Carvalho

INSTITUIÇÃO: Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza

APRESENTAÇÃO AO CEP: 03/07/2007

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 24/07/08 (O formulário encontra-se no *site* acima)

II - OBJETIVOS

Desenvolver práticas escolares e pedagógicas para promover intervenções de educação em nutrição, avaliando o estado nutricional, a atividade física e o consumo alimentar de adolescentes do ensino médio em escolas técnicas estaduais do Estado de São Paulo, com o intuito de identificar e prevenir fatores de risco relacionados à Síndrome Metabólica.

III - SUMÁRIO

Trata-se de um estudo prospectivo ou de coorte, empregado para estudos de observação com seres humanos, contribuindo para a obtenção de indicadores de segurança alimentar e nutricional com adolescentes. Será realizado estudo nutricional com 480 estudantes do primeiro ano do ensino médio. Destes, 240 serão alunos das escolas técnicas do Centro Paula Souza, denominado grupo experimental. Estes alunos participarão de oficinas de educação alimentar e nutricional criadas e ministradas por 24 monitores de nutrição. Os outros 240 alunos serão adolescentes matriculados no primeiro do ensino médio de escolas da rede pública estadual. Estes serão denominados grupo controle, ou seja, não realizarão atividades pedagógicas de educação alimentar e nutricional. Com isso, pretende-se investigar se as ações de educação alimentar e nutricional promovem redução na prevalência de sobrepeso no grupo experimental. Prevê-se um período de três anos para realização da pesquisa em questão, sendo os alunos reavaliados anualmente. Inicialmente será aplicado um questionário de frequência alimentar e recordatório de 24 horas para caracterizar a rotina do adolescente. Pretende-se, enquanto resultado preliminar deste estudo, realizar o I Encontro de Educação Alimentar e Nutricional com Adolescentes.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

O projeto encontra-se adequado à Resolução CNS 196/96, bem como a nova versão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13084-971 Campinas – SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br



atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na VII Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 24 de julho de 2007.


Prof. Dra. Carmen Sílvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

ANEXO 3 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (FSP/USP)

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

PROJETO DE PESQUISA

Título: Estudantes da rede pública do Estado de São Paulo: comportamento alimentar e perfil nutricional

Pesquisador: IVIA CAMPOS PREVITALI

Versão: 1

Instituição: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP

CAAE: 00953412.6.0000.5421

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 24374

Data da Relatoria: 13/04/2012

Apresentação do Projeto:

A adolescência é uma fase de intensas mudanças físicas, psicológicas e sociais que interferem de forma dinâmica no comportamento alimentar. Hábitos alimentares inadequados neste período podem retardar o crescimento e a maturação sexual e aumentar o risco de desenvolver doenças crônicas não degenerativas na idade adulta.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a associação do comportamento alimentar com o perfil nutricional de estudantes do ensino médio de escolas públicas técnicas e não técnicas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A interferência do comportamento alimentar no perfil nutricional de estudantes do ensino médio de escolas públicas técnicas e não técnicas pelo baixo consumo de frutas, hortaliças e leite e derivados aumenta o risco de desenvolver o excesso de peso entre os adolescentes. A identificação do perfil alimentar pode auxiliar inclusive no estabelecimento de ações nas escolas em que frequentam.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa utilizará dados já coletados, apresenta a autorização do pesquisador principal na utilização do banco e a aprovação do comitê de ética.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão já aprovados e aplicados na pesquisa.

Recomendações:

sem observações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto em questão já foi aprovado pelo Comitê de ética da UNICAMP onde foi realizado a coleta, pois os dados já foram coletados o que dispensaria o envio para nova avaliação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Sim

21 de Maio de 2012

Assinado por:
Claudio Leone

ANEXO 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento

O projeto **EDUCAÇÃO ALIMENTAR: estudos de intervenções de educação em nutrição com adolescentes no contexto de Escolas Técnicas Estaduais do Estado de São Paulo**, que você está sendo convidado (a) a participar têm como objetivos:

- **Determinar a prevalência de sobrepeso e obesidade em adolescentes do ensino médio de escolas técnicas e estaduais, a partir de um estudo exploratório de índice de massa corporal e de percepção corporal.**
- **Identificar estado nutricional e maturação sexual em adolescentes do ensino médio de escolas técnicas e estaduais, a partir de entrevistas individuais e de inquérito recordatório de 24 horas, realizados com nutricionistas.**

É através deste tipo de pesquisa que poderemos aumentar o nosso conhecimento sobre o perfil das pessoas que poderão desenvolver doenças crônicas: hipertensão, dislipidemias, diabetes, doença coronariana, entre outras.

Você responderá a um questionário, que será aplicado pela equipe do projeto na escola. Em seguida, você passará por uma série de medições antropométricas (peso e altura), durante o desenvolvimento do projeto, com datas previamente estabelecidas.

Todos estes dados serão tabulados, analisados e inseridos com conclusão e discussão dos resultados nos relatórios de situação do projeto desenvolvido na ETE _____, para serem encaminhados a Coordenadoria de Ensino Técnico do Centro Paula Souza, para apreciação e divulgação dos resultados com a equipe de nutricionistas que participam deste projeto. Alguns dados e informações poderão ser utilizados em estudos futuros (todos com o objetivo de atuar com práticas escolares e pedagógicas para obtenção de indicadores de educação e segurança alimentar e nutricional sustentável).

Em nenhum momento desse estudo, as pessoas que estarão trabalhando com seu material saberão que ele é seu, garantindo o sigilo de seus dados pessoais.

Registro das explicações da nutricionista a (o) aluna(o) sobre o projeto de pesquisa.

_____ de _____ de _____.

Obrigado! Consentimento pós-esclarecido.

Declaro que, após convenientemente esclarecido pela nutricionista e ter entendido o que me foi explicado, aceito participar do presente Protocolo de Pesquisa.

Assinatura da (o) aluna (o)

Assinatura do responsável

Caso você queira mais detalhes sobre a pesquisa agora, ou no futuro, poderá entrar em contato com o Profª _____ na ETE _____ ou com a Profª. Maria Lucia Mendes de Carvalho, na Coordenadoria de Ensino Técnico do Centro Paula Souza, e-mail: marialuciamcarvalho@hotmail.com

ANEXO 5 – TERMO DE ANUÊNCIA

CENTRO PAULA SOUZA



Administração Central
Unidade de Ensino Médio e Técnico - Cetec

São Paulo, 17 de novembro de 2011.

Ofício nº 653/2011 - CETEC/CAP

Assunto: Autorização para utilizar os dados do projeto de pesquisa referente ao Parecer CEP 432/2007 FCM/UNICAMP e CAAE 0327.0.146.000-07 em dissertação de mestrado no Programa de Nutrição em Saúde Pública
Ref.: Projeto 7.1.01

Prezada Professora,

Atendendo o pedido da professora coordenadora de projetos e nutricionista Ívia Campos Previtali Sampaio da Unidade de Ensino Médio e Técnico, e aluna regularmente matriculada no curso de Mestrado, no programa de Nutrição e Saúde da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sob sua orientação, estamos encaminhando esta autorização.

Trata-se da utilização dos dados coletados em um projeto de educação alimentar e nutricional com adolescentes, realizado no período de 2007 – 2009, proposto pela professora coordenadora de projetos e engenheira agrícola e química Maria Lucia Mendes de Carvalho, sob a supervisão de seis nutricionistas, em seis escolas técnicas do Centro Paula Souza, com o Parecer CEP 432/2007 da Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP e CAAE 0327.0.146.000-07, para serem empregados no seu projeto de pesquisa para a dissertação "**Comportamento alimentar e perfil do estado nutricional de estudantes de escolas públicas no estado de São Paulo**", com a finalidade de identificar o comportamento alimentar de estudantes do ensino médio de escolas públicas técnicas e não técnicas e avaliar o estudo nutricional.

Consideramos o emprego destes dados, referentes aos estudos nutricionais e aos questionários de frequência alimentar na pesquisa da dissertação da professora Ívia Previtali, utilizando o *software* Stata da Faculdade de Saúde Pública /USP, uma parceria no antigo projeto, pois não dispomos desta ferramenta importante para estudos no campo da alimentação e nutrição.

Agradecemos a colaboração de Vossa Senhoria e nos colocamos a disposição para quaisquer esclarecimentos pelo telefone (11)20890732 ou pelo e-mail marialuciamcarvalho@hotmail.com.

Atenciosamente,

Maria Lucia Mendes de Carvalho
Professora Coordenadora de Projetos

Luis Carlos Zanirato Maia
Coordenador de Ensino Médio e Técnico - Substituto

Ilma. Senhora

Profa. Dra. Ana Maria Dianezi Gambardella
Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde/USP
São Paulo – SP.

CURRÍCULO LATTES



Ivia Campos Previtali

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/2416236767658753>

Última atualização do currículo em 30/07/2013

Graduada em Nutrição pela Universidade Metodista de Piracicaba (2001), especialista em Nutrição Clínica pelo GANEP (Grupo de Apoio à Nutrição Enteral e Parenteral (2003) e licenciada em Nutrição e Dietética pela FAT (Fundação de Apoio à Tecnologia) (2007). É docente da ETEC Rubens de Faria e Souza em Sorocaba no curso técnico em Nutrição e Dietética, nutricionista clínica do Departamento de Medicina Preventiva de convênios médicos particulares e professora coordenadora de projetos na área da Nutrição e Dietética no Centro Paula Souza em São Paulo. Atualmente, é mestranda em Nutrição em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública - USP. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome Ivia Campos Previtali
Nome em citações bibliográficas PREVITALI, I. C.

Endereço

Endereço Profissional Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza, Etec Rubens de Faria e Souza - Sorocaba.
Av. Comendador Pereira Inácio, 190
Vergueiro
18003-005 - Sorocaba, SP - Brasil
Telefone: (15) 32331316

Formação acadêmica/titulação

2010 Mestrado em andamento em Nutrição em Saúde Pública.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Opinião sobre peso corporal e alimentação de estudantes do ensino médio, Orientador: 🧑 Ana Maria Dianezi Gambardella.
Palavras-chave: opinião sobre peso corporal; opinião sobre alimentação; adolescentes; estudantes.
Grande área: Ciências da Saúde / Área: Nutrição / Subárea: Análise Nutricional de População.

2007 - 2008 Especialização em Licenciatura em Nutrição e Dietética.
Fundação de Apoio a Tecnologia, FAT, Brasil.
Título: Ensino por competências na área da nutrição e dietética.

2003 - 2003 Especialização em Nutrição Clínica. (Carga Horária: 515h).
Grupo de Apoio à Nutrição Enteral e Parenteral.
Título: Dietoterapia em Diabetes melito tipo 2 com enfoque para obesidade, hipertensão arterial e dislipidemia.
Orientador: Viviane Chaer Borges.

1998 - 2001 Graduação em Nutrição.
Universidade Metodista de Piracicaba, UNIMEP, Brasil.

Formação Complementar



Ana Maria Dianezi Gambardella

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/1510248097484351>

Última atualização do currículo em 18/03/2013

ANA MARIA DIANEZI GAMBARDELLA CONCLUIU O DOUTORADO EM SAUDE PUBLICA PELA UNIVERSIDADE DE SAO PAULO EM 1996. ATUALMENTE E PROFESSOR DOUTOR DA UNIVERSIDADE DE SAO PAULO. ATUA NA AREA DE NUTRICAÇÃO, COM ENFASE EM ADOLESCENTES. **(Texto informado pelo autor)**


Identificação

Nome Ana Maria Dianezi Gambardella
Nome em citações bibliográficas GAMBARDELLA, A. M. D.

Endereço

Endereço Profissional Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública.
AV. DR ARNALDO, 715
CERQUEIRA CESAR
01246-904 - Sao Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 30617705
Fax: (11) 30617771

Formação acadêmica/titulação

1990 - 1996 Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: ADOLESCENTES ESTUDANTES DE PERIODO NOTURNO: COMO SE ALIMENTAM E GASTAM SUAS ENERGIAS, Ano de obtenção: 1996.
Orientador:  SABINA LEA DAVIDSON GOTLIEB.
Palavras-chave: adolescentes; Alimentação; DISPENDIO ENERGETICO.

1984 - 1990 Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: O PAT FRENTE AS RECOMENDACOES NUTRICIONAIS PARA ESSE SEGMENTO ESPECIFICO DA POPULACAO, Ano de Obtenção: 1990.
Orientador: ROSA NILDA MAZZILLI.
Palavras-chave: TRABALHADOR; Alimentação.

1984 - 1984 Especialização em Especializacao Em Saude Publica.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

1972 - 1975 Graduação em Nutricao.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Formação Complementar

2012 - 2012 Curso e Espanhol Nível Básico I e II.
Faculdade de Saúde Pública da USP.

2008 - 2008 Pedagogia Universitária. (Carga horária: 28h).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

2002 - 2002 Programa de Capacitação de Avaliadores.