

ERICA: prevalência de comportamentos alimentares saudáveis em adolescentes brasileiros

Laura Augusta Barufaldi^I, Gabriela de Azevedo Abreu^{II}, Juliana Souza Oliveira^{III}, Debora França dos Santos^{II}, Elizabeth Fujimori^{IV}, Sandra Mary Lima Vasconcelos^V, Francisco de Assis Guedes de Vasconcelos^{VI}, Bruno Mendes Tavares^{VII}

^I Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, DF, Brasil

^{II} Instituto Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{III} Núcleo de Nutrição. Centro Acadêmico de Vitória. Universidade Federal de Pernambuco. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil

^{IV} Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

^V Faculdade de Nutrição. Universidade Federal de Alagoas. Maceió, AL, Brasil

^{VI} Departamento de Nutrição. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil

^{VII} Instituto de Saúde e Biotecnologia. Universidade Federal do Amazonas. Coari, AM, Brasil

RESUMO

OBJETIVO: Descrever a prevalência de comportamentos alimentares considerados saudáveis em adolescentes brasileiros, segundo sexo, idade, escolaridade da mãe, tipo de escola, turno de estudo e região geográfica.

MÉTODOS: Os dados analisados provêm do Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes (ERICA), estudo transversal, nacional e de base escolar. Foram avaliados adolescentes de 1.247 escolas em 124 municípios brasileiros, utilizando questionário autopreenchível que incluía um bloco sobre aspectos relacionados ao comportamento alimentar. Foram considerados saudáveis os seguintes comportamentos alimentares: consumo de café da manhã, ingestão de água e realização de refeições com os pais ou responsáveis. As estimativas das prevalências foram apresentadas em proporções, com seus respectivos intervalos de confiança de 95%. O teste Qui-quadrado foi utilizado para avaliar a diferença das prevalências dos comportamentos alimentares saudáveis de acordo com as demais variáveis. Utilizou-se o módulo *survey* do programa Stata versão 13,0 para análise de dados de amostra complexa.

RESULTADOS: Foram avaliados 74.589 adolescentes (72,9% dos alunos elegíveis). Desses, 55,2% eram do sexo feminino e a média de idade foi de 14,6 anos (DP = 1,6). Entre os adolescentes brasileiros, aproximadamente metade apresentou comportamentos alimentares saudáveis quanto ao consumo de café da manhã, realização de refeições com os pais ou responsáveis e ingestão de cinco ou mais copos de água por dia. Todos os comportamentos alimentares saudáveis analisados apresentaram diferença estatisticamente significativa por sexo, idade, tipo de escola, turno de estudo ou região geográfica.

CONCLUSÕES: Sugere-se que ações específicas, de abordagem intersetorial, sejam implementadas para a disseminação dos benefícios dos comportamentos alimentares saudáveis. Adolescentes do sexo feminino, mais velhos (15 a 17 anos), cujas mães têm escolaridade mais baixa, alunos de escolas públicas e da região Sudeste, deveriam ser o foco dessas ações já que são os que apresentam menores frequências dos comportamentos saudáveis analisados.

DESCRITORES: Adolescente. Hábitos Alimentares. Preferências Alimentares. Comportamentos Saudáveis. Estudos Transversais.

Correspondência:

Laura Augusta Barufaldi
Edifício Premium Térreo, sala 15
SAF Sul, Trecho 02 Lotes 05/06
Bloco "F" Torre 1
70070-600 Brasília, DF, Brasil
E-mail: laurabarufaldi@yahoo.com.br

Recebido: 9 set 2015

Aprovado: 4 nov 2015

Como citar: Barufaldi LA, Abreu GZ, Oliveira JS, Santos DF, Fujimori E, Vasconcelos SML et al. ERICA: prevalência de comportamentos alimentares saudáveis em adolescentes brasileiros. Rev Saude Publica. 2016;50(supl 1):6s.

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



INTRODUÇÃO

A adolescência é um período de intensas mudanças, no qual os indivíduos sofrem influências de condições socioeconômicas, hábitos familiares, valores e regras sociais e culturais. Hábitos e conhecimentos adquiridos nesse período têm influência sobre muitos aspectos da vida adulta relacionados à alimentação, saúde, preferências e desenvolvimento psicossocial, entre outros. Assim, comportamentos alimentares saudáveis durante a adolescência são fundamentais para uma vida produtiva e reprodutiva saudável e para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis na vida adulta^a.

Para Matias et al.¹⁴, o comportamento alimentar é um conjunto de ações relacionadas ao alimento, que começa com a decisão, disponibilidade, modo de preparo, utensílios, horários e divisão das refeições, e encerra com a ingestão. Alguns comportamentos alimentares são considerados saudáveis, tais como realizar refeições com a família, consumir café da manhã e ingerir a quantidade recomendada de água.

Estudos sugerem associação positiva entre realizar refeições com a família e ingerir alimentos saudáveis e associação inversa entre este comportamento e a ocorrência de obesidade^{2,11}. A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE)¹², realizada com escolares brasileiros do nono ano do ensino fundamental, avaliou o hábito de realizar refeições na presença da mãe ou responsável, entre outras variáveis de consumo alimentar. Dois terços dos estudantes realizava frequentemente (cinco ou mais dias na semana) pelo menos uma das principais refeições na presença da mãe ou responsável, embora cerca de um quarto deles raramente ou nunca tivessem essa prática¹².

Segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira, o café da manhã é uma das três principais refeições do dia^b. Comparada aos lanches, a refeição matinal proporciona maior ingestão de vitaminas e minerais e menor ingestão de gorduras e colesterol²². Estudos sugerem relação positiva entre o consumo de café da manhã e estilo de vida saudável¹⁹.

Evidências científicas relacionam o consumo frequente de café da manhã com baixo risco de sobrepeso e obesidade abdominal¹⁶. Por outro lado, ausência dessa refeição pode favorecer deficiência de cálcio, uma vez que, geralmente, é a refeição que concentra o maior consumo diário de leite e derivados, fontes desse mineral²⁴.

Estudos realizados em diferentes países indicam que a proporção de adolescentes que consome o café da manhã varia de 45,0% a 95,0%²⁴. O estilo de vida da sociedade contemporânea, com aumento do número de indivíduos que moram sozinhos e falta de tempo para realizar as refeições, tem sido associado ao declínio de consumo do café da manhã¹⁹.

A ingestão adequada de água é vital, prevenindo a desidratação e seus efeitos adversos, como cefaléia, litíase urinária e prejuízo da cognição, entre outros¹⁸. A substituição de bebidas açucaradas por água e o seu consumo antes das refeições associam-se a menor consumo de energia com prevenção da obesidade e também de cáries dentárias^{18,23}.

Apesar da importância dos comportamentos alimentares saudáveis, ainda são escassos os estudos realizados em adolescentes, o que justifica a relevância e pertinência do presente artigo, cujos dados têm representatividade nacional de adolescentes escolares. O objetivo deste estudo foi descrever a prevalência de comportamentos alimentares considerados saudáveis em adolescentes brasileiros, segundo sexo, idade, escolaridade da mãe, tipo de escola, turno de estudo e região geográfica.

MÉTODOS

Trata-se da análise de dados provenientes do Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes (ERICA). O ERICA é um estudo transversal, nacional e de base escolar que teve como objetivo estimar a prevalência de diabetes mellitus, obesidade, fatores de risco

^aWorld Health Organization. Nutrition in adolescence: issues and challenges for the health sector: issues in adolescent health and development. Geneva; 2005 [citado 2015 jul 31]. (WHO discussion paper on adolescence). Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43342/1/9241593660_eng.pdf

^bMinistério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2.ed. Brasília (DF); 2014.

cardiovascular e de marcadores inflamatórios e de resistência à insulina em adolescentes de 12 a 17 anos, matriculados em escolas públicas e privadas, de cidades brasileiras com mais de 100 mil habitantes.

A coleta de dados ocorreu entre março de 2013 e dezembro de 2014. Foram avaliados 74.589 adolescentes de 1.247 escolas em 124 municípios brasileiros. A população da pesquisa foi estratificada em 32 estratos constituídos por 27 capitais e cinco conjuntos de municípios com mais de 100 mil habitantes em cada uma das cinco macrorregiões geográficas do País. Para cada estrato geográfico, as escolas foram selecionadas com probabilidade proporcional ao tamanho e inversamente proporcional à distância da capital. A amostra é representativa para municípios de médio e grande porte (> 100 mil habitantes) em âmbito nacional, regional e para as capitais brasileiras. Mais detalhes sobre o processo de amostragem encontram-se na publicação de Vasconcellos et al.²⁵

Foram entrevistados e examinados todos os alunos das turmas selecionadas que assinaram o termo de assentimento. Foram excluídos das análises, por não serem considerados elegíveis, os adolescentes que não pertenciam à faixa etária de 12 a 17 anos, adolescentes grávidas e os indivíduos com deficiência física ou mental, temporária ou permanente. O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da instituição da coordenação central do estudo (IESC/UFRJ) e de cada estado brasileiro. Detalhes sobre o protocolo do estudo encontram-se em Bloch et al.³

O questionário utilizado foi autopreenchível e aplicado com o uso de um coletor eletrônico de dados, o *personal digital assistant* (PDA). Continha cerca de 100 questões distribuídas em 11 blocos: aspectos sociodemográficos, atividades ocupacionais, atividade física, comportamento alimentar, tabagismo, uso de bebidas alcoólicas, saúde reprodutiva, saúde bucal, morbidade referida, duração do sono e transtorno mental comum.

Foram considerados saudáveis os seguintes comportamentos alimentares: consumo de café da manhã, ingestão de água e realização de refeições com os pais ou responsáveis. O bloco de comportamento alimentar incluiu perguntas sobre a realização do café da manhã e a companhia dos pais ou responsáveis nas refeições (almoço e jantar), com as seguintes opções de resposta: “não”, “às vezes”, “quase todos os dias” e “todos os dias”. Para a análise, as respostas “quase todos os dias” e “todos os dias” foram agrupadas, obtendo-se uma variável com as opções: “não consome”, “consome às vezes” e “consome quase/todos os dias”.

A variável refeição na companhia dos pais ou responsáveis foi criada a partir da combinação das variáveis “almoço e jantar com pais ou responsáveis” de forma que permanecessem as seguintes opções: “nunca faz refeições com os pais ou responsáveis”, “às vezes faz uma ou duas refeições com pais ou responsáveis” e “quase sempre ou sempre faz pelo menos uma das refeições com os pais ou responsáveis”.

Outro comportamento avaliado no mesmo questionário foi o consumo diário de água, sendo consideradas como opções de resposta: “não bebe água”, “bebe um a dois copos”, “bebe três a quatro copos” e “bebe pelo menos cinco copos por dia”.

A prevalência dos comportamentos saudáveis relacionados à alimentação foi analisada de acordo com as variáveis: região geográfica (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul) sexo (masculino ou feminino), idade (em anos, analisada de forma categorizada: de 12 a 14 e de 15 a 17), escolaridade da mãe (analisada de forma categorizada: até ensino médio incompleto e ensino médio completo ou mais), turno de estudo (manhã ou tarde) e tipo de escola (pública ou privada).

As análises dos dados foram realizadas no *software* Stata, versão 13.0, utilizando-se o módulo *survey* para análise de dados de amostra complexa, onde as estimativas das prevalências foram apresentadas em proporções (%), com seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). O teste Qui-quadrado foi utilizado para avaliar a diferença das prevalências dos comportamentos alimentares saudáveis de acordo com as demais variáveis.

RESULTADOS

Dos 102.327 alunos elegíveis, foram avaliados 74.589, que representam 72,9% dos alunos elegíveis matriculados nas escolas e turmas selecionadas no processo de amostragem. Essa cobertura foi maior no sexo feminino (75,8%) do que no sexo masculino (69,6%), e maior também nos adolescentes mais jovens (77,6%) quando comparado aos de faixa etária mais alta (66,4%). A região geográfica onde a cobertura foi mais elevada foi a Sul (81,0%) e a região com menor cobertura foi a Centro-Oeste (68,3%). Dos adolescentes avaliados, 55,2% eram do sexo feminino e a média de idade foi de 14,6 anos (DP = 1,6). Em relação ao tipo de escola, 78,7% eram públicas, e 71,5% dos alunos estudavam no turno da manhã. Dos adolescentes avaliados, 31,0% eram do Nordeste, 22,9% do Sudeste, 20,2% do Norte, 13,0% do Centro-Oeste e 12,8% da região Sul.

Mais de dois terços dos adolescentes (68,0%) “sempre ou quase sempre” realizavam refeições com os pais ou responsáveis. Entretanto, quase 25,0% realizava refeições na companhia dos pais ou responsáveis apenas “às vezes” e 7,4%, “nunca” (Tabela 1). A prevalência desse comportamento apresentou diferença estatisticamente significativa para todas as variáveis estudadas, exceto em relação ao turno de estudo. Maior prevalência de consumo de refeições com os pais ou responsáveis foi observada entre adolescentes do sexo masculino, mais jovens, cujas mães tinham maior escolaridade, eram de escolas privadas e residiam nas regiões Sul e Centro-Oeste (Tabela 1).

Tabela 1. Prevalência de realização de refeições com os pais ou responsáveis nos adolescentes brasileiros de 12 a 17 anos, considerando amostragem complexa. ERICA, 2013-2014. (N = 74.589)

| Variável | Prevalência | | | | | |
|-------------------------------|-------------|---------|----------|-----------|---------------------|-----------|
| | Nunca | | Às vezes | | Quase sempre/Sempre | |
| | % | IC95% | % | IC95% | % | IC95% |
| Sexo* | | | | | | |
| Feminino | 7,9 | 7,3-8,5 | 26,7 | 25,6-27,8 | 65,4 | 64,2-66,6 |
| Masculino | 6,9 | 6,3-7,6 | 22,4 | 21,5-23,5 | 70,6 | 69,3-71,9 |
| Idade (anos)* | | | | | | |
| 12-14 | 5,7 | 5,1-6,4 | 21,6 | 20,7-22,5 | 72,7 | 71,3-74,0 |
| 15-17 | 9,3 | 8,6-9,9 | 27,9 | 26,8-28,9 | 62,9 | 61,6-64,1 |
| Escolaridade da mãe* | | | | | | |
| Até ensino médio incompleto | 7,5 | 6,6-8,5 | 25,5 | 24,1-27,0 | 67,0 | 64,9-69,0 |
| Ensino médio completo ou mais | 7,2 | 6,4-7,9 | 22,4 | 21,2-23,7 | 70,5 | 68,8-72,0 |
| Tipo de escola* | | | | | | |
| Pública | 7,5 | 7,0-8,1 | 25,3 | 24,5-26,1 | 67,2 | 66,1-68,2 |
| Privada | 6,7 | 5,3-8,4 | 21,1 | 19,2-23,2 | 72,2 | 69,1-75,1 |
| Turno de estudo | | | | | | |
| Manhã | 7,4 | 6,8-8,1 | 24,6 | 23,7-25,7 | 67,9 | 66,5-69,3 |
| Tarde | 7,3 | 6,6-8,1 | 24,3 | 22,9-25,8 | 68,3 | 66,6-70,0 |
| Região geográfica* | | | | | | |
| Norte | 6,9 | 6,4-7,4 | 25,3 | 24,3-26,3 | 67,8 | 66,7-68,9 |
| Nordeste | 8,6 | 7,7-9,5 | 29,2 | 27,8-30,6 | 62,3 | 60,6-63,9 |
| Centro-Oeste | 7,0 | 6,1-8,1 | 21,2 | 19,8-22,5 | 71,8 | 70,2-73,1 |
| Sudeste | 7,4 | 6,6-8,3 | 24,8 | 23,5-26,2 | 67,8 | 65,9-69,6 |
| Sul | 5,8 | 4,9-6,7 | 16,9 | 15,6-18,2 | 77,3 | 75,9-78,6 |
| Total | 7,4 | 6,9-7,9 | 24,6 | 23,8-25,3 | 68,0 | 67,0-69,0 |

* Diferença estatisticamente significativa – Teste Qui-quadrado.

Quanto ao consumo do café da manhã, quase metade dos adolescentes (48,5%) relatou consumir café da manhã quase sempre ou sempre, porém mais de um quinto (21,9%) não realizavam essa refeição (Tabela 2). Observou-se diferença estatisticamente significativa nas prevalências de consumo do café da manhã para todas as variáveis analisadas: maiores prevalências foram observadas nos adolescentes do sexo masculino, entre os mais jovens (12 a 14 anos), cujas mães apresentavam maior escolaridade, que estudavam em escolas privadas, no turno da tarde e residentes nas regiões Norte e Nordeste (Tabela 2).

Com relação ao consumo de água, cerca de metade dos adolescentes (48,2%) referiu ingerir cinco ou mais copos de água por dia, enquanto 18,9% consumiam apenas um a dois copos e 1,6% relatou não consumir água (Tabela 3). As prevalências desse comportamento apresentaram diferenças significativas segundo sexo, idade e região geográfica. Meninos, mais jovens e adolescentes residentes na região Norte apresentaram hábito de consumir mais água diariamente.

Tabela 2. Prevalência de consumo de café da manhã nos adolescentes brasileiros de 12 a 17 anos, considerando amostragem complexa. ERICA, 2013-2014. (N = 74.589)

| Variável | Prevalência | | | | | |
|-------------------------------|-------------|-----------|----------|-----------|---------------------|-----------|
| | Nunca | | Às vezes | | Quase sempre/Sempre | |
| | % | IC95% | % | IC95% | % | IC95% |
| Sexo* | | | | | | |
| Feminino | 25,8 | 24,5-27,2 | 31,8 | 30,7-33,0 | 42,3 | 40,6-44,0 |
| Masculino | 18,2 | 17,0-19,4 | 27,2 | 26,2-28,3 | 54,6 | 53,1-56,1 |
| Idade (anos)* | | | | | | |
| 12-14 anos | 20,1 | 18,8-21,6 | 28,3 | 27,0-29,5 | 51,6 | 50,0-53,1 |
| 15-17 anos | 24,0 | 22,5-25,7 | 30,9 | 29,6-32,3 | 45,0 | 42,7-47,4 |
| Escolaridade da mãe* | | | | | | |
| Até ensino médio incompleto | 21,9 | 20,6-23,3 | 30,3 | 28,8-31,8 | 47,8 | 45,7-49,9 |
| Ensino médio completo ou mais | 20,9 | 19,8-21,9 | 27,7 | 26,4-29,0 | 51,5 | 50,1-52,8 |
| Tipo de escola* | | | | | | |
| Pública | 21,9 | 20,7-23,1 | 30,9 | 30,0-31,9 | 47,2 | 45,5-48,9 |
| Privada | 22,5 | 20,4-24,9 | 22,8 | 20,7-25,1 | 54,6 | 51,9-57,3 |
| Turno de estudo* | | | | | | |
| Manhã | 26,4 | 25,3-27,7 | 30,3 | 29,0-31,7 | 43,2 | 41,3-45,1 |
| Tarde | 12,2 | 11,2-13,3 | 27,7 | 26,6-28,9 | 60,0 | 58,2-61,8 |
| Região geográfica* | | | | | | |
| Norte | 13,7 | 12,6-15,0 | 25,5 | 24,2-26,8 | 60,8 | 58,6-62,9 |
| Nordeste | 18,2 | 16,3-20,2 | 27,2 | 25,7-28,6 | 54,7 | 52,5-56,8 |
| Centro-Oeste | 22,3 | 20,2-24,6 | 35,2 | 32,9-37,5 | 42,6 | 40,1-45,1 |
| Sudeste | 23,2 | 21,4-25,2 | 30,0 | 28,5-31,6 | 46,7 | 44,2-49,2 |
| Sul | 29,1 | 26,9-31,4 | 30,8 | 28,6-33,0 | 40,1 | 36,7-43,6 |
| Total | 21,9 | 20,9-23,1 | 29,5 | 28,6-30,4 | 48,5 | 47,0-49,9 |

* Diferença estatisticamente significativa – Teste Qui-quadrado.

Tabela 3. Prevalência do consumo diário de água nos adolescentes brasileiros de 12 a 17 anos, considerando amostragem complexa. ERICA, 2013-2014. (N = 74.589)

| Variável | Prevalência | | | | | | | |
|-------------------------------|-------------|----------|-------------|-----------|-------------|-----------|-----------------|-----------|
| | Não bebe | | 1 a 2 copos | | 3 a 4 copos | | 5 ou mais copos | |
| | % | IC95% | % | IC95% | % | IC95% | % | IC95% |
| Sexo* | | | | | | | | |
| Feminino | 2,3 | 1,9-2,6 | 24,0 | 22,8-25,3 | 33,1 | 31,9-34,2 | 40,6 | 39,2-42,0 |
| Masculino | 0,9 | 0,7-1,0 | 13,9 | 12,8-15,0 | 29,5 | 28,2-30,8 | 55,7 | 53,9-57,5 |
| Idade (anos)* | | | | | | | | |
| 12-14 anos | 1,4 | 1,1-1,6 | 17,8 | 16,9-18,6 | 30,7 | 29,7-31,7 | 50,1 | 48,9-51,4 |
| 15-17 anos | 1,8 | 1,5-2,1 | 20,2 | 18,9-21,6 | 31,9 | 30,6-33,3 | 46,0 | 44,2-47,9 |
| Escolaridade da mãe | | | | | | | | |
| Até ensino médio incompleto | 1,5 | 1,2-1,8 | 18,9 | 17,4-20,5 | 32,0 | 30,7-33,3 | 47,6 | 45,9-49,5 |
| Ensino médio completo ou mais | 1,4 | 1,2-1,8 | 17,2 | 16,1-18,3 | 30,9 | 30,5-33,2 | 49,5 | 47,8-51,2 |
| Tipo de escola | | | | | | | | |
| Pública | 1,6 | 1,4-1,8 | 19,3 | 18,3-20,3 | 30,8 | 29,8-31,8 | 48,4 | 47,0-49,7 |
| Privada | 1,5 | 0,99-2,2 | 17,4 | 15,6-19,4 | 33,7 | 31,7-35,8 | 47,4 | 44,1-50,7 |
| Turno de estudo | | | | | | | | |
| Manhã | 1,7 | 1,4-1,9 | 19,2 | 18,2-20,3 | 31,7 | 30,6-32,9 | 47,4 | 45,9-48,8 |
| Tarde | 1,4 | 1,1-1,7 | 18,3 | 16,9-19,8 | 30,3 | 28,8-31,7 | 50,0 | 47,8-52,2 |
| Região geográfica* | | | | | | | | |
| Norte | 0,3 | 0,2-0,4 | 8,9 | 8,3-9,7 | 25,1 | 24,1-26,1 | 65,7 | 64,6-66,8 |
| Nordeste | 0,5 | 0,3-0,6 | 12,7 | 11,2-14,3 | 29,8 | 27,5-32,2 | 57,0 | 53,7-60,3 |
| Centro-Oeste | 0,9 | 0,6-1,2 | 1,9 | 14,1-17,3 | 31,0 | 29,7-32,4 | 52,5 | 50,4-54,6 |
| Sudeste | 1,8 | 1,5-2,1 | 21,2 | 19,8-22,6 | 33,1 | 31,7-34,5 | 43,9 | 42,1-45,8 |
| Sul | 4,1 | 3,2-5,2 | 30,0 | 27,8-32,3 | 30,7 | 28,9-32,6 | 35,1 | 33,5-36,8 |
| Total | 1,6 | 1,4-1,8 | 18,9 | 18,1-19,8 | 31,3 | 30,4-32,2 | 48,2 | 47,0-49,4 |

* Diferença estatisticamente significativa – Teste Qui-quadrado.

DISCUSSÃO

Entre os adolescentes brasileiros, aproximadamente metade apresentou comportamentos alimentares saudáveis no que se refere à realização de refeições com os pais ou responsáveis, consumo de café da manhã e ingestão de cinco ou mais copos de água por dia. Entretanto, um percentual importante declarou nunca ou apenas às vezes realizar as refeições com os pais, nunca consumir café da manhã, e não beber ou ingerir apenas um a dois copos de água diariamente.

Todos os comportamentos alimentares saudáveis analisados apresentaram diferença estatisticamente significativa segundo sexo, idade, tipo de escola, turno de estudo ou região geográfica. Os resultados mostraram que realizam mais refeições com pais ou responsáveis, adolescentes do sexo masculino, mais jovens, cujas mães apresentam escolaridade mais alta, alunos de escola privada e residentes nas regiões Sul e Centro-Oeste. As maiores prevalências de consumo do café da manhã, por sua vez, foram observadas nos adolescentes do sexo masculino, mais jovens, cujas mães apresentam escolaridade mais alta, que estudam em escolas privadas, no turno da tarde e que residem nas regiões Norte e Nordeste do Brasil. Já o consumo de água foi maior entre os meninos, mais jovens e residentes na região Norte.

A realização de refeições em família é um importante aspecto do ambiente familiar que influencia a promoção de comportamentos alimentares saudáveis na adolescência e sua manutenção na fase adulta. Contribui para a redução das práticas de alimentação pouco saudáveis, com influência positiva para o maior consumo de frutas, vegetais e produtos lácteos e menor consumo de bebidas açucaradas⁷. Embora não exista consenso, há registros de que as refeições em família também contribuem para a prevenção de obesidade. Resultados de meta-análise evidenciaram que crianças e adolescentes com refeições regulares em família apresentavam menor probabilidade de ter sobrepeso⁷. Além de comportamentos alimentares saudáveis e prevenção da obesidade, as refeições familiares podem contribuir para a redução da violência, atividade sexual, problemas de saúde mental e auto-agressão entre crianças e adolescentes^{6,21}. Também promovem interações familiares positivas, incluindo maior comunicação, socialização e transmissão de valores e cultura¹⁰. A frequência de refeições realizadas com os pais ou responsáveis obtida neste estudo (68,0%) é similar à encontrada pela PeNSE¹², que constatou que 62,6% dos adolescentes realizava pelo menos o almoço ou o jantar com a mãe ou responsável. A associação desse comportamento com a variável sexo também se mostrou semelhante aos resultados da PeNSE, que observou maior prevalência desse hábito no sexo masculino, porém sem distinção entre alunos de escolas públicas e privadas¹², diferentemente do verificado no presente estudo.

A maior prevalência de realização do café da manhã por adolescentes do sexo masculino reitera resultados de outros estudos^{9,20}. Para Keski-Rahkonen et al.⁹, a menor prevalência nas meninas pode estar associada à insatisfação corporal e à tentativa de perder peso; esses autores encontraram associação entre realizar café da manhã e consumo de café da manhã pelos pais, e não realizar essa refeição e baixo nível de escolaridade aos 16 anos, tabagismo, uso frequente de álcool, pouco exercício físico e alto índice de massa corporal.

A relação inversa, encontrada neste estudo, entre café da manhã e idade assemelha-se à observada em outras investigações. O consumo do café da manhã parece aumentar com a idade quando se trata de adultos (entre 18 e 60 anos)⁴ e diminuir com a idade em crianças e adolescentes (entre 4 e 18 anos)¹⁹. As principais justificativas dos adolescentes que não tomam café da manhã são “falta de tempo”, “falta de fome”, “intenção de fazer dieta” e “preferência por dormir”²⁴. Os adolescentes de escolas privadas e filhos de mães com escolaridade mais alta (ensino médio completo ou mais) consomem o café da manhã e realizam refeições com pais ou responsáveis com maior frequência. Isso indica que o nível socioeconômico pode estar relacionado com esses comportamentos alimentares, isto é, adolescentes de níveis socioeconômico mais alto apresentam comportamentos mais saudáveis.

Embora o balanço hídrico envolva mecanismos complexos, o aporte adequado de água representa uma prática de saúde tão importante quanto a adoção de uma alimentação saudável, sendo inclusive parte dela⁸. Além disso, consumir água pode ajudar no controle de peso^{15,23} e do consumo de bebidas açucaradas; conseqüentemente, previne problemas associados com o consumo dessas bebidas, como cárie dentária¹, obesidade⁵ e diabetes tipo 2¹³. Park et al.¹⁷ observaram que 54,0% dos estudantes do ensino médio nos Estados Unidos relataram beber água menos de três vezes por dia. Os autores também encontraram associação significativa entre baixa ingestão de água pura e os seguintes fatores: menor consumo de leite, frutas (incluindo suco 100% da fruta) e legumes; maior consumo de refrigerantes, outras bebidas açucaradas e *fast-food*; e inatividade física. Apesar de quantificar de forma diferente o consumo de água, os resultados do presente estudo sugerem que os adolescentes brasileiros apresentam um consumo de água mais saudável que os adolescentes americanos.

Considerando o tamanho amostral e a representatividade do estudo, o ERICA traz importante contribuição para o mapeamento dos comportamentos alimentares saudáveis nos adolescentes brasileiros. Entretanto, por possuir delineamento transversal, não possibilita extrapolações sobre fatores causais.

Considerando que a adolescência representa uma oportunidade para a prevenção de doenças crônicas relacionadas à nutrição na vida adulta^a, os resultados deste estudo sugerem que ações específicas, de abordagem intersetorial, são necessárias. Devem ser implementadas visando à disseminação dos benefícios da realização de refeições com a família, da prática de se consumir todas as refeições, especialmente o café da manhã, e do hábito de ingerir água, consolidando comportamentos alimentares saudáveis que tendem a se manter durante a vida adulta. De acordo com os resultados deste estudo, adolescentes do sexo feminino, mais velhos (15 a 17 anos), cujas mães apresentam menor escolaridade, alunos de escolas públicas e da região Sudeste deveriam ser o foco dessas ações, já que são os que apresentam menores frequências dos comportamentos saudáveis analisados. Recomenda-se que investigações futuras avaliem as relações entre os comportamentos alimentares saudáveis com dados antropométricos, bioquímicos e de consumo alimentar.

REFERÊNCIAS

1. Armfield JM, Spencer AJ, Roberts-Thomson KF, Plastow K. Water fluoridation and the association of sugar-sweetened beverage consumption and dental caries in Australian children. *Am J Public Health*. 2013;103(3):494-500. DOI:10.2105/AJPH.2012.300889
2. Berge JM, Jin SW, Hannan P, Neumark-Sztainer D. Structural and interpersonal characteristics of family meals: associations with adolescent body mass index and dietary patterns. *J Acad Nutr Diet*. 2013;113(6):816-822. DOI:10.1016/j.jand.2013.02.004
3. Bloch KV, Szklo M, Kuschnir MCC, Abreu GA, Barufaldi LA, Klein CH et al. The study of cardiovascular risk in adolescents - ERICA: rationale, design and sample characteristics of a national survey examining cardiovascular risk factor profile in Brazilian adolescents. *BMC Public Health*. 2015;15:94-103. DOI:10.1186/s12889-015-1442-x
4. Carson TA, Siega-Riz AM, Popkin BM. The importance of breakfast meal type to daily nutrient intake: differences by age and ethnicity. *Cereal Foods World*. 1999;44(6):414-22.
5. Ebbeling CB, Feldman HA, Chomitz VR, Antonelli TA, Gortmaker SL, Osganian SK et al. A randomized trial of sugar-sweetened beverages and adolescent body weight. *N Engl J Med*. 2012;367:1407-16. DOI:10.1056/NEJMoa1203388
6. Goldfarb S, Tarver WL, Sen B. Family structure and risk behaviors: the role of the family meal in assessing likelihood of adolescent risk behaviors. *Psychol Res Behav Manag*. 2014;7:53-66. DOI:10.2147/PRBM.S40461
7. Hammons AJ, Fiese BH. Is frequency of shared family meals related to the nutritional health of children and adolescents? *Pediatrics*. 2011;127(6):e1565-74. DOI:10.1542/peds.2010-1440
8. Jéquier E, Constant F. Water as an essential nutrient: the physiological basis of hydration. *Eur J Clin Nutr*. 2010;64(2):115-23. DOI:10.1038/ejcn.2009.111
9. Keski-Rahkonen A, Kaprio J, Rissanen A, Virkkunen M, Rose RJ. Breakfast skipping and health-compromising behaviors in adolescents and adults. *Eur J Clin Nutr*. 2003;57(7):842-53. DOI:10.1038/sj.ejcn.1601618
10. Larson RW, Branscomb KR, Wiley AR. Forms and functions of family mealtimes: multidisciplinary perspectives. *New Dir Child Adolesc Dev*. 2006;2006(111):1-15. DOI:10.1002/cd.152
11. Larson N, Mac Lehos R, Fulkerson JA, Berge JM, Story M, Neumark-Sztainer D. Eating breakfast and dinner together as a family: associations with sociodemographic characteristics and implications for diet quality and weight status. *J Acad Nutr Diet*. 2013;113(12):1601-9. DOI:10.1016/j.jand.2013.08.011
12. Levy RB, Castro IRR, Cardoso LO, Tavares LF, Sardinha LMV, Gomes FS et al. Consumo e comportamento alimentar entre adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009. *Cienc Saude Coletiva*. 2010;15 Supl 2:3085-97. DOI:10.1590/S1413-81232010000800013
13. Malik VS, Popkin BM, Bray GA, Després JP, Willett WC, Hu FB. Sugar-sweetened beverages and risk of metabolic syndrome and type 2 diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*. 2010;33(11):2477-83. DOI:10.2337/dc10-1079

14. Matias CT, Fiore EG. Mudanças no comportamento alimentar de estudantes do curso de nutrição em uma instituição particular de ensino superior. *Nutrire Rev Soc Bras Aliment Nutr.* 2010;35(2):53-66.
15. Muckelbauer R, Barbosa CL, Mittag T, Burkhardt K, Mikelaishvili N, Müller-Nordhorn J. Association between water consumption and body weight outcomes in children and adolescents: a systematic review. *Obesity (Silver Spring).* 2014;22(12):2462-75. DOI:10.1002/oby.20911
16. Nurul-Fadhilah A, Teo PS, Huybrechts I, Foo LH. Infrequent breakfast consumption associated with higher body adiposity and abdominal obesity in Malaysian school-aged adolescents. *PLoS ONE.* 2013;8(3): e59297. DOI:10.1371/journal.pone.0059297
17. Park S, Blanck HM, Sherry B, Brener N, O'Toole T. Factors associated with low water intake among US high school students - National Youth Physical Activity and Nutrition Study, 2010. *J Acad Nutr Diet.* 2012;112(9):1421-7. DOI:10.1016/j.jand.2012.04.014
18. Popkin B, D'Anci K, Rosenberg I. Water, hydration and health. *Nutr Rev.* 2010;68(8):439-58. DOI:10.1111/j.1753-4887.2010.00304.x
19. Rampersaud GC, Pereira MA, Girard BL, Adams J, Metz J. Breakfast habits, nutritional status, bodyweight, and academic performance in children and adolescents. *J Am Diet Assoc.* 2005;105(5):743-60;quiz 61-2. DOI:10.1016/j.jada.2005.02.007
20. Rampersaud GC. Benefits of breakfast for children and adolescents: update and recommendations for practitioners. *Am J Lifestyle Med.* 2009;3(2):86-103. DOI:10.1177/1559827608327219
21. Skeer MR, Ballard EL. Are family meals as good for youth as we think they are? A review of the literature on family meals as they pertain to adolescent risk prevention. *J Youth Adolesc.* 2013;42(7):943-63. DOI:10.1007/s10964-013-9963-z
22. Sugiyama S, Okuda M, Sasaki S, Kunitsugu I, Hobara T. Breakfast habits among adolescents and their association with daily energy and fish, vegetable, and fruit intake: a community-based cross-sectional study. *Environ Health Prev Med.* 2012;17(5):408-14. DOI:10.1007/s12199-012-0270-1
23. Tate DF, Turner-McGrievy G, Lyons E, Stevens J, Erickson K, Polzien K et al. Replacing caloric beverages with water or diet beverages for weight loss in adults: main results of the Choose Healthy Options Consciously Everyday (CHOICE) randomized clinical trial. *Am J Clin Nutr.* 2012;95(3):555-63. DOI:10.3945/ajcn.111.026278
24. Trancoso SC, Cavalli SB, Proença RPC. Café da manhã: caracterização, consumo e importância para a saúde. *Rev Nutr.* 2010;23(5):859-69. DOI:10.1590/S1415-52732010000500016
25. Vasconcellos MTL, Silva PLN, Szklo M, Kuschnir MCC, Klein CH, Abreu GA et al. Desenho da amostra do Estudo do Risco Cardiovascular em Adolescentes (ERICA). *Cad Saude Publica.* 2015;31(5):921-30. DOI:10.1590/0102-311X00043214

Financiamento: Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (Decit/SCTIE/MS), Fundo Setorial de Saúde (CT-Saúde) do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI) (Protocolos FINEP 01090421 e CNPq 565037/2010-2 e 405.009/2012-7). A autora Santos DF é bolsista do CNPq (Processo 444138/2014-5).

Contribuição dos Autores: LAB participou da concepção e planejamento do estudo, análise e interpretação dos dados e da elaboração e aprovação da versão final do manuscrito. GAA participou da concepção e planejamento do estudo e da elaboração e aprovação da versão final do manuscrito. JSO, DFS, EF, SMLV, FAGV e BMT participaram da elaboração e aprovação da versão final do manuscrito.

Agradecimento: Ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística pela cessão dos coletores eletrônicos de dados, o PDA (*personal digital assistant*) e à Fundação Universitária José Bonifácio (FUJB), pelo gerenciamento dos recursos do estudo.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.