

Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Narylle Maria Bacelar Chaib Zanolli

**FATORES ASSOCIADOS À INSATISFAÇÃO CORPORAL DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES MATRICULADOS NOS ANOS INICIAIS DO ENSINO
FUNDAMENTAL DE UMA ESCOLA PÚBLICA DE JUIZ DE FORA-MG**

Juiz de Fora

2014

Narylle Maria Bacelar Chaib Zanolli

**FATORES ASSOCIADOS À INSATISFAÇÃO CORPORAL DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES MATRICULADOS NOS ANOS INICIAIS DO ENSINO
FUNDAMENTAL DE UMA ESCOLA PÚBLICA DE JUIZ DE FORA-MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a Auta Iselina Stephan de Souza
Coorientadora: Prof^a Dr^a Michele Pereira Netto

Juiz de Fora
2014

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

BACELAR CHAIB ZANOLLI, NARYLLE MARIA.

FATORES ASSOCIADOS À INSATISFAÇÃO CORPORAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES MATRICULADOS NOS ANOS INICIAIS DO ENSINO FUNDAMENTAL DE UMA ESCOLA PÚBLICA DE JUIZ DE FORA-MG / NARYLLE MARIA BACELAR CHAIB ZANOLLI. -- 2014.

128 p.

Orientador: AUTA ISELINA STEPHAN DE SOUZA

Coorientador: MICHELE PEREIRA NETTO

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2014.

1. IMAGEM CORPORAL. 2. ESCOLARES. 3. INSATISFAÇÃO CORPORAL. 4. ESCALAS DE FIGURAS DE SILHUETAS. 5. PESQUISA QUALIQUANTITATIVA. I. STEPHAN DE SOUZA, AUTA ISELINA, orient. II. PEREIRA NETTO, MICHELE, coorient. III. Título.

NARYLLE MARIA BACELAR CHAIB ZANOLLI

“FATORES ASSOCIADOS À INSATISFAÇÃO CORPORAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES MATRICULADOS NOS ANOS INICIAIS DO ENSINO FUNDAMENTAL DE UMA ESCOLA PÚBLICA DE JUIZ DE FORA-MG”

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em ____/____/____.

Auta Iselina Stephan de Souza – UFJF

Luciana Ferreira da Rocha Sant’Ana - UFV

Ana Paula Carlos Cândido Mendes – UFJF

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que me abençoa a cada dia e me permite realizar os sonhos que Ele mesmo plantou em meu coração.

Aos meus pais, Roseli e Clauden, pelo exemplo de caráter, pelo incentivo incondicional e por serem verdadeiros defensores da Educação.

Aos meus irmãos, Maria Cláudia e Juninho, e ao Everton, meu irmão de coração, pelo companheirismo e cumplicidade.

Ao meu namorado e amigo Thiago, por todo o amor, respeito e por estar ao meu lado em cada passo, fazendo das minhas vitórias as suas.

Às amigas Camila, Thais, Mari e Jô. Não consigo imaginar como teria sido minha vida em Juiz de Fora sem vocês.

Às amigas de república, Thais, Paloma e Carol, pela acolhida e pela convivência diária.

À professora Auta, pelos ensinamentos em uma área de pesquisa tão nova para mim.

À professora Larissa, pela valiosa ajuda, e às professoras Ana Paula e Luciana, pelas contribuições e participação nas bancas de qualificação e defesa.

À professora Valéria, por ter me mostrado o que é a Saúde Coletiva e a verdadeira Nutrição.

Meu agradecimento especial à professora Michele, por me inserir no projeto de extensão, pelo estágio em docência e por toda a ajuda e direcionamento. Não há palavras suficientes para agradecer tudo o que fez por mim.

Agradeço também às crianças e adolescentes participantes da pesquisa, pela boa vontade e interesse em contribuir, além da escola e funcionários, pela receptividade e colaboração.

Por fim, agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFJF e à FAPEMIG.

A todos vocês, obrigada de coração!

“Ó beleza! Onde está tua verdade?”

William Shakespeare

RESUMO

A figura mental relacionada ao tamanho e forma do corpo, além dos sentimentos e das atitudes relacionados a essas características, é designada pelo termo imagem corporal. Apesar de singular e indivisível, a imagem corporal integra múltiplas dimensões, sendo vulnerável a processos dinâmicos internos e externos, estando em constante transformação. A insatisfação corporal está ligada à baixa autoestima e limitações no desempenho psicossocial, associando-se a quadros depressivos, além de estar relacionada aos distúrbios de comportamento alimentar como anorexia, bulimia e comer compulsivo. O objetivo do presente estudo foi determinar os fatores associados à insatisfação corporal entre estudantes regularmente matriculados nas séries iniciais do Ensino Fundamental de uma escola pública do município de Juiz de Fora – MG e identificar as impressões quanto à imagem e insatisfação corporais daqueles com estado nutricional adequado. Foi realizado um estudo de delineamento transversal, de natureza quantitativa e qualitativa, descritivo, analítico e exploratório. A amostra foi constituída por escolares entre oito e doze anos regularmente matriculados no Ensino Fundamental I de uma escola pública de Juiz de Fora - MG. O instrumento utilizado para avaliar a insatisfação corporal foi uma escala de figuras de silhuetas, sendo os demais dados coletados por meio de questionários. A coleta dos dados qualitativos se deu por meio de grupo focal. Os dados quantitativos foram analisados através do pacote estatístico *Statistical Software for Professional* (STATA), versão 12.0. A medida de associação utilizada foi a Razão de Prevalência (RP), determinada através da regressão de Poisson com estimador de variância robusta. Foi considerado um nível de significância de 5% para a definição do modelo final. A análise do grupo focal foi realizada utilizando-se diretamente os conteúdos provenientes das discussões. Observou-se frequência de insatisfação corporal de 86,5% e sua associação significativa com o porcentagem de gordura corporal, duração da atividade física, escolaridade materna e trabalho materno. Os resultados obtidos através do método qualitativo demonstram a preocupação com o corpo, aparência e com a opinião das outras pessoas a respeito da imagem corporal, além do desejo em realizar alguma alteração corpórea. Também foram observadas a influência da família e da mídia sobre a imagem corporal. A infância e a adolescência são períodos em que se adquirem hábitos que poderão ser levados por toda a vida, além de representarem um público propenso a atitudes inadequadas. Assim, destaca-se a importância em se realizar pesquisas com estes indivíduos, especialmente relativas à imagem corporal, já que a insatisfação com o corpo traz pensamentos e sensações negativos, influenciando a saúde emocional, a qualidade de vida e o convívio social.

Palavras-chave: imagem corporal, escolares, insatisfação corporal, escala de figuras de silhuetas, pesquisa quali-quantitativa.

ABSTRACT

The mental picture related to the size and shape of the body, besides the feelings and attitudes related to these characteristics, is designated by the term body image. Although single and indivisible, the body image integrates multiple dimensions, being vulnerable to internal and external dynamic processes and being in constant transformation. Body dissatisfaction is linked to low self-esteem and limitations of the psychosocial performance. It is also associated with depression, as well as being related to eating disorders like anorexia, bulimia and compulsive eating. The present study aimed to determine the factors associated to body dissatisfaction among students enrolled in the early grades of elementary school in a public school in the city of Juiz de Fora – MG, and identify the impressions on the body image and body dissatisfaction of those with adequate nutritional status. A cross design of quantitative and qualitative, descriptive, analytical and exploratory study was performed. The sample consisted of children between eight and twelve years, enrolled in the elementary school in a public school of Juiz de Fora - MG. The instrument used to assess body dissatisfaction was a body shape figures scale, and the remaining data was collected through questionnaires. The qualitative data was collected through the focus group method. The quantitative data was analyzed using the statistical package *Statistical Software for Professional* (STATA) version 12.0. The measure of association used was the prevalence ratio (PR), determined by the Poisson regression with robust variance estimator. It was considered a significance level of 5% for the definition of the final model. The analysis of the focus group was performed using the content of the discussions. It was observed a frequency of body dissatisfaction of 86.5% and significant association with body fat percentage, duration of physical activity, maternal education and maternal employment. The results obtained by the qualitative assay demonstrate the concern with the body appearance and the opinion of others about body image, besides the desire to perform some corporal change. The influence of family and media on body image was also observed. Childhood and adolescence are periods in which people acquire habits that may be taken for life, and they represent people prone to take inadequate attitudes. Thus, it is important to conduct research with these individuals, especially relating to body image, as body dissatisfaction brings negative thoughts and feelings, influencing emotional health, quality of life and social interaction.

Keywords: body image, school, body dissatisfaction, body shape figures scale, qualitative and quantitative research.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1.	Princípios do Programa Nacional de Alimentação Escolar	17
Figura 2.	Diretrizes do Programa Nacional de Alimentação Escolar	18
Figura 3.	Índices antropométricos de acordo com a faixa etária	47
Figura 4.	Processo de amostragem	69
Quadro 1.	Dinâmica “ <i>Partes do Corpo</i> ”	75

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Características de estilo de vida de acordo com a satisfação quanto à imagem corporal de crianças e adolescentes do Ensino Fundamental I de uma escola pública de Juiz de Fora - MG55
- Tabela 2.** Características socioeconômicas e demográficas de acordo com a satisfação quanto à imagem corporal de crianças e adolescentes do Ensino Fundamental I de uma escola pública de Juiz de Fora - MG57
- Tabela 3.** Características alimentares de acordo com a satisfação quanto à imagem corporal de crianças e adolescentes do Ensino Fundamental I de uma escola pública de Juiz de Fora - MG59
- Tabela 4.** Características relacionadas aos dados antropométricos de acordo com a satisfação quanto à imagem corporal de crianças e adolescentes do Ensino Fundamental I de uma escola pública de Juiz de Fora - MG61
- Tabela 5.** Razão de prevalência e seus intervalos de confiança de 95% para a associação entre as variáveis de estilo de vida e a insatisfação corporal de crianças e adolescentes do Ensino Fundamental I de uma escola pública de Juiz de Fora - MG63
- Tabela 6.** Razão de prevalência e seus intervalos de confiança de 95% para a associação entre as variáveis socioeconômicas e demográficas e a insatisfação corporal de crianças e adolescentes do Ensino Fundamental I de uma escola pública de Juiz de Fora - MG64
- Tabela 7.** Razão de prevalência e seus intervalos de confiança de 95% para a associação entre as variáveis alimentares e a insatisfação corporal de crianças e adolescentes do Ensino Fundamental I de uma escola pública de Juiz de Fora - MG65

- Tabela 8.** Razão de prevalência e seus intervalos de confiança de 95% para a associação entre as variáveis antropométricas e a insatisfação corporal de crianças e adolescentes do Ensino Fundamental I de uma escola pública de Juiz de Fora - MG67
- Tabela 9.** Modelo final de regressão de Poisson tendo a insatisfação corporal de crianças e adolescentes do Ensino Fundamental I de uma escola pública de Juiz de Fora - MG como variável resposta68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAE	Conselho de Alimentação Escolar
CGPAN	Coordenação Geral de Políticas de Alimentação e Nutrição
CME	Campanha de Merenda Escolar
CNA	Comissão Nacional de Alimentação
CONSEA	Conselho Nacional de Segurança Alimentar
DHAA	Direito Humano à Alimentação Adequada
DP	Desvio Padrão
EAN	Educação Alimentar e Nutricional
EFS	Escala de Figuras de Silhuetas
FAE	Fundação de Assistência ao Estudante
FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations
FNDE	Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação
GF	Grupo Focal
G1	Grupo 1
G2	Grupo 2
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IMC	Índice de Massa Corporal
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
MEC	Ministério da Educação
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAS	Promoção da Alimentação Saudável
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PNAE	Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
POF	Pesquisa de Orçamento Familiar

PRONAN	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
PSE	Programa Saúde na Escola
RP	Razão de Prevalência
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SAPS	Serviço de Alimentação e Previdência Social
STATA	Statistical Software for Professional
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
WFP	World Food Programme

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
2.1	PROGRAMAS E POLÍTICAS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NO BRASIL	16
2.2	PROGRAMAS E POLÍTICAS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO DO ESCOLAR	19
2.3	EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL NO AMBIENTE ESCOLAR ...	25
2.4	O CORPO	28
2.5	IMAGEM CORPORAL	30
2.6	INSATISFAÇÃO CORPORAL: CRIANÇAS E ADOLESCENTES	32
2.7	CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DA INSATISFAÇÃO CORPORAL	34
2.8	TRANSIÇÃO NUTRICIONAL	37
2.9	OBESIDADE	40
2.10	AVALIAÇÃO DA INSATISFAÇÃO CORPORAL: ESCALAS DE FIGURAS DE SILHUETAS	43
3	METODOLOGIA	45
3.1	UNIDADE DE ANÁLISE	45
3.2	ASPECTOS ÉTICOS	45
4	METODOLOGIA QUANTITATIVA	47
4.1	AMOSTRA E SUJEITOS	47
4.2	COLETA DE DADOS	48
4.2.1	Variável dependente	48
4.2.2	Variáveis independentes	49
4.2.2.1	Dados antropométricos e de composição corporal	49
4.2.2.2	Dados de hábitos e estilo de vida, alimentares e de conhecimento nutricional	51
4.2.2.3	Dados socioeconômicos e demográficos	53
4.3	ANÁLISE DOS DADOS	54

4.4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	54
5	METODOLOGIA QUALITATIVA	71
5.1	AMOSTRA E SUJEITOS	71
5.2	COLETA DE DADOS	73
5.3	ANÁLISE DOS DADOS	77
5.4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	77
5.4.1	Dinâmicas de grupo	77
5.4.2	Grupos focais	79
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
	REFERÊNCIAS.....	93
	APÊNDICES	115
	ANEXOS	116

1 INTRODUÇÃO

A figura mental relacionada ao tamanho e forma do corpo, além dos sentimentos e das atitudes relacionados a essas características, é designada pelo termo imagem corporal (ALMEIDA et al., 2005; KAKESHITA; ALMEIDA, 2006).

Além de estar ligada à baixa autoestima e limitações no desempenho psicossocial, associando-se a quadros depressivos (STICE et al., 2000), a insatisfação corporal está relacionada aos distúrbios de comportamento alimentar como anorexia, bulimia e comer compulsivo (STEIN; CHALHOUB; HODES, 1998).

Segundo Ribeiro e Oliveira (2011), existem poucos estudos realizados no Brasil avaliando a insatisfação em relação à imagem corporal. Porém, tais pesquisas são importantes, especialmente ao se considerar o crescente aumento de transtornos alimentares, anorexia nervosa, bulimia, obesidade, ortorexia, crudivorismo, quadros de vigorexia e dismorfismo muscular, cirurgias estéticas e protéticas e práticas diversas de mudanças na imagem corporal, tais como *piercings* e tatuagens. Ainda segundo os autores, o estímulo a novas pesquisas e estudos sobre insatisfação corporal em crianças e adolescentes é importante, aprofundando as causas e consequências, para que seja possível estabelecer estratégias preventivas, evitando-se, assim, possíveis riscos à saúde física e mental das crianças e jovens.

Diante deste quadro, torna-se importante não apenas determinar a existência e a frequência da insatisfação corporal, mas também os possíveis determinantes desta insatisfação, bem como considerar as opiniões dos indivíduos a respeito da imagem e insatisfação corporais.

Para a realização desta pesquisa, foi realizada uma parceria com o projeto “*Impacto das Ações de Educação Nutricional na Construção de Hábitos Alimentares Saudáveis em Adolescentes*”, vinculado ao curso de Nutrição da Universidade Federal de Juiz de Fora, cujo principal objetivo era orientar a construção de hábitos alimentares saudáveis através de atividades de educação nutricional e avaliar a efetividade destas ações entre os escolares. Como o projeto também buscava avaliar o estado nutricional dos estudantes e investigar suas características socioeconômicas, demográficas,

alimentares e de estilo de vida, atentou-se à oportunidade para realização desta parceria.

O presente estudo utilizou-se de duas metodologias: quantitativa e qualitativa. Inicialmente, foi realizada uma análise quantitativa referente às variáveis insatisfação corporal, socioeconômicas, demográficas, alimentares, de estilo de vida e antropométricas. A partir de testes estatísticos pertinentes, foi possível caracterizar a amostra e determinar os fatores associados à insatisfação corporal. Posteriormente, de forma a observar as impressões das crianças e adolescentes eutróficos acerca da imagem e insatisfação corporais, o estudo foi acrescido da aplicação do método qualitativo, através do grupo focal, em que houve a possibilidade de os sujeitos relatarem suas opiniões sem se prenderem a respostas pré-elaboradas, o que enriqueceu a discussão frente à temática proposta.

Quanto à estrutura desta dissertação, pode-se observar dois grandes blocos: o primeiro, trazendo a revisão de literatura, e o segundo, contemplando a metodologia do estudo, seus resultados, discussão e considerações finais.

A revisão traz, inicialmente, uma reflexão acerca dos programas e políticas de alimentação e nutrição no Brasil e para o público escolar, além de abordar questões sobre o corpo e seus significados. A seguir, explora o conceito de imagem corporal, bem como suas dimensões e sua importância nas relações sociais. Ao tratar da insatisfação corporal entre crianças e adolescentes, destaca o desenvolvimento da autopercepção quanto à imagem, além da preocupação com a percepção do outro e da influência do convívio familiar e social. Ainda nesse sentido, analisam-se suas causas e consequências, destacando-se a influência dos amigos, da família, da mídia e dos fatores socioculturais e individuais.

Ao abordar a transição nutricional e a obesidade, destacam-se as mudanças no padrão de nutrição e consumo da população, que acompanham as mudanças econômicas, sociais e demográficas, resultando, especialmente, na diminuição da prevalência de desnutrição e aumento da obesidade. Observa-se, assim, que apesar da mudança no estilo e hábitos de vida, almeja-se um corpo perfeito, o que resulta em crescente número de quadros de insatisfação corporal. A revisão de literatura é

finalizada ao tratar das formas de avaliação da insatisfação corporal, especificamente, as escalas de figuras de silhuetas.

O segundo bloco apresenta a metodologia, resultados, discussão e considerações finais. De modo a facilitar a leitura e agrupar os dados de acordo com sua natureza, apresentam-se, primeiramente, os aspectos relacionados ao método quantitativo e, a seguir, aqueles referentes ao método qualitativo.

A discussão a respeito da insatisfação corporal na infância e adolescência reflete a inquietação da pesquisadora quanto à ditadura da beleza e da normatização dos corpos, especialmente nesta faixa etária, fatos que acabam por reprimir a individualidade e a expressão singular de cada sujeito.

A importância deste estudo se apresenta na busca dos elementos referentes à determinação dos fatores que influenciam a insatisfação corporal entre os escolares, para ser possível traçar os meios para a prevenção de transtornos alimentares ou psicológicos, além do desenvolvimento de estratégias de educação nutricional e em saúde junto a este público.

Nesse sentido, mostrar às crianças e adolescentes que o corpo físico é apenas uma parte do ser humano, sendo necessário que sejam valorizadas outras dimensões de cada indivíduo, torna-se relevante, visto que durante essa fase são formados e assimilados muitos dos valores que os acompanharão até o fim da vida.

Assim, o objetivo do presente estudo foi determinar os fatores associados à insatisfação corporal entre estudantes regularmente matriculados nas séries iniciais do Ensino Fundamental de uma escola pública do município de Juiz de Fora – MG e identificar as impressões quanto à imagem e insatisfação corporais daqueles com estado nutricional adequado.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 PROGRAMAS E POLÍTICAS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NO BRASIL

As informações apresentadas a seguir foram adaptadas de material publicado pelo Ministério da Educação (BRASIL, 2007) que apresenta uma revisão acerca dos programas e políticas de alimentação e nutrição no Brasil ao longo dos anos.

Os programas e políticas de alimentação e nutrição no Brasil tiveram início na década de 1930, quando ficou definido que o alimento essencial deveria ser um dos itens garantidos pelo salário mínimo, instituído em 1940. Porém, ao se levar em consideração a insuficiência deste salário mínimo para o fornecimento de uma alimentação saudável aos trabalhadores, foi criado, também em 1940, o Serviço de Alimentação e Previdência Social (SAPS), cujos objetivos principais eram diminuir o preço dos alimentos, criar restaurantes para os trabalhadores e estabelecer o fornecimento de alimentação por parte das empresas em refeitórios próprios.

Com o objetivo de analisar e propor normas para uma política nacional de alimentação, foi criada, em 1945, a Comissão Nacional de Alimentação (CNA). Em 1952, esta comissão estabeleceu o Plano Nacional de Alimentação, cujos focos eram a atenção à nutrição materno infantil, a criação de um programa de alimentação escolar, inicialmente chamado de Campanha de Merenda Escolar (CME), que se deu em 1955, e a assistência ao trabalhador.

Em 1972 a CNA foi extinta, sendo criado o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), cuja função era, entre outras, auxiliar o governo a formular a Política Nacional de Alimentação e a elaborar o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN). A primeira proposta feita pelo INAN, o PRONAN I, durou pouco tempo e não teve continuidade. A seguir, foi proposto o PRONAN II, que, diferentemente das ações anteriores, visava corrigir os problemas de alimentação e nutrição no país, identificando suas causas e não apenas atacando suas consequências.

De modo geral, o conjunto de ações planejadas pelo INAN contribuiu para o avanço das políticas de alimentação e nutrição no Brasil. No entanto, devido ao descomprometimento político com as causas sociais, dentre outros fatores, houve uma série de cortes de recursos financeiros para o programa, o que impossibilitou sua continuidade. O PRONAN II foi extinto em 1989, e um possível PRONAN III nunca foi implantado.

Entre 1990 e 1992 foi possível observar um enfraquecimento do INAN, o que resultou em uma incapacidade em desenvolver adequadamente suas atividades. Também nesse período, ocorreu uma grande desestruturação dos programas de alimentação e nutrição do país como um todo, sendo quase todos extintos.

Com o compromisso de combater a fome, em 1993 foi publicado o Mapa da Fome, trazendo informações que auxiliaram na elaboração inicial de uma Política de Segurança Alimentar. Esse mapa identificou a existência de 32 milhões de indigentes no país. Ainda neste mesmo ano, foi criado o Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA), que elaborou o Plano de Combate à Fome e à Miséria, possuindo como prioridades a geração de emprego e renda, a democratização da terra, o combate à desnutrição materno infantil e a descentralização e fortalecimento do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), implantado na década de 1970. Além disso, o CONSEA tentou criar novos programas de alimentação e nutrição e reforçar a atuação do INAN. Vale ressaltar que neste período ocorreu um grande movimento organizado pela sociedade civil e liderado pelo sociólogo Herbert de Souza, o Betinho, chamado “Ação da Cidadania Contra a Fome, a Miséria e Pela Vida”.

Em 1994 o CONSEA apoiou a realização da I Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, mas, nesse mesmo ano, este Conselho foi desativado e substituído pelo Programa Comunidade Solidária.

Como consequência de seu enfraquecimento institucional, em 1997 o INAN foi extinto, sendo que suas ações na área de alimentação e nutrição foram repassadas ao Ministério da Saúde. Assim, foi criada uma área específica para a Alimentação e Nutrição, a Coordenação Geral de Políticas de Alimentação e Nutrição (CGPAN).

Desta forma, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) foi elaborada sob coordenação da CGPAN e aprovada em 1999, firmando o compromisso do

Ministério da Saúde no combate aos prejuízos resultantes da escassez alimentar e da pobreza, bem como daqueles advindos da inadequação e excesso alimentares. A PNAN foi desenvolvida por meio da participação da sociedade civil, governo e instituições não governamentais, sendo composta por sete diretrizes:

1. Estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos;
2. Garantia da segurança e da qualidade dos alimentos e da prestação de serviços neste contexto;
3. Monitoramento da situação alimentar e nutricional;
4. Promoção de práticas alimentares e estilo de vida saudáveis;
5. Prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição;
6. Promoção do desenvolvimento de linhas de investigação;
7. Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

Em 2003 o CONSEA foi reativado com o nome de Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Além da I Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional realizada em 1994, foram realizadas outras três edições, nos anos de 2004, 2007 e 2011, por meio deste Conselho.

Também em 2003 foi criado o Programa Fome Zero, de forma a substituir o Programa Comunidade Solidária. Tal Programa foi elaborado por um conjunto de ações e estratégias implementadas pelos Ministérios do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, do Desenvolvimento Agrário, da Saúde, da Educação, da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, do Trabalho e Emprego, da Integração Nacional, da Fazenda e do Planejamento.

O Programa Fome Zero foi criado de forma a abranger quatro enfoques:

1. Ampliação do acesso aos alimentos;
2. Fortalecimento da agricultura familiar;
3. Geração de renda;

4. Articulação, mobilização e controle social.

Tais ações evidenciam o objetivo maior do Programa, que é assegurar o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA).

2.2 PROGRAMAS E POLÍTICAS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO DO ESCOLAR

A assistência alimentar ao escolar tem sido objeto de preocupação das autoridades ligadas ao ensino. Durante a Revolução Francesa, em 1871, foi inaugurado o primeiro serviço de distribuição de refeições a escolares, mas o mesmo só foi identificado como Programa de Alimentação Escolar a partir de 1849, sendo oficializado pelo governo francês em 1882. No início do século passado, esta prática também se estendeu a outros países europeus, instalando-se oficialmente na Inglaterra, como Programa de Alimentação Escolar, em 1904 (ROSENBERG, 1972; MAZZILLI, 1983).

Desta forma, na história das políticas públicas, os escolares vêm se caracterizando como um grupo de interesse. Nesse sentido, os programas de alimentação escolar se apresentam como importantes meios de intervenções de proteção social e um dos componentes essenciais para o desenvolvimento sustentável dos países. Além disso, funcionam como fator de proteção e prevenção de risco em relação à limitação de aprendizagem devido à fome e má nutrição; agravamento de deficiências nutricionais; evasão escolar; diminuição do orçamento familiar; e insegurança alimentar de agricultores familiares e outros atores em situações de instabilidade financeira, política e ambiental (FAO, 2013).

A instituição do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) no Brasil se deu no ano de 1955, quando foi assinado o Decreto nº 37.106 (BRASIL, 1955), que implantou no país a Campanha de Merenda Escolar, vinculada ao Ministério da Educação (MEC). Após alterações em sua denominação e na sua vinculação institucional, o PNAE passou a ser gerenciado, a partir de 1983, pela Fundação de Assistência ao Estudante (FAE), o que estimulou o início do seu processo de

descentralização/municipalização. Se sua implantação se deu na década de 1950, foi apenas nos anos de 1980, durante a redemocratização do Brasil, que o PNAE começou a se redesenhar de forma mais eficiente (SANTOS et al., 2007; BRASIL, 2010). Com a Constituição Federal de 1988, estabeleceu-se que os estados, o Distrito Federal e os municípios deveriam oferecer programa suplementar de alimentação escolar a todos os alunos do ensino fundamental (BRASIL, 1990a).

Em 1994, por meio da Lei nº 8.913 (BRASIL, 1994), ocorreu a municipalização do PNAE, acarretando uma descentralização dos recursos para os estados e municípios, condicionada à criação dos Conselhos de Alimentação Escolar (CAE) (PIPITONE et al., 2003; BRASIL, 2013). Em 1997 extingue-se a FAE, sendo seus programas incorporados ao Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), vinculado ao MEC.

Dentre as políticas públicas de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) do Brasil, o PNAE é o programa social com maior longevidade. Além disso, apresenta-se como um dos maiores, mais abrangentes e duradouros programas de alimentação escolar do mundo. Presente em todo o país, o orçamento do PNAE para 2014 é de R\$ 3,5 bilhões, para beneficiar 43 milhões de estudantes da educação básica e de jovens e adultos (BRASIL, 2013). As Figuras 1 e 2 mostram, respectivamente, os princípios e as diretrizes do PNAE.

Princípios do PNAE
Universalidade do atendimento da alimentação escolar gratuita, que consiste na atenção aos alunos da educação infantil e ensino fundamental da rede pública de ensino.
Respeito aos hábitos alimentares, considerados como tais as práticas tradicionais que fazem parte da cultura e da preferência alimentar local saudáveis.
Equidade, que compreende o direito constitucional à alimentação escolar, com vistas à garantia do acesso ao alimento de forma igualitária, respeitando as diferenças biológicas entre idades e condições de saúde dos alunos que necessitem de atenção específica e aqueles que se encontram em situação de insegurança alimentar.

Continua...

Descentralização das ações, pelo compartilhamento da responsabilidade pela oferta da alimentação escolar entre os entes federados, conforme disposto no art. 208 da Constituição Federal.
A participação social no controle e acompanhamento das ações realizadas pelos estados, Distrito Federal e municípios, para garantir a oferta da alimentação escolar saudável e adequada.

Figura 1. Princípios do Programa Nacional de Alimentação Escolar.
Fonte: Adaptado de Brasil, 2008.

Em avaliação realizada pelo Programa Mundial de Alimentos (PMA) das Nações Unidas (World Food Programme - WFP) acerca da alimentação escolar, o Brasil se destacou como um dos exemplos de sucesso, principalmente por possuir um desenho avançado e oferecer uma cobertura universal. O país vem sendo frequentemente mencionado pela FAO e PMA como referência na área de alimentação escolar, apesar de suas conhecidas limitações. Ao investir na formação de lideranças na área de alimentação escolar como estratégia de SAN, a FAO na América Latina e Caribe utiliza como base o desenho do PNAE brasileiro (WFP, 2010; FAO, 2013).

Diretrizes do PNAE
Emprego da alimentação saudável e adequada, que compreende o uso de alimentos variados, seguros, que respeitem a cultura, as tradições e os hábitos alimentares saudáveis, contribuindo para o crescimento e o desenvolvimento dos alunos e para a melhoria do rendimento escolar, em conformidade com a faixa etária, o sexo, a atividade física e o estado de saúde, inclusive dos que necessitam de atenção específica.
Aplicação da educação alimentar e nutricional no processo de ensino-aprendizagem.
Promoção de ações educativas que perpassam transversalmente o currículo escolar, buscando garantir o emprego da alimentação saudável e adequada.
Apoio ao desenvolvimento sustentável, com incentivos para a aquisição de gêneros alimentícios diversificados, preferencialmente produzidos e comercializados em âmbito local.

Figura 2. Diretrizes do Programa Nacional de Alimentação Escolar.
Fonte: Adaptado de Brasil, 2008.

Ainda em relação à cronologia do desenvolvimento do Programa brasileiro, em 2001 foi aprovada a Medida Provisória nº 2.178 (BRASIL, 2001), que exigia a destinação de, no mínimo, 70% dos recursos em gastos com produtos básicos, considerando-se os hábitos e agricultura locais.

Um fato de grande importância é que, a partir de 2003, a coordenação do PNAE passa a ter, pela primeira vez, um nutricionista como principal gestor, em nível central. A presença de um nutricionista à frente do Programa, com a inserção de outros nutricionistas à equipe técnica, trouxe contribuições significativas, resultando em avanços importantes nas resoluções do FNDE que normatizam o PNAE (CHAVES et al., 2013). Ainda em 2003, o PNAE e a agricultura familiar foram estabelecidos estrategicamente como parceiros essenciais do Programa Fome Zero.

De forma a fortalecer a alimentação escolar no Brasil, em 2004 o Ministério da Saúde lança a estratégia “Dez Passos para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas” (BRASIL, 2004), cuja intenção era estimular a adesão da comunidade escolar a hábitos alimentares saudáveis além de atitudes de autocuidado e promoção da saúde.

Em 2006 a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) apresenta como uma de suas prioridades a implantação das diretrizes das “Escolas Promotoras de Saúde” (OMS, 1996), da PNAN (BRASIL, 2012) e da Estratégia Global (OMS, 2004). Nesse sentido, a PNPS recomenda a inserção do tema alimentação saudável no conteúdo programático das escolas e a sensibilização dos gestores para ações de Promoção da Alimentação Saudável (PAS) no ambiente escolar (BRASIL, 2006a).

Visando estabelecer normas e diretrizes para desencadear ações relacionadas à promoção da saúde dos escolares, foi publicada a Portaria Interministerial nº 1.010/2006, que trouxe alguns eixos prioritários (BRASIL, 2006):

1. Ações de educação alimentar e nutricional, considerando os hábitos alimentares como expressão de manifestações culturais regionais e nacionais;

2. Estímulo à produção de hortas escolares para a realização de atividades com os alunos e a utilização dos alimentos produzidos na alimentação ofertada na escola;
3. Estímulo à implantação de boas práticas de manipulação de alimentos nos locais de produção e fornecimento de serviços de alimentação do ambiente escolar;
4. Restrição ao comércio e à promoção comercial no ambiente escolar de alimentos e preparações com altos teores de gordura saturada, gordura *trans*, açúcar livre e sal e incentivo ao consumo de frutas, legumes e verduras;
5. Monitoramento da situação nutricional dos escolares.

Em 2007 foi instituído no Brasil o Programa Saúde na Escola (PSE), como uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, visando atenção integral à saúde dos estudantes do ensino público básico. Este Programa visa integrar as políticas e ações de educação e de saúde, nas escolas e nas unidades básicas de saúde. Dentre suas ações, estão a PAS e a inclusão da educação em saúde no projeto pedagógico das escolas (BRASIL, 2007).

Ainda objetivando o fortalecimento da PAS no ambiente escolar, em 2008 foi lançado o “Manual Operacional – Promoção da alimentação saudável nas escolas” destinado a gestores, educadores e profissionais das áreas de saúde e educação (BRASIL, 2008a). Também foi publicado o decreto nº 6.447 para regulamentação do Programa de Aquisição de Alimentos, que, entre outros, incluiu uma modalidade específica para alimentos destinados ao PNAE, visando fortalecer as condições de SAN de escolares e produtores (BRASIL, 2008b).

Em 2009 foram publicadas a Lei nº 11.947/2009 (BRASIL, 2009) e a Resolução nº 38/2009 (BRASIL, 2009a), que incorporaram ao PNAE princípios e diretrizes que visavam garantir a SAN como norteadora de suas ações. Ainda em 2009, a Emenda Constitucional nº 59 assegurou o direito à alimentação escolar para toda a educação básica brasileira, conforme previsto na lei anteriormente citada (BRASIL, 2009b).

Outra publicação relacionada ao PNAE foi a Resolução nº 465/2010, do Conselho Federal de Nutricionistas (CFN, 2010), que atualizou as atribuições do

profissional no Programa frente à legislação em vigor (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2009b). Em 2010, o Decreto nº 7.272/2010 (BRASIL, 2010b) regulamentou a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN) e o 1º Plano Nacional de SAN foi finalizado em agosto de 2011, referente ao período de 2012 a 2015. Tal plano trata da oferta de alimentos adequados e saudáveis aos escolares, a inclusão de ações de educação alimentar e nutricional nos projetos político pedagógicos das escolas e o fomento a aquisição de gêneros alimentícios da agricultura familiar para a alimentação escolar (BRASIL, 2011a).

De modo a ampliar o conhecimento sobre a saúde dos escolares e subsidiar as políticas públicas destinadas a este grupo, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em parceria com os Ministérios da Saúde e da Educação, realizou, em 2009 e 2012, a primeira e a segunda Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). As publicações apresentaram os resultados da investigação sobre os fatores de risco e proteção à saúde dos escolares.

A PeNSE 2009 abordou diversos temas e questões importantes para o conhecimento da saúde dos escolares, compreendendo: aspectos socioeconômicos; contextos social e familiar; hábitos alimentares; prática de atividade física; experimentação e consumo de cigarro, álcool e outras drogas; saúde sexual e reprodutiva; violência, segurança e acidentes; percepção da imagem corporal, entre outros aspectos (IBGE, 2009). Em 2012, foram introduzidos novos temas e questões, como: trabalho entre escolares; hábitos de higiene; saúde mental; uso de serviços de saúde; prevalência de asma, entre outros. Em alguns temas, novas perguntas foram adicionadas ou alteradas, no sentido de facilitar a obtenção das respostas e/ou adequá-las ao cálculo de indicadores e parâmetros internacionais (IBGE, 2013).

Os resultados da PeNSE tornam possível que o Ministério da Saúde e o IBGE aprimorem a análise das características de saúde da população brasileira, especialmente do público escolar. Desta forma, as instâncias executivas e legislativas, os Conselhos de Saúde e os demais agentes relacionados aos setores de saúde e educação passam a ter parâmetros para a orientação e a avaliação de um conjunto de políticas destinadas aos escolares.

2.3 EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL NO AMBIENTE ESCOLAR

Segundo Lima (2004, p. 81),

Educação Nutricional é, pois, um processo educativo no qual, através da união de conhecimentos e experiências do educador e do educando, vislumbra-se tornar os sujeitos autônomos e seguros para realizarem suas escolhas alimentares de forma que garantam uma alimentação saudável e prazerosa, propiciando, então, o atendimento de suas necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais.

De acordo com o Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas (BRASIL, 2012a),

Educação Alimentar e Nutricional (EAN), no contexto da realização do Direito Humano à Alimentação Adequada e da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional, é um campo de conhecimento e de prática contínua e permanente, transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional que visa promover a prática autônoma e voluntária de hábitos alimentares saudáveis. A prática da EAN deve fazer uso de abordagens e recursos educacionais problematizadores e ativos que favoreçam o diálogo junto a indivíduos e grupos populacionais, considerando todas as fases do curso da vida, etapas do sistema alimentar e as interações e significados que compõem o comportamento alimentar.

Ao tratarmos do Programa Nacional de Alimentação Escolar, consideraremos a EAN como o conjunto de ações formativas, de prática contínua e permanente, transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional que objetiva estimular a adoção voluntária de práticas e escolhas alimentares saudáveis, que colaborem para a aprendizagem, o estado de saúde do escolar e a qualidade de vida do indivíduo (FNDE, 2013).

Tais ações possuem como objetivo a incorporação do tema da alimentação e nutrição no contexto escolar, enfatizando-se a alimentação saudável e a promoção da saúde. Isto é possível à medida que se reconhece que a escola é um espaço favorável à formação de hábitos saudáveis e à construção da cidadania (FNDE, 2013).

Serão ações de educação alimentar e nutricional, dentre outras, aquelas que (FNDE, 2013):

- Promovam a oferta de alimentação adequada e saudável na escola;
- Promovam a formação de atores;
- Articulem as políticas municipais, estaduais, distritais e federais no campo da alimentação escolar;
- Dinamizam o currículo das escolas, tendo por eixo temático a alimentação no ambiente escolar;
- Promovam metodologias inovadoras para o trabalho pedagógico;
- Favoreçam o resgate dos hábitos alimentares regionais e culturais;
- Estimulem e promovam a utilização de produtos orgânicos e/ou agroecológicos e da sociobiodiversidade;
- Estimulem o desenvolvimento de tecnologias sociais, voltadas para o campo da alimentação escolar.

A educação em saúde objetiva capacitar os indivíduos a agir conscientemente diante de sua realidade cotidiana, visando sempre a integração, continuidade, democratização do conhecimento e o progresso no âmbito social. Além disso, pretende a aut capacitação dos vários grupos sociais para lidar com problemas fundamentais da vida, como nutrição, desenvolvimento biopsicológico e reprodução; isto é o que se conhece por *empoderamento* (FREITAS, 1997; VASCONCELOS, 1997).

De acordo com Vasconcelos (2003), empoderamento é o aumento do poder e da autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, especialmente daqueles submetidos a relações de opressão, discriminação e dominação social, ou seja, consiste em capacitar o indivíduo a fim de que ele tenha condições de tomar decisões sobre sua saúde e se responsabilizar por estas decisões.

Neste contexto, as escolas têm papel importante como cenário de promoção de saúde. Uma vez que é um local de aprendizagem, discussão e aquisição de princípios,

as escolas são lugares adequados para se abordar temas específicos sobre saúde e promover o “empoderamento” dos escolares. Desta forma, surge o conceito de Escolas Promotoras de Saúde, que corresponde a uma nova visão pedagógica, em que a escola passa a ser um cenário para capacitação (BEGOÑA et al., 1999; SILVA, 2007a; FIGUEREIDO et al., 2010), sendo a Educação Alimentar e Nutricional uma estratégia de ação para a educação em saúde (BOOG, 2004).

De acordo com Domene (2008), um ambiente promotor de experiências que valorizem práticas saudáveis é favorável à implantação de um programa bem sucedido de Educação. Assim, é natural a expectativa de que a escola funcione como um local adequado para promoção da saúde e da EAN.

Com a Lei nº 11.947 de 2009 foi possível perceber o fortalecimento da EAN no âmbito do PNAE, visto que houve a inclusão da educação alimentar e nutricional no processo de ensino e aprendizagem, abrangendo o currículo escolar, por meio da abordagem da alimentação e nutrição e o desenvolvimento de práticas saudáveis, na perspectiva da segurança alimentar e nutricional. Outras medidas desta mesma Lei contribuíram diretamente para a implementação da EAN, como a presença de alimentos da agricultura familiar local e a definição dos parâmetros que orientam o que será oferecido aos escolares (BRASIL, 2009).

Costa et al. (2001) publicaram um trabalho enfocando o Programa de Alimentação Escolar como espaço de aprendizagem e produção de conhecimento, ressaltando que o nutricionista deve ter participação ativa na execução do Programa Nacional de Alimentação Escolar, especialmente no que diz respeito à função do programa como um instrumento educativo. Segundo os autores, a contribuição mais importante que o PNAE pode proporcionar para promover a saúde da comunidade escolar e de seus familiares é criar um ambiente favorável à aprendizagem, para que todos os que exercem atividades no ambiente escolar possam, efetivamente, alimentar-se com mais qualidade e com consciência a respeito dos condicionantes de suas práticas alimentares.

Assim, no PNAE, o nutricionista deixa de ser o administrador de refeições e passa a ter a possibilidade de desenvolver seu papel de educador em nutrição, na

medida em que organiza e facilita o encontro entre o sujeito que aprende e o conhecimento a ser aprendido (COSTA et al., 2001).

Além das atividades tradicionais de EAN, também existem as chamadas ações de educação permanente, realizadas por equipes intersetoriais constituídas por iniciativa das Secretarias de Educação, no âmbito do PNAE, e pelo FNDE. Podem estar envolvidos nestas ações os gestores, professores, coordenadores pedagógicos, profissionais que preparam a alimentação escolar, nutricionistas e os produtores de alimentos, especialmente os agricultores familiares. Nesse sentido, observa-se que resultados importantes vêm sendo alcançados, principalmente no que diz respeito à incorporação do tema alimentação e nutrição nos currículos e nas formações permanentes dos profissionais de educação; ao maior envolvimento da comunidade escolar; à diversificação da alimentação escolar, às ações educativas e à aproximação entre os saberes técnico e popular (BRASIL, 2012).

É importante destacar que, ao considerarmos a educação alimentar e nutricional e em saúde como fator positivo para mudanças no estilo de vida, e, especialmente, na alimentação, podemos relacioná-la à atitude dos escolares quanto a sua imagem corporal, visto que a adoção de práticas saudáveis poderão resultar em um estado nutricional adequado. Além disso, ao abordar a EAN, são fornecidas às crianças e adolescentes informações a respeito de sua imagem como um todo, como um reflexo do bem estar geral, envolvendo, desta forma, o conceito ampliado de saúde, e não apenas seu componente físico.

2.4 O CORPO

O corpo manifesta-se nos discursos e práticas sociais de várias formas, como nos cuidados com a saúde e na preocupação com a aparência, sendo um tema bastante presente no cotidiano. Não é somente a representação física do ser, mas também uma forma de interação com o ambiente. Possui ainda a função de mediador da relação com a realidade e da percepção que o homem tem do mundo, além de atuar

como um meio de expressão. O corpo possibilita o reconhecimento da existência de si e das funções de interação social, ao considerarmos que é uma representação do ser (SLATER; USOH, 1994).

De acordo com Durozoi (1996), o corpo é um conjunto de órgãos que permite as funções necessárias à vida, podendo ser definido, então, como um organismo natural. Porém, o corpo humano também é caracterizado pelas representações individuais e sociais a ele associadas. Da mesma maneira, Andrieu (2006) considera que o corpo humano é uma matéria que se desenvolve de acordo com um programa genético, mas também é formado pela cultura e modificado por hábitos, que são impressões, na matéria, dos códigos, signos, linguagem e cultura.

Desta forma, o corpo representa um objeto que reúne, simultaneamente, características biológicas, psicológicas, individuais e sociais, sendo criado, utilizado e simbolizado através da interação destes fatores. Ao longo de sua formação e existência, o corpo incorpora aprendizagem voluntária e involuntária, e é resultado de uma construção simbólica subjetiva, bem como de percepções e representações individuais e coletivas (ANDRIEU, 2006).

Segundo Louro (2000), nosso corpo é um vasto campo de investimentos. Ao ser considerado como superfície interna, é um corpo de decodificação, que conta uma história, que carrega uma genética, um sistema sanguíneo, um histórico de doenças e de intervenções cirúrgicas. É um corpo que, ao se relacionar, conta um pouco de cada um, de cada identidade. Já como superfície externa, é um corpo com inscrições, visto que traz marcas de seu tempo, marcas que o enfeitam, reinventam, resignificam, marcas que falam.

O corpo assume um papel essencial nas relações geracionais que estabelecemos, visto que nos representa materialmente no mundo. Ao longo da existência do indivíduo, o corpo se modifica, seja pela idade, pelas doenças, condições de vida e intervenções médicas, ou pelas marcas sociais e culturais que agem sobre ele. Como nossos desejos, fundamentados em um determinado conceito de beleza, são produzidos e se modificam, essas marcas acabam por imprimir diferentes formas de conhecermos e desejarmos nossos corpos em um determinado período histórico (LOURO, 2000).

Em relação às demandas atuais quanto ao corpo, identifica-se a existência de um *status* culturalmente definido, representado por meio da jovialidade, da beleza, da aparência de felicidade, e do poder de atração sexual. Como se considera que é na juventude que se encontram todas as funções sociais valorizadas culturalmente e que são transmitidas através da mídia, observa-se uma inclinação à sua eternização. Assim, essas definições sociais, representações sociais do corpo, orientam as práticas sociais, moldam e definem as imagens individuais (NOVAES, 2006).

2.5 IMAGEM CORPORAL

Paul Schilder, em 1935, foi o primeiro a definir a imagem corporal além das perspectivas neurológicas, incluindo aspectos conscientes e inconscientes, todas as variedades de sensações e percepções corporais e aproximando-a a uma experiência de totalidade. O autor enfatiza que a imagem corporal é um reflexo de desejos, emoções e interação com os outros, não apenas uma construção cognitiva (SCHILDER, 1999).

Os estudos sobre o tema iniciaram-se na década de 1960, quando se pesquisava o papel da imagem corporal nos transtornos alimentares, enfocando, praticamente, a acurácia da estimativa do tamanho corporal, não havendo preocupação com a satisfação relacionada à aparência. Apenas em 1980 a satisfação corporal e o aspecto subjetivo passaram a ser efetivamente pesquisados, desta vez em estudos com pessoas sem desordens alimentares (THOMPSON, 1996 apud CÔRTEZ, 2012).

O conceito de imagem corporal é multidimensional, abrangendo os processos fisiológicos, cognitivos, psicológicos, emocionais e sociais em constante troca mútua. Tais processos podem ser influenciados por idade, sexo, meios de comunicação e pela relação existente entre os processos cognitivos e o corpo, como os valores, as crenças e os comportamentos pertencentes à cultura. Assim, o termo imagem corporal refere-se a um desenho criado pela mente em que se evidenciam o tamanho, o conceito e a forma do corpo, todos sustentados pelos sentimentos (FERREIRA; LEITE, 2002; ALMEIDA, 2005; DAMASCENO, 2005).

Apesar de singular e indivisível, a imagem corporal integra múltiplas dimensões, sendo vulnerável a processos dinâmicos internos e externos, estando em constante transformação. Não existe imagem corporal coletiva, mas os seres humanos estruturam a sua imagem corporal em um intercâmbio contínuo com as outras pessoas. A imagem corporal é vivência humana, individual e dinâmica, refletindo a história de uma vida, o percurso de um corpo, cujas percepções integram sua unidade e marcam sua existência no mundo. É a memória e a identidade que o corpo possui (TAVARES, 2003).

A partir do contato com o mundo externo, dá-se a construção da imagem corporal, assim, é importante o interesse pelo próprio corpo, mas também pelo corpo do outro (TAVARES, 2003).

Para Castilho (2001), a imagem corporal possui papel mediador em todas as coisas, desde a escolha de vestimentas, passando pelas preferências estéticas, até a habilidade de partilhar as emoções dos outros.

Em relação a suas dimensões, aquelas mais frequentemente encontradas na literatura a respeito da imagem corporal são a perceptiva, a cognitiva, a afetiva e a comportamental (BANFIELD; McCABE, 2002; McCABE; RICCIARDELLI, 2004a). A dimensão perceptiva relaciona-se à acurácia do julgamento do indivíduo sobre seu tamanho, forma e peso relativos ao seu corpo físico (CASH et al., 1991; SLADE, 1994). O componente cognitivo relaciona-se a pensamentos e crenças quanto à forma e aparência do corpo. O aspecto afetivo refere-se aos sentimentos individuais em relação à aparência de seu corpo (CASH; GREEN, 1986). A dimensão comportamental relaciona-se às atitudes tomadas frente ao objetivo de mudar o corpo, podendo ser uma manifestação ou consequência de outra dimensão (GLEAVES et al., 1995; STICE; NEMEROFF; SHAW, 1996), visto que afeto e cognição negativos podem levar a distúrbios de comportamento e, em contrapartida, distúrbios comportamentais podem levar a problemas nas dimensões afetivas e cognitivas (TIGGEMANN, 1994).

Assim, a satisfação corporal reflete a dimensão afetiva da imagem corporal, que permite o adequado desempenho emocional e social do indivíduo perante a sociedade. Desse modo, a autopercepção e a satisfação corporal são essenciais na autoaceitação das pessoas e podem gerar atitudes que interferem no seu convívio social (McCABE;

RICCIARDELLI, 2004b). Por outro lado, a insatisfação corporal traz consigo pensamentos e sensações negativos quanto à aparência, influenciando a saúde emocional e a qualidade de vida (DEL CIAMPO; DEL CIAMPO, 2010).

2.6 INSATISFAÇÃO CORPORAL: CRIANÇAS E ADOLESCENTES

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990a) a infância compreende a fase da vida que vai até os doze anos de idade. Já para a Organização Mundial da Saúde, a partir dos dez anos já se pode considerar o indivíduo como sendo adolescente (WHO, 1986). Assim, em alguns estudos podemos observar características da adolescência referindo-se à infância e vice-versa, visto que nem todos identificam a faixa etária a que se referem.

O desenvolvimento da imagem corporal se dá paralelamente ao desenvolvimento da identidade do próprio corpo, estando relacionado aos aspectos sociais, afetivos e fisiológicos. Este processo se dá durante toda a vida – a construção da identidade corporal é sempre um processo em construção. Assim, as primeiras experiências na infância são essenciais no desenvolvimento da imagem corporal, mas as experiências e o explorar o corpo nunca param (TAVARES, 2003).

De acordo com Castilho (2001) aos dois anos, a maioria das crianças já se autopercebem, podendo reconhecer a imagem de seu corpo refletida no espelho. Aos poucos, o corpo vai representando sua identidade e, gradualmente, elas começam a pensar sobre como os outros veem a sua aparência. Os pré-escolares vão absorvendo conceitos sobre aquilo que é valorizado como atraente, ou como deveria ser sua aparência, pois vão assimilando como as pessoas enxergam diferentes características. Como consequência, a imagem corporal vai, cada vez mais, tomando forma.

Ao mesmo tempo, as crianças também formam imagens de como não deveriam ser – ou com o que não devem se parecer – ou seja, daquilo que não é atraente. Elas também passam a considerar o quão adequada é sua aparência corporal em relação ao

modelo que lhes é transmitido, o que traz consequências aos sentimentos de autovalor (CASTILHO, 2001).

Através do convívio familiar e social, as crianças aprendem cedo a valorizar o corpo delgado (FLANNERY-SCHROEDER; CHRISLER, 1996) e, muitas vezes, relatam insatisfação com seu corpo, adotando estratégias para emagrecer, mesmo estando com peso adequado (ROBINSON, 2001).

Quanto aos adolescentes, estes estão em uma etapa do ciclo de vida marcado por mudanças somáticas, psicológicas, cognitivas e emocionais, além do aumento da preocupação com a aparência física. Durante a adolescência, etapa crítica de formação de identidade, o risco de insatisfação corporal é ainda maior, e isto perturba a autoimagem e a autoestima, podendo levar a distúrbios psicológicos (NEUMARK-SZTAINER et al., 2006).

Nesse sentido, nos últimos 20 anos, intensificaram-se as investigações a respeito da insatisfação corporal, observando-se que o sentimento negativo com a imagem do corpo na adolescência pode ser mais evidente devido às transformações sofridas na puberdade e em decorrência dos padrões de beleza ofertados pela mídia, com a valorização de formas físicas supostamente ideais (McCABE; RICCIARDELLI, 2004a).

De acordo com Nicholls (2005), a insatisfação com o próprio corpo é uma forte característica da adolescência atual. À medida que valoriza a magreza entre as mulheres e a força entre os homens, a sociedade transforma o corpo em objeto de manipulação e de desejo. Ao ter em mente um corpo idealizado, e quanto maior a distância deste corpo com o real, maiores as chances de conflito e de prejuízo para sua autoestima. Apesar de muitos apresentarem peso adequado ou abaixo do ideal, alguns adolescentes costumam se sentir acima do peso ou desproporcionais (BRANCO; HILÁRIO; CINTRA, 2006; FERNANDES, 2007).

Tal insatisfação leva o adolescente a tomar diferentes atitudes, especialmente dietas restritivas para perda de peso, o que o torna propenso a distúrbios nutricionais, como anorexia nervosa e bulimia nervosa, além de práticas exageradas de atividade física e consumo de anabolizantes, que podem predispor aos transtornos dismórficos corporais (HUNT; THIENHAUS; ELLWOOD, 2008).

Alguns estudos brasileiros demonstram os elevados índices de insatisfação corporal entre crianças e adolescentes. Fernandes (2007) observou, em pesquisa realizada com indivíduos entre seis e dezoito anos, que 37,4% estavam satisfeitos com sua imagem corporal e 62,2%, insatisfeitos. Já Pinheiro e Jiménez (2010), ao estudarem a faixa etária compreendida entre oito e doze anos, verificaram uma prevalência de 64,0% de insatisfação. Ainda nesse sentido, estudos realizados por Fidelix et al. (2011) e Glaner et al. (2013) observaram que 56,5% e 60,0%, respectivamente, dos adolescentes, apresentavam-se insatisfeitos com sua imagem.

2.7 CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DA INSATISFAÇÃO CORPORAL

A distorção da percepção corporal não é prática exclusiva de pessoas que desenvolvem algum tipo de transtorno alimentar, visto que tal fato ocorre cada vez mais na dinâmica vivencial dos indivíduos. Muitos fatores estão entre as causas das alterações da percepção da imagem corporal, culminando em insatisfação, especialmente, entre o gênero feminino, apesar de indivíduos de ambos os gêneros preocuparem-se com peso corporal e aparência. Dentre os fatores associados às realizações e felicidade, estão os socioculturais, pressões da mídia e a busca incessante por um padrão de corpo ideal (CONTI; FRUTUOSO; GAMBARELLA, 2005).

Nesse sentido, Del Ciampo e Del Ciampo (2010) destacam que, historicamente, os ícones femininos vêm se tornando mais magros. Até o século XIX, a magreza era considerada como má saúde, pois era associada à fragilidade e pobreza. Porém, a partir do século XX, mulheres com formas mais delineadas passaram a representar a imagem perfeita do corpo feminino. Atualmente, corpos de mulheres com cintura fina, seios grandes e quadris largos é que são os valorizados. Entre os homens, notam-se as diferenças nos padrões quando são observadas as mudanças por que passaram os heróis de filmes, revistas e brinquedos, que se tornaram mais musculosos e altos.

Rodin, Silberstein e Striegel-Moore (1985) introduziram a ideia de que a insatisfação corporal é um componente padronizado das mulheres pertencentes a sociedades ocidentais. Fatalmente, as mulheres são mais propensas a ter uma imagem corporal negativa, mas os homens não estão, absolutamente, imunes às questões de imagem corporal. As mulheres se manifestam verbalmente com mais frequência a respeito de suas preocupações com a imagem, enquanto o fato de ter dificuldades com a imagem pode representar uma ameaça à masculinidade do homem. Geralmente, os indivíduos do sexo feminino são mais intensamente estimulados pela sociedade a vincular seu valor como pessoa à atração física que podem exercer. Nesse sentido, Castilho (2001) afirma que pessoas preocupadas em investir na aparência estão mais vulneráveis a se observar com uma imagem corporal negativa, bem como aos incômodos a ela relacionados.

O *Modelo Tripartite de Influência* é um dos modelos de explicação mais recente para a insatisfação corporal e transtornos alimentares, fazendo parte das teorias socioculturais. É composto por três fontes primárias de insatisfação corporal: amigos, família e mídia, constando de dois processos mediadores: comparação excessiva da aparência e internalização de padrões sociais (CONTI et al., 2010). Na infância, a família representa maior influência na imagem corporal, enquanto que na adolescência, os amigos e a mídia desempenham papel mais importante (SHROFF; THOMPSON, 2006).

Apesar de as influências socioculturais apresentarem papel essencial na imagem corporal, os fatores individuais também podem atuar no desenvolvimento e manutenção dos distúrbios da imagem corporal (THOMPSON, 1996 apud CÔRTEZ, 2012). Assim, os transtornos da imagem corporal apresentam-se ainda mais complexos, relacionados às experiências psicológicas, as quais regulam a relação de cada sujeito com seu corpo (GRECO, 2010).

As mensagens transmitidas nos meios familiar e social possuem grande importância no desenvolvimento da imagem, pois estimulam modelos a serem seguidos e influenciam na reprodução de atitudes e sentimentos negativos relacionados à alimentação e à satisfação corporal (TAVARES, 2003; CAMPAGNA; SOUZA, 2006).

A mídia, ao veicular propagandas com imagens de corpos ideais, atinge, especialmente, os adolescentes, que passam a buscar uma figura perfeita, o que os afastam cada vez mais do seu corpo real. O jovem passa a acreditar que, para ser aceito pelos outros, é preciso que a sua imagem corporal esteja de acordo com os padrões estabelecidos (ANDRADE; BOSI, 2003; CONTI; FRUTUOSO; GAMBARDELLA, 2005). Esse fato acarreta, além de custos elevados, riscos à saúde, já que os modelos a serem seguidos são quase inatingíveis, o que gera estresse, ansiedade e insatisfação com o corpo (ALGARS et al., 2009).

Atualmente, vive-se um momento do culto exagerado ao corpo e à estética, em que as cirurgias plásticas triplicaram no Brasil. Destacam-se, aqui, o aumento dos frequentadores de academias e as vendas exageradas de cosméticos e de produtos para emagrecer. É essencial ser bonito, musculoso, magro e saudável, como reflexo do grande consumo da imagem (RIBEIRO; OLIVEIRA, 2011).

Ribeiro e Oliveira (2011) também enfatizam que, ao buscar uma imagem perfeita, os seres humanos deixam de pensar nas possíveis consequências, passando a escravos de um mundo de poder da imagem. Neste mundo, todos desejam a melhor academia, a melhor roupa, o perfume mais caro e importado, as grifes, o melhor carro e o melhor corpo. Deseja-se um corpo musculoso, sem gordura, com pele lisa, sem espinhas, sem estrias, sem rugas e até sem pelos. Os autores afirmam que *“essa é a chamada era da estética, com procedimentos sem nenhuma ética”*.

Maldonado (2006) enfatiza que há uma expansão contínua do que ele chama de “grande mercado”, composto de academias de ginástica e clubes desportivos, de medicamentos e produtos de beleza, de dietas e inovações terapêuticas, além daquele constituído a partir das intervenções cirúrgicas. Existe cada vez mais espaço para a cosmética, as calorias da dieta são contadas e reguladas, os produtos supostamente naturais são cultuados e as quantidades de vitaminas e proteínas minuciosamente analisadas para serem ingeridas na medida considerada ideal.

Em incontáveis circunstâncias, o ser humano é pressionado a concretizar, em seu próprio corpo, o corpo ideal de sua cultura. É pressionado para essa representação por gratificações, como dinheiro, poder, admiração, e por castigos, como desprezo e

críticas. Renuncia-se ao contato interno e perde-se a conexão com o corpo real, mediante os poderosos ganhos secundários (TAVARES, 2003).

Em meio às necessidades de inserção social, os indivíduos, muitas vezes, cedem à pressão externa para concretizar no próprio corpo um ideal físico culturalmente moldado. Ameaçados pela não aceitação social, podem ignorar histórias pessoais, sentimentos e a própria realidade corporal (TAVARES, 2003).

Ao mesmo tempo em que se busca atingir os padrões socioculturais, muitas mudanças têm ocorrido com o processo de urbanização, o que deixa o indivíduo mais susceptível à insatisfação corporal. Aqui, destaca-se o aumento da prevalência da obesidade e do sobrepeso, tanto na população adulta, quanto entre crianças e adolescentes (ABRANTES; LAMOUNIER; COLOSIMO, 2003; NUNES; FIGUEIROA; ALVES, 2007), o que é observado através do fenômeno da Transição Nutricional.

2.8 TRANSIÇÃO NUTRICIONAL

Há pelos menos trinta anos, tem-se observado os efeitos de uma transição nutricional em curso no Brasil, que pode ser caracterizada como um fenômeno multifacetado e relacionado a duas outras formas de transição, a demográfica e a epidemiológica (ANSALONI, 2008).

Segundo Popkin (1993), “transição nutricional é um processo de modificações sequenciais no padrão de nutrição e consumo, que acompanham mudanças econômicas, sociais e demográficas, e do perfil de saúde das populações”.

Da mesma maneira, Ansaloni (2008) afirma que as mudanças em padrões nutricionais derivam de mudanças econômicas, sociais, ambientais e demográficas, não apenas das mudanças na composição da dieta. É desta forma que se processa a transição em inúmeros países, e não apenas naqueles que apresentam níveis mais elevados de desenvolvimento. Este fato é observado em países como China, Brasil, Japão e em países europeus, em que há um conjunto semelhante de mudanças no padrão alimentar, cujo aspecto mais visível é a adoção da “dieta ocidental”,

caracterizada por altas quantidades de gorduras, açúcar e alimentos refinados e industrializados, além do aumento do sedentarismo.

De acordo com Batista Filho e Rissin (2003), de forma simplista, a transição nutricional compreende quatro etapas: “a) desaparecimento do *kwashiorkor*, forma de desnutrição aguda e grave com alto índice de mortalidade e quase frequentemente precipitada por uma doença infecciosa de alto impacto patogênico; b) desaparecimento do marasmo nutricional habitualmente associado a doenças infecciosas de duração prolongada; c) aparecimento do binômio sobrepeso/obesidade em escala populacional; d) última etapa da transição, se configurando na correção do déficit estatural.”.

Um dos fatores diretamente ligados à transição nutricional, e às mudanças no perfil alimentar brasileiro, é o fato de a mulher haver se inserido no mercado de trabalho, especialmente a partir dos anos 1970, o que passou a gerar uma dependência econômica da família quanto à renda desta mulher. Desta forma, a figura da mulher “do lar” é perdida, transformando a qualidade da alimentação, visto que aquela não possui mais o mesmo tempo para preparar as refeições, optando por alimentos industrializados, ou, por vezes, pela realização das refeições fora do lar. Outro fator a ser considerado é a mudança na ocupação demográfica. Se na década de 1950 éramos predominantemente uma população rural (em torno de 66%), passamos para uma condição de país urbano, em que cerca de 80% das pessoas estão fixadas nas cidades (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003; KAC; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2003; MENDONÇA; ANJOS, 2004).

De modo a exemplificar os fenômenos ocorridos na transição nutricional, Batista Filho e Rissin (2003) mostraram que, no Brasil, nos últimos 25 anos, a desnutrição em crianças sofreu, de forma cumulativa, um declínio de 72%, enquanto em adultos sua prevalência diminuiu em 49% no meio rural e 52,7% no meio urbano, praticamente desaparecendo como problema epidemiológico entre os maiores de dezoito anos.

Ainda segundo os autores, as diferenças geográficas no país expressam diferenciações sociais na distribuição da obesidade, visto que a frequência da doença em adultos triplicou no Nordeste e duplicou no Sudeste, existindo evidências de que já começa a cair nos estratos de renda mais elevada. De forma comparativa, as regiões

Sul, Sudeste e Centro-Oeste apresentaram maior prevalência de obesidade do que as regiões Norte e Nordeste.

Neste sentido, a modernização das sociedades resultou em uma reorganização do contexto de vida do homem. Houve um considerável crescimento da oferta e do consumo de alimentos, sendo que todo tipo de gênero alimentício tornou-se acessível, especialmente pelo desenvolvimento da área de tecnologia de alimentos (FISCHLER, 1995). Desta forma, o Brasil passou a substituir o problema da escassez de alimentos pelo exagero dietético (MONTEIRO et al., 1995).

Assim, atualmente é possível observar o seguinte cenário alimentar: estímulo do consumo impróprio e excessivo de produtos industrializados e/ou com pouco valor nutritivo, como aqueles ricos em ácidos graxos saturados e açúcares, refrigerantes, álcool, carnes, leite e derivados ricos em gorduras, guloseimas etc; e prejuízo da ingestão de frutas, verduras, legumes e carboidratos complexos. Consequentemente, gera-se um quadro de excesso calórico, devido à elevada ingestão de macronutrientes (lipídeos, proteínas e carboidratos) e à baixa ingestão de micronutrientes (vitaminas e minerais), tudo isso aliado à perversa ditadura da beleza e da magreza (ESCODA, 2002; SANTOS, 2007).

De acordo com Santos (2007), um aspecto importante a ser considerado é que, com a globalização, permitiu-se o acesso a uma diversidade de alimentos que antes eram desconhecidos da população, mas que passaram a ser julgados como necessários à rotina alimentar, mediante o significado social da comida, refletindo o sistema de acumulação capitalista.

Aliado a tudo isso, são verificadas alterações nas atividades físicas e de lazer, em que aquelas com maior gasto energético, como práticas esportivas e longas caminhadas, são substituídas por atividades sedentárias, como computador, televisão e videogame. Especificamente quanto às horas dedicadas em frente à televisão, é possível observar dois aspectos importantes. O primeiro trata do aumento da ingestão de alimentos com alta concentração calórica em frente à TV decorrente dos anúncios por ela veiculados. O segundo refere-se à diminuição do gasto energético, como consequência da redução da atividade física (SOUZA, 2010).

2.9 OBESIDADE

Além de representar um dos fatores que influenciam na insatisfação corporal, a obesidade apresenta-se também como um dos principais problemas de saúde pública da sociedade contemporânea, constituindo um fator de risco para enfermidades como dislipidemias, doenças cardiovasculares, diabetes tipo II e alguns tipos de câncer (MONTEIRO; CONDE, 1999; KAC, VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2003; ANJOS, 2006).

Dados de 1998 já consideravam a obesidade como a mais importante desordem nutricional nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, devido ao aumento da sua prevalência (WHO, 1998).

Esta doença é caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal em níveis que comprometem a saúde dos indivíduos, podendo resultar em prejuízos como alterações metabólicas e comprometimento dos aparelhos locomotor e respiratório (MONTEIRO; CONDE, 1999; PEREIRA; FRANCISCHI; LANCHÁ-JUNIOR, 2003).

A etiologia da obesidade envolve determinantes endógenos e exógenos (SABIN; WERTHER; KIESS, 2011), ou seja, possui um caráter multifatorial, englobando diversos fatores, como os históricos, ecológicos, políticos, socioeconômicos, psicossociais, biológicos, como os genéticos, e culturais (BRASIL, 2006). Os fatores genéticos possuem um papel importante para a ação dos fatores ambientais, podendo, em alguns casos, serem os determinantes da obesidade (PERUSSE et al., 1999). Porém, os fatores ambientais são mais importantes para seu desenvolvimento (TROMBETTA, 2003).

No que diz respeito aos aspectos biológicos da obesidade, envolvendo, especificamente, o metabolismo, tem-se como possível contribuinte para seu desenvolvimento a teoria da economia energética. De acordo com tal teoria, em situações biológicas e sociais adversas, em que há falta de energia, o organismo passa a demandar mecanismos metabólicos adaptativos, visando diminuir o gasto energético como meio de sobrevivência. O organismo chega a um novo ponto de equilíbrio através desta adaptação, com um gasto e ingestão energéticos inferiores ao normal. Porém, este equilíbrio mostra-se frágil, sendo que um aumento na ingestão alimentar pode

levar ao ganho de peso, devido ao aumento da eficiência metabólica adquirida (SILVA, 1997; ANJOS, 2006; BRASIL, 2006).

Ainda em relação aos seus aspectos biológicos, é possível afirmar que, apesar de ainda não estar totalmente esclarecida, existe influência genética no desenvolvimento da obesidade (FRANCISCHI et al., 2000). Nesse sentido, sabe-se que o apetite e o comportamento alimentar sofrem influência do componente genético, de forma que o mesmo atua sobre a taxa metabólica basal e, conseqüentemente, no gasto energético (FRANCISCHI et al., 2000; BRASIL, 2006; MARQUES-LOPES et al., 2004).

Cabe ressaltar ainda que, recentemente, características do ambiente no qual as pessoas vivem, como nível socioeconômico da vizinhança, disponibilidade e acesso para a aquisição de gêneros alimentícios saudáveis, oportunidades para a prática de atividade física e deslocamento a pé ou de bicicleta, têm sido propostas como fatores associados à epidemia de obesidade em diversos países (HANDY et al., 2002; POPKIN; DUFFEY; GORDON-LARSEN, 2005; JANSSEN et al., 2006). Quando tais ambientes incentivam a inatividade física e as escolhas alimentares não saudáveis, eles são caracterizados como obesogênicos e, por isso, responsáveis por promoverem a obesidade (SWINBURN; EGGER; RAZA, 1999).

Nesse sentido, segundo Santos e Scherer (2011), a obesidade é caracterizada por múltiplos fatores que resultam no ganho de peso, sendo uma doença que transforma não só o corpo, mas também a mente. Assim, está intimamente relacionada, entre outras, a questões como preconceito, exclusão, consumismo excessivo e dificuldades financeiras. As autoras enfatizam que esta é uma doença mal compreendida pela sociedade, visto que o “gordo” é discriminado, resultando em isolamento, exclusão social e na busca de consolo através da própria comida, o que agrava ainda mais os sentimentos negativos do obeso.

Nas primeiras seis décadas do século XX, a obesidade era considerada como resultado de problemas de ordem psíquica ou de déficit moral, o que evidencia a importância de seu papel histórico e a relevância dos fatores psicológicos e psiquiátricos, que são considerados os mais importantes no desenvolvimento da doença, segundo Segal (2003).

Em 2008, estimativas globais da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostraram que 1,5 bilhão de pessoas acima de 20 anos de idade tinham excesso de peso e que 500 milhões eram obesas. Projeções para 2015 indicam que haverá aproximadamente 2,3 bilhões de adultos com excesso de peso e mais de 700 milhões de adultos obesos (WHO, 2011).

Em relação ao Brasil, de acordo com a última Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) referente aos anos de 2008 e 2009 (IBGE, 2010), quase metade (49%) da população apresentava excesso de peso. Uma porcentagem de 14,8% das pessoas estava em quadro de obesidade, enquanto somente 2,7% apresentavam déficit de peso. Entre os indivíduos do sexo masculino, entre 20 e 24 anos, o índice de sobrepeso passou de 18,5%, na década de 70, para 50,1% em 2009. Neste mesmo espaço de tempo, o índice entre as mulheres aumentou de 28,7% para 48%.

Quanto às crianças e adolescentes, foi observado com grande frequência excesso de peso e obesidade a partir de cinco anos de idade. Entre meninos e rapazes de dez a dezenove anos, o excesso de peso era de 3,7% em 1974-75 e passou para 21,7% na pesquisa mais recente. Já entre as meninas e moças, o excesso de peso era de 7,6% e passou para 19,4% (IBGE, 2010).

Flores et al. (2013), em estudo longitudinal realizado com crianças e adolescentes brasileiros no período de 2005 a 2011, observaram que quase 30% dos participantes apresentavam-se em quadro de sobrepeso ou obesidade. Observaram ainda uma chance de aumento na prevalência da obesidade até o ano de 2008 e, após, uma manutenção destas altas prevalências.

Em estudo realizado com escolares da cidade de Juiz de Fora – MG (RODRIGUES et al., 2011), observou-se prevalência de sobrepeso de 7,5% e 13,1% entre meninas e meninos, respectivamente, e prevalência de obesidade de 10,4% e 7,6% entre meninas e meninos, respectivamente, segundo os critérios da Organização Mundial da Saúde.

Em contrapartida, ao mesmo tempo em que as taxas de obesidade aumentam, o desejo por um corpo magro também cresce, o que, conseqüentemente, aumenta a insatisfação corporal (FONSECA; MATOS, 2005; STRIEGEL-MOORE et al., 2000). Ao viver a contradição do aumento da oferta de alimentos e da exigência da magreza, o

sujeito obeso poderá sofrer danos à sua saúde física e mental (SANTOS; SCHERER, 2011).

Nos países desenvolvidos, estimou-se que os gastos públicos com o excesso de peso eram de 2% a 7% do orçamento de saúde. Cerca de 200 mil pessoas morreram por ano devido a doenças associadas ao excesso de peso, sendo que nos Estados Unidos esse número chegou a quase 300 mil pessoas (SOUZA et al., 2003; FELIPPE; SANTOS, 2004).

O Brasil gastava, aproximadamente, R\$ 1,1 bilhão por ano com internações hospitalares, consultas e remédios para tratamento do excesso de peso e das doenças relacionadas à obesidade, segundo estimativa da Força Tarefa Latino Americana de Obesidade, sendo que R\$ 600 milhões foram gastos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (SANTOS, 2007).

Desta forma, Santos e Scherer (2011) sugerem que, mediante a gravidade da situação, faz-se pertinente aproximar a obesidade da pauta das políticas públicas como uma resposta por parte do Estado. Devido à complexidade do fenômeno, é importante um trabalho interdisciplinar, para que seja possível compreender integralmente o indivíduo e os condicionantes da obesidade. Ainda segundo as autoras, ao existir um compartilhamento de práticas e saberes, haverá uma maior contribuição para as formas corretas de entendimento, prevenção e tratamento da obesidade, compreendendo o fenômeno como uma das expressões da questão social.

2.10 AVALIAÇÃO DA INSATISFAÇÃO CORPORAL: ESCALAS DE FIGURAS DE SILHUETAS

Um método de avaliação da percepção corporal comumente utilizado são as escalas de figuras de silhuetas, que variam desde a mais “fina” até a mais “larga”. Este método consiste na escolha da figura, por parte do participante, que melhor o representa e daquela que ele gostaria de ser. A insatisfação, ou a satisfação, é julgada

de acordo com as discrepâncias entre as figuras selecionadas (FINGERET; GLEAVES; PEARSON, 2004).

Dentre as vantagens das escalas de figuras de silhuetas estão sua simplicidade como instrumento, sua fácil aplicação e o fato de não exigirem equipamentos sofisticados. Além disso, suas imagens visuais são menos abstratas, e não requerem grande diversidade de vocabulário ou fluência verbal, sendo, portanto, indicadas na avaliação da percepção da imagem corporal, principalmente a de crianças (TRUBY; PAXTON, 2002 apud KAKESHITA et al., 2009; WILLIAMSON; DELIN, 2001 apud KAKESHITA et al., 2009).

A escala de figuras de silhuetas elaborada por Kakeshita (2008) foi, inicialmente, desenvolvida e validada para adultos e crianças brasileiros, sendo, posteriormente, validada para adolescentes brasileiros (MURAROLE, 2011). Em seu trabalho, Kakeshita et al. (2009) ressaltam a importância desta escala, devido ao fato de não haver, até o seu desenvolvimento, instrumentos próprios ou metodologia testada e validada para a avaliação da imagem corporal de adultos nem de crianças e adolescentes no Brasil.

A escala utilizada para adultos é composta por duas versões – feminina e masculina – de quinze silhuetas corporais, intervalares, em que cada uma representa uma faixa de Índice de Massa Corporal (IMC). A escala aplicável a crianças e adolescentes também é composta por uma versão feminina e outra masculina, mas possui onze silhuetas corporais, também intervalares, em que cada uma também representa uma faixa de IMC (KAKESHITA et al., 2009).

Cada silhueta se encontra em um cartão com 12,5 cm de altura por 6,5 cm de largura, com a figura branca centralizada em fundo negro de 10,5 cm de altura por 4,5 cm de largura. Nas escalas de adultos, as médias de IMC correspondentes a cada figura variaram de 12,5 a 47,5 Kg/m², com diferença constante de 2,5 pontos. Nas escalas de crianças, as médias de IMC correspondentes a cada figura variaram de 12 a 29 Kg/m² (KAKESHITA et al., 2009).

De forma similar às demais escalas de figuras de silhuetas, a utilização se dá a partir da escolha, pelo participante, da figura que mais se parece com o seu corpo e, em seguida, da figura com a qual gostaria de se parecer (KAKESHITA et al., 2009).

3 METODOLOGIA

Foi realizado um estudo de delineamento transversal e, posteriormente, foi realizada uma análise por meio de grupo focal (GF). Assim, trata-se de um estudo de natureza quantitativa e qualitativa, descritivo, analítico e exploratório.

É possível perceber as relações entre as pesquisas quantitativa e qualitativa em diferentes níveis: “epistemologia (e incompatibilidades epistemológicas) e metodologia; planos de pesquisa que combinem ou integrem o uso de dados e/ou de métodos qualitativos e quantitativos; métodos de pesquisa que sejam tanto qualitativos quanto quantitativos; vinculação das descobertas da pesquisa qualitativa às da quantitativa; generalização das descobertas; avaliação da qualidade da pesquisa – aplicação de critérios quantitativos à pesquisa qualitativa ou vice-versa.” (FLICK, 2009a).

A seguir, são apresentados, primeiramente, a metodologia, resultados e discussão referentes aos dados quantitativos e, a depois, os referentes aos dados qualitativos.

3.1 UNIDADE DE ANÁLISE

A unidade de análise do estudo foram estudantes de oito a treze anos de uma escola da rede pública de ensino localizada na região central do município de Juiz de Fora – MG.

3.2 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora

(ANEXO A), como um adendo ao projeto “*Impacto das Ações de Educação Nutricional na Construção de Hábitos Alimentares Saudáveis em Adolescentes*”, conforme Resolução Nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), em que fica estabelecido que toda pesquisa envolvendo seres humanos deve ser submetida à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa.

A pesquisadora responsável se comprometeu a esclarecer quaisquer dúvidas dos sujeitos envolvidos durante todas as etapas do estudo, além de garantir a clareza dos objetivos do mesmo.

Os dados e instrumentos utilizados ficarão em posse da pesquisadora responsável por um período de cinco anos, e, após esse período, serão adequadamente destruídos. Além disso, os participantes não serão identificados em qualquer etapa do estudo.

4 METODOLOGIA QUANTITATIVA

Estudos transversais, ou seccionais, são caracterizados pela observação direta de uma quantidade planejada de indivíduos em uma única oportunidade, em um prazo determinado de tempo – o mais curto possível – decorrido da observação entre o primeiro e o último indivíduo (MEDRONHO, 2008). Assim, a realização da porção quantitativa do presente estudo se sustentou nestas e em outras características dos estudos transversais definidas por Medronho (2008), desde a determinação da amostra, coleta de dados e análises estatísticas, até a divulgação de resultados.

4.1 AMOSTRA E SUJEITOS

No presente estudo utilizou-se uma amostra não probabilística, na qual foram selecionados estudantes regularmente matriculados nos quartos e quintos anos do Ensino Fundamental I.

Inicialmente foi realizada uma reunião com os pais e responsáveis, em que foi explicado em que consistia a pesquisa, oportunidade em que também foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A), que deveria ser assinado como condição primordial para a participação do aluno, além do aceite do mesmo. Para esta reunião, foram convidados os pais de todos os alunos (n=180) matriculados nos quartos e quintos anos do Ensino Fundamental I.

Após a autorização dos pais ou responsáveis, deu-se início à primeira etapa da coleta de dados, constando de aferição dos dados antropométricos e aplicação de questionários, que contou com 165 participantes autorizados pelos responsáveis a participar. Destes, 141 tiveram os dados antropométricos e de composição corporal aferidos, devido à ausência nos dias de coleta ou à desistência em participar da pesquisa. Assim, este mesmo número participou da avaliação quanto à insatisfação corporal, por meio da escala de figuras de silhuetas (EFS).

4.2 COLETA DE DADOS

Tanto os dados dos questionários quanto os dados antropométricos faziam parte do projeto “*Impacto das Ações de Educação Nutricional na Construção de Hábitos Alimentares Saudáveis em Adolescentes*”, ao qual a presente pesquisa está vinculada.

A coleta se deu entre os meses de maio e agosto de 2013, em uma sala disponibilizada pelo colégio durante o horário de aula. Os questionários foram aplicados face a face com os alunos, pela pesquisadora e integrantes do projeto supracitado, com exceção daquele referente aos dados socioeconômicos e demográficos, que foi enviado aos pais ou responsáveis para ser respondido em casa.

4.2.1 Variável dependente

A variável dependente, insatisfação corporal, foi obtida por meio da escala de figuras de silhuetas desenvolvida por Kakeshita et al. (2009) (ANEXO B) e validada por Murarole (2011). Somente os participantes cujos dados antropométricos foram aferidos tiveram participação nesta etapa.

Os cartões da escala de figuras de silhuetas foram dispostos com a face que apresentava a figura desenhada para cima, de frente ao participante, sobre uma mesa plana, localizada na biblioteca da escola em que a pesquisa foi realizada, em série ordenada ascendente da esquerda para a direita. Os alunos, chamados um a um, foram orientados a selecionar os cartões de acordo com as instruções dadas pela pesquisadora:

- Mostre a figura que tem o corpo mais parecido com o seu próprio corpo.
- Qual a figura que mostra o corpo que você gostaria de ter?

4.2.2 Variáveis independentes

4.2.2.1 Dados antropométricos e de composição corporal

Os dados antropométricos peso e estatura foram coletados seguindo-se o “Manual Técnico do Ministério da Saúde: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde” (BRASIL, 2004). Quanto aos dados de composição corporal, também utilizou-se o manual anteriormente citado para a aferição da circunferência da cintura, enquanto as dobras cutâneas foram aferidas de acordo com o Manual de Orientação de Avaliação Nutricional da Criança e do Adolescente, da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2009).

Todos os participantes foram avisados antecipadamente sobre as datas da coleta dos dados antropométricos, que foi realizada pela pesquisadora e acadêmicas treinadas do curso de Nutrição da UFJF.

Para determinação do estado nutricional dos participantes, utilizou-se o referencial da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2007), para crianças e adolescentes entre cinco e dezenove anos. Assim, para os menores de dez anos, foram utilizados os índices peso para idade, índice de massa corporal (IMC) para idade e estatura para idade. Vale ressaltar que, entre os menores de dez anos, os índices peso para idade e IMC para idade não apresentaram grandes diferenças, sendo usada a denominação deste último para a classificação do estado nutricional.

Para aqueles a partir de dez anos, utilizaram-se os índices IMC para idade e estatura para idade, como é possível observar na Figura 3. Para o cálculo do IMC, dividiu-se o valor do peso, em quilos, pelo valor do quadrado da altura, em centímetros. O Anexo C mostra a classificação do estado nutricional de acordo com os índices antropométricos e a faixa etária.

FAIXA ETÁRIA	Crianças (5 a 10 anos incompletos)	Adolescentes (10 a 19 anos)
ÍNDICE ANTROPOMÉTRICO	Peso para idade	-
	IMC para idade	IMC para idade
	Estatura para idade	Estatura para idade

Figura 3. Índices antropométricos de acordo com a faixa etária.

Fonte: Adaptado de SBP, 2009.

Para aferição do peso, foi utilizada balança digital (marca Tanita), que era ligada e zerada antes de cada aluno ser colocado sobre ela. Cada um foi colocado no centro do equipamento, com o mínimo de roupa possível, descalço, ereto, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo, sendo solicitando que ficasse parado nesta posição. A leitura era realizada quando este era fixado no visor (BRASIL, 2004).

A estatura foi aferida por meio de estadiômetro (marca Alturaexata), posicionando-se o participante, descalço e sem adereços na cabeça, no centro do equipamento. Cada um se manteve em pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos. Os calcanhares, ombros e nádegas estavam em contato com o antropômetro. Os ossos internos dos calcanhares estavam em contato, bem como a parte interna de ambos os joelhos, e os pés unidos, fazendo um ângulo reto com as pernas. A parte móvel do equipamento foi abaixada, fixando a mesma contra a cabeça, com pressão suficiente para comprimir o cabelo. Cada aluno foi retirado quando havia certeza de que o mesmo não tinha se movido, sendo realizada a leitura da estatura, sem que a parte móvel do equipamento fosse solta (BRASIL, 2004).

As medidas da circunferência da cintura foram aferidas através de fita métrica inelástica, com o participante em pé, ereto, abdômen relaxado, braços estendidos ao longo do corpo e os pés separados a uma distância entre 25 e 30 centímetros. A blusa foi afastada, de forma que a região da cintura ficasse despida. O aferidor estava de frente para o aluno, segurando o ponto zero da fita métrica em sua mão direita e, com a mão esquerda, passava a fita na menor curvatura localizada entre as costelas e o osso do quadril (crista ilíaca). Foi verificado se a fita estava no mesmo nível em todas as partes da cintura, não devendo estar larga, nem apertada. Solicitou-se que o

participante inspirasse e, em seguida, que expirasse totalmente o ar, realizando-se a leitura imediata antes que houvesse nova inspiração (BRASIL, 2004). A variável circunferência da cintura foi categorizada em valores inferiores a 63,5cm e superiores ou iguais a este valor, que correspondia à mediana. Para a estratificação deste dado, não se considerou o sexo, visto que os valores foram muito próximos.

Quanto às dobras cutâneas, foram aferidos, por meio de adipômetro (marca Lange), os valores da tricipital e da subescapular, pois, através da soma simples das mesmas, é possível obter a porcentagem de gordura corporal de crianças e adolescentes de acordo com o sexo e a idade (SBP, 2009). Para tal, identificaram-se e marcaram-se os locais a serem medidos. As dobras formadas por pele e tecido adiposo eram seguradas com os dedos polegar e indicador da mão esquerda a um centímetro do ponto marcado. Pinçaram-se as dobras com o adipômetro exatamente no local marcado, mantendo-se cada prega entre os dedos até o término da aferição. A leitura foi realizada em cerca de dois a três segundos, utilizando-se a média de três medidas (SBP, 2009).

No caso da dobra cutânea tricipital, marcou-se o ponto médio entre o acrômio e o olécrano do braço direito, separando-se levemente tal dobra, desprendendo-a do tecido muscular. Com o braço relaxado e solto ao lado do corpo, aplicou-se o adipômetro, formando um ângulo reto. Em relação à dobra subescapular, foi marcado o ponto imediatamente abaixo do ângulo inferior da escápula. A pele foi levantada um centímetro abaixo do ângulo inferior da escápula, de tal forma que se pudesse observar um ângulo de 45° entre esta e a coluna vertebral. O adipômetro foi aplicado estando o indivíduo com braços e ombros relaxados (SBP, 2009).

Aqueles cuja soma simples dos valores das dobras cutâneas tricipital e subescapular estavam entre os percentis cinco e 85, foram classificados com porcentagem de gordura média, enquanto aqueles que se encontravam abaixo do percentil cinco, foram classificados com baixa porcentagem de gordura e, aqueles acima do percentil 95, com porcentagem excessiva de gordura (FRISANCHO, 1990).

4.2.2.2 Dados de hábitos e estilo de vida, alimentares e de conhecimento nutricional

Para caracterização inicial da amostra, calculou-se a idade, obtida a partir da diferença entre a data da coleta de dados e a data de nascimento, esta última fornecida pela escola através do documento de matrícula.

Quanto às informações de hábitos e estilo de vida dos participantes (ANEXO D), os mesmos foram questionados em relação ao uso contínuo de medicamentos e se já haviam feito uso de cigarro e de álcool. Também foram perguntados se praticavam atividade física (esporte e lazer), e, àqueles que responderam afirmativamente, foi indagada a duração e a frequência da mesma. A duração da atividade física foi categorizada em menos de 30 minutos diários, e 30 ou mais minutos diários, enquanto a frequência, em menos de três vezes por semana, e três ou mais vezes por semana. Além disso, foi averiguado o número de horas diárias dispensadas a assistir televisão, jogar *videogame* ou ficar no computador, divididas em tempo igual ou inferior a duas horas, ou superior a duas horas.

Em relação aos dados alimentares, foi aplicado um recordatório de 24 horas (ANEXO E) e um questionário alimentar (ANEXO F). A partir do primeiro, foi calculado o número de refeições realizadas no dia anterior e, mais especificamente, a realização, ou não, do desjejum. O número de refeições obtido a partir do recordatório de 24 horas foi categorizado em cinco ou mais refeições e em menos de cinco refeições. A partir deste instrumento, também foi possível calcular a ingestão calórica de cada aluno e comparar com a EER (necessidade média estimada).

A partir do segundo questionário, foi possível observar a existência de horários fixos para se alimentar e se isto se dava em intervalos de três horas, o costume de substituir as refeições por lanches, a alteração do hábito alimentar aos finais de semana, a adoção de dieta à época da entrevista ou em momento anterior, e o consumo de alimentos *light* ou *diet* e integrais.

Ainda nesse sentido, os participantes foram questionados quanto ao costume de realizarem o café e o lanche da manhã, o almoço, o lanche da tarde, o jantar e a ceia, além do lanche na escola, que incluía o consumo da refeição oferecida pelo colégio, a compra de alimentos na lanchonete da instituição e os alimentos levados de casa.

Por fim, para avaliar o conhecimento nutricional dos participantes, aplicou-se um instrumento adaptado de Gonçalves (2009), contendo quatorze perguntas a respeito de alimentos e alimentação (ANEXO G). De acordo com a pontuação obtida pelos estudantes, os mesmos foram categorizados em dez acertos ou mais, e menos de dez acertos, valor correspondente à mediana.

4.2.2.3 Dados socioeconômicos e demográficos

Os dados socioeconômicos e demográficos foram obtidos através de questionário enviado à casa dos participantes para ser preenchido pelos pais ou responsáveis (ANEXO H). Apesar da insistência da pesquisadora e das participantes do projeto, houve certa dificuldade em obter tais dados, visto que alguns questionários não foram devolvidos, foram respondidos de forma incompleta ou, até mesmo, foram devolvidos em branco.

Foi investigado o estado civil paterno e materno, categorizado em “com cônjuge” e “sem cônjuge”. Quanto a variável escolaridade, a mesma foi dividida em duas categorias: uma contendo Ensino Fundamental incompleto ou completo e Médio incompleto; e a outra, Ensino Médio completo e Superior completo ou incompleto.

Quanto ao emprego, a categorização foi feita levando-se em consideração os empregados, aposentados e pensionistas, ou seja, os que possuíam renda, e os desempregados. Investigou-se, ainda, a renda familiar, categorizada em inferior ou igual a um salário mínimo, superior a um e inferior a dois salários mínimos e superior ou igual a dois salários mínimos.

Para as variáveis referentes ao número de pessoas dependentes da renda, número de cômodos e de moradores da residência e número de irmãos da criança ou adolescente, foram utilizados os valores da mediana. Ainda foi investigado se a criança ou adolescente contribuía com a renda familiar, se a residência era alugada/cedida ou própria, e se a mesma possuía internet.

4.3 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados por meio do pacote estatístico Statistical Software for Professional (STATA), em sua versão 12.0.

Para a caracterização da amostra, foram apresentadas tabelas de distribuição de frequências das variáveis estudadas segundo a satisfação corporal dos indivíduos, por meio do teste de Qui-quadrado.

Nas análises bivariadas e multivariada, foi utilizada como medida de associação a Razão de Prevalência (RP), com intervalo de confiança de 95% (IC 95%), calculada com o auxílio da técnica de regressão de Poisson com estimador de variância robusta. Optou-se por tal técnica, em detrimento da regressão logística, por se tratar de um estudo transversal com desfecho comum (usualmente >10%), em que a razão de chances (*odds ratio*) tende a produzir vieses nas medidas de associação analisadas (McNUTT et al., 2003). Desta forma, o ajuste de variáveis potencialmente confundidoras foi realizado com a utilização desta técnica seguindo recomendações propostas por Barros e Hirakata (2003) para análise de dados em estudos de delineamento transversal cujo desfecho pesquisado é frequente.

A análise multivariada foi feita considerando-se as variáveis que apresentaram um valor $p \leq 0,20$ nas análises bivariadas, além da plausibilidade biológica e epidemiológica. Depois de selecionadas, as variáveis entraram uma a uma no modelo de regressão, sendo excluídas aquelas que perdiam sua significância. As diferenças estatísticas foram avaliadas segundo a razão de verossimilhança e pelo teste de Wald. O nível de significância estatística para a definição do modelo final foi de $p \leq 0,05$. A avaliação da qualidade do modelo final foi feita com auxílio do teste da bondade (goodness-of-fit test).

4.4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra final foi constituída de 141 participantes, sendo 51,8% do sexo masculino e 48,2% do sexo feminino. A tabela 1 apresenta as características de estilo de vida de acordo com a satisfação e a insatisfação corporais.

Tabela 1. Características de estilo de vida de acordo com a satisfação quanto à imagem corporal de crianças e adolescentes do Ensino Fundamental I de uma escola pública de Juiz de Fora - MG

Variáveis	Satisfeitos (%)	Insatisfeitos (%)	Total (%)
Sexo			
Masculino	57,9	50,8	51,8
Feminino	42,1	49,2	48,2
Idade			
< 10 anos	47,4	46,7	46,8
≥ 10 anos	52,6	53,3	53,2
Uso de medicamentos			
Não	84,2	82,6	82,9
Sim	15,8	17,4	17,1
Tabagismo			
Não	100,0	100,0	100,0
Sim	0	0	0
Consumo de álcool			
Não	89,5	89,2	89,2
Sim	10,5	10,8	10,8
Prática de atividade física			
Sim	94,7	73,6	76,4
Não	5,3	26,4	23,6
Duração da atividade física			
≥ 30min/dia	100,0	96,1	96,7
< 30 min/dia	0	3,9	3,3
Frequência da atividade física			
≥ 3 vezes/sem	50,0	50,0	50,0
< 3 vezes/sem	50,0	50,0	50,0
Horas/dia TV, computador, videogame			
≤ 2 horas	47,4	35,3	37,0
> 2 horas	52,6	64,7	63,0

Fonte: Dados do estudo.

Em relação à variável dependente, insatisfação corporal, observou-se que 86,5% (122) apresentavam-se insatisfeitos com sua imagem corporal, enquanto apenas 13,5% (19) demonstravam satisfação.

Assim como no presente estudo, outros trabalhos demonstram elevada prevalência de insatisfação corporal entre crianças e adolescentes. Santini e Kirsten (2012) observaram que 73,3% dos adolescentes e 65,4% das crianças participantes de seu estudo apresentavam-se insatisfeitos com sua imagem corporal. Em estudo realizado com adolescentes, observou-se prevalência de 60,4% de insatisfação corporal (PETROSKI; PELEGRINI; GLANER, 2012).

Ainda nesse sentido, Triches e Giugliani (2007) evidenciaram que 63,9% das crianças e adolescentes participantes de seu estudo apresentavam insatisfação corporal, enquanto Freitas (2013) e Finato et al. (2013) observaram prevalências de 58,3% e 71,5% de insatisfação com a imagem, respectivamente.

Côrtes (2012), ao fazer uso da mesma escala utilizada no presente estudo, observou que, entre os adolescentes estudados, 80,2% apresentavam-se insatisfeitos com seus corpos, frequência próxima a encontrada na presente pesquisa.

Ainda quanto à caracterização da amostra, em relação à idade, verificou-se uma média de 10,2 anos ($DP \pm 0,95$), sendo que, destes, 46,8% se encontravam na faixa etária abaixo de dez anos, enquanto 53,2% possuíam dez anos ou mais. A maioria (82,9%) afirmou não fazer uso contínuo de medicamentos e todos afirmaram nunca ter experimentado cigarro. Quanto ao consumo de álcool, 10,8% informaram já haver experimentado algum tipo de bebida.

A prática de atividade física era realizada por 76,4% dos estudantes, enquanto 23,6% eram sedentários. Dentre aqueles que praticavam atividade física, a maior parte, 96,7%, afirmou ser por um tempo superior ou igual a 30 minutos diários. Ainda entre aqueles que possuíam o hábito de praticar atividade física, metade a realizava com uma frequência inferior a três vezes por semana e a outra metade, três ou mais vezes por semana. Quanto ao hábito de assistir televisão, usar o computador e jogar videogame, 37,0% dedicavam duas ou menos horas do dia a estas atividades, enquanto 63,0% dedicavam mais de duas horas.

As características socioeconômicas e demográficas da população estudada estão apresentadas na Tabela 2. Foi possível observar que a maioria dos pais e das mães possuía cônjuge (63,0% e 57,0%, respectivamente). Entre os satisfeitos, a maior parte de seus pais não possuía cônjuge (60,0%), enquanto entre os insatisfeitos, a maior parte dos pais possuía cônjuge (67,1%). Em relação às mães daqueles satisfeitos, a maioria (60,0%) não possuía cônjuge e entre os insatisfeitos, a maioria das mães (59,8%) possuía cônjuge.

Tabela 2. Características socioeconômicas e demográficas de acordo com a satisfação quanto à imagem corporal de crianças e adolescentes do Ensino Fundamental I de uma escola pública de Juiz de Fora - MG

Variáveis	Satisfeitos (%)	Insatisfeitos (%)	Total (%)
Estado civil paterno (n=99)			
Com cônjuge	40,0	67,1	63,0
Sem cônjuge	60,0	32,9	37,0
Estado civil materno (n=107)			
Com cônjuge	40,0	59,8	57,0
Sem cônjuge	60,0	40,2	43,0
Escolaridade paterna (n=100)			
Fundamental incompleto	33,3	40,0	39,0
Fundamental completo	6,7	14,1	13,0
Médio incompleto	13,3	20,0	19,0
Médio completo	33,3	21,2	23,0
Superior incompleto	0,0	2,4	2,0
Superior completo	13,3	2,4	4,0
Escolaridade materna (n=115)			
Fundamental incompleto	18,8	30,3	28,7
Fundamental completo	12,5	14,1	13,9
Médio incompleto	0	26,3	22,6
Médio completo	62,5	24,2	29,6
Superior incompleto	6,3	3,0	3,5
Superior completo	0	2,0	1,7
Trabalho paterno (n=100)			
Emprego formal	35,7	70,9	66,0
Emprego informal	42,9	12,8	17,0
Desempregado	7,1	10,5	10,0
Aposentado/pensionista	14,3	5,8	7,0
Trabalho materno (n=108)			
Emprego formal	52,9	61,5	60,2
Emprego informal	0	18,7	15,7
Desempregada	47,1	17,6	22,2

Continua...

Aposentada/pensionista	0	2,2	1,9
Renda (n=115)			
≤ 1 salário	17,6	11,3	12,3
> 1 e ≤ 2 salários	41,2	46,4	45,6
> 2 salários	41,2	42,3	42,1
Criança/adolescente contribui com a renda (n=105)			
Sim	18,8	25,8	24,8
Não	81,2	74,2	75,2
Tipo de residência (n=116)			
Alugada	17,6	22,2	21,6
Própria	52,9	64,6	62,9
Cedida	29,4	13,1	15,5
Número de cômodos da residência (n=112)			
≤ 6	82,4	64,2	67,0
> 6	17,6	35,8	33,0
Número de moradores da residência (n=110)			
≤ 4	52,9	64,6	62,9
> 4	47,1	35,4	37,1
Número de irmãos da criança/adolescente (n=117)			
≤ 2	47,1	72,0	68,4
>2	52,9	28,0	31,6
Internet em casa (n=105)			
Não	35,7	33,0	33,3
Sim	64,3	67,0	66,7

Fonte: Dados do estudo.

Nota: Os valores de “n” encontram-se diferentes, pois alguns questionários não foram devolvidos ou foram respondidos de forma incompleta pelos responsáveis.

Quanto à escolaridade, 39,0% dos pais possuíam ensino fundamental incompleto, e a maior parte das mães, 29,6%, tinha ensino médio completo. Além disso, a maior parte dos pais e das mães apresentava emprego formal, representando 66,0% e 60,2%, respectivamente. Porém, a maioria dos pais (42,9%) daqueles satisfeitos com a imagem possuía emprego informal.

A maioria das famílias, 45,6%, apresentava renda mensal maior que um salário mínimo e menor que dois e a maior parte das crianças ou adolescentes (75,2%) não colaborava com a renda familiar, mas 24,8% contribuíam com a renda da família de alguma forma. Foi possível observar que, em relação à moradia, a maioria das famílias possuía casa própria (62,9%), sendo que a maior parte dos imóveis (67,0%) continha

até seis cômodos e o número de moradores era, em sua maioria (62,9%), de até quatro pessoas.

Em relação ao número de irmãos, 68,4% do total possuíam dois, um ou nenhum, porém, a maioria dos satisfeitos com a imagem (52,0%) possuía mais de dois irmãos. Quanto à internet, 66,7% possuíam em casa.

No que diz respeito aos dados alimentares, apresentados na Tabela 3, observou-se, através do recordatório de 24 horas, que grande parte realizou menos de cinco refeições no dia anterior (56,6%) e o desjejum (74,3%). Ainda por meio do recordatório, observou-se que a maior parte dos participantes ingeriu quantidade de calorias acima do valor da EER. Porém, observou-se que, entre os satisfeitos, a maioria, 57,9%, estava acima da EER, enquanto entre os insatisfeitos, a maioria, 65,3%, estava abaixo da EER.

Tabela 3. Características alimentares de acordo com a satisfação quanto à imagem corporal de crianças e adolescentes do Ensino Fundamental I de uma escola pública de Juiz de Fora - MG

Variáveis	Satisfeitos (%)	Insatisfeitos (%)	Total (%)
Recordatório de 24 Horas			
Número de refeições			
≥ 5 ref/dia	42,1	43,6	43,4
< 5 ref/dia	57,9	56,4	56,6
Realização do desjejum			
Sim	84,2	72,6	74,3
Não	15,8	27,4	25,7
EER			
Acima	57,9	34,7	62,1
Abaixo	42,1	65,3	37,9
Comportamento Alimentar			
Horário para realizar as refeições			
Sim	68,4	51,2	53,6
Não	31,6	48,8	46,4
Alimentação com intervalo de 3 horas			
Sim	63,2	53,7	55,0
Não	36,8	46,3	45,0
Substituição de refeições por lanches			

Continua...

Não	42,1	42,1	42,1
Sim	57,9	57,9	57,9
Mudança na alimentação aos finais de semana			
Não	21,1	16,5	17,1
Sim	78,9	83,5	82,9
Já fez ou faz dieta			
Não	84,2	75,0	76,3
Sim	15,8	25,0	23,7
Consumo de alimentos <i>light/diet</i>			
Não	83,3	84,9	84,7
Sim	16,7	15,1	15,3
Consumo de alimentos integrais			
Não	73,7	66,7	67,6
Sim	26,3	33,3	32,4
Café da manhã			
Sim	78,9	71,7	72,7
Não	21,1	28,3	27,3
Lanche da manhã			
Sim	57,9	69,4	67,9
Não	42,1	30,6	32,1
Almoço			
Sim	100,0	97,5	97,9
Não	0	2,5	2,1
Lanche da tarde			
Sim	78,9	70,8	71,9
Não	21,1	29,2	28,1
Jantar			
Sim	89,5	85,0	85,6
Não	10,5	15,0	14,4
Ceia			
Sim	21,1	25,8	25,2
Não	78,9	74,2	74,8
Come a alimentação da escola			
Sim	63,2	75,0	73,4
Não	36,8	25,0	26,6
Compra lanche na lanchonete ou leva de casa			
Lanchonete	28,6	39,8	38,3
Casa	50,0	39,8	41,1
Lanchonete e casa	21,4	20,4	20,6
Conhecimento Nutricional			
≥ 10	63,2	63,6	63,6
< 10	36,8	36,4	36,4

Fonte: Dados do estudo.

A partir do questionário alimentar, observou-se que a maior parte, 53,6%, possuía horário para se alimentar e o fazia com intervalos de três horas (55,0%), possuía o costume de substituir refeições por lanches (57,9%) e realizava mudanças na alimentação aos finais de semana (82,9%). A maioria também afirmou nunca ter feito nem estar fazendo dieta (76,3%), não consumir produtos *light* ou *diet* (84,7%) nem alimentos integrais (67,6%).

Ainda a partir do questionário anteriormente citado, percebeu-se que a maior parte dos estudantes possuía o hábito de tomar café da manhã (72,7%), de fazer o lanche da manhã (67,9%), de almoçar (97,9%), de tomar o café da tarde (71,9%) e de jantar (85,6%), mas não possuía o hábito de realizar a ceia (74,8%). A maioria também afirmou consumir a alimentação fornecida pela escola (73,4%) e, em relação àqueles que levavam lanche de casa, observou-se uma frequência de 41,1%. Vale destacar que entre os satisfeitos com a imagem corporal, a maior parte (50,0%) levava lanche de casa e entre os insatisfeitos, 39,8% levavam de casa e 39,8% compravam na lanchonete da escola. Quanto ao questionário de conhecimento nutricional, verificou-se que 63,6% acertaram dez ou mais questões.

A Tabela 4 apresenta as características relacionadas aos dados antropométricos dos participantes. Foi possível observar que, entre aqueles insatisfeitos com a imagem corporal, 27,0% desejavam aumentar seu corpo, enquanto 73,0% desejavam diminuir.

Tabela 4. Características relacionadas aos dados antropométricos de acordo com a satisfação quanto à imagem corporal de crianças e adolescentes do Ensino Fundamental I de uma escola pública de Juiz de Fora - MG

Variáveis	Satisfeitos (%)	Insatisfeitos (%)	Total (%)
Desejo corporal			
Aumentar	0	27,0	23,4
Diminuir	0	73,0	63,1
Manter	100	0	13,5
Estado nutricional			
Magreza acentuada	0	0,8	0,7
Magreza	5,3	0	0,7
Eutrofia	73,7	48,4	51,8
Sobrepeso	21,1	26,2	25,5

Continua...

Obesidade	0	18,9	16,3
Obesidade grave	0	5,7	5,0
Reserva de gordura			
Baixa	0	0,8	0,7
Média	89,5	50,8	56,0
Excessiva	10,5	48,4	43,3
Circunferência da cintura			
< 63,5	52,6	48,4	48,9
≥ 63,5	47,4	51,6	51,1

Fonte: Dados do estudo.

Verificou-se que 0,7% do total de participantes apresentava quadro de magreza acentuada e 0,7% também tinham magreza, 5,0% apresentavam obesidade grave, 16,3% obesidade, 25,5% sobrepeso e, a maioria dos estudantes, 51,8%, eutrofia. Apesar de a maioria apresentar estado nutricional adequado, cabe ressaltar o crescimento alarmante do sobrepeso e da obesidade no Brasil (IBGE, 2010).

Entre os satisfeitos com a imagem corporal, nenhum apresentava quadro de magreza acentuada, obesidade ou obesidade grave, sendo que 5,3% apresentavam magreza, 21,1% sobrepeso e 73,7% eutrofia. Entre os insatisfeitos, nenhum apresentava magreza, 0,8% apresentava magreza acentuada, 5,7% obesidade grave, 18,9% obesidade, 26,2% sobrepeso e 48,4% eutrofia.

Quanto à porcentagem de gordura corporal, foi possível observar que apenas 0,7%, referente a um participante, possuía baixa quantidade deste componente corporal, enquanto 43,3% apresentavam excesso e, a maior parte, 56,0%, quantidade média - ou adequada - de gordura. Vale ressaltar que a grande maioria dos satisfeitos com a imagem, 89,5%, apresentava quantidade adequada de gordura, contra 50,8% daqueles insatisfeitos. Uma porcentagem elevada deste grupo (48,4%) apresentou quantidade excessiva de gordura corporal.

A maioria dos participantes (51,1%) apresentou medidas da circunferência da cintura acima ou iguais a 63,5cm. Entre os insatisfeitos com a imagem corporal, a maior parte (51,6%) também apresentou medidas superiores ou iguais a este valor, enquanto a maior parte dos satisfeitos (52,6%) apresentou medidas inferiores.

A partir das análises bivariadas, observou-se que as variáveis referentes à prática de atividade física, duração da atividade física, escolaridade materna, hábito de realizar o almoço, estado nutricional e porcentagem de gordura corporal obtiveram um

valor de p menor que 0,05. Os resultados das análises bivariadas estão apresentados nas Tabelas 5, 6, 7 e 8.

Quanto às variáveis de hábitos e estilo de vida, aqueles que não praticavam atividade física (RP=1,17, p=0,004) e aqueles cuja atividade física tinha duração inferior a 30 minutos diários (RP=1,20; p=0,000), apresentaram maior prevalência de insatisfação corporal.

Tabela 5. Razão de prevalência e seus intervalos de confiança de 95% para a associação entre as variáveis de estilo de vida e a insatisfação corporal de crianças e adolescentes do Ensino Fundamental I de uma escola pública de Juiz de Fora - MG

Variáveis	%	RP	IC 95%	p valor
Sexo				
Masculino	84,9	1		
Feminino	88,2	1,04	0,91 - 1,18	0,566
Idade				
< 10 anos	86,4	1		
≥ 10 anos	86,7	1,00	0,87 - 1,14	0,958
Uso de medicamentos				
Não	86,2	1		
Sim	87,5	1,02	0,86 - 1,20	0,862
Tabagismo				
Não	86,8	1	-	-
Sim	-	1,00	-	-
Consumo de álcool				
Não	86,3	1		
Sim	86,7	1,01	0,81 - 1,24	0,968
Prática de atividade física				
Sim	83,2	1		
Não	97,0	1,17	1,05 - 1,29	0,004*
Duração da atividade física				
≥ 30min/dia	83,1	1		
< 30 min/dia	100,0	1,20	1,09 - 1,32	0,000*
Frequência da atividade física				
≥ 3 vezes/sem	82,4	1		
< 3 vezes/sem	82,4	1,00	0,83 - 1,20	1,000
Horas/dia TV, computador, videogame				

Continua...

≤ 2 horas	82,4	1		
> 2 horas	88,5	1,07	0,93 - 1,25	0,341

Fonte: Dados do estudo.

Notas: RP: Razão de Prevalência; IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%; * p<0,05.

Quanto às variáveis socioeconômicas e demográficas, os participantes cuja escolaridade materna chegava até ao ensino médio incompleto (RP=1,29; p=0,014) apresentaram maior prevalência de apresentarem-se insatisfeitos com a imagem corporal.

Tabela 6. Razão de prevalência e seus intervalos de confiança de 95% para a associação entre as variáveis socioeconômicas e demográficas e a insatisfação corporal de crianças e adolescentes do Ensino Fundamental I de uma escola pública de Juiz de Fora - MG

Variáveis	%	RP	IC 95%	p valor
Estado civil paterno (n=99)				
Com cônjuge	90,5	1		
Sem cônjuge	75,7	0,84	0,68 - 1,02	0,081
Estado civil materno (n=107)				
Com cônjuge	90,2	1		
Sem cônjuge	80,4	0,89	0,76 - 1,05	0,177
Escolaridade paterna (n=100)				
Médio completo/Superior incompleto ou completo	75,9	1		
Fundamental incompleto ou completo/Médio incompleto	88,7	1,17	0,94 - 1,46	0,167
Escolaridade materna (n=115)				
Médio completo/Superior incompleto ou completo	72,5	1		
Fundamental incompleto ou completo/Médio incompleto	93,3	1,29	1,05 - 1,57	0,014*
Trabalho paterno (n=100)				
Empregado/Aposentado/Pensionista	85,6	1		
Desempregado	90,0	1,05	0,84 - 1,32	0,658
Trabalho materno (n=108)				
Empregada/Aposentada/Pensionista	89,3	1		
Desempregada	66,7	0,75	0,56 - 1,00	0,051
Renda (n=115)				
> 2 salários	85,4	1		
≤ 2 salários	85,1	0,99	0,85 - 1,16	0,959
Criança/adolescente contribui				

Continua...

com a renda (n=105)				
Não	83,5	1		
Sim	88,5	1,06	0,89 - 1,26	0,511
Tipo de residência (n=116)				
Própria	87,7	1		
Alugada ou cedida	81,4	0,92	0,78 - 1,10	0,360
Número de cômodos da residência (n=112)				
≤ 6	81,3	1		
> 6	91,9	1,13	0,98 - 1,31	0,100
Número de moradores da residência (n=110)				
≤ 4	85,3	1		
> 4	83,3	0,98	0,83 - 1,16	0,786
Número de irmãos da criança/adolescente (n=117)				
≤ 2	90,0	1		
>2	75,7	0,83	0,68 - 1,02	0,076
Internet em casa (n=105)				
Não	85,7	1		
Sim	87,1	1,02	0,86 - 1,20	0,843

Fonte: Dados do estudo.

Notas: RP: Razão de Prevalência; IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%; * p<0,05.

Os valores de “n” encontram-se diferentes, pois alguns questionários não foram devolvidos ou foram respondidos de forma incompleta pelos responsáveis.

Em relação aos dados alimentares, o hábito de realizar o almoço apresentou-se relacionado à insatisfação corporal pela análise bivariada, de modo que aqueles que não possuíam o hábito de almoçar (RP=1,16; p=0,000) apresentaram maior prevalência de insatisfação corporal.

Tabela 7. Razão de prevalência e seus intervalos de confiança de 95% para a associação entre as variáveis alimentares e a insatisfação corporal de crianças e adolescentes do Ensino Fundamental I de uma escola pública de Juiz de Fora - MG

Variáveis	%	RP	IC 95%	p valor
Recordatório de 24 Horas				
Número de refeições				
≥ 5 ref/dia	86,4	1		
< 5 ref/dia	85,7	0,99	0,86 - 1,14	0,904
Realização do desjejum				
Sim	84,2	1		

Continua...

Não	91,4	1,09	0,95 - 1,24	0,221
EER				
Acima	79,2	1		
Abaixo	90,8	1,14	0,98 - 1,34	0,083
Questionário Alimentar				
Horário para realizar as refeições				
Sim	82,7	1		
Não	90,8	1,10	0,96 - 1,25	0,158
Alimentação com intervalo de 3 horas				
Sim	84,4	1		
Não	88,9	1,05	0,92 - 1,20	0,437
Substituição de refeições por lanches				
Não	86,4	1		
Sim	86,4	1,00	0,87 - 1,14	0,997
Mudança na alimentação aos finais de semana				
Não	83,3	1		
Sim	87,1	1,04	0,86 - 1,27	0,656
Já fez ou faz dieta				
Não	84,9	1		
Sim	90,9	1,07	0,94 - 1,23	0,321
Consumo de alimentos light/diet				
Não	87,1	1		
Sim	85,7	0,98	0,82 - 1,19	0,871
Consumo de alimentos integrais				
Não	85,1	1		
Sim	88,9	1,04	0,91 - 1,19	0,525
Café da manhã				
Sim	85,1	1		
Não	89,5	1,05	0,92 - 1,20	0,477
Lanche da manhã				
Sim	88,4	1		
Não	82,2	0,93	0,80 - 1,09	0,357
Almoço				
Sim	86,1	1		
Não	100,0	1,16	1,09 - 1,24	0,000*
Lanche da tarde				
Sim	85,0	1		
Não	89,7	1,06	0,92 - 1,21	0,430
Jantar				
Sim	85,7	1		
Não	90,0	1,05	0,89 - 1,24	0,560
Ceia				

Continua...

Sim	88,6	1		
Não	85,6	0,97	0,85 - 1,12	0,700
Come a alimentação da escola				
Sim	88,2	1		
Não	81,1	0,92	0,77 - 1,09	0,334
Compra lanche na lanchonete ou leva de casa				
Casa	84,1	1		
Lanchonete/ Lanchonete e casa	88,9	1,06	0,90 - 1,24	0,486
Conhecimento Nutricional				
≥ 10	86,5	1		
< 10	86,3	1	0,87 - 1,14	0,968

Fonte: Dados do estudo.

Notas: RP: Razão de Prevalência; IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%; * p<0,05.

No que se refere às variáveis antropométricas, aqueles que não apresentavam-se eutróficos (RP=1,15; p=0,041) e aqueles que possuíam porcentagem de gordura corporal inadequada (RP=1,23; p=0,001) apresentaram maior prevalência de insatisfação com a imagem corporal.

Tabela 8. Razão de prevalência e seus intervalos de confiança de 95% para a associação entre as variáveis antropométricas e a insatisfação corporal de crianças e adolescentes do Ensino Fundamental I de uma escola pública de Juiz de Fora - MG

Variáveis	%	RP	IC 95%	p valor
Estado nutricional				
Eutrófico	80,8	1		
Não eutrófico	92,6	1,15	1,01 - 1,31	0,041*
Gordura corporal				
Adequada	78,5	1		
Inadequada	96,8	1,23	1,09 - 1,40	0,001*
Circunferência da cintura				
< 63,5	85,5	1		
≥ 63,5	87,5	1,02	0,90 - 1,17	0,730

Fonte: Dados do estudo.

Notas: RP: Razão de Prevalência; IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%; * p<0,05.

A partir da análise multivariada, observou-se que as variáveis que tiveram associação independente com a insatisfação corporal foram porcentagem de gordura corporal ($p=0,001$), duração da atividade física ($p=0,011$), escolaridade materna ($p=0,008$) e trabalho materno ($p=0,019$), ajustadas por sexo e idade, obtendo-se, assim, o modelo final, como mostra a Tabela 9.

A relação entre atividade física e insatisfação corporal é pouco explorada na literatura. Em estudo realizado com adolescentes, não se observou relação entre satisfação corporal e nível de atividade física (ADAMI et al., 2008). Por outro lado, Furnham et al. (2002) observaram que adolescentes do sexo feminino que se exercitavam com a intenção de controlar seu peso, atratividade e tônus muscular, possuíam maiores níveis de insatisfação corporal.

Tabela 9. Modelo final de regressão de Poisson tendo a insatisfação corporal de crianças e adolescentes do Ensino Fundamental I de uma escola pública de Juiz de Fora - MG como variável resposta

Variáveis	RP	IC 95%	p valor
Gordura corporal (inadequada)	1,42	1,14 - 1,76	0,001
Duração da atividade física (<30 min./dia)	1,41	1,08 - 1,83	0,011
Escolaridade materna (menor)	1,46	1,10 - 1,92	0,008
Trabalho materno (desempregada)	0,50	0,28 - 0,89	0,019

Fonte: Dados do estudo.

Notas: RP: Razão de Prevalência; IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%; * $p<0,05$.

O modelo final foi ajustado também pelo sexo e idade dos estudantes.

Schubert et al. (2013), ao buscarem os fatores associados à imagem corporal de crianças e adolescentes praticantes de esportes, observaram que a mesma estava associada à força de resistência abdominal e aptidão cardiorrespiratória, de modo que a razão de chances para os participantes que não atingiram os valores esperados para os critérios de saúde na força de resistência abdominal e na aptidão cardiorrespiratória de

apresentarem insatisfação com a imagem corporal foi de 2,14 e 2,42 vezes, respectivamente.

McCabe e Ricciardelli (2004a) evidenciaram que a dependência de atividade física é uma consequência da insatisfação corporal, servindo de estratégia para a obtenção do ideal de beleza entre adolescentes do sexo feminino. Porém, entre o sexo masculino, não se observa tal relação, apenas especula-se que a insatisfação corporal possa ser uma variável mediadora entre prática esportiva e uso de esteroides anabólicos.

No presente estudo, também foi possível observar que os participantes cujas mães possuíam menor escolaridade apresentavam-se mais insatisfeitos quanto à imagem corporal. Em estudo realizado por Marques, Legal e Höfelmann (2012) observou-se que adolescentes cujas mães tinham menos de nove anos de estudo exibiram prevalência 21% maior de apontarem imagem corporal desejada diferente da atual. Nesse sentido, Toni et al. (2012), em pesquisa realizada com escolares, observaram que os filhos de mães com ensino médio ou ensino superior apresentaram 30,6% menos chances de serem insatisfeitos com sua imagem corporal.

Nesse contexto, é importante destacar outros papéis vinculados à escolaridade materna. Entre eles, observa-se sua atuação como fator de proteção contra mortalidade infantil, baixo peso ao nascer e hábitos inadequados de estilo de vida, à medida que influencia o desenvolvimento saudável do jovem, a extensão de vocabulário, os escores de inteligência e o estilo de vida saudável (HAIDAR; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2001; ANDRADE et al., 2005).

Além disso, a escolaridade materna está relacionada a comportamentos relativos à saúde, possuindo também impacto sobre o desenvolvimento de crianças e adolescentes por meio de fatores como expectativas e práticas parentais, e organização do ambiente (ANDRADE et al., 2005).

Outra variável que permaneceu associada de forma independente com a insatisfação corporal foi o trabalho da mãe (RP=0,5; p=0,019), de modo que o fato de a mãe estar desempregada está relacionado com uma menor prevalência de insatisfação corporal, comportando-se como um fator de proteção. Não foram encontrados resultados semelhantes em estudos sobre fatores associados à insatisfação corporal.

Uma explicação meramente especulativa para este resultado pode ser a de que como mães desempregadas não possuem renda, repercutindo em diminuição da renda familiar como um todo, demonstram outras preocupações que não aquelas com a imagem corporal. Além disso, o acesso a meios de divulgação da imagem pode estar diminuído entre aquelas cuja renda é menor.

Para as variáveis antropométricas, observou-se que a porcentagem de gordura corporal (RP=1,42; p=0,001) associou-se de forma independente com a insatisfação com a imagem. Desta forma, estudantes com quantidade de gordura corporal inadequada estavam mais insatisfeitos com a imagem corporal. Estudo realizado por Martins et al. (2010) também verificou associação entre a imagem corporal e a adiposidade corporal, de modo que uma maior porcentagem de gordura corporal relacionou-se à maior insatisfação com a imagem.

Corseuil et al. (2009) observaram que adolescentes do sexo feminino cuja porcentagem de gordura corporal apresentava-se inadequada apresentaram 3,76 mais chance de insatisfação corporal. Graup et al. (2008) verificaram que a porcentagem de gordura corporal estava relacionada à percepção da imagem corporal entre escolares, enquanto Glaner et al. (2013) observaram que adolescentes do sexo feminino com elevada adiposidade corporal apresentaram 1,95 vezes mais chance de insatisfação corporal.

É interessante ressaltar que, quanto às variáveis relacionadas aos dados alimentares, observou-se, por meio da análise bivariada, que apenas aquela referente ao hábito de realizar o almoço possuía associação com a insatisfação corporal (RP=1,16; p=0,000), contudo a mesma não permaneceu associada de forma independente no modelo final. Em contrapartida, o trabalho materno não se associou à insatisfação corporal na análise bivariada, mas, quando no modelo, apresentou associação independente com a insatisfação corporal.

Em anexo são apresentados um segundo modelo de regressão obtido no estudo e o modelo final não ajustado pelo sexo e idade (ANEXO I).

5. METODOLOGIA QUALITATIVA

Segundo Flick (2009a), a literatura apresenta alguns meios de se vincular as pesquisas qualitativa e quantitativa. Se, inicialmente, acreditava-se que o desenvolvimento da primeira se deu como forma de crítica à segunda, atualmente entende-se que as duas formas são formas de pesquisa, com suas vantagens e desvantagens. Desta forma, um mesmo estudo pode incluir as duas abordagens, sem se preocupar em considerar uma delas como superior à outra ou como sendo a verdadeira abordagem da pesquisa.

5.1 AMOSTRA E SUJEITOS

O número de participantes nesta etapa levou em consideração a amostragem utilizada em pesquisas qualitativas, em que a parcela selecionada é composta pelos sujeitos envolvidos no grupo de interesse da pesquisa (TURATO, 2003), neste caso, os alunos insatisfeitos com sua imagem corporal e que apresentavam diagnóstico nutricional adequado. Assim, de um total de 54 alunos que obedeciam aos critérios, foram sorteados 27 (metade do total), totalizando seis alunos do sexo masculino e 21 do sexo feminino.

Vale ressaltar que, inicialmente, a entrevista semiestruturada foi cogitada como melhor opção dentro do método qualitativo, mas ao realizar-se um teste preliminar, não foram obtidos resultados satisfatórios. Assim, mediante consulta à coordenadora pedagógica da escola em questão, e através de leitura sistemática a respeito das técnicas em pesquisa qualitativa, optou-se por utilizar o grupo focal (GF), cuja uma das vantagens é a obtenção de dados originários de crianças (STEWART; SHAMDASANI, 1990).

Como a maioria dos grupos focais é constituída por seis a doze pessoas, para não se correr o risco de nem todos terem oportunidade suficiente de participação ativa

(STEWART; SHAMDASANI, 1990), decidiu-se realizar dois grupos focais diferentes, um composto por treze estudantes e outro por quatorze.

Foi realizado novo sorteio para definirem-se os grupos, sendo que os participantes do sexo masculino, que estavam em pequeno número, foram sorteados separadamente, de modo que houvesse o mesmo número destes em cada grupo.

No dia anterior à realização dos grupos, foi solicitado aos alunos que não faltassem à aula na manhã seguinte, mas quatro alunas não compareceram, sendo duas de cada grupo. Assim, o Grupo 1 foi constituído por onze estudantes (três do sexo masculino e oito do sexo feminino), enquanto o Grupo 2 contou com doze participantes (três do sexo masculino e nove do sexo feminino).

A figura 3 demonstra como se deu o processo de amostragem, tanto para a metodologia quantitativa quanto para a qualitativa.

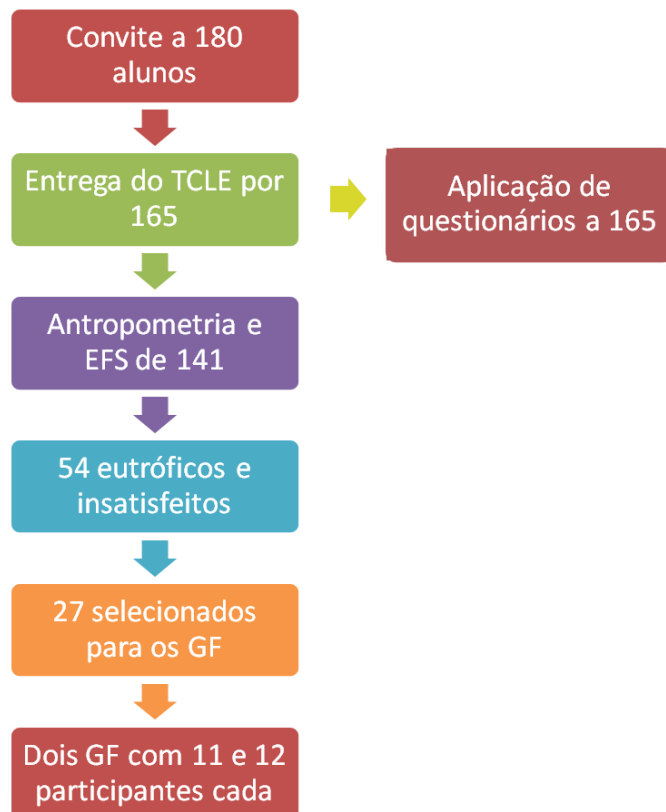


Figura 3. Processo de amostragem.

5.2 COLETA DE DADOS

De forma a enriquecer os resultados obtidos a partir dos dados quantitativos, optou-se por utilizar um dos métodos da pesquisa qualitativa, neste caso, o grupo focal, visando abordar as perspectivas dos participantes quanto à insatisfação e imagem corporais.

Para seu desenvolvimento, tomaram-se como referência duas publicações da autora Uwe Flick: “Introdução à Pesquisa Qualitativa” (FLICK, 2009a) e “Desenho da Pesquisa Qualitativa” (FLICK, 2009b). A partir da leitura de ambos, foi possível traçar a maneira como seriam realizados os grupos, bem como a maneira pela qual se daria a análise dos dados oriundos do método.

Os grupos focais são indicados quando se deseja estudar a interação em um grupo quanto a um tema específico, neste caso, a insatisfação corporal, inclusive tópicos delicados, não sendo recomendado seu uso em estudos cujo objetivo seja evocar narrativas e avaliar atitudes (BARBOUR, 2007 apud FLICK, 2009).

De acordo com Flick (2009a), “os grupos focais partem de uma perspectiva interacionista e buscam mostrar como uma questão é construída e alterada ao ser debatida em uma discussão de grupo”.

Se inicialmente o termo “discussões em grupo” predominava nos primeiros estudos cuja coleta de dados se dava de forma interativa, mais recentemente o método passou a ser designado como “grupo focal” (FLICK, 2009a). Para Morgan (1988), citado por Flick (2009a), “a marca que define os grupos focais é o uso explícito da interação do grupo para a produção de dados e *insights* que seriam menos acessíveis sem a interação verificada em um grupo.”.

Nas últimas décadas, os grupos focais vêm ganhando mais destaque, sendo utilizados tanto para questões de pesquisa, quanto para propósitos mais pragmáticos, como em *marketing*, por exemplo. Quanto às questões de pesquisa, o uso dos grupos focais é pertinente quando se deseja observar a interação de um determinado número de pessoas em relação a uma questão. Esta metodologia possibilita ao pesquisador decidir o que quer encontrar, na medida em que os grupos focais incluem várias

alternativas de uso, segundo trabalhos metodológicos a respeito deste método (FLICK, 2009b).

Tradicionalmente, a combinação entre vários métodos qualitativos é chamada de triangulação. Porém, este termo também se refere à combinação destes métodos com os quantitativos, de forma que um complemente o outro, evidenciando-se que os mesmos não são campos rivais, mas complementares, que operam lado a lado, não havendo relação de superioridade entre eles, sejam utilizados simultaneamente ou um após o outro (FLICK, 2009a).

Dentre as limitações do método dos grupos focais, destacam-se a maneira de se documentar os dados e identificar, ao mesmo tempo, os interlocutores; e a diferenciação entre os enunciados de diversos interlocutores paralelos (FLICK, 2009a). Outra dificuldade é a generalização externa dos resultados, que dependerá, principalmente, da diversidade dos grupos (FLICK, 2009b).

A execução dos grupos se deu em momentos próximos, em uma sala disponibilizada pelo colégio. A decisão de utilizar um espaço da própria escola, e aproveitar o horário de aula, justifica-se pelo fato de que alguns alunos não possuíam meios para retornar ao colégio em outro horário, além de tratar-se de um local familiar aos mesmos.

Como essa metodologia proporciona uma interação entre o pesquisador e os participantes, através de um diálogo focado em tópicos específicos e diretivos (IERVOLINO; PELICIONI, 2001), a relação entre a pesquisadora e os estudantes foi favorecida, pois estes se sentiram mais à vontade enquanto grupo.

Na data marcada, a pesquisadora compareceu ao colégio anteriormente ao horário de início dos grupos, para que fosse possível conferir o número de alunos presentes e organizar a sala onde se dariam as atividades. Como o local disponível era amplo, em uma metade foram dispostas cadeiras em número suficiente, de forma que os alunos ficassem em círculo. Na outra metade, foi deixado um espaço para que os alunos pudessem ficar em pé, possibilitando a realização das dinâmicas de grupo anteriores à realização dos grupos focais propriamente ditos.

Cada grupo focal contou com a presença de uma assistente, encarregadas de fazer anotações a respeito das falas e reações dos participantes. Ambas foram

selecionadas por serem integrantes do projeto *Impacto das Ações de Educação Nutricional na Construção de Hábitos Alimentares Saudáveis em Adolescentes*, ao qual esta pesquisa está vinculada, sendo, portanto, conhecidas dos estudantes.

Antes do início das atividades, a pesquisadora se (re)apresentou e questionou se os alunos se lembravam dela, sendo que a maioria respondeu que sim. Ao se remeter à escala de silhuetas por ela aplicada, todos acabaram se lembrando. Além disso, a pesquisadora esteve com eles em outras oportunidades, devido ao projeto supracitado.

A seguir, foi explicado que seriam realizadas algumas atividades e que tudo deveria ser sigiloso, tanto da parte da pesquisadora quanto da deles. Também foi dito que a conversa seria gravada, mas não filmada, sendo mostrado o gravador digital a ser utilizado. Cada participante recebeu um crachá com seu nome, para facilitar as anotações da pesquisadora e das assistentes e a posterior transcrição dos dados.

Para entrosar os alunos, já que alguns eram de classes diferentes, e para familiarizá-los com a temática, a pesquisadora desenvolveu, previamente, duas dinâmicas de grupo. A primeira, intitulada *Seu eu em mim, meu eu em você*, deu-se a partir da formação de um círculo, com os participantes em pé. O primeiro participante deveria olhar para o colega da esquerda e dizer qual parte do corpo deste colega gostaria que fosse sua e qual parte era parecida com uma parte do seu próprio corpo. A atividade terminava quando todos haviam se manifestado.

Para a segunda dinâmica, intitulada *Tipos de corpos*, foi desenvolvida uma lista contendo os seguintes componentes do corpo: cabelo, olhos, nariz, boca, orelhas, braços, seios, barriga, quadril ou bumbum, pernas, pés e pele. Os participantes foram orientados a dizer os tipos existentes de cada parte do corpo (formato, tamanho, cor etc) à medida que a pesquisadora verbalizava cada uma delas.

Após as dinâmicas, os alunos foram convidados a sentar-se no círculo de cadeiras. Houve uma explicação de que aquele momento seria uma conversa, um bate papo, e que todos deveriam se manifestar, expressando suas opiniões. Foi enfatizado que, por se tratarem de opiniões, não haveria certo ou errado.

Para conduzir os grupos focais de forma adequada, foi elaborado um roteiro com tópicos pertinentes, mediante leitura a respeito da temática da insatisfação corporal.

Um dos fatores importantes a serem considerados ao se trabalhar com grupos focais é produzir certa informalidade na discussão. O moderador deve proporcionar um clima liberal, facilitando a contribuição dos participantes, sem, no entanto, permitir que eles se dispersem (PUTCHA; POTTER, 2004 *apud* FLICK, 2009a).

Desta forma, procurou-se utilizar uma linguagem coloquial próxima a dos participantes, para que eles se sentissem mais à vontade e para facilitar a compreensão por parte dos mesmos. Quando necessário, foram feitas algumas perguntas para esclarecer melhor o que o participante estava tentando dizer.

O roteiro continha os seguintes tópicos:

1. Insatisfação Corporal – conceito;
2. Mudanças Corporais – pessoas que as realizam; própria vontade em realizar; tipos e meios de realizá-las;
3. Corpo Ideal – como é, quem possui e onde encontramos;
4. O Próprio Corpo – comportamento quanto a ele.

O primeiro tópico tinha como objetivo verificar o que os participantes entendiam por insatisfação corporal, enquanto o segundo objetivava abordar suas impressões a respeito das pessoas que fazem mudanças em seus corpos por não estarem satisfeitas com eles, além da vontade dos próprios participantes em realizá-las e das maneiras existentes para fazê-las.

A abordagem do terceiro tópico visava observar o que os estudantes julgavam ser um corpo ideal, por meio de descrições feitas por eles e também por meio de exemplos. Por fim, o último tópico objetivou verificar o comportamento e impressões dos participantes quanto ao próprio corpo.

Ao fim da realização de cada grupo, a pesquisadora agradeceu a participação de todos e questionou se algum participante gostaria de tecer algum comentário, mas nenhum demonstrou essa vontade. As transcrições foram realizadas na mesma data da execução dos grupos, o que facilitou a compreensão de alguma informação não capturada pelas gravações ou pelas assistentes.

5.3 ANÁLISE DOS DADOS

Para realizar a análise de dados provenientes dos grupos focais, pode-se utilizar os conteúdos provenientes das discussões ou realizar codificações sistemáticas e análises de conteúdo das falas (FLICK, 2009a).

Como foram realizados dois grupos focais, a análise de conteúdo e as codificações não se fizeram pertinentes, optando-se por utilizar diretamente os conteúdos originados através das discussões em grupo. Desta forma, foram realizadas leituras sistemáticas dos dados obtidos, destacando-se considerações feitas pelos participantes dentro dos tópicos abordados.

Por terem sido realizados dois grupos focais diferentes, foi possível tecer algumas observações de forma comparativa entre eles. De acordo com Flick (2009a), se o pesquisador objetiva realizar comparações entre grupos, o ideal é que considere cada grupo isolado como uma unidade, concentrando a comparação nos tópicos mencionados pelos grupos, nas atitudes variadas dos membros quanto a tais tópicos e nos resultados das discussões em si obtidas em cada grupo.

5.4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.4.1 Dinâmicas de grupo

Na primeira dinâmica de grupo, “*Seu eu em mim, meu eu em você*”, tanto os participantes do Grupo 1 quanto os do Grupo 2 afirmaram, em sua maioria, que gostariam de ter o cabelo ou os olhos do colega, quando questionados sobre esse desejo. Ao terem que dizer o que o colega possuía que se parecia com si próprio, muitos disseram não encontrar nenhuma semelhança em um primeiro momento, mas acabaram por ver alguma, devido ao encorajamento da pesquisadora: “*Ah, não é*

possível, olhe bem, alguma coisa deve ser parecida.” As partes escolhidas também foram, na maioria das vezes, em ambos os grupos, cabelo e olhos. Outras respostas foram cor da pele, sobrancelhas, cílios, nariz, orelhas, unhas, boca e pé. Um dos alunos disse que gostaria de ter a língua igual à da colega, despertando a curiosidade de todos. Ele se justificou dizendo que era porque a colega *“tinha resposta para tudo”*.

O Quadro 1 contém o resultado obtido através da segunda dinâmica, *“Partes do corpo”*, em que é possível perceber as diferentes características citadas pelos participantes quanto às partes do corpo apontadas pela pesquisadora.

PARTE DO CORPO	GRUPO 1	GRUPO 2
Cabelo	Curto, liso, duro, cacheado, loiro, preto, azul, rosa.	Grande, pequeno, liso, cacheado, ondulado, castanho, preto, vermelho, loiro, azul, branco.
Olhos	Azuis, verdes, pretos, pequenos, japonesinho, arregalados, grandes.	Azuis, pretos, verdes, marrons, amarelados, gigantes, pequenos.
Nariz	Pontudo, enorme, grosso, de bruxa.	Grande, pequeno, fino, amassado.
Boca	Rosa, grandona, carnuda, seca, descascada, pequena, beijo grande.	Grande, pequena, bonita, lábios finos ou grossos, preta, roxa (quando sai da água), vermelha.
Orelhas	Grandes, pequenas, enormes, largas, cheias de craca, pontudas.	Pequenas, orelhão, caídas.
Braços	Grandes, pequenos, finos, grossos, musculosos.	Fortes, finos, osso puro, musculosos.
Seios (mulheres)	Macios, murchos, gigantes, duros quando tem silicone.	Grandes, pequenos, caídos, murchos, com silicone, tipo melancia.

Continua...

Peito (homem)	Forte, pequeno, duro, peludo.	Pequeno, reto, peludo, musculoso.
Barriga	Grande, gorda, pequena, magrinha, aparecendo os ossos, sarada, tanquinho, enorme e dura quando é de grávida.	Magra, gorda, seca, cheinha, sarada.
Quadril/bumbum	Duro, mole, grande, pequeno, caído, sem bunda, murcho, durinho.	Grande, redondo, achatado, empinado, reto, sem bunda.
Pernas	Grandes, gordas, pequenas, roxas pelo frio, duras.	Grossas, finas, duras, com celulite.
Pés	Pequenos, grandes, achatados, com chulé.	Com os dedos tortos, calcanhar ressecado, pequenininhos, pezão.
Pele	Branca, morena, preta, branquela, macia, áspera, oleosa.	Branca, amarelada, azul – quando a pessoa muito é preta, macia, dura.

Quadro 1. Dinâmica “*Partes do corpo*”.

Fonte: Dados do estudo.

5.4.2 Grupos focais

De acordo com Santos (1999, p.202),

Os discursos sobre o corpo nos falam de promessas, falam de nós. No entanto, mais do que falar, mais do que descrever como somos, eles nos produzem, nos instituem como sujeitos deste tempo.

Antes de tratarmos dos resultados obtidos durante a execução dos grupos focais, é importante observar que o segundo grupo apresentou-se mais disperso durante as atividades quando comparado ao primeiro. Talvez isto tenha se dado pelo fato de o

segundo grupo focal ter sido realizado após o intervalo da escola, havendo maior agitação entre os alunos. As falas provenientes das discussões foram referenciadas com as letras “M” ou “F” seguidas de um número, remetendo-se aos participantes do sexo masculino e feminino, respectivamente.

Quanto ao primeiro tópico do roteiro, *Insatisfação Corporal*, não houve uma discussão muito intensa, visto que ambos os grupos consideraram que o termo refere-se àquela pessoa que não está satisfeita ou que não gosta de seu próprio corpo, ou, ainda, de alguma parte específica dele. A insatisfação seria o contrário da satisfação. Uma integrante do Grupo 1 (G1) afirmou:

É o que a minha mãe sente, porque não tá satisfeita com o corpo dela e vive reclamando. (F.1, 8 anos)

Já uma integrante do Grupo 2 (G2) considerou:

É quando tá de TPM (tensão pré-menstrual). (F.2, 11 anos)

Na primeira fala, podemos observar que a referência de insatisfação corporal que a aluna possui é a de um membro da família, no caso, a própria mãe. Ao tomarmos a família como um dos fatores de influência sobre a imagem corporal de crianças e adolescentes (CONTI et al., 2010), devemos considerar que esta mãe, provavelmente, está influenciando a imagem da filha ao demonstrar sua concepção de corpo e seu descontentamento corporal.

Em relação ao segundo tópico *Mudanças Corporais*, foi possível observar tanto a concordância como a discordância com as mudanças corporais realizadas por algumas pessoas, em ambos os grupos.

Entre os integrantes do G1, podemos destacar:

Eu acho bom! A pessoa vai se sentir melhor. Se ela não gostar de como ela é, se ela mudar, ela vai gostar, porque vai ficar do jeito que ela quer. (F.3, 11 anos)

Eu acho que eu não gostaria de fazer isso, porque a pessoa... Deus criou a pessoa assim, e ela quer mudar o corpo dela? Ela foi feita assim, ela tem que gostar do corpo dela do jeito que ela é! (F.4, 10 anos)

Já no G2, um dos integrantes afirmou:

Eu acho certo, tem que mudar tudo mesmo! Se não tá feliz, tem que mudar! (F.5, 10 anos)

Enquanto outros discordaram:

Eu acho errado, porque eu acho que se a gente nasceu assim, tem que ficar assim, ué... Não tem que mudar. (F.2, 11 anos)

Eu acho errado. Deus fez a gente assim, não precisa mudar. A gente tem que ser do jeito que a gente é. (M.1, 10 anos)

Interessante notar que aqueles que concordavam em realizar mudanças corporais, utilizaram a referência ao bem estar, à felicidade. Já alguns daqueles que discordavam de tais mudanças, utilizaram-se da justificativa da obediência e conformação mediante a criação divina, o que nos remete ao corpo como algo sagrado.

Quando questionados a respeito da vontade de realizar alguma mudança no próprio corpo, no presente ou no futuro, foi possível observar que a grande maioria, nos dois grupos, gostaria de realizar uma ou mais mudanças. Entre os integrantes do G1, foram expostas as vontades de mudança na altura – ser mais baixo ou mais alto, de ter um cabelo diferente, de afinar ou diminuir o nariz, de retardar o envelhecimento, de retirar alguma cicatriz e, em grande parte, de emagrecer.

Entre os componentes do G2, observou-se o desejo de mudança da cor dos olhos, de aumentar a boca, mudar o cabelo, diminuir a barriga e o nariz. Duas participantes, uma com a pele branca e outra com a pele negra, respectivamente, manifestaram a vontade de alterar sua cor:

Eu queria mudar a cor da minha pele. Eu queria ser mais branca. (F.6, 9 anos)

E eu queria ser mais clara, porque eu sou muito preta. (F.5, 10 anos)

Duas outras disseram querer mudar o corpo todo:

Eu queria mudar tudo, eu não gosto de mim. (F.7, 10 anos)

Eu quero mudar o corpo inteiro, só o olho que não. (F.8, 8 anos)

Em estudo desenvolvido com adolescentes por Braga, Molina e Figueiredo (2010), observou-se que, apesar de alguns dizerem estar contentes com seus corpos, outros manifestaram o desejo de realizar alterações nos mesmos, tais como aumento de massa muscular, maior definição dos músculos e diminuição de algumas partes do corpo, como barriga e coxas. Foi demonstrado também o desejo de emagrecer, pois alguns se consideravam gordos, além da vontade de possuir cabelos lisos.

Quanto ao desejo das participantes em possuir uma pele mais clara, devemos considerar o padrão de beleza atual, com a exposição de figuras de mulheres loiras e claras, mas também temos que considerar o histórico de preconceito racial em nosso país e no mundo. De acordo com Carvalho (2008) o racismo fenotípico intenso é algo que caracteriza a nossa era, em todo o planeta. Os indivíduos que denominamos como caucasianos, ou seja, com pele e olhos claros, cabelos lisos e narizes finos definiram um padrão de valor e beleza para toda a humanidade, e o impuseram a todo o resto do mundo.

Diante das afirmações quanto ao desejo de mudanças corporais, foi questionado aos participantes se alguém já havia lhes dito que precisavam realizar alguma. Muitos responderam afirmativamente, evidenciando que algum familiar havia sugerido a mudança, especialmente o pai – ou padrasto – e a mãe, como podemos observar nas seguintes falas provenientes do primeiro grupo:

Ih, meu padrasto fala muito na minha cabeça, pra eu mudar meu cabelo. Nossa, tenho vontade de dar um soco no meio da cara dele (risos). (F.3, 11 anos)

Minha cabeça... Minha mãe diz que eu sou muito cabeçudo (risos). (M.2, 9 anos)

Meu pai fala que eu tenho que emagrecer. (F.9, 9 anos)

Minha mãe fala: para de comer que sua barriga tá crescendo! (F.3, 11 anos)

Minha mãe fala a mesma coisa (parar de comer), mas eu falo para ela que eu tô em fase de crescimento, por isso estou comendo bastante. (M.3, 11 anos)

Ainda nesse sentido, podemos observar a mesma influência familiar nas mudanças corporais entre os membros do segundo grupo:

Minha mãe fala que eu preciso diminuir minha barriga. Fala que eu tô muito gorda. (F.10, 11 anos)

Meu cabelo era cacheado, mas minha mãe mudou meu cabelo, alisou ele. Mas eu não queria... É melhor cabelo cacheado, porque aí você pode fazer piastra (chapinha) e depois você pode molhar que volta ao normal. (F.11, 9 anos)

As falas acima vêm de encontro, novamente, ao fato de que a família é um dos principais fatores de influência sobre a imagem corporal de crianças e adolescentes (CONTI et al., 2010). Ainda que a criança ou o adolescente não deseje realizar alguma mudança, como observado na última fala, por vezes a vontade do familiar prevalece.

Ainda dentro do segundo tópico, *Mudanças Corporais*, os dois grupos citaram maneiras semelhantes de se alterar o corpo, como a alimentação saudável, o uso de medicamentos, as cirurgias plásticas – abrangendo implantes de silicone e lipoaspiração, além da cirurgia de redução de estômago. Também foram citadas as dietas, ou regimes, como alguns denominaram, e a prática de atividade física.

Quando questionados quanto à prática de atividade física, nem todos afirmaram realizar alguma, sendo que os integrantes do G1 disseram jogar bola, andar de bicicleta, fazer natação, jogar futebol e brincar. Os alunos do G2 afirmaram, além das atividades citadas pelo G1, andar de skate, de patins e lutar karatê.

Quanto às dietas, apenas uma integrante do G1 afirmou estar fazendo uso de alguma. Trata-se da mesma aluna cuja mãe diz que ela precisa emagrecer e diminuir a barriga. Tal aluna disse “estar de dieta” porque está tentando ficar magra. Afirmou, ainda, que foi a própria mãe quem “passou a dieta”. Diante disso, uma outra integrante

alertou que ela não devia adotar tal prática, pois seu corpo ainda iria mudar de acordo com a idade, querendo dizer que a colega ainda era muito nova para se preocupar com isso.

Quando questionados a respeito dos motivos que levam as pessoas a fazerem dietas e atividade física, a maioria se referiu à preocupação em ter um corpo bonito ou em ficar magro. Apenas um integrante, entre os dois grupos, se referiu à busca da saúde como motivo. Neste ponto, é importante frisar a importância da prática de atividade física, visto que alguns participantes disseram não praticar nenhuma, e da adoção de uma alimentação saudável, ao invés do ato de “fazer dieta”, ambas com o intuito de promover a saúde, e não apenas de se alcançar a beleza.

Para que fosse abordado o terceiro tópico, *Corpo Ideal*, foi solicitado que os participantes fechassem os olhos e imaginassem este tipo de corpo, um corpo que julgassem ser belo. Todos os alunos, sem exceção, afirmaram ter imaginado um corpo feminino, inclusive os meninos. É importante ressaltar que todos quiseram falar como foi o corpo imaginado.

A maioria dos componentes do G1 disse ter imaginado uma pessoa alta, magra, com olhos azuis ou verdes, cabelos loiros, lisos e longos, seios e quadris (bumbum) grandes, além de pele branca. Interessante notar a consideração de uma aluna, cuja pele é negra, feita com entusiasmo:

Nossa, a pessoa que eu imaginei é magra, alta, cabelo lá no chão, liso, branquela – muito, muito, muito branquela – loira, loirinha da silva! Tem o olho azulzinho, azulzinho... (F.3, 11 anos)

A maioria dos integrantes do G2 apontou as mesmas características descritas pelo primeiro grupo, mas alguns também afirmaram ter imaginado uma pessoa com cabelos negros e/ou cacheados. Uma das alunas afirmou ter imaginado uma pessoa igual à pesquisadora, enquanto outra participante disse ter imaginado uma pessoa igual à assistente.

No estudo realizado por Braga, Molina e Figueiredo (2010), as características referidas pelos adolescentes como sendo de um corpo belo, foram ser magro, definido,

estilo violão, que não seja gordo nem muito magro, com cintura e peito, o que vem de encontro aos resultados obtidos pela presente pesquisa.

A seguir, um comentário importante a ser destacado, feito por um do integrantes do G2:

Ah, todo mundo imaginou mais ou menos igual. Até porque ninguém vai achar gordo bonito, né (risos)? (M.4, 9 anos)

Diante de tal afirmação, a pesquisadora questionou o motivo de o aluno pensar dessa forma, mas o mesmo apenas sorriu, enquanto uma colega se manifestou:

Porque o corpo tem que ser esbelto, pra conseguir... Ah, sei lá... é mais fácil conseguir as coisas quando é magro. (F.5, 10 anos)

Minha mãe falou que as pessoas têm que ter corpo de violão, assim (desenhou no ar um formato de violão, fazendo referência a uma cintura fina e um quadril largo). (F.6, 9 anos)

É possível verificar que os participantes associam o corpo perfeito ao sucesso e às realizações, ou seja, quem possui um corpo belo possui mais chances de se realizar e alcançar o que deseja, ou seja, o indivíduo é inserido socialmente, como cita Tavares (2003). Esta característica, já apresentada na infância e adolescência, provavelmente será mantida na vida adulta.

Ainda nesse contexto, um dos participantes teceu um comentário a respeito dos defeitos das pessoas. Nesse caso, o defeito seria a não adequação ao corpo ideal:

Todo mundo fala que o que importa não é o defeito, mas todo mundo olha o defeito. (M.1, 10 anos)

Considerando a beleza como a ausência de tais defeitos, uma colega afirmou, em tom de preocupação:

É, mas todas as meninas que são muito bonitas estão sendo estupradas... Sabe, professora, tinha uma mulher muito, muito bonita, aí ela foi estuprada e acharam só osso. (F.5, 10 anos)

Esta última fala mostra um lado até então não abordado em relação à beleza, que seria vinculá-la a acontecimentos ruins. Até aqui, todos os participantes haviam vinculado a beleza e a boa forma a coisas boas.

Ainda dentro do tópico *Corpo Ideal*, foi solicitado aos alunos que exemplificassem pessoas que possuíam os tipos de corpos que eles imaginaram. Entre os componentes do G1, a maioria dos exemplos se tratava de pessoas famosas, em evidência na mídia, especialmente na TV: Ellen Ganzarolli (assistente de palco de um programa de TV), Lola Melnick (dançarina e apresentadora), Patrícia Abravanel (apresentadora), Carol Dias e Nicole Bahls (modelos e assistentes de palco em um programa de TV), Livia Andrade (atriz e modelo), Eliana (apresentadora de TV), Megan Fox (atriz norte americana), Selena Gomez e Taylor Swifit (cantoras norte americanas). Uma das alunas citou uma tia e outras duas citaram a pesquisadora e a assistente.

Entre os integrantes do G2, também foram citadas pessoas em evidência na mídia, como: Brunetty (personagem de novela interpretado pela atriz Ellen Roche), Maria Joaquina (personagem de novela interpretado pela atriz Larissa Manoela) e Mulher Melão e Mulher Melancia (nomes artísticos das dançarinas Renata Frisson e Andressa Soares, respectivamente). Três alunos mencionaram familiares, como irmã e tia, e uma colega de escola.

Em relação aos locais onde essas pessoas são encontradas, foram mencionados, pelo primeiro grupo, locais como academias, televisão, novelas, revistas, internet (incluindo redes sociais, como o Facebook), boates (uma participante citou especificamente uma boate de Juiz de Fora, chamada Mansão). Já o segundo grupo também citou academias, televisão e revistas, além de salão de beleza, Universidade Federal de Juiz de Fora e videogame.

Ao observarmos estes resultados, percebemos, nitidamente, a influência da mídia naquilo que os estudantes pensam ser o belo e, conseqüentemente, a influência desta mesma mídia sobre sua imagem corporal. De acordo com o Modelo Tripartite de Influência, assim como a família e os amigos, a mídia é um dos fatores diretamente relacionados à satisfação com a própria imagem (CONTI et al., 2010). Os resultados obtidos neste tópico estão em consonância com aqueles observados por Braga, Molina e Figueiredo (2010).

Durante a discussão do quarto e último tópico, *O Próprio Corpo*, foi possível observar que os meninos de ambos os grupos afirmaram que, se fossem a um local onde houvesse piscina, ou mesmo à praia, usariam short ou bermuda, mas não usariam sunga, tomando como justificativa o fato de acharem feio ou de que o uso de sunga era apropriado apenas para crianças.

Quanto às meninas, daquelas incluídas no primeiro grupo, duas disseram que não colocariam biquíni, ao passo que as outras afirmaram que fariam uso da peça:

Eu gosto de maiô, não gosto de biquíni. Maiô tampa mais. (F.4, 10 anos)

Eu ia nadar de roupa porque tenho vergonha de usar biquíni. (F.12, 11 anos)

Eu ia nadar de biquíni, ué! (F.3, 11 anos)

Eu também (ia nadar de biquíni), se me zoarem porque eu sou gorda, leva porrada (risos). (F.1, 8 anos)

Todas as meninas do segundo grupo afirmaram que usariam biquíni.

Ainda durante a abordagem do último tópico, ao se discutir o momento da troca de roupa, foi possível observar que nenhum dos participantes, dos dois grupos, a realizaria na presença dos colegas. Neste momento, alguns participantes ficaram agitados, gesticulando negativamente com a cabeça e as mãos. Podemos destacar considerações de duas integrantes do G1:

Nunca trocaria na frente de ninguém! Só se fosse na frente da minha irmã eu trocaria. (F.4, 10 anos)

É, se fosse na frente da minha irmã ou da minha mãe, sim. (F.13, 9 anos)

Uma das integrantes do G2 afirmou:

A minha madrasta fala que é normal, que a mesma coisa que eu tenho você tem... Mas eu não troco, porque tenho vergonha. (F.2, 11 anos)

É possível que a vergonha em se trocar perante os (as) colegas esteja relacionada à preocupação com o que seus amigos (as) vão pensar a respeito de seu corpo, mas também ao pudor quanto à nudez, que ainda hoje, pode ser um tabu. Vale lembrar, aqui, que a influência dos amigos é um dos fatores relacionados à insatisfação corporal, como já citado anteriormente (CONTI et al., 2010).

Ainda durante a abordagem do último tópico, os participantes foram questionados se já haviam deixado de usar alguma roupa por causa do corpo. Nos dois grupos foi possível observar que apenas as meninas responderam afirmativamente, enquanto todos os meninos disseram que não.

Integrantes do primeiro grupo disseram já ter deixado de usar short, devido às pernas serem finas; vestido, por se achar gorda; e vestido longo, por marcar a barriga e fazer com que a estatura parecesse menor.

Uma das meninas do segundo grupo afirmou já ter deixado de usar short, devido às coxas serem grossas; outras já deixaram de vestir blusas e calças de moletom, além de vestidos, camisetas grandes e camisetas justas, por darem a impressão de que estariam “mais” gordas; e fantasias “de barriga de fora”, por acharem suas barrigas grandes.

Essa blusa aqui, tudo bem eu usar (mostrou a camiseta do uniforme), mas tem uma outra blusa lá que ela fica larga em mim, e eu não gosto porque eu gosto de roupa assim, coladinha, eu me sinto bem. Com a outra eu fico gorda. (F.2, 11 anos)

Eu deixei de usar uma camiseta que ela é muito colada, aí eu tenho um pouco de barriga, aí parece que eu to grávida. (F.7, 10 anos)

Ao contrário do que as colegas vinham falando, uma delas considerou:

Eu não tenho vergonha de usar nada, porque eu percebi, quando eu fui na praia, que a maioria das pessoas não tinha barriga de tanquinho. Eu também não tenho, então tô nem aí. (F.14, 9 anos)

Ferriani et al. (2005) observaram, em estudo realizado com adolescentes, haver uma preocupação com as vestimentas que eles usam e com a que eles julgam não poder usar.

Por fim, quando foram perguntados se já deixaram de ir a algum local por causa do corpo, duas participantes do primeiro grupo e uma do segundo afirmaram já ter deixado de ir à piscina, por acharem que estavam gordas.

Uma observação interessante a se fazer é que todos os alunos, quando queriam se manifestar, acenavam com as mãos para fazê-lo. Isto facilitou muito o trabalho da pesquisadora e das assistentes, já que evitou atropelamentos das falas. Porém, nas poucas vezes em que os discursos se sobrepunham, era pedido para que cada um falasse de uma vez.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve por objetivo determinar os fatores associados à insatisfação corporal de crianças e adolescentes e observar as considerações destes indivíduos a respeito da imagem e insatisfação corporais. Para isso, fez uso de duas abordagens metodológicas, quantitativa e qualitativa, buscando uma complementaridade entre elas. A partir da utilização combinada dos dois métodos, foi possível atingir os objetivos da pesquisa, obtendo-se resultados satisfatórios.

A partir da abordagem quantitativa foi possível observar uma alta frequência de insatisfação corporal entre os escolares participantes da pesquisa. Verificou-se também que as variáveis porcentagem de gordura corporal, duração da atividade física, escolaridade materna e trabalho materno apresentaram associações significativas com a insatisfação corporal.

Por meio da abordagem qualitativa foi dada oportunidade de discussão àqueles participantes eutróficos e insatisfeitos com sua imagem, o que possibilitou a observação de outros fatores influenciadores na insatisfação corporal que não aqueles contemplados através da aplicação do método quantitativo. Os resultados obtidos através do método qualitativo demonstram a preocupação com o corpo, aparência e com a opinião das outras pessoas a respeito da imagem corporal. Também foi possível verificar a intenção de muitos participantes em realizar alguma alteração corporal, apesar de todos serem eutróficos.

Verificou-se ainda a influência da família sobre a imagem corporal dos participantes e, mais intensamente, da mídia, visto que esta expõe figuras padronizadas de beleza, citadas pelos estudantes com sendo a imagem ideal de um corpo.

A infância e a adolescência, também representadas neste estudo pela denominação “escolar”, são períodos em que se adquirem hábitos que poderão ser levados por toda a vida, além de representar um público propenso a atitudes inadequadas. Por isso, destaca-se a importância em se realizar pesquisas com estes indivíduos, especialmente relativas à imagem corporal, já que a insatisfação com o

corpo traz pensamentos e sensações negativos, influenciando a saúde emocional, a qualidade de vida e o convívio social.

Desta forma, intervenções junto a este público se fazem necessárias, especialmente no que diz respeito à Educação em Saúde e à Educação Alimentar e Nutricional (EAN), envolvendo, também, as várias dimensões constituintes da imagem. Uma das maneiras mais eficientes para se atingir o público escolar é através da Política Nacional de Alimentação Escolar, o PNAE, através do qual as atividades de educação podem ser realizadas em um ambiente propício e tradicionalmente vinculado ao ato de aprender: a escola.

Além das atividades realizadas por profissionais capacitados, como o nutricionista, a inserção da EAN no currículo escolar - e por que não no pré-escolar? - passa a ser um grande aliado em favor da saúde. Algumas iniciativas nesse sentido já vêm sendo estabelecidas em escolas públicas, mas é importante que aquelas privadas também estejam em sintonia com a proposta.

Os dados alarmantes a respeito das taxas de sobrepeso e obesidade, especialmente entre crianças e adolescentes, reforçam a importância da escola no papel de promotora da saúde, desvinculando-se em certa parte da educação tradicional, e tomando para si a responsabilidade de colaboradora para o bem estar geral de seus alunos.

Os resultados obtidos por esta pesquisa podem funcionar como um direcionamento de estratégias a serem adotadas pelas escolas em suas atividades de Educação em Saúde e, mais especificamente, de Educação Alimentar e Nutricional, visto que demonstra os fatores associados à insatisfação corporal, sejam eles determinados estatisticamente, de acordo com o método científico tradicional, ou de forma qualitativa, dando voz aos escolares e atentando àquilo que os mesmos tinham a dizer.

Além da escola, as atividades de Educação Alimentar e Nutricional podem ser realizadas em outros ambientes, como nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), de modo a envolver não só as crianças e os adolescentes, mas suas famílias e pessoas de seu convívio familiar, que são influenciadoras na construção da imagem corporal.

Iniciativas quanto ao controle de propagandas e conteúdos destinados a crianças e adolescentes também devem ser prioridade ao se tentar combater os altos índices de insatisfação corporal, de forma a desestruturar o papel influenciador da mídia e reforçar a individualidade dos sujeitos.

Entre as limitações do presente estudo, podemos citar o fato de se ter trabalhado com uma amostra de conveniência, ou seja, não probabilística, o que não permitiu extrapolar os resultados para além da unidade de análise. Além disso, os questionários enviados aos pais e responsáveis para serem respondidos em casa não foram devolvidos ou foram respondidos de forma incompleta, resultando em perda de dados.

Um dos pontos positivos a ser destacado foi a utilização de uma escala de figuras de silhuetas especialmente desenvolvida e validada para crianças e adolescentes brasileiros, visto que a grande maioria dos estudos na área se utilizam de escalas estrangeiras. Além disso, trata-se de uma escala cujo desenvolvimento se deu recentemente, possibilitando seu uso em detrimento de escalas elaboradas entre as décadas de 1970 e 1990.

Por fim, destaca-se que, apesar de os resultados obtidos a partir das duas abordagens metodológicas utilizadas, individualmente, falarem por si mesmos, é possível perceber que sua vinculação resulta em uma discussão mais rica e abrangente do tema. Assim, sugere-se que novos estudos sejam conduzidos desta maneira, especialmente quanto à imagem corporal, não só entre os eutróficos e escolares, mas também entre aqueles indivíduos com estado nutricional inadequado e insatisfeitos com seus corpos pertencentes a outras faixas etárias, por se tratar de um tema sobre o qual as pessoas têm muito a considerar e que influenciam seu modo de viver.

REFERÊNCIAS

ABRANTES, M. M.; LAMOUNIER, J. A.; COLOSIMO, E. A. Prevalência de sobrepeso e obesidade nas regiões Nordeste e Sudeste do Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 162-6, abr./jun. 2003.

ADAMI, F. et al. Insatisfação Corporal e Atividade Física em Adolescentes da Região Continental de Florianópolis. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 143-9, abr./jun. 2008.

ALGARS, M. et al. The adult body: how age, gender, and body mass index are related to body image. **Journal of Aging and Health**, [S.l.], v. 21, n. 8, p. 1112-32, dez. 2009.

ALMEIDA, G. A. N. et al. Percepção de tamanho e forma corporal de mulheres: estudo exploratório. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 1, p. 27-35, jan./abr. 2005.

ANDRADE, A.; BOSI, M. L. M. Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 16, n. 1, p. 117-25, jan./mar. 2003.

ANDRADE, S. A. et al. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: Uma abordagem epidemiológica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 606-11, ago. 2005.

ANDRIEU, B. **Le dictionnaire du corps en sciences humaines e sociaux**. Paris: CNRS Editions. 2006. p. 103-4.

ANJOS, L. A. **Obesidade e saúde pública**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2006. 100 p.

ANSALONI, J. A. Propaganda, Transição Nutricional e Segurança Alimentar na Sociedade Brasileira. In: JORNADAS CIENTÍFICAS DO NISAN: NÚCLEO INTERDEPARTAMENTAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL 2006/2007. Barueri: Minha Editora. 2008. p. 19.

BANFIELD, S. S.; McCABE, M. P. An evaluation of the construct of body image. **Adolescence**, [S.l.], v. 37, n. 146, p. 373-93. 2002.

BARROS, A. J.; HIRAKATA, V. N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. **BMC Medical Research Methodology**, England, v. 3, n. 21, p. 1-13, oct. 2003.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. Nutritional transition in Brazil: geographic and temporal trends. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n. 1, p. 181-91, jan./fev. 2003.

BEGOÑA, M.M.; ACEVEDO, H.A.; BARRERA, J.S. **La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud**: configurando la salud publica en una Nueva Europa. Madrid: Evidence Book. 1999. 31 p.

BOOG, C. M. C. F. Contribuições da Educação Nutricional à Construção da Segurança Alimentar. **Saúde em Revista**, Piracicaba, v. 6, n. 13, p. 17-24, 2004.

BRAGA, P. D.; MOLINA, M. C. B.; FIGUEIREDO, T. A. M. Representações do corpo: com a palavra um grupo de adolescentes de classes populares. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 87-95, jan. 2010.

BRANCO, L. M.; HILÁRIO, M. O. E.; CINTRA, I. P. Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com seu estado nutricional. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 6, p. 292-6. 2006.

BRASIL. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. **Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - 2012/2015**. Brasília, DF: MDS; Consea, 2011a. Disponível em: <<http://www4.planalto.gov.br/consea/noticias/imagens-1/livro-plano-nacional-caisan>>. Acesso em: 20 jan. 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA). **Indicadores de Segurança Alimentar e Nutricional – 2010**. Disponível em: <<http://www4.planalto.gov.br/consea/consea-1/indicadores-de-seguranca-alimentar-e-nutricional-2010/view>>. Acesso em: 04 dez. 2013.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira).

BRASIL. Decreto nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 06 de dezembro de 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm>. Acesso em: 04 dez. 2013.

BRASIL. Decreto nº 6.447, de 07 de maio de 2008. Regulamenta o art. 19 da Lei no 10.696, de 2 de julho de 2003, que institui o Programa de Aquisição de Alimentos. **Diário Oficial da União**. Brasília, 08 de maio de 2008b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Decreto/D6447.htm>. Acesso em: 06 jan. 2014.

BRASIL. Decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010. Regulamenta a Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada, institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PNSAN, estabelece os parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, e dá outras providências. Brasília: 2010b. **Diário Oficial da União**. Brasília,

26 de agosto de 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7272.htm>. Acesso em: 04 dez. 2013.

BRASIL. Decreto nº 37.106, de 31 de março de 1955. Institui a Campanha de Merenda Escolar. **Diário Oficial da União**. Brasília, 02 de abril de 1955. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/decret/1950-1959/decreto-37106-31-marco-1955-332702-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 06 jan. 2014.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 59, de 11 de novembro de 2009. Amplia a abrangência dos programas suplementares para todas as etapas da educação básica. **Diário Oficial da União**. Brasília, 12 de novembro de 2009b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc59.htm>. Acesso em: 20 jan. 2014.

BRASIL. Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 16 de julho de 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 20 jan. 2014.

BRASIL. Lei nº 8.913, de 12 de julho de 1994. Dispõe sobre a municipalização da merenda escolar. **Diário Oficial da União**. Brasília, 13 de julho de 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8913.htm>. Acesso em: 20 jan. 2014.

BRASIL. Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica. **Diário Oficial da União**. Brasília, 17 de junho 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/11947.htm>. Acesso em 08 jan. 2014.

BRASIL. Medida Provisória nº 2.178-36, de 24 de agosto de 2001. Dispõe sobre o repasse de recursos financeiros do Programa Nacional de Alimentação Escolar, institui

o Programa Dinheiro Direto na Escola, altera a Lei no 9.533, de 10 de dezembro de 1997. **Diário Oficial da União**. Brasília, 25 de agosto de 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/MPV/2178-36.htm>. Acesso em: 06 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação - FNDE. **Alimentação escolar**. 2013. Disponível em: <<http://www.fnde.gov.br/programas/alimentacao-escolar> >. Acesso em: 21 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação - FNDE. Programa Nacional de Alimentação Escolar - PNAE. **Programa Nacional de Formação Continuada à Distância nas Ações do FNDE**. Secretaria de Educação à Distância. 2. ed., atual. – Brasília: MEC, FNDE, SEED, 2008. 112 p.

BRASIL. Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação - FNDE. **Resolução nº 38, de 16 de julho de 2009**. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE. 2009a. Disponível em: <<http://www.fnde.gov.br/programas/alimentacao-escolar/alimentacao-escolar-legislacao>>. Acesso em: 21 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. **Módulo 10: Alimentação e nutrição no Brasil I**. / Maria de Lourdes Carlos Rodrigues...[et al.]. – Brasília: Universidade de Brasília, 2007. 93 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. **Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dez passos para a promoção da alimentação saudável nas escolas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:

<<http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/dezPassosPasEscolas.pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual operacional para profissionais de saúde e educação**: promoção da alimentação saudável nas escolas. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. 152 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 84 p. Disponível em: <<http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/pnan2011.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 60 p. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria interministerial nº 1.010 de 8 de maio de 2006. Institui as diretrizes para a promoção da alimentação saudável nas escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional. **Diário Oficial da União**, 09 de maio de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN**: orientações básicas para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade**. Cadernos de Atenção Básica, n. 12, Série A, Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 180 p.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas**. Brasília, 2012a. 68 p. Disponível em: <<http://www.fnde.gov.br/programas/alimentacao-escolar/alimentacao-escolar-acoes-educativas>>. Acesso em: 04 dez. 2013.

BRASIL. Resolução CFN nº 465, de 23 de agosto de 2010. Dispõe sobre as atribuições do Nutricionista, estabelece parâmetros numéricos mínimos de referência no âmbito do Programa de Alimentação Escolar (PAE) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 25 de agosto de 2010. Disponível em: <<http://www.cfn.org.br/novosite/arquivos/Resol-CFN-465-atribuicao-nutricionista-PAE.pdf>>. Acesso em: 04 dez. 2013.

CAMPAGNA, V. N.; SOUZA, A. S. L. Corpo e imagem corporal no início da adolescência feminina. **Boletim de Psicologia**, São Paulo, v. 55, n. 124, p. 9-35, jun. 2006.

CARVALHO, J. J. Racismo fenotípico e estéticas da segunda pele. Ensaios Críticos. **Revista Cinética**. Disponível em: <http://www.revistacinetica.com.br/cep/jose_jorge.htm>. Acesso em 07 jan. 2014.

CASH, T.F.; GREEN, G.K. Body weight and body image among college women: Perception, cognition, and affect. **Journal of Personality Assessment**, [S.l.], v. 50, n. 2, p. 290-301. 1986.

CASH, T. F. et al. New assessment of weightrelated body image derived from extant instruments. **Perceptual & Motor Skills**, [S.l.], v. 73, n. 1, p. 235-41, aug. 1991.

CASTILHO, S. M. **A imagem corporal**. Santo André: ESETec Editores Associados. 2001.

CHAVES, L. G. et al. Reflexões sobre a atuação do nutricionista no Programa Nacional de Alimentação Escolar no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 917-26, abr. 2013.

CONTI, M. A. et al. Adaptação transcultural: tradução e validação de conteúdo para o idioma Português do modelo da Tripartite Influence Scale de insatisfação corporal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 503-13, mar. 2010.

CONTI, M. A.; FRUTUOSO, M. F. P.; GAMBARDELLA, A. M. D. Excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 4, p. 491-7, jul./ago. 2005.

CORSEUIL, M. W. et al. Prevalência de insatisfação com a imagem corporal e sua associação com a inadequação nutricional em adolescentes. **Revista da Educação Física/UEM**. Maringá, v. 20, n. 1, p. 25-31, 1. trim. 2009.

CÔRTEZ, M. G. **Escala de silhuetas e imagem corporal de adolescentes: revisão sistemática, meta-análise e fatores associados no estudo Saúde em Beagá**. 2012. 117 p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) — Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

COSTA, E. Q.; RIBEIRO, V. M. B.; RIBEIRO, E. C. O. Programa de alimentação escolar: espaço de aprendizagem e produção de conhecimento. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 14, n. 3, p. 225-9, set./dez., 2001.

DAMASCENO, V. O. et al. Tipo físico ideal e satisfação com a imagem corporal de praticantes de caminhada. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, Niterói, v. 11, n. 3, p. 181-6, mai./jun. 2005.

DEL CIAMPO, L., A.; DEL CIAMPO, I. R. L. Adolescência e imagem corporal. **Revista Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 55-9, out./dez. 2010.

DOMENE, S. M. A. A escola como ambiente de promoção da saúde e educação nutricional. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 19, n. 4, out./dez. 2008.

DUROZOI, G. **Dicionário de Filosofia**. Campinas: Papyrus. 1996. 511 p.

ESCODA, M.S.Q. Para a crítica da transição nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 219-226. 2002.

FAO. Food and Agriculture Organization of the United Nations. **Programas de Alimentación Escolar Sostenibles como Estrategia de Seguridad Alimentaria y Nutricional**. 2013. Disponível em: <<http://www.rlc.fao.org/es/capacitacion/programas-de-alimentacion-escolar-sostenibles-como-estrategia-de-seguridad-alimentaria-y-nutricional/>>. Acesso em: 14 maio 2013.

FELIPPE, F.; SANTOS, A. M. Novas demandas profissionais: obesidade em foco. **Revista da ADPPUCRS**, Porto Alegre, v. 5, n. 1, p. 63-70, dez. 2004.

FERNANDES, A. E. R. **Avaliação da imagem corporal, hábitos de vida e alimentares em crianças e adolescentes de escolas públicas e particulares de Belo Horizonte**. 2007. 144 p. Dissertação (Mestrado em Medicina)—Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

FERREIRA, M. C.; LEITE, N. G. M. Adaptação e validação de um instrumento de avaliação da satisfação com a imagem corporal. **Revista Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v. 1, n. 2, p. 141-9, nov. 2002.

FERRIANI, M. G. C. et al. Auto-imagem corporal de adolescentes atendidos em um programa multidisciplinar de assistência ao adolescente obeso. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.5, n. 1, p. 27-33, jan./mar. 2005.

FIDELIX, Y. L. et al. Insatisfação com a imagem corporal em adolescentes de uma cidade de pequeno porte: associação com sexo, idade e zona de domicílio. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 202-7, mai./jun. 2011.

FIGUEIREDO, A.M. MACHADO, V.L.T.; ABREU, M.M.S. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n 2, p.397-402, mar. 2010.

FINATO, S. et al. Insatisfação com a imagem corporal em escolares do sexto ano da rede municipal de Caxias do Sul, no Rio Grande do Sul. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 31, n. 1, jan./mar. 2013.

FINGERET, M. C., GLEAVES, D. H., & PEARSON, C. A. On the methodology of body image assessment: the use of figural rating scales to evaluate body dissatisfaction and the ideal body standards of women. **Body Image**, [S.l.], v. 1, n. 2, p. 207-212, mai. 2004.

FISCHLER, C. Gastro-nomia e gastroanomia: sabedoria do corpo e crise biocultural da alimentação contemporânea. In: Contreras J (org.). **Alimentación y Cultura: Necesidades, Custos y Costumbres. Ciencias Humanas i Sociales**. Barcelona: [s.n.], 1995.

FLANNERY-SCHROEDER, E.C.; CHRISLER, J.C. Body esteem, eating attitudes, and gender role orientation in three age groups of children. **Current Psychology**, San Francisco, v. 15, n. 3, p. 235-48. 1996.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009b. 164 p.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009a. 405 p.

FLORES, L. S. et al. Tendência do baixo peso, sobrepeso e obesidade de crianças e adolescentes brasileiros. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 89, n. 5, p. 456-61, set./out. 2013.

FONSECA, H.; MATOS, M.G. Perception of overweight and obesity among Portuguese adolescents: an overview of associated factors. **European Journal of Public Health**, [S.l.], v.15, n.3, p.323-8, jun. 2005.

FRANCISCHI, R. P. P. et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 13, n. 1, p. 17-28, abr. 2000.

FREITAS, M.C.S. Educação nutricional: aspectos sócio-culturais. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.10, n.1, p.45-49, jan./jun. 1997.

FREITAS, M. M. **Percepção da imagem corporal associada a indicadores antropométricos e fatores nutricionais em crianças e adolescentes com diagnóstico de transtorno de ansiedade**. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013.

FRISANCHO, A. R. **Anthropometric standards for the assessment of growth and nutritional status**. Michigan: The University of Michigan Press. 1990. 189 p.

FURNHAM, A.; BADMIN, N.; SNEADE, I. Body image dissatisfaction: gender differences in eating attitudes, self-esteem, and reasons for exercise. **The Journal of Psychology**, [S.l.], v. 136, n.6, p. 581-96, nov. 2002.

GLANER, M. F. et al. Associação entre insatisfação com a imagem corporal e indicadores antropométricos em adolescentes. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 129-36, jan./mar. 2013.

GLEAVES, D.H. et al. Clarifying body image disturbance: Analysis of a multidimensional model using structural modeling. **Journal of Personality Assessment**, [S.l.], v. 64, n. 3, p. 478-93, jun. 1995.

GONÇALVES, C. B. **Consumo alimentar e entendimento da pirâmide alimentar adaptada em adolescentes fisicamente ativos do Distrito Federal**. 2009. 154 p. Dissertação (Mestrado em Educação Física) — Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

GRAUP, S. et al. Associação entre a percepção da imagem corporal e indicadores antropométricos de escolares. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 129-38, abr./jun. 2008.

GRECO, M. **Declinações da dismorfofobia: estudo psicanalítico da distorção da imagem corporal**. 2010. 287 p. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) — Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

Haidar, F. H.; OLIVEIRA, U. F.; NASCIMENTO, L. F. Escolaridade materna: Correlação com os indicadores obstétricos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 1025-9, jul./ago. 2001.

HANDY, S. et al. How the built environment affects physical activity: views from urban planning. **American Journal Preventive Medicine**, New York, v. 23, p. 64-73, aug. 2002. Supplementum 2.

HUNT, T. J.; THIENHAUS, O.; ELLWOOD, A. The mirror lies: body dysmorphic disorder. **American Family Physician**, [S.l.], v. 78, n. 2, p. 217-22, jul. 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de orçamentos familiar 2008-2009**: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_encaa/pof_20082009_encaa.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - 2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/pense.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - 2012**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/2012/pense_2012.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2014.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 115-21, jun. 2001.

JANSEN, A. K.; LOPES, A. C. S.; LOPES FILHO, J. D. Fatores associados ao excesso de peso em funcionários de um hospital universitário. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 34, n. 4, p. 951-66, out./dez. 2010.

KAC, G.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 4-5, jan./fev. 2003.

KAKESHITA, I. S. **Adaptação e validação de Escalas de Silhuetas para crianças e adultos brasileiros**. 2008. 96 p. Tese. (Doutorado em Ciências) — Programa de Pós-Graduação em Psicobiologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2008.

KAKESHITA, I. S.; ALMEIDA, S.S. Relação entre índice de massa corporal e a percepção da autoimagem em universitários. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 497-504, jun. 2006.

KAKESHITA, I. S. et al. Construção e fidedignidade teste-reteste de escalas de silhuetas brasileiras para adultos e crianças. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 263-70, abr./jun. 2009.

LIMA, K. A. **Análise do processo de construção do conhecimento dietoterápico de pacientes diabéticos atendidos no programa saúde da família do município de Araras**. 2004. 271 p. Dissertação (Mestrado) — Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade Estadual Paulista, Araraquara, 2004.

LOURO, G. L. Corpo, escola e identidade. **Revista Educação e Realidade**. Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 57-75, jul./dez. 2000.

MALDONADO, G. R. A educação física e o adolescente: a imagem corporal e a estética da transformação na mídia impressa. **Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte**, Barueri, v. 5, n. 1, p. 59-76, 2006.

MARQUES, F. A.; LEGAL, E. J.; HÖFELMANN, D. A. Insatisfação corporal e transtornos mentais comuns em adolescentes. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 30, n. 4, p. 553-61, dez. 2012.

MARQUES-LOPES, I. et al. Aspectos genéticos da obesidade. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 17, n. 3, p. 327-38, jul./set. 2004.

MARTINS, C. R. et al. Insatisfação com a imagem corporal e relação com estado nutricional, adiposidade corporal e sintomas de anorexia e bulimia em adolescentes. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 32, n. 1, p. 19-23, 2010.

MAZZILLI, R. N. **Contribuição e interferência da merenda escolar no dia alimentar de crianças matriculadas em Centros de Educação e Alimentação do Pré-Escolar (CEADES)**. 1983. 134 p. Tese (Doutorado) — Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1983.

McCABE, M. P.; RICCIARDELLI, L. A. A longitudinal study of pubertal timing and extreme body change behaviors among adolescent boys and girls. **Adolescence**, [S.l.], v. 39, n. 153, p. 145-66, 2004a.

McCABE, M. P.; RICCIARDELLI, L. A. Body image dissatisfaction among males across the lifespan: a review of past literature. **Journal of Psychosomatic Research**, [S.l.], v. 56, n. 6, p. 675-85, jun. 2004b.

McNUTT, L. A. et al. Estimating the relative risk in cohort studies and clinical trials of common outcomes, **American Journal of Epidemiology**, Oxford, v. 157, n. 10, p. 940-3, may. 2003.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. 2 ed. São Paulo: Editora: Atheneu, 2009. 790 p.

MENDONÇA, C. P.; ANJOS, L. A. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 698-709, mai./jun. 2004.

MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L. A tendência secular da obesidade segundo estratos sociais: nordeste e sudeste do Brasil, 1975-1989-1997. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 186-194, jun. 1999.

MONTEIRO, C. A. et al. Da desnutrição para a obesidade a transição nutricional no Brasil. In: MONTEIRO, C. A. **Velhos e novos males da Saúde Pública no Brasil: a evolução do país e de suas doenças**. São Paulo: Hucitec, 1995. 360 p.

MURAROLE, M. B. **Estudo da fidedignidade teste-reteste de uma escala de silhuetas brasileira para adolescentes**. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição)—Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2011.

NEUMARK-SZTAINER, D. et al. Obesity, disordered eating, and eating disorders in a longitudinal study of adolescents: how do dieters fare five years later? **Journal of the American Dietetic Association**, [S.l.], v.106, n. 4, p. 559-68, apr. 2006.

NICHOLLS, D.; VINER, R. Eating disorders and weight problems. **British Medical Journal**, [S.l.], v. 330, n. 7497, p. 950-3, abr. 2005.

NOVAES, J. V. **O intolerável peso da feiura: sobre as mulheres e seus corpos**. Rio de Janeiro: Editora PUC Rio. 2006. 270 p.

NUNES, M. M. A.; FIGUEIROA, J. N.; ALVES, J. G. B. Excesso de peso, atividade física e hábitos alimentares entre adolescentes de diferentes classes econômicas em Campina Grande (PB). **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 53, n. 2, p. 130-4, mar./abr. 2007;

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Escolas Promotoras de Saúde: modelo e guia para a ação**. Washington (D.C.): OPAS. 1996. (Série HSS/Silos).

PEREIRA, L. O.; FRANCISCHI, R. P.; LANCHÁ-JUNIOR, H. A. Obesidade: hábitos nutricionais, sedentarismo e resistência à insulina. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 47, n. 2, abr. 2003.

PERUSSE, L. et al. The human obesity gene map: the 1998 update. **Obesity Research**, [S.l.], v. 7, n. 1, p. 111-29, jan.1999.

PETROSKI, E. L., PELEGRINI, A.; GLANER, M. F. Motivos e prevalência de insatisfação com a imagem corporal em adolescentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 1071-77, abr. 2012.

PINHEIRO, N. P.; JIMÉNEZ, M. Percepção e insatisfação corporal: um estudo em crianças brasileiras. **Revista da Faculdade de Psicologia da PUCRS**. Porto Alegre, v. 41, n. 4, p. 510-16, out./dez. 2010.

PIPITONE, M. A. P. et al. Atuação dos conselhos municipais de alimentação escolar na gestão do programa nacional de alimentação escolar. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 16, n. 2, p. 143-54, abr./jun. 2003.

POPKIN, B. M.; DUFFEY, K.; GORDON-LARSEN, P. Environmental influences on food choice, physical activity and energy balance. **Physiology & Behavior**, New York, v. 86, n. 5, p. 603-13, dec. 2005.

POPKIN, B. M. et al. The nutrition transition in China: A cross sectional analysis. **European Journal of Clinical Nutrition**, [S.l.], v. 47, n. 5, p. 333-46, may. 1993.

RIBEIRO, P.C. P.; OLIVEIRA, P. B. R. Culto ao Corpo: beleza ou doença? **Revista Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v.8, n.3, p. 63-69, jul./set. 2011.

ROBINSON, T.N. Television viewing and childhood obesity. **Pediatric Clinics of North American**, Washington, v. 48, n. 4, p. 1017-25, aug. 2001.

RODIN, J.; SILBERSTEIN, L.; STRIEGEL-MOORE, R. Women and weight: a normative discontent. In: SONDEREGGER, T.B. (ed). **Psychology and gender**. Lincoln, NE: University of Nebraska Press, 1985, p. 267-307.

RODRIGUES, P. A. et al. Prevalência e fatores associados a sobrepeso e obesidade em escolares da rede pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl.1. 2011.

ROSENBERG, C. P. **Merenda escolar e crescimento: observações em 8189 alunos em 42 escolas da rede municipal de São Paulo**. 1972. 136 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) — Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1972.

SABIN, M. A.; WERTHER, G. A.; KIESS, W. Genetics of obesity and overgrowth syndromes. **Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism**, [S.I.], v. 25, n. 1, p. 207-20, feb. 2011.

SANTINI, A. P.; KIRSTEN, V. R. Relação entre o perfil nutricional e a imagem corporal de escolares e adolescentes matriculados em escolas do meio rural da cidade de Santa Maria, RS. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 56, n. 1, p. 32-37, jan./mar. 2012.

SANTOS, A. M.; SCHERER, P. T. Reflexões acerca das políticas públicas no enfrentamento a obesidade no Brasil. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 17, n. 1, p. 219-236, jan./jun. 2011.

SANTOS, A. M. **Sociedade do consumo: criança e propaganda, uma relação que dá peso**. 2007. 197 p. Tese (Doutorado em Serviço Social) — Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

SANTOS, L. H. S. Pedagogias do corpo: representação, identidade e instâncias de produção. In: SILVA, Luiz Heron (org.). **Século XXI: qual conhecimento? Qual currículo?** Petrópolis: Vozes, 1999, p.179-197.

SANTOS, L. M. P. et al. Avaliação de políticas públicas de segurança alimentar e combate à fome no período 1995-2002. 4 – Programa Nacional de Alimentação Escolar. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2681-93, nov. 2007.

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia. **Avaliação nutricional da criança e do adolescente**: manual de orientação. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2009. 112 p.

SCHILDER, P. **A imagem do corpo**: as energias construtivas da psique. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999. 320 p.

SCHUBERT, A. et al. Imagem corporal, estado nutricional, força de resistência abdominal e aptidão cardiorrespiratória de crianças e adolescentes praticantes de esportes. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 71-6, jan./mar. 2013.

SEGAL, A. Aspectos psiquiátricos da obesidade. **Revista da ABESO**. 12. ed. São Paulo, [periódico na Internet], fev. 2003. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/pagina/190/aspectos+psiquiatricos+da+obesidade.shtm>>. Acesso em 23 set 2013.

SHROFF, H.; THOMPSON, J.K. The tripartite influence model of body image and eating disturbance: a replication with adolescent girls. **Body Image**, [S.l.], v. 3, n. 1, p. 17-23, mar. 2006.

SILVA, C. S. Escola promotora de saúde: uma nova forma de fazer saúde escolar. In: LOPEZ, F. A.; CAMPOS JUNIOR, D. **Tratado de pediatria**. Barueri: Manole, 2007a. 3000 p.

SILVA, D. O. **O fiel da balança na história do corpo obeso em mulheres de baixa renda**. 1997. 122 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) — Pós-Graduação em

Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.

SLADE, P. D. What is body image? **Behaviour Research and Therapy**, Washington, v. 32, n. 5, p. 497- 502, jul.1994.

SLATER, M.; USOH, M. Body centred interaction in immersive virtual environments. In: **Artificial life and virtual reality**, [S.I.]: John Wiley and Sons, 1994. p. 125-48.

SOUZA, E. B. Transição nutricional no Brasil: análise dos principais fatores. **Cadernos UniFoa**. 13. ed. Volta Redonda, [periódico na Internet], ago. 2010. Disponível em: < <http://www.unifoa.edu.br/cadernos/edicao/13/49.pdf>>. Acesso em 18 out 2013.

SOUZA, L. J. et al. Prevalência de obesidade e fatores de risco cardiovascular em Campos. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 6, p. 669-76, dez. 2003.

STEIN, S.; CHALHOUB, N.; HODES, M. Very early-onset bulimia nervosa: report of two cases. **The International Journal of Eating Disorders**, [S.I.], v. 24, n. 3, p. 323-7, nov. 1998.

STEWART, D. W.; SHAMDASANI, P. N. **Focus groups**: theory and practice. London: Sage, 1990. 153 p.

STICE, E. et al. Body image and eating disturbances predict onset of depression among female adolescents: a longitudinal study. **Journal of Abnormal Psychology**, [S.I.], v. 109, n. 3, p. 438-44, ago. 2000.

STICE, E.; NEMEROFF, C.; SHAW, H.E. Test of the dual pathway model of bulimia nervosa: Evidence of dietary restraint and affect regulation mechanism. **Journal of Social Clinical Psychology**, Philadelphia, v. 15; n. 3, p. 340-63. 1996.

STRIEGEL-MOORE, R.H. et al. Eating disorder symptoms in a sample of 11 to 16 year-old black girls and white girls. **International Journal of Eating Disorders**, Oxford, v.27, n. 1, p.49-66, jan. 2000.

SWINBURN, B.; EGGER, G.; RAZA, F. Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. **Preventive Medicine**, New York, v. 29, n. 6, p. 563-570, dec. 1999.

TAVARES, M. C. G. C. F. **Imagem corporal**: conceito e desenvolvimento. São Paulo: Manole, 2003. 152 p.

TIGGEMANN, M. Gender differences in the interrelationships between weight dissatisfaction, restraint, and self esteem. **Sex Roles**, [S.l.], v.30, p. 319-30, 1994.

TONI, V. et al. Insatisfação com a imagem corporal em adolescentes de escolas públicas de Caxias do Sul – RS. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, São Caetano do Sul, v. 16, n. 2, p. 187-94. 2012.

TRICHES, R. M.; GIUGLIANI, E. R. J. Insatisfação corporal em escolares de dois municípios da região sul do Brasil. **Revista de Nutrição**, Campinas. v. 20, n. 2, p. 119-128, mar./abr. 2007.

TROMBETTA, I. C. Exercício físico e dieta hipocalórica para o paciente obeso: vantagens e desvantagens. **Revista Brasileira de Hipertensão**, [S.l.], v. 10, n. 2, abr./jun. 2003.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. 685 p.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular nos Serviços de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997. p.167.

VASCONCELOS, E. M. **O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias**. Rio de Janeiro: Paulus, 2003. 384 p.

WFP. World Food Programme. **Learning from experience good practices from 45 years of school feeding. 2010**. 68 p. Disponível em: <<http://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/communications/wfp223424.pdf>>. Acesso em: 08 jan. 2013.

WHO. World Health Organization. **Global strategy on diet, physical activity and health**. Fifty-seventh World Health Assembly. 2004. Geneva, WHO, 2004.

WHO. World Health Organization. **Obesity and overweight**. n. 311, mar. 2013. Geneva, WHO, 2013. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>>. Acesso em: 12 jan. 2014.

WHO. World Health Organization. **Obesity: Preventing and managing the global epidemic**. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva: WHO, 1998.

WHO. World Health Organization. **Young People's Health - a Challenge for Society**. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731. Geneva: WHO, 1986.

APÉNDICE

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Seu(Sua) filho(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “Fatores associados à insatisfação corporal de crianças e adolescentes matriculados nos anos iniciais do Ensino Fundamental de uma escola pública de Juiz de Fora - MG.” Neste estudo, pretendemos determinar a frequência de insatisfação corporal dos estudantes e identificar seus possíveis determinantes. O motivo que nos leva a estudar esse assunto é o aumento da insatisfação com o corpo percebida entre os indivíduos, especialmente aqueles que estão no período da infância e adolescência. Para este estudo, adotaremos os seguintes procedimentos: medidas de peso e altura, aplicação de questionários para avaliar a satisfação dos alunos com seus corpos e uma atividade em grupo para saber os motivos que os levam a estarem insatisfeitos. Para que seu filho participe deste estudo, você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Este estudo apresenta risco, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada, esclareci minhas dúvidas e autorizo a participação de meu(minha) filho(a) _____ neste estudo. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, ____ de _____ de 20____

Assinatura do(a) responsável

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Em caso de dúvidas a respeito dos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

CEP HU – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA HU/UFJF. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO UNIDADE SANTA CATARINA - PRÉDIO DA ADMINISTRAÇÃO SALA 27. CEP 36036-110. E-MAIL: CEP.HU@UFJF.EDU.BR

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: NARYLLE Mª BACELAR CHAIB ZANOLLI
ENDEREÇO: UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA/ NÚCLEO DE ASSESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE – NATES.

RUA JOSÉ LOURENÇO KELMER, S/N - CAMPUS UNIVERSITÁRIO. BAIRRO SÃO PEDRO, JUIZ DE FORA (MG) - CEP: 36036-900

E-MAIL: NARYLLECHAIB@YAHOO.COM.BR

ANEXOS

**ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES
HUMANOS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ
DE FORA**

Página 1 de 2



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP-HU/UFJF



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Parecer nº 373/2012

Protocolo CEP-UFJF: 172-420-2011 **FR:** 486792 **CAAE:** 0315.0.180.420-11

Projeto de Pesquisa: Impacto das ações de educação nutricional na construção de hábitos alimentares saudáveis em adolescentes

Versão do Protocolo e Data: 10/12/2011

Grupo: III

Pesquisador Responsável: Michele Pereira Netto

Pesquisadores Participantes: Ana Paula Carlos Cândido Mendes; Juliana Farias de Novaes Barros; Renata Maria Souza Oliveira

Instituição: Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Juiz de Fora

Matéria para análise: Inclusão de nova Instituição de Ensino, Inclusão de três questionários sobre imagem corporal e entrevista.

Sumário/comentários do protocolo:

A matéria submetida a análise trata-se de inclusão de uma nova escola, pois a pesquisadora ressalta não haver tido o resultado esperado na primeira escola avaliada; inclusão de três questionários sobre imagem corporal para grupo de adolescentes e entrevista qualitativa com o objetivo de investigar fatores de influência na percepção corporal na faixa etária proposta desta nova escola.


Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP-HU/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96 e suas complementares manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Salientamos que o pesquisador deverá encaminhar a este comitê o relatório final.

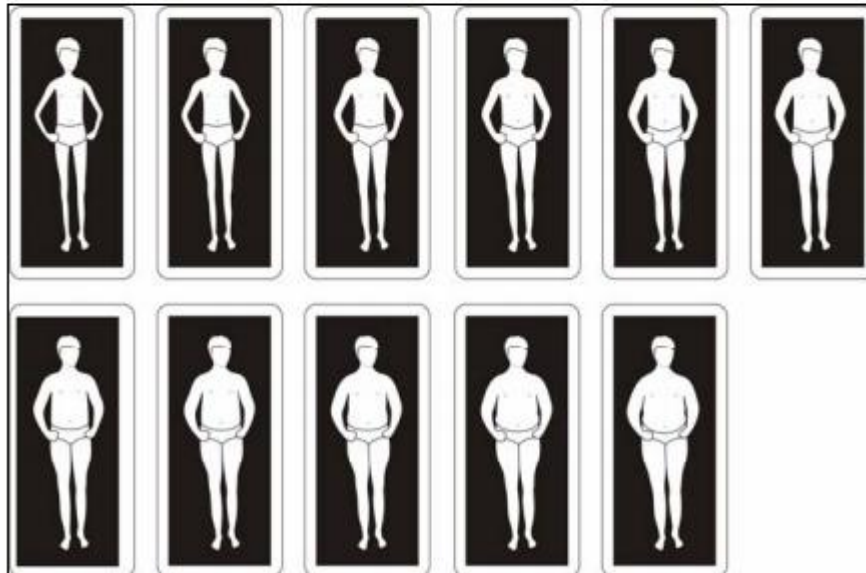
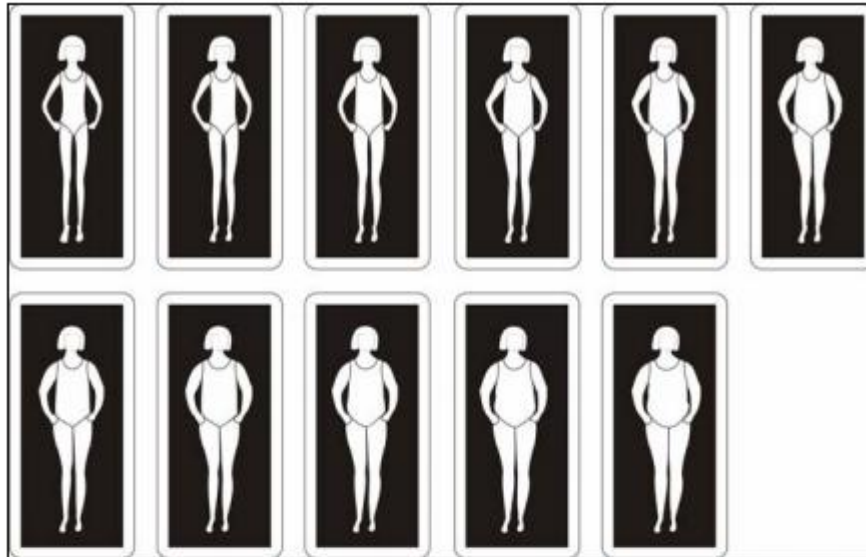
Situação: Projeto Aprovado

Juiz de Fora, 26 de novembro de 2012.


 Gisele Aparecida Fófano
 COORDENADORA DO COMITÊ DE
 ÉTICA EM PESQUISA
 HU / UFJF

RECEBI DATA: 07/02/2013 ASS: 
--

ANEXO B - Escala de Figuras de Silhuetas



VALORES CRÍTICOS		ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS PARA ADOLESCENTES	
		IMC para idade	Estatura para idade
<Percentil 0,1	<Escore z -3	Magreza acentuada ¹	Muito baixa estatura para a idade
>Percentil 0,1 e <percentil 3	≥Escore z -3 e <escore z -2	Magreza	Baixa estatura para a idade
≥Percentil 3 e <percentil 15	≥Escore z -2 e <escore z -1	Eutrofia	Estatura adequada para idade ²
≥Percentil 15 e ≤percentil 85	≥Escore z -1 e ≤escore z +1		
>Percentil 85 e ≤percentil 97	>Escore z +1 e ≤escore z +2	Sobrepeso	
>Percentil 97 e ≤percentil 99,9	>Escore z +2 e ≤escore z +3	Obesidade	
>Percentil 99,9	>Escore z +3	Obesidade grave	

¹Um adolescente classificado na faixa de IMC para idade abaixo do percentil 0,1 (escore z -3) é muito magro. Em populações saudáveis, encontra-se nessa situação 1 em 1.000 adolescentes. Contudo, alguns casos correspondem a distúrbios alimentares. Se houver essa suspeita, o adolescente deve ser encaminhado para atendimento especializado.

²Um adolescente classificado na faixa de estatura para idade acima do percentil 99,9 (escore z +3) é muito alto, mas isso raramente representa um problema. Contudo, alguns casos correspondem a disfunções endócrinas e tumores. Se houver essa suspeita, o adolescente deve ser encaminhado para atendimento especializado.

ANEXO D - QUESTIONÁRIO DE HÁBITOS E ESTILO DE VIDA

	<p>Universidade Federal de Juiz de Fora Instituto de Ciências Biológicas Departamento de Nutrição</p>	
<p>PROJETO: IMPACTO DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO NUTRICIONAL NA CONSTRUÇÃO DE HÁBITOS ALIMENTARES SAUDÁVEIS EM ADOLESCENTES</p>		
Nome:	DATA: ___/___/___	

USO DE MEDICAMENTOS

Você faz uso de algum medicamento?

- Não
 Sim. Qual (is)?

HÁBITO DE FUMAR

Você já fumou ou fuma?

- Não
 Sim

BEBIDA ALCOÓLICA

Você já fez ou faz uso de bebida alcoólica?

- Não
 Sim

ATIVIDADE FÍSICA

Você pratica alguma atividade física regularmente (esporte ou lazer)?

- Não
 Sim. Qual (is)?



Tempo por dia:

Quantos dias na semana?

Quantas horas por dia você fica à frente da TV e/ou computador e/ou videogame?



- menos de uma hora 1 a 2 horas 3 a 5 horas 5 horas ou mais

ANEXO E - RECORDATÓRIO DE 24 HORAS

	<p>Universidade Federal de Juiz de Fora Instituto de Ciências Biológicas Departamento de Nutrição</p>	
<p>PROJETO: IMPACTO DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO NUTRICIONAL NA CONSTRUÇÃO DE HÁBITOS ALIMENTARES SAUDÁVEIS EM ADOLESCENTES</p>		
<p>Nome: _____</p>		<p>DATA: ____/____/____</p>

Refeição	Horário	Local	Preparação	Quantidade

ANEXO F - QUESTIONÁRIO ALIMENTAR

	<p>Universidade Federal de Juiz de Fora Instituto de Ciências Biológicas Departamento de Nutrição</p>	
<p>PROJETO: IMPACTO DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO NUTRICIONAL NA CONSTRUÇÃO DE HÁBITOS ALIMENTARES SAUDÁVEIS EM ADOLESCENTES</p>		
<p>Nome: _____</p>		<p>DATA: ____/____/____</p>

Quais refeições você realiza diariamente?

- DESJEJUM LANCHE DA MANHÃ ALMOÇO LANCHE DA TARDE
 JANTAR

Tem horário para se alimentar? SIM NÃO

Alimenta-se de 3 em 3 horas? SIM NÃO

Costuma substituir as refeições por lanches? SIM NÃO

Seu hábito alimentar se modifica no final de semana?

- SIM NÃO

Já fez ou está fazendo algum tipo de dieta atualmente?

Não.

Sim. Quem orientou?

Consome alimentos *light* ou *diet*?

Não.

Sim. Qual (is)?

Consome alimentos integrais?

Não.

Sim. Qual (is)?



Consome a alimentação fornecida pela escola?

NÃO SIM

Compra lanche na lanchonete da escola ou leva lanche de casa?

Lanchonete Casa Lanchonete e Casa

ANEXO G - QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTO NUTRICIONAL

	<p>Universidade Federal de Juiz de Fora Instituto de Ciências Biológicas Departamento de Nutrição</p>	
<p>PROJETO: IMPACTO DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO NUTRICIONAL NA CONSTRUÇÃO DE HÁBITOS ALIMENTARES SAUDÁVEIS EM ADOLESCENTES</p>		
<p>Nome: _____</p>		<p>DATA: ____/____/____</p>

Responda às questões abaixo de acordo com o que você conhece sobre alimentação saudável.

1) Quantas refeições um indivíduo deve fazer por dia:

- a) Uma a duas
- b) Três
- c) Quatro ou mais

2) Quantas vezes se deve consumir frutas, legumes e verduras por semana:

- a) Três vezes por semana
- b) Quatro vezes por semana
- c) Todos os dias da semana.

3) Para você, o que é uma alimentação saudável:

- a) Devo consumir os alimentos em grandes quantidades
- b) Devo consumir uma variedade de alimentos nas quantidades adequadas
- c) Devo selecionar alguns alimentos e consumi-los em grandes quantidades

4) Quando se deve beber líquidos?

- a) Antes de sentir sede
- b) Somente depois de sentir sede
- c) Quando se sente muita sede

5) Para cada alternativa abaixo assinale um parêntese que deixa a frase correta:

5.a) O pão pertence ao mesmo grupo de alimentos:

da maçã do macarrão da carne

5.b) A laranja pertence ao mesmo grupo de alimentos:

da uva da margarina do iogurte

5.c) O pepino pertence ao mesmo grupo de alimentos:

do tomate do açúcar do arroz

5.d) O frango pertence ao mesmo grupo de alimentos:

do peixe do feijão da farofa

5.e) A manteiga pertence ao mesmo grupo de alimentos:

do mel da geleia da margarina

5.f) O leite pertence ao mesmo grupo de alimentos:

do iogurte do suco de uva do bolo

6) O que devemos evitar comer no dia-a-dia:

a) leite, frutas e carnes

b) queijo branco, bolo simples e pão francês

c) batata frita, açúcar e bolo com cobertura de chocolate

7) Analise as alternativas abaixo e assinale a que fornece uma refeição mais equilibrada:

a) arroz + mandioca + salada + farofa

b) leite + iogurte + fruta + queijo

c) arroz+ feijão + carne + salada

8) Assinale a alternativa que completa corretamente a frase: Uma porção de alimento equivale a quantidade...

a) que devemos comer na refeição



b) a ser consumida durante o dia

c) que consumimos até sentirmos satisfeitos

9) Você considera que existe relação entre a divisão da pirâmide alimentar e a quantidade de alimentos que se deve consumir ao dia?

Sim Não

ANEXO H - QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO

	<p>Universidade Federal de Juiz de Fora Instituto de Ciências Biológicas Departamento de Nutrição</p>	
<p>PROJETO: IMPACTO DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO NUTRICIONAL NA CONSTRUÇÃO DE HÁBITOS ALIMENTARES SAUDÁVEIS EM ADOLESCENTES</p>		
Nome:		DATA: ___/___/___

Nome do Pai:

Estado Civil Paterno:

Escolaridade Paterna:

Condição de trabalho atual: () Emprego Formal () Emprego Informal () Desempregado
 () Aposentado/Pensionista

Nome da Mãe:

Estado Civil Materno:

Escolaridade Materna:

Condição de trabalho atual: () Emprego Formal () Emprego Informal () Desempregada
 () Aposentada/Pensionista

Quantos irmãos a criança/adolescente têm?

RENDA

Renda familiar mensal: R\$

A criança/adolescente contribui com a renda familiar?

MORADIA

Tipo de moradia: () Casa () Apartamento

A residência é: () Alugada () Própria () Cedida

Nº de cômodos da residência:

Nº de moradores da residência:

Possui internet na residência?

ANEXO I - Segundo Modelo de Regressão e Modelo Final não ajustado pelo sexo e idade

```
poisson SATISFAÇÃOC ESTNUTRC DURAÇÃOAFC ESC_MAEC , robust irr
```

```
Iteration 0: log pseudolikelihood = -73.246613
```

```
Iteration 1: log pseudolikelihood = -73.246612
```

```
Poisson regression                               Number of obs   =           76
                                                wald chi2(3)    =           12.95
                                                Prob > chi2     =           0.0047
Log pseudolikelihood = -73.246612              Pseudo R2       =           0.0184
```

SATISFAÇÃOC	IRR	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
ESTNUTRC	1.29013	.1389881	2.36	0.018	1.044556	1.593437
DURAÇÃOAFC	1.377088	.1366351	3.22	0.001	1.133718	1.6727
ESC_MAEC	1.43018	.2172169	2.36	0.018	1.061963	1.926069
_cons	.54321	.0969981	-3.42	0.001	.3828011	.7708366

```
poisson SATISFAÇÃOC GORDC DURAÇÃOAFC ESC_MAEC TRAB_MAEC, robust irr
```

```
Iteration 0: log pseudolikelihood = -64.571636
```

```
Iteration 1: log pseudolikelihood = -64.571382
```

```
Iteration 2: log pseudolikelihood = -64.571382
```

```
Poisson regression                               Number of obs   =           69
                                                wald chi2(4)    =           19.56
                                                Prob > chi2     =           0.0006
Log pseudolikelihood = -64.571382              Pseudo R2       =           0.0430
```

SATISFAÇÃOC	IRR	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
GORDC	1.355186	.1414395	2.91	0.004	1.104485	1.662792
DURAÇÃOAFC	1.370099	.1805858	2.39	0.017	1.058179	1.773963
ESC_MAEC	1.484497	.2032883	2.89	0.004	1.13505	1.941527
TRAB_MAEC	.5231938	.1673693	-2.03	0.043	.2794884	.9794028
_cons	.5702616	.0963127	-3.33	0.001	.4095555	.7940273