

Café da manhã: omissão e fatores associados em escolares de Itajaí, Santa Catarina, Brasil

Breakfast: omission and associated factors in schoolchildren from Itajaí, Santa Catarina state, Brazil

ABSTRACT

HÖFELMANN, D. A.; MOMM, N. Breakfast: omission and associated factors in schoolchildren from Itajaí, Santa Catarina state, Brazil. *Nutrre: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr.* = J. Brazilian Soc. Food Nutr., São Paulo, SP, v. 39, n. 1, p. 40-55, abr. 2014.

Breakfast is one of the three main meals of the day and is considered an important marker of healthy eating habits. The aim of this study was to investigate the prevalence of non-daily consumption of breakfast and the factors associated with this practice in schoolchildren from the municipality of Itajaí, Santa Catarina state, Brazil. To this end, a cross-sectional study was carried out with 533 randomly selected children (n=533) enrolled in a public school. The outcome was the non-daily intake of breakfast. Odds Ratios (OR) - crude and adjusted, and their 95% Confidence Intervals (95% CI) were estimated by Logistic Regression. The response rate was 89.9% (n=533). The average age was 8.5 years. Twenty-five percent of the students surveyed (n=128) did not eat breakfast daily (25.0%, 95% CI, 21.2, 28.7%). The frequency of intake of raw (p=0.009) and cooked vegetables (p=0.011), dairy products (p=0.028), fruit (p=0.001), fruit juice (p=0.011), and beans (p=0.001) was higher among students who had daily breakfast. After analysis adjustment, the following variables remained associated with the habit of not having breakfast daily: not always having meals with the family (OR 2.50, 95% CI, 1.42, 4.42), higher consumption of fruits and vegetables (OR 0.44, 95% CI, 0.26, 0.74), abdominal obesity (OR 2.21, 95% CI, 1.15, 4.26), and negative evaluation of child health by the caregiver (OR 1.96, 95% CI, 1.04, 3.70). Therefore, measures to increase the consumption of breakfast in the school and family environments are important to improve food consumption and children health indicators.

Keywords: Children. Feeding behavior. Breakfast. Food habits.

**DOROTEIA APARECIDA
HÖFELMANN^{1,2};
NAYARA MOMM³**

¹Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – SCS.

²Doutorado e Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

³Nutricionista, Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, Curso de Nutrição.

Endereço para correspondência:

Doroteia Aparecida Höfelmann.
Ministério da Saúde.

Secretaria de Vigilância em Saúde – SCS.

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços – CGDEP.

Quadra 4, Bloco A, Edifício Principal, 5º andar.
CEP 70304-000.

Brasília - DF - Brasil.

E-mail: doroph@yahoo.com.br.

Financiamento:

Artigo 170 da Universidade do Vale do Itajaí, Governo Estadual de Santa Catarina.

Agradecimentos:

Ao apoio financeiro do Artigo 170 da Universidade do Vale do Itajaí/Governo Estadual de Santa Catarina. À Secretaria de Educação de Itajaí e direção da escola por autorizar a realização da pesquisa.

RESUMEN

El desayuno es una de las tres comidas principales del día, y se considera un importante marcador de hábito alimenticio saludable. Este estudio tuvo como objetivo investigar la prevalencia de no desayunar diariamente y los factores asociados a esta práctica escolar en Itajaí, Santa Catarina, Brasil. Estudio transversal con niños matriculados (n=533) en una escuela municipal elegida aleatoriamente. El resultado fue que el desayuno no se realizaba diariamente. Las Razones de Probabilidad (RP) crudas y ajustadas y sus respectivos Intervalos de Confianza del 95% (IC 95%) se calcularon mediante Regresión Logística. La tasa de respuesta fue de 89,9% (n=533). La edad promedio fue de 8,5 años. El 25% de los estudiantes (n=128) no desayunaba diariamente (25,0%, IC 95%: 21,2; 28,7%). La frecuencia de consumo de hortalizas crudas (p=0,009), legumbres cocidas (p=0,011), productos lácteos (p=0,028), frutas (p=0,001), zumos de frutas (p=0,011) y frijoles (p=0,001) fue mayor entre los estudiantes que desayunaron diariamente. Un análisis detallado, asociado al hábito de no desayunar diariamente o desayunar en días alternos, muestra las siguientes variables: no desayunar siempre con la familia (RP 2,50 IC 95%: 1,42; 4,42), mayor consumo de frutas y hortalizas (RP 0,44 IC 95%: 0,26; 0,74), obesidad abdominal (RP 2,21 IC 95%: 1,15; 4,26), y evaluación negativa de la salud del estudiante por el responsable (RP 1,96 IC 95%: 1,04; 3,70). Las medidas que impulsen el consumo del desayuno en el ambiente escolar y familiar son importantes para mejorar tanto el consumo alimenticio como los indicadores de salud infantil.

Palabras clave: Niños. Conducta alimentaria. Desayuno. Hábitos alimenticios.

RESUMO

O café da manhã representa uma das três principais refeições diárias, sendo considerado um importante marcador de hábito alimentar saudável. O objetivo deste estudo foi investigar a prevalência de consumo alimentar não diário do café da manhã e os fatores associados a essa prática em escolares de Itajaí, Santa Catarina, Brasil. Estudo transversal, com crianças matriculadas (n=533) em uma escola municipal por meio de sorteio aleatório. O desfecho foi a realização não diária do desjejum. Razões de Chance (RC) brutas e ajustadas e respectivos Intervalos de Confiança de 95% (IC 95%) foram estimados por meio da Regressão Logística. A proporção de resposta foi de 89,9% (n=533). A idade média foi de 8,5 anos. Dos escolares, 25% (n=128) não ingeriam diariamente o café da manhã (25,0%, IC 95% 21,2; 28,7%). A frequência de consumo de hortaliças cruas (p=0,009), legumes cozidos (p=0,011), laticínios (p=0,028), frutas (p=0,001), suco de frutas (p=0,011) e feijão (p=0,001) foi maior entre os escolares que realizaram diariamente o café da manhã. Depois de análise ajustada, permaneceram associadas ao hábito de não realizar diariamente o desjejum as variáveis: não realizar sempre as refeições com a família (RC 2,50 IC 95% 1,42; 4,42); maior consumo de frutas e hortaliças (RC 0,44 IC 95% 0,26; 0,74); obesidade abdominal (RC 2,21 IC 95% 1,15; 4,26); e avaliação negativa da saúde do escolar pelo responsável (RC 1,96 IC 95% 1,04; 3,70). Medidas de incentivo ao consumo do café da manhã no ambiente escolar e familiar são importantes para melhorar o consumo alimentar e os indicadores de saúde infantil.

Palavras-chave: Crianças. Comportamento alimentar. Desjejum. Hábitos alimentares.

INTRODUÇÃO

O café da manhã ou desjejum é uma das três principais refeições diárias¹, frequentemente é definido como a primeira refeição do dia, que rompe o jejum involuntário após o período de sono noturno.^{2,3}

Os alimentos que compõem o café da manhã variam de acordo com a cultura. Em regiões urbanas de países do ocidente, destaca-se a ingestão quase generalizada de algum tipo de leite, de pão e de cereais.⁴ O café da manhã tradicional brasileiro é composto por café com leite e pão com manteiga ou margarina⁵, versões mais completas podem incluir: frios, biscoitos, bolos, frutas e sucos de fruta.⁵ Desta forma, a realização do desjejum representa uma oportunidade para o consumo de alimentos ricos em nutrientes como cálcio, proteínas, vitaminas, minerais e fibras.²

Diversos estudos apontam os efeitos benéficos associados ao consumo frequente do café da manhã.⁶⁻⁸ Dentre os benefícios destacam-se: diminuição do excesso de peso^{7,8} e melhoria do rendimento escolar, incluindo melhor desempenho cognitivo, atenção, memória para atividades escolares e frequência escolar.⁹

Apesar de todos os benefícios desta refeição, a redução de seu consumo é uma das características da alimentação na contemporaneidade.^{6,10} Em adolescentes brasileiros, Gambardella, Frutuoso e Franchi (1999)¹¹ observaram que o desjejum foi a refeição mais frequentemente negligenciada. O aumento do número de indivíduos morando sozinhos, a falta de tempo para realizar refeições e particularidades no consumo de pratos diferentes pelos membros da família têm sido citados como características que favorecem o declínio do hábito de realizar o café da manhã.^{10,12,13}

Trancoso, Cavalli e Proença (2010)⁴, com base na revisão da literatura, destacaram que o perfil dos não consumidores desta refeição é composto por pessoas com baixa frequência de atividade física, fumantes, que fazem uso frequente de álcool, apresentando sobrepeso e obesidade (principalmente adiposidade visceral), que fazem dietas restritivas sem acompanhamento, bem como por crianças e adolescentes com déficit no aprendizado.

Considerando a evidência de que os hábitos alimentares estabelecidos na infância e adolescência tendem a continuar na fase adulta, juntamente com os achados de que a omissão do café da manhã aumenta com a idade, a identificação dos comportamentos relacionados ao desjejum em crianças e adolescente é imperativa.¹⁴

A literatura internacional apresenta diversos estudos sobre o café da manhã.^{7,8,15} No Brasil, os artigos publicados utilizando o café da manhã como desfecho, analisando fatores associados ao seu consumo são inexistentes.

Desta forma, objetivou-se investigar a prevalência da omissão diária do café da manhã e os fatores associados a esta prática em escolares de Itajaí, Santa Catarina, Brasil.

MÉTODOS

Para este estudo transversal, foram selecionados escolares do 1º ao 5º ano de uma escola municipal de Itajaí, Santa Catarina. A coleta de dados foi realizada no período de junho e agosto de 2011. A instituição em 2011 oferecia as séries iniciais para 627 crianças, distribuídas em turmas

no período matutino ou vespertino (4 horas de aula/dia). A alimentação escolar era oferecida uma vez em cada período, contudo, os alunos também podiam levar alimento do domicílio.

O município de Itajaí, localizado no Vale do Itajaí, apresentava em 2010 uma população de 183.373 habitantes, distribuídos em 288,274 Km².¹⁶ As atividades econômicas principais do município são o porto, o comércio atacadista de combustível e pesca, além do setor de produção industrial.¹⁷

No cálculo do tamanho amostral inicial, admitiu-se prevalência de 50% do desfecho para ampliar o tamanho da amostra, com margem de erro de três pontos percentuais e nível de confiança de 95%, totalizando 395 escolares. Para compensar recusas e permitir maior poder estatístico nas análises entre desfecho e exposições estudadas, acrescentaram-se 30%, o que totalizou uma amostra de 514 alunos. A partir do cálculo de amostra a posteriori, considerando os 533 escolares avaliados, e prevalência do desfecho de 25%, mantido o nível de confiança de 95%, a margem de erro caiu para 1,5 pontos percentuais. As estimativas foram calculadas no programa Epi Info 6.04 (*Center of Control of Diseases*, EUA).

Um questionário foi enviado aos responsáveis pelas crianças para ser autopreenchido e, assim, viabilizar a caracterização do perfil socioeconômico e os comportamentos relacionados à saúde. Para facilitar o preenchimento das variáveis, o questionário continha instruções de preenchimento. Além disso, a pesquisadora se dispôs a prestar maiores esclarecimentos aos pais interessados, via telefone ou de forma presencial na própria escola.

As variáveis socioeconômicas e demográficas questionadas aos responsáveis referiram-se a: escolaridade (anos de estudo concluído ≤ 4 ; entre 5 e 8 ou ≥ 9); idade (maior ou menor de trinta anos); condição de posse da moradia (própria, alugada ou cedida); cor da pele: branca e outras (parda, negra, amarela e indígena); e estado nutricional por meio do peso e da altura autorreferidos. Do escolar, foram investigados a data de nascimento (em anos completos) e o hábito de realizar as refeições com a família, e na frente da televisão (não, às vezes ou sempre). Os hábitos relacionados à saúde referiram-se à classificação do responsável quanto à saúde e alimentação do escolar entre positiva (boa/muito boa/regular) ou negativa (ruim/muito ruim), atividade física (ocorrência, tipo e frequência) realizada pela criança. Aspectos relacionados ao estado de saúde como uso de medicamentos e hospitalização da criança no último ano (sim ou não), presença de constipação (nunca, às vezes ou sempre) também foram questionados.

Coletou-se também o tempo dispensado em atividades de lazer inativo (televisão, computador ou *videogame*, em número de horas diárias) foi classificado como adequado quando inferior a duas horas semanais. As horas semanais de prática esportiva (soma das horas semanais dedicadas a atividades físicas regulares) foram consideradas adequadas quando superiores a 180 minutos semanais. Os pontos de corte para as duas variáveis foram estabelecidos com base em resultados de outros estudos.^{18,19}

O Questionário de Frequência de Consumo Alimentar (QFCA) foi proposto por Molina et al. (2010)²⁰ em estudo com escolares do primeiro ciclo do ensino fundamental em Vitória (ES). O QFCA foi preenchido pelos responsáveis pelas crianças, composto por 18 itens alimentares. A definição dos itens foi baseada em estudos realizados no Brasil com crianças²¹ ou adolescentes.²² O peixe foi incluído pelos autores por ser típico da região do estudo, e estar presente nas

recomendações alimentares para a população brasileira. Como Itajaí é uma cidade litorânea, os autores do presente estudo optaram por manter a sugestão proposta por Molina et al.(2010).²⁰

Molina et al. (2010)²⁰ testaram a reprodutibilidade do QFCA em subamostra similar à população do seu estudo e obtiveram concordância moderada (kappa entre 0,6 e 0,8) ou muito boa (kappa > 0,8). Os alimentos que não obtiveram concordância igual ou acima de 0,6 não foram computados para fins de análise, como os “embutidos” e “tubérculos cozidos”. Os itens “arroz” e “carne de boi/frango” não foram incluídos por não serem discriminantes da alimentação habitual desse grupo.²³ Os alimentos ou grupos alimentares que permaneceram no questionário foram: feijão, macarrão instantâneo, carne/frango, peixes e mariscos, batata frita/ mandioca ou aipim frito/banana frita, salada crua, batata cozida/mandioca ou aipim cozido, legumes cozidos (menos batata e mandioca/aipim), maionese/manteiga, hambúrguer/cachorro-quente, leite/iogurte/queijos, frutas, suco de fruta natural, refrigerante, salgados (coxinha, pastel), doces/balas/sobremesa, presunto/salame/mortadela/linguiça e biscoito (*chips*/recheado), além do ato de realizar o desjejum.

Os itens do questionário alimentar foram reduzidos por meio de análise fatorial de principal fator, com rotação ortogonal com auxílio do programa Stata. A adequação da amostra para realização da análise foi avaliada por meio do teste de Kaiser Meyer Olkin²⁴ e atingiu valor global de 0,89. Depois da rotação ortogonal, três fatores apresentaram autovalores superiores a 1,0: 2,43, 2,08 e 1,64. Com base nesta avaliação, bem como no gráfico *scree* e similaridade entre os nutrientes que se destacam nos alimentos com cargas fatoriais próximas de 0,3 nos fatores, optou-se por extrair três dimensões: 1) alimentos tipo *fast food*: macarrão instantâneo, batata frita, hambúrguer/cachorro-quente/ maionese/manteiga, refrigerante, salgados fritos, doces, embutidos, biscoito recheado; 2) frutas, hortaliças e peixe: peixes e mariscos, salada crua, batata cozida, legumes cozidos, frutas, suco de frutas natural; 3) carne/frango, laticínios, feijão. As frequências de consumo dos fatores foram então classificadas segundo os tercís de distribuição baixa, média e alta. A consistência interna dos itens componentes de cada grupo foi analisada por meio do teste Alpha de Cronbach²⁵ e atingiu valores de 0,79, 0,73 e 0,69 para os grupos 1, 2 e 3, respectivamente. As cargas fatoriais variaram de 0,3 para peixe a 0,6 para mandioca frita e frutas.

As variáveis peso e altura das crianças foram obtidas respectivamente por meio da balança digital Plenna[®] e estadiômetro Seca[®], seguindo a metodologia de Lohman et al. (1988).²⁶ Os dados foram tabulados e analisados quanto ao Índice de Massa Corpórea (IMC), de acordo com os percentis para idade²⁷, com os pontos de corte propostos pelo Ministério da Saúde²⁸. Para as análises, foi criada a variável excesso de peso: não (desnutrição e eutrofia) ou sim (sobrepeso e obesidade). A circunferência da cintura foi aferida com uma trena antropométrica inextensível Wiso[®] no perímetro mais estreito, entre a última costela e a crista ilíaca sem comprimir os tecidos.²⁹ Ressalta-se que os dados de peso e altura utilizados para classificação do estado nutricional dos responsáveis foram autorreferidos.

Todos os questionários foram duplamente digitados no aplicativo Microsoft Excel[®] e conferidos no programa EpiInfo 6.04.

O desfecho foi a realização não diária do café da manhã pelo escolar, identificada a partir do questionamento ao responsável em relação ao número de dias da semana nos quais a criança ingeria o café da manhã. A frequência inferior a sete dias foi considerada o desfecho. O conceito de café da manhã não foi explicitado no questionário, baseou-se na percepção do indivíduo sobre

esta refeição, um dos quatro aspectos utilizados na definição dessa refeição, que inclui o tipo de alimento frequentemente consumido, a realização da refeição em uma hora específica do dia, e o fato de ser a primeira refeição consumida após o período de sono noturno (SIEGA-RIZ; POPKIN; CARSON, 1998; RAMPERSAUD, 2009).^{11,30}

A frequência semanal diária de café da manhã foi considerada no estudo. Esta frequência é baseada na recomendação do Guia Alimentar da População Brasileira, que inclui na sua primeira diretriz a recomendação para realizar diariamente ao menos três refeições ao dia, o que inclui o café da manhã, o almoço e o jantar, e mais dois lanches saudáveis.¹

A prevalência de consumo não diário do café da manhã em relação às variáveis de exposição foi comparada por meio das Razões de Chances (RC) e respectivos Intervalos de Confiança de 95% (IC 95%), calculados por meio da regressão logística não condicional. A entrada das variáveis no modelo de análise seguiu modelo hierárquico.³¹

As variáveis do responsável ($p < 0,25$) foram incluídas inicialmente no modelo e, posteriormente, variáveis infantis como sexo e faixa etária, seguidas daquelas ligadas ao comportamento alimentar, atividade física e estado nutricional. A presença de constipação e uso de medicamentos foram em seguida incluídas no modelo e, ao final, a avaliação de saúde pelos pais. Incluiu-se na análise multivariável aquelas variáveis que alcançaram até o nível de confiança de 25% na análise bivariada, e se mantiveram no modelo final aquelas cujo valor de $p \leq 0,10$.³² (refeições com a família, obesidade abdominal e frequência de consumo de hortaliças e frutas). Adicionalmente, a frequência semanal de consumo alimentar de cada um dos itens componentes do QFCA foi comparado ao consumo diário ou não do café da manhã, por meio do teste não paramétrico de Mann Whitney. As análises foram realizadas com auxílio do programa Stata10.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, por meio de parecer substanciado número 99/11a. Sendo a autorização de coleta de dados fornecida por meio da assinatura do responsável pela criança no termo de consentimento que detalhava as etapas do estudo.

RESULTADOS

A proporção de resposta foi de 89,9% ($n=533$) dos alunos. A idade média dos escolares avaliados foi de 8,5 anos (mínimo de 5,8 anos e máximo de 15,1 anos). A distribuição de meninos e meninas foi similar (50,3% meninas). A maioria dos escolares era eutrófica (67,7%). Os responsáveis foram predominantemente do sexo feminino (83,2%). A maior parte das mães apresentou oito ou mais anos de estudo (81,8%) (Tabela 1).

Um quarto dos escolares ($n=128$) não ingeria diariamente o café da manhã (25,0%, IC 95% 21,2; 28,7%). A frequência de consumo de verduras cruas, legumes cozidos, laticínios, frutas, suco de frutas e feijão foi maior entre os escolares que realizaram diariamente o café da manhã (Tabela 2).

Na análise bruta, as variáveis: obesidade abdominal infantil, inatividade física, obesidade do responsável, não realizar refeições com a família, constipação intestinal, percepção negativa da qualidade da dieta e da saúde infantil segundo os pais, bem como menor consumo de hortaliças e alimentos proteicos, estiveram significativamente associados ao desfecho (Tabela 3).

Tabela 1 - Descrição das variáveis das crianças e seus respectivos responsáveis, matriculados em uma instituição escolar de Itajaí/SC, 2011

Variáveis	n	%	IC 95%
Categorias			
<i>Responsável</i>			
Sexo			
Masculino	83	16,8	13,7; 20,5
Feminino	411	83,2	79,5; 86,3
Idade			
Até 30 anos	185	38,2	33,9; 42,7
Maior de 30 anos	299	61,8	57,3; 66,1
Estado nutricional			
Baixo peso	10	2,2	1,1; 4,2
Eutrofia	213	47,2	42,6; 52,0
Sobrepeso	165	36,6	32,2; 41,2
Obesidade	63	14,0	11,0; 17,6
Escolaridade mãe			
≤ 4 anos	91	18,2	15,0; 21,9
5 - 8 anos	224	44,8	40,4; 49,3
≥ 9 anos	185	37,0	32,8; 41,4
<i>Escolar</i>			
Sexo			
Masculino	260	49,7	45,4; 54,1
Feminino	263	50,3	45,9; 54,6
Idade			
6 a 9 anos	419	80,1	76,7; 83,5
10 anos ou mais	104	19,9	16,5; 23,3
Estado nutricional			
Baixo peso	12	2,4	1,3 ; 4,2
Eutrofia	341	67,7	63,4 ; 71,7
Sobrepeso	93	18,5	15,2 ; 22,2
Obesidade	58	11,5	8,9 ; 14,7
Obesidade abdominal			
Não	459	91,1	88,2 ; 93,3
Sim	45	8,9	6,7 ; 11,8
Lazer inativo			
Até 2 horas/dia	226	72,2	66,8; 77,0
Mais de 2 horas/dia	87	27,8	23,0; 33,2
Avaliação de saúde pelo responsável			
Positiva	465	89,4	86,4; 91,9
Negativa	55	10,6	8,1; 13,6
Avaliação da alimentação pelo responsável			
Positiva	417	80,7	76,9; 83,9
Negativa	100	19,3	16,1; 23,1

IC 95%= Intervalo de Confiança de 95%.

Tabela 2 - Distribuição da frequência semanal de consumo dos alimentos e/ou grupos alimentares de acordo com o consumo do café da manhã entre escolares de Itajaí, Santa Catarina, 2010

Alimentos/grupos	Café da Manhã Diário		
	Sim	Não	P*
	Mediana (P ₂₅ -P ₇₅)	Mediana (P ₂₅ -P ₇₅)	
Macarrão instantâneo	1 (0-2)	1 (0-2)	0,774
Carne/frango	5 (3-7)	5 (2-7)	0,166
Peixes e mariscos	0 (0-1)	0 (0-1)	0,213
Batata, aipim, banana fritos	0 (0-3)	1 (0-2)	0,510
Verduras cruas	3 (0-5)	2 (0-4)	0,009
Batata ou aipim cozidos	2 (0-3)	1 (0-3)	0,093
Legumes cozidos	1 (0-4)	0 (0-2)	0,011
Maionese/manteiga	1 (0-5)	1 (0-4)	0,505
Hambúrguer/cachorro-quente	1 (0-2)	1 (0-2)	0,860
Leite/Iogurte/Queijos	6 (3-7)	5 (2-7)	0,028
Frutas	4 (2-7)	3 (0-5)	0,001
Suco de frutas natural	1 (0-4)	0 (0-3)	0,011
Refrigerante	2 (0-3)	2 (0-4)	0,130
Salgados (coxinha, pastel, etc.)	1 (0-2)	0 (0-2)	0,746
Doces/balas/sobremesa	3 (1-5)	2 (0-5)	0,342
Presunto/salame/mortadela linguiça	2 (0-4)	2 (0-4)	0,272
Biscoito (<i>chips</i> /recheado)	3 (1-6)	3 (1-5)	0,556
Feijão	6 (3-7)	5 (2-7)	0,001

* Teste de Mann Whitney. P₂₅ = Percentil 25; P₇₅ = Percentil 75.

Depois da análise ajustada, permaneceram associadas ao hábito de não realizar diariamente o café da manhã as variáveis: não realizar sempre as refeições com a família (RC 2,50 IC 95% 1,42; 4,42), maior consumo de frutas e hortaliças (RC 0,44 IC 95% 0,26; 0,74), e avaliação negativa da saúde do escolar pelo seu responsável (RC 1,96 IC 95% 1,04; 3,70). As crianças que não realizaram o café da manhã diariamente, ainda tiveram chances duas vezes maiores de apresentar obesidade abdominal (RC 2,21 IC 95% 1,15; 4,26) (Tabela 3).

Tabela 3 - Razões de Chance (RC) e Intervalos de Confiança de 95% (IC95%) da associação entre realização não diária do café da manhã e variáveis do responsável e do escolar de Itajaí, Santa Catarina, 2010

Variáveis	% (n)	RC bruta (IC 95%)	P*	RC ajustada (IC 95%)	P*
Responsável					
Sexo			0,666		
Masculino	26,8 (22)	1			
Feminino	24,6 (99)	0,89 (0,52; 1,52)			
Faixa etária			0,067		
18-30 anos	19,8 (36)	1			
30 e mais	27,2 (80)	1,52 (0,97; 2,37)			
Escolaridade materna			0,180		
0-4 anos	20,0 (18)	0,67 (0,36; 1,23)			
5-8 anos	23,5 (51)	0,83 (0,52; 1,29)			
9 e mais	27,2 (50)	1			
IMC			0,030		
Desnutrição/Eutrofia	19,6 (43)	1			
Sobrepeso	26,1 (43)	1,44 (0,89; 2,34)			
Obesidade	31,8 (20)	1,90 (1,02; 3,56)			
Escolar					
Sexo			0,133		
Masculino	22,1 (56)	1			
Feminino	27,8 (72)	1,36 (0,91; 2,04)			
Idade (anos)			0,365		
Até 9,99	24,1 (99)	1			
10 e mais	28,4 (29)	1,25 (0,77; 2,04)			
Refeições com a família			0,001		0,002
0-3 x/semana	22,8 (102)	2,49 (1,42; 4,37)		2,50 (1,42; 4,42)	
4-7 x/semana	42,4 (25)	1		1	
Excesso de peso			0,321		
Não	23,6 (81)	1			
Sim	27,8 (42)	1,25 (0,81; 1,93)			

* Teste de Wald. IMC = Índice de Massa Corporal; Dp=Desvio padrão.

Tabela 3 - Continuação...

Variáveis	% (n)	RC bruta (IC 95%)	P*	RC ajustada (IC 95%)	P*
Obesidade abdominal			0,002		0,017
Não	22,9 (103)	1		1	
Sim	44,4 (20)	2,70 (1,44; 5,05)		2,21 (1,15; 4,26)	
Atividade física			0,042		
Sim	20,4 (44)	1			
Não	28,3 (84)	1,54 (1,02; 2,34)			
Frequência consumo de alimentos tipo <i>fast food</i>			0,712		
Baixa	27,0 (50)	1			
Média	22,0 (35)	0,76 (0,57; 1,48)			
Alta	25,4 (43)	0,92 (0,27; 0,51)			
Frequência consumo frutas, hortaliças e peixes			0,001		0,002
Baixa	31,9 (59)	1		1	
Média	25,0 (42)	0,71 (0,45; 1,13)		0,73 (0,46; 1,18)	
Alta	16,9 (27)	0,43 (0,26; 0,73)		0,44 (0,26; 0,74)	
Frequência consumo carne/frango, laticínios, feijão			0,005		
Baixa	31,9 (61)	1			
Média	22,4 (41)	0,61 (0,39; 0,98)			
Alta	18,7 (26)	0,49 (0,29; 0,83)			
Avaliação qualidade dieta pais			0,006		
Positiva	22,4 (92)	1			
Negativa	36,1 (35)	1,96 (1,22; 3,15)			
Constipação intestinal			0,006		
Não	22,2 (87)	1			
Sim	34,8 (41)	1,87 (1,19; 2,92)			
Avaliação saúde criança			0,037		
Positiva	23,4 (107)	1			
Negativa	38,9 (21)	2,08 (1,16; 3,75)			

* Teste de Wald. IMC = Índice de Massa Corporal; Dp=Desvio padrão.

DISCUSSÃO

Aproximadamente um quarto dos escolares não efetuava o café da manhã diariamente. Este hábito foi mais comum entre aqueles que não realizavam as refeições sempre com a família, que apresentavam menor consumo de frutas e hortaliças, obesidade abdominal e avaliação mais negativa de sua saúde pelo responsável.

A prevalência de omissão do café da manhã observada foi inferior àquela encontrada em estudos realizados com adolescentes no Brasil: 55%¹¹ e 37%³³, e similar àquela observada entre crianças e adolescentes do País (19,5%).³⁴ Nos estudos selecionados na revisão de Trancoso, Cavalli e Proença (2010)⁴, as prevalências situaram-se no intervalo de 5% a 55%, em adolescentes e crianças da cidade de Santander, Espanha³⁵ e adolescentes de escolas estaduais de Santo André (SP)¹¹, respectivamente. As razões apontadas pelas crianças para não realizar o café da manhã incluem: falta de tempo ou de fome e realização de dietas para perder peso.^{36,37} Trancoso, Cavalli e Proença (2010)⁴ ainda reforçam que a falta de incentivo para a criação de um hábito alimentar saudável que inclua o consumo do café da manhã também influencia a omissão dessa refeição entre as crianças.

Características ligadas aos pais e/ou ao ambiente familiar estiveram associadas ao desfecho, incluindo a obesidade dos pais e o hábito de não realizar a maior parte das refeições com a família. Pais e filhos tendem a compartilhar características socioeconômicas e comportamentos relacionados à saúde inadequados. Pearson et al. (2012)³⁸ observaram que as crianças que percebiam que suas mães omitiam o café da manhã foram mais propensas a apresentar o mesmo comportamento.

O hábito de realizar refeições com a família é considerado fundamental, pois tem potencial para atuar em diferentes funções vitais incluindo a socialização da criança.³⁹ Refeições com a família envolvem atividades como a compra de alimentos, a preparação, comer e conversar; e proveem oportunidade para que os pais apresentem comportamentos alimentares saudáveis que servirão de modelo para os filhos.⁴⁰ Evidências de estudos transversais e longitudinais indicam aumento do consumo de frutas e hortaliças nas refeições com a família.⁴¹⁻⁴³

Adicionalmente, Sugiyama et al. (2012)¹⁵ verificaram que a ingestão de peixes, hortaliças e frutas foi significativamente maior entre adolescentes que ingeriam o café da manhã com seus responsáveis, do que aqueles que realizavam a refeição sozinhos.¹⁵ Entre os escolares avaliados, aqueles com maior prevalência de jejum diário apresentaram maior consumo de verduras cruas, legumes cozidos, laticínios, frutas, suco de frutas e feijão.

Rampersaud et al. (2005)⁶, em estudo de revisão, constataram que os tipos de alimentos consumidos no café da manhã foram similares em vários grupos populacionais. Leite, diferentes tipos de pão e cereais matinais são os alimentos mais consumidos no café de crianças de diversos países.⁷ Pessoas que consomem o café da manhã tendem a ter uma dieta de melhor qualidade, devido às melhores escolhas ao longo do dia, tais como o maior consumo de vegetais e leite, menor ingestão de bebidas carbonadas e batatas fritas.^{44,45}

Escolares que realizavam o café da manhã diariamente associaram outras práticas benéficas à saúde incluindo realização de atividades físicas, e hábitos alimentares mais saudáveis. Reflexo destes hábitos é a melhor avaliação da qualidade da dieta infantil pelos pais das crianças que realizaram

esta refeição diariamente. Índices formais para a avaliação da qualidade da dieta incluem o café da manhã como indicador positivo.^{20,46}

Provavelmente tais práticas tenham contribuído para uma situação melhor de saúde, com menor acúmulo de gorduras na região abdominal, menor prevalência de constipação intestinal e avaliação de sua saúde e dieta de forma mais positiva pelos pais.

Apesar de as pesquisas fortemente apoiarem a associação entre o consumo do café da manhã e a adequação da dieta, a relação entre o consumo de café da manhã e o peso corporal não está tão bem estabelecida.⁶ Em estudo de revisão sobre a associação entre o consumo de café da manhã e o peso corporal, Szajewska e Ruszczynski (2010)⁸ observaram que 13 dos 16 estudos selecionados, os quais totalizaram 57.481 avaliados, consistentemente demonstraram um efeito protetor do café da manhã para excesso de peso ou obesidade entre crianças e adolescentes europeus. A melhor distribuição da energia consumida ao longo das refeições diárias é considerada uma das características que tornam o café da manhã protetor para excesso de peso.⁴⁷ Por outro lado, Toschke et al. (2009)⁴⁸ concluíram que a maior frequência de refeições esteve inversamente associada com a obesidade infantil, e esta associação não foi explicada por potenciais fatores de confusão ou o consumo regular do café da manhã.

Entre os escolares avaliados observou-se uma associação significativa entre a omissão do café da manhã e a presença de obesidade abdominal. Resultados similares foram observados por outros autores.^{49,50} Dados de coorte de nascimento britânica de 1946 apontaram que o aumento da ingestão de carboidratos pela manhã com redução do consumo de gordura pode ter efeito protetor no desenvolvimento da síndrome metabólica e seus componentes.⁵¹ Os autores destacaram a associação particularmente importante entre consumo de carboidratos pela manhã e menor probabilidade de apresentar obesidade abdominal.⁵¹

Evidências apontaram que o consumo do café da manhã reduz o ganho de peso por aumentar a saciedade e diminuir a ingestão compulsiva de alimentos mais tarde no dia. O consumo de cereais ricos em fibras e alimentos com grãos integrais, melhora a saciedade e diminui o comer compulsivo no almoço ou mais tarde na escola.⁵²

Contudo, é importante salientar algumas limitações do presente estudo. Dentre aquelas ligadas ao desfecho, destaca-se a variedade de definições para o café da manhã, particularmente em relação à sua frequência, mas também aos tipos de alimentos consumidos, e aos horários do dia. Conforme Rampersaud et al. (2005)⁶, diferentes definições são utilizadas para caracterizar os consumidores de café da manhã nos estudos, incluindo: consumo diário, todos os dias de escola, a ingestão no dia do estudo, um número mínimo de vezes na semana, ou consumo usual ou habitual. Tais inconsistências limitam a comparabilidade entre os diferentes estudos.

Outro aspecto a ser analisado com cautela está relacionado ao delineamento transversal do estudo. Desta forma, não é possível inferir relações de causa e efeito entre a omissão do café da manhã e as variáveis analisadas. Por outro lado, os achados são similares àqueles observados em outros estudos, incluindo aqueles com delineamentos longitudinais.^{51,53} A boa proporção de resposta dos escolares e os procedimentos adotados para garantir a qualidade dos dados reforçam a validade interna dos resultados. Desta forma, o estudo acrescenta dados importantes sobre os comportamentos relacionados à omissão do café da manhã entre escolares.

A ingestão do desjejum saudável diariamente, que inclua uma variedade de alimentos, especialmente à base de grãos integrais ricos em fibras e nutrientes, frutas e laticínios, é importante para a saúde infantil. O café da manhã como parte de uma alimentação e estilo de vida saudável tem impacto positivo na saúde e bem-estar das crianças. Os pais devem ser encorajados a garantir o café da manhã para seus filhos ou mesmo explorar a disponibilidade de programas para a refeição na escola.⁶

Por fim, destaca-se a importância de programas governamentais que incentivem a realização do café da manhã pelas crianças, incluindo atividades educativas com os pais, que reforcem a importância da realização de refeições em família, como forma de garantir não apenas a realização como também a qualidade desta importante refeição.

CONCLUSÃO

Os resultados apontam a omissão diária do café da manhã por um quarto dos avaliados. Este hábito alimentar foi associado à realização não frequente das refeições com a família, ao menor consumo de frutas e hortaliças e a percepção negativa dos responsáveis quanto à saúde dos escolares.

Reconhecendo que o estilo de vida adotado na infância é reflexo do comportamento dos responsáveis e pode persistir na vida adulta, interferindo diretamente nos indicadores de saúde infantil, fica clara a importância de medidas de incentivo ao consumo do café da manhã nos ambientes em que a criança está inserida.

REFERÊNCIAS/REFERENCES

1. Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. Brasília: Ministério da Saúde; 2008a.
2. Affenito SG. Breakfast: a missed opportunity. *J Am Diet Assoc.* 2007;107(4):565-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jada.2007.01.011>
3. Houaiss A, Villar MS. Dicionário da língua brasileira. 2. ed. Rio de Janeiro: Objetiva; 2004.
4. Trancoso SC, Cavalli SB, Proença RPC. Café da manhã: caracterização, consumo e importância para a saúde. *Rev Nutr.* 2010;23(5):859-69. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732010000500016>
5. Santos JS, Costa MCO, Lopes Nascimento CS, Silva MCM, Souza KEP, Melo BO. Perfil antropométrico e consumo alimentar de adolescentes de Teixeira de Freitas - Bahia. *Rev Nutr.* 2005;18(5):623-32. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732005000500005>
6. Rampersaud GC, Pereira MA, Girard BL, Adams J, Metz J. Breakfast habits, nutritional status, body weight, and academic performance in children and adolescents. *J Am Diet Assoc.* 2005;105(5):743-60. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jada.2005.02.007>
7. De La Hunty A, Gibson S, Ashwell M. Does regular breakfast cereal consumption help children and adolescents stay slimmer? A systematic review and meta-analysis. *Obes Facts.* 2013;6(1):70-85. <http://dx.doi.org/10.1159/000348878>
8. Szajewska H, Ruszczyński M. Systematic review demonstrating that breakfast consumption influences body weight outcomes in children and adolescents in Europe. *Crit Rev Food Sci Nutr.* 2010;50(2):113-9. <http://dx.doi.org/10.1080/10408390903467514>
9. Liu J, Hwang WT, Dickerman B, Compher C. Regular breakfast consumption is associated with increased IQ in kindergarten children. *Early*

- Hum Dev. 2013;89(4):257-62. <http://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2013.01.006>
10. Siega-Riz AM, Popkin BM, Carson T. Trends in breakfast consumption for children in the United States from 1965 to 1991. *Am J Clin Nutr.* 1998;67(4):748S-56S.
 11. Gambardella AND, Frutuoso MPF, Franchi C. Prática alimentar de adolescentes. *Rev Nutr.* 1999;12(1):5-19. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52731999000100005>
 12. Song W, Chun OK, Obayashi S, Cho S, Chung CE. Is consumption of breakfast associated with body mass index in US adults? *J Am Diet Assoc.* 2005;105(9):1373-82. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jada.2005.06.002>
 13. Lambert JL, Batalha MO, Sproesser RL, Silva AL, Lucchese T. As principais evoluções dos comportamentos alimentares: o caso da França. *Rev Nutr.* 2005;18(5):577-91. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732005000500001>
 14. Pearson N, Biddle SJ, Gorely T. Family correlates of breakfast consumption among children and adolescents. A systematic review. *Appetite.* 2009;52(1):1-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2008.08.006>
 15. Sugiyama S, Okuda M, Sasaki S, Kunitsugu I, Hobara T. Breakfast habits among adolescents and their association with daily energy and fish, vegetable, and fruit intake: a community-based cross-sectional study. *Br J Nutr.* 2012;117(5):408-14.
 16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Mulheres mais escolarizadas são mães mais tarde e têm menos filhos. IBGE; 2010 [cited 2012 Sept 17]. Available from: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1717&id_pagina=1.
 17. Itajaí. Secretaria de Estado de Desenvolvimento Regional - SDR. 2010 [cited 2012 Oct 5]. Available from: http://www.iai.sdr.sc.gov.br/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=70.
 18. Campos LF, Gomes JM, Oliveira JC. Obesidade Infantil, Atividade Física e Sedentarismo em crianças do 1º ciclo do ensino básico da cidade de bragança (6 a 9 anos). *Motriz.* 2008;4(3):17-24.
 19. Costa FF, Assis MAA. Nível de atividade física e comportamentos sedentários de escolares de sete a dez anos de Florianópolis-SC. *Rev. Bras Ativ Fís Saúde.* 2011;16(1):48-54.
 20. Molina MCB, Lopéz PM, Faria CP, Cade NV, Zandonade E. Preditores socioeconômicos da qualidade da alimentação de crianças. *Rev Saúde Públ.* 2010;44(5):785-92. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010005000036>
 21. Mondini L, Levy RB, Saldiva SRDM, Venâncio SI, Aguiar JA, Stefanini MLR. Prevalência de sobrepeso e fatores associados em crianças ingressantes no ensino fundamental em um município da região metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2007;23(8):1825-34. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000800009>
 22. Castro IRR, Cardoso LO, Engstrom EM, Levy RB, Monteiro CA. Vigilância de fatores de risco para doenças não transmissíveis entre adolescentes: a experiência da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2008;24(10):2279-88. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001000009>
 23. Willet W. Reproducibility and validity of food frequency questionnaires. *Textbook of nutritional epidemiology.* New York: Oxford University Press; 1998.
 24. Kaiser HF. An index of factorial simplicity. *Psychometrika.* 1974;39(1):31-6. <http://dx.doi.org/10.1007/BF02291575>
 25. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of the tests. *Psychometrika.* 1951;16(3):297-334. <http://dx.doi.org/10.1007/BF02310555>
 26. Lohman T, Roche A, Martorell R. *Anthropometric Standardization Reference Manual.* Champaign: Human Kinetics Books; 1988.
 27. World Health Organization - WHO. Growth reference data for 5-19 years. WHO; 2007 [cited 2012 July 20]. Available from: <http://www.who.int/growthref/en/>.

28. Brasil. Ministério da Saúde. Vigilância Alimentar e Nutricional SISVAN: Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde - Norma Técnica – SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde; 2008b.
29. Taylor RW, Jones IE, Williams SM, Goulding A. Evaluation of waist circumference, waist-to-hip ratio, and the conicity index as screening tools for high trunk fat mass, as measured by dual-energy X-ray absorptiometry, in children aged 3-19 y. *Am J Clin Nutr.* 2000;72(2):490-5.
30. Rampersaud GC. Benefits of breakfast for children and adolescents: update and recommendations for practitioners. *Am J Lifestyle Med.* 2009;3(2):86-103. <http://dx.doi.org/10.1177/1559827608327219>
31. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol.* 1997;26(1):224-7. <http://dx.doi.org/10.1093/ije/26.1.224>
32. Kirkwood B. *Essentials of medical statistics.* Oxford: Blackwell; 1988.
33. Vieira VCR, Priore SE, Ribeiro SMR, Franceschini SCC, Almeida LP. Perfil socioeconômico, nutricional e de saúde de adolescentes recém-ingressos em uma universidade pública brasileira. *Rev Nutr.* 2002;15(3):273-82. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732002000300003>
34. Sturion GL, Da Silva MV, Ometto AMH, Furtuoso MCO, Pipitone MAP. Fatores condicionantes da adesão dos alunos ao Programa de Alimentação Escolar no Brasil. *Rev Nutr.* 2005;18(2):167-81. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732005000200001>
35. Figuero CR, Rivas PMR, Lanza A, Fuentes MG, Leguina DG. Desayuno y almuerzo de los adolescentes escolarizados de Santander. *Nutr Hosp.* 2005;20(3):217-22.
36. Shaw ME. Adolescent breakfast skipping: An Australian study. *Adolescence.* 1998;33(132):851-61.
37. Reddan J, Wahlstrom K, Reicks M. Children's perceived benefits and barriers in relation to eating breakfast in schools with or without Universal School Breakfast. *J Nutr Educ Behav.* 2002;34(1):47-52. [http://dx.doi.org/10.1016/S1499-4046\(06\)60226-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1499-4046(06)60226-1)
38. Pearson N, Williams L, Crawford D, Kylie B. Maternal and best friends' influences on meal-skipping behaviours. *Public Health Nutr.* 2012;108(5):932-8.
39. Larson RW, Branscomb KR, Wiley AR. Forms and functions of family mealtimes: multidisciplinary perspectives. *New Dir Child Adolesc Dev.* 2006;2006(111):1-15. <http://dx.doi.org/10.1002/cd.152>
40. Woodruff SJ, Hanning RM. A review of family meal influence on adolescents' dietary intake. *Can J Diet Pract Res.* 2008;69(1):14-22. <http://dx.doi.org/10.3148/69.1.2008.14>
41. Gillman MW, Rifas-Sherman SL, Frazier AL, Rockett HR, Camargo CA Jr, Field AE, et al. Family dinner and diet quality among older children and adolescents. *Arch Fam Med.* 2000;9:235-40. <http://dx.doi.org/10.1001/archfami.9.3.235>
42. Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, Story M, Croll JK, Perry CL. Family meal patterns: associations with sociodemographic characteristics and improved dietary intake among adolescents. *J Am Diet Assoc.* 2003;103(3):317-22. <http://dx.doi.org/10.1053/jada.2003.50048>
43. Videon TM, Manning CK. Influences on adolescent eating patterns: the importance of family meals. *J Adolesc Health Care.* 2003;32(5):365-73.
44. Skinner JD, Salvetti NN, Ezell JM, Penfield MP, Costello CA. Appalachian adolescents' eating patterns and nutrient intakes. *J Am Diet Assoc.* 1985;85(9):1093-9.
45. Lattimore PJ, Halford JC. Adolescence and the diet dieting disparity: Healthy food choice or risky health behaviour? *Br J Health Psychol.* 2003;8(4):451-63. <http://dx.doi.org/10.1348/135910703770238301>
46. Serra-Majem L, Ribas L, Ngo J, Ortega RM, García A, Pérez-Rodrigo C, Aranceta J. Food, youth the Mediterranean diet in Spain. Development of

- KIDMED, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents. *Public Health Nutr.* 2004;7(7):931-5. <http://dx.doi.org/10.1079/PHN2004556>
47. Dubois L, Girard M, Potvin Kent M, Farmer A, Tatone-Tokuda F. Breakfast skipping is associated with differences in meal patterns, macronutrient intakes and overweight among pre-school children. *Public Health Nutr.* 2009;12(1):19-28. <http://dx.doi.org/10.1017/S1368980008001894>
48. Toschke AM, Thorsteinsdottir KH, Von Kries R, GME Study Group. Meal frequency, breakfast consumption and childhood obesity. *Int J Pediatr Obes.* 2009;4(4):242-8. <http://dx.doi.org/10.3109/17477160902763341>
49. Alexander KE, Ventura EE, Spruijt-Metz D, Weigensberg MJ, Goran MI, Davis JN. Association of breakfast skipping with visceral fat and insulin indices in overweight Latino youth. *Obesity (Silver Spring).* 2009;17(8):1528-33. <http://dx.doi.org/10.1038/oby.2009.127>
50. Nurul-Fadhilah A, Teo PS, Huybrechts I, Foo LH. Infrequent breakfast consumption is associated with higher body adiposity and abdominal obesity in Malaysian school-aged adolescents. *PLoS One.* 2013;8(3):1-6. Suplemento:e59297.
51. Almoosawi S, Prynne CJ, Hardy R, Stephen AM. Time-of-day and nutrient composition of eating occasions: prospective association with the metabolic syndrome in the 1946 British birth cohort. *Int J Obes (Lond).* 2012;37(5):725-31. <http://dx.doi.org/10.1038/ijo.2012.103>
52. Jackson LW. The most important meal of the day: why children skip breakfast and what can be done about it. *Pediatr Ann.* 2013;42(9):184-7.
53. Merten MJ, Williams AL, Shriver LH. Breakfast Consumption in Adolescence and Young Adulthood: Parental Presence, Community Context, and Obesity. *J Am Diet Assoc.* 2009;109(8):1384-91. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jada.2009.05.008>

Recebido para publicação em
09/05/2013.
Aprovado em 05/12/13.